

Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą z pracowni prof. Bujwida*).

Podał Dr. W. Puławski (z Radziejowa).

Stosując w ciągu dalszym przy leczeniu płonicy surowicę przeciwpłoniczą z pracowni prof. O. Bujwida w Krakowie, posiadam 29 nowych spostrzeżeń, których opis niżej podaję:

XXIX. B., dziewcz. lat 2¹/₂, córeczka oficjalisty, budowa i odżywianie średnie; zachorowała przy objawach wymiot, gorączki, ogólnego niedomagania; wysypka zaczęła zjawiać się na trzeci dzień choroby.

D. 27. VI. Chora dzień piąty, wymioty ustały; wypróżnienia płynne kilka razy dziennie; wysypka zajmuje całą powierzchnię skóry, jest obfita, intensywnie czerwona, punkcikowata, zlewająca się. Gruczoły okołoszczękowe i szyjowe z obu stron umiarkowanie powiększone, twarde, bolesne. W gardzieli na migdałkach i łukach dyfteroidalne naloty, dosyć duże, szaro-żółte, zlewające się z okoliczną zaczerwienioną i obrzękłą błoną śluzową. Ciepłota 39,0°; tętno 160, drobne, łatwo wyczuwalne; oddech 44, nierówny, niespokojny, z rżenieniami. Osłabienie ogólne, senność i apatya; badanie nie wywołuje zbyt silnego oporu. Zastrzyknąłem 20 ctm. sześć. surowicy przeciwpłoniczej Bujwida.

D. 28. VI. W nocy spała niespokojnie, często się budziła, mającąc; pociła się obficie, kilkakrotnie. Zrana spokojniejsza, spała lepiej. Ciepłota 38,04; tętno 140, nieco silniejsze; oddech 36, równiejszy, czystszy. W gardzieli nalot powiększył się; gruczoły bez zmiany; wysypka również.

D. 29. VI. Spała lepiej, pociła się; wysypka bladejsza. Ciepłota 38,02; tętno 132, mocniejsze; oddech 28, głębszy. Naloty w gardzieli ograniczają się, miejscami odchodzą od powierzchni; gruczoły nieco mniejsze i mniej bolesne. Ogólny stan lepszy.

D. 2. VII. Ciepłota 37,08; tętno 106, zresztą normalne; oddech 22, normalny. Sypia coraz więcej i spokojniej, apetyt lepszy; gruczoły znacznie mniejsze; naloty w gardzieli miejscami znikają, rozplývając się; pozostało zaczerwienienie ogólne błon śluzowych.

Odąd szybkie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej.

XXX. M., dziewcz. lat 7, córka włóścianina; budowa i odżywianie dobre; zachorowała przy objawach: gorączki, bólu głowy oraz silnych i częstych wymiot, zwłaszcza po każdym napoju; wysypka zaczęła występować zaraz na drugi dzień choroby.

D. 30. VI. Chora czwarty dzień; wymioty ustały. Wysypka grubo i drobno-punktowa, niezlewająca się, zajmuje całą powierzchnię skóry. Gruczoły z obu stron umiarkowanie powiększone, stwardniałe, mało bolesne; w gardle na migdałkach niewielkie szaro-zielonawe, szlamiate naloty. Ciepłota 38,08; tętno 128, twarde, łatwo wyczuwalne, oddech 28, zresztą normalny. Zastrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy przeciwpłoniczej Bujwida.

Wszystkie objawy chorobowe ustąpiły w ciągu dni ośmiu, potem szybkie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej.

Prawie bezpośrednio przed zachorowaniem opisanej tu chorej młodsza jej siostra przebyła bardzo lekką szkarlatynę, która wraz z niewielkiem łuszczeniem nie trwała dłużej jak dni 10; surowica stosowaną nie była. W końcu trzeciego tygodnia po rzekome wyzdrowieniu wystąpiły nagle, przy objawach niewielkich obrzęków na twarzy, b. silne drgawki uremiczne, wśród których na trzeci dzień chora zmarła. Analiza moczu wykazała 1,5‰ białka (Essbach).

XXXI. K., chłopiec 13 miesięcy; synek młynarza, dobrze odżywiony i tego zbudowany.

D. 2. VII. Chory piąty dzień przy objawach wymiot, gorączki, ciąglej nieprzytomności. Wymioty od dnia trzeciego rzadsze, lecz trwają; kilkakrotnie na dzień bywają płynne stolce, cuchnące, nieobfite,

*) Ciąg dalszy patrz. Czasopismo Lekarskie № 8 str. 335 i № 9 str. 363. T. VI. r. 1904

koloru szaro-zielonego. Wysypka zaczęła się zjawiać na trzeci dzień choroby; w chwili badania jest ona rozrzucona po całej powierzchni ciała, plamiasta, grubo i drobnopunktowa, miejscami zlewająca się w jednostajnie czerwonosine plamy. Gruczoły szyjowe z obu stron bardzo wielkie, zlewające się w twarde grupy, sięgające od krtani aż poza uszy; obmacywanie i ucisk gruczołów nie wywołuje żadnej reakcji ze strony chorego. W gardle obfite, zielonożółte naloty, wycielające całą gardziel, cuchnące i krwawiące przy pocieraniu; język suchy, popękany, pokryty ciemnym nalotem; w otworach nosa i naokoło ust widoczne są nadżarcia, pokryte sadłowatym nalotem. Dziecko jest senne, nieprzytomne; badanie nie wywołuje oporu, ani wogóle żadnej reakcji. Ciepłota 38,°2; tętno około 200, nitkowate, trudno wyczuwalne; oddech 40, bardzo powierzchowny, krótki („technie“), niekiedy rżęzący. Stan wogóle beznadziejny. Zastrzyknięto 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida; podczas iniekcji nie było prawie żadnej reakcji. D. 4. VII. zrana exitus letalis przy objawach postępującego upadku sił i wzrastających rżęzieniach wobec coraz cięższego i powierzchowniejszego oddechania.

XXXII. K., lat 18, brat rodziny poprzedniego, silnej budowy i dobrego odżywienia.

D. 5. VII. Chory trzeci dzień przy objawach dreszczy, gorączki, bólu głowy i gardła; wymiot nie było i niema; ciepłota 38,°8; tętno 108; oddech 26. Gruczoły z obu stron lekko stwardniałe i nieco powiększone, bolesne; w gardzieli niewielki nalot na migdałkach, zresztą błona śluzowa intensywnie zaczerwieniona. Na piersiach zaczyna zjawiać się wysypka, rzadka i blada. Zastrzyknięto 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

W ciągu kilku dni następnych wszystkie powyższe objawy ustąpiły; dnia 15. VII. był już zdrow zupełnie; komplikacji, żadnych w następstwie nie było aż do chwili obecnej.

XXXIII. B., chłopiec lat 3, budowy i odżywiania średnich, syn gospodarza.

D. 8. VII. Chory trzeci dzień przy objawach wymiot, występujących po przyjęciu każdego napoju, gorączki i rozwolnienia. Ciepłota 38,°5; tętno 132, szybkie, łatwo wyczuwalne; oddech 36, powierzchowny, krótki. Gruczoły okołoszczekowe, zwłaszcza lewe, powiększone, stwardniałe i bolesne. W gardzieli nalot na migdałku lewym zielonawy, ograniczony. Wysypka

punczikowata czerwona na piersiach i brzuchu. Zastrzyknięto 10 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida. Ustąpienie wszystkich chorobowych objawów w ciągu dni ósmiu; następnie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej. Łuszczenie się naskórka było względnie niewielkie.

XXXIV. Jarz., chłopiec lat 7, syn kowala; budowa i odżywianie średnie. Zachorował przy objawach gorączki, wymiot, bólu gardła.

D. 11. VII. Chory drugi dzień; wymioty trwają po przyjęciu jakiegokolwiek płynu. Ciepłota 39,°6; tętno 128, małe i miękie; oddech 28, powierzchowny, dość równy. Gruczoły szyjowe z obu stron powiększone, stwardniałe i bolesne; w gardzieli ogólne zaczerwienienie błon śluzowych i niewielkie, zielone, naloty na migdałkach. Wysypka drobnopunktowa, dość rzadka, nie zlewająca się się na piersiach, brzuchu i udach. Zastrzyknięto 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida. Szybkie ustępowanie wszystkich objawów chorobowych do dnia 21. VII. W dniu tym wystąpił lekki obrzęk kończyn górnych i dolnych oraz obu powiek, który do dnia 26. VII. znikł bez śladu. Mocz, badany dnia 22. VII. wykazał 0,30% białka (Esbach); przy badaniu moczu dnia 28. VII. białka nie było ani śladu. Dalszy przebieg bez żadnych komplikacji aż do chwili obecnej.

XXXV. Ziół., dziewcz. lat 6 $\frac{1}{2}$, córka włóдаря, budowa i odżywianie dobre.

D. 15. VII. Chora drugi dzień, przy objawach gorączki, wymiot, bólu gardła. Ciepłota 39,°4; tętno 132, drobne, łatwo uciskalne; oddech 36, powierzchowny, względnie czysty. Gruczoły z obu stron powiększone, stwardniałe i bolesne; w gardzieli mocne zaczerwienienie ogólne; na obu migdałkach niewielkie, szlamiaste naloty. Zastrzyknięto 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

17. VII. Wysypka rozszerzyła się po całej powierzchni skóry, jest intensywnie czerwona, zlewająca się, punczikowata. W gardzieli naloty większe; gruczoły bez zmiany. Ciepłota 38,°2; tętno 124, mocniejsze; oddech 26, równy, czysty; przez noc i we dnie poci się.

19. VII. Wysypka zbladła, miejscami zaczyna znikać; gruczoły mniejsze; naloty na migdałkach ograniczyły się i zaczynają odchodzić od powierzchni błony śluzowej. Ciepłota 37,°6; tętno 104; oddechi 20. Odtąd szybkie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej. W rodzinie Ziół., d. 15. VII. zmarła na szkarlatynę wycho-

wanka, dziewczyna lat 5, na dziesiąty dzień choroby, przy objawach bardzo obfitego ropienia gruczołów szyjowych; surowica stosowana niebyła.

XXXVI. S., dziewcz. lat 4, budowy i odżywiania średnich, córka fornala.

D. 15. VII. Chora trzeci dzień przy objawach niedomagania ogólnego, połączonego z wymiotami, gorączką i bólem gardła. Wysypka drobnopunktowa, ciemnoczerwona, zaczyna występować na piersiach i brzuchu. Gruczoły z obu stron powiększone, stwardniałe i bolesne; a w gardzieli zaczerwienienie ogólne i niewielkie żółtawe naloty na migdałkach. Ciepłota $38^{\circ},5$; tętno 126; oddech 28. Zastrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

D. 16. VII. W nocy kilkakrotne poty; wysypka pokryła całe ciało; ciepłota $38^{\circ},2$; tętno 120; oddech 24; zresztą bez zmiany.

D. 17. VII. Ciepłota $38^{\circ},0$; tętno 120; oddech 22. Wysypka intensywnie czerwona; gruczoły mniejsze.

D. 19. VII. Wysypka zbladła, miejscami zaczyna znikać; gruczoły mniejsze, naloty znikają. Ciepłota $37^{\circ},6$; tętno 112; oddech 20. Odtąd szybkie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej.

XXXVII. Ziół., chłopiec lat 2, rodzony brat dziewczyny chorej, opisanej pod № XXXV, tęgiej budowy i doskonałego odżywiania.

D. 18. VII. Chory drugi dzień przy objawach gorączki, wymiot i bólu gardła. Wysypka zaczyna się zjawiać na piersiach i brzuchu, jest jasnoczerwona, drobnopunktowa, niezlewająca się. Gruczoły ze strony prawej silnie powiększone, mocno stwardniałe i bardzo bolesne, ze strony lewej zaś nieznacznie; w gardzieli na prawym migdałku żółtozielony nalot, wielkości grochu szablatego, gruby, ograniczony; na lewym migdale nalot niewielki. Ciepłota $39^{\circ},2$; tętno 146, małe, szybkie; oddech 40, powierzchowny, chrapliwy. Zastrzyknałem 20 ctm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

D. 20. VII. wysypka na całym ciele obfita, intensywnie czerwona, zlewająca ca się; gruczoł prawy bez zmiany, prawe ucho normalne. Ciepłota $38^{\circ},5$; tętno 132 mocniejsze; oddech 36 nieco głębszy, czyściej.

D. 22. VII. wysypka zbladła; prawy gruczoł powiększył się; skóra nad nim zaogniła się; w gardzieli nalot rozplywa się, znika częściowo. Ciepłota $38^{\circ},8$; tętno 138; oddech 32.

D. 27. VII. Wysypka znikła; łuszczenie się naskórka dosyć znaczne. Prawy gruczoł pod działaniem kataplazmów ze siemienia lnianego pękł, wydzielając obficie zieloną, gęstą ropę. Ciepłota $37,4$; tętno 132; oddech 26.

D. 1. VIII. Otwór ropnia zabliznił się; ropienie było niewielkie; stosowano kompresy w 2% wody karbolowej, pod cetratką. Ciepłota $37^{\circ},0$; tętno 102, oddech 20. Odtąd szybkie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej.

XXXVIII. Jarz., lat 3, rodzony brat № 34, budowy i odżywiania średnich.

D. 26. Chory siódmy dzień; przez pierwsze dwie doby były ciągłe wymioty, na trzeci dzień z chwilą występowania wysypki stopniowo ucichły. Wysypka obfita, punkcikowata, zlewająca się, intensywnie na całej powierzchni ciała, na kończynach z odcieniem żółtawo-sinym. Gruczoły wydatanie powiększone, stwardniałe i bolesne z obu stron; w gardzieli na migdałkach i łukach obfity nalot szarozółty, gruby, cuchnący. Ciepłota $39^{\circ},3$; tętno 156 małe, drobne, łatwo uciskalne; oddech 40 powierzchowny, nierówny, przerywany. wydatanie osłabienie ogólne i senność; badanie utrudnione wywołuje słaby opór. Zastrzyknięto 20 ctm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

D. 27. VII. W nocy obfite poty spał niespokojnie.

D. 28. VII. Poci się mniej, z przerwami, spał spokojniej; wysypka blednie i zaczyna znikać. Ciepłota $38^{\circ},5$; tętno 132 pełniejsze i mocniejsze; oddech 28 równiejszy i głębszy. Gruczoły mniejsze i nie tak bolesne; w gardle naloty znikają; błona śluzowa bledsza i mniej obrzękła. Odtąd powolne zdrowienie przy obfitem łuszczeniu się naskórka bez żadnych komplikacji następnych aż do chwili obecnej.

XXXIX. Wojc., dziewcz. lat 3, wątlej budowy i lichego odżywiania, córeczka stelmacha.

D. 26. VII. Chora drugi dzień; wymioty po każdym jedzeniu i picciu. Ciepłota $38^{\circ},6$; tętno 140 szybkie, drobne; oddech 32 powierzchowny, czysty. Wysypka zaczyna zjawiać się na piersiach, rzadka, drobnopunktowa. Gruczoły z obu stron nieco powiększone, zlekka stwardniałe i mało bolesne; w gardzieli ogólne zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej, na migdałkach zaledwie dostrzegalne zarzysy nalołów. Zastrzyknałem 10 ctm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Przy niewielkiej wysypce ustąpienie wszystkich objawów chorobowych w cią-

gu dni ośmiu; potem zdrowienie bez żadnych komplikacji aż do chwili obecnej.

XL. Mik., dziewcz. lat 14, budowy wątlej i odżywiania lichego, córka furmana.

D. 28. VIII. Chora piąty dzień; przez pierwsze dwa dni prawie bezustanne męczące wymioty (resp. ruchy wymiotne); z chwilą ukazania się wysypki na trzeci dzień wymioty stopniowo ucichły. Wysypka ciemno-szkarłatna, zlewająca się, pokrywa całą powierzchnię ciała, miejscami ma odcień żółtosiny. Gruczoły z obu stron wydatnie powiększone, mocno stwardniałe i bardzo bolesne; w gardzieli na migdałkach, łukach i jęczyczku obfity nalot szarozielony, szlamisty, cuchnący, krwawiący przy pocieraniu. Ciepłota 38,9; tętno 135, małe, łatwo uciskalne; oddech 36 powierzchniowy, krótki, nierówny. Ogólne osłabienie bardzo wydatne; badanie utrudnione; mowa cicha, nosowa, bardzo utrudniona, bolesna, przełykanie również. Zastrzyknąłem 20 centm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

D. 30. VIII. Przez dzień poprzedni obfite kilkakrotne poty; ostatnią noc spała spokojniej, pocila się. Ciepłota zrana 37,08; tętno 120 mocniejsze, pełniejsze; oddech 26 równiejszy, głębszy, spokojniejszy. Wysypka nieco bledsza; gruczoły mniejsze, w gardle nalot odgranicza się wyraźnie: stał się grubszy, miejscami odchodzi od powierzchni. Mowa wyraźniejsza, przełykanie łatwiejsze i mniej bolesne.

D. 2. IX. Wysypka miejscami znikła, zaczyna się łuszczenie; gruczoły jeszcze zmniejszyły się; w gardle naloty znikły; pozostało ogólne zaczerwienienie; przełykanie łatwe i niebolesne. Ciepłota 37,05; tętno 100; oddech 20. Stan ogólny znacznie lepszy; zaczyna wstawać pomimo zakazu z mej strony.

D. 4. IX. Wyszła na dwór do pobliskiej piwnicy po kartofle przy chłodnym i wietrznym stanie pogody. Wieczorem ból głowy, dreszcze, gorączka.

D, 5. IX. Ciepłota 38,08; tętno 120; oddech 28. Skóra na twarzy, zwłaszcza na powiekach, oraz na kończynach i w okolicy krzyża nabrzęka. Mocz mętny, śkapy, z 0,5‰ białka (Esssbach). Gruczoły szyjowe normalne, w gardle czyste.

Do dnia 12. IX. objawy powyższe ustąpiły przy leżeniu w łóżku, kompresach pod ceratką na okolicę nerek i dyecie wyłącznie mlecznej. Mocz jasny, obfity, zawiera zaledwie ślady białka.

D. 14. IX. Mocz bez białka w znacznie większej ilości; stan ogólny zupełnie

zadawalniający. Na skórze wszędzie ślady bardzo obfitego łuszczenia się naskórka. Odtąd powolne zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej.

XII. Pot., chłopiec lat 7, dobrej budowy i odżywiania doskonałego, syn furmana.

D. 1. IX. Chory trzeci dzień; wymioty kilkakrotne były pierwszego dnia, potem ustały. Wysypka na całej powierzchni skóry dosyć rzadka, drobnopunktowa, bladoczerwona, nie zlewająca się. Ciepłota 39,02; tętno 124, łatwo wyczuwalne; oddech 28 równy, czysty. Gruczoły szyjowe z obu stron umiarkowanie powiększone i stwardniałe, mało bolesne; w gardzieli na obu migdałkach naloty zielonawożółte, ograniczone, niewielkie. Zastrzyknąłem 10 centm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Od dnia 6. IX. szybkie ustępowanie wszystkich objawów chorobowych, tak że w dniu 12. IX. był już zdrowy zupełnie. Łuszczenie się naskórka było nieznaczne; komplikacji następczych nie było aż do chwili obecnej.

W rodzinie Pot. niezadługo przed zachorowaniem opisanego chłopca zmarł chłopiec półroczny na trzeci dzień choroby przy objawach drgawek w twarzy, rzeżeń krtaniowych i marmurkowatego zsinienia całej powierzchni skóry. Surowica stosowana nie była.

XLII. Rog., dziewcz. lat 16, służąca, budowy doskonałej i odżywiania znakomitego.

D. 1. IX. Chora piąty dzień; przez pierwsze dwa dni były bardzo częste i silne wymioty, które na trzecią dobę, z chwilą zjawienia się wysypki, zmniejszyły się i stały się radsze, lecz trwają do chwili obecnej po przyjęciu jakiegokolwiek płynu. Wysypka, intensywnie czerwona, obejmuje całą powierzchnię skóry, zlewa się wszędzie w jednolitą szkarłatną czerwoność, wyraźnie punkcikowaną. Gruczoły z obu stron bardzo silnie powiększone, zlewają się w twarde i bolesne grupy, zachodzące na kark po za uszy; w gardzieli bardzo silne ogólne zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej, na obu migdałkach niewielkie naloty szarozielone, krwawiące przy dotykaniu. Ciepłota 39,08; tętno 140 małe, łatwo uciskalne; oddech 36, nierówny, niespokojny, powierzchniowy, ciężki, chrapliwy. Bardzo wydatne ogólne osłabienie, chwilami zupełna nieprzytomność, potem senność naprzemian z niepokojem i rzucaniem się. Badanie bardzo

utrudnione. Mowa utrudniona, niewyraźna; przełykanie prawie niemożliwe. Zastrzyknałem 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Całe dwie doby następne pocila się obficie z przerwami; obiedwie noce spała niespokojnie.

D. 3. IX. popołudniu ciepłota 38,⁰⁵; tętno 124 mocniejsze; oddech 28, równiejszy, głębszy, czystszy. Wysypka bledsza, miejscami zaczyna znikać; gruczoły mniejsze i nietak bolesne; w gardle naloty wyraźniej oddzielają się od powierzchni błony śluzowej, która jest bledsza, mniej bolesna na dotyk i mniej obrzękła. Osłabienie ogólne mniejsze, przełykania łatwiejsze.

Odtąd powolne zdrowienie przy bardzo silnem łuszczeniu się naskórka bez następczych komplikacji aż do chwili obecnej.

XLIII. Bil., chłopiec półroczny, dobrej budowy i odżywiania, zamieszkały w tej samej izbie, co i poprzednia chora; zachorował przy objawach drgawek ogólnych, które przypisano mającym wyrzynać się ząbkom.

D. 1. IX. Chory drugi dzień; pierwszego dnia po przejściu drgawek częste i silne wymioty (resp. ruchy wymiotne). Wysypka zaczyna zjawiać się na piersiach w postaci drobnych rzadkich, sinawych, zaskórnych plam. Gruczoły z obu stron bardzo silnie powiększone i stwardniałe; w gardzieli cała błona śluzowa mocno zaczerwieniona i przypuchnięta, na migdałach niewielkie naloty szarozielone.

Ciepłota 38,⁰⁴; tętno około 200, nitkowate, trudno dające się wyczuć i zliczyć, chwilami nie można odróżnić oddzielnych uderzeń; oddech około 50, bardzo powierzchowny, tchnie a chwilami rżęży. Słabość ogólna bardzo wielka; dziecko leży prawie bez ruchu; gałki oczne nie reagują na dotyk palca, źrenice zwężone nie reagują na światło. Badanie, w wysokim stopniu utrudnione, nie wywołuje oporu ani wogóle jakiegokolwiek reakcji. Zastrzyknałem 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida. Podczas iniekcji bardzo słabe odruchy w postaci skurczu nóg.

D. 2. IX. Stan bez zmiany; poty umiarkowane, chwilami niepokój; oddech bardziej rżęzący. Ciepłota 37,⁰⁵. Zastrzyknięcie eteru kamforowego było bez reakcji i bez skutku. Exitus letalis d. 4. IX. zrana.

XLIV. Rog., dziewcz. lat 19, doskonałej budowy i odżywiania znakomitego,

rodzona siostra № 42, zamieszkała, jako służąca, w sąsiedniej wsi.

D. 2. IX. Chora czwarty dzień; przez pierwszy dzień częste wymioty. Wysypka obfita, punkcikowata, ciemnoczerwona, miejscami zlewająca się, obejmuje całą powierzchnię skóry. Gruczoły z obu stron umiarkowanie powiększone, stwardniałe i bolesne; w gardzieli na migdałkach niewielkie szarozółte naloty. Ciepłota 39,⁰⁰; tętno 120; oddech 24. Zastrzyknałem 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

D. 3. IX. Przez noc kilkakrotne obfite poty; w ciągu dnia pocila się słabiej.

D. 4. IX. Noc przeszła spokojnie, poty mniejsze. Wysypka bledsza; gruczoły mniejsze i nietak bolesne; naloty w gardle odgraniczyły się, odchodzą od powierzchni. Ciepłota 37,⁰⁶; tętno 100; oddech 22. Odtąd szybkie zdrowienie przy umiarkowanym łuszczeniu się naskórka bez komplikacji następczych aż do chwili obecnej.

