

CZASOPISMO LEKARSKIE

Ze szpitala im. Małżonków Poznańskich w Łodzi.

O płonicy przyrannej

(Scarlatina traumatica, chirurgica).

Podał Dr. I. Perlis.

Powikłanie rany zakażeniem płonicowem należy do przypadków zgoła nieczęstych, jak tego dowodzi literatura omawianego przedmiotu, obejmująca zaledwie dwadzieścia kilka spostrzeżeń tego cierpienia. Dlatego też pozwalam sobie podać opis następującego przypadku.

Józef Ch., robotnik fabryczny, lat 23, w dniu 3-cim Grudnia 1898 roku uległ zgnieceniu palucha ręki lewej przy puszczeniu w ruch warsztatu parowego. Po tygodniu dopiero bezskutecznego leczenia środkami domowymi, kiedy silnie obrzmiała cała dłoń i dolna część przedramienia, udał się do ambulatorjum szpitalnego, gdzie przecięto i wyłęczkowano na dużym palcu ranę, dochodzącą aż do, obnażonej od okostnej, kości. 17-go Grudnia, t. j. we 2 tygodnie po urazie i w tydzień po operacji, chory zapisał się do szpitala, na oddział kol. M. Cohna. Badanie chorej górnej lewej kończyny wykazało, co następuje: paluch mocno obrzmiały, na wewnętrznej jego powierzchni znajduje się głęboka rana cięta (po operacji), pokryta niezłą, nieco krwawiącą, ziarniną. Tkanka podskórna na tylnej powiechrzni dłoni i przedramienia mocno obrzmiała, nacieczona, z głębokiem, nie dość wyraźnem, chełbotaniem. Od palucha wzdłuż nacieczonej powierzchni idą bolesne czerwone pręgi, dochodzące do stawu łokciowego; jednym słowem, mamy przed sobą obraz phlegmone et lymphangoitis—manus et antibrachii. Chory uskarża się na nader mocne, piekące bóle w całej górnej kończynie, bezsenność, brak łaknienia. Ciepł. 40°,2.

Następnego dnia, 18/XII, wyraźne nacieczenie ropne w okolicy stawu łokciowego. Ciepł. 39°. W uśpieniu chloroformowem wykonano zostało wyłuszczenie ostatniego członka palucha i w różnych miejscach na tylnej powierzchni dłoni i przedramienia zrobiono cztery przecięcia. Obfita wydzielina gęstej ropy. Założono do rany dwa długie sączki. Opatrunek wilgotny.

19/XII. Ciepł. wieczorem 39^o,5, rano 38^o,4, tętno 120, drobne. Opatrunek suchy. Silne, pięknące bóle.

20/XII Ciepł. wieczorem 39^o,8, rano 38^o. Zmieniono opatrunek; wydzieliną ropną obfita, pozatem nie osobliwego. Czerwone pręgi na przedramieniu bolesne, cokolwiek bledsze.

21/XII Ciepł. wieczorem 39^o, rano 37^o,6. Tętno 120. Przed wieczorem chory miał bardzo silny dość długo trwający dreszcz, ból głowy, silne bóle w całej kończynie. Wymiotów nie było. Przy zmianie opatrunku zauważyć się daje przy górnym brzegu pooperacyjnej rany w okolicy stawu łokciowego wysypka czerwona, rozlana, w postaci małych, wielkości łebka od szpilki plameczek, rozchodząca się na ramię, klatkę piersiową i drugą górną kończynę, gdzie występuje w postaci oddzielnych bardzo czerwonych plamek. Na plecach, w pasie i na pośladkach zaczerwienienie w postaci złanej jest nader silne. Na dolnych kończynach do połowy ud wysypka zlewa się, poniżej zaś znajdują się oddzielne plamki. Twarz nie jest zajęta, natomiast mocno rozpalona i zaczerwieniona. Język nieznacznie obłożony, miejscami czerwony, wilgotny. Badanie jamy ustnej i gardzieli wykazuje silne zaczerwienienie i nieznaczne obrzmienie zarówno migdałków, jak i tylnej ściany gardzieli. Nalotu nigdzie nie ma. Przetykanie niebolesne. Gruczoły szyjowe podszczękowe niepowiększone i niebolesne. Płuca, serce bez zmian. Tętno pełne, miękkie. Organy brzuszne zmian nie wykazują, prócz nieznacznej bolesności pod lewym łukiem żebrowym. Śledziona nie powiększona. Mocz białka nie zawiera. Chory apatyczny.

22/XII Ciepł. wieczorem 38^o,5, rano 37^o,3. Wysypka ma barwę silnie szkarłatną. Pozatem stan bez zmiany.

23/XII Ciepł. wieczorem 38^o,2, rano 37^o. Tętno około 90,— wysypka nieco bledsza lecz jeszcze bardzo wyraźna. Wydzieliną ropną z ran umiarkowana. Stan ogólny i łaknienie dobre.

24/XII Ciepł jak poprzedniego dnia. Silne poty. Wysypka prawie niewidoczna. Obrzęk przedramienia mniejszy, rany o czystym wyglądzie.

25/XII Ciepł. wieczorem 37^o,8, rano 37^o,3. Skóra na ramieniu i przedramieniu zaczyna się łuszczyć, acz bardzo nieznacznie: widać kilka tylko białych blaszek naskórka. Od tego czasu gojenie ran szło raźnie, gorączka ustąpiła zupełnie, łuszczenie występowało coraz widoczniej w postaci blaszek na lewej kończynie i szyji, w innych zaś okolicach ciała łuszczenie było słabo wyrażone. Po paru dniach chory podniósł się z łóżka.

13/I 99 r. pacjent na własne żądanie wypisany został ze szpitala z powierzchownymi dobrze zablizniającymi się ranami. Łuszczenie trwa dalej pod postacią t. z. desquamatio lamellata. Powtórne badanie moczu białka nie wykazało.

Widzieliśmy tu czwartego dnia po drugim zabiegu operacyjnym, po nader silnym dreszczu, przy objawach ogólnego rozłamania, przy silnej gorączce, obrzmieniu i zaczerwienieniu gardzieli, występującą wybitną wysypkę płonicową, poczynającą się od rany i rozchodzącą się ztąd

na wszystkie niemal okolice ciała. Przez dzień następny wysypka staje się wyraźniejszą, by dnia 4-go począć szybko znikać, poczem na miejscach, zajętych przez takową, rozpoczyna się łuszczenie. Jeżeli początkowo można było uważać tę wysypkę za torską lub septyczną, dalszy przebieg i łuszczenie przemawiały za sprawą swoistą za t. zw. płonicą przyranną. Ch., o ile wie, nie stykał się przed przybyciem do szpitala z chorymi na płonicę, nie stykali się z płonicą lekarze operujący i opatrujący go; ani też w szpitalu, ani przedtem ani współcześnie, chorych na płonicę nie było. Kiedy rana została zarażoną zarazkiem swoistym — orzec niepodobna. Wogóle jednak okres utajenia płonicy przyrannej bywa dłuższy, niż płonicy zwykłej; pierwsza bowiem postać zjawia się przeważnie u ludzi dorosłych, a więc u osobników więcej odpornych na to zarażenie.

Nazwą płonicy przyrannej, chirurgicznej, James Paget, Murchison i inni obejmują te przypadki, w których po wypadkowym zranieniu, po zabiegach operacyjnych, około rany, lub nawet zdala od niej, zjawia się wysypka swoista i objawy płonicowe ogólne. Na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Londynie w roku 1881-ym, na którym sprawa przyrannego zakażenia płonicowego była na porządku dziennym, starano się rozwiązać następujące trzy pytania: 1) Czy owa wysypka, występująca w związku z urazem, jest wysypką płonicową. 2) Czy uraz pozostaje w związku z zarażeniem płonicowym. 3) Czy zarazek płonicy przedostać się może do organizmu przez uszkodzone powłoki zewnętrzne.

Na pierwsze pytanie, t. j., czy bywa wogóle płonica przyranna większość autorów daje odpowiedź twierdzącą, aczkolwiek obecność li tylko wysypki nie uznają oni za wystarczającą do rozpoznania płonicy. Hoffa wtedy tylko rozpoznaje tę sprawę, gdy „obok typowej wysypki znajdujemy, co najmniej, jeden jeszcze z charakterystycznych dla płonicy objawów, czy to będzie zajęcie gardzieli, czy obrzmienie gruczołów podszczękowych, łuszczenie lub zajęcie nerek.“ Przy obecności wysypki i któregośkolwiek lub wszystkich wyżej wymienionych objawów — rozpoznanie staje się pewnem. Zdarzają się wszakże, nie tak rzadko, przypadki zwykłej płonicy, które zaczynają się i przebiegają nieprawidłowo. Taki nieprawidłowy przebieg może mieć i płonica przyranna; temu, być może, przypisać należy szczerpłą ilość ogłoszonych spostrzeżeń, których liczba, jak wspominałem, nie przekracza dwudziestu kilku.

Na drugie pytanie, czy uraz i zakażenie płonicowe pozostają pomiędzy sobą w jakimś związku, odpowiedzi różnych autorów nie wypadły zgodnie. Angielscy autorzy w wielu przypadkach przyjmują

tylko prosty zbieg, twierdząc, że zakażenie płonicowe organizmu nastąpiło zwykłą drogą, wyprzedziwszy wypadkowy uraz czy też rękoczyn chirurgiczny, i że dopiero w czasie leczenia rany zjawiała się wysypka. Paget, na przykład, przypuszcza, iż ci jego pacjenci, którzy w następstwie urazu lub rękoczynu zapadli na szkarlatynę przyranną, według wszelkiego prawdopodobieństwa już poprzednio byli zarażeni płonicą, która wystąpiła wyraźnie wskutek upośledzenia zdrowia w zależności od urazu, lub też zabiegu chirurgicznego. Riedinger wypowiada podobny do powyższego pogląd na tę sprawę i twierdzi, iż wskutek urazu organizm stał się dobrym podłożem dla zakażenia płonicowego. O podobnej zwiększonej skłonności, w znaczeniu Pageta i Riedingera, można jednak mówić wtedy tylko, gdy organizm rzeczywiście był wyczerpany wskutek znacznego urazu lub poważnej interwencji operacyjnej. Tutaj możnaby zaliczyć przypadek Sippela (polaparotomji, wykonanej w celu usunięcia guza jajnika, chora zapadła na płonicę) i spostrzeżenie Kocha podczas epidemji błonicy w Bazyleji. Koch spostrzegał częste powikłanie płonicą u dzieci, którym wykonano tracheotomję (zabieg poważny), podczas gdy u dzieci, chorych na błonicę, lecz nieoperowanych, powikłanie płonicą występowało niezmiernie rzadko. Trudno natomiast przyjąć wyż wypowiedziany pogląd dla tych przypadków, w których czy to nieznaczny uraz, czy też drobny zabieg chirurgiczny, nie mogły osłabić organizmu.

Co się tyczy trzeciego pytania, t. j. czy zarazek płonicowy może się przez ranę dostać do organizmu, odpowiedź wypada twierdząco; zakażenie płonicowe może brać początek wprost z rany; wtedy wysypka występuje około rany i ztąd rozchodzi się na inne okolice ciała. Niekiedy wszakże, jak zauważył Hoffa, zarazek, dostawszy się przez ranę do krwiobiegu, zdala od tejsze wywołuje typowe objawy skórne. Rzecz prosta, że osobnik z urazem, stykając się z chorymi na płonicę, uleż może zarażeniu płonicą i zwykłą drogą, t. j. przez organy oddechowe lub trawienia. Tych przypadków nie można już zaliczać do grupy płonicy urazowej.

W roku 1886-ym Hoffa opisał jedno własne spostrzeżenie płonicowego zakażenia przyrannego i 8 spostrzeżeń innych autorów. W roku 1895-ym C. Brunner ogłasza już 19 przypadków, z tych jeden własny, nader szczegółowo pod względem klinicznym i bakterjologicznym opracowany. Jürgensen jednak sądzi, że w całej literaturze znajduje się jeden jedyny przypadek, co do którego bez wszelkiej dyskusji przyjąć można pochodzenie i początek zakażenia płonicowego z ranki zewnętrznej. Jest to przypadek Leubego, spostrzegany przez autora na sobie samym.

W przypadkach, zebranych przez Hoffę i Brunnera, i w ich własnych spostrzeżeniach, wysypka była typowa, łuszczenie zauważono we wszystkich bez wyjątku przypadkach. Zajęcia gardzieli nie było w większości przypadków; w niektórych było ono różnego natężenia: od zaczerwienienia i obrzmienia począwszy, aż do znacznej trudności przy łykaniu. Nalotu nie spostrzegano nigdy. Białkomocz i wyraźne zajęcie nerek występowały rzadko. Na to cierpienie zapadali prawie wyłącznie dorośli z przewagą ogromną płci męskiej, co zależy od częściej zdarzających się uszkodzeń powłok zewnętrznych u mężczyzn; u Hoffy na 9 przypadków 8 dotyczyło dorosłych; ze statystyki Brunnera widać, że płonica przyrana 3 razy tylko wystąpiła u osobników nie mających lat 16; chory tutaj opisany ma lat 23.

Co się tyczy okresu wylegania, to normalny, 5—7 dniowy, w przypadkach przyrannego zakażenia jest, podług Pageta, krótszy, jednakowoż Hoffa spostrzegał okres dłuższy. W przypadku Leubego okres wylegania był 9 dniowy, u Riedingera—14-dniowy, u Brunnera 5 dniowy. Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć szczegółowo dokładne spostrzeżenia C. Brunnera i Leubego.

Przypadek Brunnera: 18 letni chłopiec, zdrowy zupełnie, przed 3 dniami upadł na granitową podłogę i lekko skaleczył sobie kolano, na co, na razie, nie zwrócił uwagi. Następnego dnia na miejscu skaleczenia zjawiał się moczny ból, po za tem stan ogólny był zupełnie dobry. Przy badaniu znaleziono silne zaczerwienienie i nacieczenie skóry w okolicy rzepki. Nazajutrz na owem miejscu ograniczone zapalenie tkanki łącznej podskórnej i zapalenie naczyń chłonnych. Ropień przecięto. Następnego dnia stan bezgorączkowy. Wydzielina ropna dość obfita. Gruczoły w odpowiedniej pachwinie powiększone i bolesne. Na udzie — rozlana czerwona wysypka, która przechodzi na okolicę brzucha i klatki piersiowej w postaci oddzielnych bardzo czerwonych plam; na kończynach, plecach i pośladkach — wysypka bardzo silna. Twarz, gardziel, jama ustna niezajęte. Wysypkę uznał prof. Wyss bezwarunkowo za płonicową. Przebieg był bezgorączkowy; od trzeciego dnia wysypka staje się bledszą, czwartego rozpoczęło się obfite łuszczenie. Gojenie się rany było prawidłowe. Badanie bakterjologiczne ropy z opróżnionego ropnia wykazało obecność gronkowca złocistego i paciorkowca ropotwórczego. Badanie krwi wykazało bakterje, podobne do błonicowych, które Loeffler, po otrzymaniu hodowli, zaliczył do grupy t. z. bakterji rzekomo błonicowych (znajdywanych przy płonicy). Dodać należy, iż chory w dzieciństwie przebył szkarlatynę.

Leube przy pośmiertnych oględzinach zwłok zmarłego na bardzo ciężką szkarlatynę skaleczył się lekko w lewy wskazujący palec. Ranka źle się goiła, a 7-go dnia stała się bardzo bolesną; 10 dnia wystąpiło ogólne niedomaganie i zajęcie gardzieli, 11-go gorączka i wymioty; tegoż samego dnia na miejscu ranki zjawiała się wysypka

plonicowa i zapalenie naczyń chłonnych lewej kończyny górnej. Wysypka szybko zajęła i inne okolice ciała. Przebieg cierpienia był dosyć łagodny; łuszczenie rozpoczęło się na lewej kończynie. Autor przypisuje sobie znaczną odporność przeciwko zarażeniu się płonicą: niezaraził się nią w dzieciństwie, gdy bracia i siostry jego chorowały, nie zaraził się również, lecząc i pielęgnując wielu chorych na płonicę, — słowem uważa się za zabezpieczonego przeciwko zarażeniu drogą zwykłą, lecz nie przeciwko bezpośredniemu zaszczepieniu zarazką.

Wielu ginekologów zalicza do płonicy przyrannej t. z. szkarlatynę poporodową — scarlatina puerperalis. Podług Olshausena płonica w okresie poporodowym jest to jedynie zbieg płonicy i patologicznego połogu. Liczne jednak spostrzeżenia Braxton Hicksa, Playfair'a, Schrödera i innych stwierdziły z wszelką pewnością, iż istnieje postać chorobowa: scarlatina puerperalis, która zjawia się po uszkodzeniach sromu, pochwy i występuje najpóźniej 3 dnia po porodzie, innemi słowy, że płonica może wikłać uraz powstały przy porodzie. W świeżo wydanych „Wykładach o chorobach zakaźnych ostrych“ Biegański, omawiając spostrzegane przez siebie przypadki płonicy połogowej, mówi też i o przypadkach t. z. szkarlatyny przyrannej, wyrażając przypuszczenie, iż płonica może wogóle być uważaną za pewną swoistą odmianę zakażenia septycznego. Skryte postacie zakażenia septycznego przebiegają niekiedy lekko, z wysypką skórną, i te przypadki, zdaniem Biegańskiego, jest niezmiernie trudno odróżnić od prawdziwej płonicy. Często zaś spotykane też same powikłania przy płonicy i zakażeniu septycznem jeszcze więcej uwydatniają podobieństwo tych dwóch spraw chorobowych. Wszelako, uważając szkarlatynę za sprawę klinicznie odrębną, Biegański chce tylko zwrócić uwagę na postać chorobową: scarlatina puerperalis, która zjawia się po uszkodzeniach sromu, pochwy i występuje najpóźniej 3 dnia po porodzie, innemi słowy, że płonica może wikłać uraz powstały przy porodzie.

Z pracowni chemiczno-bakterjologicznej Dr. St. Serkowskiego w Łodzi.

O produktach spożywczych w Łodzi.

Opracował Dr. Stanisław Serkowski.

I. Mleko.

Dzieląc się z kolegami wynikiem rozbiórów 10 porcji mleka, otrzymanych z rozmaitych dzielnic miasta (z wyjątkiem, tymczasem, rynków), przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że dziesięć analiz nie

pozwała na uogólnianie otrzymanych wyników. Ale w każdym razie, na mocy wymienionych poniżej danych można już wyrobić sobie pewne pojęcie o warunkach sanitarnych, panujących w wielu miejscowych sklepach z nabiałem.

Nabywającego mleko w sklepach i sklepikach łódzkich od razu zastanowić musi, że, z nielicznymi wyjątkami te, sklepy nie odpowiadają najelementarniejszym przepisom higieny: z 10-ciu dwa są utrzymywane wzorowo, jeden — nieźle, a siedm pozostawiało pod względem czystości bardzo wiele do życzenia. Tylko w jednym z 10 przypadków mleko przechowywano w piwnicy, w 9-ciu zaś znajdowało się ono bądź w samym sklepie (5 razy), bądź też w pokoju lub przedziale sąsiednim (4 razy). Tylko trzy razy (na 10) naczynie z mlekiem było przykryte; w trzech miejscach przechowywano mleko w kamionkach, w siedmiu zaś—w naczyniach metalowych, blaszanych. Sprzedający, oczywiście, zgoła nie wiedzieli o celu, do jakiego ma służyć nabywane przezemnie mleko.

Po przyniesieniu, w moich naczyniach, mleka do pracowni, natychmiast rozpoczęliśmy, z Dr. chem. Sowińskim, badania.

Z pomocą dwóch pipetek jałowych oddzielałem część rozmięszanego starannie mleka do dwóch probówek sterylizowanych. Zaraz też przystępowałem do badania drobnowidzowego, a następnie, po oddzieleniu śmietanki za pomocą wirówki systemu Bausch-Lomb'a, szczepiłem na podłożach bakterje: osobno z osadu i ze śmietanki, (z wyjątkiem pierwszych czterech rozbiórów, przy których jeszcze nie posiadałem wirówki i szczepiłem mleko bezpośrednio.)

