

---

# CZASOPISMO LEKARSKIE

---

## O leczeniu zbroceń macicy ku tyłowi za pomocą skrócenia wewnątrztrzewnowego więzów okrągłych.

Przez Dra Czesława Stankiewicza.

(Rzecz miana na XIII kongresie międzynarodowym lekarskim w Paryżu,  
dnia 7. Sierpnia r. b.)

Panowie! W pracy o zbroczeniach macicy ku tyłowi, wydanej przed paru tygodniami po polsku, określiłem swoje stanowisko w sprawie leczenia tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy. Jako zasadę uważam, że każde tyłopochylenie i tyłozgięcie, w czynnym okresie życia płciowego, powinno podlegać leczeniu bez względu na to, czy przebiega skrycie lub daje objawy właściwe, czy jest powikłane lub nie. Tyłozgięcia dziewicze i starcze, jako nie wystawione na wpływy szkodliwe, powinny być leczone w tych tylko razach, gdzie sprowadzają stany uciążliwe dla chorych.

Prawidłó to jest dla mnie drogowskazem przy wyborze przypadków, nadających się do zabiegów leczniczych.

Leczenie ortopedyczne tyłozgięć ruchomych, za pomocą wianków, zajmuje wciąż jeszcze pierwsze miejsce tak w podręcznikach, jak w skarbcu leczniczym większości praktyków. Tymczasem działanie wianków, pod względem trwałości uleceń, jest mocno problematyczne. Tylko przypadki świeże, zgoła nie powikłane, dają jakie takie prawdopodobieństwo uleczenia. W większości przypadków leczenie wiankiem jest stratą czasu dla lekarza i pacjentki. Z liczby 109 przypadków, leczonych przezemnie, pomyślny wynik ortopedyczny notowałem 4 razy; wynik ten jednak nie trwał dłużej nad kilka tygodni do 7½ miesięcy. W innych przypadkach macica po usunięciu wianka już w parę dni była znów tylko zgięta. Trwałego uleczenia, stwierdzonego, jak chce Halban (z Wiednia), w rok po wzięciu wianka, nie widziałem ani razu.

Dane moje, oparte na małej ilości przypadków, nie roszczą prawa bynajmniej, by snuć z nich można dalej sięgające wnioski.

W każdym razie, rewizja rozdziału o leczeniu wiankami staje się bardzo pożądana, rzecz można — konieczną.

Stanowisko, jakie zajmuje przeważna część ginekologów współczesnych, uważając tyłozgięcie macicy tylko wtedy za wskazane do operacji, gdy inne sposoby (leczenie wiankiem, mięsienie) pozostały bez skutku, nie wydaje mi się słusznem. Przed kilku laty, wśród powodzi nowych zabiegów chirurgicznych, zachwalonych a niesprawdzonych co do wyników późniejszych, stanowisko takie było łatwo zrozumiałe. Ale dziś, gdy się już wyrobiły zabiegi pewne, gdy natomiast inne, pod obuchem krytyki, spadły słusnie w otchłań zapomnienia, czas byłby zerwać z rutyną! Konserwatyzm jest dobry o tyle, o ile nie stoi w poprzek na drodze prawdziwego postępu. I jeżeli mamy do wyboru: zabieg chirurgiczny, z rękomią udania się, i leczenie wiankiem, z wynikiem wątpliwym, gdzie padnie nasz wybór? A cały szereg przypadków, gdzie wianek z rozmaitych względów nieda się stosować, że nie wskażę już na większość tyłozgieć nieruchomych, czyż nie przechodzi ryczałtem w zakres chirurgji ginekologicznej? Tak więc leczenie operacyjne tyłozgięcia macicy powinno zająć należne mu pierwsze miejsce, gdy inne sposoby, jako mniej pewne i przeważnie paliatywne, schodzą na plan drugi.

Śród chaosu operacji, zaleconych przy tyłozgięciu macicy, wyłoniły się, jako poważne, i zyskały prawo obywatelstwa trzy zabiegi: ventrofixacja, waginofixacja, skrócenie więzów obłych.

Panowie! wykonałem przy zboczeniach macicy ku tyłowi nie więcej wprawdzie nad 40 operacji: wyznam wszakże otwarcie, iż w liczbie tej ani razu nie spotkałem wskazania do ventrofixacji. Zakres tego zabiegu, wobec innych sposobów, uważam za nader ograniczony, zwłaszcza ze względu na ciężkie powikłania w przebiegu następnej ciąży i porodu (statystyka Kleinwächter'a).

Vaginofixacja dała pod względem położniczym tyle ujemnych wyników, że stosowanie jej u kobiet czynnych płciowo tylko w wyjątkowych przypadkach da się usprawiedliwić. Natomiast w okresie okwitania, zwłaszcza przy opadnięciu pochwy i macicy, zabieg ten połączony z colporrhaphią, winien się cieszyć szerszą niż dotąd popularnością. (7 spostrzeżeń osobistych, wszystkie z zejściem pomyslnem).

Środek ciężkości leczenia operacyjnego zboczeń macicy ku tyłowi leży w skróceniu więzów obłych. Z pośród trzech dróg, prowadzących do celu: przez kanał pachwinowy, przez pochwę i przez

laparotomię — operacja Alquie-Aleksandra ma pole działania najmniejsze. Nadaje się ona wyłącznie do tyłozgięć ruchomych i, jakkolwiek nie powoduje obaw co do następczej ciąży i porodu, kryje w sobie inne wady, liczne i dobrze znane (trudność niekiedy w odszukaniu więzów, przerywanie się więzów przy niedorozwoju i zwyrodnieniu tłuszczowem; gojenie się ran, powikłane często ropieniem, wydzielaniem szwów jedwabnych; w rzadkich razach krwiak podskórny; bóle w bliznach następcze przepukliny). Statystyka moja obejmuje zaledwie 4 przypadki, w tej liczbie 2 nawroty. Od trzech lat z górą nie wykonałem operacji Aleksandra ani razu.

Smiem twierdzić, Panowie, że skrócenie więzów obłych wewnętrznych otrzewnowych zajmie z biegiem czasu stanowisko naczelne w szeregu operacji, walczących o lepsze. Pierwsze miejsce należy się skróceniu więzów obłych przez pochwę, czyli operacji Bode-Wetheim'a. Wyrobiwszy sobie technikę, odrębną od sposobów Bode'go i Wertheim'a, wykonywam tę operację w sposób następujący: Cięcie przedniej ściany pochwy podłużne, odłuszczenie pęcherza, otwarcie otrzewnej. Przybliżenie trzonu macicy ku ranie w sklepieniu (za pomocą kulociągów), bez zwieźnięcia macicy do pochwy. Nawiązka jedwabna (№ 4) przez macicę w miejscu przyczepu więzu obłego. Wyciągnięcie dalszych odcinków więzu obłego przy pomocy klampów elastycznych Doyen'a (używanych przy operacjach na żołądku i kiszka), dopóki tylko wiąz daje się wyciągać. Nałożenie nawiązki jedwabnej na punkt więzu najbardziej odśrodkowy i związanie jej z nawiązką maciczną. Przez to można wykluczyć: 8-10-12 ctm. więzu, na każdej stronie. Pozostałą pętlicę więzową zeszywam cienkim jedwabiem. W końcu — zeszywanie fałdy otrzewnowej i pochwy (katgut).

Założenie drugiej nawiązki (odśrodkowej) jest momentem najtrudniejszym. Klamp z rowkiem na górnej gałęzi i otworkiem dla igły, mego pomysłu, ułatwia zadanie w wysokim stopniu.

Jako cechy charakterystyczne podanego postępowania zaznaczę:

1° Założenie pierwszej nawiązki na samą macicę, przez co odzywianie więzu obłego zdaje się być lepiej zabezpieczone, niż przy operacji Bode'go.

2° Skrócenie więzów in situ, bez wyważenia macicy do pochwy, co więcej chroni otrzewną od zakażenia, niż zabieg Wertheim'a.

3° Skrócenie więzów zasadniczo od maximum.

4° Użycie klampów.

Statystyka moja liczy 27 przypadków. Okres spostrzegania waha się pomiędzy 2 tygodniami a 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> laty. Uleczenie zбочenia nastąpiło 25 razy („92, 5%“). Raz jeden zaszła wznowa pod wpływem

poronienia i porodu. Raz wreszcie wynik co do położenia macicy od początku był niepomysłny.

Śród 27 moich przypadków było 11 tyłozgięć nieruchomych (uleczone wszystkie), 16-ruchomych (2 recydywy).

W 8 przypadkach okres spostrzegania wynosi 13 miesięcy do 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat. Przypadki te nadają się do osądzenia trwałości wyników, Odsetek uleczeń doszczętnych stanowi tu 87,5, liczba, która, jak mniemam wzbudza, do zabiegu pewne zaufanie.

6 pacjentek (25%) zaszło następnie w ciążę, z nich 4 odbyły poród, wszystkie siłami natury; jedna poroniła przedtem w trzecim miesiącu. 3 porody były lekkie, jeden ciężki (trwał 3 dni), prawdopodobnie w następstwie zeszyca szyjki macicznej (według Emmet'a). Tę próbę ogniową, jaką stanowi poród, operacja przeżyła zwycięsko, raz jeden tylko dając miejsce wznowie tyłozgięcia.

Liczne zalety operacji okupują sowiec pewną trudność wykonania. Nadają się do tyłozgięcia tak wolne, jak nieruchome. W każdym przypadku można obejrzeć przydatki, usunąć w danym razie zrosły, wykonać niezbędne zabiegi (przez przednie lub tylne sklepienie). Nie zmieniając położenia operowanej, można w dalszym ciągu wykonać potrzebne operacje w pochwie i na kroczu. Zabieg sam z siebie nie jest niebezpieczny. Wszystkie 27 pacjentek wyzdrowiały, co więcej — miały przebieg pooperacyjny lekki, mimo iż operacja w wielu razach była mocno skomplikowana. Zdarzało się, iż na jednym posiedzeniu, u tej samej pacjentki, oprócz skrócenia więzów obłych, wykonywałem: wyskrobanie macicy, rozerwanie zrostów wokoło macicy i przydatków, salpingostomię lub salpingectomię, rozekcję jajnika lub ignipuncturę, operację Emmet'a, colporrhaphię przednią, wreszcie colpopereorrhaphię. Nigdy nie rozkładałem operacji ginekologicznych na raty.

W piśmiennictwie znalazłem jedno zejście śmiertelne po operacji sposobem Bode'go (10-go dnia, przyczyna niewiadoma).

W porównaniu z operacją Alqnie-Alexandra, skrócenie więzów obłych przez pochwę posiada następujące zalety:

1<sup>o</sup> nie usposabia do przepukliny; 2<sup>o</sup> daje możność skrócenia obu więzów przez jedną ranę; 3<sup>o</sup> daje pewność odualczenia więzów w każdym bez wyjątku przypadku; 4<sup>o</sup> jest skuteczne zarówno przy tyłozgięciach ruchomych, jak nieruchomych; 5<sup>o</sup> pozwala wykonać jednocześnie niezbędne operacje na przydatkach i w pochwie; 6<sup>o</sup> ma przebieg pooperacyjny lżejszy i 7<sup>o</sup> nie pozostawia po sobie blizn widocznych i następczych bólów.

Skrócenie więzów obłych przez pochwę w wielu razach może zastąpić ventrofixację, gdy w innych przypadkach miejsce jej zajmu-

je skrócenie więzów obłych przez laparotomię czyli operacja Wylie'go. Technika, jakiej się trzymam, jest nader prosta. Nawiązka jedwabna przez koniec maciczny więzu obłego; druga nawiązka, przez  $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$  grubości więzu, w odległości 8-10-12 ctm. od pierwszej; związanie jednej z drugą, zeszytowanie utworzonej fałdy cienkim jedwabiem (szew ciągły). Dwa przypadki osobiste przemawiają zachęcająco na rzecz operacji Wylie'go. Mimo swe zalety, stwierdzone na znacznej ilości spostrzeżeń przez Frank'a, Mann'a, Goffe'go, zabieg ten pozostaje wciąż jeszcze prawdziwym kopcieszkim. Jakże niesłusznie! Łatwy w wykonaniu, pewny w swych skutkach, winienby liczyć na najszybszą popularność.

Panowie! Zabrałem głos, aby dać wyraz swemu głębokiemu przeświadczeniu, iż skrócenie więzów obłych tak przez pochwę, jak przez laparotomię, dziś mało stosowane, jutro odegra wybitną rolę w chirurgji tyłozgięcia macicy.

---

## Spostrzeżenia z praktyki.

---

### Przypadek Pyopneumothoracis traumatici. Leczenie bez operacji. Wyzdrowienie.

Podał Dr. med. P. Schroeter (z Pabianic).

W dostępnej mi literaturze nie spotkałem się z opisem przypadku ropnia opłucnej urazowego pochodzenia, leczonego w sposób przezemnie w odnośnym przypadku zastosowany. Sposób ten odznacza się prostotą, nie wymaga specjalnie wprawnej ręki chirurga i daje się łatwo zastosować.

Szczepan Antoni K., lat 28, chorował w 14-ym roku życia na ospę, kilka lat później na dyfteryt. Służył w wojsku 5 lat. W dniu 9. VIII. 90. r. przywieziono chorego do szpitala fabrycznego firmy Krusche i Ender. Chory z wysiłkiem opowiada, co następuje: Wracając 3 dni temu wieczorem do domu, otrzymał z tyłu pchnięcie nożem w górną część klatki piersiowej. Po wypadku uczył silny ból „w piersiach“, dostał duszności i zaledwie zdołał dojść do domu. Wezwany lekarz zaszył natychmiast ranę i nałożył opatrunek. Stan chorego jednakże tak szybko i tak znacznie się pogarszał, że wzbudzał obawę o życie; odstawiono go przeto do szpitala.

Chory średniego wzrostu, prawidłowo zbudowany, odżywiany dosyć dobrze. Uskarża się na ból w ranie, na duszność i nadzwyczajne osłabienie. Twarz chorego zdradza silne cierpienie; cera bardzo blada, wargi blade z sinawym odcieniem. Ciężota 40<sup>o</sup>7 Cel., tętno 130, słabe, miarowe. Przy badaniu znalazłem ranę poziomą, długości 4 ctm.

na lewej stronie tylnej ściany klatki piersiowej, na wysokości wyrostków ciernistych trzeciego i czwartego kręgow grzbietowych. Koniec rany oddalony od wyrostków ciernistych, mniej więcej 3 ctm. Rana zaszyta 3 szwami węzłkowymi. Brzegi rany dość równe, zaczerwienione. W okolicy rany na większej przestrzeni — rozedma podskórna. W średniej i dolnej częściach klatki piersiowej ze strony lewej odgłos opukowy zupełnie tępy; szmeru oddychowego prawie nie słyhać; drżenie piersiowe zniesione. W górnych częściach odgłos jasny z oddźwiękiem bębnowym; szmeru oddychowego prawie nie słyhać. Kaszel częsty, suchy. W płwocinach krwi nie zauważono. Granica serca przesunięta na prawo, tony czyste, słabe. W jamie brzusznej nie wykryłem nic nienormalnego. Mocz barwy ciemno-żółtej, przezroczysty, nie zawiera białka; pod drobnowidzem nie wykryłem składników chorobowych.

Rozpoznanie: *Vulnus thoracis perforans*; *pyopneumothorax*, *emphysema subcutaneum*.

Leczenie. Przez usunięcie szwów otworzyłem ranę i usunąłem z głębi rany skrzepy krwi. Oczyszczywszy ranę, wytamponowałem ją na razie gazą jodoformową i nałożyłem opatrunek. Chory doznał niejakię ulgi, duszność się trochę zmniejszyła; ciepłota spadła do 38° 8 C. tętno 120. Przez następne 2 dni ciepłota wahała się między 38° 5 i 39° 0. Kwestję usunięcia ropnia opłucnej postanowiłem rozwiązać w danym przypadku, nie uciekając się do zabiegu operacyjnego, sposobem próby, jak następuje. Na gruby, giętki, cynkowy zgłębnik nawłokłem dość gruby dren. Wprowadziwszy takowy na długość mniej więcej 22 ctm. przez ranę do worka opłucnej (chory czuł koniec drenu z przodu klatki piersiowej i ku dołowi) wyciągnąłem zgłębnik a koniec zewnętrzny drenu zabezpieczyłem za pomocą długiej mocnej nitki; okolicę drenu w ranie wytamponowałem gazą jodoformową.

Ułożyłem chorego przez podłożenie pod tułów odpowiednich poduszek tak, aby rana była niżej położona niż dolna część klatki piersiowej i poleciłem siostrze pielęgnującej chorego zmienić na noc położenie pacjenta przez usunięcie podłożonych poduszek o tyle, aby położenie chorego na łóżku było zupełnie poziome. Gdy nazajutrz zrana odwiedziłem chorego, siostra miłosierdzia oznajmiła mi, że chory „pływa w ropie“. Ciepłota spadła do 37° 0 C., tętno 88. Chory czuje się dosyć dobrze, zadowolony i nie uskarża się na niezwykle położenie, zapewniając, że wolałby tak przez miesiąc leżeć, niż poddać się operacji. Po tak pomyślnym skutku nabrałem przekonania, że sposób ten przedstawia widoki powodzenia, postanowiłem więc wytrwać na tej drodze i doprowadzić do końca leczenie z pewnemi zmianami w ułożeniu chorego. Dalszy przebieg był pomyślny. Ciepłota wahała się między 37° 0—37° 5 C.; tętno 80—84; ilość wydzieliny ropnej zmniejszała się szybko, tak, że później zmieniałem opatrunek co 2 dni. Dren skracałem po trochu przy każdej zmianie opatrunku. W końcu wprowadzałem tylko gazę jodoformową. Nadmieniam, że nie robiłem nigdy przepłókiwań worka opłucnej; raz dlatego, że ciecz ropna nie była cuchnąca, powtórę z obawy przed niepożądanemi następstwami, jakie wywołują niekiedy przepłókiwania opłucnej,

nawet czystą wodą. Po upływie 6 tygodni rana zagoiła się całkowicie. Odgłos opukowy lewego płuca stał się normalny; szmer oddychowy lewego płuca nie różnił się niczem od szmeru oddychowego prawego płuca. Chory przebywał w szpitalu jeszcze kilka tygodni, gdzie odzyskał siły.

Świeże rany drażące klatki piersiowej leczą jedni przez nałożenie szwu, inni tamponują ranę i nakładają szczelny opatrunek przeciwnylny inni, rozszerzają ranę, wprowadzają dren z zawiązanym zewnętrznym końcem i tamponują ranę (w razie wysięku opłucnej usuwają związującą zewnętrzny koniec drenu nitkę i wtedy dren służy do odprowadzenia wysięku). Sądzę że pierwszeństwo należy się tamponadzie połączonej ze szczelnym opatrunkiem przeciwnylnym, która, zastosowana przez v. Bergmana'a i Reyher'a w wojnie rosyjsko-tureckiej, dała tak znakomite rezultaty; ten sposób leczenia okazuje się, dalej, najodpowiedniejszym i dlatego, że ranę kłutą czy ciętą, zadaną prawie zawsze nieczystym narzędziem, a priori uważać musimy za zakażoną. Antyseptyczna tamponada, wreszcie, służy do zatamowania krwotoku.

W przypadkach ropnia opłucnej powstałego bądź to przez zakażenie wybroczyny śródpiersiowej, bądź to wywołanego przez zakażenie samej opłucnej — stosowano dotychczas zabieg operacyjny: cięcie klatki piersiowej lub też wycięcie jednego lub kilku żeber, z przecięciem opłucnej.

Wynik leczenia w przypadku przezmnie spostrzeganym świadczy, że w przypadkach ran drażących klatki piersiowej, powikłanych ropniem opłucnej, można nawet i wtedy otrzymać wynik pomyślny, nie uciekając się do operacji, gdy rana znajduje się w górnych częściach klatki piersiowej.