XLV. Now., dziewcz. lat. 2¹/₂, budowy i odżywiania średnich, córka służącego.

D. 10. IX. Chora trzeci dzień; przez pierwszą dobę były częste wymioty po każdym napoju; wysypka na piersiach i brzuchu obfita, drobnopunktowa, ciemnoczerwona, zlewająca się. Gruczoły z obu stron wydatnie powiększone stwardniałe i bolesne; w gardzieli na migdałkach, łukach i jęczyczku szarawy, sadłowaty nalot, zlewający się z powierzchnią zaczerwienionej i obrzękłej błony śluzowej. Ciepłota 38,⁰⁸; tętno 148, małe, łatwo uciskalne; oddech 36 powierzchowny, nierówny. Stan ogólny względnie dosyć zadawalniający. Zastrzyknałem 10 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

D. 11. IX. W nocy poty umiarkowane, spała niespokojnie. Wysypka objęła całą powierzchnię skóry

D. 12. IX. Ciepłota 38,⁰⁰; tętno 136 mocniejsze. Wysypka intensywnie czerwona na całej powierzchni skóry.

D. 14. IX. Wysypka zbladła, miejscami znikła; gruczoły mniejsze, naloty w gardle nikną. Ciepłota 38,⁰⁰; tętno 124; oddech 24. Odtąd szybkie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej.

W rodzinie N. bezpośrednio przed zachorowaniem opisanej tu chorej zmarł na szkarlatynę chłopiec lat 6, na szósty dzień choroby, przy objawach bardzo silnej wysypki i niezmiernie wielkiego powiększenia gruczołów. Surowica zastosowana nie była.

XLVI. Godl., chłopiec lat 8, dobrej budowy i odżywiania, syn włóдаря.

D. 11. IX. Chory dzień trzeci; wymiot nie było; wysypka rzadka, punkcikowata, bladorożowa, na piersiach i brzuchu. Gruczoły umiarkowanie powiększone, stwardniałe i bolesne z obu stron; w gardle na obu migdałkach niewielkie naloty żółtozielone. Ciepłota 38,0°; tętno 120, oddech 28. Zastrzyknąłem 10 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Do dnia 26. IX. wszystkie objawy chorobowe ustąpiły zupełnie; odtąd zdrowienie bez żadnych komplikacji aż do chwili obecnej.

XLVII. Ćw., dziewcz. lat. 10, córka furmana, budowa i odżywianie średnie.

D. 16. IX. Chora dzień trzeci; wymioty kilkakrotne przez pierwszą dobę. Wysypka intensywnie czerwona, punkcikowata, na piersiach brzuchu i udach. Gruczoły umiarkowanie powiększone, stwardniałe i bolesne; w gardzieli na migdałkach, łukach i języku naloty wązkie, podługowate, szarozielone. Ciepłota 38,08; tętno 126; oddech 28. Ogólne osłabienie i bóle w kościach, szczególnie w głowie i krzyżu. Zastrzyknąłem 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

W nocy obfite poty, które trwały z przerwami przez dzień 17. IX. Noc z d. 17. na 18. IX. była spokojniejsza; poty mniejsze, spała więcej.

D. 19. IX. Stan ogólny znacznie lepszy; wysypka rozszerzyła się na całe ciało, miejscami blednie; gruczoły mniejsze, w gardle naloty zaczynają rozplýwać się i znikać. Ciepłota 38,05; tętno 106; oddech 22. Odtąd dosyć szybkie zdrowienie bez następczych komplikacji.

W rodzinie Ćw. na dwa tygodnie przed zachorowaniem opisanej tu chorej zmarł na szkarlatynę chłopiec półtoraroczny, na piąty dzień choroby, przy objawach nieznaacznej wysypki, niewielkiem powiększeniu gruczołów i drgawkach twarzy z zezowaniem oczu (strabismus convergens). Surowica przeciwplonicza zastosowana nie była.

XLVIII. Godl., chłopiec lat 10, budowy i odżywiania dobrych, rodzony brat chorego opisanego pod № 46.

D. 19. IX. Chory drugi dzień; wymiot nie było i niema; wysypka zaczyna być dostrzegalna na piersiach, gruczoły nieco powiększone i stwardniałe, mało bolesne. W gardzieli zaczerwienie ogólne i lekki obrzęk błony śluzowej, na migdałkach zarzysy formujących się nalotów; przeły-

kanie bolesne i utrudnione. Ciepłota 38,04; tętno 124; oddech 24. Zastrzyknięto 10 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Do dnia 30. IX. wszystkie objawy chorobowe ustąpiły zupełnie, tak że w domu uważano go za zdrowego; żadnych komplikacji podczas dalszego zdrowienia nie było aż do chwili obecnej.

XLIX. Gral., chłopiec lat 9, budowy wątłej i odżywiania lichego, syn stelmacha.

D. 19. IX. Chory trzeci dzień; przez pierwszą dobę kilkakrotne wymioty. Wysypka obfita, ciemnoczerwona, punkcikowata, zlewająca się, pokrywa powierzchnię skóry na piersiach, plecach, brzuchu i wewnątrzno-przedniej stronie ud. Gruczoły wydatnie powiększone, stwardniałe i bolesne z obu stron szyi; w gardle na obu migdałkach i łukach szarosadłowate podługowate naloty. Ciepłota 39,04; tętno 110; oddech 24. Zastrzyknąłem 10 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Szybkie ustąpienie wszystkich objawów chorobowych do dnia 29. IX. z następczem zdrowieniem bez komplikacji aż do chwili obecnej.

L. Marciniak, chłopiec lat 10, budowa i odżywianie średnie, syn fornala.

D. 20 IX. Chory trzeci dzień; przez pierwszy dzień kilkakrotne uparte wymioty; potem ustąpiły. Wysypka bladoczerwona, punkcikowata, rzadka, na piersiach. Gruczoły z obu stron umiarkowanie powiększone, stwardniałe i bolesne; w gardle zaczerwienie ogólne, bardzo silne, i obrzęk błony śluzowej; na migdałkach zarzysy formujących się nalotów. Ciepłota 38,08; tętno 128 małe, łatwo uciskalne; oddech 32 powierzchowny, dosyć równy. Zastrzyknąłem 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Od dnia 23. IX. szybkie znikanie wszystkich objawów chorobowych z następczem obfitem łuszczeniem się naskórka na całej powierzchni ciała. Przez dnie 27 i 28. IX. były przejściowe bóle okolostawowe w lewym kolanie i w obu dłoniach kolejno, bez obrzmienia; ciepłota podniesioną nie była. Bóle te szybko ustępowały pod smarowaniem Chloroformem z ol. Hyosciami aa i owianiu wata. Odtąd szybkie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili odcnej.

L1. Żab., chłopiec lat 8, wątłej budowy i odżywiania lichego, syn oficjalisty urzędu celnego.

D. 26. IX. Chory drugi dzień; nocy ubiegłej ze snu wystąpiły silne objawy

krupowe z zaduszaniem się i rzucaniem, trwały do samego rana. Wymiot nie było; wysypka bladuróżowa plamiasta, miejscami punktowa, nie zlewająca się, rozrzucona na piersiach i plecach. Gruczoły szyjowe z obu stron nieco powiększone i stwardniałe, małowolne; w gardzieli zaczerwienienie ogólne, a na migdałkach niewielkie szare plamki. Ciepłota 38,02; tętno 140, nierówne, drobne; oddech 36 powierzchowny, świszczący, z udziałem epigastrii. Zastrzyknąłem 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Nazajutrz, d. 27. IX., silne rozdrażnienie ogólne; w nocy prawie nie spał, rzucał się, zrywał, krzyczał bez sensu, miał straszne sny. Ciepłota 38,00; tętno 128, małe, równiejsze; oddech 28, głębszy, równiejszy, mniej świszczący. Zaleciłem roztwór bromku sodu w wodzie (2 : 60) 2 razy dziennie po pełnej łyżce stołowej.

D. 30. IX. Wysypka, równomiernie rozlana po całym ciele, blednie i zaczyna znikać. Gruczoły normalne, w gardle naloty znikły. Jest o wiele spokojniejszy; pocił się kilkakrotnie obficie; sypia lepiej, dłużej i spokojniej. Odtąd szybkie zdrowienie bez żadnych komplikacji aż do chwili obecnej.

W tym przypadku zasługuje na uwagę przebieg kliniczny zupełnie nietypowy, odrębny, zwłaszcza w początkach choroby.

LII. Lichm., dziewcz. lat 5^{1/2}, dobrej budowy i odżywiania, córeczka kupca.

D. 27. IX. Chora czwarty dzień; wymioty trzykrotne przez pierwszą dobę; wysypka zaczęła występować pod koniec drugiego dnia choroby i obecnie zajmuje całą powierzchnię tułowia i ud; jest ona całą powierzchnią punktowa, zlewająca się. Gruczoły szyjowe z obu stron bardzo wydatnie powiększone, twarde i bolesne; w gardzieli na obu migdałkach, łukach, języczku i tylnej ścianie naloty, w postaci dyfteroidalnych plam, zielonawo szarych, krwawiących przy ścieraniu. Ciepłota 39,02; tętno 140, drobne, łatwo uciskalne; oddech 32' powierzchowny, nosowy, nieco rżący. Zastrzyknąłem zrana 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida. Wieczorem i w nocy obfite poły; spała z przerwami, niespokojnie.

D. 28. IX. rano ciepłota 38,02; tętno 132 mocniejsze; oddech 24, głębszy. Wysypka intensywnie czerwona pokrywa całą powierzchnię ciała. Gruczoły bez zmiany, boleśniejsze; w gardzieli nalot jest grubszy, żółciejszy, wyraźniej odgranicza się od sąsiedniej zaczerwienionej błony

śluzowej. Wieczorem poty mniejsze, niż dnia poprzedniego.

D. 29. IX. W nocy spała spokojniej; wysypka blednie, miejscami zaczyna znikać; gruczoły nieco mniejsze; w gardzieli nalot rozplywa się, miejscami znika. Ciepłota 37,09; tętno 122, pełniejsze; oddech 22, normalny; stan ogólny o wiele lepszy, przełykanie łatwiejsze i mniej bolesne; chętnie pije miewo, kawę mleczną, kleik, rosół. Wieczorem ciepłota 36,07.

Odtąd powolne zdrowienie przy obfitem łuszczeniu się naskórka bez komplikacji aż do chwili obecnej.

W rodzinie Lichm. na tydzień przed zachorowaniem opisaną tu chorej zmarła młodsza jej siostra, lat 3, w czwartym tygodniu choroby przy objawach bardzo silnego powiększenia gruczołów szyjowych i ogólnych obrzeków całego ciała. Przebieg samej szkarlatyny był bardzo lekki, a wysypka była niewielka i tylko przez cztery dni. Surowica stosowana nie była.

LIII. N., dziewcz. lat 3, doskonałej budowy i odżywiania znakomitego, córka ogrodnika.

D. 5. X. Chora siódmy dzień; przez pierwsze trzy doby częste i uparte wymioty, które zaczęły ustępować z chwilą rozszerzenia się wysypki na całe ciało, co nastąpiło na czwarty dzień choroby. Wysypka jest ciemnoczerwona, plamista, miejscami zlewająca się i przyjmująca odciń siny. Gruczoły z obu stron bardzo silnie powiększone zlewające w twarde grupy, sięgające na kark poza uszy; w gardzieli na migdałkach, łukach, języczku i tylnej ścianie obfite dyfteroidalne naloty, szarozielone, cuchnące, krwawiące przy ścieraniu. Ciepłota 39,09; tętno 160, nitkowate, nierówne, przerywane; oddech 48 powierzchowny, nierówny, rżący, przerywany ciężkimi westchnieniami i rzucaniem się na łóżku. Osłabienie ogólne bardzo wielkie; śpiączka prawie ciągła, przerywana od czasu do czasu stękaniami i rzucaniem się. Gałki oczne nieruchome, słabo reagują na dotyk palcem; źrenice zwężone, nie reagują na światło; rzuca się w oczy injectio pericornealis naczyń spojówki gałki ocznej. Zastrzyknąłem 20 cntm, sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida. Reakcyja odruchowa podczas iniekcji bardzo słaba. Exitus letalis w nocy z d. 5 na 6. X.

LIV. Dzierż., lat 2, budowy i odżywiania średnich, syn parobka. Zachorował przy objawach gorączki i kilkakrotnych wymiot w ciągu pierwszego dnia choroby.

D. 13. X. Chory trzeci dzień; wysypka zaczyna się pojawiać na piersiach i tułowiu, jest rzadka, blada, punkcikowata, niezlewająca się. W gardle umiarkowanej siły zaczerwienienie ogólne, a na migdałach zarysy formujących się nalotów; gruczoły szyjowe z obu stron umiarkowanie powiększone i stwardniałe. Ciepłota 38,°6; tętno przeszło 200, nitkowate z przerwami; oddech 46 szybki, powierzchowny, nierówny, niespokojny. Dziecko wogóle nadzwyczaj niespokojne, rzuca się na łóżku, krzyczy, zaledwie że można było je zbadać; chwilami nagle staje się spokojniejsze, wtedy bladnie, robi wrażenie omdlewającego i przybiera uśmiechający się wyraz twarzy (risus sardonius). Zastrzyknąłem 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida. Podczas iniekcji reakcja nadzwyczaj silna, tak że zaledwie można go było w rękach utrzymać; potem przerywany i niespokojny sen.

D. 14. X. noc spędził bardzo niespokojnie; potów nie było wcale; był suchy, rozpalony, czerwony; ciągle zrywał się i rzucał na łóżku. Chwilami występowały jakby ataki krótkotrwałego sztywnienia ogólnego z omdlewaniem i wyrazem uśmiechu sardonicznego na twarzy. W jednym z ataków takich życie zakończył, przyczem uśmiech sardoniczny zamarł na twarzy i pozostał nawet po stężeniu pośmiertnym.

LV. Dzierż., lat 3^{1/2}, rodzona siostra poprzedniego, odżywiania bardzo lichego, przedstawia rzucające się w oczy objawy rachityzmu: kyphosis w okolicy międzyłopatkowej, nie chodzi, nóżki pałkowate, cienkie; brzuch duży, wzdęty, ciemniaczka zarosnięta, jednak przy nacisku uginają się. Zachorowała dnia 14. X. przy objawach bardzo silnej gorączki i kilkakrotnych wymiot, poczem straciła przytomność.

D. 15. X. Ciepłota 39,°8; tętno 180 nitkowate, przerywane; oddech 54, powierzchowny, nierówny, przerywany westchnieniami, zleka chrapliwy. Na powierzchni skóry gdzieniegdzie pojedyncze, niewielkie, sinawe plamki, wogóle rzadkie i niezlewające się. Gruczoły nieznacznie stwardniałe i mało powiększone; w gardle zaczerwienienie ogólne i obrzęk, w słabym stopniu, błony śluzowej. Nieprzytomna leży w ciągłej śpiączce, która nawet podczas badania nie ustępuje; w mięśniach twarzy od czasu do czasu dają się zauważyć drgawki; gałki oczne nieruchome, silnie nastrożone, słabo reagują na dotyk palcem; źrenice zwężone, nie reagują na światło. Zastrzyknąłem 20 cntm. sześć.

surowicy przeciwploniczej Bujwida. Podczas iniekcji reakcja odruchowa prawie żadna. Exitus letalis tegoż dnia o północy.

LVI. Dąbr., chłopiec lat 4, syn słuzącego. Budowa i odżywianie znakomite; zachorował przy objawach gorączki, bólu gardła i wymiot, częstych i męczących, nie pozwalających na przyjęcie jakiegokolwiek napoju.

D. 15. X. Chory drugi dzień; wymioty rzadsze; wysypka zaczyna się pojawiać na piersiach w postaci czerwonych punkcików, rozsypanych na skórze dość rzadko; gruczoły szyjowe nieco powiększone i stwardniałe. W gardle zaczerwienienie ogólne błony śluzowej; nalotów dotąd niema. Ciepłota 39,°8; tętno 132, dosyć mocne, oddech 28. Zastrzyknąłem 10 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

W ciągu dni dziesięciu ustąpiły wszystkie objawy chorobowe, poczem przy obfitem łuszczeniu się naskórka szybkie zdrowienie bez komplikacji aż do chwili obecnej.

W rodzinie Dąbr. na tydzień przed zachorowaniem opisanego tu chorego zmarła dziewczyna lat 10 na szkarlatynę, na dwunasty dzień choroby, przy objawach bardzo silnego powiększenia gruczołów szyjowych i ogólnych obrzęków. Surowica stosowana nie była, początkowy przebieg choroby był nadzwyczaj łagodny.

Na końcu podaję opis przypadku, w którym, oprócz surowicy przeciwploniczej Bujwida, zastosowałem również surowicę przeciwbłoniczą Palmirskiego.

LVII. Licht., chłopiec lat 4, budowa i odżywianie liche, syn kupca zbożowego. Zachorował przy objawach bardzo silnej gorączki, bólu gardła i kilkakrotnych wymiot.

D. 13. X. Chory drugi dzień; wymioty rzadsze, występują po mleku. Wysypka zaczyna pojawiać się na szyi, piersiach, plecach i brzuchu w postaci czerwonych, drobnych punkcików. Gruczoły okołoszczekowe i szyjowe z obu stron wydatnie powiększone i stwardniałe, są one również bardzo bolesne, tak że zaledwie pozwala je sobie dotykać; w gardle mocne zaczerwienienie ogólne błony śluzowej, na migdałkach, łukach i języczku niewielkie szlamiste naloty, szarozielonej barwy, zlewające się z powierzchnią błony śluzowej. Ciepłota 39,°8; tętno 140, małe, słabe; oddech 40, powierzchowny, nierówny. Słabość ogólna wydatna, seńność i apatya. Zastrzyknąłem 20 cntm. sześć. surowicy przeciwploniczej Bujwida.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota 39,⁰⁵; tętno 148; oddech 42. W nocy umiarkowane poty, sen niespokojny, przerywany.

D. 14. X. Zrana ciepłota 38,⁰⁵ oddech 36; tętno 136. Wysypka ciemnoczerwona rozszerza się na ramiona i uda; gruczoly większe, twardsze i bolesniejsze; w gardle naloty wyraźniejsze, większe i grubsze. Wieczorem ciepłota 38,⁰⁹; oddech 40, nosowy, rzeżący; tętno 142, słabe. W nocy sen niespokojny, przerywany; poty niewielkie.

D. 15. X. Zrana ciepłota 39,⁰⁴; tętno 144; oddech 38. Wysypka rozszerzyła się na całe ciało; jest ona ciemnoczerwona, punkcikowata, zlewająca się, bardzo gęsta, prócz miejsca, gdzie dokonałem iniekcji (regio supraumbilicalis sinistra). W okolicy tej na przestrzeni wielkości dłoni wysypka jest rzadka i biała; miejsce to stanowi pod względem koloru skóry rażący kontrast z resztą powierzchni ciała. Zjawisko to w przypadku niniejszym spostrzegalem po raz pierwszy i, jak dotąd jedyny, w tak silnym stopniu. Gruczoly bardzo bolesne i twarde; w gardle naloty odgraniczają się i odstawać zaczynają od powierzchni błony śluzowej, od spodu krwawią. Wieczorem ciepłota 39,⁰⁸; tętno 148; oddech 46, niespokojny. Chłopiec jest niespokojny, zrywa się, rzuca; w nocy duszność większa, rzeżenia również. W gardle pełno gęstej, błoniastej flegmy. Nad ranem zastrzyknałem 10 centm. sześć. (2000 jednostek ochronnych) surowicy przeciw-blonicznej Palmirskiego.

D. 16. X. około południa ciepłota 39,⁰⁴; tętno 154; oddech 46, chrapliwy. Wysypka kwitnie, jest intensywnie szkarłatna z odcieniem sinym; zresztą stan bez zmiany. Wieczorem ciepłota 39,⁰⁸, tętno 138; oddech 36; w nocy niespokój, poty umiarkowane, spał niewiele.

D. 17. X. Ciepłota 38,⁰⁴; tętno 136, nieco mocniejsze; oddech 34. Wysypka ciągle jeszcze intensywnie szkarłatna, prócz przestrzeni wyżej opisaney, gdzie jej prawie nie znać. Kontrast kolorów skóry bijąco rzuca się w oczy. Gruczoly cokolwiek mniejsze, nie tak bolesne; w gardle naloty oddzielają się w postaci obfitych, szlamisto-błoniastych, flegmistych mas. Wieczorem 38,⁰⁶; tętno 138, oddech 36. W nocy spokojniejszy; śpi cokolwiek więcej, poci się. Pragnienie ma większe, lecz przełykanie bardzo bolesne i utrudnione.

D. 18. X. Ciepłota 37,⁸; tętno 132, mocniejsze; oddech 28, głębszy, spokojniejszy. Wysypka na całym ciele w ogóle bledsza; w miejscu opisanem w okolicy

iniekcji znikła zupełnie, kontrast jeszcze zupełnie wyraźny. Gruczoly mniejsze i mniej bolesne; w gardle naloty zaczynają rozpywać się i znikać; wydzielinę z nosa obfite; zewnętrzne otwory nosa nadżarte; usta popękane, w kątach ust nadżarcia. Wieczorem ciepłota 38,⁰⁶; tętno 142; oddech 38. Pod wieczór robi się niespokojny, zrywa się, wspina się na ścianę; muszą go bezustannie pilnować. W nocy niespokój wzrósł, ciągle wspina się na ścianę. Zaleciłem bromek sodu w roztworze wodnym (2:60) po łyżce stołowej co kilka godzin.

D. 19. X. Nad ranem uspokoił się *zjawił się wypływ surowiczo-ropny z ucha lewego*. Ciepłota 37,⁰⁸; tętno 124, mocniejsze; oddech 30, spokojniejszy. Gruczoly mniejsze i o wiele mniej bolesne; w gardle naloty znikają; wysypka blednie na całym ciele, na miejscu opisywanem w okolicy iniekcji wysypki niema ani śladu, kontrast barw zaciera się. Wieczorem ciepłota 38,⁰²; tętno 128; oddech 28. W nocy spał spokojniej, pocił się.

D. 20. X. Ciepłota 37,⁰⁸; tętno 120; oddech 28. Wysypka coraz więcej blednie, miejscami zaczyna zjawiać się łuszczenie naskórka. Wieczorem 37,⁰⁶; tętno 116; oddech 26; noc spokojniejsza.

D. 21. X. Wysypka znika łuszczenie się wyraźniejsze. Wypływ z lewego ucha trwa.

D. 22. X. Stan ogólny lepszy, przełykanie prawie zupełnie swobodne; w gardle naloty znikły, pozostało zaczerwienienie ogólne. Gruczoly mniejsze i prawie niebolesne.

Od dnia 23. X. do 27. X. Stan bezgorączkowy; łuszczenie się naskórka wogóle niewielkie; gruczoly jeszcze więcej zmniejszyły się; gardło oczyściło się zupełnie; wypływ z lewego ucha mniejszy, cuchnący; z prawego ucha wyciek niewielki, surowiczo ropny, nie tak gęsty, jak ze strony lewej. Zupełny brak apetytu, niechęć do jadła i napojów. Grymasi ciągle i popłakuje bez powodu.

D. 28. X. Lekki obrzęk twarzy, powiek i okolicy krzyża. Ciepłota 38,⁰⁶; tętno 132; oddech 36. Zaleciłem ciągle kompres pod ceratkę na okolicę nerek i dyetę wyłącznie mleczną.

D. 29. X. obrzęk na twarzy bez zmiany; obrzęk rąk, nóg, móżdżny i członka. Uryna mętna, zawiera 0,25%₀₀ białka (Esbach), skąpa. Ciepłota 37,⁰⁸; tętno 120; oddech 24. Prócz przepisów poprzednich, zaleciłem urotropinę po 0,12 grama, dwa razy dziennie, z mlekiem.

D. 30 X. Obrzęk twarzy, rąk i stóp zmniejszył się, powiększył się zaś na mosznie, członku i brzuchu.

D. 31. X. Stan bez zmiany; uryna czystsza, w większej ilości, białka ślady (Essbach). Stan bezgorączkowy.

D. 1. XI. Uryny oddaje więcej, jest ona bledsza, bardziej przezroczysta; zawiera ślady białka; obrzęk znikł na twarzy rękach i stopach, na mosznie trwa bez zmiany, na członku powiększył się.

Od dnia 2. XI. do 5. XI. Stan bez zmiany.

D. 6. XI. *Białkomocą zniel*; Obrzęk moszny i członka zmniejsza się; siły wzrastają, apetyt powiększa się. Wypływ z prawego ucha zmniejszył się do minimum, z lewego ucha trwa, lecz w znacznie mniejszej ilości i nie tak gęsty.