Równocześnie też Dr. Sowiński, który zarządza działem chemicznym mojej pracowni i któremu przy tej sposobności wyrażam podziękowanie, rozpoczął badanie chemiczne.

Wyniki analiz są poniżej zestawione w dwóch tablicach, trzecia zaś grupuje te wyniki i zestawia z prawidłowem mlekiem.

Kilka jeszcze słów powiedzieć muszę o sposobach badania chemicznego, tu użytego; metodykę bakterjologiczną przytoczyłem w mej książce p. t. „Mleko i bakterje”.

Dla określenia domieszki wody *Droop Richmond* ¹⁾ radzi, zamiast odtłuszczonych części stałych, brać pod uwagę sumę ciężaru gatunkowego według laktodensimetru i liczbę procentową tłuszczu: suma ta przeciętnie wynosi 36,0. *A. G. Woodman* ²⁾ zaś określa domieszkę

¹⁾ Die Berechnung des zugefügten Wassers in gewässertter Milch. Analyst, 1898. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genussmitt. 1898. ²⁾ Bestimmung des Wasserzusatzes zu Milch. Zeitschr. f. Unters. etc. 1899. Zesz. 12, str. 865.

wody na mocy ciężaru gatunkowego surowicy mleka, którą wydziela z pomocą kwasu octowego: na mocy 11 badań ciężar gatunkowy mleka wynosił 1,0324—1,0340, a surowicy 1,0292—1,0297. Zdaniem *E. Fritzmanna*¹⁾ lepiej jest używać areometrów do oznaczania ciężaru gatunkowego mleka (nie surowicy) zamiast piknometrów lub wagi Mohr-Westphal'a. Ten że autor radzi wyparowywać dla określenia części stałych 10 cm.³ mleka z 3 cm.³ alkoholu i kilkoma kroplami ac. acet. w kąpeli wodnej w przeciągu 2½ godzin, a dla określenia mleka rozrzedzonego wodą stosować mianowanie.

Ilość części stałych we wszystkich naszych badaniach była określaną podwójnie: według przytoczonego nowego sposobu *Fritzmanna* i według formuły *Fleischmann'a*:

$$m = \frac{s \cdot t}{s \cdot [t - (100 - s)]}$$

w której s oznacza ciężar gatunkowy podług laktodensimetru, t—procent suchych substancji. Dzięki takiemu podwójnemu sposobowi badania, okazało się, że wynik pierwszego o 0,2—0,3 przewyższa wynik otrzymany na mocy powyższej formuły. Dlatego też przy następnych badaniach postanowiliśmy oddawać pierwszeństwo metodzie *Fritzmanna*.

Przy określaniu zawartości tłuszczu w mleku *A. A. Bonnema*²⁾ radzi dodawać do 10 cm.³ mleka 1,5 cm.³ 20% ługu i 25 cm.³ eteru, a później 2 gr. tragacanty. Metody *Liebermann'a* i *Szekely'ego*, której opis znaleźć można w najnowszych podręcznikach,³⁾ użyliśmy przy pięciu analizach.

Ze ciała chemiczne nie mogą i nie powinny znajdować zastosowania w celu utrwalenia mleka, pomimo zakorzenionych w tej mierze błędnych wśród publiczności poglądów, wiadomem jest ogólnie i znalazło potwierdzenie w doświadczeniach *Th. Bokorny'ego*:⁴⁾ kwaśnienie i zsiadanie się mleka następowało mianowicie po 24 godzinach, zarówno w czystym mleku, jak i z domieszką 0,1—0,2% paraldehydu lub 0,002% formaldehydu, a opóźniało się tylko o jedną dobę (w termostacie przy 26°—27°C) po dodaniu 0,1—0,2% kwasu salicylowego lub 0,01% men-

¹⁾ Ueber Untersuchung u. Beurtheilung von Milch. i t. d. Zeitschr. öffentl. Chem. Nr. 4, str. 544. ²⁾ Eine neue exacte Methode den Fettgehalt der Milch zu bestimmen. Chem. Ztg. 1899. Nr. 23, str. 542. ³⁾ *H. Tiemann*, Die Untersuchungsmethoden y. Milch u. deren Produkte. Lipsk 1898. str. 7. ⁴⁾ Ueber den Einfluss einiger Substanzen etc. Milch-Zeitung. 1898. Nr. 27, str. 796.

tolu i t. d. Z 403 rozbiórów mleka, dokonanych przez *Clayton'a*,¹⁾ 164 razy stwierdzoną była w mleku obecność kwasu bornego (badanie popiołu za pomocą chartae curcurnae).

W naszych badaniach domieszka kwasu bornego stwierdzoną była tylko raz jeden (№ 5), natomiast, ani kwasu salicylowego ani formaldehydu nie znaleźliśmy ani razu. Aby określić kwas salicylowy używaliśmy metody *G. Breustedt'a*²⁾ (z roztworem Fehling'a, ługiem i t. d.), a do stwierdzenia obecności formaldehydu³⁾— roztworu phoroglicyny według metody *Jorissen'a* i reaktywów *Gayon'a*, które dają w obecności 1:1.000.000 formaldehydu mocno czerwone zabarwienie w mleku destylowanym.

Brud, pył i kał był oddzielony z mleka według *Renk'a* i *Eichoff'a*

Uwaga. Tablica, patrz na stronie 98.

Widzimy z powyższej tablicy, że mleko dwa razy (№ 1 i 5) było rozrzedzone wodą, w jednym wypadku (№ 5) stwierdzono obecność kwasu bornego, w trzech porcjach (№ 9, 10 i zwłaszcza 4) okazała się domieszka sody. Najgorszem, w znaczeniu higienicznym, było mleko № 1, zawierające 20% wody!—wody brudnej, studziennej z kwasem azotowym i 140 mg. (na 1 litr) brudu, kału i t. d.

Pomijając opis sposobów badania bakterjologicznego, słów kilka muszę poświęcić sprawom spornym w tej dziedzinie.

Wbrew twierdzeniu *Schultz'a*, *Lehmann'a*, *Freudenreich'a* i in. (zgodnie z teorią *Pasteur'a* i doświadczeniami *Nenckiego* i *Zawadzkiego* z 1891 roku), *Joseph Simon*⁴⁾ doszedł do wniosku, że w mleku, zawartem w sutkach, nie ma bakterji; lecz obficie znajdują się te ostatnie na powierzchni wymienia, dzięki doskonałemu podłożu w postaci kropelek mleka i cząsteczek oddechów.

Z przyjemnością i wbrew własnemu twierdzeniu („Mleko i bakterje”, str. 74), opartemu na badaniach licznych autorów, zaznaczyć mogę, że nie zawsze mleko krów gruźliczych zawiera zarazki swoiste: z doświadczeń bowiem najnowszych *Douglas'a*⁵⁾ wynika, że badanie mleka, pochodzącego od krów gruźliczych, ale bez równoczesnego porażenia wymion, wykazało 69 razy wynik negatywny.

¹⁾ Analyst. 1899. Zesz. 24, str. 141. Sposób ten jest zbliżony do używanej przez nas metody *Meissla*. ²⁾ Zum Nachweise von Salicylsäure. Arch. Pharm. 1899. 237. str. 170. ³⁾ Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genussmittel. 1899. Nr. 14, str. 867. ⁴⁾ Ueber Bakterien am und im Kuheuter. Hygien. Rundschau 1900. str. 71. ⁵⁾ Untersuchungen ü. d. Infectiosität d. Milch tuberkulöser Kuhe. Centr. f. Bakter. I cz. 1900. Nr. 5, str. 197.

Tablica I.

Nr. analizy	Barwa	Zapach	Reakcja	Ciepłota gatunkowy			Smietanki objętość	Zuszcz	Woda	W. lit. brudu i kruszu	Części stałych	Pociółu	F A L S Y F I K A C J E	
				mleka	suro-wicy	części stałych								mleka zebra-nego
1	niebieskawa	ZWYCZAJNY	obojętna	1.0270	sposeb Fleisch- mana 1.0210	1.45	1.0270	2,00%	sposeb Lieber- mana i Sz- kejzego 1.12	reakcja Przsm. 200%	140mg.	8.60	0.42	Zbierane i rozrzedzone wodą.
2	niebieskawa	"	"	1.0320	"	1.30	1.0355	15%	"	"	20 "	12.46	0.70	Niema.
3	"	"	"	1.0340	"	1.43	1.0355	6%	"	"	18 "	11.00	0.52	Prawdop. zmieszane z mlekiem zebra-nem. Po dobre kwasne.
4	białozółta	"	słaboalkaliczna	1.0340	1.0310	1.44	1.0340	4,50%	Laktosopem Fesera 1.50	"	28	10.78	0.98	Domiesz. sody: reak. Schmidta i zwiększona alkaliczność pociółu. Dom. mleka zbieranego.
5	ZWYCZAJNA	"	obojętna	1.0310	1.0240	1.44	1.0310	4,00%	"	Filtzman 100%	12	9.70	0.75	Kwas borny: jakosciowo w-zbierane i rozrzedz. wodą.
6	"	"	słabokwasna	1.0310	1.0270	1.39	1.0330	9,00%	"	"	8	10.85	0.79	Niema.
7	"	"	"	1.0320	1.0270	1.39	1.0350	11,00%	"	"	11	11.30	0.81	Po dobre bardzo kwasne.
8	"	"	"	1.0330	1.0290	1.41	1.0340	8,00%	"	mało	27	10.90	0.66	Po dobre nadzwyczaj kwasne.
9	"	"	"	1.0330	1.030	1.38	1.0355	9,00%	Lieberman i Szkeiy 2.23	"	8	11.24	0.92	Mala domieszka sody: reakcja Schmidta i zwiększona alkaliczność pociółu.
10	"	"	"	1.0310	1.0290	1.36	1.0340	10%	"	mało	9	11.42	0.91	Tak samo.

Pomimo to, znów szereg badaczy wykazał laseczniki gruźlicze w mleku i przetworach mlecznych: tak, na przykład, *Macfadyen*¹⁾ stwierdził b. tuberculosis 17 razy na 100 rozbiórów mleka, *Eastes*²⁾—106 razy paciorkowce i 11 razy laseczniki gruźlicze na 186 badań mleka, *Weissenfeld*³⁾—3 razy na 32 badania (t. j. 9,3%) stwierdził obecność gruźlicy w maśle.

W ostatnich czasach *Uhl i Henzold*⁴⁾ stwierdzili, że przyczyną mleka zgorzkniałego może też być *Clostridium butyricum* (prawdopodobnie identyczny z b. butyr. Hueppe), który dostał się do mleka razem z podejrzaną wartością cukrem mlecznym.

Co się tyczy ilości bakterji w mleku, ciekawe są doświadczenia *L. L. Lewis'a*⁵⁾, który znajdował w okresie dojenia 48.200 bakterji w 1 cent. sześć. mleka, po 1 godzinie 110,000, po 2 godzinach 125,200, po trzech—361,800. Ilość drobnoustrojów jest mniejszą, jeżeli udój odbywa się nie w oborze, lecz na wolnym powietrzu: przeciętnie, w oborze—56,500, a na dworze 21,600 zar. w 1 cm.³ mleka. Utrwalenie mleka za pomocą 15 minutowej pasteuryzacji przy 60° C, zdaniem *Lewis'a*, wykazuje nieznaczne zmniejszenie ilości drobnoustrojów, a mianowicie 28,080—39,460 (mleko przed pasteuryzacją zawierało 51.300—55.080) drobnoustrojów w 1 cent. sześć. mleka. Lepsze wyniki daje 14 min. pasteur. przy 70° C, a mianowicie 720—2800 bak. w 1 cm.³

W niedalekiej przyszłości znajdują, być może, zastosowanie praktyczne nowe sposoby utrwalania mleka, jak na przykład *równoczesne* działanie na mleko i wysokiej ciepłoty i zwiększonego ciśnienia (doświadczenia *B. H. Hite'a*⁶⁾ w Ameryce). *Th. Muhr*⁷⁾ notuje wielkie zalety nowych maszyn do zamrażania mleka pasteuryzowanego według systemu *W. Helm'a*.

Główne wyniki badań bakterjologicznych (preparaty, hodowle i doświadczenia na zwierzętach) mleka łódzkiego są zestawione w następującej tablicy (II):

¹⁾ Lancet 1899. Centr. f. Bakteriologie 1900. I cz. Nr. 6. ²⁾ ibid ³⁾ ibid.
⁴⁾ Bittere Kindermilch. Milch-Zeitung. 1900. Nr. 5, str. 65. ⁵⁾ Centr. f. Bakteriologie, 1809. II część. Nr. 24, str. 845. ⁶⁾ Milch-Zeitung. 1900. Nr. 3, str. 39
⁷⁾ Milch-Zeitung. 1900. Nr. 7, str. 103.

T a b l i c a 11.

Nr. analizy	Badania drobnoustrojowe	Ilość drobnoustrojów w 1 cm. ³ mleka		Gatunki stwierdzone za pomocą hodowli
1	Z mleka (nie z osadu) 1-2 w polu widzenia laseczki (barwa Gabbet, Marenkowsk. i Pappenheima). Dość grube laseczki, nie zabarw. według Grama.	52 600.000		<i>Bact. lactis aerogenes</i> Escherich. <i>Bact. fluorescens liquefaciens</i> . <i>Bac. tuberculosus</i> .
2	Krótkie, pojedyncze laseczniki.		2.800	<i>Bac. lactis acidii</i> Leichmann.
3	Sarcyny i krótkie bakterje, pojedyncze i w grupach.		35.200	<i>Sarcina lutea</i> Flügge <i>Bact. lactis acidii</i> Leichmann.
4	Krótkie bakterje, parami, pojedyncze i w grupach.		7.500	Gatunek zbliżony, ale nie zupełnie identyczny z <i>bac. Escher.</i> z grupy <i>bact. lactis acidii</i>
5	Dwuziarniaki, krótkie paciorkowce z drobnych ziarek i laseczniki grube, krótkie.	śmietanka 25.600	osad 110.000	<i>Bact. coli commune</i> . <i>Streptococcus acidii lacticii</i> Grotenfeldt.
6	Dość długie laseczki, przeważnie parami, zabarwiający się według Grama.	Nie określona	6.700	<i>Bac. acidii lacticii</i> Hueppe.
7	Same ziarniaki, układające się w najrozmaitszy sposób; sporo paciorkowców.	80.000	1.200.000	<i>Streptococcus acidii lacticii</i> Grotenfeldt. <i>Microc. acidii lactis</i> Krüger.
8	Ziarniaki duże w parach, małe pojedyncze i w paciorkach, oraz laseczniki grube, krótkie	850.000	2.500.000	<i>Bact. coli commune</i> . <i>Streptococcus acidii lacticii</i> Grotenfeldt <i>Diplococcus albus</i> .
9	Na powierzchni — nie barwiący się według Grama, laseczniki nieruchome. W osadzie — barwiący się według Grama laseczniki.	725	3.500	<i>Bacillus acidii lacticii</i> Hueppe. <i>Bac. candidans</i> .
10	Duże, zbliżone do subtilis i lub radiiformis laseczniki. W osadzie — mniejsze, barwiący się według Grama.	Nie określona z powodu bardzo przedkrego rozrzedzenia żelatyny	Nie określona	<i>Bacillus acidii lacticii</i> Hueppe. <i>Bac. subtilis</i> .

Ponieważ zaraz przy pierwszym badaniu znalazł~~o~~^o laseczniki gruźlicze w mleku, więc we wszystkich następnych porcjach mleka starannie poszukiwałem tychże zarazków—z wynikiem ujemnym.

Badanie bakterjologiczne wykazało zupełną niezdatność do użytku mleka № 1. W innych zaś porcjach mleka, z wyjątkiem № 5 i № 8, można było tylko stwierdzić olbrzymią ilość drobnoustrojów, wskazującą na brak czystości przy dojeniu, przewożeniu i przechowywaniu mleka. Mleko, oznaczone № 5 i 8, prócz tego, jako zawierające względnie chorobotwórcze laseczniki kątńicy, można uważać za mleko podejrzone.

Grupując wyniki badania chemicznego i bakterjologicznego w zestawieniu z zawartością mleka prawidłowego, dochodzimy do takich wniosków ostatecznych:

Tablica III.

Mleko niezberane dobre powinno zawierać 10—15% śmietanki, mieć ciężar gat. 1,029—1,034, a cięż. gat. surowicy nie mniej od 1,027. Ciężar gatunkowy mleka niezberanego powinien różnić się o 0,0025—0,0035 od cięż. gatunk. tegoż mleka odtłuszczonego. Mleko nie powinno zawierać ani drobnoustrojów chorobotwórczych, ani domieszki wody, ani żadnych dodatków chemicznych.

Mleko № 1 jest zbierane [cięż. gat. 1,027; tłuszczu (1,45) mniej niż 20% odnośnie do substancji stałych (8,60); śmietanki tylko 2,0%] i rozrzedzone 20% wodą brudną, studzienną (cięż. gatunk. surowicy 1,021, reakcja Fritzmanna), zawiera brudu i odchodów 140 mg. na 1 litr, miljony bakterji, w tej liczbie laseczniki gruźlicze. Mleko takie nie powinno być tolerowane w sprzedaży.

W mleku № 3 i 4 znajduje się domieszka mleka zbieranego (śmietanki tylko 6 i 4,5%, ale stosunek cięż. gatunkowego mleka i surowicy jest prawidł.) Domieszka ta jest nieco zamaskowana przez domieszkę sody (reakcja Schmidta) w № 4. Mleko to wobec braku drobnoustrojów chorobotwórczych może być uważane za zdatne do użytku.

Mleko № 5 jest rozrzedzone wodą (10%) i zbierane (cięż. gat. mleka = cięż. gat. mleka odtłuszczonego) i, pomimo dodatku kwasu borowego w małej ilości w celu „utrwalenia”, zawiera przeszło 100,000 bakterji w 1 cm. sześć, a w tej liczbie względnie chorobotwórcze laseczniki okrężnicy. Mleko to można uważać za bardzo podejrzone.

Mleko № 8, pomimo braku domieszek chemicznych, uważać można za podejrzone ze względu na wielką ilość bakterji i obecność laseczników kątńicy.

Za najlepsze można uważać mleko № 2, za dobre — № 6, 10 i 9.



Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy.

Luźne uwagi Dra Mikołaja Warmana. (Kielce).

Dokończenie.

Aby podolać nader złożonemu zadaniu rzeczoznawstwa i wypełnić obowiązek funkcyjnarjusza społecznego, zmniejszając trwale następstwa wypadków nieszczęśliwych, resp. wyzyskując uleczalność danego uszkodzonego, lekarz nie może zadowolnić się jednorazowym obejrzeniem chorego; w przeważającej zaś ilości wypadków musi korzystać z najważniejszej metody dyagnostycznej: z możności stałej obserwacji danego osobnika. Rozpoznawanie „ex tempore” w przypadkach nieco złożonych nie wytrzymuje żadnej krytyki. Wtedy nie „rzeź” kieruje rzeczoznawcą, nie podmiotowa nauka; przedmiotowe współczucie dla strony „słabszej” wchodzi tu raczej w grę. Mimo woli — z braku danych pozytywnych — lekarz przestaje być biegłym, a zostaje człowiekiem. Zwykle stroną „słabszą” jest uszkodzony; czasem jednak bywa nią pracodawca, wtedy mianowicie, kiedy pretensje robotnika wyprowadzą lekarza z cierpliwości, oburzą go. Wtedy współczucie przenosi na stronę niesłusznie napadniętą, ją uznaje za „słabszą”, jej współczuje, na jej korzyść się przechyla — przy braku (a raczej niewyczerpaniu) danych podmiotowych. Brak fachowej znajomości rzeczy wysuwa podmiotowość ludzką tam, gdzie dobro ogółu żąda bezstronnego głosu nauki. Podobną genezę mają t. zw. „świadcstwa z grzeszności” (*Geffälligskeitatteste*) i tu współczucie zastępuje słuszność, a biegły występuje w roli opiekuna, filantropa, działacza pewnej partji, tylko nie w roli, jaka mu w jego charakterze biegłego — przypada.