Wprowadzenie drenu do worka opłucnej w sposób wyżej opisany nie przedstawia żadnych trudności; zgłębnik z drenem prowadzić trzeba lekko w dół ściany klatki piersiowej. Dren musi być zabezpieczony od wsunięcia się do worka opłucnej.

Pochyłe położenie chorego w łóżku, niezbędne dla dostatecznego odpływu ropy przez dren, osiągnąć można albo przez odpowiednie podłożenie poduszek pod tułów chorego, lub też przez podniesienie przedniego końca łóżka.

W pochyłym położeniu chorego nie potrzebuje długo pozostawać; w miarę zmniejszania się ilości ropy — pochyłe położenie zastępuje się częściej przez poziome. W nocy chory leży w łóżku zupełnie poziomo.

Ogłosiłem ten przypadek i sposób leczenia jego w tem przekonaniu, że nie jeden z kolegów zastosuje wyżej opisany sposób w odnośnym przypadku. Wszak nie każdego takiego chorego można narażać na częstokroć kilko-milowy transport do szpitala; nie każdy z kolegów decyduje się bądź to z tego lub owego powodu na wykonanie odpowiedniego operacyjnego zabiegu; dla chorego zaś ten sposób leczenia jest często więcej pożądany, niż operacja, choćby tak prosta, jaką jest cięcie przez powłoki klatki piersiowej bez rezekcji lub z rezekcją żebra.

## Wędrowka kłosa z oskrzeli nazewnątrz przez ścianę klatki piersiowej.

Podał Dr. L. Rutkowski (z Płońska).

1897 roku w pierwszy poniedziałek października niejaka Z. ze wsi Zdziary-Szarzyno postawiła swoją 14-to miesięczną córeczkę — dotąd zupełnie zdrową — samą w tak zwanym „stojaku“ (dziurawy wysoki stółek) w pobliżu kosza od torfu. Na koszu było nieco słomy z kłosami. Powróciwszy do domu zastała dziecko zanoszące się od kaszlu, zsiniałe; trzymające w ręce kawałek słomy. Dziecko, utulone przez matkę, po jakiejś godzinie przestało kasłać, od czasu do czasu tylko okazywało dziwny niepokój tak, jakby doznawało braku tchu; po 2-eh dniach te objawy ustąpiły. Przez 4 dni stan dziecka był zupełnie dobry, w końcu jednak tygodnia, to jest w niedzielę, rozpoczęła się gorączka i suchy męczący kaszel. Gorączka i kaszel wzmagaly się coraz bardziej; dziecko słabło, mizerniało. Po 2 tygodniach od owego ataku kaszlu chora dziewczynka zaczęła płakać przy każdym braniu na rękę, a szczególnie przy ucisku prawego boku. Przy oględzinach zauważono — na prawym boku w linii pachowej rozlane zaczerwienie i pewną, nieznaczną, wyniosłość na skórze („bolak“). Działo się to w poniedziałek; we wtorek stan chorej dziewczyny się nie zmienił; w środę wyniosłość stała się znaczniejszą, a w czwartek zrana na najbardziej wydatnem miejscu wyniosłości utworzył się otworek, z którego wylało się nieco ropy i wystawało coś ostrego, jakby drzazga. Ojciec dziecka nchwycił ów wystający przedmiot palcami i wyciągnął oblany ropą żytni kłos, długości 4 centymetrów. Kłos, przywieziony do mnie jako corpus delicti, ostrym końcem ułamanej słomy sterczał ku skórze, wierzchołkiem zaś zwrócony był na wewnątrz. Zaraz po wyjściu kłosa rodzice usłyszeli silne syczenie „wiatru“ wydobywającego się z „dziurki“ w klatce piersiowej przy każdym ruchu oddychowym dziecka. W piątek z powstałego otworu wychodziło jeszcze więcej ropy i powietrza. Przestraszeni tem rodzice przywieźli chorą dziecinę do mnie. Przy oględzinach okazało się, że otwór, około jednego milimetra w średnicy, z obrzniętymi sinymi brzegami, zawalany mi ropą, znajdował się pod IV żebrzem w przedniej linii pachowej po prawej stronie. Otworu nie sondowałem. Powietrze z otworu się wydobywało przy oddychaniu, chociaż syczenia, o którym mi mówili rodzice, już nie słyszałem. Tętno 140, oddech 52, c-a 38,7. Wysięku, w prawej jamie opłucnej wykazać mi się nie udało. Obwód prawej połowy klatki piersiowej na oko nie różnił się od obwodu połowy lewej. Kazałem ranę obmywać zapomocą gumowej strzykawki wodą przegotowaną z kwasem bornym, i pokrywać ją gazą jodoformową, a na to oraz na całą klatkę piersiową — gruby pokład waty opatrunkowej przymocowanej ściśle bandażem. W sobotę i w niedzielę już było nieco lepiej, powietrze jednak i ropa z rany się wydobywały. Stan taki trwał przez 10 dni; ku końcowi 2 tygodnia otwór się



zupełnie zasklepił, gorączka ustąpiła, kaszel ustał, a w początkach trzeciego tygodnia dziecko było zupełnie zdrowe.

Jakkolwiek w przebiegu opisanego powyżej przypadku nie nadzwyczajnego nie zaszło, podałem ten opis dla tego, że ściśle można określić czas, zużyty przez organizm dziecięcy na pobycie się ciała obcego. Boć, że początek choroby datuje się od czasu owego napadu kaszlu, którego dziecko dostało, stojąc przy pokrytym słomą koszu — chyba trudno wątpić. W danym wypadku, według dokładnego sprawozdania matki dziecka, wędrówka kłosa — który z jamy ustnej przy kaszlu wpadł do krtani, a ztamtąd do oskrzeli, trwała 17 i  $\frac{1}{2}$  doby. Szybki przebieg całej tej sprawy da się tylko objaśnić względną miękkością tkanek dziecięcych i tą szczęśliwą okolicznością, że kłos posuwał się naprzód ostrym i twardym końcem odłamanej słomy, a nie wierchołkiem.



### Euchinina w kokluszu.

Podał Dr. Antoni Kędzierski (z Serocka).

Jeżeli ilością leków będziemy mierzyć nieudolność naszą w walce z daną jednostką chorobową, to stanowczo koklusz wypadnie zaliczyć do grupy chorób, wobec których położenie lekarza staje się prawie tak przykrem, jak i los nieszczęśliwych chorych. Walcząc bezskutecznie z epidemią koklusu w Serocku i okolicach, i idąc za radą kol. Bzury z Jabłonny, począłem stosować w kokluszu euchininę, która we wszystkich moich przypadkach, a naliczyłem ich do dwudziestu paru, ku wielkiej mej radości okazała się środkiem pomocnym.

Pacjenci moi, to były dzieci w wieku od 1 $\frac{1}{2}$  do lat 16 i jeden dorosły, 42 lat. W okresie kataralnym spostrzegałem 4 przypadki, w konwulsyjnym 16 i w krytycznym (st. decrementi, s. critic.) 3 przypadki.

Przyjawszy, przeciętnie, czas trwania okresu pierwszego na 2—4 tygodni, drugiego 4—6 tygodni, a trzeciego także 4—6, wyniesie cały okres choroby od 10—16 tygodni.

U moich zaś małych pacjentów po zastosowaniu euchininy w okresie pierwszym (4 przypadki) okres konwulsyjnego kaszlu nie pojawił się wcale i po 3—4 dniach kaszel wogóle zniknął.

Najciekawszymi były jednak moje doświadczenia z euchininą w okresie konwulsyjnym, gdzie środek ten usuwał napady kaszlu tak widocznie, że, kiedy np. przed zastosowaniem tego leku było 30 napadów dziennie, nazajutrz po jego zastosowaniu ilość ich zmniejszała się o połowę, a czas trwania każdego napadu z 10 minut spadał do 3—5 minut.

W okresie trzecim kaszel zniknął po paru dawkach.

W dwóch domach przeprowadziłem porównawcze leczenie. W rodzinie zachorowało czworo dzieci prawie jednocześnie — trzech chłopców i dziewczyna; dzieci 3—5—8 i 12 lat.

U dwojga młodszych zastosowałem penzlowanie roztworem 1:1000 sublimatu, u dwojga starszych euchininę. Dzieci miały napady konwulsyjnego kaszlu od 20—30 razy dziennie, bez powikłań ze strony dróg oddechowych.

U dzieci młodszych, gdzie było stosowane penzlowanie sublimatem, po tygodniu napady prawie w tejże samej sile trwały — u starszych, leczonych euchininą, kaszel znikł zupełnie.

W innym miejscu (rodzina S.) dwie dziewczynki zapadły na koklusz — jedna po drugiej w tydzień; młodsza 6-letnia była dopiero w okresie kataralnym, kiedy starsza 8-letnia napady miewała co pół godziny, połączone z silnymi wymiotami, podbiegnięciem spojówek, rozemną płuc i trzeszczeniami w płatach dolnych. Obu dziewczynkom podawałem bromoform i jednocześnie zaleciłem płókanie gardła 1% roztworem karbolu z niewielkim dodatkiem gliceryny; po tygodniu takiego postępowania u młodszej stan kataralny przeszedł w okres konwulsyjny, a u drugiej, starszej, ilość napadów nieznacznie się tylko zmniejszyła. Odrzuciwszy poprzednie leki, zastosowałem euchininę w dawkach 0,2 trzy razy dziennie; innych lekarstw, ani wewnątrz, ani zewnątrz nie dawałem.

Po trzech dniach konwulsyjne napady ustąpiły zupełnie, został zwyczajny kaszel, jako objaw zapalenia oskrzeli, pozostałego po kokluszu.

Nie będę tutaj opisywać szczegółowo wszystkich swoich spostrzeżeń, których zanotowałem u siebie 23.

Nadmienić winienem, że w każdym poszczególnym przypadku baczność uwagę zwracałem na poprawę warunków higieniczno-dyetycznych; stosowałem też co trzeci dzień suche bańki i rozgrzewające kompresy na plecy.

Podając swe spostrzeżenia, daleki jestem od ostatecznego wnioskowania, boć 23 przypadki, to dla statystyki zbyt mało, jednak nie mogę się oprzeć wrażeniu, że w euchininie znajdziemy potężny środek w walce z chorobą, z powodu której w Niemczech np. umiera do 10000 dzieci rocznie.

Dziękuję się więc z kolegami memi spostrzeżeniami i polecam wypróbowanie na liczniejszym materiale tego środka. Dla zamaskowania lekko gorzkawego smaku podaję euchininę  $\overline{aa}$  z cukrem; dzieciom zaś do 2 lat podaję w formie:

Rp. Euchinini 2,0.

Acid. mur. q. s. ad Sol.

Syr. rubi Idaei 80,0.

MDS. Dwie — trzy łyżeczki dziennie.



## Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki.

Napisał Dr. E. Sonnenberg.

(*Ciąg dalszy*).

W przykładzie powyższym mąż przeszkadzał lekarzowi w akcji ratunkowej, jaką ten chciał podjąć na korzyść jego żony. Rzecz może się mieć i odwrotnie: mąż może żądać od lekarza, aby wykonał na żonie zabieg operacyjny, kiedy ta wcale sobie tego nie życzy. Jako przykład niech służy ewentualność, kiedy przyjście na świat żywego dziecka zawisło od dokonania na matce cesarskiego cięcia. Naturalnie, że w tej kolizji między życiem dwojga osób, dziecka i matki, władza stanowienia spoczywać winna tylko w rękach tej ostatniej. Z jednej bowiem strony nie można przecież od nikogo wymagać bohaterstwa i żądać, aby kosztem niebezpieczeństwa swego życia ratował inne życie; z drugiej znów strony—należy mieć na względzie, że dobro, jakie pragniemy ocalić, powinno być większe od dobra, które nadwerężamy: poświęcenie w danym wypadku dziecka stanowi mniejszą stratę, niż śmierć matki. To też, otrzymawszy nawet zezwolenie od rodzącej na wykonanie na niej operacji, należy ją jeszcze dokładnie informować o całym niebezpieczeństwie, na jakie wystawia siebie, pragnąc ocalić dziecko. Jedynie tylko na wyraźne i stanowcze życzenie matki, i tylko jej jednej, może się lekarz imać tego niebezpiecznego zabiegu. Są bowiem notowane zdarzenia, kiedy uskutecznianie cesarskiego cięcia, podejmowane przez akuszerkę w najlepszej wierze, było jedynie wysługiwaniem się samolubnym widokom męża.

Udział więc chorego w rzeczach, dotyczących jego zdrowia i życia, stanowi jego nietykalne prawo. Od tego udziału nie możemy odsuwać rodziców oraz osób, sprawujących obowiązki opiekunów, pod małoletność pacjentów. Ta swoboda decyzji, jaką uświęcił czas i obyczaje, wypływa z przyrodzonego człowiekowi uczucia: chory sam nieraz może najlepiej wiedzieć, czy posiada sił podostatkiem, aby wytrzymać ten lub ów zabieg leczniczy. Nie mówiąc już o tem, że lekarz nigdy nie może ręczyć, za pomyślny wynik swoich zachodów, należy jeszcze pamiętać iż wykonanie operacji może być zbyteczne: popełnić bowiem pomyłkę — to rzecz ludzka. Zresztą, niepodobna pomijać i tak ważnego względu, jak ten, że sprawy lecznicze oparte są wyłącznie na zaufaniu do lekarzy i na ich ludzkim obchodzeniu się z chorymi. A zaufania chorego nie zdobywa się wstępnym bojem. Niech czynność lekarza względem pacjenta ma jakies pozory dowolności, niech lekarz dopuści się kroków siły, a starga się ów węzeł, jaki łączy lekarza z chorym i lekarz narazi się, że zarzuca jego postępowaniu nieszczerść, a celom jego—dwulicowość. Przeby-

liśmy przecież niedawno lata próby i żywe są jeszcze w pamięci naszej dowody, jak nieufnem i niechętnem okiem spoglądał lud na zarządzenia przymusowe podczas ostatniej epidemji.

A jednak, jak często zapominamy o tej elementarnej zasadzie i, kierując się najlepszymi wprawdzie zamiarami, mimowoli przekraczamy granice, jakie nam zakreślają dobrze zrozumiane interesy chorego oraz względy ludzkości. Oto przykład. W Petropawłowsku przed sześcioma laty kilka osób zostało pokąsanych przez psy wściekłe. W mieście z tego powodu zapanowała panika<sup>1)</sup>. Zarząd miasta wyasygnował potrzebny fundusz, aby wysłać pokąsanych do najbliższego instytutu, w Samarze. Pokąsane jednak osoby, które w pierwszej chwili wyraziły były gotowość poddania się leczeniu, zmieniły po namyśle pierwotny zamiar. Gdy żadne perswazje nie pomogły, zarząd miasta zwołał komisję sanitarną w celu obradowania nad tem, co począć. Otóż lekarze, wchodzący w skład komisji, wyrazili pogląd, że należy uciec się do... środków przymusowych<sup>2)</sup>.

Samo się przez się rozumie, że zasada przyzwolenia powinna być przestrzegana i w tych wypadkach, kiedy uskuteczniany na kimś zabieg operacyjny, podejmowanym jest w interesie zdrowia osoby trzeciej. Mam na myśli transplatację, transfuzję i t. d. Zwracam uwagę na to ze względu, iż notowano uchybienia lekarzy i na tym punkcie. W San-Francisco, naprzykład, pewien chory wystąpił z powództwem cywilnem przeciwko chirurgowi o zasądzenie mu od tegoż 25,000 dollarów. Chirurg miał być podczas operowania chorego, gdy ten ostatni był uśpiony, zdjąć z uda kilka płatów skóry dla przesadzenia ich innemu choremu, nie zapytawszy się uprzednio operowanego, czy na to zezwala.<sup>3)</sup>

Lekarz więc powinien dokładnie informować chorego o zabiegach, zwłaszcza poważniejszych, jakie zamierza podjąć w interesie jego zdrowia lub życia; może, a nawet winien doradzać, lecz nie wybiegać po nad tę miarę, nigdy zbytnio nalegać, a tembardziej wymuszać na pacjencie zezwolenia. Choremu należy pozostawiać wolną rękę co do decyzji. Napotkawszy ze strony pacjenta na opór, powinniśmy uznać, że tu jest kres naszych zabiegów. Chociażby niezbędność interwencji lekarskiej narzucała się nam z całą jasnością — nie możemy iść przebojem, gdyż rwąc się do czynu wbrew woli chorego, naruszamy jego osobistą wolność i wdzieramy się w prywatne jego prawa. Wbrew więc woli nie wolno umieszczać w szpitalu osób,

---

<sup>1)</sup> „Wracz“ 1894 № 27. <sup>2)</sup> Nie mówiąc już o samej zasadzie, iż lekarz nie ma prawa zmuszać chorego do leczenia się, gdy chory tego nie chce, niepodobna nie zauważyć, że w powyższem zdarzeniu lekarze nie mieli nawet podstawy obawiania się, aby pokąsane osoby przedstawiały niebezpieczeństwo dla otoczenia. Dotychczas bowiem nie zanotowano ani jednego jeszcze przykładu, któryby naukowo i niezbicie stwierdził, iż wścieklizna może się udzielać od dotkniętego nią człowieka innemu. <sup>3)</sup> „The British Medical Journal“ 18. VIII. 1894 (Ref. Wracz 1894 № 34).

dotkniętych chorobą zakaźną<sup>1)</sup>. Gwałtem nie wolno nikomu ospy szczepić, zdejmować nawet kołtuna i t. d. i t. d. Tę samą zasadę sankcjonuje i państwo w stosunku nawet do osób, których uległość woli państwowej jest najpierwszym obowiązkiem. Mam na myśli żołnierzy i nowobranców: choremu żołnierzowi nigdy się nie narzuca operacji, jeśli on jej nie zechce, a odmowa z jego strony nie jest uważana za nieposłuszeństwo. Takie przynajmniej prawidło, o ile mi wiadomo, obowiązuje w armji francuzkiej<sup>2)</sup>. Wyjątek stanowią: obowiązkowe szczepienie żołnierzom ospy ochronnej, wypadki nie cierpiące zwłoki, lub gdy chory żołnierz znajduje się w stanie niepoczytalnym. To samo dotyczy rekrutów: nowobranca uwalnia się raczej całkowicie od powinności wojskowej i nie dokonywa się na nim operacji, jeśli on się jej sprzeciwia. W tym samym duchu i ten sam stosunek jest przestrzegany względem chorego przestępcy.<sup>3)</sup>

Że osobista swoboda chorego nie powinna być ograniczana, wynika zresztą i z przeświadczenia prawnego o słuszności. Dowodów w tej mierze dostarcza nam między innymi i kazyjstka sądowa w sprawach zatargów między instytucjami zabezpieczeniowymi od nieszczęśliwych wypadków, a ich klientami. Objasnię rzecz nieco bliżej. Przypuśćmy, iż osoba, ubezpieczona w takiej instytucji, ponosi przy pracy uszkodzenie. Uszkodzoną została, na przykład, kończyna górna. Po zagojeniu się stłuczonego miejsca klient spostrzeża, że nie posiada już w ręku tej władzy, co poprzednio. Zawiadamia więc o zdarzeniu zarząd ubezpieczeniowy i żąda przyznania mu renty. Instytucja ze swego ramienia deleguje do klienta lekarza. Ten stwierdza zmniejszenie się wydolności do pracy, lecz wyraża przekonanie, że możnaby temu drogą operacji zaradzić i poprzednią wydolność, najprawdopodobniej, przywrócić. Wobec takiego oświadczenia lekarza Towarzystwo ubezpieczeniowe żąda od swego klienta, aby poddał się na koszt Towarzystwa operacji. Przypuśćmy dalej, iż ten żądaniu powyższemu nie czyni zadość. Czy Towarzystwo ubezpieczeniowe może wobec podobnego zachowania się klienta, które uważa za szkodliwe dla siebie, wypłacenia renty odmówić?