D. 10 XI. Obrzęk moszny znikł; moc jasny, przezroczysty, *bez białka*. Wyciek z lewego ucha zmniejsza się. Apetyt i siły wzrastają.

Otdąd powolne zdrowienie bez żadnych dalszych komplikacji. Wypływ z lewego ucha trwał, stopniowo się zmniejszając, do 12. XII.

Prócz powyżej opisanych tu spostrzeżeń, miałem jeszcze leczonych surowicą przeciwpłoniczą Bujwida osiem przypadków, które po zastosowanej iniekcji straciłem z oczu, tak że zarówno przebieg dalszy, jak i ostateczny wynik leczenia ich nie jest mi dotąd wiadomy. Spostrzeżenia te, o ile posiadę o nich jakie bliższe wiadomości, będą zamieszczone w następnych grupach odnośnych spostrzeżeń.

Opisy chorych, zamieszczonych pod №№ XXXI, XLIII i LV, wskazują, że przypadki te weszły do kuracji jako beznadziejne, pomimo to nie wyłączyłem ich z ogólnego zestawienia liczbowego, chcąc być możliwie ścisłym i oprzeć się na tych rzeczywistych danych, jakie osobiście przy stosowaniu tej nowej metody otrzymałem.

Przechodząc do uogólnień, zmuszony jestem przede wszystkim zaznaczyć, że w tej seryi spostrzeżeń jeszcze więcej byłem skrupowany co do stosowania ilości surowicy przeciwpłoniczej względami materyalnemi. Pacjenci moi pochodzili prawie wyłącznie z klas najbiedniejszych, tak że *ex necessitate* musiałem stosować tylko bardzo małe dawki surowicy, mogąc rzecz nawet—minimalne. Ponieważ jednak rezultaty, jakie otrzymałem, pomimo tej przeszkody, uważam za zadawalniające, nie wahałem się ani chwili podzielić się nie-

mi z ogółem kolegów. Powiedziałbym nawet, że było to poniekąd dla mnie jeszcze większym bodźcem w zabranianiu głosu w kwestyi tak aktualnej i tak będącej na czasie, jaką jest leczenie płonicy surowicą swoistą.

W niniejszej zatem seryi drugiej miałem 29 przypadków szkarlatyny, leczonej surowicą swoistą wyrobu pracowni profesora Bujwida w Krakowie; w jednym z nich prócz tego była zastrzykiwana i surowica przeciwpłonicza z pracowni Palmirskiego w Warszawie (przyp. LVII). Pięć przypadków zakończyło się śmiertelnie, czyli 17%; wszystkie one należały do przypadków, które wystąpiły od początku jako ciężkie; cięższych przypadków wogóle było 14, czyli 48% ogólnej liczby, dały one zatem niecałe 36% śmiertelności. Pozostałe 15 przypadków zaliczam do lżejszych lub średnich ze względu na ich przebieg, jaki był przed zastosowaniem surowicy. Czy przebiegały by one równie pomyślnie, aż do chwili wyzdrowienia, bez zastosowania surowicy, tego naturalnie przesądzać nie jestem w możności.

W przeciągu tego czasu spostrzegalem 16 przypadków szkarlatyny, nie leczonych surowicą; wśród nich było 10 cięższych, czyli 62%, a w tem 7 śmiertelnych, t. j. 70%, a 44% ogólnej liczby. Z przypadków, zakończonych śmiercią, jeden zmarł na drugi dzień choroby, a dwóch na trzeci dzień, przy objawach mózgowych; dwóch chorych zmarło przy objawach bardzo wielkiego powiększenia gruczołów szyjowych na dziewiąty i dwunasty dzień choroby; w dwóch zaś przypadkach przebieg choroby, z początku łagodny, w drugim tygodniu zaostrzył się, wystąpiły obustronne ropienia uszne, ropienie gruczołów szyjowych, obrzęki ogólne i wreszcie śmierć w końcu trzeciego tygodnia choroby. Pozostałe trzy przypadki z kategorii cięższych przychodziły do zdrowia powoli, dawały komplikacje uszne, nerkowe, ropienia gruczołów; w jednym były także krwawienia z кишки stolicowej. W sześciu przypadkach lżejszych były przebiegi kliniczne normalne, bez żadnych zasługujących na wyszczególnienie objawów, prócz tego, że w dwóch z nich w końcu trzeciego tygodnia bez powodu wystąpiła bardzo silna pokrzywka, trwająca u jednego chorego dwa dni, a u drugiego prawie trzy. Pokrzywkę taką spostrzegalem również w jednym z cięższych przypadków, zakończonych pomyślnie; zjawiała się ona tutaj dopiero w czwartym tygodniu i była o wiele słabsza, niż w dwu poprzed-

nich przypadkach. W pierwszych przypadkach byli to chłopcy 6 i 8 lat, dobrej budowy i tęgiego odżywiania, w trzecim przypadku była dziewczynka lat 5, budowy wątłej i lichego odżywiania. Charakter pokrzywki był zupełnie zbliżony do tak zwanej posurowiczej.

Zestawiając dane liczbowe, otrzymane przezemnie w tej seryi przypadków, wraz z danymi, otrzymanymi w seryi pierwszej (patrz. Czasopismo lekarskie T. VI. R. 1904 № 9. str. 363) będziemy mieli:

Serya	Ogólna ilość przypadków	Ilość przypadków śmiertel.	= w %	Ilość przypadków ciężkich	= w %	Śmiertelność ich w %	UWAGI
II	29	5	17	14	48	36	Leczenie surowicą
I	28	5	18	12	43	41,7	
Razem	57	10	17,5	26	46	38	
II	16	7	44	10	62	70	Leczenie zwykłe
I	18	9	50	12	66,6	75	
Razem	34	16	47	22	65	73	

Naturalnie dane, otrzymane tu, opierają się na zbyt małych cyfrach, zdobytych w ciągu jednej epidemii, w jednej okolicy, i w warunkach nieodpowiednich (zbyt małe dawki surowicy, pacjenci z pośród warstw uboższych, lub zupełnie biednych), aby z nich można jakies poważniejsze wnioski natury ogólniejszej wyciągać. W jaki sposób cyfry te będą się w przyszłości zmieniać, czas pokaże. Teraz już jednak można mieć uzasadnioną nadzieję, że i nad surowicą przeciwbłoniczą błyszczy już promień świetlnej przyszłości.

Przypadki, leczone w drugiej seryi, grupowały się w sposób następujący:

1) Co do płci:

Chłopców 16, dziewcząt 13.

2) Co do wieku:

0 — 1 roku	1	7 — 8 lat	3
1 — 2 lat	1	8 — 9 "	2
2 — 3 "	4	9 — 10 "	1
3 — 4 "	5	10 — 11 "	3
4 — 5 "	3	14 — 15 "	1
5 — 6 "	1	16 — 17 "	1
6 — 7 "	1	18 — 19 "	2

3) Co do dnia choroby, w którym surowica zastrzyknięta została:

na 2-gi dzień	10
" 3-ci "	10
" 4-ty "	3
" 5-ty "	4
" 7-my "	2

4) Co do ilości zastrzykniętej surowicy:

10 ctm. sześć.	10
20 " "	18
20 " " + 2000 jed. ochr. sur dyf.	1

5) Co do przypadków, zakończonych śmiercią:

1) Chłopiec, rok i miesiąc, 20 ctm. sześć. na 5-ty dzień choroby; śmierć na 7-my dzień chor.

2) Chłopiec, pół roku, 20 ctm. sześć. na 2-gi dzień choroby; śmierć na 5-ty dzień chor.

3) Dziewczyna, lat 3, 20 ctm. sześć. na 7-my dzień choroby; śmierć na 8-my dzień choroby.

4) Chłopiec, lat 2, 20 ctm. sześć. na 3-ci dzień choroby; śmierć na 4-ty dzień choroby.

5) Dziewczyna, lat 3 $\frac{1}{2}$, 20 centm. sześć. na 2-gi dzień choroby; śmierć tegoż dnia.

6) Białkomocz wyraźny można było skonstatować w trzech przypadkach (34, 40, 57); we wszystkich przypadkach śmiertelnych nie udało się zebrać pewnej ilości moczu do analizy.

7) W 12 przypadkach były w rodzinach chorych wśród najbliższych lub dalszych krewnych zachorowania na szkarlatynę, zakończone śmiercią (t. j. w 41 $\frac{0}{0}$ przypadków).

Wnioski ogólne, jakie były wysnute przezemnie przy ogłoszeniu pierwszej seryi spostrzeżeń (Ptrz. Czasopismo lekarskie. T. VI. R. 1904. № 9. str. 364.) odnośnie do działania surowicy przeciwploniczej z pracowni prof. Bujwida w Krakowie, utrzymują się w pełnej sile i obecnie, dla tego też nie będę ich tu powtarzał. Nadmienię tylko, że i w tej seryi spostrzeżeń nie udało mi się ani razu zauważyć wysypki, t. zw. posurowiczej; pomijając możliwość przeoczenia jej, zwłaszcza w tych przypadkach, które, po ustąpieniu objawów groźniejszych, były przezemnie rzadziej widywane, skłonny byłbym przypisać brak jej — małej ilości stosowanej surowicy. W tem miejscu raz jeszcze zaznaczam, że wysypkę pokrzywkową, z charakteru swego zupełnie podobną do posurowiczej, spostrzegałem w trzech przypadkach, w których *surowica stosowana ucale nie była*.

Bóle, jakie zwykle zjawiały się in loco injectionis surowicy, były bardzo różnego natężenia: od nader słabych i krótkotrwałych, nie wywołujących prawie wcale skarg ze strony chorego, do nieco cięższych, trwających przez dwie doby, z częstymi skargami na nie chorych. Lecz i te również wkrótce zmniejszyły się, aby następnie ustąpić bez śladu. W przypadku 57-ym po raz pierwszy spostrzegałem zjawisko szybkiego po zastrzyknięciu zmniejszania się i zblednienia wysypki na przestrzeni wielkości dłoni naokoło miejsca zastrzyknięcia. Z miejsca tego wysypka następnie o wiele prędzej zniknęła; kontrast w kolorach miejsca tego i reszty ciała był rzucającym się w oczy. Miejsce to było niebolesne.

Wobec nadzwyczaj niedogodnych i niewdzięcznych warunków, w jakich spostrzeżenia moje były dokonywane, zwłaszcza przy ograniczeniu ex necessitate ilości stosowanej surowicy do możliwego

minimum, uważam otrzymane przezemnie wyniki za zadawalniające i wzbudzające uzasadnioną nadzieję w skuteczność surowicy przeciwploniczej, zwłaszcza stosowanej jak najwcześniej i odrazu w większej ilości. Z chwilą, gdy surowica ta zawierać będzie w danej objętości możliwie większą ilość jednostek ochronnych (Immunitätseinheiten, Antikörper), które właściwie stanowią o jej specyficznem działaniu dodatniem, zastosowanie jej stanie się łatwiejszem pod względem technicznym i bardziej możliwem pod względem ekonomicznym, ponieważ przez to samo surowica stanie się o wiele tańszą.

Już po napisaniu niniejszej pracy i przygotowaniu jej do druku, otrzymałem od prof. Bujwida z Krakowa list, w którym łaskawie zawiadamia mnie, że w razie, gdyby epidemia szkarlatyny trwała dłużej w mojej okolicy, to na użytek ludności uboższej ofiaruje pewną ilość surowicy przeciwploniczej bezpłatnie, bym miał możność stotowania jej w większych ilościach. Uważam sobie za miły obowiązek serdecznie podziękować na tem miejscu Szanownemu Profesorowi zarówno w imieniu własnem, jak i w imieniu tych, którzy by z dobrodziejstwa tego korzystać mogli. W chwili obecnej już od połowy października nie miałem w praktyce mojej ani jednego przypadku szkarlatyny; tak że uważam epidemię jej za wygasłą, przynajmniej narazie. Mam słuszne powody mniemać, że szybsze wygaśnięcie epidemii tej zarówno na oddzielnych folwarkach, jak i na pewnych ulicach miasteczka, należy prawdopodobnie przypisać stosowaniu surowicy, skracającej przebieg choroby i czyniącej go lżejszym, a przez to samo zmniejszającej dla innych szanse zarażenia się.

W tym że liście Szanowny Profesor Bujwid był łaskaw zrobić mi uwagę, że pożądanem jest, aby przy stosowaniu surowicy zanotować zawsze datę wypuszczenia jej w obieg. Ważnem to jest z tego względu, aby pracownia mogła orjentować się, które serye surowicy działały najlepiej. Przyznaję, że okoliczność ta zupełnie uszła z pod mej uwagi i nie przyszła mi na myśl, tak że ku memu szczeremu żalowi danych odnośnych zamieścić nie byłem już w stanie. Tem skwapliwiej wskazówkę tę podaję do wiadomości ogółu, aby koledy, mający zamiar lub leczący już tą metodą, w notatkach swych da-

tę wypuszczenia w obieg stosowanej surowicy zaznaczali, ponieważ to możemy mieć pewne znaczenie i wpływ na warunki, towarzyszące dalszej produkcji surowicy omawianej.



O Typhusdiagnosticum Fickera.

Odczyt wypowiedziany w Radomskim Towarzystwie Lekarskim na posiedzeniu w październiku 1904 r.

Przez Dr. Henryka Fidlera.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu dzisiejszego odczytu, uważam za stosowne omówić objawy duru brzuszno-go, jakoteż wytyczne punkty różniczkowego rozpoznania. Czynię to dla tego, że: po 1-e, mała odrębność objawów klinicznych tłumaczy dążenie do wykrycia objawu swoistego dla duru brzuszno-go, i po 2-ie, że zdobycze naukowe lat ostatnich rzucają nowe światło na sposób powstawania i znaczenia oddawna znanych objawów klinicznych.

Rozpoznanie duru brzuszno-go nie stanowi trudności w typowych przypadkach; ale typowe przypadki stanowią mniejszość; gdy tymczasem większość przypadków przebiega nietypowo i nieraz wprawia w kłopot nawet doświadczonego lekarza. Czasem należy stawiać rozpoznanie jedynie na zasadzie wykluczenia lub też domniemania.

Objawy duru brzuszno-go są następujące:

1. *Zwiastuny* trwają od kilku godzin do kilku dni i tygodni. Chory uskarża się na ogólne niezdrowie, nieswojskość, ociężałość, bóle w kończynach, upośledzone łaknienie, zawroty i bóle głowy, niespokojny sen, szum w uszach, czasami bóle w brzuchu i biegunkę. Brak jednego lub kilku z powyższych objawów niema znaczenia dla rozpoznania.

2. *Początek* choroby datuje się od chwili zjawienia się *gorączki*, którą poprzedzają jeden lub kilkakrotnie dreszcze.

Gorączka typowa powinna przebiegać jak następuje: W pierwszej połowie pierwszego tygodnia, lub później, ciepłota podnosi się na wzór tarasu, a mianowicie w ten sposób, że c. wieczorna każdego dnia jest o 1° wyższą od c. wieczornej poprzedniego dnia, a o 1/2° od rannej następującego dnia. Po 3—5—7 dniach c. dosięga szczytu 39,5—40,5 i od tej pory ma charakter ciągły zwalniający (f. conti-

nua remittens) t. j. około 40° wieczorem z nieznacznie rannymi zwolnieniami, nie przenoszącymi 0,5.

W trzecim tygodniu ranne zwolnienia bywają znacznie większe, co uważać należy za zwrot ku lepszemu. W tym okresie c. ranna wynosi 38°—39°, wieczorem zaś dochodzi do 40°. Wahania wynoszą od 1° do 2° (f. remittens). W 4 tygodniu c. spada stopniowo poniżej 38°, zaś wieczorem dosięga 40° (f. intermittens). W 5 tygodniu i wieczorem c. nie dochodzi do 38°. Jeżeli w okresie gorączki zwalniającej lub przepuszczającej c. wieczorna jest niższą od rannej (typus perversus), to należy się spodziewać powikłań. Ostatecznie gorączka ustępuje około 28 dnia choroby (L e u b e).

Jednak istnieją liczne zboczenia od powyższego typu. E w a l d i B i e g a ŋ s k i opisują przypadki, w których c. po wstrząsającym dreszczu dosięgła odrazu bardzo wysokich cyfr i w dalszym przebiegu miała charakter przepuszczający, jak przy zimnicy. Znane są też przypadki bez gorączkowego przebiegu duru brzuszno-go (H. R o s e n t h a l).

Z licznych swoich spostrzeżeń przytaczam tutaj 2 tablice krzywej ciepłoty chorych durowych. I-a dotyczy 16 letniego ucznia szkoły handlowej L. K., który gorączkował 45 dni bez żadnych powikłań. Ciepłota od 9 do 14 dnia dochodziła wieczorem do 40°, od 14 do 41 do 39° i dopiero od 41 do 46 poczęła spadać poniżej 38°.

II tablica dotyczy trzydziestokilkoletniej pani Z., która gorączkowała w przeciągu 67 dni. Typ gorączki był wysoce nieprawidłowy. Ciepłota w przeciągu 13 dni wahała się około 39°, w przeciągu następnych 14 dni około 38° z rannymi spadkami do normy, poczem w przeciągu 9 dni c. była prawie normalna, jakkolwiek czasami dochodziła do 37,5°. Następnie od 26 do 31 dnia bez żadnych powikłań c. poczęła się podnosić do 38° (prawie) i trzymała się około 37,5° do 39 dnia. Potem znowu podskoczyła wyżej i wahała się pomiędzy 38° i 39° do 50 dnia (49 dnia dokonano badania na próbę Widala, która wypadła dodatnio, co ustaliło rozpoznanie). Dodać należy, że chora miała zgęszczenie prawego wierzchołka i nieco kasłała, co rozdziło podejrzenie ostrej gruźlicy.

Po gwałtownym spadku niżej normy (36°) 57 dnia ciepłota ponownie podskoczyła 58 dnia i poczęła się wspinać w górę dochodząc do 38,5° wieczorami. W prze-

ciągu 4 dni od 58 do 62 dnia wystąpiły silne bóle w górnych i dolnych kończynach. 62 dnia ku memu źdźwieniu zjawia się obfity herpes na górnych i dolnych kończynach. Wysypkę poprzedziło ogromne swędzenie. Opryszczka zajmowała kolejno kończyny, twarz, plecy, przednią powierzchnię klatki piersiowej oraz brzuch. Wysypywanie trwało do 75 dnia choroby, zaś gorączka do 67.

Kolega K o z e r s k i, któremu o tem pisałem i który chorą widział już po wyzdrowieniu, określił powyższą wysypkę jako *urticaria vesiculosa* na zasadzie następujących danych: a) zupełny brak blizn pomimo rozległej wysypki; b) brak następczych parestezyi; c) granice wysypki (np. pas między obu łopatkami na plecach wzdłuż kręgosłupa—nie zaś, jak zwykle owalnemi wyspami wzdłuż nerwów międzyżebrowych); wreszcie d) ciągle nawroty w coraz to innych miejscach. Ponieważ u powyższej chorej koledzy D u n i n i C h r o s t o w s k i stwierdzili objawy histeryi, przeto kolega K o z e r s k i sądzi, że wysypka była odmianą pokrzywki, która może występować szczególnie u osobników histerycznych pod postacią wypukłych czerwonycych plam, pokrytych wieńcami lub gromadami pęcherzyków, nie pozostawiających ani blizn, ani parestezyi, a jedynie pigmentację.

Mojem zaś zdaniem, bóle przed wystąpieniem wysypki, swędzenie w chwili występowania, charakteryczny wygląd w postaci drobnych pęcherzyków, napełnionych przezroczystą cieczą, wyglądających jak perełki, wszystko to przemawiało za rozpoznaniem *herpes*. W dostępnej mi literaturze nie znalazłem wzmianki o podobnym powikłaniu przy durze brzusz-
nym.

Przytoczyłem tutaj tę historję choroby dla tego, że ten przypadek będzie chyba unikatem. Zarówno przypadki opisane przez E w a l d a, B i e g a ń s k i e g o, jakoteż i moje, wskazują, że przebieg gorączki przy durze brzusz-
nym bardzo odbiega nieraz od typu.

3. Zachowanie się *tętna*. Przy durze brzusz-
nym tętno zwykle jest wolniejsze, aniżeli przy innych chorobach zakaźnych. Częstość tętna nie odpowiada wysokości ciepłoty. Gdy zwykle przy 40° tętno bywa 120, przy durze nie przenosi ono 80 do 100.

Ten objaw trwa podczas całego przebiegu jedynie w postaciach lekkich; w ciężkich istnieje tylko w pierwszych okresach choroby, gdy w następnych tęt-

no staje się bardzo szybkim wskutek osłabienia mięśnia sercowego. Oprócz tego, tętno bywa dwubitnem. Zwolnienie tętna zależy zapewne od wpływu jadu tyfusowego na ośrodki, regulujące rytm serca, a dwubitność—od zmniejszenia napięcia tętnic wskutek porażenia nerwów zew-
żających naczynia (*hypotonia vascularis*).

Lecz podobne zachowanie się tętna nie stanowi absolutnie stałego objawu, a przeto i szybkie tętno nie przeczy rozpoznaniu duru. Z drugiej strony, zwolnienie tętna zdarza się dość często i przy gryppie, (i zapaleniu opon mózgowych). L e i c h t e n s t e r n jest zdania, że „bradycardia występuje w gryppie częściej, aniżeli w innych zakaźnych chorobach”. Zwolnienie bywa albo bezwzględne—48 do 60 uderzeń, przy stanie podgorączkowym lub bezgorączkowym, albo też względne—80 do 120 uderzeń przy ciepłocie 39° do 41°. Tętno nie zmienia swej szybkości nawet wtedy, kiedy gryppę wikła zapalenie płuc. Ciekawy pod tym względem przypadek przytacza L e i c h t e n s t e r n.

Ciepl.	40,7	39,8	40,1	39,8	39,3
Tętno	106	96	92	88	94

Zwolnienia tętna przy gryppie notowane było już dawniej przez Rutty'ego (1762 r.), Hodson'a (1800), oztatnio zaś przez Stintzinga, Strümpfla, Heforna, Barthélémy, Ruhemanna, Warka, Farbsteina, S. Sterlinga. Ten objaw trwać może 8 do 12 dni.

A zatem i zwolnienie tętna nie stanowi swoistego objawu dla duru brzusz-
nego.

4. *Różyczka*—plamista rzadziej plamisto-grudkowa. L e u b e nie znajdował jej zaledwie w $\frac{1}{4}$ przypadków, S o k o ł o w s k i w $\frac{2}{3}$ przyp., zaś P a c a n o w s k i w $\frac{2}{3}$ przyp. Ja również nie widziałem różyczki w $\frac{2}{3}$ swoich przypadków.

Różyczka w większości przypadków i najwcześniej występuje na piersiach i w górnej części brzucha, w wyjątkowych razach na plecach i kończynach. Wysypka zjawia się w początku drugiego tygodnia (10 dnia). Pojedyncze plamki giną po 3—4 dniach, lecz natomiast występują świeże, tak że wysypka trwa do końca 3 lub początku 4 tygodnia Dla postawienia rozpoznania wystarczy wykrycie chociaż kilku niewątpliwych różyczkowych plam na górnej części brzucha. Wysypka powstaje wskutek ograniczonego zapalenia skóry, wywołanego przedostaniem się do naczyń włosowatych skóry laseczników durowych. W miejscu zatrzymania się l.

w naczyniach powstaje albo przekrwienie (plamki) albo zapalenie (grudki). Pod koniec choroby (w 4 tygodniu, a niekiedy później) występują na całym ciele plamki, gęsto rozsiane, mniej lub więcej ciemne lub prawie czarne, zależne od wybroczyn skórnych. Bardzo rzadko w końcu 1 tygodnia zjawia się na całym ciele, a szczególnie na tułowiu, rozlane zaczerwienienie (*rash*) znikające zresztą szybko w ciągu kilku lub kilkunastu godzin. Niekiedy widywano przy mieszanem zakażeniu pod koniec duru obfitą wysypkę odrową. Zdarzają się również i potówki.