Nasz robotnik fabryczny, jeśli ulegnie wypadkowi, zachowuje się, na ogół, uczciwiej od agentów kolejowych i kolegów swych zagranicznych, którym wyższy poziom wykształcenia elementarnego i cywilizacji (?) ułatwia udawanie chorób nieistniejących i przecenianie istniejących. Nasz robotnik w końcowym okresie leczenia chirurgicznego zdradza wyraźną *laboralgię* (tęsknotę za pracą). Z pewną zazdrością patrzy on lub wspomina o kolegach swoich, którzy pracują; nieraz wstydzi się wyjść na ulicę w dzień powszedni, kiedy inni pracują. Tę chwilę, kiedy robotnik tęsknić zaczyna do pracy, należy uważać za chwilę *krytyczną*, gdyż ona często decyduje o dalszym losie uszkodzonego, zależnie od tego, jakim on podlega wpływom. Kto bliżej poznał cały stan rzeczy, ten niejednokrotnie mógł się przekonać, jak niebezpiecznym jest pozostawić wtedy uszkodzonego własnym jego kombinacjom myślowym i wpływom takiego otoczenia, w którym pokątny doradca rej wodzi; jak, z drugiej strony, zbawienną staje się

racjonalna opieka, która wynajduje dla poszkodowanego zajęcie, odpowiednie do chwilowego stanu jego zdrowia, troszcząc się zarazem o możliwe wyzyskanie uleczalności następstw wypadku nieszczęśliwego.

Jak nas uczy doświadczenie, najwięcej trudności rzeczoznawczych przedstawiają nie te wypadki, które kończą się kalectwem, (t. j. wypadki ciężkie), lecz właśnie te, z których poszkodowany wyszedł szczęśliwie i zwycięsko, lub też z nieznacznym uszczerbkiem na zdrowiu. Z takich rekrutują się ci, co z muchy chętnie robią słonia. Materiału do skarg nie brak: tkanki uszkodzone, pomimo zagojenia, różnią się od przyległych kolorem, delikatniejszą budową, nadezłością i wrażliwością na wpływy zewnętrzne; mięśnie, nerwy i kości nie odzyskały jeszcze poprzedniej swej jędrności, upośledzonej przez opatrunek unieruchamiający lub przez brak ruchu całego organizmu wskutek pozostawania w łóżku; to wszystko powoduje, że funkcjom fizjologicznym i trwającej jeszcze sprawie regeneracyjnej towarzyszą nieokreślone, niemiłe jakieś uczucia, odczuwane jako bóle różnego natężenia; pozostawanie w naszych szpitalach, z obowiązkiem stosowaniem się do jego przepisów, też nieraz działa ujemnie na siły fizyczne i moralne.

W rzeczywistości to wszystko, jako stan przejściowy, nie wiele wpływa na ostateczną zdolność do pracy. Jeżeli jednak do tych sensacji chorobowych dodamy *nędzę*, *głód*, które trapią robotnika czekającego tygodnie i miesiące na decyzję towarzystwa w sprawie wysokości odszkodowania—natenczas nie tak dziwnym się wyda, że te warunki tworzą grunt, na jakim się chętnie krzewi system „wyprocesowywania” możliwe wysokiego odszkodowania, choćby kosztem zejścia na niedołęgę i inwalidę. Czy można się dziwić, że poszkodowany agent kolejowy ucieka się do procesu sądowego, skoro nasze koleje zamiast poddać go racjonalnej obserwacji i opiece lekarskiej, stale usuwają poszkodowanych ze służby i to pozornie na zasadzie innej jakiejś, oddawna istniejącej, przewlekłej ułomności organicznej, której—rzecz dziwna—przed wypadkiem nikt nie zauważył. W tym nietakcie, w tej niesprawiedliwości tkwi też część etjologii nowoczesnych chorób, przeważnie nerwowych—po wypadkach nieszczęśliwych.

Przypuśćmy jednak, że pracodawca nie zbywa byle czem poszkodowanego, że wspomaga go dostatecznie aż do chwili, kiedy wyda swe orzeczenie towarzystwo, które ze swej strony polega na wnioskach lekarskich. Wtedy my, lekarze, nie stoimy na wysokości zadania. Nasze ekspertyzy sądowe, nasze świadectwa wydawane dla towarzystw asekuracyjnych, nie znają systematycznej obserwacji chorego, tak samo, jak nie znają wielu pomocniczych, często niezbędnych, środków dyaognostycznych. My pozbawieni jesteśmy tego, bez czego zagraniczny świat lekarski, obdarzony w tych sprawach znacznie większym doświadczeniem fachowem, nie przystępuje do praktyki wypadków nieszczęśliwych. Wreszcie, na co przydać się mogą wiedza i doświadczenie, gdy przy upośledzeniu np. czynności pewnej grupy mięśni, lekarzowi brak narzędzi do wypróbowania dynamiki mięśniowej? Co może lekarz zrobić przy udawaniu, lub przecenianiu choroby ze strony poszkodowanego, skoro nie ma pod ręką *nic* ze specjalnego arsenału środków

rozpoznawczych nowoczesnej medycyny wypadków nieszczęśliwych? Czyż możemy sobie lekceważyć nader pouczające spostrzeżenia Strümpla, świadczące o niezbędności mikroskopu przy wszelkich krwawieniach, gdy te w ostatnich czasach stały się dość pospolitym środkiem wyzysku i frymarczenia własnym zdrowiem? Jeszcze jaskrawiej uwydatnia się niemoc naszej dyagnostyki przy jednym z dość powszednich bezpośrednich następstw wypadków nieszczęśliwych—przy stłuczeniach, contusio, distortio. Nazwa ta w gruncie rzeczy nie nam nie mówi, a jednakże używaną ona bywa jako rzecz pozytywna dla określenia li tylko uszkodzeń miękkich części, z motywem do odpowiedzialności majątkowej za chwilową tylko, przejściową, utratę zdolności do pracy. Nie bacząc na nasze doświadczenie w tym względzie, ryczałtowe pomysły rokowanie nasze nie wytrzymuje krytyki nowoczesnych spostrzeżeń i statystyki. Z cyfr *Dumstrey'a* widzimy, że 68 wypadków stłuczenia ręki a 42 nogi dały przeciętnie 89,1% resp. 95,5% stałej utraty zdolności do pracy. Promienie Röntgena coraz częściej wykrywają przy takich błahych „stłuczeniach” — nadłamania kości i powierzchni stawowych, które niedostępne są rozpoznawaniu przy pomocy jedynie palców—jedynego, niestety, naszego narzędzia rozpoznawczego w podobnych przypadkach. Jak doniosłą jest röntgenografia dla medycyny wypadków nieszczęśliwych jasnym się staje, gdy zważymy, że przytoczone odsetki inwalidności po stłuczeniach obniżyły się do 20,0% resp. 23,3%, co zawdzięczyć należy ułatwieniu racjonalnego planu leczenia. Taż drogą udało się *Kirchnerowi* wykazać, że istotę obrzęków urazowych stopy w większości wypadków stanowi złamanie jednej kości śródstopia (metatarsus), niedostępne dla naszej palpacji, a *Stechow* znalazł w $\frac{1}{3}$ swoich spostrzeżeń jednoczesne złamanie 2 kości.

Obserwacja i pomocnicze środki rozpoznawcze posiadają tę niezaprzeczoną wartość, że przy stykaniu się poszkodowanego z lekarzem wytwarza się dość silna i jedynie racjonalna antyteza wpływów ubocznych, sprzyjających rozwojowi żądz pieniaczych.

Tym sposobem, medycyna wypadków nieszczęśliwych nie porzestaje na ograniczonej sferze rzeczoznawstwa; ona wkracza na szerszy teren zmniejszenia fatalnych następstw tychże wypadków, a gdzie potrzeba, potrafi przeciwdziałać zarazie moralnej, szerzącej się wśród tych, którzy najwięcej decydują o dobrobycie całego kraju.

Powstawszy na gruncie praktycznym, wyłoniwszy się z kazuistyki dodatkowych ustaw prawodawczych, normujących uszczerbek ekonomicznej produktywności wśród ofiar pracy zawodowej, nieostrożności ludzkiej, niedbalstwa lub fatalnego zrządzenia losu, medycyna wypadków nieszczęśliwych objęła wkrótce cały obszar zadania, wypływającego z zasadniczej myśli prawodawcy: *wyrównać i zmniejszyć niedolę ludzką*. Cel praktyczny i zaszczytna rola funkcjonariusza społecznego wymagały ścisłości przy określaniu odpowiedzialności majątkowej za wypadki nieszczęśliwe, ztąd też ta specjalna dyagnostyka i terapia musiały przekroczyć zakres środków medycyny klinicznej. Lwia część tego działu należy niewątpliwie do mechanoterapii, którą wprost nazywają latoroślą medycyny wypadków nieszczęśliwych, a która po za wartością higieniczną (gimnastyka) i leczniczą, przysłużyła się oma-

wianej specjalności lekarskiej, jako środek rozpoznawczy. Jeżeli np. poszkodowany zapewnia nas, że nie może ruszać ręką, a w odpowiednim aparacie pokonywa (nb. niepostrzeżenie) opór 30—40 funtów, to wiemy, że badany kłamie; to samo da się powiedzieć o wszystkich niemal innych przyrządach, które przyczyniają się do wyrażenia naszego rzeczoznawstwa przy pomocy cyfr. Droga tak trafnego zespolenia rozpoznania z lecnictwem medycyna wypadków nieszczęśliwych doszła do nadspodziewanych wyników w wyzwoleniu się z przypuszczeń i hipotez, które nie mogą pouczyć sędziego i od których pozostaje jeden tylko krok do samowoli.

W zakładzie mechanoterapeutycznym nie tylko leczymy, kontrolując chorego i wyrabiając sobie pojęcie o uleczalności danego wypadku, resp. o ścisłych granicach częściowego odzyskania zdolności do pracy, lecz jednocześnie systematycznie przeciwdziałamy tym ubocznym i nader niebezpiecznym wpływom na sferę psychiczną i moralność poszkodowanego, które podtrzymują w nim żądzę nieuczciwego odszkodowania, wtrącając go w końcu w otchłań próżniactwa z jego następstwami. „Praca najlepiej leczy robotnika”. Ma się rozumieć, że dla urzeczywistnienia tej prawdy życiowej potrzeba umiejętnego wyboru pracy i ścisłego zastosowania jej do chwilowego stanu poszkodowanego. W Niemczech zawiła ta na pozór kwestja została pomyślnie rozwiązana przez znaczną ilość zakładów mechanoterapeutycznych i przez Biuro Pracy dla rekonwalescentów po wypadkach nieszczęśliwych, posiadające swoje oddziały we wszystkich większych miastach.

Zaiste, że zazdrosem wypadła nam patrzeć okiem na to wszystko, gdy uprzytomnimy sobie pierwotny stan, w jakim u nas znajduje się praktyka lekarska wypadków nieszczęśliwych, pomimo że odpowiednie prawodawstwo wydane zostało jednocześnie z niemieckiem.

Jakżeż ciężkiem echem odbija trafna uwaga i naga prawda wstępnego artykułu „Czasopisma Lekarskiego” w którym Dr. S., między innymi, powiada: „Jeszcze jaskrawiej ujawnia się brak odpowiedniego przygotowania przy ocenianiu stopnia niezdolności do pracy, niezdolności nabytej z powodów, będących w związku z pracą zawodową. W tej dziedzinie wiadomości nasze są tak skąpe, że najpospolitszy przypadek zostaje przez różnych lekarzy bardzo odmiennie oceniony. I nie dziw, gdy zwykle żadnym nie kieruje jakaś wiedza specjalna, jakaś wytyczna, uznana przez doświadczenie. A przecież bardzo często żądają od nas, jako od biegłych, wypowiedzenia zdania, czy dany zniekształcony członek stanowi przeszkodę przy wykonywaniu pewnej pracy, czy możliwą jest dlań praca w innym zawodzie i w jakim; czy nagły wypadek mógł u człowieka zdrowego sprawić dane uszkodzenie, czy też już istnieć musiała skłonność chorobowa; czy dana choroba jest wogóle skutkiem pracy w pewnym zawodzie, czy też uważać ją raczej należy za wynik niezwykłych jakichś wpływów i t. p. Rozstrzygamy te pytania nieprzygotowani, bez korzystania z różnych w tym celu gdzieindziej stosowanych metod rozpoznawczych (narzędzi mierzniczych, fotografii Röntgena, długotrwałej obserwacji szpitalnej), nie zdając sobie sprawy, jak dalece sięga obecnie nasz wpływ na bieg

życia społecznego, jak poważne skutki pociągają za sobą nasze, czasem od ręki pisane „świadczenia”...

Nie ulega wątpliwości, że skutki te są opłakane. Ale czyż wina ciąży wyłącznie na sumieniu lekarzy?

Uprzypomnijmy sobie samodzielność powstania medycyny wypadków nieszczęśliwych na tle inicjatywy tych, którzy od nauki lekarskiej żądali rozwiązania wielu spraw natury społecznej. Przypomnijmy sobie, że np. w Niemczech inicjatywa wyszła od instytucji państwowej (Państwowy Urząd Zdrowia), która lekarzowi dała wszystko, czego potrzeba było do rozwoju tej gałęzi naszej wiedzy i sztuki; lekarz znalazł możliwość obserwacji, znalazł środki materialne do doskonalenia sposobów naukowych, badania i leczenia obchodzącej nas w tej chwili grupy chorych; prawodawstwo nie tylko zażądało odeń nowych usług, ale też dało mu możliwość doskonalenia się w tej nowej dziedzinie działalności.

Wręcz odmiennie układają się podobne sprawy u nas. Każdy wypadek nieszczęśliwy uważany jest za fakt odrębny, pozbawiony wszelkiej spójni z ogólnym biegiem spraw społecznych, a interwencja wiedzy lekarskiej traktowaną jest *wyłącznie tylko ze strony formalnej*. Jak świadczą formularze towarzystw asekuracyjnych i pytania, zadawane nam na sądzie, cały punkt ciężkości koncentruje się około odszkodowania; zło konieczne, smutna ostateczność, uważaną jest za rzecz pierwszorzędnej, podstawowej wagi; o istotnem posłannictwie wiedzy lekarskiej, o zmniejszeniu następstw wypadków nieszczęśliwych, prawie że się nie myśli. Nie podobna; wszakże żądać, by to, co gdzieindziej instytucje państwowe robią, to było u nas przez lekarzy załatwione. U nas tą sprawą zająć się muszą zarówno zarządy wielkich przedsiębiorstw przemysłowych, transportowych, jak i towarzystwa ubezpieczeniowe. Te instytucje dla własnego dobra pomyśleć powinny o racjonalnym rozwoju naszej medycyny wypadków nieszczęśliwych. Fabryki i koleje muszą zrozumieć, że epilogi odpowiedzialności majątkowej za wypadki nieszczęśliwe nie mogą i nie powinny rozegrywać się w sądach, ale tam, gdzie wiedza lekarska, uzbrojona w niezbędne środki, nie tylko rozpoznaje cierpienia powstałe skutkiem wypadku, ale, co najważniejsza, zwraca poszkodowanemu, w granicach możliwości, naturalny jego kapitał, podwalinę jego bytu i bytu całej rodziny; zdolność do pracy zarobkowej. Że wydatki na ten cel użyte nie tylko nauce i prawdzie służą, lecz i *interesom* przedsiębiorców, resp. towarzystw ubezpieczeniowych, wykazało doświadczenie, jakie uczyniono w Niemczech: każde 10 kopiejek wydane na czynności (rozpoznawcze i terapeutyczne) lekarskie przyniosły 100 kopiejek zysku — w postaci zmniejszenia się odszkodowania za skutki wypadków nieszczęśliwych przy pracy.



Szpitalnictwo w gubernji Radomskiej.

Opracował Dr. H. Fidler.

Starszy Ordynator szpitala starozakonných w Radomiu.

Ciąg dalszy.

Braki w szpitalach. Służba niższa w szpitalach jest to istotnie ich Achillesowa pięta. By dozorować chorego z całą względnością, na jaką chory z racji swego położenia zasługuje, należy mieć bardzo wiele poczucia ludzkości, nie mniej poczucia obowiązku i pewne wiadomości specjalne. Jest to czynność o wiele cięższa, aniżeli praca lekarza przy chorym, tembardziej, iż posługacz jest stale cały dzień i noc przy chorym, iż winien być na każde jego skinienie, iż powinien nie tylko sumiennie wypełniać zalecenia lekarza, lecz obsłużyć chorego z całą troskliwością i delikatnością. By spełnić należycie to zadanie, trzeba stać na dosyć wysokim poziomie moralnymi umysłowym, lub też podlegać pewnemu przymusowi moralnemu. Wiadomą jest rzeczą, iż ta sfera, wśród której rekrutuje się służba niższa szpitalna, a mianowicie proletarjat miejski, stoi na niskim poziomie moralnym. Goni ją do szpitala przykra konieczność t. j. brak jakiegokolwiek zajęcia. Kto bowiem może mieć nadzieję zarobkowania po za szpitalem, ten do szpitala na posługacza nie przyjdzie. Tylko widmo głodu zmusza do podjęcia się pracy z natury rzeczy trudnej i często bardzo przykrej. Od takiego więc człowieka kwalifikacji moralnych żądać trudno. Obawa utraty miejsca, wobec braku innego zajęcia, zmusza posługacza do pełnienia swej roli, do obsługi chorych, względnego ich traktowania i t. p. Wynadgodzenie za tę pracę jest niesłychanie niskie. U nas w Radomiu Szpital Św. Kazimierza płaci 4 rb. miesięcznie i daje życie całodzienne, żydowski 10 rb. bez życia. Nalichszy rzemieślnik u nas zarabia 12 rb. miesięcznie i jest panem swego wywczasu, ma pracę o wiele przyjemniejszą, nie jest pozbawiony rodziny, z którą całe dni lub wieczory spędzać może razem. Nie spotka go nagana lub kara pieniężna za wykroczenie, nie jest wiecznym niewolnikiem, gdyż wskutek małej ilości służby, ta nie ma wolnych dni, a nawet nocy, gdyż, nie będąc zmieniającą w nocy, na salach sypia. Jest to istotnie ciężka praca i tylko, jak powiedziałem, widmo głodu może człowieka zmusić do takiego zarobkowania. Dozór nad służbą szpitalną pełnią w niektórych szpitalach Siostry Miłosierdzia. Każdy wie o tem, że równie pilnych, czynnych, pełnych poświęcenia i uczciwych opiekunek znaleźć niepodobna. Lecz i tu największe starania muszą się rozbić wobec braku należytej niższej służby. Nie mamy ludzi specjalnie powołanych do pielęgnowania chorych. Nawet szkoły pielęgarzy i pielęgarek nie

uczynią temu zadość, dopóki skala wynagrodzenia nie będzie wyższą niżby szukano pracy w szpitalu nie w ostatecznym wypadku, lecz pomiędzy pierwszymi sposobami zarobkowania. Należy uregulować pracę służby szpitalnej, dając jej czas na wytechnienie, a więc posiadać większą jej liczbę, ustanowić nocnych posługaczy, których liczba powinna w dwójnasób przewyższać dziennych, gdyż czuwanie nocne jest bardziej uciążliwe od dziennego, jednym słowem, zwiększyć wydatki na niższy personel służbowy, a wtedy dopiero wymagać odpowiednich kwalifikacji. Te ostatnie zdobyć będzie można, gdy powstaną szkoły odpowiednie, gdzieby obok wiadomości z dziedziny pielęgnowania chorych jeszcze starano się o odpowiedni moralny i umysłowy rozwój wychowawców.