Konflikty tej natury między ubezpieczonymi, żądającymi zaspokojenia swych prawnych pretensji, a instytucjami ubezpieczającymi, powstawały zagranicą już niejednokrotnie<sup>4)</sup>. Rozwiązywanie zatargów powierzano sądom i te zawsze oddalały pretensje Towarzystw

---

<sup>1)</sup> Wyjątek stanowi przymusowe odosobnianie w leprazorjach, osób dotkniętych trądem oraz przymusowe leczenie prostytutek. Co się tyczy prostytucji, to punkt czwarty ustawy, uchwalonej przez Akademię lekarską paryżką w r 1888 (des mesures de surveillance et de prophylaxie) głosi: „Prostytutka, dotknięta cierpieniem wenerycznym, zostaje umieszczona w szpitalu, którego jej nie wolno opuścić tak długo, dopóki nie zostaną usunięte objawy, mogące szerzyć zarazek (des accidents transmissibles) („L'Union médicale 1888. 22. III.) Takie same środki przymusowe istnieją i w innych państwach. <sup>2)</sup> „Le Bulletin médical“ 1898. 15. VI. („Wracz“ 1899. № 27) <sup>3)</sup> W Austrii jednak na mocy rozkazu ministra sprawiedliwości z dnia 11. Grudnia 1888 r. szczepi się ospę każdemu aresztantowi: (Münchener Medic. Wochenschr. 1889. 29 Januar. <sup>4)</sup> Kazyjstka sądowa w sprawach tego rodzaju stanowi dosyć obfity materiał.

ubezpieczeniowych. Sądy wyjaśniały, że poddanie się operacji zależy od dobrej woli ubezpieczonego i że instytucje ubezpieczeniowe nie mają prawa zmuszać klienta, aby po dopiero co przeżytym cierpieniu narażał się na nowe cierpienie, lub wystawiał swe życie na niebezpieczeństwo. Klientowi najwyżej można tylko przełożyć, że poddanie się operacji leży w interesie, zarówno instytucji, jak i jego własnym, lecz nigdy nie należy wywierać nań przymusu, jakim jest besprzecznie groźba zawieszenia renty w razie oporu. Wobec bowiem pogroźki, iż od poddania się operacji zawisła renta, klient może zdobyć się na krok, na jaki by się może nie zdobył, gdyby nie był przyparty do muru. Przez wzniesienie w poszkodowanym obawy utracenia renty, instytucja — zdaniem sądów — ucieka się do zewnętrznej przemocy, a zatem do czynu przeciwnego.

Lecz nie tylko krwawy zabieg nie może być podejmowany wbrew woli poszkodowanego. Nie wolno nikogo zmuszać i do takich zabiegów, jak zachloroformowanie i t. d.

Na jednej z ulic Paryża pewien przechodzień został ugodzony kawałem oderwanego z muru gżemu. Ponieważ oderwany kawał pochodził z publicznego gmachu, poszkodowany zażądał od prefektury miasta zwrotu kosztów leczenia oraz odszkodowania za pozostały po złamaniu obojczyka bezwład ręki. Rada prefektury wysłała do niego lekarzy, w charakterze ekspertów. Ci, podejrzewając w chorym symulanta, uważali za konieczne zbadać go przy zastosowaniu narkozy. Poszkodowany w żaden jednak sposób nie chciał dać się zachloroformować. Tłumaczył swą odmowę tem, że tego rodzaju badanie może być połączone z niebezpieczeństwem dla jego życia. Sprawa oparła się o sąd. Ten przyznał najzupełniejszą słuszność uwadze poszkodowanego i wyjaśnił, że zmuszać kogo do poddania się narkozie byłoby rzeczą niesprawiedliwą<sup>1)</sup>.

### III. Wyjątki z ogólnego prawidła.

TREŚĆ: Wykonywanie operacji w przypadkach nagłych. Częste ztąd nieporozumienia między lekarzami i ich klientelą. Zapatrywania sądów w tej mierze. Odnosne debaty w „Société de pédiatrie“ Uchwała wniosku w temże towarzystwie. Władza stanowienia w trakcie operacji. Leczenie morfinistów. Akcja ratunkowa na rzecz płodu w wypadku śmierci ciężarnej. Uskutecznianie cesarskiego cięcia na trupie i ustawodawstwa nowoczesne. Rozporządzenie würtemberskie. Okólnik sasko-wejmarski. Ustawodawstwo rossyjskie. Wykonywanie operacji w zakładzie dla obłąkanych.

A teraz pytanie: czy zawsze zasada, nakazująca podejmowanie operacji za zezwoleniem chorego, powinna być przestrzegana? Czy też ogólne prawidło ulega pewnym wyjątkom?

Otóż są wyjątki, kiedy chorego lub prawnego jego opiekuna nie jest ową rozstrzygającą instancją. Pod dany przepis nie mogą, naprzykład, być podciągane wypadki ratowania samobójców. I w samej

<sup>1)</sup> „L'Union médicale“ 1889. 25. V. Ref. z „Wracza“ 1889 № 23).

rzeczy. W wypadku samobójstwa każdy przecież z obecnych usiłuje, wedle sił i możliwości, nieść pomoc ginącemu. Czyżby więc lekarz był mniej uprawniony i miał zachowywać się, jako widz nieczynny, pod pozorem, że nie posiada zezwolenia tego, co targnął się na własne życie? Mamy więc już jeden wyjątek; lecz takich jest więcej. Przypuśćmy, że chory z nowotworem w krtani, a znajdujący się w szpitalu, zaczyna się nagle dusić. Potrzeba dokonania tracheotomji jest nagląca; chory jest nieprzytomny. Czyż lekarz wobec niebezpieczeństwa, które z każdą chwilą staje się większe, będzie oczekiwał na zezwolenie chorego lub posyłał po nie do rodziców lub krewnych tegoż? Jeszcze jeden przykład. Ktoś został zraniony. W celu wyszukania i podwiązania broczącego naczynia, potrzeba ranę znacznie powiększyć. Czyżby lekarz nie miał prawa tego skutecznie dla tego, iż zemdląły chory nie może dać mu swego zezwolenia?

Powyższych przykładów jest aż nadto dla wyjaśnienia, że od ogólnej zasady należy odstępować zawsze, kiedy stan chorego jest ciężki, a potrzeba udzielenia pomocy nagłą. Że rzecz ta nie zawsze bywa przez ogół należycie oceniana, mamy dowody w dosyć częstych z tego powodu nieporozumieniach. W r. 1890 wytoczono w jednym z miast angielskich sprawę chirurgowi o wykonanie operacji na dziecku bez zapytania rodziców. Rzecz się tak miała. Przywieziono do szpitala 13-to miesięczne dziecko z utrudnionym oddechem. Zaledwie matka dziecka opuściła szpital, trudność oddychania powiększyła się do tego stopnia, że chirurg widział się zmuszonym przystąpić szybko do przecięcia tchawicy. W pół godziny potem dziecko zmarło. Rodzice zmarłego dziecka wzięli za złe lekarzowi, iż ich o operacji nie uprzedził i zaskarżyli go o to do sądu. Sąd jednak skargę oddalił, przyznając zupełną słuszność lekarzowi i wyraził pogląd, że w podobnych warunkach byłoby ze strony lekarza przestępstwem postąpić inaczej<sup>1)</sup>.

Pytanie, jak postąpić w wypadku, gdy wiele zależy na szybkim udzieleniu pomocy operacyjnej małodzieńcu, pozostającemu w szpitalu, było niedawno jeszcze, bo przed kilkoma zaledwie miesiącami, przedmiotem ożywionej dyskusji na jednym z posiedzeń paryzkiej Société de pédiatrie. Obradowano nad niem z okazji omawiania jednego przypadku tyfusu brzuszego u dziecka, zakończonego przedziurawieniem kiszki, a spostrzeganego w szpitalu przez Barbier'a i Herrenschmidt'a. Ci ostatni sądzili, że szybko podjęta operacja uratowałaby, najprawdopodobniej dziecko, jednakże nie została uskuteczniiona, nie chciano bowiem załatwiać tak ważnej czynności bez udziału rodziców dziecka, a na zawiadomienie rodziców i wyczekiwanie od nich zezwolenia—nie było już czasu. Obecni na posiedzeniu, Lannelongue i Sevestre, wyrazili przekonanie, że w podobnym położeniu, kiedy każda chwila jest droga, spełniliby swój obowiązek, nie robiąc sobie najmniejszego skrupułu z braku przyzwolenia rodzicielskiego. Zdanie Lannelongue'a i Sevestre'a znalazło aprobatę całego zgromadzenia. Dyskusję nad tym przedmiotem zakończono jednomyślnie uchwaleniem następują-

<sup>1)</sup> „The British Medical Journal“ 1890. 1/III. (Врачъ 1890. № 10).

cej formuły: „Znaczna liczba dzieci ginie w szpitalach dla tego, iż w braku zezwolenia rodziców niezbędny nieraz, a niecierpiący zwłoki, rękoczyn bywa zaniechany. Wzgląd więc powyższy wystarcza, aby upoważnić chirurga do samodzielnego w nagłych wypadkach decydowania o operacji i załatwiania jej bez udziału rodziców“<sup>1)</sup>).

Może się również zdarzyć, że po otrzymaniu zezwolenia chorego na poważny zabieg leczniczy, spostrzegamy dopiero w toku wykonywania zabiegu, iż niezbędnem jest zrobić coś, czego się przed przystąpieniem do operacji nie przewidziało. Chirurg zabiera się, naprzykład, do wyluszczenia guza jajnika. Po otwarciu jamy brzusznej okazuje się, że i drugi jajnik jest chory i że należy go usunąć. Czyżby więc dla tego, że lekarz pomylił się w swoich przypuszczeniach i chora nie była uprzedzona, należało ją obudzić i zapytać się o pozwolenie lub dokonać wyluszczenia z jednej strony i dopiero następnie, po uzyskaniu zgody operowanej, przystąpić do powtórzenia tak ciężkiego i niebezpiecznego rękoczynu? Byłoby to igrać nierozsądnie z niebezpieczeństwem i wystawiać życie chorej na ciężką próbę. A oto podobny przykład. Morfinista, pojmujący cały ogrom szkody, jaką zrządza jego nałóg, pragnie się z niego wyleczyć. Udaje się więc dobrowolnie do zakładu dla tego rodzaju chorych. Zapisując się, dowiaduje się, że będzie musiał podlegać w zakładzie dosyć surowemu rygowi. On wszystko najchętniej akceptuje. Metoda zakładu polega na zupełnem powstrzymaniu się chorego od morfiny. W pierwszych dniach leczenia chorzy bywają niezwykle podnieceni: pragną przerwać leczenie, opuścić zakład i t. d. Czy lekarz zakładu powinien uwzględnić tego rodzaju żądania pacjentów? Wielu jest zdania, że nie powinien tego czynić. Tak, naprzykład, sądzi Erlenmeyer. Wzgląd, że morfinista, gdy wstępował do zakładu, wiedział co go tam oczekuje, najzupełniej, zdaniem E., dla lekarza wystarcza, przymus zaś w trakcie leczenia jest niezbędny, inaczej bowiem nie uda się wyleczyć ani jednego morfinisty. Erlenmeyer usprawiedliwia stosowanie w omawianym wypadku przymusu i tem, że morfinistów, będących w stanie podnieconym, należy uważać za niepoczytalnych i postępować z nimi nie inaczej, jak z chorymi, naprzykład, na tyfus, gdy są nieprzytomni.<sup>2)</sup>

Do owych wyjątkowych sytuacji, jakie upoważniają lekarza do niesienia pomocy według jego uznania, należy ratunek płodu, w wypadku, gdy osoba, będąca w daleko posuniętej ciąży, umiera. Do rozwinięcia akcji ratunkowej w interesie życia dziecka prawie wszystkie nowoczesne ustawodawstwa wyposażają lekarza w szczególny zakres władzy. Osnowa przepisów, jakie w tej mierze obowiązują, jest mniej więcej następująca: Jeżeli śmierć ciężarnej nastąpiła w chwili, kiedy ciąża była posunięta poza piąty miesiąc, to powiadomiony o tem lekarz powinien uważać za swój obowiązek przedsięwziąć natychmiast środki, mające na celu uratowanie, znajdującego się w łonie matki

<sup>1)</sup> Société de pédiatrie. 1899. Séance du 12 Decembre (Münch. medic. Wochenschrift. 1900. № 5. S. 174).

<sup>2)</sup> W. Rudeck (l. c.) S. 89 i 90.



dziecięcia. W tym celu powinien zastosować całą swą umiejętność, próbując to skutecznie przede wszystkim drogą naturalną bez uszkodzenia ciała zmarłej. Do otwarcia łona matki należy przystąpić dopiero wówczas, kiedy się wyczerpie cały zasób sposobów, prowadzących do sztucznego rozwiązania drogami naturalnymi; a i wtedy należy postępować z całą oględnością i rozważą, jak gdyby się dokonywało tego na żywej osobie. Ostatni warunek stanowi rękojmię bezpieczeństwa przeciwko strasznej pomyłce, notowane są bowiem zdarzenia, kiedy brano za umarłą i dokonywano cesarskiego cięcia na osobie pozornie tylko zmarłej. Przepisy niektórych krajów narzucają lekarzowi skutecznianie wymienionego zabiegu nawet w wypadku, gdyby akcja ratunkowa, podjęta w interesie życia płodu, spotkała się z przeszkodą ze strony męża zmarłej, jej krewnych lub otoczenia. Jeśliby poczynione w tej mierze przez akuszerza przedstawienia nie odniosły skutku, ten — że winien, w myśl owych przepisów, użyć całej swej powagi, a w razie potrzeby zmóźdz napotkany opór przy pomocy władzy. Wyraźnie zwłaszcza podkreśla to rozporządzenie würtemberskie. Pierwszy punkt rozkazu würtemberskiego z r. 1828 brzmi dosłownie:

„Jeżeli ciężarna kobieta umarła i można przypuszczać, że znajdujące się w jej łonie dziecko jeszcze żyje i jest zdolnym do życia, lekarz powinien zastosować odpowiednie środki, prowadzące do ocalenia dziecka, a w wypadku, gdyby się temu sprzeciwiali krewni zmarłej, spełnić obowiązek z udziałem władzy urzędowej“<sup>1)</sup>.

Taką samą władzę składa w ręce lekarza artykuł 25-ty okólnika ministerjalnego wielkiego księstwa sasko-wejmarskiego z roku 1888. Końcowy ustęp wymienionego okólnika obowiązuje lekarza w razie oporu ze strony krewnych, zawiadomić o tem odnośnie władze, pod groźbą surowej odpowiedzialności za uchylenie się od tego rozporządzenia.“<sup>2)</sup>

Jakśmy wyżej nadmienili, wszystkie prawodawstwa poruczają lekarzowi skutecznianie cesarskiego cięcia na trupie jedynie wtedy, gdy istnieje pewność, że płód żyje. Wyjątek w tej mierze stanowi ustawodawstwo rosyjskie, zawierające rozporządzenie o wykonywaniu omawianego zabiegu bez względu na to, czy płód daje znaki życia, czy nie. Naturalnie, że w wypadku, kiedy dziecko nie żyje, wykonanie cięcia cesarskiego jest bezcelowem. Mając na uwadze ten wzgląd, III zjazd lekarzy rosyjskich, w roku 1889, zaproponował (Dr. Sutugin) poczynić u władz starania o zamianę przepisu ustawy na wzór przepisów, ustalonych zagranicą t. j. aby ograniczyć przymus prawny do wykonywania cięcia cesarskiego na trupie tylko do wypadków, kiedy dziecię żyje<sup>3)</sup>.

Gdy mowa o wyjątkach z ogólnego pravidła, nie od rzeczy będzie zwrócić w tem miejscu uwagę na zagadnienie, należące do rzędu zawilszych, a zarazem niezupełnie jeszcze roztrzygnięte. Rzecz dotyczy pytania, jak postąpić w zakładach dla umysłowo chorych, gdy za-

<sup>1)</sup> Wilhelm Rudeck (l.c) S. 59 <sup>2)</sup> W. Rudeck (l.c) S. 60 <sup>3)</sup> „Врачъ“ 1889 № 2 стр. 42.

chodzi potrzeba wykonania operacyjnego zabiegu na obłąkanej osobie. Czy należy uskutecznienie operacji zawsze w podobnych wypadkach czynić zależnem od zezwolenia krewnych chorego, czy też pozostawić decyzję w tej mierze uznaniu lekarza ?

Nad pytaniem powyższem toczyły się przed trzema laty rozprawy w paryzkim Towarzystwie Medycyny Sądowej. Jeden z przyjmujących udział w dyskusyi (Briand), wychodząc z założenia, że umysłowo chory nie może postanawiać w sprawach dotyczących jego zdrowia, dowodził, iż należy zawsze, wyjąwszy wypadki nagłe, zasięgać w tej mierze zdania krewnych chorego i odpowiednio się kierować. Nie wszyscy jednak obecni na posiedzeniu podzielili ten pogląd. Zwrócono między innymi słuszną uwagę (Picqué), że wcale nie rzadkie bywają zdarzenia, kiedy krewni obłąkanego, dla których ten jest ciężarem, z niecierpliwością wyczekują śmierci jego. Otóż tacy krewni mogą i nie zechcieć dać zezwolenia na uskutecznienie operacji już chociażby z prostego tylko wyrachowania, iż wykonanie operacji mogłoby choremu przedłużyć życie.<sup>1)</sup> (D. c. n.)



## SPRAWOZDANIE

### z Przytułku położniczego przy szpitalu małżonków Poznańskich za lata 1897, 1898 i 1899.

(Podług odczytu wygłoszonego w Tow. Lek. Łódzkim, dnia 21 Marca 1900 roku).

Podał Dr. Józef Saks.

W czasach ostatnich dzięki inicjatywie Warsz. Tow. Hygienicznego w najrozmaitszych zakątkach kraju naszego rozbrzmiewa hasło polepszenia i uprzystępnienia pomocy akuszeryjnej; wszędzie dążą do zakładania przytułków położniczych, w których biedne matki mogły by odbywać akt porodowy w warunkach pomyślnych.

Łódź była pierwszym miastem w Królestwie, poza Warszawą, w którym zostały założone dwa przytułki położnicze; niepozobawioną jest przeto interesu kwestja, jakie ewent. korzyści przynoszą omawiane przytułki, czy odpowiadają one swemu celowi i t. d. Objąwszy przed półtrzecia laty kierownictwo przytułku dzięki łaskawości kol. M. Cohna, który zawsze z koleżeńską gotowością wspierał mnie w trudniejszych przypadkach cennymi radami, za co niechaj mi wolno

<sup>1)</sup> „Le Bulletin médical“ 1898. 15. vj.

będzie i w tem miejscu podziękowanie mu złożyć, — zamierzam podzielić się z Sz. Kolegami garścią uwag, jakie przy opracowaniu sprawozdania za czas wyżej wymieniony mi się nasunęły.

Przytułek, utrzymywany ofiarnością grona pań z p. Anną Hertzową na czele, składa się z jednego pokoju o 4 łózkach dla położnic i ładnej sali porodowej o jednym łóżku rozsuwanem, specjalnie porodowem; po odbyciu porodu położnica bywa przewożona do pokoju poporodowego na jednej połowie łóżka porodowego, na kółkach. Ten sposób lokacji ma swe braki, to też w ostatnich czasach korzysta się z noszy.