E w a l d opisuje nietypową wysypkę, występującą w postaci pęcherzy, na brzuchu, tułowiu i ramionach. Wielkość pęcherzy była różną—od ziarnka soczewicy do ziarnka grochu. Pęcherze były otoczone czerwoną obwódką i zawierały mątny płyn, złożony z ropy i łańcuszkowców. E w a l d widywał również herpes labialis. Do rzędu nietypowych wysypek zaliczam również i swój przypadek opisany wyżej. Przypadek podobny do powyższego spostrzegaliśmy również i E w a l d, lecz w jego przydadku pęcherzyki wystąpiły jedynie na stronie łokciowej obydwóch przedramion, wielkości łebka od szpilki i zawierały żółty ropny płyn. E. przypuszcza, że to były zatopy, gdyż na sekcji znaleziono zawały w śledzionie, nerkach i płucach.

Wysypka również nie jest swoistą dla duru brzusznoego, gdyż zdarza się przy gryppie (w 1,2% przypadków), posocznico-ropnicy i durze wysypkowym. W tej ostatniej chorobie wysypka występuje najczęściej plamista, w postaci różyczki, rzadziej grudek—3 dnia choroby, najpóźniej zaś 6-go. W następstwie wysypka różyczkowa przechodzi w petocie, trwa 3 do 5 dni i występuje nie tylko na tułowiu lecz i na kończynach oraz twarzy.

5. *Powiększenie śledziony.* Objawu tego brakuje w 10% przypadków. Z pośród nich przypadków brakowało tego objawu w 40% przyp. Zazwyczaj śledziona jest mięka i rzadko bywa bolesna. W ostatnim razie można podejrywać albo zawał albo ropień. Powiększenie śledziony nie bywa u osób bardzo starych, zaś u osób młodych, jeżeli jej torebka jest gruba i niepodatna, lub też, gdy śledziona wogóle jest mała. Powiększenie śledziony występuje już w 1 tygodniu, 5 lub 6 dnia; największej objętości dosięga śledziona w końcu 2 tygodnia, zaś zmniejszać się zaczyna pod koniec 3 lub nawet 4 tygodnia. Powiększenie śledziony jest następstwem swoistego działania laseczników durowych,

wywołujących rozrost mięszu śledziony, jak i wogóle narządów chłonnych. Jeżeli gorączka spada, a śledziona jest wciąż powiększona, to znaczy, że zakażenie nie wygasło i że możliwy jest nawrot. Rozpoznanie powiększenia śledziony jest niekiedy trudnem z powodu bębnicy brzucha. Zgodnie z niemieckimi klinicystami stwierdzam powiększenie śledziony jedynie wtedy, gdy ją można wymacać pod łukiem żebrowym, nie zaś opukać, jak chcą francuscy klinicyści.

6. *Wygląd języka.* Język z początku lepki, wilgotny i równomiernie obłożony po paru dniach staje się suchym i częściowo czerwonym. Po zniknięciu nalotu, na brzegach i końcu języka, pozostaje nalot szary na samym środku, zaś brzegi są czerwone koloru surowego mięsa. Takież wyglądy ma i koniec języka w postaci trójkąta. W drugim tygodniu znika i środkowy nalot, a wtedy cały język jest suchy i czerwony, wskutek czego pęka i pokrywa się warstwą skrzepłej zaschłej krwi (*fuligo*). Na wargach również często powstają także same nadpęknięcia.

Opisany wygląd języka nie stanowi bynajmniej swoistego objawu dla duru brzusznoego, gdyż podobny objaw spotykamy we wszystkich cięższych chorobach zakaźnych: w gorączce połogowej, w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i. t. p. Suchość języka powstaje wskutek osłabienia i nieprzytomności chorego, wtedy bowiem obwisa szczęka dolna, usta są w półotwarte i język leży nieruchomo na dnie jamy ustnej; ponieważ chory oddycha głównie ustami, przeto wysycha górna dowerchnia języka, zaś brzegi, dotykające zębów, pozostają wilgotne. Jednak w pewnej liczbie przypadków, szczególniej cięższych, język pozostaje wilgotnym.

Większe znaczenie rozpoznawcze posiada drżenie języka, wynikające z osłabienia mięśni.

7. *Zaburzenia nerwowe* stanowią ponieważ stały objaw duru, lecz objaw rozmaity w swem natężeniu zależnie od indywidualności przypadku. Od bólu głowy, nieznaicznego podniecenia lub otępienia do napadów szału lub zupełnej utraty przytomności, podczas której chorey leży jak kłoda, istnieje cała skala zaburzeń, wskazujących na zatrucie układu nerwowego. Lecz objawy nerwowe nie stanowią swoistej właściwości duru. Z podobnymi objawami może przebiegać zap. opon mózgowych, posocznica, gruźlica prosówkowata, zapalenie płuc.

W pewnej liczbie przypadków duru brak jest wszelkich objawów nerwowych, za wyjątkiem pewnego zmęczenia, nieodłącznego od wszelkiej gorączkowej choroby.

Dość częstym objawem (przynajmniej w połowie przypadków) bywa ból głowy, który występuje na samym początku choroby. W drugim tygodniu ból głowy słabnie i ustępuje pewnej ocjąźalności, która pozostaje do końca choroby. Odurzenie występuje 10 a nawet 14 dnia.

8. *Objawy ze strony kanału pokarmowego.* Wzdęcie brzucha, bolesność i przelewianie w okolicy biodrowej są to objawy niestałe i dla duru niepatognomiczne. Dawniej przeceniano objawy ze strony okolicy biodrowej, które zależą od napełnienia ślepej kiszki gazami wraz z płynną zawartością. Biegunka zdarza się często, lecz w licznych przypadkach niema jej, a nawet bywa zaparcie stolca. W każdym razie, biegunka nie jest objawem tak ważnym, ażeby jej nieobecność mogła przeżyć rozpoznaniu duru.

Biegunka w durze nie jest bezpośrednim skutkiem owrzodzeń kiszkowych, lecz jedynie skutkiem schorzenia wydzielniczych nerwów kiszkowych. Zdarzają się przypadki, w których za życia było zaparcie, na sekcji zaś znajdowano rozległe owrzodzenia, i odwrotnie; za życia była biegunka, a na sekcji znajdowano w kiszkach kilka zaledwie owrzodzeń. S o k o ł o w s k i notował zaparcie w 10% przyp. B e r g w 16%, E i c h h o r s t w 12%, G o t h w 26%. W połowie przypadków biegunka bywa mniej więcej stała, w innych występuje naprzemian z zaparciem i wtedy biegunka istnieje w początkach choroby, zaś w dalszych okresach przeważa zaparcie, lub też (co się zdarza częściej) z początku jest zaparcie, a następnie biegunka.

Zaburzeń ze strony żołądka zwykle nie spotykamy. Wymioty bywają rzadko. W soku żołądkowym na szczycie choroby brak jest kwasu solnego, który się zjawia w okresie gorączki zwalnającej. Ilość pepsyny pozostaje bez zmiany podczas całego przebiegu.

Według E w a l d a, stolce tyfusowych nie zawsze mają wygląd grochówki; w ostatnich latach widywał E. bardzo często stolce brunatne częścią papkowate, częścią sformowane,

Jeżeli chory cierpi na hemorojdy i występuje mniej lub więcej obfite krwawienie, to wobec braku charakterystycznego wyglądu stolca trudno rozstrzygnąć, gdzie

jest źródło krwawienia. Wtedy rozpoznanie wahać się może pomiędzy enteritis tuberculosa, typhus i colitis diphtheritica. Gruźlicze zapalenie kiszek niezawsze bowiem przebiega z biegunką. Przeciwnie, temu cierpieniu towarzyszyć może i długotrwałe zaparcie.

Przy stolcach rzadkich, zmieszanych ze śluzem i krwią, można powziąć podejrzenie, że mamy do czynienia z colitis diphtheritica.

Nawet tam, gdzie przebieg kliniczny pozornie przemawia za durem, sekcya wykazać może gruźlicę kiszek albo dyzenterję. Jako przykład niech służy następujący przypadek:

Czterdziestojednoletni chory przybył do szpitala 18 października i zmarł 27-go. Wskutek silnego odurzenia chorego, nie można było zebrać wywiadów. Przypuszczalnie zachorował przed 10 dniami. Choroba rozpoczęła się dreszczami, poczem nastąpiła gorączka i osłabienie, a w następstwie duszność, kaszel i bredzenie. Chory robił wrażeń durowego w 3 tygodniu, leżał bez ruchu i był odurzony. Sledziona miernie powiększona, język suchy i popękany, silne przelewianie w okolicy biodrowej. Z prawej klatki piersiowej u dołu osłabienie drżenia głosowego, w obydwóch płucach wilgotne rżenia, obfita śluzowo-ropna płwocina z małą domieszką krwi. Lasecz. gruźlicy nie wykryto. C. 39.3, słaba diazoreakcja i ślady białka w moczu. Stolce grochówkowe, bez krwi i śluzu. W następnych dniach ciepłota przebiegała nieprawidłowo i wahała się pomiędzy 37,8 i 39,5. Wystąpiło silne bredzenie i zapaść. Próbnę przekłócie prawej strony klatki piersiowej wykryło obecność mętnego płynu z domieszką ropy. W stolcach nigdy nie było ani krwi, ani śluzu. Exitus letalis. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono colitis diphtheritica d., empyema d., hyperplasia lienis.

9. *Objawy ze strony dróg oddechowych.* Nieżyt oskrzeli występuje w 1 tygodniu albo w końcu 2, lub też w 3 tygodniu. W późniejszych okresach zjawiają się obfite wilgotne rżenia, a niekiedy zapalenie płuc opadowe.

Do rzadszych objawów należy krwawienie z nosa i zapalenie gardzieli (9% przyp. według G o t h a). Zapalenie powyższe trwa zaledwie kilka dni i znika przy końcu 1 tygodnia. Czasami zaś powoduje pewne zapalenie gardzieli aż do końca choroby.

10. Objawy ze strony *nerek*. W 30 do 40% przyp. (Griesinger), 33% (Weil), 25% (Eichhorst), 47% (Goth) zjawia się białkomocz, który występuje w końcu 2 lub 3 tygodnia. Ilość białka bywa niewielką. Nieraz w osadzie znajdujemy wałeczki, białe i czerwone ciała krwi. Karliński twierdzi, że białkomocz zależy od wydzielania las. durowych z moczem. Białkomocz ginie po spadku ciepłoty.

W 1882 r. Ehrlich wykrył w moczach durowych odczyn diazowy i przypuszczał, że jest on swoisty dla duru. Lecz dalsze badania wykazały, że w 50% przyp. brak jest powyższego odczynu i że występuje on przy gruźlicy, septycznym zapaleniu wsierdza, gorączce połogowej, zapaleniu płuc i w charłactwie rakowem. Stałe go brak przy zimnicy i gorączkowych niezbytach kiszek (Jez). Nie jest to więc swoisty odczyn dla duru, jakkolwiek Leube radzi być bardzo ostrożnym z rozpoznaniem duru w przypadkach, w których brak jest diazoodczynu.

11. Objawy ze strony *krwi*. W tej tkance występuje leucopenia—zmniejszenie ilości białych ciałek krwi; zamiast 6 do 7000 w jednym sześć. m.m. znajdujemy ich 4 do 5000. Ilość ciałek białych powiększa się w razie powikłań ze strony płuc lub opon mózgowych. Leucopenia występuje w 92% przyp. już w końcu 1 tygodnia (Ewald); zdarza się ona również przy gruźlicy prosówkowatej i piorunującej posocznico-ropnicy.

Z pośród wymienionych objawów tylko cztery zasługują na nazwę kardynalnych (Leube). Grupuje je według ważności, jak następuje: 1. Różyczka. 2. Zwolnienie tętna. 3. Przebieg gorączki. 4. Powiększenie śledziony.

Następnie idą mniej ważne. W pierwszym rzędzie: 5. Stolce grochówkowe. 6. Wygląd języka. 7. Nieżyt oskrzeli. W drugim rzędzie: 8. Objawy nerwowe. 9. Powiększenie wątroby.

Co się tycze powikłań, to kolejność ich częstości jest taka: a) krwotoki nosowe, b) krwotoki kiszkiowe, c) przedziurawienie kiszki, d) owrządzenie krtani.

Przeciwno durowi przemawia: nieżyt nosa, silne poty w pierwszych okresach choroby, herpes (notowany zaledwie w 5% przyp.), zapalenie wsierdza, zapadnięty brzuch, zaparcie, datujące się od samego początku choroby i trwające tygodniami, oraz stały brak diazoodczynu.

Znamiennym objawem duru jest obecność *las. durowych* w stolcu lub we krwi

zebranej z różyczek. Lecz wykrycie las. durowych w stolcu jest bardzo trudnym i wymaga doskonałej techniki bakteriologicznej wobec wielkiego podobieństwa do las. okrężnicy. Z drugiej strony l. durowe w kale zjawiają się zaledwie 13 dnia choroby.

A więc w praktyce, w braku pracowni bakteriologicznej lub należytej techniki, musimy zwykle stawiać rozpoznanie jedynie na zasadzie wymienionych objawów klinicznych.

Różniczkowe rozpoznanie wahać się może pomiędzy durem brzuszny: 1. gruźlicę prosówkowatą; 2. utajoną posocznico-ropnicą; 3. durem wysypkowym; 4. wewnętrzną czarną krostą (antrax internus); 5. ośrodkowym zapaleniem płuc; 6. zapaleniem opon mózgowych; 7. grypa; 8. paratyphus.

Przy podejrzeniu gruźlicy prosówkowej nie należy zaniedbywać szczegółowego badania płuc. Najbliższa zmiana odgłosu opukowego w wierzchołkach, jak również obecność tamże drobnopecherzykowych dźwięcznych rzeżeń, przemawiać może na korzyść gruźlicy. Za tem również przemawiają: sinica i duszność nieodpowiadające rozległości nieżyty oskrzeli, obecność chociażby bardzo słabych szmerów tarcia opłucnej lub osierdza, tętno przyspieszone odpowiednio do ciepłoty (120 do 130 w początku choroby). Mniej ważnym jest powiększenie śledziony, które się tu zdarza znacznie rzadziej, aniżeli przy durze brzuszny. Ciepłota przebiega mniej prawidłowo, aniżeli w durze; bywają na szczycie choroby zwolnienia nawet wieczorami—w przeciwieństwie do duru. Najważniejszymi objawami dla gruźlicy są: gruźlicze zapalenie naczyniówki oka i obecność l. gruźliczych w płwocinie, moczach lub we krwi; w tej ostatniej udaje się wykryć laseczniki zaledwie w nielicznych przypadkach.

Za posocznico-ropnicą przemawiają: ropnicowy charakter gorączki, złośliwe zapalenie wsierdza, zajęcie jednego lub kilku stawów, zapalenie opon mózgowych, wielopostaciowość wysypki skórnej (impetigo, erythema exsudativum, er. partiale, scarlatina puerperalis, petechiae), bolesność kości przy dotykaniu, brak zwolnienia tętna, a nadewszystko zmiany na dnie oka: wynaczynienia, środek których jest bładny, lub też jednakowej barwy z wynaczynieniem.

Za durem wysypkowym przemawia: wczesne wystąpienie obfitej, zwykle petociowej, wysypki, przyspieszenie tętna, nie-

żyt nosa i łącznicy, nagłe wysokie podniesienie ciepłoty oraz krytyczny jej spadek i obecność epidemii duru wysypkowego.

Czarna krosta może przebiegać jako ostra choroba zakaźna bez objawów skórnych, a natomiast z objawami kiszkowymi—jako anthrax intestinalis—wskutek spożycia pokarmów zawierających swoiste laseczniki. Występują wtedy: wymioty, kolka kiszkowa, krwawa biegunka, mocznik krwawy, silna duszność, sinica; na skórze wynacznienia, a na błonie śluzowej jamy ustnej pęcherze wypełnione krwią. Wykrycie b. anthracis we krwi rozstrzyga wątpliwość. Gdy lasecznik czarnej krosty wtargnie się do płuc, wywołuje swoiste zapalenie płuc.

Za zapaleniem płuc ośrodkowem przemawia: nagły początek, wysoka ciepłota, bóle przy oddychaniu, przyspieszony oddech, herpes labialis oraz żółtaczka.

Obok tego—według moich spostrzeżeń—przy starannem opukiwaniu płuc można już w samym początku stwierdzić przetypienie odłosu wypukowego, które występuje znacznie wcześniej, aniżeli objawy wysłuchowe. Drugiego do czwartego dnia sprawa się wyjaśnia wskutek obecności charakterystycznych objawów wysłuchowych. Lecz zdarza się i tak, że dopiero nagły spadek ciepłoty 8 lub 10 dnia przy potach obok zupełnie dobrego samopoczucia rozstrzyga wątpliwość na korzyść zapalenia płuc.

Zarówno przy zapaleniu opon mózgowych, jak i przy, durze występuje różyczka i zwolnienie tętna. Lecz przy pierwszym gorączka jest mniej typowa, brzuch bywa zapadnięty, istnieje ogólna nadczułość i uporczywy ból głowy. Najważniejszymi zaś objawami są: umiejscowione skurcze lub porażenia, herpes, szczególnie na kończynach, zapalenie nerwów wzrokowych i wynacznienia w siatkówce.

Gorączka gastryczna znikła z patologii. Większość przypadków t. zw. gorączki gastrycznej należy zaliczyć do rzędu lekkich durów. Gdy ciepłota 3 dnia choroby dochodzi do 39°, wolno wykluczyć gorączkę gastryczną.

Grypę znamionuje: nagły początek, wstrząsający dreszcz, wysoka ciepłota, zwolnione tętno, bóle w krzyżu, kończynach górnych i dolnych, w głowie, krótkotrwały przebieg (1 do 7 dni), niezłyty dróg oddechowych lub kanału pokarmowego.

Lecz są przypadki grypy z przebiegiem 2—3 tygodniowym, w których ciepłota ma charakter ciągły 39°—40° i w których brak jest objawów zajęcia dróg oddechowych lub kanału pokarmowego. A istnieją natomiast objawy ze strony układu nerwowego i krzywa ciepłoty podobna jest do durowej; odmiennym jedynie jest początek, brak jest różyczki, wyschnięcia języka, wzdęcia brzucha i biegunki. Zdarzają się jednak i takie przypadki grypy, w których mamy objawy mózgowo, kiszkowe, i w których również ciepłota podobna jest do durowej. Wtedy dla rozstrzygnięcia wątpliwości należy dokonać badania bakteriologicznego. Podobny przypadek opisał kolega S. Sterling w 1901 r. (Czasopismo Lekarskie). W powyższym przypadku początek choroby nie był gwałtowny, ciepłota w czasie przebiegu wahała się pomiędzy 38° a 39°,4, wystąpiła na całym ciele dość obfita różyczka i tętno było zwolnione — (76 przy 39°,2 lub 39°,4). Choroba trwała 13 dni. Badanie śluzu z nosa i płwociny wykryło obecność l. Pfeiffera.

Paratyphus. Gwyn w 1898 r. wykrył w pewnym cierpieniu, podobnym do duru (gorączka, różyczka, powiększenie śledziony i t. p.), laseczniki podobne do durowych, lecz różniące się od nich pod względem biologicznym; w 1900 r. Schottmüller ogłosił również szereg podobnych przypadków. Na zasadzie swych spostrzeżeń S. przyszedł do wniosku, że powyższa choroba jest podobna do duru, lecz różni się od ostatniego tem, że: 1-o występuje sporadycznie 2-e niema przy niej ciężkich powikłań i nawrotów, 3-e rokowanie jest pomyślniejsze, aniżeli w durze.

Tę chorobę nazwano paratyphus.

Zmiany anatomo-patologiczne są przy niej następujące: płytkie i mało rozległe owrzodzenia w błonie śluzowej i brak swoistego dla duru zajęcia gruczołów chłonnych kiszek.

Surowica chorych paratyfusowych nie skleja laseczników durowych, natomiast skleja paratyfusowe.

Jürgens sądzi, że przypadki paratyfusu są to najczęściej tyfusy o niezwykłym odczynie surowiczym.

Ponieważ osobiście nie badałem bakteriologicznie ani kału, ani krwi chorych durowych, przeto nie mogę wypowiedzieć swego zdania w tej mierze. Zdaje mi się jednak, że wobec niezwykłego podobieństwa zarówno cech klinicznych, jakoteż zmian anatomo-patologicznych w obydwu

wóh cierpieniach, wobec nieustalenia swoistości l. tyfusowego i jego podobieństwa do laseczników okrężnicy, wobec wreszcie niestałości cech biologicznych l. tyfusowego—trudno przypuścić, ażebyśmy mogli na drodze bakteryologicznej wyodrębnić paratyfus od tyfusu. Bardzo prawdopodobnym wydaje się twierdzenie Jürgensa o patogenetycznej tożsamości obydwóch cierpień.

Reasumując wszystko, com wyżej powiedział, przychodzę do wniosku, że żaden ze znanych dotychczas objawów klinicznych duru nie zasługuje na miano swoistego. Wobec tego koniecznym było dążenie do wykrycia niezmiennej, trwałej cechy duru brzuszego, właściwej tylko temu cierpieniu. Taką cechą miał być diazo-odczyn Ehrlicha, który jednak zawiódł położone w nim nadzieje. Drugą cechą swoistą ma być odczyn Widala, czyli *aglutynacja* (skupianie) lub *seroreakcja*.

Agulutynacja jest to zdolność surowicy krwi zlepiania swoistych drobnoustrojów w grudki.

W 1886 r. Gruber wykazał, że krew ozdrowieńców po durze brzuszonym skupia laseczniki durowe wyhodowane w bulionie odżywczym. W tymże roku Widal spostrzegł to samo zjawisko we krwi chorych durowych i zużytkował powyższy odczyn w celach rozpoznawczych.

Pomijam tutaj sposób wykonania odczynu, gdyż był on w ostatnich czasach u nas opisywany. Zaznaczyć tylko muszę, że w próbie makroskopowej prześwietlenie się płynu będzie mniej lub więcej zupełnem—zależnie od aglutynacyjnej siły surowicy. Lekkie zmętnienie płynu nad obfitym osadem uważać należy jako dodatni wynik badania.

Gdy Gruber stwierdził, że surowica ludzi zupełnie zdrowych posiada niekiedy własności aglutynujące i podał w wątpliwą swoistość seroreakcyi, wtedy Widal dla uniknięcia pomyłek w rozpoznaniu wypowiedział zdanie, że wynik należy uważać za dodatni, jeśli odczyn występuje w rozcieńczeniu 1:10. Lecz dalsze prace wykazały, że niektóre surowice, pochodzące od ludzi niewątpliwie nietyfusowych, w powyższem rozcieńczeniu dawały odczyn dodatni; dzieje się to jednak rzadko; bo tylko w 0,50%, z spośród 2050 badanych przypadków, surowice nietyfusowych aglutynowały w rozcieńczeniu 1:30, 1:40, i 1:50, i odwrot-

nie: u 4% chorych tyfusowych surowice ich dawały odczyn jedynie w rozcieńczeniu 1:10.

Wobec powyższego przyjęto obecnie, że dla postawienia rozpoznania duru miarodajnym jest jedynie dodatni wynik otrzymany w rozcieńczeniu 1:50.

Podczas trwania choroby w rzadkich jedynie przypadkach aglutynacyjna siła surowicy nie przekracza powyższej normy, w większości zaś dochodzi do 1:1000.

Na 8750 przypadków, przebiegających klinicznie pod postacią duru, jedynie w 398 (co stanowi 4,5% przyp.), nie wykryto odczynu Widala.

Próba aglutynacyjna ma swoje wady:

1. Nie występuje, jak o tem wspominałem, w pewnej liczbie przypadków niewątpliwego duru.

2. Zakażenie wywołane przez l. nienależące do grupy durowych może powodować powstawanie we krwi własności aglutynacyjnych względem l. durowego.

3. Agl. występuje najczęściej w ciągu drugiego tygodnia duru. Zdarza się jednak, że zjawienie się we krwi aglutynin ulega znacznemu opóźnieniu. Odczyn występuje dopiero w 3 lub 4 tygodnia, lub jeszcze później, w 8 tygodniu (Breuer), 74 dnia (Gruber), lub w okresie bezgorączkowym. W czasie zdrowienia ilość aglutynin znacznie się zmniejsza. Zwykle jednak aglutyniny znikają w ciągu dwóch miesięcy (np. u dzieci); notowane są jednak przypadki długiej obecności aglutynin po przebytem durze, np. po 18 latach (Widermann), po 8 latach (Widal i Siccard, w rozcieńczeniu 1:1000), po 26 latach (Widal, 1:30), po 30 latach (Weinberg), po 15 latach (Urban, 1:100), po 3 $\frac{1}{2}$ (Fraenkel, 1:50).