Drugą wadą szpitali naszych jest nieodpowiednie pożywienie. Już oddawna lekarze uznają konieczność zmian w tym kierunku, którym stoi na zawadzie z jednej strony rutyna czerpiąca natchnienie w przestarzałej ustawie szpitalnej z 1842 r., z drugiej zaś strony brak środków.

Ustawa szpitalna wymaga, by na śniadanie i na kolację podawano kleiki i kaszę, zaś na obiad $\frac{1}{2}$ f. gotowanego mięsa, rosół z kaszką lub kartoflami i chleb. Najwyższy wydatek na to winien wynosić około 13 kop. dziennie. Naturalnie, dyjeta ta mało zasobna w pożywne składniki, jak również jednostajna, uprzykrzy się chorym wkrótce i ztąd wynika pokątne żywienie chorych przez rodzinę potrawami znoszonymi z domu, czemu trudno zapobiedz pomimo czujności służby. A czujność ta jest konieczną ze względu na nieodpowiedni często jakościowo i ilościowo pokarm dostarczany z domu. Trudno jednakże z 13 kop. dziennie żywić tak chorego, by to odpowiadało jego potrzebom i smakowi. Zwiększeniu zaś wydatków w tym kierunku staje często na przeszkodzie brak odpowiednich środków. By dobrze i smacznie żywić chorego należy wydawać na chorego dziennie około 22 kop. Do tych braków wewnętrznych, a które stale wykazują lekarze szpitali dołączyć należy iż tak powiem braki zewnętrzne, o których również stale ciż lekarze szpitalni w swych sprawozdaniach rok rocznie wspominają, a mianowicie:

Opatów. Kancelarja w jednym pokoju mieści aptekę i ambulatorjum. Pierwotne urządzenie sali operacyjnej, brak instrumentów. W dalszym ciągu uskarża się ordynator, iż do Opatowa zjeżdża tylko najbiedniejsza ludność, gdy tym czasem zamożniejsi chłopci spieszą do szpitala w Sandomierzu, gdyż tam są siostry miłosierdzia. Na jednego chorego przypada przestrzeni 25,67 metr sześć.

Staszów. Szpital zbudowany tuż nad rzeczką Czarną w miejscowości niskiej i błotnistej. Na parterze jest jeden pokój wilgotny, w którym nie można mieścić chorych. Okna bez ram podwójnych, schody drewniane, ogród oddany w dzierżawę, chorzy szpitalni korzystać z niego nie mogą. Apteka wraz z salą operacyjną. Wanny złe. Piwnice na wiosnę i jesień zalane wodą, która często otacza cały dom. Wentylacja zła. Szpital biedny, warunki zdrowotne złe; wodę do picia i gotowania czerpią z rzeki, zawierającej w sobie nieczystości, gdyż do niej spuszcza się zawartość waterklozetów. Niema niezbe-

dnych przyrządów dla chorych ¹⁾. W dalszym ciągu pisze ordynator: „Byłoby więcej chorych, gdyby były większe wygodny, więcej bielizny, wskutek braku której odmawiają chorym przyjęcia. Potrzebne są osobne pawilony dla wenerycznych chorych.“ Na jednego chorego przypada przestrzeni 38 metrów sz.

Opoczno. Wychodki mieszczą się w podwórzu. Ciężej chorzy nie mogą z nich korzystać. W zimie urządza się wychodki na korytarzach, co zatrzuwa powietrze. Brak dostatecznej ilości wanien, brak narzędzi i bielizny. Na 1 chorego przypada przestrzeni 27, 28 metr sz.

Sandomierz. Zła wentylacja, brak wody do picia i złe wanny. Na 1 chorego przypada 23,30 metr sz.

Ś-go Kazimierza w Radomiu. Bielizny mało—na 3 zmiany tylko, po 1 szlafroku w zimie i lecie; brak gaci i czepków, brak oddzielnego pawilonu dla zaraźliwych. Na 1 chorego przypada przestrzeni 85,53 m. sz.

Starozakonných w Radomiu. Szpital mały, brak sali operacyjnej. W jednym pokoju mieści się sala operacyjna, kancelarja i ambulatorjum; brak osobnego pawilonu dla zaraźliwych. Zły rozkład szpitala (3 sale na 1-em piętrze—2 męskie 1 żeńska — wspólne wychodki; 1 sala żeńska na dole). Brak osobnych salek dla ciężej chorych. Brak wanien. Zła piecza. Brak gaci, chustek do nosa i skarpeci. Na jednego chorego przypada przestrzeni 16,4 m. sz.

Pomimo jednak tych wszystkich braków, przeszkadzających prawidłowemu rozwojowi szpitali, odczuwanych bardziej nawet przez lekarzy, niż przez chorych, ci ostatni mają większe wygodny w szpitalu aniżeli w domu. Czysta pościel i bielizna, czysto przyrządzone potrawy, spokój, czyste powietrze, stała opieka lekarska, oto są główne cechy szpitali i warunki, których chory, kwalifikujący się do szpitala, w domu mieć nie może. Ztąd więc prosty wniosek, iż nawet w obecnych warunkach szpitale powinny być bardziej uczęszczane. Wszelkie usiłowania sfer inteligentnych i zamożnych winny dążyć do tego, by lud wiejski i proletarjat miejski nakłaniać do umieszczania chorych w szpitalach.

Większe zainteresowanie się w tym kierunku warstw oświeconych zbawiennie by podziałało na tych, co winni w szpitalach szukać ulgi w swych cierpieniach.

Chcąc by istotnie więcej chorzy, wymagający szpitalnego leczenia, w nich znaleźć mogli miejsca, należy powiększyć i liczbę łóżek w istniejących szpitalach, przedewszystkiem gubernjalnych, zbierających chorych z całej gubernji i budować nowe szpitale w miejscach, takowych nie posiadających.

Wymagalna ilość łóżek i stosunek jednego łóżka do ilości ludności. Szpitale obecne mogły by pomieścić o 1880 chorych więcej rocznie, aniżeli dotychczas. (Cyfrę tę otrzymałem z obliczenia ilości wakują-

¹⁾ Pod tym mianem ordynator, prawdopodobnie, rozumie miseczki, sopluczki, kufle, słoje, kaczki, poduszki gumowe, płótna gumowe i t. p.

cych dni szpitalnych, dzieląc każdą z nich przez ilość dni szpitalnych jakie 1 chory przebył w szpitalu, w każdym oddzielnie). Ponieważ rocznie bywa przecięciowo chorych we wszystkich szpitalach 2764, to przy prawidłowym napełnieniu szpitali było by ich 4644, czyli około 20% potrzebujących szpitalnego leczenia. Dla pozostałych 80%, którzy by się w szpitalach obecnych pomieścić nie mogli, należy zwiększyć liczbę łóżek. Przy ścisłym obliczeniu, podanym poniżej, należało by podnieść liczbę łóżek z 350 do 1810—o 1460 więcej. Ponieważ w Radomskim powiecie umiera przeciętnie (dane z 10 lat) rocznie 3060 osób, to liczbę zachorowań należy oznaczyć cyfrą 34000. Z tej liczby na zasadzie powyżej podanego rozumowania kwalifikuje się do szpitala 3400 osób.

Ponieważ zaś było 1040 chorych a mogłoby jeszcze znaleźć miejsce chorych 546, przeto dla pozostałych 1820 należało by posiadać jeszcze łóżek 145. Ilość potrzebnych łóżek obliczałem w sposób następujący. Ponieważ przeciętnie 1 chory w szpitalach gub. Radomskiej przebył dni szpitalnych 24, to 1820 chorych przebyło by dni 43680. Ponieważ rok szpitalny ma 300 dni, to iloraz z liczby dni szpitalnych przez ilość dni w roku wskaże ilość łóżek potrzebnych do umieszczenia wyżej wymienionej liczby chorych. Iloraz ten w tym wypadku wynosi 145. Zastosowawszy tę samą zasadę dla całej gubernji otrzymamy następujące wyniki, w okrągłych cyfrach, według powiatów:

Tablica V.

Powiat Radomski	winien posiadać	wogóle	łóżek	około	270
„ Iłżecki	„	„	„	„	280
„ Kozienicki	„	„	„	„	220
„ Konecki	„	„	„	„	250
„ Opatowski	„	„	„	„	290
„ Opoczyński	„	„	„	„	240
„ Sandomierski	„	„	„	„	260

Uwaga 1. Przy obliczeniu dni szpitalnych na 1 chorego dla powiatów, oprócz Radomskiego, przyjąłem średnią ilość dni szpitalnych jakie 1 chory przebył we wszystkich szpitalach, co wynosi 24 dni (ułamki odrzucam).

Uwaga 2 Dla obliczenia ilości chorych w powiatach przyjąłem, jak dla całej gubernji, odsetkę śmiertelności 9 i ilość śmiertelnych wypadków w każdym powiecie.

Razem łóżek w gubernji 1810 na 926784 (r. 1897) ludności, czyli 1 łóżko na 500 mieszkańców. W tym stosunku w powiatach otrzymalibyśmy cyfry następujące:

Tablica VI.

Powiat Radomski	1 łóżko na	602 m.
„ Iłżecki	„	484 „
„ Kozienicki	„	638 „
„ Konecki	„	605 „
„ Opatowski	„	480 „
„ Opoczyński	„	378 „
„ Sandomierski	„	425 „

Liczba łóżek w powiatach nie jest w prostym stosunku do cyfry ludności, za to najzupełniej odpowiada liczbie śmierci, ewent.—liczbie zachorowań, jak wskazuje tablica następująca:

Tabela VII.

Nazwa powiatu	Liczba ludności ¹⁾	Liczba śmiertelności rocznie	Śmiertelność na tysiąc ludności	Przypuszczalna liczba zachorowań rocznie	Liczba zachorowań na tysiąc ludności	Liczba chorych wymagających szpitalnego leczenia	Wymagalna liczba łóżek w szpitalach	Wymagalna liczba szpitali
Opatowski	129258	3327	25,7	36966	286	3699	290	4
Łżecki	119017	3109	26,1	35444	297	3544	290	3
Radomski	147042	3060	24,8	34000	231	3400	270	3
Sandomierski	106372	2999	28,1	33322	313	3332	260	3
Konecki	123527	2807	22,7	31188	252	3118	250	3
Opoczyński	111067	2772	24,9	30800	277	3080	240	4
Kozienicki	120403	2979	20,5	27544	228	2754	220	3

Tym sposobem terytorjalne rozmieszczenie łóżek szpitalnych, przedstawiało by się w sposób następujący;

Tablica VIII.

w Pow. Radomskim na przestrzeni 31,5 □ mil	byłoby łóżek	270
„ Opatowskim	31,4	290
„ Koneckim	32,2	250
„ Łżeckim	36,9	280
„ Kozienieckim	32,7	220
„ Opoczeńskim	32,9	240
„ Sandomierskim	21,4	250

Każdy szpital, mojem zdaniem, winien mieć, mniej więcej, 60 łóżek, a to z powodów następujących. Na salach chorób wewnętrznych niezaraźliwych po 8 łóżek (dla mężczyzn i kobiet), po 10 łóżek na salach chirurgicznych, po 8 łóżek dla chorób zaraźliwych wewnętrznych i po 4 łóżka skórnych i wenerycznych.

Rozmieszczenie szpitali w powiatach. Przy rozmieszczeniu szpitali na wyżej wymienionych powierzchniach trzeba brać pod uwagę następujące względy:

1. Do większych miast zwykle zdąży większa liczba chorych. Szpitale więc w większych miastach winny mieć więcej łóżek.

2. W większym mieście jest więcej lekarzy, którzy mogą należycie szpital obsługiwać. Wreszcie, w większym mieście jest bardziej mo-

¹⁾ Uwaga Liczbę ludność podaję jako średnią z 20 lat, od r. 1888 po 1897 r. To samo co do liczby zachorowań i odsetkowego stosunku śmiertelności i zachorowania.

zliwe specjalne zajęcie lekarzy i tym sposobem mogą się tworzyć specjalne oddziały w szpitalach.

3. Promień okręgu szpitalnego powinien mieć od 16 — 18 w., aby dowóz do szpitala był łatwiejszy i dla chorego mniej utrudzający. Na przebycie tej przestrzeni z chorym przy złym stanie dróg trzeba najwyżej 3-ch godzin czasu. Z tego też względu terytorjalne rozmieszczenie szpitali winno by było być następujące:

Tablica IX.

powiat	{ Radom	3	szpitale, lub	więcej, w nich	240	łózek.
Radomski.	{ Białobrzegi	1	"	"	30	"
	{ Opatów	1—2	"	"	120	"
powiat	{ Ostrowiec	1	"	"	90	"
Opatowski.	{ Ożarów	1	"	"	40	"
	{ Łagów	1	"	"	40	"
powiat	{ Końskie	1—2	"	"	150	"
Konecki.	{ Przedbórz	1	"	"	50	"
	{ Szydłowiec	1	"	"	50	"
powiat	{ Rząsa	1—2	"	"	160	"
Iłżecki.	{ Lipsko	1	"	"	60	"
	{ Wierzbnik	1	"	"	60	"
powiat	{ Koźienice	1—2	"	"	140	"
Koźmienicki.	{ Magnuszew	1	"	"	40	"
	{ Zwoleń	1	"	"	40	"
	{ Opoczno	1—2	"	"	120	"
powiat	{ Przysucha	1	"	"	40	"
Opoczeński.	{ Odrzywół	1	"	"	40	"
	{ Żarnów	1	"	"	40	"
powiat	{ Sandomierz	1—2	"	"	140	"
Sandomierski	{ Staszów	1	"	"	60	"
	{ Klimontów	1	"	"	60	"

Zastrzega się zgóry, iż i liczba łózek i miejscowości przezemnie oznaczone, mają znaczenie warunkowe i mogą uleść zmianie.

Ja tylko tutaj naszkicowałem podział szpitali i łózek, trzymając się wskazanej wyżej liczby łózek w każdym powiecie. Tym sposobem mielibyśmy w gubernji 23 szpitale, mniej więcej, i każdy okręg szpitalny z promieniem 16 — 18 wiorstowym obejmował by przestrzeń 16 kwadr. mil, z ludnością przeciętnie 28974.

Oprócz szpitali ogólnych, o jakich mowa wyżej, należy mieć przynajmniej 1 szpital dla obłąkanych i uzdrowisko dla suchotników. Co do pierwszego — pożytek nie ulega żadnej wątpliwości. Stały brak w Tworkach miejsca, znaczna liczba obłąkanych i idiotów, walęśających się po miastach i wsiach wskazuje, na konieczność posiadania specjalnego szpitala.

Co do drugiego, rzecz przedstawia się w sposób następujący. Chorych suchotników wypadła 19,3 na 1000 chorych, zwracających się o pomoc lekarską, a umiera 3,84 rocznie na tysiąc¹⁾. Ponieważ więc w gubernji chorych jest do roku 228330, to liczba suchotników wyno-

¹⁾ Uwaga. Dane te są wzięte ze sprawozdań zawartych w XIV Tomie prac Warszawskiego Statystycznego Komitetu, str. 301.

si 4400 a umiera z nich 886, czyli przeszło 4% zmarłych. Dla tej więc kategorii chorych wypadaloby zbudowac 11 uzdrowisk po 400 lozek. Najodpowiedniejszym miejscem bylyby powiat Opatowski ze swym gorzystym polozeniem (1690 stóp nad powierzchnia morza, do 1930—S-go Krzyza, a nawet 2016 — Łysa góra) i poludniowa czesc Hżecckiego powiatu i zachodnio poludniowa strona Koneckiego powiatu, ze swymi duzymi lasami.

Przytulki dla nieuleczalnych i ochrony. Lecz to nie wszystko. Jest jedna kategoria chorych, ktora jest dla szpitala cięzarem, a mianowicie chorzy nieuleczalni. Dla tych powinny byc przytulki, gdyz tacy chorzy, jakkolwiek potrzebuja pomocy lekarskiej dla ulzenia ich cierpieniom, nie nadaja sie do szpitali. Tam bowiem, lezac wspólnie na salach ogólnych z innymi chorymi, staja sie cięzarem dla otoczenia, ktore musi znosic nieporzadek zwykle przez nich czyniony, w dodatku wymagaja osobnej dla siebie uslugi, czego szpital dac nie moze. Również starcy winni byc umieszczani w ochronach, nie zaś przychodzić do szpitali, jak sie to dzieje w zimie, by miec dach nad glowa i zycie. Ochrony takie sa tylko w niektórych miastach gubernji, a powinny byc zakladane gęsciej.

Obraz powyzej przedstawiony wykazuje ten idealny stosunek liczby szpitali i lozek do liczby chorych, wymagajacych szpitalnego leczenia, ktory by pozwolil 1) umieścić wszystkich chorych tej kategorii w szpitalach a 2) nie utrudnil by przewozenia chorych do szpitali.

Naturalnie, z biegiem czasu i gdy ludnosć dokladnie sobie uswiadomi rzeczywiscie szpitalnego leczenia, gdy szpitale stana na wysokoosci swego zadania, ten ideal stac sie moze rzeczywistoscia. Albowiem dowiedziona jest rzecza, iz dazeniem obecnych czasow jest leczenie sie w szpitalach, albowiem 1° leczenie wogóle jest drogie i wskutek pogarszajacych sie warunkow ekonomicznych coraz mniej przystepne dla mniej zamożnych klas; 2° systematyczna opieka w tych zakladach umozliwia latwiejszy i prędszy powrot do zdrowia, 3° dla ograniczenia rozprzestrzenienia chorob zarazliwych koniecznym jest umieszczenie chorych z podobnymi chorobami w szpitalach, 4° sa pewne gatunki chorob, gdzie leczenie jest tak zlozone, iz go zadna miara w domu przeprowadzić nie mozna, czy to dla braku odpowiednich przyrzadzow, czy braku nalezytego dozoru, czy tez koniecznosć odosobnienia chorego od otoczenia do tego zmusza. Do tej kategorii naleza: chirurgiczne przypadki, gdzie operacje czysto i dokladnie mozna wykonac tylko w dobrze urzadzonych salach operacyjnych, choroby wymagajace dyetetycznego leczenia, jak moczowka cukrowa, nerwowe choroby jak histerja, gdzie nalezy przeprowadzac leczenie odosobnione (izolacyjne) i t. p. W wymienionych tu przypadkach nawet zamożnosć w domu prywatnym i doskonale urzadzenie w mieszkaniu nie pozwala na wykonanie np. operacji wedlug zasad aseptyki, brak wyszkolenia otoczenia nie daje gwarancji, iz dyeta chorego z cukromoczem bedzie zachowana z cala skrupulatnoscia, gdzie, wreszcie, oprócz dyety wazna graja role i inne czynniki jak codzienne a dokladne ba-

danie chorego; w chorobach nerwowych, hysterja wymaga bezwarunkowego poddania się woli lekarza, umieszczenia w zamkniętym zakładzie, by należycie mógł wyrobić wolę w samym chorym — wolę chorą. Liczba przypadków wymagających leczenia szpitalnego stale się wzmacnia, a najlepszym dowodem tego, iż powstają lecznice prywatne dla zamożnych chorych, które nie są niczem innym, tylko szpitalami z wysoką opłatą za leczenie, a częsty brak miejsca w nich wykazuje, jak są poszukiwane. To co obecnie zrozumiała publiczność zamożna, ewentualnie oświecona, winna zrozumieć w przyszłości i publiczność nieoświecona i mało oświecona, a mianowicie, że szpital jest istotnie tem miejscem, gdzie łatwiej, taniej i szybciej można powrócić do zdrowia. Dlatego też powtarzam tutaj, że podane przezemnie cyfry potrzebnych łóżek i szpitali, jakkolwiek nieodpowiadające warunkom obecnym będą w przyszłości miarodajnymi a to, co dziś można nazwać ideałem, stanie się z czasem koniecznością.