Do przytułku przyjmowane są rodzące, roniące i chore z powikłaniami ciąży. Rodząca zostaje przyjęta w każdej chwili czy to dniem, czy to nocą, nawet bez wszelkich dowodów osobistych — rozpoczynający się poród stanowi kwalifikację. Często zgłaszają się chore z t. zw. fałszywymi bólami; te chore przetrzymuje się przez kilkanaście godzin i na wypadek braku bólów prawdziwych zostają wypisane. Niejednokrotnie się zdarza, że jedna i ta sama osoba zgłasza się kilkakrotnie ze słabymi bólami, które po kilkugodzinnym spokoju ustają. Przytułek nasz przez czas długi nie posiadał akuszerki stałej, tylko przychodziła, wzywana przez telefon. Od ośmiu miesięcy posiadamy akuszerkę stałą, co niewątpliwie odbiło się nader korzystnie na porządku w przytułku; od tego czasu datuje się też o wiele znaczniejsza ilość porodów w przytułku; czy odgrywa w tem rolę tylko przypadek, czy troskliwsza opieka — rozstrzygnąć z powodu zbyt krótkiego czasu trudno.

Przybywając z miasta, rodząca otrzymuje kąpiel i czystą bieliznę (niekiedy poród już tak daleko jest posunięty, że czasu na kąpiel niema), poczem dostaje ławatywę opróżniającą, po której zostają obmyte narządy płciowe zewnętrzne i okolica otworu stolcowego; żadnych przemywań pochwy się nie robi. O przebiegu porodów, ilości ich, o sferze, z jakiej pochodzą rodzące, niżej pomówimy.

W czasie omawianym\*) korzystało z przytułku 161 osób; z nich na drugą połowę roku 97 przypadają 23 kobiety, na 98 rok—60, a 99 —78 kobiet. 154 osoby były rodzące, reszta zaś przypadała na poronienia (3 przypadki), krwawienia podczas ciąży (2 przypadki), resztki po poronieniu (2 przypadki). Z tych cyfr przekonać się można, że z przytułku zbyt wielka ilość osób nie korzysta; acz prawda, od kilku miesięcy ilość porodów w przytułku tak niepomernie wzrasta, że, niestety, zbyt często zmuszeni jesteśmy umieszczać chore z powodu braku miejsca na podłodze. Gdy dodam zaraz, że z pośród przytoczonej ilości osób 108 było niezamężnych, 36 zamężnych, 10 zaś wątpliwych (podających się, z łatwo zrozumiałych względów, za zamężne), dziwić się będziemy że tak mała ilość kobiet biednych, rodzących u siebie w warunkach najniepomysłniejszych, korzysta z dobrodziejstw przytułku. Pomimowoli nasuwa się pytanie, czemu to przypisać należy, Otóż położnice—żydówki, rodzące w domu, otrzymują pomoc materjalną, a na wypadek potrzeby i lekarską od grupy pań opiekujących się biednymi matkami (położnicami); to też z przytułku korzystają mężatki

---

(\*Roku 1897-go od lipca.

tylko bezdomne lub skierowane do szpitala przez kogoś z lekarzy w celu dokonania na rodzącej odpowiedniego rękoczynu. Zresztą, grają tu rolę jeszcze inne względy. Nie posiadamy np. oddzielnych sal dla zamężnych a dziewcząt; zamężne zaś kobiety uważają sobie za poniżenie wspólne przebywanie z upadłą, według pojęć współczesnych, dziewczyną; to też należałoby dla mężatek urządzać specjalne przytułki lub przynajmniej sale, co już w Niemczech w czyn zostaje wprowadzane. Odstrasza też kobiety od przytułków rygor szpitalny, konieczny, czasem jednak zbyt formalistyczny; każda rodząca chętnie widzi naokoło siebie twarze, współczujące jej, niejako pomagające jej jęczeć; to współczucie łagodzi jej bóle; w przytułku zaś spotyka się z pewną oschłością; najtroskliwsza bowiem akuszerka i posługaczka nie zastąpią przecież w tych chwilach—rodzeństwa. Zresztą, oderwanie się matki od reszty dzieci li tylko dla porodu, który odbywała na własnej pościeli jej prababka, babka i matka — jest dla niej czemś niezwykłym.

Wyżej już wspomniałem, że w czasach ostatnich ilość porodów w przytułku znakomicie się powiększyła; tłumaczę to sobie stopniowym wzrostem miasta, wyjątkowym kryzysem przemysłowym w Łodzi i—zaufaniem, jakie zdobył sobie przytułek w odpowiednich sferach.

Co do wieku rodzących, to najwięcej było 18-letnich, bo aż 30; pomiędzy nimi była jedna niezamężna, która rodziła już po raz drugi; 16-letnich było 3; 17-letnich aż 7, dziewcząt; 19-letnich mieliśmy 18 osób; 20-letnich 15; 21 lat liczących—11; reszta przypadała na wiek od 22 do 43 lat.

Najwięcej osób przypadało na pierwszorodzące, zjawisko powszednie we wszelkich podobnych instytucjach publicznych, bo 86, t. j.: przeszło 50%; pomiędzy nimi było 76 niezamężnych, 6 zamężnych, a 4 wątpliwe. Rodzących po raz drugi było 43 — z nich 28 dziewcząt, 11 zamężnych i 4 wątpliwe; trzeci raz rodzących było 13 — 3 niezamężne (jedna z nich w 22 roku zdażyła już rodzić po raz trzeci), 8 zamężnych i 3 wątpliwe; rodzących poraz czwarty mieliśmy dwie — jedną niezamężną w 26 roku i jedną zamężną. Powyżej 4 porodów żadna z niezamężnych u nas nie doszła, bo resztę stanowiły już zamężne: 5 rodzących po raz VI, 2 po raz VII i 3 po raz IX.

Wiadomo, że na jesieni i w zimie bywa porodów w mieście więcej, niż w innej porze roku; nie wchodzi w zakres mego artykułu rozstrząsanie kwestji, czemu przypisać należy to zjawisko, chciałbym tylko zanotować, że w przytułku szczególnego powiększania się ilości porodów w oznaczonym jakimś czasie nie zauważyliśmy; zresztą ilość porodów dla jakichś wniosków w tym względzie jest zbyt mała.

Co się tyczy wyznania, to prawie wyłącznie korzystały z naszego przytułku żydówki; chrześcianek było tylko 6; rzecz zrozumiała, albowiem istnieje w Łodzi przytułek chrześciański, wzorowo prowadzony przez Kol. Wisłockiego.

Co się tyczy zajęcia, wśród dziewcząt znakomicie przeważały kucharki, 5 było robotnic fabrycznych, 1 szwaczka, 1 publiczna dziewczyna, dwie zaś zamieszkałe przy rodzicach, bez zajęcia. Pośród zamężnych były żony handlarzy, żony żołnierzy, będących na służbie, i porzucone

przez mężów. Z pośród niezameźnych większość zachodziła w ciążę wkrótce po rozpoczęciu życia płciowego; b, nieznaczna ilość zachodziła w ciążę dopiero po dłuższem pożyciu płciowem. Z przytulku, oprócz mieszkanek miejscowych korzystała pewna ilość przyjezdnych w liczbie 16, niekiedy ze stron dalszych' bo np. aż z Dąbrowy, Kalisza, Sieradza i t. d., ukrywających swój „błąd“ zdala od swoich.

Przeważały w przytulku porody czasowe, względnie nieznaczna ilość przypadła na porody przedwczesne i poronienia; tych ostatnich mieliśmy tylko dwa przypadki; porodów przedwczesnych w VI miesiącu ciąży mieliśmy 3 przypadki, w VII również 3 przypadki, 3 w ósmym i 9 na początku lub w połowie IX. miesiąca ciąży.

W 135 przypadkach mieliśmy czaszkowe położenie płodów (w jednym przypadku twarzowe położenie, poród zakończył się dobrowolnie), w 3 przypadkach obok główki leżała rączka (poród we wszystkich trzech przypadkach zakończył się dobrowolnie), pośladowe położenie mieliśmy tylko w jednym przypadku, nóżkowe w 5, ukośne zaś z wypadnięciem rączki — w trzech. Widzimy więc, że przeważały położenia normalne; kilka wyżej wspomnianych przypadków ukośnego położenia specjalnie zostało skierowanych do przytulku w celu dokonania na rodzących odpowiedniego zabiegu. W oznaczonym czasie chłopców urodziło się 81, dzieci zaś płci żeńskiej 67 (śród porodów mieliśmy raz poród bliźniętami i raz trojaczkami). Żywych dzieci urodziło się 124, lekko omdlałych 10, nieżywych płodów otrzymaliśmy 17, lecz tylko w 2 przypadkach śmierć płodu mogła być ewentualnie uniknięta; raz przy bardzo ciężkim obrocie i raz przy nóżkowem położeniu, gdy uwieczniona główka przez czas długi nie wychodziła, a pomoc moja była spóźniona; w reszcie przypadków były płody już to zmacerowane (6 przypadków), w 3 przypadkach cierpiały matki na przymiot, w 3 przypadkach płody nie były zdolne do życia z powodu niedaleko posuniętej ciąży; dwa razy płody martwe otrzymaliśmy po wymóżdzeniu i dwa razy przy łożysku przodującym; w jednym przypadku płód wypadł z narządów płciowych matki na kamienną posadzkę korytarza, nie dając żadnych śladów życia.

Jak przebiegały porody w przytulku? Stwierdzić należy, że w większości przypadków porody przebiegały lekko nawet przy umiarkowanych stopniach zwężenia miednicy, co zdarzało się nierzadko; w 6 tylko przypadkach zanotowano porody nieoperacyjne długotrwałe (o operacyjnych niżej pomówimy, tu powiem tylko, iż rozmaitych rękoczynów, nie wliczając zaszywania krocza, dokonano w oznaczonym czasie w przytulku tylko 19), pod czem pojmuję czas trwania porodu dłuższy nad 24 godzin; przypadków porodów bardzo lekkich było sporo; w 3 nakoniec przypadkach chore rodziły na korytarzu szpitalnym, nie zdążywszy dojść do sali porodowej.

Przy omawianiu przypadków porodów nagłych, chcę wspomnieć o pytaniu, mające doniosłe sądowo-lekarskie znaczenie, a mianowicie: czy rodzące szczególnie na wypadek porodu przedwczesnego, może nie wiedzieć, iż właściwe bóle porodowe są zwiastunami następującego porodu. Otóż śmiem twierdzić, że kobieta lub dziewczyna może przypisywać bóle porodowe jakiejś innej przyczynie. Wcale nierzadko się

zdarza, że rozwieranie się macicy, szczególnie u pierwiastek, przebiega spokojnie w postaci lekkich bólów krzyża, nie dochodząc wcale do świadomości kobiety, że dopiero pęknięcie pęcherza z oddechem wód alarmuje rodzącą i otoczenie; badanie wykazuje często wówczas, że główka jest już prawie w wyjściu, że otwarcie macicy jest zupełne.

Jako przyczynek do naiwności dziewcząt w tym względzie pozwolę sobie przytoczyć 2 przypadki, jako niezmierne charakterystyczne. W obu przypadkach rzecz się przedstawiała identycznie. Do dziewcząt z rodziny przyzwoitszej wezwany został w obu przypadkach (rzecz działa się w rozmaitym czasie) kol. Makow z powodu silnych bólów brzusznych z niewiadomego powodu. Kol. Makow rozpoznał dość daleko posunięty poród, co wywołało ogromne wrażenie na otoczeniu i rodzącej, która nie wiedziała jakoby o swym stanie. Wydawać się to może dziwnem, nie ulega jednak dla mnie wątpliwości fakt nieświadomości rodzających w tym względzie, albowiem gdyby były przekonane o swym stanie, ukryłyby się niewątpliwie z porodem w jakimś miejscu, zdala od rodzeństwa. W obu przypadkach, w celu zaoszczędzenia wstydu rodzinie, radził kol. M. skierować rodzące do przytułku. Na zapytanie me, czy nie domyślały się swego stanu, odpowiedziały rodzące, że przyjaciółki wytłomaczyły im brak perjodu zaziębnieniem, „zastaniem się krwi“ i t. p. W innym przypadku dziewczyna, będąca w VII miesiącu ciąży, była w odwiedzinach u swej siostry kucharki, gdy wtem poczuła ból brzucha i potrzebę oddania stolca; udała się przeto do ustępu, gdzie podczas napierania wypadł z niej płód wraz z łożyskiem. Tak przedstawiała rzecz rodząca; czy rzecz się tak miała, z pewnością powiedzieć trudno, lecz że tak być mogło, nie ulega wątpliwości. Sprawa została skierowana na drogę sądową (sędzia śledczy dziewczynę uwolnił).

Wróćmy jednak do właściwego sprawozdania; rozpatrzmy kwestję, jak długo trwał okres od porodu płodu do wyjścia łożyska. W przytułku unika się w okresie łożyskowym wszelkiego pocierania macicy i przedwczesnego stosowania metody Credégo; dopiero w pół godziny po porodzie, o ile, rozumie się, niema krwawienia, co przy spokojnem zachowywaniu się akuszerki należało do rzadkości, winna akuszerka zastosować sposób wyciśnięcia łożyska według Credégo. Trwanie oddzielania się łożyska w naszych przypadkach przedstawiał się w sposób następujący. W 4 przypadkach łożysko wyszło prawie jednocześnie z dzieckiem; w 61 przypadkach wyszło przed 15 minutami, licząc od narodzenia się dziecka; w 34 przypadkach po 15 minutach; w 13 po 30 minutach; w 10—po godzinie; w 3 przypadkach po 1½ godzinie, w 1 — po 2 godzinach, w 1 — po 3 g. i w 1 po 4 godzinach dopiero; w ostatnich przypadkach łożysko niewątpliwie leżało przez czas jakiś oddzielone w dolnej części macicy lub w pochwie. Ręcznie wydobywałem popłód tylko w 4 przypadkach: raz po operacji kleszczowej z powodu krwawienia silnego, raz przy łożysku przodującym w kilka minut po porodzie z powodu nieznacznego co prawda krwawienia, lecz u pacjentki b. wyniszczonej z powodu uprzednich krwawień; raz usunąłem łożysko w 3 dni po porodzie przedwczesnym (chora specjalnie w tym celu została skierowana do szpitala), w czwartym

nareszcie przypadku usunąłem łożysko, oddzielone już zresztą na b. znacznej przestrzeni w  $3\frac{1}{2}$  godzin po porodzie. W trzech przypadkach przebieg poporodowy był bezgorączkowy, w przypadku zaś łożyska przodującego, położnica przez kilka dni gorączkowała, o czem niżej pomówię.

Kilka słów o przypadku usunięcia łożyska po 72 godzinach. Chora, 40 lat licząca, 12 razy z rzędu już roniła lub przedwcześnie rodziła; ostatnie dziecko żywe przed 14 laty; ostatnio rodziła u siebie w domu przedwcześnie w VI. miesiącu ciąży; łożysko, jak już wyżej wspominałem, usunąłem w 3 dni po porodzie w uśpieniu chloroformem.

Po usunięciu łożyska przemyłem macicę dwoma litrami lysolu z powodu cokolwiek podniesionej ciepłoty ciała u chorej i wydzieliny cuchnącej z macicy. Otóż w dwie godziny po zabiegu wspomnianym chora dostała nader silnych dreszczów, a potem silnych potów, po czem zasnęła. Położenie wydawało się groźnem, po przebudzeniu jednak ciepłota była najzupełniej normalna, i ani razu w dalszym przebiegu nie podniosła się wyżej  $37^{\circ}$ . Mieliśmy tu niewątpliwie do czynienia z częściowym wessaniem do krwi płynu wlanego lub części gnilnych, znajdujących się w macicy; tak przynajmniej tłumaczą sobie zjawiające się po przemywaniu macicy jednokrotne dreszcze.

Z danych wyżej przytoczonych przekonać się łatwo, że zachowywanie się nasze w okresie łożyskowym jest wyczekujące i przyznaje się, że żałować tego postępowania mi nie wypada.

Przy postępowaniu wyczekującym znacznej utraty krwi w okresie łożyskowym nie zauważyliśmy, tylko w 4 przypadkach są zanotowane znaczniejsze krwawienia przed odejściem łożyska.

Krwawienia poporodowe należały do rzadkości (pomijam tu krwawienia w dalszym okresie popołogowym, o czem niżej będzie mowa); w jednym przypadku było znaczne krwawienie po ciężkim obrocie już po odejściu łożyska, w innym przypadku mieliśmy do czynienia z silnym krwotokiem po porodzie, powikłanym znacznym uszkodzeniem pęcherza moczowego (krwawienie zależało zapewne od uszkodzenia owego <sup>1)</sup>).

Uszkodzeń krocza obserwowałem w tym czasie w przytułku 13, przeważnie II stopnia; z zasady podobne uszkodzenia zaszywam; w jednym przypadku położnica nie zgadzała się w żaden sposób na zaszywanie, trzeba więc było pozostawić uszkodzenie niezasywem. Rezultaty zaszywania należy uważać za pomyślne; w 9 przypadkach otrzymałem rychłozrost, w 3 zaś tylko częściowy rychłozrost (nieudatne wyniki w tych razach zależały od niespokojnego zachowywania się położnicy.)

W kilku przypadkach poród powikłany był cierpieniami innych narządów: w 3 przypadkach rodzące dotknięte były przymiotem (we

---

<sup>1)</sup> Patrz: „Przyczynki do uszkodzeń dróg porodowych.“ Czasopismo Lekarskie“ № 11, r. 1899.

wszystkich przypadkach nastąpiły porody przedwczesne płodami zmacerowanymi); w jednym przypadku rodząca dotknięta była dudem brzuszonym; w innym zapaleniem gruczołu mlecznego, które po porodzie pogorszyło się znacznie; w jednym przypadku poród był powikłany niezmiernym obrzękiem całego ciała rodzącej, a szczególnie warg sromnych (przypadki obrzęków kończyn dolnych i warg sromnych były obserwowane nierzadko, zjawisko to jako częste i prawie fizjologiczne nie wymaga szczególniejszego omówienia); w przypadku omawianym mocza zawierała 2‰ białka, każda warga sromna dosięgała wielkości dużej pięści; poród przebiegł dobrowolnie, względnie b. lekko i po porodzie obrzęki b. szybko zaczęły ustępować; w jednym przypadku poród był powikłany świeżą wadą serca i ostrym goścem wielostawowym; w jednym, nakoniec, przypadku mieliśmy do czynienia z zapaleniem krtani gruźliczem; podczas porodu chora była dotknięta tak silną dusznością, że lada chwila, zdawało się, konieczna będzie tracheteotomia; o przypadku tym powiem niżej słów kilka. (D. n.)



## Szpitalnictwo w gubernji Radomskiej.

Opracował Dr. H. Fidler.

Starszy Ordynator szpitala starozakonných w Radomiu.

*Ciąg dalszy.*

3. Zapomogi od miast i gmin stanowią 7,5‰ rocznego dochodu. Największą zapomogę otrzymuje szpital starozakonných w Radomiu, gdyż 2000 rb. rocznie, lecz suma ta, jakem powiedział wyżej, jest równoważnikiem kosztów leczenia biednych chorych Radomskiej gminy Żydowskiej. Inne szpitale nie mogą się pochwalić ofiarnością swych miast i gmin. Lecz jest to najzupełniej zrozumiałe. Kasy miejskie i gminne a właściwie obywatele miejscy i właściciele wiejscy, płacąc za leczenie biednych swych chorych, nie mogą już czynić ofiar w postaci zapomóg. Oni ofiary te już ponoszą, jakkolwiek nie-dobrowolnie, lecz stale. Żądać więc, by gminy lub miasta, czyli kasy gminne i miejskie, dawały jeszcze oprócz tego jakieś zasiłki, to znaczy nakładać po raz drugi ciężar na opodatkovany stan.