We wczesnych okresach, w których objawy kliniczne niepozwalają jeszcze na ustalenie rozpoznania, próba Widala w $\frac{1}{4}$ części przypadków rozstrzyga wątpliwości na korzyść duru.

Ad 1. W pewnej liczbie przypadków niewątpliwego duru próba Widala wypada ujemnie. Zarówno Karwacki, jak Kazarino w twierdzą, że słaby odczyn lub brak takowego zdarzają się w przypadkach ciężkich lub śmiertelnych. Ponieważ aglutynacja jest wyrazem obronnego odczynu ustroju, przeto w ciężkich zakażeniach ustrój przesycony jadami lub lasecznikami nie jest w stanie wytworzyć tych środków obronnych, lub je wytwarza w bardzo małej ilości.

Ad 2. Opisane są przypadki nietyfusowych chorób, w których surowica aglu-

tynowała l. durowe w rozcieńczeniu 1:50, a nawet wyżej. Stern stwierdził, że przy pyelonephritis, pneumonia, paratyphus i w cierpieniu wywołanem przez l. jadu mięsnego (b. B r u g g e), a nawet po zastrzyknięciu hodowli łańcuszkowców — można otrzymać aglutynację względem l. durowych. Stwierdzono również, że surowica chorych na żółtaczkę ma własności aglutynacyjne względem l. durowych i że siła aglutynacyjna w powyższych przypadkach wynosi 1:40, 1:50, 1:100, 1:640 do 1:1000 (Grünbaum, Eckart, Königstein, Joachim, Hickens—marskość wątroby; Megele—ropień wątroby; Schlager—ropień wątroby; Steiberg).

Pfaundler otrzymywał odczyn Widala przy cholery, dżumie, psittacosis, tężcu, czarnej kroście, nosaciznie, błonicy, colibacillosis i zakażeniach wywołanych przez pneumo-staphylo, i streptococci—oraz proteus.

Co się tycze chorych na żółtaczkę, to wynika z prac Königsteina, że surowica żółtaczkowych niegorączkujących wykazuje siłę aglutynacji normalnej surowicy zdrowych, t. j. 1:20; zaś u gorączkujących, a więc w cierpieniach pochodzenia zakaźnego, siła aglutynacyjna się zmaga. A zatem zdolność aglutynacyjna surowic nietyfusowych względem l. tyfusowego należy do zjawisk t. zw. aglutynacji gatunkowej (Gruppen-agglutination, według Sterna), t. j. takiej, którą wywołać można szeregiem pokrewnych drobnoustrojów, pokrewnych nie botanicznie, lecz biologicznie. Pokrewieństwo to polega na tem, że pewne drobnoustroje posiadają wspólne aglutynin—receptory.

Klinicysta powinien patrzeć na aglutynację jako na objaw względnej wartości. Im niższą jest siła aglutynacyjna, tem mniejsze jest prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia ze swoistą aglutynacją i odwrotnie. Znane są przypadki, w których odczyn Widala wypadł za życia dodatnio, zaś po śmierci nie znajdowano najmniejszych anatomicznych zmian swoistych dla duru. Nie należy jednak zapominać, że są tyfusy, które nie wywołują miejscowych zmian anatomo-patologicznych, lecz jedynie objawy ogólnego zatrucia, na wzór posocznicy. Ztąd pochodzi nazwa typhus-septicaemia. Guinon, Meunier, Pick nie znajdowali np. zmian anatomicznych w kiszkiach, a natomiast wykryli l. durowe w płucach i śledzionie. Podobne przypadki opisali: Kranz,

Blumenthal, Flexner, Kajari, Litten.

Wogóle powiedziec jednak wolno, że próba Widala jest poważnym objawem przy rozpoznaniu duru brzuszego. Odczyn dodatni przemawia z wielkim prawdopodobieństwem za drem, szczególnie wtedy, kiedy przebieg kliniczny usprawiedliwia to rozpoznanie. W przypadkach wątpliwych, jakem to miał sam sposobność stwierdzić, ta seroreakcja przeważała szalę na stronę duru, co też potwierdził dalszy przebieg choroby. Dotyczyło to dwóch chorych z niezmiernie przewlekłym i wysoce nietypowym przebiegiem choroby. W tych przypadkach brak było charakterystycznych objawów klinicznych, pozwalających na rozpoznanie.

Brak odczynu nie przemawia przeciwko durowi, gdyż: 1) ciężkie i śmiertelnie przebiegające przypadki nie dają odczynu; 2) odczyn występować może późno, nawet w okresie zdrowienia; 3) grają tu rolę i indywidualne właściwości chorego.

Jeżeli w przypadkach choroby gorączkowej przewlekłej próba Widala kilkakrotnie wykonana wypadnie dodatnio chociaż jeden raz, to rozpoznanie staje się niewątpliwem; jeżeli zaś ujemnie, to z wszelkiem prawdopodobieństwem można wykluczyć dur.

Próba Widala ma tę ujemną stronę, że do jej wykonania należy posiadać pracownię bakteriologiczną i świeżą hodowlę tyfusową, najwyżej 12-godzinna, o wypróbowanej sile aglutynacyjnej. Ponieważ nie wszędzie można znaleźć powyższe warunki, przeto wykonanie próby Widala było niemożliwe dla większości lekarzy-praktyków. Z prawdziwą tedy radością powitano odczynnik Fickera, z którym można była dokonywać badań niezależnie od laboratorium.

Typhusdiagnosticum Fickera przedstawia zawiesinę martwych i rozartych l. tyfusowych. Próba z tym odczynnikiem jest jedynie makroskopową. Niepotrzeba tedy ani pracowni, ani drobnowidza. Pod względem dokładności nie ustępuje Widalskiej—co stwierdzili porównawczo Meyer, Roll, Lion, Grunman, Watter, Rapmund, Ehrsam, Claman i Kazarinow. U nas o próbie Fickera pisał kol. Putterman z Sosnowca („Czas.lek 1904) i kol. ERadzickowski. Wyżej wymienieni autorowie dokonywali prób z odczynnikiem Fickera w przypadkach niewątpliwego duru brzuszego,

jakoteż w przypadkach niedurowych, i przyszlizli do następujących wniosków:

1. Wyniki z odczynnikiem Fickera są najzupełniej zgodne z wynikami próby Widalskiej. Tam, gdzie odczyn F. wypada ujemnie, również ujemnie wypadł i odczyn Widala.

2. W durze brzuszny odczyn F. najzupełniej potwierdził rozpoznanie.

3. W chorobach niedurowych, zarówno gorączkowych, jak i niegorączkowych, odczyn F. wypadł ujemnie.

4. Przypadki duru, w których odczyn F. i W. wypadł ujemnie lub słabo, przebiegały ciężko lub śmiertelnie.

Osobiście badałem odczynnik F. w 26 przypadkach. W tej liczbie było przypadków 13 z klinicznym rozpoznaniem d. brzuszego; w 4 przyp. rozpoznanie nie było ustalone (w 1 grypa czy dur, w 2 złośliwe zapalenie wsierdzia czy dur; zaś w 2-ch sprawa wogóle zagadkowa); 9 przypadków następujących cierpień: gruźlica płuc, zapalenie płuc i opłucnej, posocznico-ropnica połogowa, ostre zapalenie wsierdzia, grypa gastryczna, niestrawność, rak rdzenia kręgowego (ostatnia chora przeżyła dur przed 16 laty).

Z pośród 13 durowych odczyn wypadł dodatnio w 9-ciu przyp.; w 4-ch wypadł ujemnie, a mianowicie takich: 1. U ciężko chorej z zejściem śmiertelnem. Badania dokonano 7 dnia choroby—może zawczesnie. 2. U drugiej chorej 15 dnia choroby. Przebieg dość ciężki, z owrzodzeniami rogówki. 3. Dur jakoby w okresie zdrowienia. Badania dokonano 50 dnia choroby. (Chora nieszpitalna, lecz obserwowana na mieście przez jednego z kolegów nieszpitalnych). 4. W lekkim przypadku, 5 dnia choroby.

Co do przypadków, które dały odczyn dodatni, należy zaznaczyć, że w 2-ch zpośród nich surowica badana była dwukrotnie, a mianowicie w jednym przyp. 10 i 16 dnia choroby, w drugim 26 i 29 dnia. Pierwsze badania dały wyniki ujemne, zaś późniejsze—dodatnie. W jednym bardzo ciężkim przypadku, zakończonym śmiertelnie, nie było odczynu w rozcieńczeniu 1:100, wystąpił w rozcieńczeniu 1:50.

W celu porównania odczynnika Fickera z oryginalną próbą Widala przesałem niektóre surowice do zbadania na odczyn Widala do oddziału kolegi Wł. Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Badanie tam wykonał kolega Witold Ettienger, któremu na tem miejscu składam serdeczne

podziękowanie za jego pracę. Uważam sobie również za miły obowiązek podziękować koleźce Wł. Janowskiej za przychylenie się do mej prośby.

Otóż badanie dokonane przez kolegę Ettiengera wykazało, że:

1. Surowica chorej tyfusowej z ciężkim przebiegiem (zakończonym śmiercią), która z Fickere m dawała w rozcieńczeniu 1:50 wynik dodatni, zaś w 1:100 osad na dnie chociaż płynniezupełnie się przewietlił), z Widalem pod drobnowidzem w rozcieńczeniu 1:100 dała słaby odczyn, 1:50 wyraźny, zaś makroskopowo po 3-ch godzinach ujemny; po 24-ch utworzyła wyraźny osad.

2. Surowica drugiego chorego dała z Widalem pod drobnowidzem w rozcieńczeniu 1:50 wynik dodatni, 1:100—słaby, makroskopowo po 3-ch godzinach ujemny, po 24-ch osad kłaczkowaty. Z Fickere m wynik identyczny, mianowicie 1:50 dodatni, 1:100 słaby.

Mówiłem już wyżej, że rozpoznanie nie było ustalone w 4 przypadkach:

W pierwszym rozpoznanie wahało się między grypą i dorem. Chory przybył z c. 39°, która się trzymała 2 dni, poczem w przeciągu 3 następnych dni spadła litycznie do normy. Objawów charakterystycznych żadnych, odczyn Fickera ujemny. Można przypuścić, że to było grypa.

W drugim—chora przeżyła dur brzuszny w szpitalu przed miesiącem. W domu zapadła na zawał płucny. Przy badaniu stwierdzono niedomykalność zastawki dwudzielnej. Chorą przywieziono do szpitala w stanie następującym: Język obłożony, c. 39° (w czasie pobytu w szpitalu ciepłota wahała się pomiędzy 39° a 38° ze spadkami do normy). Tętno 108. Na lewej tętnicy promieniowej tętno bardzo drobne, na prawej—pełne (Zwężenie lewej tętnicy promieniowej wskutek zwężenia ujścia tętnicy podobojczykowej lewej). Chora senna, apatyczna; śledziona powiększona; na brzuchu i plecach petocie (może od pcheł?). Szmer skurczowy u wierzchołka. W szpitalu wystąpiła biegunka; przy wzrastającym upadku sił i ciepłocie niżej normy chora zmarła w kilka dni. Fickera dawał przy rozcieńczeniu 1:20 i 1:50 odczyn dodatni, (choć płyn nad osadem był lekko mętny), zaś przy rozcieńczeniu 1:100 odczyn ujemny (nieznaczny osad na dnie). Widal 1:50 i 1:100, pod drobnowidzem odczyn wyraźny, choć słaby. Makroskopowo po 3 godzinach—ujemny, po 24 zmętnienie. Diazoreakcja pozytywna. Ze względu na to,

że odczyn Widala wypadł pod drobnowidzem dodatnio, choć słabo, i że odczyn z Fickera wypadł dodatnio, chociaż w mocniejszych rozcieńczeniach, należy powyższy przypadek zaliczyć do rzędu duru brzuszego powikłanego zapaleniem wsierdża.

Trzeci przypadek jest ciekawy. Ficker dał odczyn dodatni, diazoreakcja wypadła ujemnie. Chora przybyła do szpitala ósmego dnia choroby, skarżąc się na silne bóle głowy, ciągłe poty i ogólną niemoc. Lekarz ordynujący w domu rozpoznał dur. Przy badaniu znaleziono: Na całym ciele obfite petocie, jak gdyby od ukąszenia roju pcheł. Petocie miały wystąpić 6 dnia choroby. Śledziona powiększona, język podsychający, c. 38,⁰², stolec prawidłowe, przytomność zupełna. Wysypka zaczęła znikać 10 dnia choroby, c. spadła do normy 12 dnia, wykazując już od 9 dnia ranne zwolnienia do 37,4⁰ lub 37⁰. Ze względu na wczesne wystąpienie wysypki (6 dnia) i wczesne jej zniknięcie (10 dnia), ze względu na krótkotrwałość gorączki postawiłem rozpoznanie duru wysypkowy. Tymczasem Ficker dał odczyn dodatni. A więc albo rozpoznanie kliniczne było mylne, albo też l. duru brzuszego i nieznaną l. duru wysypkowego są pokrewne, t. j. mają wspólną grupę aglutynin-receptorów; bakteriologiczne badanie krwi możeby dało stanowczą odpowiedź lecz takowe niestety—dokonane nie było.

Czwarty przypadek dotyczy 6 letniego dziecka, które od miesiąca choruje; rozpoznano dur brzuszny. Przy badaniu (30 dnia choroby) nieznalazłem żadnych objawów prócz gorączki, wahającej się pomiędzy 38⁰ i 39⁰, i wzdęcia brzucha. Ficker (35 dnia) dał wynik ujemny. Czy mamy tutaj do czynienia z dudem, czy też z gruźlicą utajoną, wykaże dalsze spostrzeżenie*).

W 9-ciu przypadkach niedurowych chorób gorączkowych i bezgorączkowych (w tej liczbie 1 chora przebyła dur przed 16 laty) próba Fickera dała wynik ujemny. Tylko u 1-jej chorej przy stosunku 1 : 50 wynik dodatni, przy 1 : 100 ujemny. Ta chora przybyła do szpitala 4 dnia choroby, uskarżając się na ból głowy i zaparcie stolca. Przy badaniu znaleziono: c. 37⁰, brzuch wzdęty i bolesny, szczególnie w

okolicy kiszki zstępującej. Przed 3½ laty przebyła dur brzuszny. Po podaniu oleju rącznikowego i obfitych wypróżnieniach wszelkie objawy przeszły i chora po 8 dniach pobytu w szpitalu wyszła jako zdrowa. Tu próba Fickera mogła wykazać odczyn po dawno przebyłym durre.

W spostrzeganych przezemnie przypadkach odczyn Fickera występował 6, 7, 8, 9, 10, 16, 29, 35 dnia choroby. W niektórych przyp. nie można było wykazać odczynu 10 i 26 dnia i w niewątpliwych przyp. duru nie występował 7 i 15 dnia.

Wnioski z powyższych spostrzeżeń są następujące:

1. W przypadkach z niewątpliwem klinicznym rozpoznaniem duru brzuszego próba Fickera w 70% potwierdza rozpoznanie, zaś w 30% nieustala takowego.

2. Próba Fickera i Widala są równoznaczne.

3. W ciężkich lub śmiertelnych przypadkach Ficker albo zupełnie nie daje odczynu, albo też daje takowy w mocniejszych rozcieńczeniach (1 : 50). W słabszych zaś rozcieńczeniach (w przyp. ostatniej kategorii) przy 1 : 100—odczyn wypada albo ujemnie, albo też niezupełnie jest wyraźny (osad na dnie i niezupełne wyjaśnienie się płynu nad osadem).

4. Brak odczynu w przypadkach wątpliwych nie przemawia przeciwko durowi, natomiast dodatni odczyn potwierdza rozpoznanie.

5. Próba Fickera nie ustala różniczkowego rozpoznania pomiędzy dudem brzuszonym a wysypkowym.

6. Odczyn występuje najczęściej w początkach 2 tygodnia, chociaż zdarza się i w końcu pierwszego tygodnia.

7. W razie jednokrotnego ujemnego wyniku należy w przebiegu choroby powtarzać badanie, gdyż czasami odczyn się opóźnia. Tylko stały brak odczynu może przemawiać przeciwko durowi—przy braku innych objawów charakterystycznych.

8. W sprawach długotrwałych z nietypowym przebiegiem zarówno próba Fickera, jak i próba Widala mogą ustalić rozpoznanie.

9. Próba Fickera przy istnieniu innych objawów jest cennym środkiem rozpoznawczym.

10. Zarówno odczyn Fickera, jak i Widala należy uważać nie jako jedy-

* Już po napisaniu powyższej pracy dowiedziałem się, że dziecko jest zupełnie zdrowe. A więc i powyższy przypadek należy zaliczyć do rzędu duru brzuszego. A jednak próba Fickera wykonana 35 dnia dała wynik ujemny.

nę cechę rozpoznawczą, lecz jako jedną z wielu innych. Rozpoznanie opierać się powinno na krytycznym zestawieniu wszystkich objawów.

11. Próba Fickera jest łatwa do wykonania i może być stosowana przez każdego lekarza praktyka. Odczynnik Fickera nie ulega zepsuciu w ciągu 9 miesięcy.

Niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie swemu współpracownikowi szpitalnemu, kol. Raszkowski, za pomoc w niniejszej pracy, oraz firmie Mercka w Darmstadtzie za bezinteresowne dostarczenie na moją prośbę dwóch flakonów odczynnika Fickera do wykonania prób.

Literatura:

Leube. Differentielle Diagnose der inneren Krankheiten. Biegański. Różniczkowa diagnostyka. Biegański. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. Leichtenstern Influenza Spec. Path. u. Ther. Nothnagla. Schottmüller, Berl. Klin. Woch. № 41 1902. Lit. Beil Ewald. Berl. Klin. Woch. № 4, 1903. Stern. Berl. Klin. Woch. № 30 i 31 1903. Ehrsam. Münch. Med. Woch. № 15 1904. Meyer. Berl. Klin. Woch. № 7. 1904. Kämmerer. Berl. Klin. Woch. № 26 1904. Joachim. Wiener Klin. Woch. № 35. 1903. Königstein ibidem. Scholz. Ztsch. für Klin. Med. B. XLI H. 5 i 6. 1900. Hühnermann. Deutsche Militär—ärztliche Ztsch. BXXX H. 8 i 9. Milton Gershel. New York. Med. Record, tom LX zeszyt 21 1901 r. Jež. Wien. Med. Woch. 1897—16/L. Widali Siccard. Semaine Medical 1897. str. 69. Vidal. Sem. Med. 1897 str. 184. Courmont. Sem. Med. 1897 str. 209. Rommelaere Sem. Med. 1897 str. 421. Ciechanowski. Przegląd lekarski 1897 str. 423. Landstein. Gazeta lekarska 1897 r. str. 504. Karwacki. Serodiagnostyka chorób zakaźnych Przegląd Chirurgiczny tom 5, zeszyt 3. Zimke. Deut. Med. Woch. № 15 1897 r. Kolle. Deut. Med. Woch. № 9. 1897 r. Fraenkel. Deut. Med. Woch. № 3 1897 r. Wesener. Münch. Med. Woch. № 23 i 24, 1904 r. Rolly. Münch. Med. Woch. № 24 1904 r. Wesener. Oparatyphus ibidem. Lion. Münch. Med. Woch. № 21—1904 r. Marschal. Münch. Med. Woch. № 21—1904 r. Jürgens. Deut. Med. Woch. № 34—1904 r. Gramman. Deut. Med. Woch. № 22—1904 r. Kazarinow. Russkij wracz № 5—1903 r. Cornet. Berl. Klin. Woch. № 14 i 15—1904 r. Putterman. Czasopismo Lekarskie № 5 i 6 1904 r. S. Sterling. Czasopismo Lekarskie Rok 1901. H. Rosenthal. Czasop. lek. 1903 r. Radzikoński. Przegl. lek. 1904 r.



Sześć przypadków włośnicy.

Podał Dr. Józef Żencykowski (Plock).

(Dokończenie).

Przypadek VI. J. G., lat 77, zachorował na rozwolnienie 28. III. Wypróżnienia wodniste, zielonawe, b. cuchnące, pod

mikroskopem nie przedstawiają nic osobliwego. Arteriosclerosis. Hypertrophia prostatae. Mocz chory oddaje co chwila po kilka kropel. Na nieprawidłowości w urynowaniu chory skarży się już lat kilka, ale takiej trudności w oddawaniu moczu, jak obecnie, nigdy nie doznawał. Przeznaczyłem kalomel. D. 29. III. Pacjent uskarża się na ogólne osłabienie, ale jeszcze chodzi. Wypróżnień 12. Chory co parę minut uczuwa chęć urynowania. Ilość moczu w ciągu 24 godzin—250 ctm sz. W moczu obfity osad soli fosforowych. Białka, cylindrów i cukru niema. T. rano 36°8, wieczorem 37°0. P. rano i wiecz. 96. D. 30. III. Chodzi. Odruchy, jak w reszcie przypadków. Język obłożony, wilgotny. Wypróżnień 15. Moczu 230 ctm. sz. P. rano 90, wieczorem 96. T. rano 36°6, wieczorem 36°9. Przeznaczyłem benzonaphtol i salol. D. 31. III. Chodzi. Mięśnie przy ucisku nie bolesne. Wypróżnień 14. Moczu 260 ctm. sz. T. rano 36°8, wieczorem 37°2. P. rano 93, wieczorem 98. D. 1. IV. Język mało wilgotny, obłożony. Wypróżnień 13. Moczu 320 ctm. sz. T. rano i wieczorem 37°3. P. rano 93, wieczorem 96. D. 2. IV. Język dość suchy, obłożony. Wypróżnień 10. Moczu 300 ctm. sz. T. rano 36°9, wieczorem 37°4. P. rano i wieczorem 95. D. 3. IV. Język suchy, na końcu, z boków malinowy. Wzmoczone pragnienie. Nieznaczny ból przy ucisku na lewą dłoń, palce i przedramię. Wypróżnień 11. Moczu 300 ctm. sz. T. rano 37°3, wieczorem 37°6. P. rano 96, wieczorem 94. D. 4. IV. Uczucie palenia w piersiach i gardle, „jak by od roztopionego żelaza“. Bolesność przy ucisku na lewe przedramię większa. Wypróżnień 8. Moczu 300 ctm. sz. Dno pęcherza moczowego—na szerokość dwóch palców poniżej pępka. T° rano 37°5, wieczorem 37°9. P. rano 98, wieczorem 99. Przeznaczyłem inhalacje z mentholu. D. 5. IV. Język cały suchy, malinowy. Lewa dłoń, palce i przedramię nieco bledsze i chłodniejsze od prawych. Tętno arteriae radialis sinistrae słabsze, niżeli art. rad. dextrae. Przy oddechaniu doznaje chwilowo ulgi, „gdyż lekarstwo to chłodzi.“ Pacjent bardzo osłabiony, często pokłada się. Stoleców 6. Moczu 260. Zaleciłem okłady rozgrzewające na lewą rękę. T. rano 37°8, wieczorem 38°2. P. rano 98, wieczorem 104. D. 6. IV. Chora część lewej ręki bardzo biała i chłodna i bardzo bolesna nawet przy dotknięciu. Wypróżnień 3. Moczu 100. Chory skarży się, że nie może, mimo ciągłej chęci,

opróżnić pęcherza. Dno pęcherza na poziomie pępka. T. rano 38°, a wieczorem 38°,2. P. rano 100, wieczorem 106. D. 7. IV. Pacjent chodzi z wielkim trudem, przytrzymując się otaczających przedmiotów. Język malinowy, suchy, popękany. Na końcach palców lewej ręki sinica. Tętno art. rad. sinisrae zaledwie wyczuwalne. Stoliców od czternastu godzin nie było. Uryny wcale prawie nie oddaje. Pęcherz przepelniony. Dno pęcherza powyżej pępka. Sztucznie wypuszczono około 1½ litra moczu bez białka. Po wypuszczeniu moczu—obfity wodnisty stolec. T. rano 38°,2, wieczorem 38°,6. P. rano 105, wieczorem 112. D. 8. IV. Chodzić już nie może. Tętno art. rad. sin. niewyczuwalne. Tętno art. brachialis sin. wyczuwalne, poczynając od środka ramienia ku górze. Dyagnoza: gangraena sicca e trombosii art. brachialis sinisrae. Stoliców 3. Mocz wypuszczono z pomocą kateteru (8 szklanek). T. rano 37°,2, wieczorem 38°,0. P. rano 112, wieczorem 114. Zaleciłem wewnątrz kofeinę. D. 9. IV. Osłabienie bardzo duże: chory ledwie porusza się na łóżku. Palce lewej ręki do połowy sine. Stoliców 4. Mocz wypuszczono 1300 ctm. sz., w tem z rana 800, wieczorem 500. Codziennie używam coraz cięszych numerów kateterów, gdyż i kateter użyty wczoraj, dziś już nie przechodzi do pęcherza. Kateteryzowanie bardzo bolesne. T. rano 37°,2, wieczorem 38°,0. P. rano 113, wieczorem 124 mały. D. 10. IV. Pacjent niema siły poruszyć się na łóżku. Lewa ręka bezwładna. Stoliców 2. Mocz wypuszczono rano 700 ctm. sz. wieczorem 600. Stosuję stale katetery elastyczne. T. rano i wieczorem 37°,0. P. rano 120, wieczorem 122. Przeznaczyłem wewnątrz kamforę. D. 11. IV. Przez cały czas choroby pacjent nie może sypiać. Dziś do południa somnolentia. Stolce oddawał kilka razy bezwiednie pod siebie. Mocz wypuszczono: rano 3 szklanki uryny, wieczorem 4. Przy wyjmowaniu kateteru wyszło wieczorem kilka kropel krwi z kanału. T. rano 37°,6, wieczorem 37°,9. P. rano i wieczorem 126. D. 12. IV. Somnolentia. Chory budzi się, gdy dotkną lewą rękę, i skarży się na ból. Palce lewej kończyny górnej całe sine. Na dłoni i przedramieniu kilka niewielkich sinych plamów. W dolnych częściach płuc z tyłu nieznaczne stępienie i oddech oskrzelowy. W płucach wszędzie wilgotne rżżenia. Mocz wypuszczono rano i wieczorem po 4 szklanki. T. rano 38°,2, wieczorem 38°,8,

P. rano 126, wieczorem 130, bardzo mały. Zastryknałem wieczorem 0,2 kofeiny. D. 13. IV. Sopor. Przy dotknięciu lewej ręki widać wyraz bólu na twarzy chorego, lecz pacjent nie budzi się. W dolnych częściach płuc z tyłu stępienie wyraźne. Mocz wypuszczono rano 300 ctm. sz. wieczorem 650 ctm. sz. Między wschodzącymi gałęziami dolnej szczęki i muscu-li steino-cleido-mastoidei obrzmienie ciastowatej konsystencji. T. rano 38°,6, wieczorem 38°,8. P. rano 126, wieczorem 130. D. 14. IV. Sopor. Rżżenia w płucach słyhać na odległość. Usta otwarte. Język bardzo suchy, popękany. Obrzemia większe, podchodzą pod szczękę. Konsystencya ich twarda, jak chrząstka. Mocz wypuszczono rano 400, wieczorem 250 ctm. sz. Kał chory oddaje pod siebie. T. rano 38°,8, wieczorem 38°,9. P. rano 130, wieczorem 134. D. 15. IV. Usta otwarte. Oczy na pół zamknięte. Rżży. Na ucisk lewej ręki nie reaguje. Mocz rano i wiecz. po 150 ctm. sz. Oddech Cheyne-Stokes'a. T. rano 38°,6, wieczorem 38°,7. P. rano 138, bardzo mały, wieczorem niewyczuwalny. D. 16. IV. o god. 2-jej rano—mors.