Z tego też względu pomimo, iż szpitale obecnie nie są należycie zapełnione i zdawałoby się, iż liczba ich jest dostateczną, koniecznym jest zwiększenie liczby łóżek w szpitalach i budowanie nowych szpitali. Już sama trudność w przewiezieniu chorego na dalszą odległość winna być dostatecznym bodźcem do zakładania nowych szpitali nawet, gdyby istniejące w połowie stały próżne. A naturalnie, gdy warunki finansowe szpitali się poprawią, gdy będzie można wprowadzić do nich te zmiany, jakie są konieczne, by je postawić na odpowiedniej wysokości, wtedy jeszcze się zwiększą szanse, iż będą one stale zapełnione, gdyż czego nie dokaże namowa do leczenia się w szpitalu, tego dokaże brak środków na leczenie.



Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Zebrania lekarskie w Kutnie i Łęczycy w 1899 r.

W ciągu r. 1899 (w roku szóstym istnienia naszych zebrań) odbyło się posiedzeń 4 (w Marcu, Maju, Wrześniu i Grudniu), z tych 2 w Kutnie i 2 w Łęczycy. W zebraniach brało udział 22 kolegów (6 z Łęczycy, 6 z Kutna, 2 z Żychlina, 2 z Ozorkowa i po 1 z Krośniewic, Borusie, Łowicza, Włocławka, Uniejowa, i z Warszawy). Na 4 posiedzeniach odczytano i przedyskutowano 15 referatów, (przez 8 autorów), mianowicie:

I. *F. Arnsztein* (Kutno). *Przypadek ropnia pozagalkowego w następstwie zakażenia połogowego*. U dwudziestokilkuletniej mężatki, po przebyciu peri et parametritidis—ropienie w gałce ocznej z wysadzeniem jej i osłabieniem wzroku; w Warszawie zrobiono wyluszczenie gałki ocznej. W dyskusji niektórzy koledzy skłonni byli przypuszczać w tym przypadku raczej ponophtalmię, niż ropień pozagalkowy. (Gaz. Lek. r. 1899 Nr. 39).

II. *J. Handelsman* (Kutno). Przypadek guza mózgu. W przypadku tym robotnik fabryczny, lat 38, od lat 4 miewał silne bóle głowy w okolicy potylicowej lewej, z uporczywymi wymiotami, pod postacią napadów; następnie przyłączył się w napadach zbiór objawów t. zw. padaczki Jackson'a; przed pół rokiem kol. Goldflam stwierdził u chorego prócz objawów powyższych — neuritis optica. Podezrza jednego z ciężkich napadów chorey zmarł; przy badaniu pośmiertnym znaleziono w środkowej części półkuli lewej *dużą torbiel*, wypełnioną szarą, galaretowatą cieczą; podstawa guza znajdowała się na podstawie mózgu — na lewo od chiasma nn. opticorum. Kol. H. przypuszcza że był to glejak w stanie rozpadu.

III. *F. Arnsztejn* (Kutno). Prawidła dotyczące anatomji, patologji i terapii zapalenia wyrostka robaczkowego i zboczenia od tych prawideł. W obszernym referacie, przedstawiającym obecny stan nauki o zap. wyr. rob., kol. A. podnosi najważniejsze kwestje, dotyczące tego cierpienia; przy opracowaniu strony klinicznej, rozbiera szczegółowo liczne formy chorobowe, ich przebieg, różnorodność objawów, zboczenia w przebiegu, zależne od różnego położenia wyr. rob., od różnego napięcia momentów etjologicznych; obszernie opracowane są różne formy zapalenia otrzewny przy tym cierpieniu, dalej sprawa rozpoznania różniczkowego (ropienie, przedziurawienie wyrostka, znaczenie przekłócia próbnego i t. p.). Przy leczeniu kol. A. rozbiera krytycznie metody lecznicze (przeciwzapalną, użycie środków czyszczących, narkotyków), a zwłaszcza, zastanawia się, nad potrzebą wczesnego operowania.

IV. *Ziemiński* (Łęczyca) opisuje przypadek ostrego dziurawiącego zapalenia wyrostka robaczkowego, przebiegającego pod postacią niedrożności kiszek; w przypadku tym, u chorej, 30-letniej mężatki, wszystkie objawy, jako to: nagły początek choroby, wymioty uporczywe, bóle i wzdęcie brzucha przy wyczuwaniu ruchów kiszek, a nade wszystko zupełny brak stolców i wiatrów, brak gorączki, upoważniały do rozpoznania ostrej niedrożności kiszek, prawdopodobnie mechanicznej (wobec wzmożonego ruchu robaczkowego jelit). Przebieg ciężki; 8-go dnia choroby po raz pierwszy wymioty kałowe, tętno 120, po głębokich wlewaniach per rectum woda zabarwiona i bobkowe kawałki kału; 10-go dnia wymioty kałowe, obfite płynne stolce, w nocy zapaść raptowna i śmierć. Przy badaniu pośmiertnym, znaleziono: ropne zapalenie otrzewny rozlane, jelita cienkie mocno rozdęte, colon transversum et descendens spadnięte, coecum et colon ascendens szarozielono zabarwione, wyrostek robaczkowy grubości małego palca, koloru ciemno-zielonego, zlepiony z przednią powierzchnią kątnicy i przedziurawiony, w colon ascendens znaleziono również 2 otwory, utworzone przez zmartwienie ścianki jelita, wskutek ucisku przez powrózek otrzewnowy, idący od col. ascend. w kierunku kręgosłupa.

V. *E. Bernhardt* (Łęczyca). Przypadek wątroby ruchomej czyli wędrującej, wraz z krótkim poglądem na obecny stan nauki o tem cierpieniu (Gaz. Lek. r. 1899 Nr. 51 i 52).

VI. *Wolberg* (Włocławek). Przypadek appendicitidis, przebiegający przy objawach niedrożności kiszek i zakończony wy-

zdrowieniem samodzielnem za pomocą przerwania się ropnia do kiszki stolcowej. W przypadku tym, u chorej 58-letniej, z wybitnem habitualnem zaparciem stolca, w końcu Listopada r. 1898, w odstępach mniej więcej 10 dniowych, zjawiały się objawy zamknięcia kiszki, trwające po parę dni; przy 3 znaleziono mocne wzdęcie brzucha, stłumienie odgłosu wypukowego i guzowatość w prawym dole biodrowym, zupełne zaparcie stolców i wiatrów, wymioty (nie kałowe), wkrótce objawy zapaści; po upływie 2 i pół doby pod wpływem głębokich wlewań per rectum — zaczęły odchodzić stolce i wiatry, stan chorej lepszy; po upływie jeszcze dni kilku, zjawily się samodzielne stolce płynne z bardzo obfitą przymieszką ropy i krwi, co trwało w ciągu blisko 2 tygodni; przez cały czas choroby ciepłota ciała raz tylko podniosła się do 38° Cel; wspomniany guz w prawym dole biodrowym stopniowo znikał. Po wyzdrowieniu u chorej zniknęło bezpowrotnie dawne nawykowe zaparcie stolca, jest ona obecnie zdrowa zupełnie.

W dyskusji kol. Troczewski zwraca uwagę, że w przypadku tym takie objawy, jak od wielu lat istniejące nawykowe zaparcie stolca, bardzo powolny, przerywany początek i przebieg choroby, mała bolesność w okolicy przytłumienia (resp. guza), a szczególnie ta okoliczność, że po wyzdrowieniu ustąpiło zupełnie dawne zaparcie stolca nawykowe, przemawiają przeciw appendicitis, a raczej wskazują, że u chorej tej mógł oddawna istnieć guz w prawym dole biodrowym (może dawne parametritis), który nareszcie uległ ropieniu i wywołał, opisany przez kol. Wolberga, obraz choroby.

VII. *Konopacki* (Łowicz) opisuje 2 przypadki włóknikowego zapalenia płuc centralnego. W pierwszym przypadku dopiero 4-go dnia wieczorem wystąpiły pierwsze objawy fizyczne zapalenia płuc, 8-go dnia przesilenie, chory wyzdrowiał; w drugim przypadku, również dopiero 4-go dnia można było postawić rozpoznanie właściwe, chory wyzdrowiał. W dyskusji kol. Handelsman opisuje przypadek, gdzie dopiero 8-go dnia wystąpiły jawne objawy zapalenia płuc; kol. Arnsztejn zwraca uwagę na częstość oddechu, a kol. Bernhardt na bardzo charakterystyczny kaszel urywany — jako ważne objawy zapalenia płuc włóknikowego.

VIII. *F. Arnsztejn* (Kutno). Przypadek drgawek porodowych w początku 9 miesiąca ciąży (Czasopismo Lekarskie r. 1899 Nr. 7).

IX. *E. Bernhardt* opisuje przypadek pneumopyothoracis consecutivae u chorego 60-letniego, u którego nagle powstał gwałtowny ból in hypochondrio sin, na połowie linii od symphysis do spin. ilci ant. sup., przy jednoczesnem zaparciu stolca i wiatrów, stanie bezgorączkowym, tętnie przyspieszonym i moczu wyraźnie krwawym; rozpoznano przypuszczalnie uwięźnięcie kamienia nerkowego w moczowodzie; zalecono ciepły okład na brzuch i ekstr. Belladonnai wewnątrz; 3-go dnia stan lepszy, w płucach zmian niema; 4-go dnia gwałtowna zapaść, tętno nitkowate, poty, zaparcie stolca trwa dalej; 5-go dnia w lewym płucu oddech amforyczny od tyłu, i stępienie od podstawy do grzbietu łopatki; 6-go dnia stępienie zupełne, oddech niesłyszalny, fremitus pectoralis zniesiony, stan gorączkowy, rozpo-

znano w jamie brzusznej sprawę ropną, która następnie przeszła na opłucną i wywołała pneumopyothorax; przekłócie próbnę poniżej łopatką wykazało obecność ropy w opłucny. 7-go dnia kol. Zaleski (z Płocka) wykonał thorakotomię z resekcją żebra, przyczem z jamy opłucny wyciekło bardzo dużo ropy cuchnącej z zapachem kałowym, co niewątpliwie wskazywało, że ropa pochodzi z jamy brzusznej. Chory po upływie dni kilku zmarł.

X. *Lukasiewicz* (Ozorków) Przypadek wodowstrętu u 10-letniego chłopca; objawy typowe choroby wystąpiły w 6 tygodni po ukąszeniu chorego przez małego pieska, przedtem chory leczony weale nie był, śmierć nastąpiła w 3 dniu napadu; w przypadku tym zasługuje na uwagę kilka objawów, nie notowanych dotąd w podręcznikach, mianowicie: u chorego przez cały czas spostrzegano odwrotną reakcję źrenic, przy przystosowaniu oka do patrzenia na bliskie i dalekie przedmioty; dalej występowanie typowych napadów skurczu m. m. połkowych przy próbach wycierania nosa. Przedstawiwszy w krótkości dane z patologji i symptomotologii tego cierpienia, kol. Ł. obszerniej rozbiera metody lecznicze, zwłaszcza szczepienie ochronne metodą Pasteur'a i próby leczenia wodowstrętu za pomocą seroterapij (Calabresse, Babes, Wasserman). W dyskusji kol. Bernhard, przypominając przypadek opisany na jednym ze zjazdów przez kol. Kono-packiego, zaznacza, że są niewątpliwie przypadki, w których leczenie Pasteur'owskie okazuje się zupełnie bezskuteczne, w tych zaś przypadkach, gdzie wynik jest dodatni, prawie nigdy niema pewności, czy istniała infekcja, t. j. czy było ukąszenie przez zwierzę, rzeczywiście dotknięte wodowstrętem. Kol. B. jest zdania, że jednak w leczeniu wodowstrętu prędzej znajdzie zastosowanie terapia t. zw. łańcucha bocznego.

XI. *J. Handelsman* (Kutno). Przyczynek do kazuistyki przypadków śmierci wkrótce po ubezpieczeniu się na życie.

XII. *A. Troczewski*. Przyczynek do sprawy leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego, z powodu kilku cięższych przypadków, spostrzeganych w szpitalu kutnowskim. (Referat ten drukowany będzie w Gazecie Lekarskiej).

XIII. *A. Troczewski* (Kutno). Przypadek ropówki pozagalkowej i około szczękowej z następczym ropniem mózgu—po wyjęciu zęba zepsutego (będzie drukowany w Czasopiśmie Lekarskiem).

XIV. *A. Troczewski* (Kutno). Przypadek złamania (conquassatio) podstawy czaszki, śmiertelnie zakończony. Torbiel mózgu przypadkowo odkryta przy badaniu zwłok. W przypadku tym młody silny wyrobnik J. W. otrzymał silne uderzenie w głowę, prawdopodobnie drągami żelaznym, upadł na ziemię, stracił przytomność, a w 1 godz. potem przywieziony został do szpitala. Chory w stanie agonji, zalany krwią z obszernymi, dochodzącymi do kości, ranami w okolicy ciemieniowej prawej, po upływie 4 godzin zmarł. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono; strzaskanie kości ciemieniowej prawej z wgnieceniem dużego odłamka do jamy czaszkowej, złamanie kości potylicowej, obszerne wylewy krwi pomiędzy czaszką i oponą twardą, pomiędzy ostatnią i powiechrznią mózgu, a wreszcie w samej

substancji mózgu, zarówno na wypukłości, jak i na podstawie. Niezależnie od tych zmian, wynikłych z urazu i będących przyczyną śmierci chorego, znaleziono w szczelinie między zrazowej (fiss. longitudinalis) dużą torbiel, wielkości jaja gęsiego, składającą się z bardzo cienkiej pajęczej otoczki i wypełnioną masą kaszowatą—szarobiałą; torbiel rozpychała zrazy czołowe, w niczem nie naruszając całości samej substancji mózgu. Podobno chory ten za życia miewał częste napady padaczkowe.

XV. *F. Arnsztejn* (Kutno). Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego. Przebieg choroby ciężki, w początkowym okresie wezwano chirurga w celu dokonania operacji; chirurg radził czekać z interwencją chirurgiczną, tymczasem po upływie 2 dni wystąpiła nagła zapasé i chory zmarł.

Prócz referatów powyższych demonstrowano na posiedzeniach chorych ciekawszych, mianowicie:

I. *Handelsman* (Kutno). Chorą z bardzo dużym guzem w jamie brzusznej; guz bierze prawdopodobnie początek z krezki, natury, zdaje się złośliwej—*casus inoperabilis*.

II. *F. Arnsztejn* (Kutno). Przedstawił chorego, młodego żyda, z objawami typowej hysterji ogólnej.

III. *J. Handelsman* (Kutno) chorego z porażeniem łopatkobarokowym skombinowanym, *Duchenne-Erba*.

IV. *M. Ziemnicki* (Łęczyca). Przedstawił chorego z wodną puchliną brzucha (*ascites*) rozmiarów potwornych; chory, lat 16, bardzo wychudzony, blade, nędzny, już od lat 9 cierpi na wodną puchlinę brzucha; w ciągu tego okresu czasu miał 3 krotnie płyn wypuszczany, ostatni raz przed paroma miesiącami; obecnie brzuch jest tak potwornie wielki, że chory, stojąc, zaledwie unieść może ciężar tegoż i widocznie ugina się pod nim. Dość powiedzieć, że wymiary brzucha są następujące: obwód brzucha na linii pępka—154 ctm; odległość od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego 87 ctm, od wyrostka mieczykowatego do pępka 40 ctm. Obrzęku nóg niema i nigdy nie było; chory kaszle, w szczytach płuc od tyłu wyraźne zmiany gruzlicze. Najprawdopodobniejsze rozpoznanie — *peritonitis tuberculosa*; przeciw *cirrhosis hepatis* przemawia brak zupełny obrzęków, młody wiek chorego, brak momentów etiologicznych.

V. *F. Arnsztejn* (Kutno). Przedstawił chorą z polimylitis anterior acuta aut polineuritis; chora ta demonstrowana była już w roku zeszłym (*Czasopismo Lekarskie* r. 1899 Nr. 2), od tego czasu poprawa niewielka, zupełne porażenie stopy lewej z umiarkowanym zanikiem mm. goleni; chodzić chora nie może. W dyskusji kol. Higier (z Warszawy) po krytycznym rozbiórze danego przypadku skłonny jest najbardziej uważać tę sprawę za polineuritis; w celach leczniczych kol. H. radzi spróbować zastosowania metody *Drobnika*—przeszczepienia części ścięgna *Achillea* do porażonych przednich mięśni stopy.

Kutno 10 Lutego 1900 r.

A. Troczewski.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 31 Stycznia 1900 r.

I. Kol. *Berenstein* przedstawił 18-letniego tkacza z *coloboma iridis choroideae et n. optici*.

II. Kol. *Gutentag* przedstawił 5-dniowe dziecko, które urodziło się z 2 zębami.

III. Kol. *Przedborski* przedstawił 18-letnią dziewczynę, pochodzącą ze zdrowej rodziny. Przed 5 tygodniami zaczęła ona doznawać łechtania w gardle, kaszlu, chrypki i powoli wzmagającej się duszności, dla której usunięcia, w szpitalu żydowskim, dokonano tracheotomji. Przyczyną jest *obustronne porażenie rozszerzaczy krtani, pochodzenia histerycznego*.

IV. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia *przypadek częściowego rozcięcia się przetoki pęcherzowo-szyjkowo-pochwowej, w 8 tygodni po udanej operacji*. Przetoka, przepuszczająca swobodnie dwa palce, powstała po zaniedbanym porodzie, który dopiero po upływie czterech dni był dokończony zapomocą wymóżdżenia i kranioklasii (płód już nieżywy, niskie poprzeczne ustawienie główki, początki zgorzeli przedniej wargi macicznej). Po rozwiązaniu, krwotok ex atonia uteri; tamponowanie macicy i pochwy gazą wyjałowioną. W połogu nieznaczne nasilenia gorączkowe; kilkakrotnie odeszły duże kawałki obumarłych tkanek; przeważna część moczu, mimo cewnik na stałe, odpływa przez pochwę. W sześć tygodni po porodzie operacja przetoki, bardzo trudna z powodu bliznowatego zwięzienia pochwy (3 cięcia pomocnicze, w tem 2 pochwowe, 1-o pochwo-kroczone). Przetoka zajmuje miejsce przedniej wargi macicznej wraz z całą tylną połową przedniej ściany pochwowej; lewym brzegiem uniesiona ku górze i zrosnięta z gałęzią zstępującą kości łonowej. Zamknięcie przetoki pod chloroformem, sposobem *bezpośredniego zeszywania pęcherza*, opisanym przez S. w Gazecie lek. z r. 1897. Tylko u lewego kąta, z powodu niedostępności pęcherza, okrwawienie brzegów z zeszyciem en masse. Przepięg pooperacyjny bezgorączkowy, wyjęcie szwów (jedwab) 15-go dnia, zagojenie się przetoki doraźne. Oddawanie moczu do piątego tygodnia po operacji przy pomocy cewnika, odtąd dobrowolnie, pęcherz jednak opróżnia się z trudnością i niezupełnie, jakkolwiek z dniem każdym zyskuje na sile. W 8 tygodni po zabiegu pacjentka, zmuszona, jako służąca, do ciężkiej pracy, wnosząc na piętro wiadra z wodą, poczuła nagle, iż mocz znów odpływa bezwiednie przez pochwę. Przy badaniu nazajutrz S. znalazł małą przetokę w tej części blizny, gdzie zmuszony był użyć metody amerykańskiej. Przetokę tę S. leczy ambulatoryjnie, łącząc przyżeganie z założeniem cewnika na stałe; tym sposobem, wykluczając napełnienie pęcherza i działanie moczu, chce przyspieszyć proces zablizniania się. Cewnik Pezzer'a, gorąco zachwalany przez d-ra Stankiewicza z Warszawy, jest, zdaniem S., nieoceniony w tym razie. Pacjentka uwiązuje go u pasa. w ciągu dnia zatyka koreczkiem, wypuszczając mocz co 10 — 15 minut; w nocy mocz wypływa swobodnie do podstawionej flaszki. Od czasu założenia cewnika (przed tygodniem), pacjentka nie traci moczu przez pochwę.