W sumie szpitale mają dochodów rocznie 52751 rubli i to w stosunku następującym, biorąc pod uwagę i liczbę łóżek w pojedynczych szpitalach:



Tab. XXII.

Nazwa szpitali	Liczba łóżek	Dochód roczny w rublach
Radom. Św. Kazimierza . . . . .	91	11331
„ Starozakonnych . . . . .	42	4935
w Opocznie . . . . .	50	4240
w Opatowie . . . . .	60	5265
w Staszowie . . . . .	35	4742
w Sandomierzu . . . . .	72	10460

Na 1 łóżko przypada dochodu rocznego :

Tab. XXIII.

Nazwa szpitali	Dochód w rublach
Radom. Św. Kazimierza . . . . :	123
„ Starozakonnych . . . . .	117
w Opocznie . . . . .	85
w Opatowie . . . . .	87
w Staszowie . . . . .	135
w Sandomierzu . . . . .	145
Przeciętny dochód roczny na 1 łóżko	115

A więc najubożej uposażony jest szpital opoczyński, najlepiej św. Kazimierza w Radomiu a potem Staszowski i Starozakonnych w Radomiu, Sandomierz zaś i Opatów zajmują przedostatnie miejsce.

Rozchody składają się z następujących pozycji :

1. pożywienie chorych.
2. lekarstwa.
3. odzież, bielizna, oświetlenie.
4. wynagrodzenie służby szpitalnej: a) lekarzy, b) administracji.
5. drobne naprawy.
6. na nowe budynki i naprawę starych.
7. spłata należności z poprzedniego roku.
8. pożywienie dla siostr miłosierdzia i służby.
9. reszta dochodów obrócona na kapitał.
10. nieprzewidziane wydatki.

Następująca tablica wykazuje wielkość wydatków rocznych: <sup>1)</sup>

Tab. XXIV.

Nazwa wydatków	Św. Ka- zimierza	Staroza- konných	Sando- mierz	Opatów	Opoczno	Staszów
Pożywienie chorych . . . . .	3871	930	3754	1192	1248	1739
Lekarstwa . . . . .	836	614	420	599	451	750
Odzież, biel., pość., oświat. i opał . .	1488	932	1733	852	653	1032
Wynagrodzenie lekarzy . . . . .	1300 <sup>2)</sup>	150	150	225	150	150
Wynagrodzenie administracji . . . . .	1444	1372	2221	964	757	429
Drobne naprawy . . . . .	545	156	115	281	223	185
Na nowe budynki i odnowienie starych	685	319	1007	346	248	305
Spłata należności . . . . .	1753	948	1198	1331	403	1235
Pożywienie dla sióstr miłosier. i służby				359	284	369
Reszta dochodów obrócona na kapitał		212	30		250	
Nieprzewidziane . . . . .	469	231	459	363	407	151
Razem . . . . .	12391	5864	11087	6512	5074	6345

Wydatki powyższe w stosunku odsetkowym do ogólnej summy rozchodów przedstawiają się jak następuje:

Tab. XXV.

Nazwa wydatków	Św. Ka- zimierza	Staroza- konných	San- domierz	Opatów	Opoczno	Staszów
Pożywienie chorych . . . . .	31,4	15,8	33,5	18	24,6	27
Lekarstwa . . . . .	6,7	10,4	3,8	9	8,9	11,8
Odzież, bielizna, oświetlenie i opał . .	12	15,9	15,5	13,5	12,9	16
Wynagrodzenie lekarzy . . . . .	10,5	2,6	1,4	3,4	2,9	2,4
Wynagrodzenie administracji . . . . .	11,6	23,5	20	14,7	14,9	6,7
Drobne naprawy . . . . .	4	2,7	1	4	4,4	2,9
Na nowe budynki i odnowienie starych	5,5	5,4	9	5	4,9	4,8
Spłata należności z poprzedniego roku	14	15,9	10,8	20	7,9	19
Pożywienie dla sióstr miłosier. i służby				5,5	5,6	5,8
Reszta dochodów obrócona na kapitał		3,6	0,27		4,9	
Nieprzewidziane . . . . .	3,7	3,9	4	5,5	8	2,9

Te dwie tablice nie dają należytego pojęcia o stosunku pojedynczych pozycji wydatków w różnych szpitalach, gdyż różnice tutaj wykazane zależą od ilości chorych w danym szpitalu. By uprzytomnić sobie dokładniej jak szpitale rozkładają swe wydatki przytoczę poniżej

<sup>1)</sup> Do obliczenia wzięłem dane z 10 lat od 1888 po 1897 r. i średnią z nich.  
<sup>2)</sup> Dwóch lekarzy; starszy 700 rb. młodszy 600 rb. W innych szpitalach po jednym.

tablicę rozchodu dziennego w kopiejkach na jednego chorego, gdyż rozchód ten jest bardziej miarodajny:

Tab. XXVI.

Nazwa wydatków	R a d o m		Sando- mierz	Opatów	Opoczno	Staszów
	Sw. Ka- zimierza	Staroza- konnych				
Pożywienie . . . . .	20	13	15	13	16	22
Lekarstwa . . . . .	5	9	3	6	7	9
Odzież, bielizna, admini- stracja, służba, lekarze . . .	26	43	22	36	38	35
<b>Razem</b> dziennie kopiejek	52	65	40	55	61	66

Srednio koszt utrzymania dziennego jednego chorego we wszystkich szpitalach wynosi 56,6 kop. Rocznie zaś 202 ruble.

1. Wogóle więc najważniejszą pozycję wydatków szpitalnych stanowi pożywienie chorych, gdyż wynosi ona od 15,8 do 33,5% rocznego rozchodu, a na jednego chorego dziennie od 13 do 22 kopiejek. Najwięcej wydatków na ten cel ponosi szpital Staszowski (22 kop. dziennie) najmniej starozakonnych w Radomiu i Opatowski (13 kop. dziennie). Tych różnic bynajmniej nie można objaśnić różną wysokością cen produktów spożywczych, gdyż w Radomiu ceny są wyższe, aniżeli dajmy na to w Staszowie.

Przyczyna więc tego zjawiska tkwić musi gdzieindziej. Nie mając pod ręką jadłospisu szpitala nie mogę sądzić napewno, czy w istocie od lepszego pożywienia zależy większy wydatek na ten cel. Przypuszczać tylko to mogę na tej zasadzie, iż w szpitalu starozakonnych w Radomiu trzymamy się ściśle ustawy szpitalnej, która właściwie obowiązuje i resztę szpitali. Dajemy więc kleik na rano i wieczór i  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{1}{2}$   $\mathcal{H}$  gotowanego mięsa na obiad. Cena całej porcji wynosi 12,36 kop., pół porcji 10,75 kop., ściślej zaś 6,19 kop. Jeżeli przy tym sposobie żywienia chorzy nasi nie tracą na wadze, a nawet przeciwnie zyskują, to zawdzięczają to 2 przyczynom: 1) iż nawet tak skromnego pożywienia w domu nie dostają i 2) że spokój przymusowy oddziaływa korzystnie. Pod względem kalorymerycznym nasza cała porcja = 1948 Cal., pół = 1500, ściśła = 323. Jeżeli ustrój w stanie zupełnego spokoju wymaga dla swego utrzymania 2303 Cal, na dobę przy 70 kg. wagi, czyli 33 Cal. na 1 kg. wagi, to cała porcja nasza jest nawet wyższa od wskazanej (przyjmując przeciętną wagę chorych naszych 50 kg.), gdyż wynosi 39 cal. na 1 kg. wagi. Pomimo tej jednak pozornie korzystnej różnicy dyeta nasza chorym nie wystarcza ze względu na jednostajność i niesmakowitość. Wypracowałem więc projekt żywienia chorych, który jeszcze nie został za-

twierdzony przez wyższą władzę.<sup>1)</sup> Projekt ten oparłem na danych następujących: 1) zachować należy w pożywieniu chorych prawidłowy stosunek pomiędzy pojedynczemi składowemi częściami pokarmów (białko, tłuszcze i węglowodany) 2) podać pokarm wartościowy pod względem kalorymetrycznym (przyjmując około 40 kal. na 1 kg. wagi ciała), 3) urozmaicać pokarmy, 4) uczynić je smaczniejszymi przez dodanie rozmaitych używek (jarzyn, owoców i t. p.). Ciekawych odsyłam po szczegóły do wymienionej mej pracy.

2. Drugie miejsce w budżecie wydatków zajmuje odzież, bielizna, światło i opał. Tutaj pierwsze miejsce należy się szpitalom Staszowskiemu i Starozakonnych w Radomiu, gdyż wydają około 16% swego rozchodu rocznego, następnie Sandomierskiemu, a na samym końcu mieści się szpital św. Kazimierza w Radomiu. Biorąc pod uwagę tę okoliczność, iż szpital Staszowski (35 łóżek) i Starozakonnych (42 łóżka) należą do najmniejszych w gubernji, że zatem i budynki przez nie zajmowane wymagają mniej opału i światła aniżeli inne, przyjsć trzeba do przekonania, iż lwia część przez wydatków szpitale wogóle ponoszą na sprawienie bielizny i odzieży. Tym więc sposobem szpitale Staszowski i Starozakonnych w Radomiu byłyby najobficiej zaopatrzone w te niezbędne utensylja, gdy tymczasem inne znacznie mniej. I w istocie szpital Starozakonnych posiada odzieży na 3 zmiany, jakkolwiek nie daje chorym ani gaci ani skarpetek, ani chustek do nosa, a kobietom spódnice, co jednak powinno mieć miejsce. Za to koszul, prześcieradeł posiada w dostatecznej ilości.

3. Administracja wogóle jest bardzo kosztowna, gdyż wynosi 23,4% (Starozakonnych), 20% (Sandomierz), a w jednym tylko wypadnie 6,7% rocznych wydatków. Natomiast pensje lekarzy szpitalnych wynoszą zaledwie od 1,4 do 3,4%, za wyjątkiem Ś-go Kazimierza, gdzie stanowią 10,5% rocznych rozchodów. Śmiesznie małe pensje, jak 150 rb. rocznie, już dawno winny należeć do przeszłości, a tymczasem nie możemy się doczekać pożądanej reformy w tym kierunku. Felczer np. w szpitalu starozakonnych, który winien właściwie siedzieć cały dzień w szpitalu, (tam też i ma mieszkanie) otrzymuje 135 rb. rocznie bez życia, lekarz 150, a posługacz 120.—Śmieszne cyfry!

4. W rubryce „lekarstwa“ są bardzo znaczne różnice w wydatkach poszczególnych szpitali. Gdy bowiem Sandomierz wydaje dziennie na jednego chorego 5 kop., szpital św. Kazimierza w Radomiu 5, Starozakonnych 9, Staszów 9, Opatów 6 a Opoczno 7. Wiem z doświadczenia, iż większość szpitali trzyma się przestarzałej farmakopei szpitalnej i nie korzysta z nowych a często drogich środków. Tem chyba tylko może sobie wytłumaczyć tę znaczną różnicę w wydatkach. Nie mogę się zgodzić z tem mniemaniem, iżby chory szpitalny miał być inaczej leczony aniżeli prywatny. Jeżeli bowiem lekarz nie wierzy w działanie środków aptecznych, nie powinien ich stosować nigdzie. Jeżeli zaś zapisuje pewne środki w praktyce prywatnej, winien

---

<sup>1)</sup> Projekt ten ogłosiłem drukiem w „Zdrowiu“ w r. 1898, zeszyty 156 i 157. p. t. „Projekt nowej dyjety szpitalnej“.

takowe stosować i w szpitalu. Ta podwójna buchhalterja w lecznictwie przynosi moralne szkody we własnem przekonaniu lekarza i rodzi podejrzenie, iż moglibyśmy się obejść bez środków aptecznych, które zapisujemy jednak w praktyce prywatnej gwoli wywarciu wrażenia na chorym. Jak wszyscy ludzie są równi przed prawem, tak wszyscy chorzy są równi w obliczu swej choroby. Niema dwóch miar do stosowania środków. O wyborze takowych stanowić może tylko ich skuteczność, nie zaś cena sprzedażna. (D. c. n.)



## IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, w Lipcu 1900 roku.

### II.

Głównym tematem obrad sekcji medycyny wewnętrznej była sprawa „o ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłumaczą zjawiska skazy moczanowej.

Część czysto chemiczną tego tematu opracował Dr. J. Pruszyński. Osia jego wywodów było ograniczenie wartości teorii Horbaczewskiego, podług której ilość kwasu moczowego zależy wyłącznie od leukocytozy krwi, t. j. od ilości leukocytów ulegających rozpadowi. Jako źródło powstawania kwasu moczowego uważa referent, obok leukocytów, jeszcze i rozpad stałych komórek tkankowych i pokarmy zawierające znaczną ilość nukleiny; wreszcie — przyjmuje możność powstawania kwasu moczowego w ustroju ludzkim — drogą syntezy. Te poglądy na powstawania kwasu moczowego w ustroju ludzkim nie były jednak uwzględniane przez następnych referentów, którzy opierali się na teorii Horbaczewskiego; dla tego nie słyszeliśmy, jakie wnioski praktyczne pociągnąć za sobą mogą poglądy wygłoszone przez D-ra Pruszyńskiego. — Co do przyczyn osadzania się złogów kwasu moczowego w pewnych stanach chorobowych, to referent odrzuca hipotezy o nadmiernem tegoż wytwarzaniu lub opieszaleń wydalaniu, upatrując przyczynę wspomnianego zjawiska chorobowego li tylko w niedostatecznem spalaniu; z tego powodu nagromadza się kwas moczowy w ustroju i osiada w miejscach powolnego krążenia limfy, gdzie powoduje martwicę i zapalenie odczynowe. Ponieważ zaś w podobny sposób (brakiem dostatecznego spalania cukru) tłumaczymy sobie powstawanie moczówki cukrowej, ponieważ wielu badaczy w podobny sposób tłumaczy sobie przyczynę otyłości, oksalurji, uraturji, więc wszystkie te sprawy, rozwijające się na podobnem tle — upośledzenia oksydazy, zwolnienia przemiany materji — są sobie pokrewne.

O patogenezie skazy moczanej referował Dr. T. Dunin. Zaprzeczył on w zasadzie, by istniejące fakty uprawniały nas do przyjęcia dyatezy artrytycznej jako samoistnej i dobrze określonej jednostki patologicznej; nie ma danych na to, by w chorobie, o której mowa, przemiana materji była zwolniona; niema dobrze określonej dyatezy, wrodzonej skłonności do t. zw. spraw artrytycznych; objawy, jakie tu napotykaemy, zależą raczej od sposobu życia danego osobnika; jaką przy tem rolę gra kwas moczowy — jest dotąd rzeczą nieznaną.

Ta wysoce negacyjna postawa referenta wywołała żywą dyskusję. Prof. Korczyński powołał się na swoje stanowisko nauczyciela, który swym uczniom musi dać coś pozytywnego, czem by się mogli w życiu kierować. Przyjęcie poglądów referenta postawiłoby go w położeniu bardzo trudnem — jako nauczyciela. Przyznając, że teoretyczne dane nie wystarczają do udowodnienia skazy moczanej, powołuje się na dane kliniczne, które dają wyraźny i dobrze odgraniczony obraz tej sprawy chorobowej. Prof. Gluźński kładzie nacisk na konieczność istnienia pewnego terminu, jak w danym razie „skaza moczowa“, bez tego bowiem porozumiewać się nie można; nie znaczy to wszakże by brzmienie tego miało zupełnie odpowiadać treści pojęcia pod niem rozumianego. Dr. Biernacki przypomina, ile to objawów neurastenji i hysterji uważano dawniej za objawy skazy moczanej. Jest za zmianą nazwy, która zbyt wązki pogląd już sama w sobie zawiera i mimowoli zwraca całą uwagę na kwas moczowy. W odpowiedzi referent nie ustępuje od swoich zapatrywań, powtarzając, że nie mamy prawa uzależniać znanych pod wspomnianem mianem objawów chorobowych od kwasu moczowego (resp. od mocznika).

Dr. A. Sokołowski mówił o objawach ze strony dróg oddechowych u artrytyków. Objawy te występują: 1) W górnym odcinku dróg oddechowych: w gardzieli — zapalenie ostre; podczas napadu i przewlekłe; w nosie — katary przerostowe; w krtni — stany zapalne, złogi, przerost tylnej ściany krtni, zapalenia stawów nalewko-obrzęzkowych. 2) W oskrzelach — suche katary; astma z cechami astmy sercowej (nie czysto nerwowej). 3) Suchoty płuc w postaci przewlekłej, przy czem charakteryzują je następujące objawy: cierpią mniej organy oddechowe, więcej zaś stan ogólny, żołądek, stawy; przebieg długotrwały, bezgorączkowy, pomimo dużych zmian w płucach; stan ogólny zły; obraz miejscowy — suchot włóknistych.

O leczeniu mówił Dr. Wł. Biegański. Stojąc na gruncie istnienia dyatezy moczanej i uzależniając ją od kwasu moczowego, pochodzącego z rozpadu leukocytów — wnioski terapeutyczne odpowiednio formułował, t. j. brew temu co poprzedni referenci mówili o chemji i patogenezie skazy moczanej. Takie opracowanie wspólnego tematu stanowczo nie odpowiedziało temu, czego słuchacze oczekiwali. Nie winię tu, rzecz prosta, nikogo — tylko: system. Co się tyczy poglądów D-ra Biegańskiego, to zaznaczyć wypada, że nie uznaje on potrzeby ograniczania białka w dyecie artrytyków; sądzi, że alkalia nie wpływają na ilość wytwarzanego kwasu moczowego, lecz tylko ułatwiają jego rozpuszczenie, że najodpowiedniejszymi lekami w tym

celu są połączenia sodu z kwasami organicznymi i kwasem węglowym, oraz węglany wapnia i magnu; że różne zalecane środki (piperazina, litydyna, urotropina) nie zściły pokładanych w nich nadzieji.

Obok wyżej streszczonego referatu zbiorowego członków sekcji medycyny wewnętrznej najżywiej zaciekał referat wypowiedziany na wspólnym, z sekcją chirurgiczną, posiedzeniu — na temat „kamicy żółciowej“.

„O patogenezie żółtaczkii“ wypowiedział Prof. Browiz następujące poglądy, oparte na osobistych jego badaniach. Żółtaczka powstaje dzięki spotęgowanej czynności komórki wątrobowej zdrowej, podrażnionej. Moment mechaniczny przeszkadza odpływowi żółci, jednocześnie zaś dostarcza, wywołując przekrwienie wśród zrazików wątroby, więcej hemoglobiny komórkom wątroby, z której te ostatnie wytwarzają też więcej żółci. Żółć dostaje się do krwi głównie przez naczynia włoskowate śródzrazikowe.

Dr. Reichman mówił o leczeniu kamicy żółciowej. Na pierwszym miejscu postawił leczenie oliwą: 100—150 gramów naraz, w ciągu tygodnia; po tym czasie — mniejsze dawki. Jednocześnie, przeciw skurczowi, zapaleniu, zwężeniu przewodów, stosuje: ciepłe długotrwałe kąpiele, morfinę (z atropiną), eter, chloroform; pijawki, okład lodowy; w stanach przewlekłych — woda karlsbadzka. Pomoc chirurgiczną stosuje: 1) w przypadkach kolki bardzo często się powtarzającej, przyczem gorączka, żółtaczka i zaburzenia w trawieniu niszczą coraz bardziej ustrój chorego; 2) przy istnieniu owrzodzeń zrostów, zwężeń, przetok.