Ciepłotę, tętno i ilość moczu u obserwowanych chorych mierzyłem sam. Ilość wypróżnień podałem według zapewnien pacjentów lub kobiety, pielęgniującej chorych.

Rozejrzawszy się w sześciu przypadkach opisanej choroby, objawy jej możemy skreślić w sposób następujący:

- 1) Biegunka, występująca raptownie i zmniejszająca się powoli w miarę postępu choroby. Biegunka trwa do śmierci (11—33 dni), lub do zupełnego wyzdrowienia (3—5 miesięcy). Stolce przez cały czas choroby zielonawe, wodniste, swoiście cuchnące. Środki, powstrzymujące rozwolnienie, nie działają.
- 2) Zmniejszenie ilości moczu, resp. anuria, występujące w prostym stosunku do ilości i obfitości stoliców, t. j. im więcej stoliców, im są one obfistsze, tem mniej chory oddaje moczu. Mocz zawsze bez białka, cylindrów i cukru.
- 3) Brak odruchów kolanowych i wzmożenie odruchów z łącznicy oczu.
- 4) Ogólne osłabienie, wzmagające się w miarę postępu choroby.
- 5) Bezsensowność, a w końcu choroby, jako objaw niepomyślny, somnolentia i sopor. Środki nasenne wcale nie działają, albo bardzo słabo.

- 6) Język początkowo nieco obłożony, później suchy, malinowy, często popękany.
- 7) Ogromne pragnienie i brak łaknienia.
- 8) Uczucie gorąca, palenia w piersiach (chorzy wskazują przytem na okolice zamostkową).

Objawy te występowały we wszystkich sześciu przypadkach.

Do objawów rzadszych należały:

- 1) Bóle w mięśniach łydek, ud (z tyłu), ramion (biceps, brach. int.), pięt, krtani i żwaczów (przyp. III i IV).
- 2) Wysypka w kształcie niewielkich czerwonych plam o nieprawidłowych konturach na piersiach, plecach, rękach i twarzy (przyp. II i V). Wysypka trwa 3—4 dni.
- 3) Obrzmienia poza dolną szczęką (przyp. IV i VI).
- 4) Swędzenie skóry (przyp. IV).
- 5) Obrzęki dolnych kończyn (przyp. IV).
- 6) Retentio urinae (przyp. VI).

Pneumoniam crouposam (przyp. III) i gangraenam siccam antibrachii sinistri (przyp. VI) zaliczyć, zdaje się, można do komplikacyj przypadkowych.

Najniższy stan ciepłoty u obserwowanych chorych wynosił 35^o,8, najwyższy 38^o,9. (Nie biorę tutaj pod uwagę przypadku III-ego, gdzie wysoka temperatura zależną była od zapalenia płuca).

Różnica pomiędzy temperaturą ranną i wieczorną wyjątkowo tylko przewyższała 0^o,7, zwykle zaś wynosiła 0^o,2—0^o,6.

Wogóle stan ciepłoty w opisanych przypadkach nie przypominał przez się nic typowego.

Tętno we wszystkich przypadkach mniej lub więcej przyspieszone. Im stan ogólny chorego gorszy, im gorączka większa, tem puls częstszy.

W początkach zasłabnięć dyagnoza była bardzo trudna, gdyż tak anamneza, jak i objawy choroby nie dawały nam żadnego punktu oparcia. Przypuszczeń co do istoty choroby było kilka, a między niemi najdłużej utrzymywały się dwa: kiszczkowa odmiana influenzy i choleryna (a może cholera?), mimo, iż przeciw każdemu z tych przypuszczeń łatwo było postawić pewne contra.*) Pewnem było tylko to, że choroba owa należy do rzędu chorób zakaźnych. Przemawiało za tem zapadanie na tę chorobę wszystkich osób, zamieszkujących jedno mieszkanie, i osób, które odwiedzały chorych. Dyagnoza by-

ła dopiero postawiona w końcu marca, kiedy jeden z chorych zrobił sam przypuszczenie co do przyczyny choroby. Krewny jego zabił świnię, która czas pewien przed zabicciem chorowała, i z macicy jej wydobyl nieżywe zmacerowane prosięta. Z mięsa tej świni przyrządzono suszone wędliny, które jedli tylko ci, co potem zachorowali. D. 29. III. zbadałem mięso to pod mikroskopem i znalazłem w niem mnóstwo włośników, zwiniętych, ale jeszcze nie otorbionych. Że trychin do tego czasu nie znalazłem w wypróżnieniach, tłomacząc tem, że ich nie szukałem, zadawałniam się przeto jednym lub dwoma preparatami z drobnej ilości osadu. Po postawieniu dyagnozy, mimo bardzo dokładnych badań osadu ze stolców, włośników również nie znalazłem.

Podług wywiadów, pierwsze objawy choroby występowały po 3—12 dniach od spożycia po raz pierwszy zarażonego mięsa.

Jak bardzo nietypowym był przebieg włośnicy u obserwowanych przezemnie chorych, wykaże porównanie z opisem trychinozy przez Maybauma i Sterlinga, a poczęści z opisem Nikolayer'a.

M. i S. dzielą przebieg kliniczny włośnicy na trzy okresy: objawów kiszczkowych, objawów mięśniowych i okres uwiadu.

W okresie pierwszym wspomniani autorowie wyliczają następujące symptomy trychinozy, zależne od przebywania w kanale pokarmowym i w jamie brzusznej pasorzytów i wydzielania przez nie trujących toksyn: suchy język, odbijanie, nudności, brak łaknienia, spotęgowane pragnienie, czkawka, wymioty, rozwolnienie lub zaparcie, ból w brzuchu, bóle sub scrobiculo, ogólne osłabienie, uczucie rozbicia, zawroty i bóle głowy, ociążałość członków, obrzęki twarzy, powiek, kończyn dolnych i wylewy krwawe pod łącznicę oka. Okres ten trwa 9—10 dni. Nicolayer mówi, że przy trychinozie język jest ciemno-rudego koloru, obłożony, i że rozwolnienie trwa 4—6 tygodni.

Z tych wszystkich objawów były tylko u obserwowanych przezemnie chorych: suchy język (początkowo nieco obłożony), nie rudy, lecz malinowy, brak łaknienia, spotęgowane pragnienie, silne różwolnienie, ogólne osłabienie i ociążałość członków. Objawy te trwały do śmierci, a u tych, co wyzdrowieli, znacznie dłużej, niż dni 10.

Obrzęk dolnych kończyn miał tylko miejsce w przypadku IV, gdzie dał się

*) Były kilka razy narady z kolegami.

zauważyć dopiero 22 dnia choroby i trwał do śmierci. Wylewów krwawych pod łącznicę oka nie było w żadnym z opisanych przypadków; jeden tylko F. G. miał 6 dni trwające nacieczenie i to dopiero w końcu czwartego tygodnia choroby.

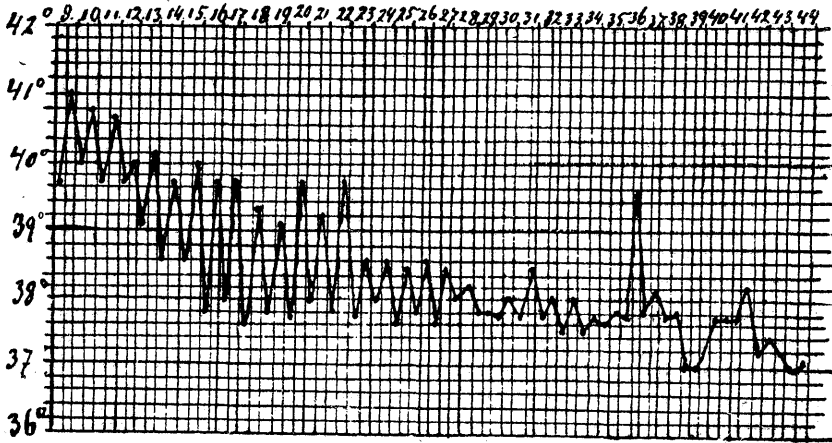
Kiedy pasorzyty zaczynają osiedlać się w mięśniach, następuje drugi okres włośnicy. W okresie tym, trwającym 2—7 tygodni, M. i S. wyliczają następujące objawy kliniczne: ból i sztywność mięśni, utrudnione ruchy, obrzęki, gorączkę, poty, wysypki z następnym łuszczeniem się skóry, swędzenie skóry; silne

rozdrażnienie, osłabienie pamięci, bezsenność, bóle neuralgiczne, brak odruchu kolanowego i zбочzenia czucia.

Bóle w mięśniach i utrudnione wskutek nich ruchy widziałem tylko w dwóch przypadkach.

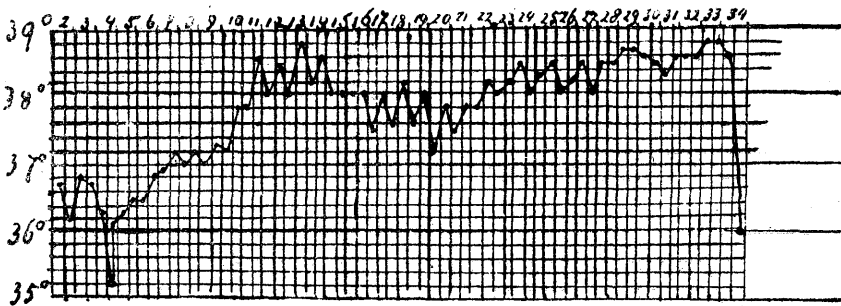
Obrzęk dolnych kończyn był tylko u E. G. Ponieważ obrzęk ten wystąpił dopiero 22 dnia choroby, sędzę przeto, że należał on do objawów drugiego okresu włośnicy, nie zaś pierwszego.

Fiedler podaje krzywą ciepłoty w jednym przypadku włośnicy. Ma ona wygląd następujący:



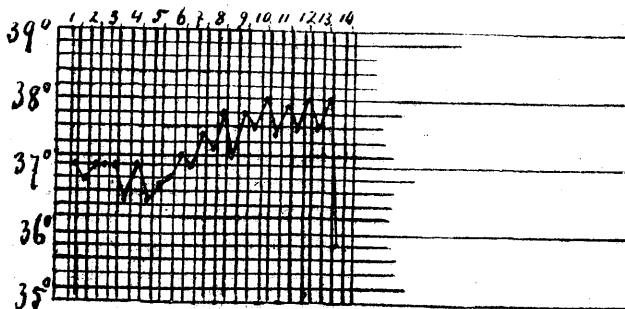
Dzień choroby.

Dla porównania z tą, mniej-więcej krzywe dwóch, badanych przeze mnie, typową, dla włośnicy krzywą, kreszę przypadków.



Dzień choroby

Krzywa temperatury przyp. IV.



Dzień choroby.

Krzywa temperatury przypad. V.

Wysypka była w dwóch przypadkach. Następczego łuszczenia nie było może dlatego, że wysypka wystąpiła na krótki czas przed śmiercią chorych.

Na swędzenie skóry skarżył się E. G. Swędzenie to wystąpiło przed zjawieniem się obrzęków, Nikolayer zaś głosi, że swędzenie skóry bywa po ustąpieniu obrzęków.

Bezsenność i brak odruchu kolano-nych dały się zauważyć u wszystkich chorych.

Prócz tego, u wszystkich pacjentów było wzmoczenie odruchu z łącznicy oka i u jednego retentio urinae. O ostatnim objawie wspomina Nikolayer. Gra tutaj rolę pewnie stan zapalny zwieracza.

Innych objawów tego okresu nie było.

Dalej następuje okres uwiadu z następującymi objawami: uwiad ogólny i wycieńczenie, wychudnięcie i odleżyny. Z początkiem tego okresu lub w końcu drugiego następują powikłania w postaci rozlanych zapaleń oskrzeli i nieżytych zapaleń płuc, wyczerpania serca, wysięków surowicznych do jamy piersiowej, brzusznej, do worka sercowego, objawy opadowe w płucach, obrzęki kachektyczne kończyn dolnych i t. d.

Wycieńczenie i wychudnięcie wystąpiły głównie w przyp. I i III. Odleżyny były w przyp. III (20-ego dnia choroby) i IV. (21 dnia). Objawy opadowe i nieżytych w płucach zauważyłem w przyp. II i VI. Krótkotrwałe obrzęki kończyn dolnych w czasie rekonwalescencji były tylko u chorej D. D.

W dostępnej mi literaturze nie spotkałem wzmianki o obrzękach po za dolną szczęką przy włośnicy. Prawdopodobnie jest to objaw ogólnego zakażenia, jaki spotykać się daje i w ciężkich przypadkach i innych chorób zakaźnych.

W Płocku i Chełpowie zachorowało na trychinozę ogółem osób 19. Z tych 5 umarło.

Z czterech sztuk świeżo zabitej nierogacizny, trzy okazały się zarażenymi włośnikami. Przyczyną tej epizootyi wśród świń w Chełpowie, zdaje się jest okoliczność następująca:

Mąż chorej D. D. wabił na przyrętną szczury, strzelał do nich i zabitych nie uprzętał. Prawdopodobnie, świnię zjadały trupy i tym sposobem zarażały się.

Miałem możność korzystania z następujących opisów włośnicy i wzmianek o tej chorobie:

1) Seiffman P. „Włośnik i włośnica ze zwróceniem szczególnej uwagi na środki zaradcze przeciw tej chorobie u ludzi“. Warszawa 1865 r. 2) Mizerski A. „Włośniki (trychiny) w W. Ks. Poznańskim“. Tyg. Lek. 1866 r. № 3 3) Natanson L. „Wiadomość o trichina spiralis w mięśniach człowieka“, P. T. L. W. 1860 r. str. 445. 4) Brodowski W. „Włośniki w szczerach“ P. T. L. W. Prot. pos. z dn. 29 maja 1866 r. 5) Brodowski W. „Trychiny w mięsie wie przowem w Łodzi“. P. T. L. W. Prot. pos. z dn. 4 stycznia 1870 r. 6) Barok i Brodowski W. „Zachorowanie 5 osób na trychiny w Łodzi“. Gaz. Lek. 1870 r. VIII str. 480 7) Klink. E. „Ostre ogólne zapalenie mięśni. Podejrzanie zakażenia trychinami Śmierć“. Med. 1875 r. str. 241 8) Brodowski W. „Trychiny mięśniowe, postrzeżone po raz pierwszy w Warszawie u człowieka“. P. T. L. W. Prot. pos. z dn. 4 maja 1875 r. 9) Jacoud S. „Wykład patologii szczegółowej“ w tłum. polskiem 1884 r. 10) Drecki F. „Trichinosis w os. Muranowie gub. Kaliskiej“. Gaz. Lek. 1885 r. str. 461. 11) Eichhorst H. „Lehrbuch der Speciellen Pathologie und Therapie“ Tom IV wyd. IV. 12) Józef Maybaum i Sewcryn Sterling „Włośnica“. Gaz. Lek. 1897 r. № 8, 9 i 10. 13) D-r. Adolf Strümpell, „Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten“ 1899 r. Tom I 14) W. Ebstein i J. Schwalbe. „Rukowodstwo k praktičzeskoj medycynie“. Tłom. E. J. Leniwa, pod. redak. A. Ch. Kuzniecowa. 1902 r. T. V. str. 716.



Słów kilka o postępkach szpitalnictwa dziecięcego.

Skreślił Dr. Józef Brudziński (Łódź).

Szpitalnictwo dziecięce jest stosunkowo świeżej daty. Pierwszy szpital dziecięcy w Europie powstał w Paryżu w r. 1802 mianowicie istniejący dotychczas Hôpital des Eufants Malades. (Rue de sévres). Drugi szpital powstał w trzydziści lat później w Petersburgu (szpital Św. Mikołaja) w r. 1837 a w r. 1839 szpital Ś-tej Anny w Wiedniu i szpital Św. Stefana w Peszcie. Większość szpitali dziecięcych powstała już w drugiej połowie ubiegłego stulecia. W tej liczbie i szpitale w Anglii, Włoszech i na ziemiach polskich we Lwowie (koło 1854), Krakowie (1876), Warszawie (1878) szpital na Aleksandryi i szpital im. Bersonów i Baumanów. Szpitale dla dzieci powstawały wyłącznie drogą fundacyi prywatnych, jednostkowych lub zbiorowych; miasta, państwa zaledwie się przyczyniały jakimś rocznym zasiłkiem na utrzymanie. Z tego wynikły duże trudności dla dalszego rozwoju szpitali dziecięcych — budowano je w zakresie nieraz bardzo skromnym, a nie zawsze nadzieje na ulepszenie w przyszłości sprawdzały

się. Tem się tłumaczy, że postęp szpitalnictwa dziecięcego był powolny i chociaż już w połowie zeszłego stulecia wymagał oddzielnych pawilonów, a przynajmniej izolowanych oddziałów, dla chorób infekcyjnych, w większości szpitali dla dzieci nie było to dla braku środków przeprowadzone. Pierwszy szpital z pawilonami izolacyjnymi powstał w Lizbonie, a pierwszy wzorowo urządzony według ówczesnych najnowszych wymagań powstał szpital w Petersburgu, im. Ks. Oldenburskiego, w r. 1869. Urządzono w nim 4 zupełnie izolowane oddziały dla szkarlatyny, ospy, dyfterytu i odry. Studium o „szpitalach dziecięcych“ kierownika tego szpitala, Rauchfussa, z r. 1877 stawia racjonalne wymagania szpitalnictwu dziecięcemu; jak jednak trudno je było z powyżej wymienionych względów natury materialnej wprowadzić w czyn, świadczy odezwanie się prof. Hagenbach-Burkhardta. w r. 1886 na zjeździe internistów i pediatrów. „Was hilft den meisten unter Uns die Lectüre der gediegenen Rauchfusschen Arbeit über Kinderspitäler, wo die Bedingungen für einen richtigen Spitalbau in ausführlicher Weise aufgestellt werden? Wir sind meist nicht im Stande nach diesem Muster Aoustalten in Petersburg in Moskau Bauten auszuführen.“ Że koło r. 1886 wiele szpitali dla dzieci w Europie nie odpowiadało już ówczesnym panującym wymaganiom, posiadamy świadectwo Erösa w jego notatkach z podróży p. t. „Die Kinderspitäler Mitteleuropas“, gdzie cytuje on fakty, że z sali dla chorób wewnętrznych wprowadzono go bezpośrednio do salki, gdzie leżało czworo dzieci chorych na ospę, a bezpośrednio z tej do salki, zajętej przez dzieci z odrą i krztuścem. W wielu szpitalach ambulatorya przytykały do sal chorych i dzieci, czekające na swoją kolej, spacerowały pomiędzy choremi dziećmi. Nie brak już jednak i wtedy było wzorowo urządzonych szpitali, które powstały albo drogą ulepszenia już dawniej zbudowanych, albo wybudowane były odrazu na szerszą skalę.

Od owego czasu dużo się poprawiło i gdy się w ostatnich latach zwiędzało szpitale dziecięce, widzi się znaczny postęp. Instytucje, które powstały przed 40 laty lub więcej, dla braku odpowiednich środków materialnych nie mogły się zmienić zasadniczo, choć kierownicy ich aż nadto odczuwają potrzebę zasadniczych zmian, to też i Hôpital des Eufants Malades i Szpital S-tej Anny w Wiedniu, dwa najstarsze szpitale dziecięce, noszą ogólnie

nie piętno swego czasu, a jednak i tu daje się zauważyć duży postęp. Dobudowano w Paryżu podług najwybredniejszych wymagań szpitalnictwa urządzone pawilony dla odry, dyfterytu; przedtem jeszcze urządzono pawilon dla infekcji wątpliwych—Pavillon des douteux—Moizard'a. Tak samo i w Wiedniu dobudowano oddzielny pawilon dla szkarlatyny i dyfterytu. Obok tych szpitali postępowych inne, które również najmniej przed trzydziestu laty wybudowano, stężyły w tej samej postaci i nie widać w nich żadnego postępu; niestety, trzeba to powiedzieć i o niektórych z nielicznych polskich szpitali dziecięcych. W ostatnich latach powstały szpitale dla dzieci nowe, jak np. w Peszcie, w Wiedniu, w Berlinie, Wrocławiu, w których zastosowano w szerokim zakresie nowe wymagania postępowe dla szpitalnictwa dziecięcego.

Mówiąc o postępie szpitalnictwa dziecięcego trzeba zrobić pewne omówienie—mamy tu do roztrząsania ogólne postępy szpitalnictwa, szczególnie co do technicznych ulepszeń w zakresie ogrzewania, wentylacji i t. p. i postęp w zakresie wymagań, obejmujących wyłącznie szpitale dziecięce; specjalnych urządzeń wewnętrznych, uwarunkowanych szeregiem stanów chorobowych, właściwych wiekowi dziecięcemu. Większość szpitali dla dzieci przyjmuje dzieci dopiero od 2 lat, niektóre wyłączają od przyjęcia dzieci z chorobami zakaźnymi. Przyznać trzeba, że obecnie świadomość o zadaniach szpitalnictwa dziecięcego stała się tak powszechną, że szpitale ostatniego typu są bardzo nieliczne a i pod względem przyjmowania niemowląt nastąpił zwrot pożądany. Te dwie właśnie kwestye—hospitalizacya niemowląt i reformy w hospitalizacyi dzieci z chorobami zakaźnymi—stanowią treść niniejszego szkicu, nie tyle z punktu widzenia teoretycznego, ile na zasadzie praktycznych reform dokonanych za granicą.