Przypadek ten 1-o wykazuje, że blizna przy sposobie bezpośredniego zeszcicia pęcherza zdaje się być wytrzymalszą w następstwie, niż przy metodzie amerykańskiej: 2-o stanowi pewien przyczynek do ambulatoryjnego leczenia drobnych przetok pęcherza moczowego.

V. Kol. *Berenstein* wygłosił odczyt: *Przyczynek do sprawy rozpoznania chorób ocznych w fabrykach przemysłu włóknistego, w Łodzi.* (Będzie drukowane w „Czasopiśmie“).

Dyskusja. Kol. *Koliński* twierdzi, że okuliści starsi są unitarystami, ponieważ mieli możność spostrzegania przejścia Conjunct. follicularis w jaglicę; że jaglica różni się od Conj. follic. tylko ilościowo; że to cierpienie jest w związku etjologicznym z cierpieniem narządów rodnych. Kol. *Likiernik* utrzymuje, że u nas 12 — 14 proc. ludności jest dotknięta jaglicą, która więcej jest zaraźliwa, aniżeli Conj. follicularis. Ta ostatnia, jak L. stwierdził, przechodzi często w jaglicę. Kol. *Górski* jest unitarystą; co się tyczy Łodzi, to (w r. 1898) okazało się, że 14 proc. uczniów szkoły kupieckiej, a 20 proc. uczennic gimnazjum, było dotkniętych jaglicą.

Kol. *Berenstein*, Förster, Adamiuk i Fuchs, starsi oftalmolodzy, którzy mają odpowiedni materiał, są jednak dualistami; toż samo powiedzieć należy o Kuhnice. O ile jaglica ma związek z rzeżączką — nie wiadomo; hipoteza ta jest wogóle bardzo słaba. Ci koledzy, którzy są unitarystami znajdują wysoką odsetkę jaglicy, bo tu zaliczają Trachoma + Conj. follicularis. Nie zgadza się z tem, by wielu chorych z Conj. foll. z czasem zapadało na jaglicę. Sam w ciągu lat pięciu w szkole rzemiosł dla żydów systematycznie badał oczy wszystkich uczniów, żyjących w najgorszych warunkach higienicznych, a jednak ani razu nie stwierdził przejścia Conj. follic. w jaglicę. Większość wyzdrowiała prawie nie leczona! Jeśli się tak rzecz ma w tej najbardziej niebezpiecznej warstwie ludności, to wśród uczniów gimnazjum trudno przypuścić gorszy przebieg. Spostrzegał Conj. follic. u wielu uczniów tych szkół, o których mówi kol. Górski; to cierpienie samoistnie mijało w ciągu lata, kiedy chorzy przebywali na powietrzu pozbawionym pyłu. Często trudnym jest na razie rozpoznanie; ale właśnie przebieg sprawy chorobowej wątpliwości rozstrzyga.

VI. Kol. *Kaufman* odczytał, opracowany przez Komitet higieniczny, *memorjał w sprawie poprawy istniejących braków pomocy akuszeryjnej w Łodzi.*

Zebrani uchwalili: ten *memorjał* przesłać do władzy w imieniu Towarzystwa.

VII. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia następujące przyrządy:

1) Cystoskop Casper'a, zastosowany jednocześnie do badania pęcherza i cewnikowania moczowodów. 2) Uretroskop Grünfeld'a, zdany również do badania pęcherza moczowego sposobem Kelly-Pawlika. 3) Rectoskop Herzstein'a do badania odbytnicy. 4) Panelektroskop Casper'a, służący do oświetlania uretrokopu i rectoscopu. Jako zbiornika siły elektrycznej, S. używa akumulatora o sześciu elementach, firmy Hirschman'a w Berlinie.

REFERATY.

Schwarze. **Uraz a choroby kobiece.** Podręczniki chorób kobiecych bardzo pobieżnie omawiają wpływ urazu na powstawanie cierpień narządów rodnych niewieścich, a jednak sprawa ta posiada wielkie

znaczenie, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie lekarz jako biegły ma orzec, w jakim stopniu zmniejszyła się zdolność wytwórcza robotnicy wskutek choroby spowodowanej przez uraz resp. nieszczęśliwy wypadek; zobaczymy przeto z kolei, jaki udział należy się urazowi w powstawaniu poszczególnych cierpień kobiecych.

Tyłożgięcie. Jakkolwiek zgodnie z *Fritsch'em i Küstnerem* autor uznaje, że uraz (spadnięcie na pośladki) lub podźwignięcie zbyt ciężaru mogą u zupełnie przedtem zdrowej kobiety wywołać tyłopochylenie lub tyłożgięcie macicy, atoli ze względów czysto praktycznych kwestja powinna być postawiona tak: czy uraz może spowodować pogorszenie się a raczej wystąpienie dolegliwych objawów chorobowych u kobiety, która, mając uprzednio wymienione cierpienie, żadnych dolegliwości nie doznawała?

Odpowiedź na to pytanie może być tylko twierdząca, nadto dodać należy, że dla powstania owych dolegliwości bynajmniej nie potrzeba jakiegoś niezwykłego wysiłku cielesnego; wystarczy bowiem nagły, ściśle co do czasu dający się określić, wypadek. Gdy się mówi o pogorszeniu istniejącego przedtem stanu chorobowego, to na karb wynikłych z powodu nieszczęśliwego wypadku dolegliwości można złożyć tylko takie, które pochodzenie swe zawdzięczają istotnie zmianom osi macicy; należą tu przedewszystkiem dysmerrhoea, endometritis, jako też znane powszechnie bóle promienujące w kierunku krzyża lub żołądka.

Mogą, oczywiście, istnieć inne jeszcze schorzenia lub powikłania, tych jednak nie możemy uważać za wynik zmian osi macicy, a co zatem idzie, nie mamy prawa uzależniać ich od nieszczęśliwego wypadku. Co się tyczy stopnia szkodliwości, jaka dla dotkniętej tyłożgięciem resp. tyłopochyleniem kobiety wynika, to o ile cierpienie jest leczone, siła wytwórcza zmniejsza się o 30—50%, dla łatwo bowiem zrozumiałych powodów chora nie może dźwigać ciężkich przedmiotów, biedz a nawet dłużej stać, podczas zaś miesiączki staje się całkiem do pracy niezdolną. Nawet zastosowanie operacji lub wianków macicznych nie przywraca pracownicy dawnej sprawności; krzywda jednak wtedy pozostała nie powinna być oceniana ponad 10%.

Wypadnięcie pochwy i macicy. Najczęstsza przyczyna tych cierpień, ciąży i poród, sprawiają mniej lub więcej nagłe ich powstanie, powolny natomiast rozwój najczęściej jest wynikiem ciężkiej pracy. Do bardziej rzadkich przyczyn wywołujących wypadnięcie macicy i pochwy należą:

1) Osłabienie narządów rodnych z zanikiem tkanki tłuszczowej, jak to widzimy u starych prostytutek oraz kobiet uprawiających samogwałt. Tu należy także przypadek wypadnięcia macicy u 14 letniej miesiączkującej dziewczyny wskutek zbyt częstego spółkowania,

2) Ogólne wyniszczenie z zanikiem tkanki tłuszczowej miednicy, jakie się zdarza po przebytych ciężkich chorobach.

3) Rzadki przypadek wrodzonego wypadnięcia macicy u osobnika dotkniętego spina bifida.

4) Znaczne zwięźenie przestrzeniowe podbrzusza wskutek guzów lub nagle powstających wysięków.

5) Ciężkie wysiłki cielesne u osób słabowitych, zwłaszcza podczas miesiączki.

6) Rzadko zdarzające się guzy wychodzące z warg macicznych.

7) Przerost i wydłużenie szyjki macicznej.

8) Jedyne opisane przez Prochownicka przypadki macicy podwójnej przy zupełnym braku krocza. Całkowite wypadnięcie macicy wystąpiło w ciągu 7 miesięcy wskutek ciężkiej pracy i złego odżywiania się. Z chwilą poprawienia się ogólnego stanu chorej nastąpiło zupełne wyleczenie.

9) Istnieją, wreszcie, przypadki wypadnięcia macicy, gdzie pomimo najtroskliwszego badania przyczyna nie da się wyjaśnić.

By wypadnięcie macicy można uzależnić od urazu powinien on odpowiadać następującym postulatom, stawianym przez chirurgów w sprawie powstawania przepuklin.

1) Charakter nieszczęśliwego wypadku powinien być taki, by istotnie mógł spowodować wypadnięcie.

2) Wysięk zależny od pracy zawodowej powinien być znaczny i nagły, jakkolwiek może nie nosić cech nadzwyczajnych.

Oto przypadek ilustrujący punkt ostatni: wieloródka średnich lat, od dłuższego czasu nie rodząca, stała na drabinie, która wskutek niezgrabnego ruchu stojącej zaczęła się nagle chwiać. Wobawie spadnięcia kobieta zaczęła gwałtownie balansować. Wkrótce nastąpiło niezupełne wypadnięcie pochwy i macicy, którym towarzyszył ból. Oczywiście, w danym razie dzięki istniejącemu naderwaniu krocza, jakoteż pewnej słabości narządów rodnych, istniało usposobienie, a być nawet może nieznaczne opuszczenie macicy, które jednak pod wpływem urazu uległo pogorszeniu. W takich wypadkach lekarz powinien zawsze przyznać prawo na odszkodowanie, nigdy bowiem z całą dokładnością nie można określić stopnia siły, jakiej poszkodowana dla otrzymania równowagi użyła. Wogóle, między przepuklinami a wypadnięciem macicy istnieje dużo podobieństwa, w jednym atoli względzie poważna zachodzi różnica: gdy bowiem o przepuklinie pachwinowej można mówić tylko wówczas, gdy takowa istnieje, o pogorszeniu zaś nie inaczej, jak gdy spowodował je nowy niewątpliwie dający się wykazać nieszczęśliwy wypadek, zachodzi pytanie, kiedy możemy stwierdzić lub zaprzeczyć, że istniejące wypadnięcie macicy pogorszyło się wskutek nowego urazu. Wiadomo bowiem, że po 40 latach wszystkie wieloródki mają pewien stopień opuszczenia macicy i pochwy, jakoteż zwiotczenie krocza. Jak więc określić ten moment, który spowodował pewne pogorszenie sprawy patologicznej oraz przez to zmniejszył zdolność do pracy? W tych przypadkach należy zawsze uwzględniać następujące warunki.

1) Przy powolnym rozwoju cierpienia dla wydania prawidłowego sądu o skutkach nieszczęśliwego wypadku trzeba ściśle odróżnić kobiety rodzące od nierodzących.

2) Tylko u nierodzących można dopuścić, że nagle powstanie wypadnięcia pochodzi wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3) Co się tyczy kobiet, które rodziły, jako też starych, sam fakt, że choroba powstała wskutek urazu lub wysiłku bynajmniej nie wystarcza do udowodnienia pretensji na odszkodowanie.

4) Trzeba bowiem jeszcze dowieść, że poszkodowana po nieszczęśliwym wypadku staje się w znacznym stopniu lub na czas dłuższy niezdolną do pracy.

5) Wypadnięcie nieznacznego stopnia nie sprawia większej lub dłużej trwającej niezdolności do pracy.

6) Wobec tego przejściowe lub nieznaczne pogorszenie dowodzi z pewnością, że wypadnięcie istniało już uprzednio, a przeto nie uprawnia żądania do usunięcia cierpienia.

7) Gdyby kobieta ciężarna dowodziła, że u niej nieszczęśliwy wypadek sprawił wypadnięcie macicy, zaspokojenie jej pretensji należy odroczyć do rozwiązania, albowiem podczas ciąży nie sposób określić stopnia choroby.

8) Zupełne wypadnięcie macicy i pochwy, powikłane przez cysto- i recto-cele nie może się wskutek urazu pogorszyć. Dowodzić niema potrzeby, że tu bardziej, niż w innych wypadkach, lekarz jaknajdokładniej powinien znać stan zdrowia i sił robotnicy przed działaniem danego urazu.

Zmiany w położeniu wypadłej macicy należy brać nie za zjawisko osobne, a uważać w ścisłym związku z całym obrazem chorobowym.

Określenie stopnia zdolności do pracy zależy od tego, czy dany wypadek może być operowany lub nie. Wypadnięcia niezupełne powinny być stanowczo operowane, gdyż w ten sposób przywracamy prawie zupełną zdolność do pracy, a powstałą szkodę nie należy oceniać wyżej nad 10%.

Przy wypadnięciach całkowitych operacja, wobec zaszytych zmian chorobowych w narządach sąsiednich, niema żadnego celu, a szkoda wynika ocenia się najmniej na 30%.

Wreszcie, kobietom, które się nie chcą poddać operacji, przyznajemy odszkodowanie, zaczynając od 20%.

Uszkodzenie krocza i pochwy. Skutki tych uszkodzeń są rozmaite zależnie od ich stopnia, nadto nie przedstawiają nic charakterystycznego, przeto, mówić o stopniu szkody, jaką na zdolność do pracy sprawiają, byłoby zbyt cieżkim. Daleko rzadziej się zdarzają, tem więc bardziej godne są uwagi przypadki, gdzie uszkodzenia pochwy powstają przez contrecoup, np. wskutek upadnięcia na brzuch lub grzbiet. Przeoczenie lub nieodpowiednie leczenie takich obrażeń może niekiedy spowodować zarośnięcie pochwy.

Krwiaki sromu, pochwy oraz okolicy odbytu odróżniamy zależnie od tego, czy powstały u ciężarnych lub niebędących w stanie odmiennym. W pierwszych krwiaki powstają wskutek pęknięcia rozszerzonych żył pod wpływem najbliższych niekiedy wpływów, jak kaszel lub nieznaczne nawet wysiłki cielesne. Dopóki krwiak jest podskórny o odszkodowaniu może być o tyle tylko mowa, o ile kobieta zmuszona jest zachowywać zupełny spokój, niezbędny dla wessania się

wylanej krwi. Inne zupełnie następstwa pociąga za sobą wylew krwi na zewnątrz, może się bowiem nieraz stać przyczyną śmierci. Kwestja odszkodowania opiera się na tych samych zasadach, co i w przypadkach wylewu podskórnego.

Krwiaki u kobiet nie będących w ciąży zdarzają się bardzo rzadko i nie przedstawiają tego niebezpieczeństwa, co u ciężarnych; zdarzają się one u osób mających rozszerzenie żył odpowiedniej okolicy, jak i wolnych od tego cierpienia. Oceniamy je w ten sam sposób, co i u kobiet ciężarnych.

Haematocele feminae jako następstwo urazu trafiają się rzadko, np. wskutek uderzenia w okolicę pachwinową lub dźwignięcia ciężaru. Przypisywać je nieszczęśliwemu wypadkowi możemy tylko wówczas, gdy powstały nagle, oraz gdy wykonana bezpośrednio po wypadku operacja wykazała krew. W przypadkach nieoperowanych orzeczenie nastęrcza duże wątpliwości z uwagi na trudność odróżnienia ich od przepuklin jajnikowych i hydrocele. Przyczyn przepuklin jajnikowych całkiem nie znamy; najczęściej są one wrodzone, powstają jednak i w wieku późniejszym, a nawet po wieloletnim niedawaniu o sobie znaku mogą nagle stać się przyczyną dolegliwych cierpień.

Coccygodynia. W rzadkich przypadkach bywa następstwem nieszczęśliwego wypadku, najczęściej bowiem powstaje przy ciężkich porodach, zwłaszcza operacyjnych; zdarza się jednak i u kobiet, które nie rodziły.

Uszkodzenia macicy i przydatków. Z wyjątkiem obrażenia przez nadzianie uraz nie może działać bezpośrednio na ciężarną macicę i jej przydatki; stają się one dopiero wtedy dlań dostępne, gdy powiększona macica wychodzi z jamy miednicy małej. Niemoże również uraz, resp. nieszczęśliwy wypadek, stać się przyczyną guzów macicy, ani też pogorszyć przebiegu już istniejących np. wywołać szybki wzrost lub zwyrodnienie złośliwe, może natomiast spowodować zposoczenia mięśniaka.

Bezporównania ważniejsze następstwo posiada działanie urazu na macicę ciężarną. Tu przedewszystkiem zaznaczyć należy, że uraz zewnętrzny przyczynia się do poronienia daleko rzadziej, niż powszechnie sądzą, należy więc dokładnie zważyć wszelkie w grę wchodzące momenty, zwłaszcza zaś ogólny i miejscowy stan zdrowia, zanim się uraz za przyczynę poronienia uzna. Z drugiej znowu strony, trudno zamilczeń, że niektóre kobiety odznaczają się szczególną do poronień skłonnością tak, że najbliższy niekiedy uraz sprowadza u nich przerwanie się ciąży. Ta właśnie okoliczność czyni zadanie rzeczoznawcy w podobnych przypadkach nadzwyczaj trudnem. W dalszym okresie ciąży zajmuje nas przedewszystkiem wynikłe, wskutek bezpośrednio lub pośrednio działającego urazu, pęknięcie macicy jakoteż przedwczesne oddzielenie się łożyska. Pęknięcie macicy wskutek urazu należy do nader rzadkich wypadków i wogóle jest tem wątpliwsze, im okres ciąży wcześniejszy. Atoli ponieważ u wieloródek tkanka maciczna, zwłaszcza w okolicy Orific. uteri int. bywa niekiedy nadzwyczaj cienka, można się przeto zgodzić, że jakkolwiek pęknięcie zawsze zachodzi wskutek ucisku główki i skurezów porodowych, jednakże w takich wy-

padkach uderzenie lub upadek może w znacznej mierze sprzyjać mu. Usposabia ją również do pęknięcia blizna po cięciu cesarskiem powstała, jako też ciąża w rogu szczątkowym. Zresztą, znane są wypadki, gdzie pod wpływem urazu (spadnięcie na pośladki) następowało pęknięcie zupełnie zdrowej macicy. Jednakże przy ocenie takich wypadków zawsze należy zachować jaknajwiększą ostrożność, z jednej bowiem strony zdarzyć się może pęknięcie macicy wskutek rękoczynów występnych, sprowadzenie poronienia na celu mających, z drugiej zaś—może zająć sponte bez żadnych widocznych przyczyn. Orzeczenie nasze przeto zawsze poprzedzić musi jaknajtroskliwsze zbadanie wszystkich przyczyn oraz sposobu, w jaki się stał nieszczęśliwy wypadek, całego przebiegu sprawy, powstałych uszkodzeń i zmian nie-normalnych macicy.

Przedwczesne oddzielenie się łożyska normalnie przyczepionego zachodzi wskutek urazu rzadko, nie można go jednak zaprzeczyć wówczas, gdy przedwczesny poród nastąpi bezpośrednio po mocnym uderzeniu macicy ciężarnej; przypadki te wtedy tylko kwalifikują się do odszkodowania, gdy wskutek skrwawienia nastąpiła śmierć lub ciężka choroba ciężarnej. Daleko więcej trudności nastęrczają te przypadki, gdzie przedwczesne oddzielenie się łożyska spowodowały błahe na pozór przyczyny, jak skok z niewielkiej wysokości lub taki wysiłek, który przed tem żadnych za sobą złych skutków nie pociągał. W tych przypadkach istniało prawdopodobnie już pewne usposobienie, pochodzące wskutek chorób ogólnych lub miejscowych *dociduae et placentaе*. Uraz przeto w danym razie odegrywa rolę *causae efficientis*. Z cierpień ogólnych należy wymienić chorobę Basedow'a, zwłaszcza zaś choroby nerek. Co się tyczy rozmaitych postaci łożyska przodującego, to tu w żadnym razie przerwania się ciąży nie można uzależniać od nieszczęśliwego wypadku. Tak samo nie należy tego czynić w wypadkach wynicowania macicy wskutek mięśniaków.