Dr. Krajewski, kładąc nacisk na znaczenie teorii zakaźnego pochodzenia kamieni żółciowych (z następczym nieżytem woreczka), stawia następujące wskazania do operacji: a) obawa że zakażenie będzie się rozszerzało; b) leczenie wewnętrzne niepomaga; c) woreczek jest zupełnie zamknięty; d) istnieją zrosty woreczka z otoczeniem; e) zapalenie dróg żółciowych. Przeciwwskazania do operacji: 1) ostre zamknięcie przewodu wspólnego; 2) słabe i rzadko się powtarzające zapalenia woreczka; 3) skuteczne napady kolki.

Dr. Szuman jest zdania, że przy tem cierpieniu środki wewnętrzne są bezsilne i że nie należy tracić czasu na długie próbowanie tych środków.

W dyskusji, nader żywej, wypowiadają się: Prof. Kader:—operuje w każdym przypadku kamicy przy trzecim napadzie. Dr. Dunin: ta choroba okazuje dążność do wyleczenia bez operacji, należy się wystrzegać szablonowego operowania. Prof. Korczyński: operować należy jedynie przy trwałem zatkanium przewodu żółciowego wspólnego z grożącą cholemią, przy objawach ogólnego zakażenia dróg żółciowych, rozpoczynającej się marskości wątroby, lub grożącym pęknięciu pęcherzyka żółciowego. Prof. Gluziński: dwa są wskazania do operacji — ciężkie napady bólów i zakażenie pęcherzyka żółciowego.

Trzeci temat ważny „o leczeniu wrzodu żołądka“ referowali Prof. Gluziński i Prof. Rydygier.

Prof. Gluziński. Bardzo często systematyczne leczenie wewnętrzne, przy obserwacji trwającej 1—2 lata, daje wyniki pomyślne.

Przy upośledzeniu funkcji mechanicznej wskutek niedowładu lub cieśni odźwiernika żołądka stosujemy: dyetę, opróżnianie zalegającej treści żołądka i środki obniżające kwasotę żołądka. Przy istnieniu cieśni mechanicznej, zarówno jak i przebicciu żołądka, pomoc może być tylko chirurgiczna i to wczesna. Toż samo należy powiedzieć o wrzodach przechodzących w raka i o krwotokach przewlekłych. Po operacji należy jeszcze leczyć wewnętrznie.

Prof. Rydygier. Zejście operacji zależy od tego: 1) by chory był należycie do operacji przygotowany, miał dosyć sił do niej; 2) by nie była zbyt późno wykonana. Wskazania do operacji dzieli na bezwzględne i względne. Bezwzględne: 1) cieśń odźwiernika z powodu świeżego wrzodu z następną rozstrzenią, jeżeli leczenie wewnętrzne jest bezskuteczne; 2) cieśń żołądka wywołana bliznami; 3) okres pre-istaczania się wrzodu na nowotwór; 4) przebiccie wrzodu; 5) krwotoki gwałtowne lub przewlekłe.

Nad referatem powyższym dyskusji nie było.

Dr. Rencki mówił o czynności żołądka we wrzodzie okrągłym po zabiegach operacyjnych.

Dr. J. Zawadzki mówił o dyecie mlecznej w chorobach żołądka i kiszek. Mleko jest właściwym w chorobach żołądka, zarówno takich, gdzie mamy wzmożone wydzielanie soku, jak i tych, gdzie to wydzielanie jest zmniejszone; w pierwszym razie wiąże nadmiar kwasu, nie drażniąc błony śluzowej, w drugim—małym podlega zmianom w żołądku, trawi się za to łatwo w kiszce pod wpływem soku trzustkowego. Przy niedomodze żołądka ruchowej mleko zgęszczone usuwa koniecznością przepelnienia narządu chorego. W chorobach kiszek z podrażnienia mleko, mało ulegając fermentacji, jest pokarmem właściwym; toż samo w chorobach kiszek o charakterze zanikowym, ponieważ łatwo ulega wessaniu.

Dr. A. Simon mówił „o wskazaniach do użycia atropiny w chorobach wewnętrznych“ — więc jako: odtrutka przeciw morfinie, przeciw nadmiernemu poceniu się, przeciw ślinotokowi, dalej w chorobach żołądka, serca, przy dychawicy, zwłaszcza siennej.

Dr. A. Sokółowski demonstrował preparaty anchylostomum duodenale, pochodzące od chińczyka, obserwowanego na oddziale w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

Dr. E. Zieliński mówił o pewnych zboczeniach w budowie ciała suchotników. Oprócz dawno znanych cech klatki suchotniczej (*thorax paralyticus*) u osobników, dotkniętych gruźlicą, konstatować można cały szereg zboczeń w budowie zarówno zewnętrznych części ciała (znanych neuropatologom jako stygmata degeneracji), jak i narządów wewnętrznych. Najbardziej charakterystycznymi, powiedzieć można, patognomicznymi są; 1) zarost wzgórka łonowego u mężczyzny taki, jaki właściwy jest kobietom; 2) rozszepienie u wierzchołków wyrostków ciernistych (*biacanthia*) w dolnej części grzbietowej i górnej lędźwiowej kręgosłupa; 3) obecność dodatkowych kątów Ludovis'iego na mostku i 4) ogólne upośledzenie rozwoju całego narządu naczyniowego. Wszystkie te zboczenia oraz wszystkie cechy t. zw. degeneracyjne wskazują na zatrzymanie rozwoju osobników suchotni-



czych w okresie ich życia płodowego, na upośledzenie i nieprawidłowe ukształtowanie szczególniej tworów, biorących początek z mesodermi. Na specjalną przytem uwagę zasługuje upośledzenie systemu krwionośnego, ztąd niezdolność tegoż do unaczyniania ognisk zapalnych, a więc i wysysania tych ostatnich i zablizniania. Im mniej cech t. zw. zwyrodnienia posiada organizm suchotnika, tem więcej ma szans do wyzdrowienia. U takich osobników sprawa gruźlica przebiega pod postacią *phtisis fibrosa*. Przeciwnie, u osobników obfitujących w zбочenia somatyczne, gruźlica przybiera charakter rozpadowy, ostry. Takie jednostki umierać zwykły bardzo młodo. To wszystko, co wyżej wyluszczone zostało, ogranicza w dużym stopniu znaczenie lasecznika gruźliczego, a przynajmniej odejmuje mu wyłączną zdolność wywoływania suchot. Wyłącznie pasożytnicza teoria tego cierpienia nigdy nie mogła zadowolnić klinicystów. Tylko przez przyjęcie pierwotnych zбочeń w organizmie suchotników, tj. przez wrócenie do t. zw. *praedispositio phtisica*, zrozumialiśmy się stają takie fakta: 1) jak wymieranie całego rodzeństwa po dojściu do pewnego okresu wieku; 2) sam fakt dziedziczenia suchot; 3) tak różnorodny przebieg choroby u różnych chorych; 4) jak tak częste występowanie gruźlicy wśród neuro- i psychopatów (na tle degeneracji powstałych), oraz u kryminalistów (ludzi zwyrodniałych, według Lombrosa); 5) wreszcie, fakt szerzenia się, a nawet przewagi leczebnej chorych suchotników wśród klas zamożnych (a więc znajdujących się w możliwie najlepszych warunkach higienicznych i najmniej może narażonych na zarazę).

Praca D-ra Z. ma znakomitą wartość; choćby nawet część zmian, jakie u suchotników opisał, zależeć miała od samego zakażenia gruźliczego—ten szereg spostrzeżeń z bogaca poważnie naszą wiedzę o patogenezie gruźlicy.

W sekcji pedyatrycznej wysłuchano następujących odczytów:

Dr. J. Brudziński: O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Nie można na zasadzie obrazu klinicznego wnioskować o gatunku drobnoustrojów, jaki daną postać chorobową wywołał. Kilka jednak spostrzeżeń w tej mierze już uczyniono: obecność małych wybroczyn, stanu gorączkowego, przebieg ostry — przemawiają za zakażeniem streptokokkami; pęcherzyki wybroczynowe można wiązać z obecnością *b. pyocyanei*, cuchnąca woń stolców zależy przeważnie od *b. proteus*. Przebieg przewlekły przemawia za zakażeniem mieszanem. Znaczenie badań bakteriologicznych w tej dziedzinie nie jest tylko teoretyczne; odbiło się ono już i na lecznictwie (dyeta wodna, podawanie drożdży piwnych, kefiru, hodowli *bact. lactis aërogenes* w serwatce, serwatki i t. d.), i na szpitalnictwie (zniesienie sal ogólnych i t. p.)

Dr. M. Roszkowski mówił o odkazaniu przewodu pokarmowego u dzieci goritem, czyli nadtlenkiem wapna ( $\text{Ca O}_2$ ). Zdaniem R. ten środek działa dodatnio w przypadkach dyspepsiae acidae, kataru kiszek.

Dr. J. Landau streścił naukę o sztucznem karmieniu noworodków.

W dyskusji nad powyższymi odczytami Prof. Jakubowski zwrócił uwagę na zapal. pęcherza jako powikłanie chorób kiszkowych. Ten-że uważa nadtlenek wapna za środek pożyteczny. Ten-że wypowiada się za mlekiem osłem jako pokarmem dla dzieci. Dr. J. Przychodzki chwali wodę wapienną aa z mlekiem zbieranem przy cierpieniach kiszek u dzieci. Dr. J. Ofenberg przypomina o konieczności zwalczania wymiotów (dyeta absolutna i przemywanie żołądka); na zasadzie spostrzeżenia własnego poleca wypróbowanie soli kuchennej przeciw wymiotom.

Dr. J. Kramsztyk: O rumieniu nawrotującym podobnym do płonicy (*Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*). Postać chorobowa zupełnie płonicę przypominająca; dopiero nawroty choroby przekonywują, że mamy do czynienia z rumieniem, który dotąd był uwzględniany jedynie przez dermatologów. A jednak jest to choroba wysypkowa ostra, zakaźna, o której należy pedyatrom pamiętać.

Jak się okazało w dyskusji i inni koledzy podobne przypadki spostrzegali u dzieci.

Dr. B. Korybut Daszkiewicz opisał przypadek morbi cocerulei et transpositionis vasorum cordis completae spostrzegany w Warszawskim Domu Wychowawczym.

Prof. Jakubowski mówił o wynikach leczenia surowicą przeciwbłoniczą, dochodząc do wniosku, na zasadzie cyfr statystycznych, że surowica jest najskuteczniejszym z istniejących środków przeciwbłoniczych.

Dr. F. Świeżyński mówił o intubacji: jest to zabieg łatwiejszy od tracheotomji; można go wykonać wcześniej, aniżeli tracheotomję, na którą trzeba nieraz długo namawiać rodziców; dzieci intubowane wymagają umiejętnego nadzoru; intubacja grozi odleżynami i zwięzieniem krtani; intubacja i tracheotomja stanowią zabiegi wzajemnie się dopełniające.

Dr. E. Bernhard mówił o dławcu i błonicy w świetle najnowszej nauki. Dławiec i błonica nie stanowią spraw chorobowych o wspólnej przyczynie chorobowej. Przyczyną dławca są prątki Heydera.

Doc. Raczyński mówił o znaczeniu badania bakterjologicznego w sprawie rozpoznawania błonicy.

Dr. J. Kramsztyk: O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. Na zasadzie 32 spostrzeganych przypadków K. przychodzi do wniosku, że najczęstszą przyczyną otruc u dzieci w Warszawie jest ług sodowy; proponuje zastosowanie do tego przetworu przepisów ograniczających sprzedaż środków silnie działających.

Dr. Roszkowski mówił o określaniu wieku dziecięcia za pomocą reakcji chemicznej mleka karmiącej. Dodanie amoniaku do mleka kobiecego wywołuje, po paru godzinach, zabarwienie różowo-fioletowe, tem intensywniejsze, im mleko jest starsze (metoda Umikowa). R. ułożył tablicę kolorymetryczną, za pomocą której można określać wiek niemowlęcia na podstawie siły

zabarwienia występującego przy tej reakcji (Amoniak 10%. Płość mleka dwa razy większa, niż roztworu amoniaku).

W sekcji chorób nerwowych i umysłowych rozpoczęto pracę od wykładu D-ra S. Bucelskiego na temat: Czynniki wywołujące bezwład postępujący u mężczyzny. Zdaniem B: 1) bezwład może nie być zupełnie ani meta—ani para—syfilitycznym objawem; 2) przymiot może tu działać jako czynnik osłabiający organizm; 3) bezwład postępujący jest najczęściej następstwem kilku przyczyn, z których są najczęstsze: przymiot, obarczenie dziedziczne, wzruszenia moralne.

Dr. K. Stózewski mówił o leczeniu bezwładu tabetycznego metodą Fenkla. Dr. W. Miklaszewski mówił o zmiennej nierówności źrenic. Prof. Prus odczytał dwie prace: 1) O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze mózdzku i 2) O drogach ruchowych pozapiramidalnych.

We wspólnej pracy o uszkodzeniu rdzenia pacierzowego ze specjalnem uwzględnieniem odruchów doszli Dr. E. Flatau i Dr. A. Leśniowski do wniosku, na zasadzie spostrzeżanego przez siebie przypadku, że przy uszkodzeniu dolnych odcinków części rdzenia szyjowej i górnych odcinków części rdzenia piersiowej — odruch kolanowy znika.

Dr. J. Skłodowski omówił przypadek porażenia Brow-Séquarda.

Prof. Meixner wygłosił (po czesku) rzecz o Syringomyelia bulbi.

Dr. E. Flatau mówił o ostrych zapalnych cierpieniach mózgowia. Wyróżniono dwie główne postaci ostrego zapalenia mózgu, nieropnego pochodzenia, a mianowicie 1) ostre krwotoczne zapalenie opuszki (poliencephalitis acuta haemorrhagica, czyli typ Wernicke'go) i 2) ostre krwotoczne zapalenie mózgu (encephalitis acuta haemorrhagica, czyli typ Strümpell'a — Leichtensterna). W zapaleniu szarej istoty opuszki najważniejszemi pod względem etjologicznym są zatrucia (przeważnie alkoholem), w zapaleniu mózgu typu Strümpella-Leichtensterna — najważniejszą rolę odgrywają zakażenia (przeważnie grypa). W poliencephalitis acuta haemorrhagica odróżniamy: a) poliencephalitis superior (zapalenie komory trzeciej, wodociągu Sylwiusza aż do jądra n. abducentis, b) poliencephalitis inferior (zapalenie opuszki od jądra n. abducentis aż do skrzyżowania piramid), c) poliencephalitis superior inferior, d) poliencephalomyelitis (zapalenie szarej istoty opuszki i przednich rogów rdzenia). Zasadnicze rysy poliencephalitis superioris polegają na tem, że choroba ta powstaje przeważnie u alkoholików i występuje nagle, prawie piorunująco; głównymi objawami są: śpiączka, utrudnione orjentowanie się i ophthalmoplegia externa. W poliencephalitis inferior występują nagle objawy opuszkowe. W poliencephalomyelitis występują objawy porażenia mięśni gałek ocznych wraz z objawami opuszkowymi i zani-

kowemi porażeniami rdzeniowymi; przyczem sprawa postępuje zwykle w kierunku zstępującym. Odnosnie do encephalitis acuta haemorrhagica zauważyć należy, że najwcześniejszym rysem tej choroby jest jej powstawanie u ludzi młodych, zdrowych i to po przebyciu choroby zakaźnej (przeważnie grypy); rozwój objawów ogniskowych jest stopniowy i powolny. Zapalenie mózgu powstające po przebyciu grypy kończy się niezbyt rzadko wyzdrowieniem.

Zmiany anatomiczne, znachodzone przy ostrych zapalnych cierpieniach mózgowia często nie wyświetlają nam obrazu klinicznego. Tkanka nerwowa jest bardzo czuła za rozmaite wpływy szkodliwe, w kierunku nie tyle jej budowy, ile funkcji.

O tej samej sprawie pogład swój oparty na własnych spostrzeżeniach, wygłosił Dr. J. Fajersztein.

Dr. Bregman mówił o nowotworach mózdzku, dochodząc do wniosku, że wszelkie zabiegi chirurgiczne są w tym wypadku nieskuteczne.

Dr. M. Nartowski dowiódł doświadczalnie wpływ surowicy przeciwbłoniczej na wyrównanie zmian swoistych, jakie zachodzą w ośrodkach nerwowych pod wpływem jadu błoniczego.

Dr. M. Biro zwrócił w swym odczycie uwagę na to, że: 1) wiad rdzenia zaczyna się często zniesieniem odruchu z jednego ścięgna Achillesa i 2) istnieje związek między zaburzeniem odruchu ze ścięgna Achillesa, a cierpieniem nerwu kulszowego.

W odczycie o padaczce Dr. Bregman doszedł do takich wniosków: Napad epileptyczny zajmuje cały niemal układ nerwowy ośrodkowy, nie tylko korę, chociaż ta ostatnia bywa zazwyczaj punktem wyjścia wyładowań epileptycznych i w całym obrazie ma znaczenie przodujące. Czysto korowa padaczka jest odrębną postacią epilepsji. W etjologii padaczki należy wyróżnić: 1) Wrodzoną anomalję budowy ośrodków, powodującą ich zmieniony stan pobudliwości 2) Czynniki bezpośrednio uszkadzające ośrodki (uraz; cierpienia ogniskowe mózgu; choroby zakaźne i otrucia). 3) Czynniki pośrednio uszkadzające ośrodki — padaczka odruchowa. 4) Samozastrucie wytworami przemiany materji. Najczęstszą rolę grają w etjologii padaczki: zatrucie wyskokiem, przymiot, uraz, odruch przy cierpieniach najróżnorodniejszych organów, wreszcie (przy padaczce późnej) — stwardnienie tętnic mózgowych, pogarszające stan odżywiania mózgu.

Dr. K. Wisłocki, mówiąc o padaczce, uważa ją za objaw, odmawia znaczenia samostnej jednostki chorobowej. W swym wykładzie duży nacisk położył Dr. K. na zaburzenia w przemianie materji, jako przejawy padaczki, na ich charakter przed i po napadzie. Mówiąc o leczeniu padaczki, wyliczył: a) operację; b) organoterapię; c) środki farmaceutyczne (brom, leki moczopędne, środki czyszczące); d) seroterapię; e) dietę mleczną i hydroterapię.

W dyskusji zwrócił uwagę Prof. Prus na zależność padaczki od chorób serca i naczyń. Dr. Biro, również jak i Dr. Bregman, związkowi temu zaprzeczali. Dr. A. Nartowski zwrócił uwagę na rolę samogwałtu w etjologii padaczki; ten objaw uważa wszakże Dr. Bregman za objaw degeneracyjny już istniejącej padaczki;

Prof. Prus zaleca kurację karlsbadzką, która przyspiesza przemianę materji.

Na tem miejscu wspomnę o treści niektórych wykładów sekcji patologicznej.

Prof. Prus mówił o wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z utraty krwi. Metoda prelegenta polega na otwarciu klatki piersiowej w celu wykonania mięsienia na sercu, wykonaniu tracheotomji, wytwarzaniu sztucznego oddychania i wlewaniu do tętnic fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Tą metodą wskrzeszał zwierzęta, które nie żyły (nie oddychały, obnażone serce nie zdradzało żadnych drgań) od kilku minut do 1 godziny — zatrute chloroformem lub zabite prądem elektrycznym. Nowa serja doświadczeń tyczyła przypadku śmierci z utraty krwi. Tu wynik był dodatni tylko w przypadkach, gdzie wykonano transfuzję z jednoimiennego zwierzęcia. Więc śmierć jest tu wywołana nie przez spadek ciśnienia krwi lecz skutkiem wydalania z ustroju morfologicznych składników krwi.

Prof. K. Klecki odczytał pracę o badaniu patogenezy spraw zakaźnych, której treścią była metoda badania wahań jadowitości danego zarazka chorobotwórczego.