Dzieci wczesnego okresu dzieciństwa wyłączano od przyjęć do szpitali ze względu na trudność opieki, żywienia i, jak się okazało, ogromną śmiertelność wśród niemowląt nagromadzonych w salach szpitalnych. Smutną opinię wyrobiły hospitalizacyi niemowląt domy podrzutek dawnego typu, to znaczy, nie uwzględniające postępu w zakresie pielęgnowania niemowląt. Obawa hospitalizacyi niemowląt przeszła w teorię, i wielu pediatrów, a i władze sanitarne wprost stały się przeciwnikami hospitalizacyi niemowląt, jako rzeczy społecznie niebezpiecznej. Wiadomo,

że niemowlęta ginęły głównie na t. zw. Marasmus hospit., Hospitalismus—przewlekle, uporczywe stany wycieńczenia intoksykacyjne, których klinicznie bliżej określić nie można było; oprócz tego masowo występowały cierpienia jamy ustnej, cierpienia narządów oddechowych, nieżyty jelitowe, cierpienia skórne i t. d. Badania przeprowadzone w sprawie owych stanów, mianem Hospitalismus określonych, doprowadziły do wniosku, iż występują one przeważnie w tych zakładach, gdzie jedna pielęgniarka opiekuje się jednocześnie dużą liczbą dzieci, i że tem częściej występują, im wyższą liczbą niemowląt opiekuje się dana pielęgniarka. Sprowadzić więc można by ten stan do infekcyi wywołanej przez przenoszenie *wielokrotne* jakiegoś czynnika infekcyjnego z jednego dziecka na drugie. Czynniki ten przez przeszczenie takie, jakby in vitro na coraz to nowe pożywki, zyskuje, jakby w doświadczeniu, na jadowitości i wywołuje te stany przewlekłego schorzenia, naigrawające się z wszelkich prób leczenia, co jest zrozumiałem wobec ciągłego i stałego podsyłania pierwotnej przyczyny. Że nie potrzeba tu myśleć o jakimś swoistym zarazku, jest aż nadto zrozumiałe, gdy sobie przypomnimy, że stale w wypróżnieniach niemowląt panująca flora bakteryjna, a zwłaszcza *bact. coli*, w sprzyjających warunkach mogą dojść do znacznej jadowitości. W tym względzie największe też znaczenie może mieć przenoszenie, nawet dla gołego oka niedostrzegalnych, cząsteczek kału na palcach dozorczyńni od jednego niemowlęcia ku drugiemu, czy to przy przygotowaniu smoczka, czy przy wymywaniu w jamie ustnej, czy przy obmywaniu okolicy stolcowej. Drugą zaś, mniej ważną, drogą są pieluszki dzieci, gdy rzucone są, jak to często bywa, na ziemię, gdy bez sortowania używane są dla różnych dzieci i t. d.

Przenoszenie przez dozorczynię i przez zablizkie sąsiedztwo (znane są fakty, że niemowlęta umieszczano w jednej kołysce czy łóżeczku) stosuje się i do stanów chorobowych narządów oddechowych, jamy ustnej i t. d.

Zrozumienie tych faktów, których wyświetlenie zawdzięczamy zapoczątkowanemu przez Eschericha kierunkowi bakteriologicznemu w badaniach zaburzeń żołądkowo-kiszczkowych niemowląt, pociągnęło za sobą reformę w hospitalizacyi niemowląt. Zachęciło do tworzenia oddziałów dla niemowląt przy szpitalach, tworzenie zakładów wyłącznie dla niemowląt

przeznaczonych po za domami podrzutek, mianowicie t zw. „Säuglingsheim“, które powstały w Berlinie, w Dreźnie, w Monachium i in. Oddziały dla niemowląt powstały w różnych klinikach i szpitalach, że wspomnę tu tylko o wzorowych w nowej klinice Heubnera, klinice Czerny'ego, w szpitalu w Halle (Klautsch), w Gracu i t. d.

Nowym usiłowaniom hospitalizacyi niemowląt przyświeca zasada indywidualizacyi, a więc dla każdego niemowlęcia oddzielna pielęgniarka, dla każdego—oddzielne pomieszczenie, oddzielne przedmioty do karmienia i pielęgnowania. Wymagania te muszą być naturalnie co do pierwszych 2 punktów nieco zredukowane: o tyle żeby pielęgniarka miała *jaknajmniej* niemowląt pod swoją opieką, a co do drugiego—ponieważ za kosztowne byłoby urządzenie dla każdego niemowlęcia oddzielnego pokoiku—ograniczono się do urządzenia sali tak, aby środkiem szedł korytarz, a cała sala składała się z pokoiów o ścianach szklanych, otwieranych do korytarza; byłby to ideał, ale środki materialne, przynajmniej na szerszą skalę, nie pozwalały na takie urządzenia wielkości zakładów. Zastąpiono to urządzenie t. zw. boksami, t. j. urządzono coś w rodzaju klatek o ściankach szklanych nie dochodzących do sufitu, lecz tylko 1½—2 metr. od podłogi, w zakładach gorzej uposażonych ścianki te zrobiono nawet z desek pomalowanych białą farbą olejną (Halle). Nie jest to separacya ścisła, ale zmusza dozorczyńnię do ścisłego przestrzegania czystości, o co głównie przy separacyi niemowląt chodzi. W każdym bowiem takim boksie jest wszystko, co potrzebne dla pielęgnowania danego niemowlęcia, i dozorczyńni, po załatwieniu swych czynności, obowiązana jest umyć ręce, a przy pielęgnowaniu niemowląt, czy to z cierpieniami dróg oddechowych, czy wogóle podejrzanych o infekcyjne cierpienie jelit, jamy ustnej, czy skóry, (nie mówię naturalnie o chorobach wysypkowych, gdyż te są gdzieindziej izolowane), dozorczyńni wkłada przy wejściu do boksa wiszący tam fartuch, przy wyjściu—zdejmuje i myje się. Urządzenie takie istnieje u Heubnera w Berlinie; częściowo tylko przeprowadzono je w nowym Säuglingsheim Rommel-Mayera w Monachium, na większej skale—przy szpitalu Klautscha w Halle. Jak już wspominałem, każde niemowlę ma wszystko, co jest potrzebne do pielęgnowania własne, znaczone odpowiednim numerem, a więc flaszki, smoczki, termo-

metr, który stale, jak u Heubnera, umieszczony jest przy łóżeczku w próbowce z sublimatem; (w Monachium w szklaneczce napełnionej oczyszczonym piaskiem i sublimatem); specjalne pudełko z proszkiem, za przykładem Baginsky'ego, nieotwierane, dziurkowane. Ważne jest również, że pieluszki na czas pobytu niemowlęcia są tylko przez nie używane, odpowiednim numerem oznaczone, tak samo i prześcieradełka. Unika się również wspólnych stołów do przewijania; dziecko przewija się w łóżeczku. Każde niemowlę, choćby pozornie zdrowe, może być źródłem infekcji dla innego, lub jeżeli tak nie jest, to w każdym razie łatwo może samo podlegać infekcji od innego; i jeden i drugi względem zmierzają do izolacji podczas pobytu w zakładzie, tak, żeby ani od sąsiada niemowlę się nie mogło zarazić, ani też zarazić sąsiada. W tym celu niemowlęta są jaknajwięcej decentralizowane w mniejszych salkach, jak np. u Heubnera, a na większych salach urządzone są boksy.

Przy odpowiednio wyćwiczonych i uświadomionych dozorczyńniach system ten izolacji daje już dobre rezultaty, śmiertelność niemowląt zmniejsza się; z drugiej strony śmiertelność ogólna niemowląt, pielęgowanych w domu, w skutek proletaryzacji sfer biedniejszych, przedstawia się bardzo smutno, tak, że brak opieki szpitalnej dla chorych niemowląt śmiertelność wśród nich znacznie zwiększa; staje się więc ogólnym dążeniem czasów obecnych, aby tę wygórowaną śmiertelność niemowląt zmniejszyć — z 1ej strony przez organizację instytucji „Kropli mleka“, z drugiej strony — zakładów dla chorych niemowląt. Rzecz ciekawa, że powstawanie „Kropli mleka“ pobudza do zakładania żłobków i zakładów dla chorych niemowląt — nacześnie bowiem przekonują się i lekarze i sfery miarodajne, że nieraz rozdawanie najlepszego mleka nie może poprawić stanu niemowlęcia bez odpowiedniej racjonalnej opieki, tembardziej, jeżeli ma się do czynienia z niemowlęciem nie tylko nieodpowiednio i niedostatecznie odżywianem, ale jeszcze chorem. Urządzenie powszechne przy instytucjach Kropli mleka t. zw. porad dla niemowląt „Consultations des nourissons“ przeradza się wskutek życiowej potrzeby w wielu miejscach w zakłady stałe dla niemowląt (Säuglingsheime).

Opieka szpitalna, choćby najlepiej zorganizowana, jeżeli wyłącza dzieci do 2-go roku życia, nie osiąga należyte celu; najwyższa bowiem chorobowość istnieje wśród

dzieci w pierwszym roku życia. Wogóle, zakłady dla niemowląt dążą do zapewnienia niemowlętom pokarmu kobiecego wynajmując mamki, lub korzystając z pokarmu matek, które się wraz ze swymi dziećmi zapisują; najczęściej bywa jednak stosowane karmienie mieszane (Allaitement mixte, Wrocław), a w bardzo wielu zakładach (Berlin, Monachium) wyłącznie karmienie sztuczne, wzorowo prowadzone.

Przechodząc do drugiego zadania szpitalnictwa dziecięcego — hospitalizacji dzieci dotkniętych chorobami infekcyjnymi i udzielania porad poliklinicznych dzieciom bez narażenia ich na wzajemne zarażenie się i — z drugiej strony — zawleczenie zarazy do szpitala, zaznaczyć musimy duży postęp w ostatnich czasach.

Dla uniknięcia zawleczenia infekcji wtórnych do oddziałów szpitalnych należy:

1) Oddzielić ambulatoryum od gmachów szpitalnych. (O urządzeniu ambulatoryum mowa będzie oddzielnie).

2) Urządzić w każdym szpitalu dziecięcym stację obserwacyjną dla dzieci podejrzanych o chorobę infekcyjną. Tu również powinni znaleźć pomieszczenie podejrzani o błonicę. Takich chorych, dopóki badanie bakteriologiczne błon nie wykaże laseczników Löfflera, nie powinno się umieszczać na oddziale dyfterytycznym. Mowa tu, naturalnie, nie o wyraźnych klinicznie postaciach błonicy, lecz o postaciach wątpliwych. Po wykryciu laseczników chory powinien być przeniesiony na oddział dyfterytyczny, w razie przeciwnym — na ogólny. Laboratorium bakteriologiczne w szpitalu dziecięcym nie jest bynajmniej dodatkiem naukowym, lecz niezbędną częścią składową szpitala, konieczną do właściwego pielęgowania chorych.

Chwilowego pobytu na stacji obserwacyjnej wymagają i inne wątpliwe przypadki chorób infekcyjnych, dopóki rzecz się nie wyświekli.

Urządzenie stacji obserwacyjnej winno być jednak odpowiednie, tak, żeby różnej kategorii chorzy, podejrzani o różne infekcje, nie zarażali się wzajemnie. Zdarzyć się bowiem może, że gdy stacja obserwacyjna jest przeładowana chorymi, tak, że łóżka stoją jedno obok drugiego, zamiast zamierzonego celu — nie zawleczenia infekcji — osiągniemy przeciwny — rozszerzenia infekcji. Jeżeli np. dane dziecko podejrzane o odrę leży obok dziecka

podejrzanego o szkarlatynę, a z drugiej strony ma dziecko podejrzane o dyfteryt lub ospę wietrzną, zdarzyć się może, że oprócz tkwiącej już w niem infekcyi, zarazi się wtórnie choćby jedną z chorób infekcyjnych, na której zarażenie się jest wystawione. Po przeniesieniu tego dziecka na oddział odrowy, doczekamy się u niego wybuchu dyfterytu czy szkarlatyny po pewnym czasie, co grozi szeregiem wtórnych infekcyi na oddziale odrowym. To samo stać się może, gdy dziecko z dyfterytem czy szkarlatyną, przeniesione ze stacyi obserwacyjnej do odpowiedniego oddziału, wylęga w sobie zarazka odrowego, w który się zadobyło na stacyi obserwacyjnej.

Racyjalnie urządzone stacye obserwacyjne starają się złemu zaradzić. Stacya obserwacyjna składa się albo z szeregu oddzielnych pokojików, gdzie są umieszczani tylko pojedynczy chorzy, albo też, jak to ma miejsce u Moizard'a w „Pavilon des douteux“ w Hôpital des Enfants

Malades w Paryżu i w nowej klinice Heubnera w Berlinie pawilon jest urządzony jest w ten sposób:

Pośrodku sali, zajmującej cały pawilon, biegnie korytarz, z którego się wchodzi do oddzielnych celek, t. zw. z angielska box'ów; są to t. zw. „Chambre Box“ (klatka w kształcie pokoju). Wygląd jej uwidocznił na rysunku poniżej zamieszczonym. (№ 1). Ściany takiej celki są oszklone; od strony korytarza celka taka albo bywa otwarta, albo oddzielona dwiema szklaniami. Ściany boczne nie dochodzą do sufitu lecz tylko do połowy wysokości danego pomieszczenia. W celce jest wszystko urządzone tak, jak w oddzielnym pokoju; dla lekarza i pielęgniarki wisi płaszcz, który nakłada się przy wejściu do celki, przy wyjściu zawiesza się go napowrót i myje ręce, włosy; w każdej celce jest zbiornik z płynem dezynfekującym, lub też są na korytarzu odpowiednio urządzone umywalki.



Rysunek № 1.

W szpitalach bogato uposażonych, jak u Heubnera, ściany te są z grubego szkła i żelaza, w innych, jak u Moizarda, urządzone są ściany o ramach z drzewa, oszklone od połowy wysokości.

Typ taki stacyi obserwacyjnej upowszechnił się obecnie i ze wszech miar jest godny zalecenia. Naturalnie, po wyniesieniu danego chorego z celki cała celka i wszystko, co się w niej znajduje, jest gruntownie dezynfekowane.

Czynności tak urządzonych stacyi obserwacyjnych miałem sposobność przyglądać się przez czas dłuższy u Moizard'a w Paryżu i u Heubnera w Berlinie i przekonałem się o usługach, jakie oddają sprawie chronienia chorych dzieci od infekcyi wtórnych i zawleczenia infekcyi na oddziały szpitalne. W mniejszych szpitalach wystarczy na stacyę obserwacyjną mieć 2 pokoiki, oddzielone korytarzem; jeżeli jednak zmuszonym się jest pomieszczać w takich salkach naraz więcej, jak jednego chorego, urządzenie boksów staje się niezbędnem. Według statystyki Raucha w szpitalach obliczonych na 125—250 łóżek stacya obserwacyjna powinna mieć 5—10 łóżek, w szpitalach o 75—125 łóżkach wystarczy 3—5 łóżek, a w szpitalach o 25—75 łóżkach — 1 do 3 łóżek. W szpitalu Baginsky'ego na 250—300 łóżek stacya obserwacyjna składa się z 6 pokoiów na 6 łóżek, w szpitalu Brodi w Peszcie (120 łóżek) z 3 pokoiów, na 3 łóżka, w Lipsku z 3 pokoiów oddzielonych szklanymi ścianami. Każda stacya obserwacyjna posiada kuchnię i pokój kąpielowy. Stacya obserwacyjna nie wyczerpuje środków ochronnych przeciw zawleczeniu infekcyi do szpitala. Istnieją jeszcze inne drogi przedostania się infekcyi. Podczas panowania epidemicznie chorób infekcyjnych w mieście zdarza się, iż dziecko przyjęte do szpitala z chorobą nie-infekcyjną, np. z powodu prolapsus ani, znajduje się jednocześnie w okresie wylegania choroby infekcyjnej; tą drogą zwłaszcza, odra, ale i dyfteryt szerzą się na oddziałach szpitalnych.

Niebezpiecznym również jest krztusiec, który przez długi czas nie może być rozpoznany i dziecko przyjęte np. z Bronchitis przez 10 dni lub więcej może być źródłem kokluszki dla swoich sąsiadów. Najniebezpieczniejszą pozostanie zawsze pod tym względem odra, ze względu na zaraźliwość na kilka dni przed wysypką i ogromną wrażliwość dzieci, zwłaszcza już przez inną chorobę osłabionych, na tę infekcyę. Dodać przytem trzeba, że odra, rozwijająca się wtórnie u dzieci w szpitalu, wcale nie jest tak niewinnem powikłaniem. Z danych Hagenbach-Burkhardta z Bazylei wynika, że odra jako infekcyja wtórna w szpitalu dawała 27,2% zejść śmiertelnych, gdy w tym samym czasie na mieście śmiertelność wynosiła 3,68%. Przenoszenie odry, jak to jednoznacznie stwierdzają klinicyści, jest przeważnie bezpośrednie, dla tego też izolacya i uprzedzanie infekcyi jest łatwiejsze. Sevestre,

bardzo sumienny badacz, spostrzegł, iż decydującym momentem dla zarażenia się jest blizkie zetknięcie się dzieci; zauważył on, badając infekcyje wewnątrz-oddziałowe, że zarażały się odra dzieci oddalone od odrowych (t. j. takich, u których już na oddziale wybuchnęła odra) o 2—3 metry, podczas, gdy dzieci z drugiego końca sali pozostały zdrowe. Jadowitość zarazki odry jest krótkotrwałą. Sevestre twierdzi, że w 4 godz. po wyniesieniu chorego odrowego z pokoju można wnieść inne dziecko bez obawy zarażenia. Przenoszenie odry przez dozorczyńnię z oddziału odrowego wobec krótkotrwałości zarazki jest również rzadkie.

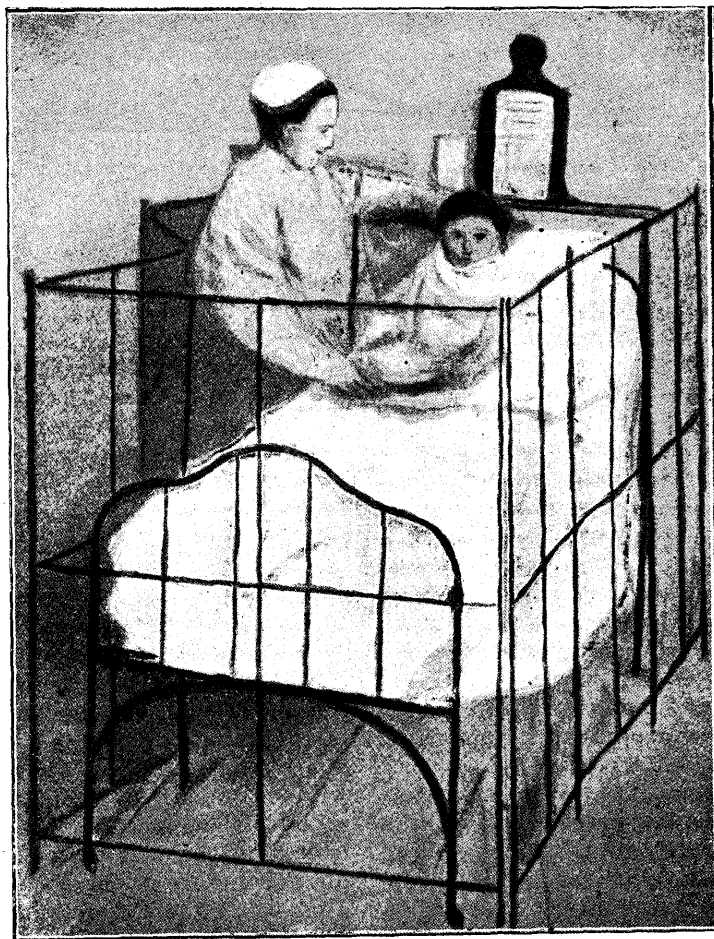
Jak starają się zaradzić szerzeniu się odry, dyfterytu, na oddziałach?

W niektórych szpitalach dzieci, które nieprzechodziły odry, uważają a priori za podejrzanę i odpowiednio się zabezpieczają, albo umieszczając je czasowo w oddzielnych pokojach, jakimi każdy prawie oddział powinien rozporządzać, albo też przynajmniej umieszczają je zdaleka od innych chorych, w myśl spostrzeżeń Sevestre'a o wpływie odległości na występowanie zarażenia się. Grancher postępuje w swej klinice w Hôpital des Enfants Malades już od r. 1889 w sposób następujący. Każde dziecko, a zwłaszcza takie, które nie przechodziło odry, z chwilą przyjęcia na salę otoczone zostaje parawanem żelaznym z siatką drucianą. Wszelkie przybory do jedzenia i pielęgnowania dziecka znajdują się w specjalnym koszyczku drucianym z przedziałkami. Przed jedzeniem rozpościera się na kołdrze ceratkę, na tej stawia się koszyczek druciany z przyborami do jedzenia. Po nakarmieniu dziecka dozorczyńni zawija wszystko w ceratkę i wkłada do kotła dla wygotowania. Dozorczyńni, która wchodzi za parawan wkłada wiszący tam płaszcz, a po wyjściu, nim się dotknie innego dziecka, musi umyć ręce roztworem antyseptycznym. Kwarantanna taka trwa 8 dni. Środki te okazały się bardzo skutecznymi przeciw szerzeniu się dyfterytu, nieco mniej przeciw szerzeniu się odry—ze względu na długi okres wylegania. Taki „paravent—box“ (celka parawanowa) przedstawiam na rysunku (№ 2). w chwili funkcjonowania.

Infekcyje na oddziały mogą być zawleczone i przez osoby odwiedzające, gdy w mieście panują epidemicznie choroby infekcyjne, zwłaszcza gdy przyprowadzane bywają dzieci, które akurat mogą się znajdować w okresie wylegania odry lub

być już choremi na błonicę gardła. Dla uniknięcia tego źródła infekcyi—odwiedzanie dzieciom we wszystkich szpitalach dziecięcych jest wzbronione, co zaś do osób starszych—jest również ograniczone do 2—3 dni w tygodniu, i nie wolno odwiedzać danego dziecka kilku osobom naraz. Na oddziałach infekcyjnych znowu, ze

względu na nieroznoszenie infekcyi po mieście, zwłaszcza na oddziale szkarlatynowym, odwiedzający nie powinni być wpuszczani na sale; mogą się informować o stanie zdrowia u lekarza danego oddziału; w Lipsku pozwalają spojrzeć na dziecko z korytarza przez drzwi oszklone, w Wiedniu przez duże okna z zewnątrz.



Rysunek № 2.

Przejdźmy teraz do urządzenia oddziałów i pawilonów dla dzieci z chorobami infekcyjnymi. Oddziały izolacyjne są dla szpitali dziecięcych *conditio sine qua non*; brak ich mści się na chorych szpitalnych przez szerzenie infekcyi wewnątrzszpitalnych (*Hausinfectionen*), które nieraz przybierają rozmiary epidemii wewnątrzszpitalnych (*Hausepidemidemien*). Że nie są to rzeczy do lekceważenia wystarczy przytoczenie danych Hagenbach-Burkhardt'a ze szpitala dla dzieci w Bazylei. Szpital ten przedstawia budynek dwupiętrowy o dwu skrzydłach. Główne sale dla

chorych znajdują się w środkowym gmachu, oświetlone z dwu stron, bez korytarza. Oddzielnych pawilonów niema. Później dobudowano murowany pawilon, w niewielkiej odległości od głównego gmachu, dla szkarlatyny. Dyfteryt, odra, koklusz, róża oddzielane były w głównym gmachu, niekiedy w salkach oddzielonych tylko drzwiami. Zawsze obsługują każdą kategorię chorych oddzielne dozorcynie. Tyfusowi leżą z innymi chorymi. Na 4568 dzieci infekcyi wewnątrzszpitalnych w przeciągu lat 15 było 324; najwięcej było infekcyi wtórnych szkarlatynowych (80 na

324), potem idą: dyfteryt i róża, odra, koklusz i ospa wietrzna, najmniej było infekcyi wtórnych tyfusem brzusznym.

Na 324 przypadki infekcyi wewnątrzszpitalnych było 67 zejść śmiertelnych = 20,7%.