Co się tyczy zbroczenia przydatków macicznych (zapalenia lub wylewy krwi) wskutek urazu, takowemu uledez mogą jedynie przydatki uprzednio już w stanie anormalnym będące. Zachodzi atoli nader trudne pytanie, kiedy właściwie należy uznać nastąpienie owego pogorszenia za skutek urazu? Wiadomo powszechnie, że $\frac{3}{4}$ wszystkich stanów zapalnych przydatków zawdzięcza swe pochodzenie, zakażeniu, bądź przez gonokoki, bądź *bacillus coli*; rzadziej *pneumococcus*, bądź wreszcie stanowią pozostałość stanów zapalnych powstałych po poronieniu lub w czasie położu. Życie codzienne każdej kobiety obfituje w taką moc przeróżnych powodów, mogących bez udziału szczególnych jakichś insultów sprowadzić w każdej chwili zaostrzenie cierpienia, że przy orzeczeniu, azali w danym wypadku istotnie nieszczęśliwe zdarzenie stało się przyczyną pogorszenia, należy koniecznie uwzględnić następujące wskazówki:

1) Skonstatowanie u kobiety cierpienia narządów rozrodczych powstałego na tle zakażenia rzeżączkowego wyklucza uraz jako przyczynę pogorszenia, taka bowiem jest natura cierpienia, że rozwój jego nie zależy od wpływów zewnętrznych.

2) W razie, gdyby rzęzączka nie dała się wykryć, należy jaknajściślej udowodnić, że w danym wypadku zaszedł szczególnie gwałtowny uraz lub związany z pewnym zawodem wysiłek cielesny. Ostatni jest niezbędny z tego względu, że u kobiet dotkniętych zapalnym cierpieniem chronicznym—pogorszenie powstaje nawet pod wpływem niewielkiego wysiłku, zgoła dla zdrowych kobiet nieszkodliwego.

3) Skoro uraz, który poszkodowana uważa za przyczynę pogorszenia, uznany jest za nieznaczny, samo zaś pogorszenie cierpienia jest ciężkie lub długotrwałe, nie ulega wątpliwości, że nie uraz, a nagle zaszła zmiana samej choroby sprawiła pogorszenie zdrowia.

4) Niezbędnym warunkiem do uznania związku między urazem a pogorszeniem choroby jest bezpośrednie następstwo ostatniego po nieszczęśliwym wypadku. Kobieta w tej chwili powinna uczuć ból, który oczywiście dni następnych może się powiększyć. Kilkodniowa przerwa znaczna powinna wzbudzać wątpliwości.

5) Niezbędne jest również jaknajdokładniejsze wykrycie stopnia, czasu trwania i przebiegu cierpienia przed nieszczęśliwym wypadkiem. Gdyby się okazało, że i uprzednio istniały dłużej trwające okresy niezdolności do pracy lub też przypadłości nie lżejsze, niż pogorszenie, jakoby w następstwie urazu powstałe, przyznać możemy że takowe leżą w naturze cierpienia i bynajmniej nie są skutkiem nieszczęśliwego wypadku.

6) Dla uznania zależności pogorszenia od nieszczęśliwego wypadku niezbędnym jest wystąpienie znacznego zaostrzenia się sprawy chorobowej, warunkującego bądź zupełną, bądź długotrwałą niezdolność do zarobkowania. Nieznaczne pogorszenie może przy wszelkiej chorobie przydatków nastąpić w każdym czasie, bez udziału insultów wywierających szczególnie szkodliwe działanie.

Przechodząc do omówienia związku urazu z powstawaniem krwawienia z przydatków macicznych, a więc *Haematocoele retrouterinum* i *Haematoma lig. lat.*, zaznaczyć winienem, że najczęściej daje do nich powód cięża zamaciczna, ścisłych zaś danych, któreby dowodziły niewątpliwego udziału w tej sprawie urazu, nie posiadamy dotąd. Zresztą, ze względu na umiejscowienie omawianych zmian patologicznych w jamie miednicy małej, jest rzeczą wprost niemożliwą, by bezpośredni uraz mógł tu jaki wpływ wywrzeć, częściej dałoby się to powiedzieć o urazie pośrednim, wynikłym np. wskutek podźwignięcia zbyt ciężaru, skoku i t. d. Wtedy kwestja powinna być postawiona w ten sposób: czy krwotok mógł zajść i bez udziału wypadku? O ile rzecz dotyczy krwisteku zamacicznego, jako też rozmaitych postaci cięża zamacicznego, odpowiedź na pytanie powyższe wypada twierdząca; mogą one bowiem powstawać pod wpływem nieznacznych wysiłków, jak np. wydymania się przy defekacji, lub zachodzą podczas miesiączki, jeżeli tylko ze strony narządów płciowych istnieje pewne ku temu usposobienie. I dla tego to przypadki powyższe nigdy nie powinny dawać prawa do odszkodowania. Tem bardziej da się to zastosować do krwotoków innego pochodzenia. Wyjątek jedynie stanowi krwotok przy ciąży zamacicznej w okresie późniejszym, jakkolwiek bowiem może on powstać samoistnie, znacznie jednak łatwiej

powstaje pod wpływem ciężkiego urazu Natomiast stanowczo wykluczyć należy uraz z rzędu przyczyn ciąży zamacicznej.

Co się tyczy udziału urazu w pękaniu rozmaitych guzów jajnikowych, to lubo statystyka dowodzi, że takowe istotnie skutkiem urazu nastąpić może, wszakże ścisłe badanie poucza, że już uprzednio istniały warunki w znacznym stopniu ułatwiające pęknięcie. W każdym przeto wypadku, gdzie te zmiany się okażą i gdzie można będzie z wszelką pewnością dowieść, że siła urazu była względnie nieznaczna, nie może być o odszkodowaniu mowy. Oczywiście, stosuje się to tylko do guzów o znacznej objętości, póki bowiem nie wychodzą z jamy miednicy małej, uraz nie może na nie działać. Jakkolwiek przeto niekiedy zmuszeni będziemy uznać związek między urazem a pękaniem guzów jajnikowych, stanowczo odrzucamy go w wypadkach skręcenia szypuły jako też zamknięcia światła kieszek skutkiem guzów, zropienia ich lub krwotoku. Nie ma również uraz żadnego wpływu na powstawanie nowotworów narządów płciowych niewieścich. Aerztliche Sachverständign. Ztg. 1899. № 4 i 5.

F. Grodecki.

Lejden i Golscheider. **O gimnastyce mięśniowej w kąpieli.** Zgodnie ze znanem prawem fizycznym ciało człowieka, znajdującego się w kąpieli, traci na wadze tyle, ile waży wyciśnięta przez nie woda. Dzięki temu mięśnie niedowładne lub zanikłe, nie mogące w zwykłym środowisku przewyciężyć oporu, stawianego przez ciężar członków, w wodzie są w stanie skuteczniej wykonywać swe zadanie. Z okoliczności tej skorzystali autorzy wyżej wymienieni, którzy zastosowują ruchy w kąpieli jako gimnastykę mięśniową u chorych z niedowładem i zanikiem dolnych kończyn.

Wszystkie ruchy kończyn dolnych daleko łatwiej można wykonywać w środowisku wodnym. Przedewszystkiem wskażemy tu na ruch, *podnoszenia nóg* ku górze, przy którym czynne są te same mięśnie które podczas chodzenia przesuwiają nogę naprzód. Uniesiona w kąpieli ku górze, noga sama opada pod działaniem własnego ciężaru, chory jednak jest w stanie przyspieszyć *opuszczanie* się kończyny czynnymi skurczami mięśni, co, wskutek zmuniejszonego ciężaru nogi, łatwiej mu się daleko udaje. Uniesiona ku górze noga znajduje się w warunkach dogodnych dla wykonania ruchu *zgięcia* w stawie kolanowym, który po części uskutecznia się samym ciężarem goleni, po części zaś może być przyspieszony przez czynne użycie *zgięaczy* goleni. Zgięta w kolanie kończyna znajduje się w położeniu, ułatwiającem *wyprostowanie* goleni, które tem łatwiej się udaje, że kończyna o nie nie jest oparta. *Ruchy stopą* również nie są tak trudne do wykonania, dzięki temu, iż stopa nie leży na pościeli i jest zupełnie wolna. *Ksobne i odsiebne* ruchy uda chory w wodzie daleko łatwiej uskutecznia, nie potrzebuje bowiem przewyciężać tarcia o pościel, ani ciężaru kończyny, boczne zaś ciśnienie wody jest nieznaczne w wannie i tylko przy nader szybkich ruchach może się dać we znaki. Chorzy, którzy w łóżku nie mogą wcale poruszyć nogą, znajdują się więc w kąpieli w daleko korzystniejszych pod tym względem warunkach i częstokroć są w stanie wykonywać dość obszerne ruchy. Ta gimnastyka kąpielowa

okazuje dodatni wpływ przedewszystkiem na same mięśnie, działając korzystnie na ich odżywianie i podnosząc ich siłę; zarazem toruje ona drogi innerwacji mięśniowej, przez co rozwija się i ułatwia wykonywanie ruchów.

Drugim korzystnym wynikiem tych ćwiczeń jest zapobieganie wytwarzaniu się zeszywnień i zrostów stawowych oraz biernych przykurczeń mięśni.

Poprawa ruchów, osiągnięta w kąpeli, nie znika po wyjściu z niej, lecz pozostaje i nadal, bez czego rozumie się, gimnastyka ta nie miałaby żadnego celu.

Niemniej ważnym jest wpływ psychiczny, jaki to ułatwienie ruchów wywiera na chorego. Odczuwa on większą łatwość wykonywania ruchów i jest w stanie wykonywać ruchy, które były dlań poprzednio niemożliwe; dzięki temu odzyskuje on utraconą energję i nabiera chęci do ćwiczeń, która wzmagą się jeszcze po osiągnięciu jakichbądź dodatnich wyników.

Woda w kąpeli powinna być utrzymywana przy ciepłocie 28°—32°R. przez cały czas trwania kąpeli, wynoszący od 1/2—1 godziny. Wanna powinna być wysoko napełniona; chory musi się trzymać rękami o jej brzegi, aby tułowiem się nie ześlizgiwało, bardzo zaś osłabionych pacjentów powinni podtrzymywać służący. Chorzy, mogący stać, powinni wykonywać ćwiczenia w stojącej pozycji, do czego może służyć (jak to urządził G. w swoim oddziale) beczka wysoka na 1 1/2 metra, o średnicy 1 metra.

Wskazanie do użycia ćwiczeń fizycznych w wodzie stanowią: *niedowład* oraz *zanik* mięśni dolnych kończyn. Zupełne ich porażenie usuwa, rozumie się, możliwość tego leczenia. Częstość jednak okazuje się w kąpeli, iż zdolność ruchowa, która się wydawała zupełnie zatraconą, jest zachowana w słabym stopniu; może więc kąpiel odgrywać rolę środka rozpoznawczego, pozwalającego odróżnić bezwład zupełny od niedowładu.

Najlepsze wyniki otrzymuje się przy niedowładach i zanikach mięśni pochodzenia *neuryticznego*. Z niewątpliwą jednak korzyścią mogą być zastosowane ćwiczenia w kąpeli przy niedowładach i zanikach pochodzenia *mózgo-rdzeniowego* oraz przy przykurzeniach, powstających w przebiegu stwardnienia wieloogniskowego.

Metodzie tej możnaby zarzucić, iż przy zanikach mięśni nakazaniem jest oszczędzanie ich. Nie należy jednak utożsamiać oszczędzania mięśni z zupełną ich bezczynnością, która upośledza odżywianie mięśni, podczas gdy czynność jest racjonalnym, fizjologicznym bodźcem odżywczym dla nich; unikać należy tylko bodźców nadmiernych resp. przeciążenia.

W obrębie kończyn górnych ta metoda leczenia ma mniejsze zastosowanie, jakkolwiek i tutaj mogą one w odpowiednich przypadkach być korzystne. Do tego celu służyć mogą odpowiednie wanny (Arm-badewanne), a także każde naczynie takiej wielkości, aby można w niem było swobodnie wykonywać ruchy ręką.

A. Tumpowski.

Rohleder. Zadania pielęgnowania chorych wobec samogwałtu.

Autor poruszył kwestję, posiadającą ważne znaczenie, samogwałt bowiem stanowi zło częste i trudne do zwalczenia. Zdaniem autora naturze ludzkiej jest wogóle wrodzoną skłonność do samogwałtu: pierwsze zadowolenie popędu płciowego odbywa się pod tą właśnie postacią.

Do objawów, nasuwających podejrzenie samogwałtu, należą: nerwowość, nie umotywowana ani wiekiem, ani warunkami, w jakich się dzieci znajdują; ocieężałość, uczucie ciężaru w głowie, roztargnienie, ospałość myśli, trudność skupienia uwagi; złudzenia wzroku i słuchu; bladeść, osłabienie ogólne. Do objawów przedmiotowych należą: rozdarcie lub brak błony dziewiczej u dziewcząt, plamy na bieliźnie u chłopców; badanie drobnowidzowe tych ostatnich usunie wątpliwości i omyłki.

Pielęgnowanie chorych ma tu podwójne zadanie:

I. Zapobieganie samogwałtowi za pomocą: 1) odpowiedniego postępowania, opieki, która bywa a) *Psychiczna*: należy wzmacniać wolę chorego i panowanie nad sobą przez rozwijanie dobrych skłonności i zwalczanie nałogów, oraz usuwanie pokus płciowych. W tym ostatnim względzie ważnem jest, by każde dziecko chore było pielęgnowane przez osobę tej samej płci; zwłaszcza pamiętać o tem należy w okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych i w przebiegu chorób przewlekłych. Należy również zwracać uwagę na moralność osób pielęgnujących chore dzieci. b) *Somatyczna*: zachowanie odpowiedniej czystości organów płciowych; usuwanie resztek kału, moczu, potu przez obmywanie lub kąpiel, zapobiega powstawaniu pryszczycy lub innej swędzącej wysypki w okolicach narządów płciowych, stanowiącej nieraz pierwszą podniętą do samogwałtu. Choremu należy przypominać, aby często oddawał mocz, gdyż przepeluniony pęcherz, drażniąc pęcherzyki nasienne, może pobudzać do omawianego zbroczenia. Ułożenie chorego na boku i nakaz trzymania rąk na kołdrze stanowi skuteczny czynnik pomocniczy. Podczas siedzenia, chodzenia, oraz leżenia nie powinny narządy płciowe trzeć się o biodra.

W sprawie pobytu wspólnego chorych dzieci różnej płci, Radzi przed dojściem do dojrzałości płciowej trzymać je w jednym pokoju, lecz w oddzielnych łózkach; po dojściu do okresu dojrzałości—bezw warunkowo należy oddzielać chłopców od dziewcząt. Pod żadnym pozorem nie należy kłaść do jednego łóżka kilkorga dzieci, nawet jednokowej płci. Ciężota otaczającego środowiska (pokój, łóżko) winna być umiarkowana; należy usunąć pierze z pościeli. Korzystnem jest uprawianie pewnych sportów, jak np. pływania, ślizgawki, lawn-tennisu i gimnastyki pokojowej; bezw warunkowo szkodliwymi są: tańce, konna jazda, rower i szycie na maszynie. Dokonywanie drobnych rękoczynów w okolicy narządów płciowych winno się odbywać zręcznie i prędko, aby ich nie zadrażniać. Cewnikowanie, przestrzykiwanie pochwy lub podstawianie nocnika nieraz, przez podrażnienie echtaczki, było pierwszą podniętą do samogwałtu. Przez odpowiednie i odżywianie można również zapobiegać omawianemu nałogowi. Autor jest bezw warunkowym przeciwnikiem dawania dzieciom wszelkich używek; te bowiem, drażniąc układ naczyniowy i nerwowy, sprzyjają powstawaniu sa-

mogwałtu. Odpowiednią dla dzieci jest dyeta, tak zwana niedrażniająca: mleko pod wszelkimi postaciami, jaja, tłuszcze, owoce strączkowe. Na noc nie należy dawać większych ilości płynów, gdyż, jak wyżej zaznaczono, przepełnienie pęcherza działa tu ujemnie. Odzież może być: a) niewystarczająca obnażone ciało, zwłaszcza narządy płciowe, mogą służyć podniecią do samogwałtu; b) nieodpowiednia: gorset stanowczo działa w szkodliwym kierunku i dla tego autor zaleca zupełne zaniechanie go u dziewcząt przed dojściem do dojrzałości płciowej, zwłaszcza u dotkniętych blednicą; c) odzież może też sprzyjać ubocznie nałogowi: kieszenie u spodni, umieszczone z przodu, ułatwiają oddawanie się samogwałtowi, zwłaszcza podczas godzin szkolnych. Trzymanie rąk pod koldrą działa w podobny sposób. Należy odwracać uwagę chorego od sfery płciowej przez unikanie książek i rozmów treści lubieżnej, kierującej wyobraźnią chorego na narządy płciowe;—przez odpowiednie zajęcie chorego i niedopuszczanie do próżniactwa.

II. *Właściwe leczenie samogwałtu* jest wyłącznym udziałem lekarza i stanowi trudne zadanie. Przez zadosyćuczynienie pewnym wskazaniom leczniczym udaje się nieraz korzystnie wpłynąć na leczenie samogwałtu; tak np. przy przewlekłym zaparciu stolca przez stosowanie odpowiednich środków czyszczących udaje się nieraz powstrzymać samogwałt. Metodycznie stosowane leczenie wodą chłodną należy do środków skutecznie zwalczających samogwałt; natomiast autor jest przeciwny elektryzowaniu; stanowi ono raczej podniecię do tego nałogu. Autor też dotyka kwestji samogwałtu wywołanego przez nieogłędne stosowanie leków, należących do grupy anaphrodisiaca: kantarydy, fosfor, wronie oko, kamfora i piżmo. Należy być ostrożnym przy stosowaniu tych środków u osobników ze wzmożoną pobudliwością płciową. Natomiast radzi bromek potasu z lupuliną.

Liczne cierpienia mogą być bezpośrednim powodem, lub też sprzyjać samogwałtowi. Tu należą: 1) hysteria, epilepsja i hypochondria; 2) choroby mózgu i umysłowe; 3) choroby wewnętrzne, gruźlica, cukrzyca, hemoroidy; 4) swędzące wysypki w okolicy narządów płciowych: pryszczycyca, pokrzywka, świerzba i inne; 5) choroby narządów płciowych. Przez odpowiednie leczenie przyczynowe lub objawowe można skutecznie zwalczać nałóg, o którym mowa. W przypadkach uporeczywego samogwałtu, w obec bezskuteczności zwykłych zabiegów, można stosować przyrządy, utrudniające dostęp do narządów płciowych; są to płytki miedziane lub cynkowe, przeznaczone do zakrycia narządów płciowych, przytwierdzone do bioder za pomocą rzemyków. Najbardziej odpowiadającym celowi, ale zarazem najkłopotliwszym w użyciu jest przyrząd opisany przez Jalade Lafond'a, pod nazwą „opaski zabezpieczającej od samogwałtu”; jest to rodzaj pasa lub gorsetu, do sznurowania z tyłu, posiadający szelki u góry, u dołu zaś rodzaj spodni pływackich; przylega nieruchomo i nie może być przesuwany przy ruchach. Narządy płciowe kobiece zakryte są trójkątną płytką; męskie mieszczą się w kapsli metalowej takiej objętości, by prącie w stanie naprężenia z niczem się nie stykało. Oddawanie mo-

czu odbywa się przez odpowiednie otwory. Prócz tego istnieją przyrządy z drutu, w rodzaju przyłbice, zamykane na klucz. Autor nie jest zwolennikiem ryczałtowego stosowania podobnych przyrządów; przeznaczają tylko dla chorych umysłowych lub nieświadomych występności swego nalogu.

(Zeitschrift f. Krankenpflege 1899. Nr. 5. 6.)

J. Birencweig.

Wiadomości drobne.

— Sprawozdanie Państwowego Urzędu Ubezpieczeniowego Państwa Niemieckiego podaje dane następujące za rok 1898:

Na wypadek choroby było ubezpieczonych 8,8 milionów (6,9 m. mężczyzn i 1,9 m. kobiet). Na wypadek zdarzenia nieszczęśliwego było ubezpieczonych 16,7 milionów (12,9 m. mężczyzn i 3,8 m. kobiet). Na wypadek niedołęstwa było ubezpieczonych 12,7 milionów (8,4 m. mężczyzn i 4,3 m. kobiet).