W odczycie: „Wady serca a choroby nerek“ doszedł Dr. S. Bronowski do następujących wniosków: 1) Wady serca w 74% ogólnej liczby przypadków wikłają się przewlekłemi zapaleniami nerek; 2) Do lat 25-ciu w 56<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. 3) Sprawy w nerkach częściej się spotykają przy wadach zastawki dwudzielnej i szczególnie przy zwężeniu lewego ujścia żylnego. Ze swych badań doświadczalnych na zwierzętach doszedł B. do wniosku, że wady serca same przez się, bez udziału wpływów ubocznych, mogą wywoływać sprawy zapalne w nerkach.

Dr. M. Jakowski zdał sprawę ze swych doświadczeń, dotyczących udziału drobnoustrojów w powstawaniu zakrzepów żylnych. Zdaniem J. warunki mechaniczne nie wystarczają do wytworzenia zakrzepów. W ich powstaniu czynny udział biorą drobnoustroje.

Dr. E. Flatau i B. Sawicki: „Badania z dziedziny chirurgji nerwów obwodowych“. F. i S. wykonali szereg badań doświadczalnych w celu wyjaśnienia możności przenoszenia funkcji z jednego nerwu na drugi, za pomocą krzyżowego zeszywania ich ze sobą (np. czy przy porażeniu mięśni, dajmy na to, wyprostnych, zeszywie ich nerwu z nerwem antagonistycznej grupy mięśniowej, zginaczy, zdoła powrócić porażonym mięśniom ich czynności). Wyniki tych doświadczeń były w znacznym stopniu dodatnie.

Dr. S. Droba, badając zmiany anatomiczne pod wpływem zakażenia gruźliczego zachodzące, dochodzi do wniosku, że twory olbrzymie Langhansa nie są komórkami; są to przekroje naczyń krwionośnych zmienionych pod wpływem lasecznika i jadów gruźliczych.

Dr. Gertler: „W sprawie etyologii zapalenia płuc.“ Wynik pracy autora polega na dowiedzeniu, że pneumokokki stanowią tylko odmianę morfologiczną paciorkowca.

Obrady w sekcji chirurgicznej rozpoczął wykład Prof. Rydygiera na temat udziału chirurgów polskich w rozwoju nowoczesnej chirurgji przewodu pokarmowego. Po tem referowali Prof. Rydygier o ciekawym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym ten ostatni przebił się do jelita biodrowego, wglębiwszy się w światło kiszki na 2 ctm. Dr. Mieczkowski zaś — o przetoce między pęcherzem a wyrostkiem robaczkowym, powikłanej kamica pęcherzową; po operacji — wyzdrowienie.

Dr. A. Bossowski przedstawił i omówił trzy przypadki z zakresu chirurgji jamy brzusznej i przypadek rozszerzenia przewodu żółciowego wspólnego, skutkiem czego wytworzyła się torbiel, zawierająca 10 litrów treści żółciowej.

Dr. M. Sawicki omówił przypadek ropnia bursae omentalis minoris spowodowanego zgorzelą trzustki; ropień otworzył cięciem w okolicy lędźwiowej.

Dr. J. Czajkowski mówił o wyborze sposobu operacyjnego i wskazaniach w doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych. Jest zwolennikiem metody Bassiniego, której nie stosuje jedynie u osób wycienzonych; w tych razach stosuje metodę Kochera (przemieszczenie powrózka nasiennego i zeszytie kanału pachwinowego). Przy małej przepuklinie — operacja Bassiniego bez wycięcie worka przepuklinowego. U dzieci — metoda Czernego. Zdaniem C. każda przepuklina pachwinowa wolna powinna być leczona doszczętnie; wyjątki: przepukliny b. stare i b. duże, przepukliny osób chorych i starców, wiele przepuklin u dzieci do 1 roku życia.

Prof. Ziembicki przedstawił modele gipsowe chorego ze stopą szpotawą wrodzoną, wyleczonego sposobem krwawym.

O wskazaniach do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego referaty wygłosili Dr. L. Guranowski i Dr. T. Heiman.

W sprawie szwu pęcherzowego wypowiedział się Prof. Rydygier za zaletami szwu ciągłego, przeciw węzełkowemu. Dr. M. W. Herman, mówiąc o aseptyce cewnikowania, zaleca gotowanie cewników elastycznych i zgłębników jedwabnych w roztynie wodnym ammonii sulfurrei. Prof. Rydygier również zaleca to postępowanie. Tenże, mówiąc o leczeniu przerostu gruczołu krokowego, podaje myśl wyluszczenia tego gruczołu, jeśli nie całego, to przynajmniej zmienionego płatu. Dr. A. Mincer zaleca w przypadkach zakażenia moczowego w następstwie zmian gruczołu krokowego: 1) Przy zupełnem zatrzymaniu moczu — przekłócie cienką igłą oraz wypompowanie płynu przyrzędem Potin'a 2) Systematyczne wprowadzanie cewnika i przepłókiwania pęcherza. 3) „Sonde à demeure“. Cięcie nadłonowe uważa za ostateczną ucieczkę. Prof. Ziembicki przedstawił chorego 68 letniego, u którego wykonał cięcie nadłonowe przed rokiem z powodu przerostu gruczołu krokowego; zejście najzu-

pełniej pomyślnie. Prof. Rydygier zgadza się z Mincerem; jeśli niepodobna obejść się bez cięcia — wykonać je łatwo w znieczuleniu Schleicha. Dr. Steiner zwraca uwagę, że w szpitalach małych, pozbawionych ciągłej opieki lekarskiej, leczenia cewnikowego niemożna należycie przeprowadzić.

Dr. Krajewski uważa nakłócie za zabieg nie tylko objawowy, ale też leczniczy; działa tu chwilowa niedokrewność gruczołu krokowego. Dr. Mincer dodaje, że nie używa cewników Nélatona, ale jedwabnych.

Doc. L. Kryński mówi o grzłicy jądra. Trzebienie w grzłicy nie zabezpiecza innych narządów od rozwoju grzłicy. Pozbawienie jądra, które w  $\frac{1}{3}$  przypadków bywa zupełnie zdrowe, stanowi dużą szkodę dla organizmu. Więc gdzie sprawa ogranicza się do przyjądrza, należy wykonać jedynie wycięcie tego. W przypadkach późniejszych dodać należy wycięcie przewodu nasiennego, ewent. i pęcherzyków nasieniowych. Można podczas operacji zbadać stan jądra: naciąć je i ewent. zeszyć. Trzebienie należy stosować jedynie w przypadkach istnienia ognisk serowatych i zropiałych w jądrze. Liczni mówcy, którzy w tej sprawie głos zabierali, zgodzili się na powyższe zapatrywania.

Dr. A. Mincer za najlepszą metodę leczenia zwężeń cewki podał leczenie za pomocą rozszerzania i rozcięcia od wewnątrz.

Dr. B. Sawicki w czterech przypadkach ucisku rdzenia przy grzłicy kręgow zastosował laminektomję; w dwu otrzymał poprawę. Nie radzi wykonywać laminektomji przy gorączce i objawach ropadowych w płucu.

W wykładzie o sposobach leczenia za pomocą operacji i przyrządów w nowoczesnej ortopedji wypowiedział się Dr. M. Haudek za leczeniem operacyjnem w sprawach wrodzonych, za przyrządami Hessinga — w sprawach zapalnych.

Doc. Barącz w odczycie o promienicy ludzkiej doszedł do wniosku, na podstawie dużego własnego materiału, że promienica dostaje się do ustroju ludzkiego zawsze drogą jamy ustnej. Odróżnia postaci złośliwe i łagodne. Widział przypadki wyleczenia samoistnego. Z dobrym skutkiem stosował tra Jodii i 25% Argentum nitric.

Doc. Lepkowski przedstawił nowy wyjaławiacz na narzędzia lekarskie. Sterylizacja odbywa się za pomocą pary formaliny, w hermetycznej skrzynecze. Dr. Borzymowski przedstawił opatrunek bezgnilny własnego pomysłu. Dr. I. Watten, mówiąc o minimum ostrożności, jakie przedsiębrać należy w szpitalach małych, oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i położniczo-ginekologicznej, zobrazował błędy popełniane przeciw zasadniczemu postulatowi chirurgji, żądającemu bezwzględnej jałowości wszystkiego, z czem się stykają zarówno rana, jak i ręce operatora i asystujących. Postulaty W. brzmią: Wymagać musimy, aby w każdym wypadku, o ile czas na to pozwala, do operacji i do opatrywania ran świeżych używane były tylko wyjałowione narzędzia i materiały opatrunkowe. Toż samo

stosuje się i do odkażania rąk operatora i miejsca operacji chorego. Nie wolno posługiwać się szczotkami niewygotowanymi.

Pomijając specjalne odczyty wygłoszone na sekcji laryngologicznej, wspomnę tylko o wnioskach w sprawie zapobiegania głuchocie i głuchoniemocie, postanowionych przez Dra Spirę: 1) Należy zestawić dane o liczbie głuchych i głuchoniemych, o stanie ich narządu słuchowego i przyczynach kalectwa. 2) Należy zbadać bystrość słuchu dzieci szkolnych, ewent. poddać chorych umiejętnemu leczeniu.

Pośród rozpraw sekcji chorób skórnych i wenerycznych najżywotniejszym był referat Dra Kryształowicza: o leczeniu kiły rtęcią. Zdaniem referenta rtęć nie jest środkiem swoistym; nie działa na jad kiłowy, lecz na zmiany skutkiem niego powstałe; dlatego leczenie zaczynać należy, gdy zmiany już istnieją; do tego rtęć nie działa w kile złośliwej; nie ma dowodu, by przypadki leczone objawowo kończyły się gorzej, niż przypadki leczone metodą Fourniera. W dyskusji oświadcza Prof. Reiss, że uważa rtęć za lek swoisty przeciw zarazkowi kiły; że jest zwolennikiem metody Fourniera. Doc. Uhma zgadza się z prelegentem; tegoż samego zdania jest Prof. Zarewicz i Dr. Glück, Dr. Perkowski, Dr. Szadek.

Omawiając dwa przypadki zgorzeli samoistnej (gangraena spontanea) pochodzenia kiłowego, przyszedł Dr. K. Szadek do wniosku, że to cierpienie nie jest rzadkie, że wiele przypadków choroby Raynaud'a tu zaliczyć należy, że leczenie swoiste, mieszane, jest pomocne.



## REFERATY.

*Dr Buss.* Znaczenia domów zdrowia (instytutów mechaniczno-leczniczych) dla sprawy orzekania następstw wynikłych z nieszczęśliwych wypadków. Ciężkie ma przed sobą zadanie lekarz praktyk zmuszony do wydania sądu o następstwach spowodowanych przez nieszczęśliwy wypadek, którego historia jest ciemna, wpływ zaś na zdolność zarobkowania dotkniętego nim robotnika nie da się dokładnie na zasadzie danych obiektywnych ujawnić. Wpływa na to nie tyle brak wiadomości naukowych, ile nie wystarczające nieraz doświadczenie w wydawaniu sądu odnośnie do następstw urazu, jakoteż trudność zupełnie obiektywnego zachowania się lekarza wobec stanowiących klientelę rannych. Nie lepiej stoją rzeczy i wtedy, gdy mamy do czynienia z rannym całkiem nam nie znajomym, w tym bowiem wypad-



ku, nie mając zgoła żadnego pojęcia o jego charakterze, wiarogodności i zdolnościach fachowych, również nie możemy wydać zgodnego z istotnym stanem rzeczy zdania. Wszystkie powyższe trudności tym większej nabierają wagi, że lekarz nigdy prawie nie może liczyć na pomoc ze strony chorego, który, pragnąc za jakąbądź cenę zdobyć sobie prawo na odszkodowanie, zawsze starać się będzie raczej zaciemnić stan rzeczy, niż go wyświecić. Dwa ma ku temu sposoby: przesadę, bądź udawanie; pierwsza łatwiejszy jest do wykonania, udawanie bowiem wielkiej nieraz wymaga siła woli, a tą nie każdy szczyć się może, zwłaszcza gdy udawać trzeba przez czas dłuższy; wówczas zwycięża siła przyzwyczajania i niefortunego symulanta demaskuje. Nie ulega wątpliwości, że, przynajmniej co do historii danego wypadku, mógłby nieraz znaleźć lekarz cenne wskazówki w aktach urzędowych, są one jednak najczęściej sporządzane tak niedbale, że spuszczać się na nie niesposób. Niemniejszy pożytek mogłaby przynieść i dłużej trwająca obserwacja chorego, niestety zdarza się to nie często; owszem, chory we własnym interesie nieraz wprost unika lekarza. Nic dziwnego, że w tych warunkach lekarz praktyk wydaje często orzeczenie niedokładne, a powodując się uczuciem ludzkości z jednej strony, z drugiej zaś obawą, by wskutek nieprzychylniej dla poszkodowanego opinii nie stracić praktyki, przychyła się często do skarg chorego. Następstwa takiego, bądź co bądź niewłaściwego, stanu rzeczy nie dały na siebie długo czekać i doprowadziły do tego, że z jednej strony prawo wyrokowania należyć zaczyna do niewielkiej liczby lekarzy zaufanych, posiadających odpowiednie doświadczenie i znajomość rzeczy, z drugiej zaś—poszkodowani zostają umieszczani dla obserwacji w specjalnie ku temu istniejących instytutach. Przyjrzyjmy się więc, czy i jak instytuty te odpowiadają swemu zadaniu.

Następstwa nieszczęśliwego wypadku bywają dwojakie: a) wyraźne, dające się wykazać za pomocą badania i danych obiektywnych i b) małoznaczące lub żadne. Należą tu: wszelkie zaburzenia w sferze ruchowej wskutek częściowej lub całkowitej utraty członków, jako też biorące swój początek w układzie mięśniowym, kostnym lub stawowym, — rdzeniowym lub mózgowym, oraz zachodzące wskutek stanów zanikowych, zwłaszcza zaś układu mięśniowego; dalej, zaburzenia w sferze czuciowej, a więc przypadki, w których ból zjawia się jako główny wynik wypadku; nakoniec, zaburzenia dotyku organiczne lub neurotyczne, wreszcie, kombinacje obydwóch grup.

W każdym z tych wypadków rzeczoznawca ma odpowiedzieć na następujące pytania: czy zaburzenia lub dolegliwości istotnie odpowiadają skargom poszkodowanego oraz, w jakim stopniu wpływają na zmniejszenie się zdolności do pracy? Odpowiedź będzie tym łatwiejsza, im bardziej obiektywne dane znajdziemy, oraz im więcej skutki nieszczęśliwego wypadku ujawniają się w sferze czysto ruchowej. Zdolność do pracy poszkodowanego określamy na zasadzie danych naukowych i własnego doświadczenia, wypowiedziane zaś zdanie staramy sprawdzić podczas obserwacji na praktyce. Wobec tego kierownik zakładu powinien posiadać nie tylko gruntowne doświadczenie, zwłaszcza w zakresie chirurgji i statyki oraz mechaniki ustroju ludzkiego,

ale wiadomości techniczne, wtedy bowiem tylko będzie mógł dokładnie zdać sobie sprawę z przebiegu tak nieszczęśliwego wypadku, jak i tych wpływów, jakie dane zajście na ustrój robotnika wywiera; wiadomo bowiem, że wykonywując stale pewne ruchy oduczamy się od ruchów rzadziej wykonywanych. Wreszcie, trzeba zawsze mieć na względzie, że się tak wyrażę, hierarchję danego robotnika, bowiem następstwa będące dla przeciętnego pracownika przeszkodą w zarobkowaniu mało znacząca, stać się mogą przeszkodą znaczną dla robotnika, wykonywającego bardziej delikatne roboty.

Nie potrzebuję dowodzić, że obok znajomości rzeczy—doświadczenie gra tu niezmiernie ważną rolę; tak dalece, że nieraz nawet wobec braku danych obiektywnych możemy jednak zdać sobie dokładną sprawę z dolegliwości trapiących poszkodowanego. Do bardziej łatwych należy orzeczenie nasze w wypadkach zaburzeń czysto ruchowych, zwłaszcza przez zanik mięśni spowodowanych: tu bowiem wpływ chorego jest żaden. Stopień zaniku określa się zazwyczaj zapomocą miary; ma to jednak swoje złe strony, albowiem: 1) mierzyć możemy tylko kończyny, ale i tu nie zawsze możemy korzystać z porównania z kończyną zdrową, często zaś zupełnie nie znamy stanu mięśni przed wypadkiem, wreszcie — bardzo trudno wykonać pomiary na dokładnie identycznych miejscach; w każdym razie, powinno się ściśle określać, gdzie i w jaki sposób nakładamy miarkę; wtedy bowiem można przynajmniej wyniki sprawdzić. 2) Miara wskazuje objętość wszystkich tkanek, więc przy zaniku np. tkanki tłuszczowej, lub obrzęku, bliznach i t. p. otrzymany rezultat zgoła nie da nam dokładnego pojęcia o stanie mięśni. Zresztą, zmniejszona objętość dowodzi jedynie zmniejszenia się ilości, nie zaś jakości mięśnia. W obec tego decydujące znaczenie posiada stopień odżywiania i unerwienia mięśnia. Pierwszy określamy zapomocą wzroku i dotyku, drugie przez zastosowanie prądu przerywanego. Wyłączywszy osobniki hysteryczne, odczyn mięśni na działanie prądu daje nam niejaki pojęcie o oddziaływaniu woli poszkodowanego na jego muskulaturę. Otrzymany w ten sposób wynik uzupełniamy przez obserwację, skierowaną głównie ku temu, by na drodze doświadczalnej, przez skłonienie chorego do wykonania pewnej pracy, określić stopień siły jego mięśni. Niestety, brak odpowiednich środków pomocniczych, a co ważniejsza, dobrej woli chorego — częstokroć staje w poprzek zamiarom naszym; do pewnego stopnia przydatne są w tych razach przyrządy Zander'a; jednak wyniki z tych otrzymane nie dadzą ścisłych wskazówek, choćby dla tego, że praca zwykle trwa dłużej, niż ćwiczenie na przyrządach i wymaga ruchów daleko bardziej złożonych. Widzimy więc, że wszystkie rozporządzone środki rozpoznawcze mogą tylko przeciętną siłę mięśni określić. Bez porównania trudniej jest określić zaburzenia ruchowe, ranny bowiem może je symulować, bądź też znaczenie ich przesadzać. Na szczęście, o ile rzecz dotyczy ruchów prostych, niezłożonych, zdarza się to rzadko i częściej w zastosowaniu do ruchów tułowia, niż kończyn.

Odróżniamy 2 grupy zaburzeń ruchowych; do pierwszej należą wszelkie porażenia ośrodkowe i obwodowe jako też mające niejaki

do porażenia podobieństwo następstwa uszkodzeń mięśni, ścięgien i t. d. Przyłączające się do porażen przykurczenia zmieniają cały obraz do tego stopnia, że włączają go w ramy drugiej grupy, w której przewody od ośrodka do obwodu biegnące są wprawdzie nieuszkodzone, ale za to w skórze i mięśniach, stawach lub kościach zachodzą takie zmiany, które bądź wcale uniemożliwiają, bądź znacznie zmieniają wykonanie zamierzonego ruchu. Zaliczamy więc tu wszelkie zaburzenia ruchowe wynikające z przykurczeń skóry, mięśni, tkanki łącznej i torebek stawowych. Przypadki do grupy pierwszej zaliczone, o ile tło ich stanowią zmiany organiczne, nie nastrożają rzeczoznawcy żadnych trudności, gdyż dzięki skojarzeniu dobrze nam znanych objawów uniemożliwiają symulację, którą troskliwe badanie zawsze jest w stanie zdemaskować. Zgoła inaczej rzeczy stoją w przypadkach zaburzeń ruchowych na tle neurozy powstałych. Tu nasze środki rozpoznawcze już nie wystarczają i chory poniekąd staje się panem położenia. Niektórzy badacze przypadki takie ryczałtem uzależniają od hysterji, jednak dla względów praktycznych jest to wprost niemożliwe, za wielki bowiem dałoby to teren do nadużyć: z tego to względu w takim tylko razie porażenie możemy uznać za wynik neurozy, gdy stwierdzimy stałość pewnych objawów, oraz obecność u danego osobnika hysterji lub neurastenji. Oczywiście to samo się stosuje i do tych przypadków grupy pierwszej, gdzie pomimo wszelkich środków rozpoznawczych obraz nie został należycie wyświełony. Co zaś się tyczy samej obserwacji, powinna się ona odbywać w ten sposób, by chory nie miał nawet cienia podejrzenia, że przypuszczamy u niego udawanie lub przesadę, wtedy obserwację naszą będziemy mogli prowadzić przez czas dłuższy i, że się tak wyrażę, uspiwszy uwagę chorego łatwiej osiągniemy zamierzony cel, niż gdybyśmy w czemkolwiek swoje podejrzenie zdradzili; jeżeli bowiem chory rzeczywiście udaje, przyzwyczajenie — ta druga natura, prędzej czy później wyda go.

Nie mniej ważne znaczenie posiada badanie psychiki i własności charakteru chorego, ztąd bowiem możemy nie tylko wyciągnąć pewne wnioski o wiarogodności jego, ale: odkryć takie cechy, jakie niewątpliwie hysterję resp. neurastenję przyznać lub zaprzeczyć pozwolą.

(D. n.)

*Markwald.* **Bóle z niedokrewności.** Do znanych objawów zależnych od niedokrewności (ischaemia) — jako to: migrena, mroczenia, dusznica bolesna i in. dodaje autor nowy, rozwijający się na tle stwardnienia tętnic, mianowicie: występowanie napadów silnego bólu w okolicy żołądka, w połączeniu z nudnościami i wymiotami (czasem krwawymi) Znajomość tych objawów może uchronić od błędnego rozpoznania wrzodu żołądka.

Zeitschr. für prakt. Aerzte 1900. 3.

*Lentz.* **Orzeczenie o przypadku Myocarditis traumaticae et Pericarditis adhaesivae.** L. zdaje sprawę z przypadku, w którym zdrowy robotnik upadł na szyny. W tej chwili wystąpił dotkliwy ból w piersiach i kołatanie serca. Po pewnym czasie badanie wykazało normalne granice serca, u wierzchołka wyraźny szmer, który też był słyszalny nad innymi toworami. Tętno 72. Kiedy pacjent wstaje —

uderzenie wierzchołkowe posuwa się na zewnątrz, szmery znikają, tętno podnosi się do 120-140 uderzeń i staje się niemiarowem. L. rozpoznaje Myocarditis traum. et Pericarditis adhaesiva.

(Mon. f. Unfallh. 1899. 7).

*Schottmüller.* **Epityphlitis traumatica.** S. przytacza trzy przypadki, w których nieznaczne urazy (uderzenie dyszlem; uderzenie stopą; skok podczas gimnastyki) spowodowały ujawnienie się skrycie istniejącego zapalenia wyrostka robaczkowatego. W przytoczonych przypadkach kamień kałowy w wyrostku wywołał martwicę wewnętrznej warstwy kiszki; uraz spowodował rozerwanie resp. zgniecenie warstwy zewnętrznej i, wobec braku zrostów, zapal. otrzewnej. W podobnych przypadkach należy uznać uraz za przyczynę zejścia niepomyślnego.

(Mon. f. Unfallh. 1899. 12).

*Buttersack.* **O leczniczej wartości pracy.** Z artykułu autora o hypurgicznym znaczeniu pracy dowiadujemy się o rodzajach pracy, stosowanej na klinice prof. Leydena. Najbliższe zajęcie stanowi przeglądanie czasopism ilustrowanych, czytanie, gra w szachy i warcaby, rysunki; dla kobiet—szycie i cerowanie. Chorzy są też używani do posług na sali, np. roznoszenia i podziału pokarmów, zamiatania i sprzątanania. Rekowalescentom zaleca się spacer, chodzenie po schodach, przyczem dobroczynnie wpływa na ich stan świadomość o stopniowym wzroście ich sił. Bardzo pożyteczna jest praca na powietrzu, ta jednak w obecnych szpitalach mało może być stosowana i z konieczności ograniczyć się należy do pracy na sali. Bardzo lubiane przez chorych były zajęcia pomocnicze w bibliotece i pracowniach. Pacjenci wyrabiali w znacznej ilości przedmioty do potrzeb szpitalnych np. woreczki, służące po napełnieniu piaskiem do ustalenia położenia kończyn, rozmaite części bielizny i t. p. Przedmioty wyrobione przez chorych, a nie mające zastosowania w szpitalu, zostały połączone w specjalny zbiór i dla wielu chorych chęć być reprezentowanymi w „muzeum pracy” była bodźcem do pracy. W jednym z berlińskich szpitali wojskowych pacjenci wyrabiali też rami do obrazów, ławki, drabinki, stoły, półki, lodownie, przybory do zwijania bandaży i t. d. W wyborze zajęć należy, o ile można, kierować się zawodem chorych. Obecność lekarza przy pracy, jego udział fizyczny i moralny stanowi dla chorych dużą zachętę. Zastosowanie hypurgiczne pracy jest korzystne nie tylko dla chorych, ale ma dodatnie znaczenie i dla lekarza, ułatwia mu bowiem w znacznym stopniu ocenę zdolności do pracy, która często znajduje się w bardzo luźnym tylko związku z właściwym kliniczno-anatomicznym obrazem choroby. A. T.

(Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Ther. 1900. Bd. III, Heft 8.).

*Schülle.* **O przyjmowaniu pokarmów przez chorych.** Autor przypomina niektóre wskazówki hypurgiczne w sprawie odżywiania chorych. Pozostawieni samym sobie żywią się oni zwykle za skąpo. Pobyt w szpitalu, leżenie w łóżku, wstręt, wywoływany sąsiedztwem kaszlących lub niechłujnych chorych, suchość błony śluzowej ust i gardzieli i t. d. — wszystko to przyczynia się do zmniejszenia i tak już słabego łaknienia. Idealnym środkiem hypurgicznym byłyby szpitale tak urządzone, aby w jednym pokoju mieściło się nie więcej, niż

1—4 chorych. Służba pielęgarska powinna zwracać uwagę, aby spluwaczki (z nieprzezroczystego materiału) były zawsze szczelnie przykryte, również jak naczyńia, zawierające wydaliny. Chorzy z brakiem apetytu wolą pokarm płynny lub kaszkowaty, należy więc dawać im pożywne zupy, siekane mięso, kaszki mleczne, soufflé z soków owocowych lub kompotów. Dodatek tych ostatnich niejednokrotnie ułatwia chorym spożywanie mięsnych pokarmów. Zalecić też można skrobane mięso z nieznaczną ilością oliwy i octu. Łyk wina podczas jedzenia często wzmaga łaknienie. Przy zupełnym braku apetytu należy niekiedy uciekać się do zimnych potraw. Bardzo ważnem jest, aby chorzy nie zbyt prędko jedli i starannie przeżuwali i ośliniali pokarm, albowiem, jak to wykazał autor w jednej z prac poprzednich, już podczas żucia następuje wydzielanie soku żołądkowego. Z tego samego powodu przy osłabionem trawieniu należy płyny dawać choremu w małych dawkach. Dodatek kawałka sucharka (chleba przyrumienionego) do jedzenia można również zalecić, albowiem gryząc go, chory nieświadomie przyczynia się do wzmoczenia wydzielania soku żołądkowego. Autor kończy swój artykuł zdaniem, iż wykonanie tych wskazówek jest przedewszystkiem zadaniem personelu pielęgarskiego, kierowanego przez lekarzy.

A. T.

Zeitschr. f. Krankenpfl. April, 1900.

*Dornblüth.* **W sprawie pielęgowania neurasteników.** Wobec nowych prądów, dążących do zastosowania pracy przy leczeniu neurasteników, ostrzega autor przed zbyt ryczałtowem stosowaniem tego środka. Zwraca on uwagę, iż przy ostrych stanach neurastenicznych oraz pogorszeniu sprawy przewlekłej, pierwsze wskazanie lecznicze stanowi spokój, mianowicie najlepiej leżenie w łóżku. Długie spacery, zalecane często tym chorym, odwracają wprawdzie ich uwagę od ich cierpień, męczą ich jednak nadmiernie i pogarszają sprawę, podczas gdy pobyt w łóżku przez 1 do 6 tygodni doskonale na nich wpływa i usuwa rozmaite zaburzenia nerwowe, z których autor wylicza zaburzenia trawienia, bóle i zawroty głowy, bezsenność, skłonność do analizy swych stanów chorobowych. Zalecenie to bywa często bardzo przykre dla chorych i napotyka opór z ich strony, po krótkim jednak czasie zaczynają oni sami odczuwać dobroczynne działanie spokoju, a w miarę poprawy swego stanu — potrzebę porzucenia łóżka. Niemniej ważny od spokoju fizycznego jest spokój duchowy, dla zapewnienia którego należy usunąć chorego od nadmiernego życia towarzyskiego, od zbytecznych rozrywek i t. p.

Dla pielęgowania neurasteników, będących w stanie zdrowienia, najlepsze warunki można by znaleźć w uzdrowiskach, chorzy ci jednak w wysokim stopniu wymagają leczenia indywidualnego i z tego powodu zbyt licznie zwiedzane zakłady nie są dla nich odpowiednie. Praca fizyczna jest dla chorych w tym okresie cierpienia bardzo pożyteczna, wzmacniając ich odporność na szkodliwe czynniki życia codziennego.

A. T.

Münch. med. Woch 1900 № 3.

*Zimmer.* **Schronisko leczniczo-wychowawcze (Heilerziehungsheim.)** Brak specjalnych zakładów leczniczo-wychowawczych dla osób

(zwłaszcza dziewcząt) z usposobieniem i dziedzicznością neuropatyczną daje się oddawna we znaki rodzicom i wychowawcom. Wychowywanie tych zwyrodniałych osobników może być z pożytkiem prowadzone tylko w specjalnych zakładach, posiadających odpowiednio wykształcony personel pedagogiczno-lekarski, oraz wykwalifikowaną służbę pielęgarsko-wychowawczą. Zakład taki na małą skalę został założony przy schronisku ewangelickich sióstr miłosierdzia w Berlinie. Personel nauczycielski, znajdujący się pod zwierzchniem kierownictwem autora, składa się z sióstr miłosierdzia, wykształconej w zawodzie pedagogicznym i pielęgarskim, nauczycielki robót ręcznych, rysunków i gimnastyki, oraz jednego nauczyciela teologa i nauczycielki w zakresie ogólnym. Dwóch lekarzy ma pieczę nad zdrowiem pupilek. Prócz wykładów naukowych wychowanki zakładu są zajęte w gospodarstwie domowym, przy hodowli drobiu, ogrodnictwie, oraz przyjmują udział w filantropijnej pracy sióstr miłosierdzia. Zakład jest czynny od 5 mies. Zarówno ten krótki okres czasu, jak i szczupła ilość pupilek (jest ich obecnie 7) nie pozwalają jeszcze ocenić jego wartości. Zaznaczyć tylko można, iż jedna z wychowywanych tam dziewcząt została oddana do szkoły dla zdrowych, druga zaś otrzymała posadę. Autor, zarazem kierownik zakładu, jest zadowolony z dotychczasowej działalności schroniska.

A. T.

(Aerztl. Sachverst. Ztg. 1900, 10.)

— U ludzi, którzy przed przyjęciem do szpitala prowadzili życie włośczęgów, połączone z niedostatecznym odżywianiem się i nadmiernymi wysiłkami fizycznymi, znajdował często Hoppe-Seyler cukier w moczu w ilości około 1%. Po kilku dniach pobytu w szpitalu cukromocz ten znikał i nie zjawiał się więcej, nawet po spożyciu znacznej ilości cukru gronowego. Za główną przyczynę tego zjawiska uważa autor niedostateczne odżywianie; znaczenie podrzędniejsze mają zaburzenia wątroby i trzustki, zależne od nieprawidłowego trybu życia, nadużyć wysokokowych i t. p.

(Münch. Med. Woch. 1900, 16.)

— Z wykładu *Bonhoefera* na tegorocznym zjeździe psychjatrów niemieckich: „O żebrakach i włośczęgach wielkomijskich,“ przytaczamy następujące dane: Z zbadanych 400 osobników tych grup — 70% było niezdolnych do wojska (przeciętna liczba wynosi 8-9%). Z zawartych przez nich małżeństw połowa jest bezdzietna; na 100 małżeństw wypada 120 dzieci. U 50% wykazano obciążenie dziedziczne w postaci obłąkania (9%), padaczki (12%), alkoholizmu (29%). Wśród badanych 53% nie ukończyło szkoły ludowej, z pozostałych 47% wielu zwiedzało tylko jednoklasowe szkoły wiejskie. Zarówno niski stopień wykształcenia, jak i brak pracy, są u wielu wynikiem wrodzonego braku uzdolnienia umysłowego. Około 22% jest głupkowatych, 6% cierpi na choroby umysłowe nabyte, 87% — pijacy nawykowi. U 63% alkoholizm powstał na tle usposobienia dziedzicznego lub defektów wrodzonych. Przekroczenia prawa rozpoczynają się najczęściej między 15 a 20 rokiem życia, w mniejszej ilości występuje datuje swój początek między 25 a 30 rokiem oraz 35 a 40. Są to trzy okresy życia, odpowiadające: pierwszy początkowi pracy zarobkowej; drugi — największej

konkurencji na tem polu, a trzeci — upadkowi zdolności wytwórczej wskutek alkoholizmu. Z osobników, które rozpoczęły występne życie przed 25 rokiem, większość pochodzi z miast, wśród pozostałych większość stanowią wieśniacy. Pierwsza grupa zawiera więcej głupkowatych i epileptyków, druga zaś więcej alkoholików i obłąkanych.

(Aerztl. Sachverst. Ztg. 1900, 10).

## Wiadomości drobne.

— Przy *Peritonitis* zaleca Sehwald okłady z 96% wysoko ku. Dobre wyniki widywał też przy *Appendicitis* (w początku choroby).

(Therap. Monatsh. 1900. 5)

— O zatruciu dziecka ołowiem, zakończonem śmiercią, spowodowanem przez długotrwałe używanie maści Hebry, donosi Hahn. Przypomina też inne podobne przypadki, w których plaster ołowiany przyłożony nawet na nieuszkodzoną skórę wywołał objawy zatrucia. (Arch. f. Kinderheilk. Tom 28. Z. 3 i 4).

— Würz badał udział urazu w powstaniu nowotworów. Jego materiały wynosi 713 przypadków. Ze 129 nowotworów łagodnych uraz wywołał 3,12%; z 502 raków było 1,59%, z 82 mięsaków—7,31% natury urazowej. Wogóle uraz może wywołać głównie kostniaki i mięsaki. Przy zestawianiu tej statystyki pominięte były przypadki, gdzie działał uraz przewlekły (tarcie, tworzenie się nowotworu na bliźnie i t. p.)

(Beitr. z. klin. Chir. Tom 26).

— Hahn opisuje przypadek raka owłosionej części głowy, który się rozwinął bezpośrednio po urazie. Uraz spowodował ranę, która nie goiła się, przeszła we wrzód; ba-

danie wyluszczonego wrzodu wykazało jego charakter nowotworowy. Pacjent miał lat 68. Raki tej części ciała są wogóle rzadkie.

(Beitr. z. klin. Chir. Tom 26).

— W Klinice Akademji Lekarskiej w Petersburgu leczą chorych na ospę przy pomocy światła czerwonego: Ściany obciążnięto suknem czerwonym, w okna wstawiono szyby czerwone, lampki elektryczne pokryto kloszami takiegoż koloru. Wyniki otrzymano bardzo dobre.

Dr. Wolfberg (z Wrocławia) przekonał się o dodatniem działaniu światła czerwonego przy ciężkiej odrze.

(Zt. f. Krankenpfl. 1900. № 5).

— Przykry smak tranu poprawia wypłókanie ust przed i po traniu, „wodą żelazną“, którą się przygotowuje przez włożenie do butelki z wodą, na parę dni, zwyczajnego gwoźdźca żelaznego.

— W 4 szpitalach Paryzkich wykładaną jest bezpłatnie nauka i sztuka pielęgnowania chorych, mianowicie w Salpêtriére, Bicêtre, Pitié i Lariboisiére. Kurs obejmuje następujące przedmioty: budowa i czynności organów; opatrywanie chorych; mała chirurgia; pielęgno-

wanie położnic i noworodków; higieny; o podawaniu leków.

— Villaret sprawdził zawartość strzykawek Pravatza, które sprzedawają jako zawierające 1 cm<sup>3</sup> płynu. Otóż przy sprawdzaniu okazało się, że zawartość tych strzykawek wahała się w granicach: 0,5—1,3 cm<sup>3</sup>; Wobec tego, że za pomocą tego przyrządu stosujemy środki silnie działające, niedokładność wyżej wskazana może stać się przyczyną ujemnych następstw dla zdrowia. V. nawołuje do sprawdzania każdej kupionej strzykawki przez dokładne ważenie pustej i napełnionej wodą).

(Zt. f. Krankenpfl. 1900 № 5).

— Beuttner poleca *salipyrinę* (3 razy dz. po 1,0) przy krwotokach macicznych.

(Corresp. f. Schweiz. Aerzte. 1900 № 3).

— Campbell radzi *Ammonium chloratum* (10,0; Aq. d. 100. Co 2 g. łyżkę) przeciw nerwobólwi nerwu trójdzielnego.

(Münch. Med. W. 1900 № 10).

— Bastie radzi następującej zabieg przeciw *czkawce*: kawałek flaneli, wielkości 12 cm.<sup>2</sup>, zwilżyć roztworem *kokainy* (1:10) i położyć na okolicę nadbrzuszną. Laborde — rytmiczne wyciąganie języka (ewent. — wywieszanie go z jamy ustnej na parę minut).

(Therap. Mon. 1900. № 3).

— *Chroniczne zaparcie* u dzieci leczy Dörfler, podając co dzień

2—3 łyżeczki *masta* świeżego, per-se.

(Münch. Med. W. 1900 № 4).

— Otto wstrzykuje pod skórę 5% roztwór *Natrii iodati* (1—2 strzykawki) przy cierpieniach *goscowych*.

(Ther. Mon. 1900 № 4).

— W tegorocznej epidemii *grypy* widzi Ruhemann nowe potwierdzenie swojej teorii o zależności epidemii tego cierpienia od *światła słonecznego*. Mała ilość godzin słonecznych w miesiącach zimowych roku ubiegłego i początku roku bieżącego była przyczyną ostatniej (jak i poprzednich) epidemii grypy.

(Berlin kl. W. 1900. № 9).

— Heim przytacza dwa przypadki krańcowego wycieńczenia dzieci (10 i 6 mies.), przy objawach choroby żołądka i kiszek — w zależności od *Ascaris lumbricoides*.

(Deut. Med. W. 1900. № 10).

— Z własności *Trae Guajaci*, jako odczynnika na leukocyty (zabarwienie niebieskie) radzi korzystać Brandeburg: 1) przy poszukiwaniu *ropy w moczu*, używając do reakcji filtru, przez który mocz przesączono; 2) przy badaniu krwi (przesączyć parę kropel krwi zmieszanej z wodą), jeśli jest podejrzenie *leukemji*.

(Münch. Med. W. 1900. № 6).

— *Brodawki* niszczy 40% *formalina*; smarować co 2—3 dni.



---

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski, C. Stankiewicz, A. Tumpowski.

**Wydawca:** Dr. C. Stankiewicz.

**Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 24 Августа 1900 г. Друк К. Кобиńskiej, Srednia 23-