Wpływy za wszystkie rodzaje ubezpieczeń, w ciągu lat 1885-1897, wynosiły 2,9 miliardów marek, wydatki—2 miljardy, majątek—889,5 milionów. Wpłaty wynosiły: ubezpieczonym na wypadek choroby 1,2 miliardów; na wypadek zdarzenia nieszczęśliwego—366,7 milionów; na wypadek niedołęstwa (lata 1891-1897)—254,4 milj. mar. Suma ogólna zapomóg w r. 1885 wynosiła 54,1 milionów, w r. 1897—256,4 milionów; w r. 1899 będzie wynosiła około 304,5 milionów marek. Na 2,4 miljardy wypłacone (1885-1899) złożyły się wpływy od: pracodawców—1099 milionów od robotników—1164 milionów, zapomoga państwowa—150 milj. (Aerztl. Sachv.-Ztg. 1900. № 1).

— Statystyka Państwowego Urzędu Ubezpieczeniowego w Niemczech (za rok 1897) wykazuje jako *zawód najniebezpieczniejszy*—furmanowanie, które dało przypadków odszkodowania z powodu zdarzeń nieszczęśliwych—16,97 na 1000 ubezpieczonych tego fachu. Młynarstwo dało 13,51; zajęcie przy ekspedjowaniu towarów, w śpichlerzach i w piwnicach—12,36; górnictwo—12,09; kamieniarstwo—11,94; kopanie ziemi—11,85, przemysł drzewny—11,77; splawianie na rzekach—11,35; piwowarstwo—11,31; budownictwo—11,04; papiernie—9,27; służba okrętowa—8,95; przemysł żelazny—8,92; przemysł cukrowniany—7,89; przemysł chemiczny—7,76; gorzelnictwo—7,67; rzeźnictwo—7,03; wyrób środków spożywczych—6,79; cegielnie—6,71; kominiarstwo—6,14; koleje prywatne—5,86; wyrób przyrządów mechanicznych subtelných—5,38; przemysł skórnicy—5,23; gazownie—5,14; koleje uliczne—4,21; huty szklane—4,07; wyrabianie instrumentów muzycznych—3,96; przemysł tkacki—3,41; przeróbka papieru—3,39; drukarstwo—2,66; garncarstwo—2,33; wyrób odzieży—2,18; przemysł jedwabny—1,26; przemysł tabaczný—0,42 przypadków odszkodowania (z po-

wodu zdarzeń nieszczęśliwych na 1000 pracujących w danym zawodzie.

Co się tyczy rozmiaru skutków zdarzeń nieszczęśliwych, to zgonów na 1000 pracujących w danym zawodzie było: przy spławianiu na rzekach—2,99; wśród służby okrętowej—2,77; wśród furmanów—2,35; w górnictwie—2,06. To są zawody najniebezpieczniejsze.

(Aerztl. Sachv.-Ztg. 1900. № 2).

— *Kurację karlsbadzką w domu przy kamicy żółciowej* radzi Nauyn tak przeprowadzić: Chory dwa razy dziennie leży po 3 godziny ($\frac{1}{2}$ 9 - $\frac{1}{2}$ 12 i 3-6), mając na okolicy wątroby duże kataplazmy. W ciągu tego czasu pije co 10—15 min. po 100 ctm.³ wody karlsbadzkiej (nieroztworu soli karlsb.) możliwie gorącej (około 45° C.) razem 600—800 ctm.³ Jeśli takiej ilości wody wypić nie może, zmniejszamy ilość porcji (szczególnie po poł.) lub zmniejszamy każdą porcję. Pożywienie spożywa o 7 $\frac{1}{2}$ rano, 1 w południe i 7 wieczór. Unikać należy potraw tłustych, owoców strączkowych, kapusty, wysokoku. Zresztą, dyeta nie powinna być ograniczana. Dbać o wypróżnienie. Trwanie kuracji: 3—4 tygodni.

(Therap. d. Gegenw. 1900. Nr. 1).

— Jako *zabieg tãmujãcy krwawienia* wewnętrzne, a nawet zewnętrzne, nie ustępujące zwykłym środkom—zalecają *podskórne zastrzykiwania żelatyny*. Używa się w tym celu roztworu 10 gr. białej żelatyny w 500 gr. 0,7%-ego NaCl, dokładnie wyjałowionego. Na raz zastrzykuje się 100,0—200,0 tej mieszaniny, ogrzanej do 38,0° C. Strzykawkę (Dieulafoy) przedtem się wygotowuje, a skórę (uda, piersi) doskonale dezynfekuje. Następnego dnia, jeśli jest podejrzenie, że się krwawie-

nie powróci, lub już wróciło—znów zastrzykujemy 100,0—150,0 powyższej mieszaniny.

Miejscowo (krwotoki maciczne, krwotoki nosowe) stosuje się roztwór 10:100 per se lub w postaci pasków gazy napojonej tą mieszaniną.

— Pfaundler odróżnia przy sztucznem karmieniu dzieci przez „mameczkę” *przyjmowanie pokarmu czynne i bierne*. Kiedy dziecko ssie mameczkę, t. j. karmi się czynnie, soku żołądkowego wydziela się znacznie więcej, aniżeli wtedy, kiedy dziecku *wlewamy* (przez nachylenie flaszki) pokarm do ust, nie wymagając od dziecka ruchów ssących. To bierne przyjmowanie pożywienia i przez to jeszcze stać się może przyczyną zaburzeń w trawieniu, że do żołądka zostaje wprowadzona zbyt wielka, na raz, ilość mleka, ścinającego się wtedy w duże kawały; przy czynnem ssaniu—tworzą się tylko drobne kłaczkki, łatwo dostępne sokom trawiennym.

— *Po krwotokach wewnętrznych* należy ograniczać ilość wprowadzanego do organizmu *plynu*. Chwry, którzy stracili dużo krwi, zazwyczaj mają pragnienie. Jeśli krwawienie zostało chirurgicznie zatamowane, natenczas wprowadzenie plynu jest pożyteczne. Po krwotoku wewnętrznym, kiedy jedynie luźny zakrzep powstrzymuje dalszą utratę krwi—picie plynów działa ujemnie, bo zwiększa ciśnienie w naczyniach, więc może rozluźnić zakrzep. Męczące pragnienie uspokajamy przy pomocy płókania ust plynem chłodnym, przy pomocy lodu, ewent.—kodeiny, makowca.

(Ther. d. Gegenw. 1900. Nr. 1.)

— Podług Fitza *brodawki* najłatwiej zgubić przy pomocy *chryzarobiny*. Smarujemy je 2 razy dziennie 10% roztworem chryza-

robiny w eterze, przy czem przed każdym nowem posmarowaniem ściągamy skorupkę, jaka się wytworzyła po smarowaniu poprzedzającym.

(Kl.-th. Woch. 1899. Nr. 50).

— Przykry *zapach jodoformu* usuwa się z rąk, jeśli po umyciu wodą i mydłem, wetrzeć sobie w ręce łyżeczkę octu winnego.

(Münch. M. W. 1900. Nr. 4)

— Przeciw *potom nocnym* polecają ac. camphoricum; wystarcza dawka 1,0, raz na parę dni zażyta.

(Munch. M. W. 1900. Nr. 5)

— Przeciw *grypie* zaleca Bacelli Rp. Chinin. salicylici 0,2. Phenacetin. 0,15. Camphor. 0,025 Mfp. D. t. dos. № VI. Użyć w ciągu doby.

(Munch. M. W. 1900. Nr. 5).

— *Różę* leczy Fiszer alkoholem (85—95%) w ten sposób, że, pokrywszy chorą skórę kilku warstwami gazy, polewa nieustannie ten opatrunek wyskokiem, utrzymując go ciągle wilgotnym. To samo postępowanie poleca przy *phlegmone* i innych sprawach zapalnych.

— *Sączenie się płynu z otworu po nakłóciu*—w celu wypuszczenia przesięków lub wysięków jamy opłucnej, otrzewnej—odkleja opatrunek z plastra lepkiego, może powodować powstanie wyprysku, a sama ranka stać się może wrotami zarażenia. Nawet ucisk i bandażowanie niezawsze wystarczają do zagojenia się tej sztucznej ranki. Gumprecht zaleca w tym celu takie postępowanie: po wyjęciu trójgrańca ucisnąć kawałeczkiem gazy ranke, potem ująć z obu stron tej ranki skórę w fałdę tak, by ona pokryła wspomniany kompresik, wreszcie, umocować tę fałdę dobrym plastrem lepkiem (tak, jak to czynimy przy przepuklinach pępkowych u dzieci). Tak nałożony opatrunek działa

nie tylko przez ucisk, lecz głównie dla tego, że znosi napięcie skóry, a przez to ułatwia zbliżenie się i zablźnienie brzegów ranki po nakłóciu.

(Ther. Mon. XII. 92)

— W Zehlendorfie pod Berlinem otwarto pierwsze „Uzdrowisko ludowe dla nerwowych”. Jest to dzieło specjalnego stowarzyszenia (utworzonego w roku 1898), które wzięło za swe zadanie utworzenie i utrzymanie uzdrowiska dla chorych nerwowych, bez różnicy wyznania, gdzie by ci byli leczeni za możliwie niską opłatą. Przyjmują wyłącznie takich chorych, którzy dają pewną rękojmię wyleczenia, choćby na jakiś czas, w przeciagu którego będą zdolni do pracy.

— *Szpital vegetarjański* istnieje w Loughton, w hrabstwie Essex. Na śniadanie dostają chorzy zupę, chleb z masłem, owoce, kakao; na obiad — makaron, ryby, jarzyny, ser, pudding; na kolację — chleb, masło, owoce; dwa razy na tydzień herbata, zresztą kakao i woda z cukrem.

(Deut. Krankenpfl. Zt. 1899. I)

— W Sztutgardzie istnieje „stowarzyszenie w celu dostarczania sztucznych kończyn”. Każdy członek płaci rocznie dwie marki i ma prawo do otrzymania, w razie odpowiedniego wypadku — sztucznej kończyny aż do końca życia. W r. 1897 (30 rok istnienia) zaopatrzono 85 stowarzyszonych—88 sztucznymi kończynami i dokonano 143 reparacji.

(Deut. Krankenpfl. Zt. 1899. I)

— Hoffa gorąco poleca stosowanie *wcierań z mydła szarego* przy wszelkich miejscowych sprawach gruźliczych (stawów, kości, gruczołów), przy wszelkich przewlekłych obrzmieniach gruczołów. Te sprawy o wiele prędzej się goją przy

stosowaniu, obok zwykłego leczenia, wcierań z mydła szarego; przy obrzmieniu gruczołów same wcierania często wystarczają do rozejścia się nacieczeń zapalnych. Aptečné mydło szare (sapo kalin.), zawierające ol. lniany, potas żrący i wyskok, tu się nie nadaje; używać należy sapo virid. przygotowywane w mydlarniach, w skład którego wchodzi ol. lniany i kali causticum crudum, a które zawsze zawiera nadmiar kalii caustici i kal. carbonici. Tego mydła użyć należy 2—3 razy na tydzień (nie więcej!) 25—40 gramów; gąbką lub dłonią wcieramy je w kark, krzyż, uda; mydło pozostaje na skórze przez $\frac{1}{2}$ godziny, po czem je zmywamy wodą ciepłą, a chory idzie do łóżka.

(Münch. Med. Woch. 1899. № 9.)

— Według Oppenheimera (Physiologie des Gefühls) uczucie *sytości* zależy od kurczenia się mięśni żołądka. Jeśli żołądek jest b. napełniony przez pokarm niestrawny — skurez ten wzmacnia się; powstaje skurez bolesny. Żołądek nadmiernie rozciągnięty (np. przy rozszerzeniu), kiedy jego mięśnie tracą kurczliwość — nie może dawać uczucia sytości.

Uczucie *łaknienia* zależy od niedokrwiłości ścian żołądkowych; uczucie to zniesione zostaje przez

czynne przekrwienie żołądka napełnionego, ale i przez bierne przekrwienie, przy zastojach w wątrobie. płucach. Niedokrwiłość, która powoduje uczucie łaknienia, drażnić musi nerw błędny; ta hipoteza jest tem prawdopodobniejszą, że na uczucie głodu ma też wpływ nerw mający wspólne z n. błędnym jądro w rdzeniu przedłużonym, n. języko-gardzieliowy.

Uczucie *głodu* zależy, prawdopodobnie, od tej samej przyczyny, co i uczucie łaknienia, tylko że w tym razie i kiszek niedokrwiłość ma znaczenie. Na udział mózgu wskazują cierpienia tego organu, przy których występuje głód wileczy.

Uczucie *pragnienia* zależy od zubożenia organizmu w wodę; prawdopodobnie przy niedostatecznym dostarczaniu lub nadmiernej utracie wody — brak odbija się na wodzie tkanki śródmięszkowej; tylko bezpośredni wpływ środków wysuszających pozbawić może wody komórki mięszu, np. wpływ powietrza suchego na błonę śluzową dróg oddechowych. Że i narządy ośrodkowe mogą brać udział w postawianiu uczucia pragnienia wskazują cierpienia tych narządów, wywołujące chorobowe wzmożenie pragnienia.

(Zt. f. Krankenpfl. 1899. X.)

KRONIKA.

— W dniu 1 Marca r. b. odbyło się posiedzenie organizacyjne w sprawie założenia „Kasy wzajemnej pomocy lekarzy m. Łodzi”, Zadaniem kasy jest pomoc ma-

terjalna stowarzyszonym — na wypadek choroby i niezdolności do pracy, i ich rodzinom — na wypadek śmierci stowarzyszonego. Wpisowe wynosi rubli 6, składka rocz-

na rubli 20. Środki kasy dzielą się na:

1) Kapitał żelazny. Powstaje z wniosków od członków honorowych, z ofiar i zapisów.

2) Kapitał obrotowy. Powstaje z wpisowego, z połowy rocznych składek, z odsetek od kapitału żelaznego i z odsetek od pożyczek, udzielanych stowarzyszonemu. Z kapitału obrotowego są wypłacane:

a) Zapomogi perjodyczne bezwrotne w ciągu 3 miesięcy (dłużej — z decyzji Zebrania ogólnego), w ilości rubli 3 na dobę — uczestnikom z powodu choroby niezdolnym do zarabkowania. b) Zapomogi zwrotne bezprocentowe. c) Zapomogi jednorazowe bezwrotne. d) Pożyczki, których maximum oznacza corocznie Zebranie ogólne.

3) Kapitały oszczędnościowe: A i B. Kapitał A powstaje z połowy rocznych składek i odsetek od ogółu składek (w stosunku 4%) i może być w każdej chwili przez członka ustępującego z kasy podniesiony. Kapitał B powstaje z pewnej części kapitału obrotowego, co rok na ten cel przez Zebranie ogólne odpisywanego; część kapitału B, przypadająca na jednego uczestnika, ten ostatni podnieść może dopiero po upływie pewnej ilości lat należenia do kasy.

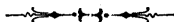
Z usług kasy uczestnik może korzystać dopiero po upływie pół roku od chwili wstąpienia do niej.

Kasa — jak widzimy — za główne zadanie ma zabezpieczenie zapomogi na wypadek choroby, ewent. — na wypadek innych nieszczęść losowych — za co pobiera rub. 10 rocznie; jednocześnie zmusza do czynienia pewnych oszczędności (druga połowa składki rocznej). O ile na to pozwalają fundusze — wydaje pożyczki, od których odsetki powiększają kapitał obrotowy kasy.

Ustawa wzorowana była pierwotnie na wiedeńskim Instytucie wsparć, istniejącym przy „Wiener medic. Doctoren-Colegium“; ostateczne opracowanie w powyżej streszczonej postaci nadał jej pan adwokat przys. Emil Weydel z Warszawy. Projekt ustawy przesłali koledzy: M. Cohn, K. Jonscher, A. Krusche i S. Sterling do zatwierdzenia w Lutym roku 1898; ustawę zatwierdzoną i zmodyfikowaną zwrócono w Lutym r. b.

Na wspomnianem zebraniu zapisało się do Kasy 37 lekarzy. Z chwilą, gdy liczba uczestników dojdzie 50-ciu — kasa rozpocznie swą działalność.

Dalsze zapisy przyjmuje Kol. W. Pinkus, w lokalu Pogotowia ratunkowego, od 1 do 2 w połud.



Krytyka i bibliografia.

Dr. Stanisław Serkowski. **Mleko i bakterje.** Warszawa, 1900, str. 129.

Bakterjologii tak ważnego pokarmu, jakim jest mleko, poświęcono już tomy, a zagraniczne pisma specjalne, mają stałą rubrykę od-

powiednią. Nic więc dziwnego, że u nas, gdzie ledwie echa dalekie tych poszukiwań naukowych czasem rozbrzmiewają, rys bakterjologii mleka jest ze wszech miar pożądany.

Książka kol. Serkowskiego zaznajamia nas z bakterjologją mleka normalnego i mleka zanieczyszczonego przez drobnoustroje chorobotwórcze. Drugą część pracy obejmuje wykład o zabezpieczaniu mleka.

Całość wykładu zdradza w autorze znawcę przedmiotu, o którym pisze; drobne usterki językowe, raczej posługiwanie się gdzieś wyrazami obcymi tam, gdzie możnaby użyć wyrazu polskiego, dobrze zrozumiałego, — nie zmniejsza wartości tej pracy.

Na jeden pogląd kolegi S. nie mogę się pisać. Na str. 103-iej on uważa, że mieszanie mleka od różnych krów nie może być zalecane z bakterjologicznego punktu widzenia, „ze względu na możliwość zakażenia wszystkiego mleka przez jedną część jego“. Było by to słuszne, gdyby ta część zakażona nie była sprzedawana konsumentom. Że jednak to mleko nie jest niszczone, część konsumentów otrzymuje mleko zupełnie złe, wówczas, gdy rozcieńczenie mleka krowy chorej—przez mleko krów zdrowych daje, przeciętnie, mleko nie doskonałe, ale też i nie złe, t. j. takie, które poważnych skutków pociągnąć za sobą nie powinno. Dana ilość bakterji gruźliczych, zawartych w niez mieszanem mleku krowy chorej, może zarazić; taż sama ilość rozprowadzona w mleku pochodzącem od kilku lub kilkunastu krów — jest, zwykle, nieszkodliwa. To też — dopóki nie stwierdzono, że dana krowa jest chora a dane mleko jest szkodliwe i powinno być zniszczone, (i zniszczone zostaje), dopóty za pożyteczne, mojem zdaniem, uważać należy mieszanie mleka wielu krów. Właściwie, to prawidło będzie słuszne i w tych oborach, które podlegają ścisłej kontroli weterynaryjnej, a i w innym względzie są wzorowo prowadzone. Wtedy krowy wyraźnie chore będą wogóle wykluczane z produkcji, a mieszanie mleka krów zdrowych (i niedomagających, chociaż nie chorych) da nam mleko przeciętne, ani zbyt tłuste, ani zbyt chude, zawierające przeciętną ilość sernika, soli, wody. Jakość mleka danej pojedynczej krowy waha się bowiem w zależności od tak wielu warunków, że na jednym poziomie nigdy się długo nie utrzymuje. Że zaś te wahania jakości odbijają się ujemnie na wrażliwym narzędziu trawienia u dzieci — powinniśmy zalecać mieszane mleko od wielu krów, mające przeciętny skład stały. Ten względ, jakkolwiek natury niebakterjologicznej, też przemawia za mieszaniem mleka od wielu krów.

Polecając książkę kolegi Serkowskiego wszystkim miłośnikom higieny i lekarzom praktykom, za ich pośrednictwem radbym też na nią zwrócić uwagę tych właścicieli obór, którzy w zrozumieniu własnego interesu chcą prowadzić racjonalne gospodarstwo mleczne.

S. Sg.

Wydawca: Dr. J. Koliński.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 19 Февраля 1900 г. Друк К. Кобиńskiej, Średnia 23.