Infekcyje wtórne wewnątrzszpitalne są wogóle niebezpieczne dla chorych. Śmiertelność wynosi (w nawiasie—śmiertelność na mieście):

odra wtórna szpitalna	27,2% (3,68%)
szkarlatyna	23,75 (8,07%)
krztusiec	11,75 (7,5%)

Co do źródła infekcyi, dochodząco tegoż w 80 przypadkach, w 19 nie można było dojść, w 32 wysledzono zarażenie się bezpośrednio wskutek tego, że w tym samym pokoju lub w sąsiednim połączonym drzwiami otwartymi były przypadki szkarlatyny (sąsiedztwo z łóżka, z pokoju); w 12 przypadkach nie można było znaleźć innej przyczyny jak to, że w tym samym czasie były przypadki szkarlatyny w pawilonie szkarlatynowym, w 5 — na kilka miesięcy przedtem w tem samym pomieszczeniu leżały przypadki szkarlatyny, w 1 przypadku przeniósł infekcyę asystent, w 2 dozorczyńni, w 2 osoby odwiedzające. W 12 przypadkach infekcyja nastąpiła, czy to wskutek zbyt bliskiego sąsiedztwa pawilonu szkarlatynowego (30 kroków), czy też wskutek nieostrożności personelu. Jako dowód, że pawilon szkarlatynowy był źródłem, przytacza H. B. fakt, że gdy zaprzestano—wskutek tego smutnego doświadczenia—przyjmowania szkarlatyny do pawilonu, nie było przez cały ten czas w szpitalu infekcyi wtórnych szkarlatynowych. Infekcyi wtórnych błonicą było 68, na ogólną liczbę przypadków błonicy 303; odry—33, podczas gdy z odry przyjęto tylko 16 w przeciągu 15 lat.

Cyfry te mówią same za siebie. W takich warunkach infekcyje wewnątrzszpitalne muszą mieć miejsce; należy tylko zdawać sobie z tego sprawę, prowadzić kontrolę i w sprawozdaniach szpitalnych to zaznaczać. Niestety, mało jest szpitali szczerze się przyznających do winy pod tym względem, tymczasem odsetka i jakość infekcyi wewnątrzszpitalnych daleko więcej odbija w sobie działalność szpitala, niż odsetka śmiertelności i inne szczegóły działalności. Aby możliwie zmniejszyć szerzenie się infekcyi wewnątrzszpitalnych, szpital musi mieć pawilony izolacyjne. Konieczne są pawilony izolacyjne dla błonicy, szkarlatyny, odry i, jak w naszych warunkach, ospy. W miastach, które mają

oddzielne baraki miejskie dla ospowych, zaleca się ospe wyłączyć ze szpitali dziecięcych. Pozostają więc 3 pawilony. Właściwie jednak powinny być oddziały dla ospy wietrznej, koklusza, rubeola, parotitis epidem. i t. d. Większość szpitali dziecięcych posiada 2—4 pawilonów izolacyjnych; gdyby jednak posiadała nawet liczbę pawilonów równoznaczną z liczbą chorób infekcyjnych, nie będzie to jeszcze wystarczające ze względu na różnorodne kombinacje wzajemne chorób infekcyjnych. Należałoby właściwie mieć tyle izolowanych oddziałów, ile się trafia chorób infekcyjnych i ich głównych kombinacji. Gdybyśmy obliczyli, przekonalibyśmy się, że liczba pawilonów lub oddziałów przekroczyłaby 15.

Jakie w tym względzie panują w ostatnich latach poglądy, a głównie, jak się przedstawiają odpowiednie urządzenia szpitalne?

Jako przykład idealnego urządzenia izolacyjnego przytoczyć muszę Szpital jubileuszowy cesarza Franciszka Józefa dla dzieci, przy szpitalu Wilhelminy w Wiedniu.

Szpital liczy ogółem 19 pawilonów infekcyjnych, w tem 7 pawilonów po 17 łóżek, 4 pawilony po 11 łóżek, 3 pawilony po 5 łóżek, 5 pawilonów po 2 łóżka.

Taki układ miał na celu ścisłą izolację oddzielnych postaci chorób infekcyjnych, możność izolacji przypadków wątpliwych i infekcyi mieszanych. Pawilony infekcyjne odsunięte są od pawilonów dla chorób nieinfekcyjnych o 42 metry. Pawilony infekcyjne na 17 łóżek oddalone są od siebie o 35 m., a cały rząd pawilonów o 17 łóżkach oddzielony jest od rzędu pawilonów na 11 łóżek o 48 m.; odległość trzeciego rzędu pawilonów od drugiego wynosi 15—25 m. Skwery założone na terytorium pawilonów infekcyjnych zajmują przestrzeń 7000 metr. kwadratowych. Na łóżko wypada ogólnej powierzchni placu 203 metry kwadrat., zabudowanej powierzchni 33m.² a zatem wolnej, obróconej na skwery powierzchni 170 metr. kwadratowych. Jak widzimy, rozrzuconie pawilonów przedstawia się pod względem unikania przenoszenia infekcyi bardzo dodatnio. Nie gorzej przedstawia się rozmieszczenie sal w pawilonach i łóżek w salach. W wymienionych 19 pawilonach znajdujemy tylko 7 sal o 14 łóżkach, 4 sale o 8 łóżkach, 3 sale o 4 łóżkach, a aż 14 salek po 2 łóżka i 22 po 1 łóżku. Jak widzimy stąd, 24% łóżek infekcyjnych mieści się w salkach o 1—2 łóż-

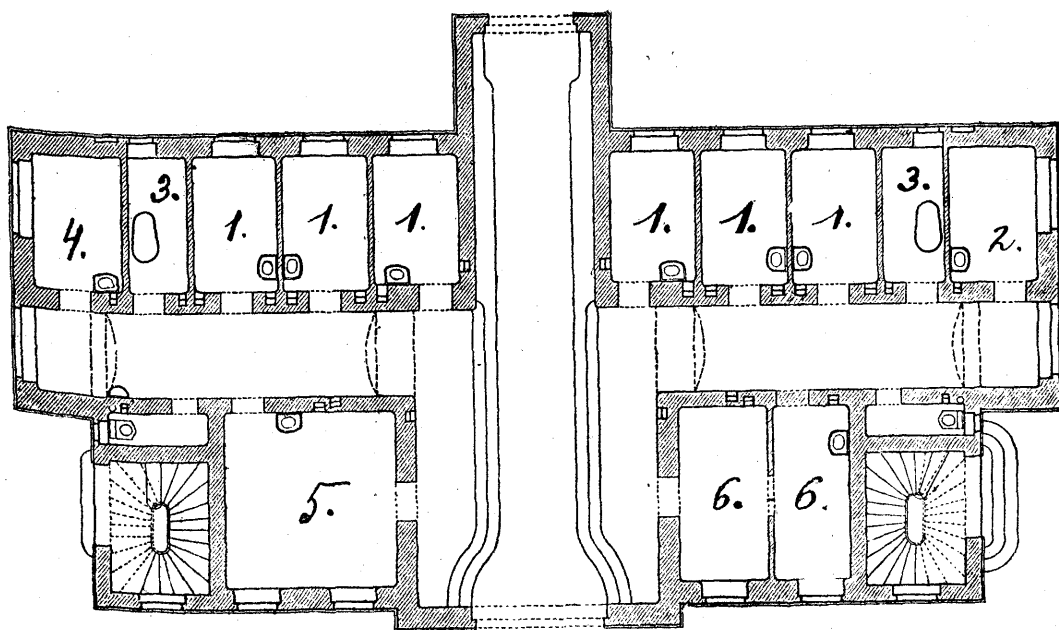
kach, a decentralizacja jest tak konsekwentna, że, jakśmy już wyżej nadmienili, zbudowano aż 5 pawilonów po 2 łózka. W każdym takim pawilonie są wszelkie urządzenia, jak i w większych pawilonach, a więc i pokój dla dozorczyń i pokój kąpielowy i pokój do przebierania się dla lekarzy i personelu.

Jak szeroko są rozmieszczone łózka na salach, dają wyobrażenie następujące cyfry: na łóżko wypada 9—18.8 metr kw. powierzchni podłogi. Na łóżko wypada 40,5—92 metr. sześć. powietrza (W szpitalu Baginsky'ego odpowiednie cyfry: 8 metr. kwadr. i 32 metr. sześć. na łóżko). Jednym słowem, mamy tu zadowolone wszelkie wymagania co do izolacji, gdyż nie tylko polega ona na decentralizacji oddziałów, ale, wobec dużej liczby małych pokoi i salek, pozwala przeprowadzać izolację indywidualną, nie tylko pewnych kategorii chorób infekcyjnych. Nie dość na tem, łózka na salach są od siebie w takiej odległości, że i tu można mówić o pewnym stopniu odosobnienia, co ma bardzo ważne znaczenie; w ten sposób bowiem mogą być ciężko chorzy lub z powikłaniami oddzieleni od chorych lżejszych. Oprócz tego, każdy pawilon rozporządza pomieszczeniem dla rekonwalescentów, do pobytu dziennego i każdy ma obszerną

werandę, na którą przy sprzyjającej pogodzie wynoszą z łózkami nawet obłożnie chore dzieci. Podobne urządzenie wymaga naturalnie liczego personelu lekarskiego i dozorczyń; tylko pod tym warunkiem może funkcjonować celowo. Jak się przekonałem, lekarze już po dwóch latach istnienia szpitala są przeciążeni pracą i zaczynają już myśleć o zwiększeniu personelu lekarskiego. Dla ułatwienia pracy urządzony jest specjalny system sygnałowy, tak że lekarz w jakimkolwiek pawilonie się znajduje może być zawiadomiony i wie, z którego pawilonu go wołają. Pomimo to lekarze są przeciążeni pracą, a nawet najidealniejsza izolacja z personelem zmęczonym, a co za tem idzie niemającym fizycznej możliwości spełniania ścisłego wymagań antyseptyki osobistej, nie osiąga należyte celu.

Urządzenia w szpitalu jubileuszowym dla dzieci są bardzo ciekawe jako wzór izolacji, jak na chwilę obecną; jak się wyraził prof. Escherich na posiedzeniu pediatrów i internistów w Wiedniu „als Muster moderner Spitalbaukunst u. hygienischer Einrichtungen“; szpital ten budzi zazdrość specjalistów (Neid aller Fachmänner). Dla całokształtu urządzeń izolacyjnych w tym szpitalu nadmienić muszę, że chorzy przybywający do przy-

Ambulatoryum do przyjmowania chorób infekcyjnych w szpitalu jubileuszowym dla dzieci w Wiedniu.



Rysunek № 3.

1, pokoje ordynacyjne. 2, pokój dla dyżurnego lekarza. 3, pokoje kąpielowe. 4, pokój dla dyżurnej dozorczyńi,

5, służący i dezynfekcja. 6, kancelarya.

jęcia na oddział infekcyjny, mają specjalny gmach (rys. 3) położony tuż przy ulicy, a urządzony tak, że karetka z chorym wjeżdża do środka gmachu, do dużej hali, ogrzewanej. Po prawej i po lewej stronie hali centralnej biegnie korytarz, z którego wchodzi się do 6 oddzielnych gabinetów do badania (1), każdy przeznaczony dla innej choroby infekcyjnej. Pokoje ordynacyjne są do połowy wysokości ściany pokryte kafkami, a powyżej—olejno malowane. Po każdorazowym badaniu są dezynfekowane za pomocą pompki połączonej z rozerwoarem zawierającym płyn dezynfekujący. Dziecko w tych pokojach otrzymuje ubiór szpitalny, jego zaś odzież składa się do worka i wrzuca do skrzyni pod oknem; dezynfektor wyjmuje odzież przez otwór od strony zewnętrznej. W tym samym gmachu są pokoje kąpielowe (3), pokój dla lekarza (2), pokój dla dozorczyńcy (4), kancelarya (6) i pomieszczenie dla służącego i do dezynfekcji (5). W hali jest urządzenie pozwalające zdezynfekować pojazdy, przywożące chorych.

Dla lekarzy i odwiedzających jest wejście oddzielne przez bramę strzeżoną przez 2 budyneczki do przebierania się (Umkleidegebäude). Każdy z odwiedzających zostawia w jednym pokoju swoje zwierzchnie ubranie i nakłada płaszcz, w którym wchodzi do pawilonów; przy wyjściu wchodzi do tego samego budynku, do innego pokoju, gdzie składa płaszcz, stąd przechodzi do pokoju kąpielowego, tam się myje lub kąpie, i wreszcie przechodzi do pokoju, w którym złożył swoje zwierzchnie ubranie.

Jeden z tych domków przeznaczony jest dla lekarzy i publiczności, drugi dla robotników zajętych w zakładzie. Pewien przymus istnieje pod tym względem dla tych ostatnich i dla lekarzy zajętych w szpitalu tylko w pewnych godzinach, a potem praktykujących na mieście. Chorzy wypuszczani ze szpitala muszą przejść przez t. zw. Entlassungsbad. Jest to budynek składający się z 3 pomieszczeń. Dzieci wchodzi w ubraniu szpitalnym do jednego pokoju, rozbierają się, w środkowym pomieszczeniu kąpią się lub dostają prysznic, i przechodzą do trzeciego pokoju, gdzie się przebierają we własne zdezynfekowane, przyniesione ze składu ubranie. W tym gmachu są 2 gabinety dla prymaryuszów—po za terenem infekcyjnym.

Urządzenia izolacyjne konsekwentnie przeprowadzone są również w szpitalu „Das Kaiser Friedrich u. Kaiserin Friedrich

Kinderkrankenhaus“ Baginsky’ego w Berlinie. B. wyraził się w sprawozdaniu z działalności szpitala po 10 latach istnienia tegoż, iż urządzenia te nie zostały jeszcze zdystansowane. Mówił to w r. 1900, gdy nie był urządzony szpital jubileuszowy dla dzieci w Wiedniu. U Baginsky’ego izolacja ogranicza się do oddzielnych postaci chorobowych; szpital posiada 4 pawilony z oddzielną obsługą dla dyfterytu, szkarlatyny, odry i kokluszu. Oprócz tego stacja obserwacyjna na 6 łóżek składa się z 6 oddzielnych pokoiów z pokojem dla dozorczyńcy, dla asystenta, kuchnią podręczną, pokojem kąpielowym. Stacja obserwacyjna odpowiada więc wszelkim wymaganiom, ma oddzielnego lekarza. Istnieje tu jednak pewna sprzeczność w wymaganiach izolacji personelu. Wogóle u Baginsky’ego asystenci z 4 poszczególnych pawilonów infekcyjnych są tam internowani—de jure nie wolno asystentowi z jednego pawilonu odwiedzać asystenta w drugim pawilonie, nawet w jego mieszkaniu. Schodzą się asystenci w laboratorium.

Przypuśćmy, że przepisy te są najskrupulatniej wypełniane; jak wyglądają one jednak wobec faktu, że stacją obserwacyjną obsługuje jeden i ten sam lekarz; zdaje się, że większe niebezpieczeństwo przeniesienia infekcji istnieje, gdy z pokoju do pokoju bezpośrednio od różnorodnych chorych infekcyjnych przechodzi jeden i ten sam asystent, niż jeżeli z pawilonu do pawilonu i to w dodatku nie na salę chorych, ale do mieszkania, przyjdzie jeden asystent do drugiego. Dwa te zarządzenia przeczą sobie wzajemnie. Jeżeli bowiem doświadczenie wykaże, że lekarz na stacji obserwacyjnej nie jest nosicielem zarazy, uczyni to wyłom w zarządzeniach prawdziwie kwarantannowych stosowanych do personelu z oddzielnych pawilonów. Zresztą, od tej zasady i tak są odstępstwa, gdyż lekarz naczelny obchodzi podczas wizyty szpitalnej wszystkie pawilony. Zachodzi więc pytanie, czy zdarzają się często w szpitalu Baginsky’ego infekcje wewnętrznie szpitalne. W sprawozdaniu swem Baginsky wspomina tylko, iż dzięki urządzeniom szpitalnym udało się uniknąć *większych* epidemii szpitalnych. Zresztą izolacja u Baginsky’ego też nie jest ścisła, gdyż niema specjalnych oddziałów dla infekcji mieszanych. Chorych z różnorodnymi infekcjami помещa się w pawilonie szkarlatynowym, jeżeli w kombinację wchodzi szkarlatyna, w pawilonie odrowym—jeżeli w kombinację wcho-

dzi odra. Pawilony są wprawdzie w ten sposób urządzone, że oprócz sal na 8 i 6 łóżek, rozporządzają jeszcze 2 salkami na 4 i 2 na 2 łóżka, tak że pewien dobór chorych jest możliwy, ale obsługuje i chorych z jedną postacią choroby infekcyjnej i z postaciami skombinowanymi ten sam asystent pawilonowy.

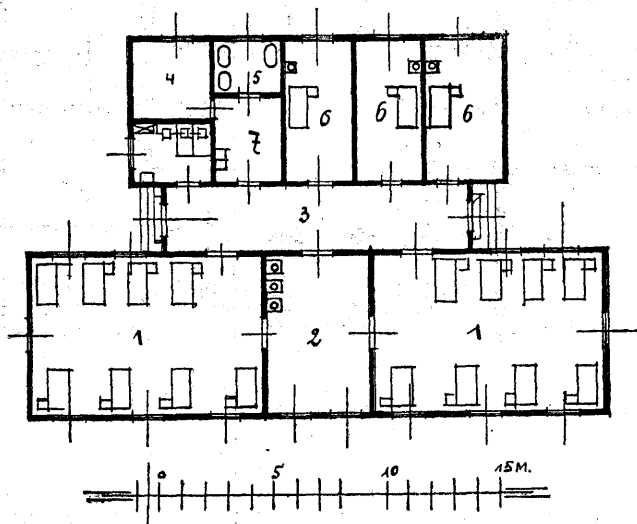
Faktem jest jednak, że u Baginsky'ego infekcyje wewnątrzszpitalne nie są częste, pomimo iż urządzenie nie jest tak konsekwentnie przeprowadzone, jak w szpitalu jubileuszowym dla dzieci w Wiedniu. Tłomaczy się to wyszkoleniem personelu; obsługiwane oddzielnych pawilonów przez oddzielnych asystentów ma to znaczenie, że ich wdraża do przestrzegania prawideł antyseptyki i że ze względu na nieprzeciążenie pracą daje im możliwość i czas stosowania antyseptyki do siebie.

Tu jest jądro sprawy, dotknięte pomistrzowsku przez Grancher'a, przeciwnika przesadzonej kwarantanny personelu; gdzie dozorczyń jest antyseptyczna, mówi tenże, tam nie potrzeba drzwi oddzielających, gdzie nie zachowuje ona prawideł antyseptyki, tam i drzwi zamknięte nie przeszkadzają przeniesieniu infekcyi. Izola-

cya chorych połączona z antyseptyką daje świetne wyniki, izolacja bez sumiennej antyseptyki, nawet w zupełnie izolowanych pokojach, nie uchroni od infekcyi. Jak przeprowadza tę antyseptykę Grancher, mówiliśmy już przedtem z okazacyi bok-sów parawanowych.

Na wzór szpitala Stefanii w Peszcie, szpitala w Lipsku i szpitala Baginsky'ego pod względem izolacji urządzone nowy szpital dla dzieci gminy izraelickiej w Peszcie „Bródy-Adel Gyermerk kórházának“, czynny od r. 1898., obliczony na 117 łóżek. Szpital posiada stację obserwacyjną składającą się z 3 oddzielnych pokojów, pokoju kąpielowego i kuchenki, każdy na 1 łóżko (p. rys. № V. 9.). Pawilony dla infekcyjnych chorób są tylko 2: dla dyfterytu i szkarlatyny, każdy na 20 łóżek. Składają się one z 2 sal dla ogólnych, z salą dla rekonwalescentów pośrodku, i oddzielnych pokojów. Urządzenie sali dla rekonwalescentów pomiędzy salami dla chorych jest wadliwe. Urządzenie np. pawilonu szkarlatynowego widać na załączonym planie (№ 4). Jak widzimy, posiada on trzy oddzielne pokoiki; pawilon dyfterytny ma ich cztery.

Pawilon dla chorych szkarlatynowych w szpitalu dla dzieci Bródy-Adel w Peszcie



Rysunek № 4.

1. Sala ogólna. 2. Sala dla ozdrowieńców—jako sala dziennego pobytu. 3. Korytarz.
4. Pokój dla dozorczyń. 5. Pokój kąpielowy. 6. Oddzielne pokoje dla chorych.
7. Kuchenka podręczna.

W sprawozdaniu szpitalnym za przeciąg lat 4-eh Dr. Grósz zaznacza, iż nie zdarzały się infekcyje wewnątrzszpitalne. Wybuchaniu chorób infekcyjnych u dzieci na

oddziałach nieinfekcyjnych, które były przyjęte z innym cierpieniem, a w okresie wylegania choroby infekcyjnej, zdołano zaradzić przez natychmiastową izolację.

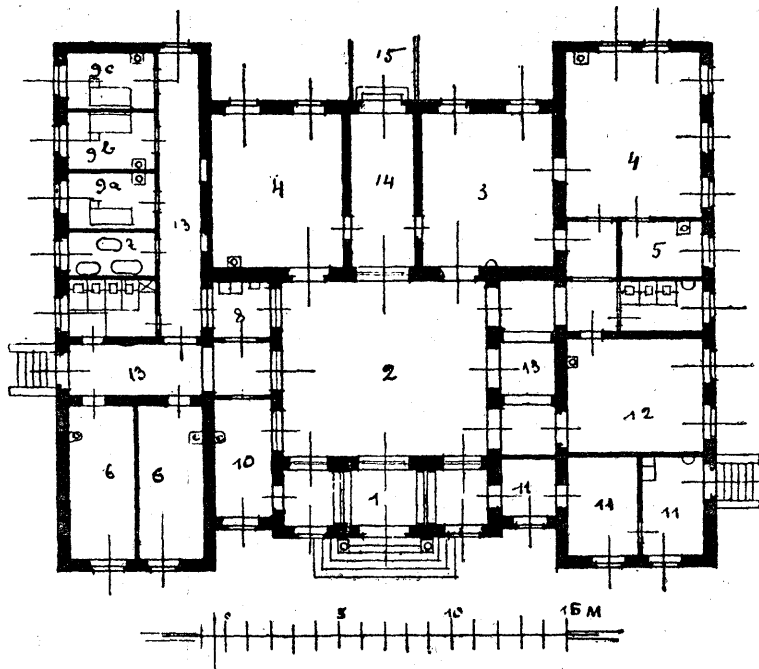
Zaznaczyć muszę, że personel lekarski nie jest uważany za „infekcyjny“, t. j. lekarz jeden obsługuje pawilon szkarlatynowy i dyfterytyczny, naturalnie, zachowując prawidłą antyseptyki. Ten sam lekarz może wchodzić na inne oddziały, ale po gruntownej dezynfekcji. Dozorczynie są oddzielne w obu pawilonach i niewolno im komunikować się nawzajem pod karą wydalenia; jedzenie przynosi posługacz do drzwi pawilonu i oddaje dozorczyń; mycie naczyń uskutecznia się w odnośnych pawilonach. Bielizna chorych i pościelowa przed odniesieniem do dezynfekcji moczy się w 2% lysolu. Bardzo ciekawe urządzenia do dezynfekowania bielizny w pawilonach istnieją w szpitalu jubileuszowym w Wiedniu. Przy podobnym urządzeniu, jak widzieliśmy, infekcji wewnątrzszpitalnych nie było.

Odry, na razie, szpital, niemając oddzielnego pawilonu, nie przyjmuje. W razach wyjątkowych, gdy wybuchnie odra u dziecka przyjętego na oddział ogólny w okresie wylegania odry, szpital ma w głównym gmachu pokoiki izolacyjne.

Infekcje mieszane tam, gdzie niema takich urządzeń, jak w szpitalu jubileuszowym dla dzieci w Wiedniu, muszą być umieszczane w oddzielnych pokojkach w pawilonach infekcyjnych, możliwie nie na sali ogólnej. Antyseptyka personelu zabezpiecza dostatecznie od przenoszenia infekcji.

Dla chorych na koklusz większość szpitali dziecięcych nie posiada oddzielnego pawilonu, oprócz szpitala Baginsky'ego i szpitala jubileuszowego dla dzieci w Wiedniu. W większości szpitali koklusz się do szpitala nie przyjmuje i jest to racyo-

Ambulatoryum i stacya obserwacyjna w szpitalu Bródy-Adel w Peszcie.



Rysunek № 5.

1. Wejście. 2. Przedsiónek. 3. Poczkalnia 4. Pokoje ordynacyjne. 5. Pokój do oftalmoskopii i laryngoskopii. 6. Pokoje izolacyjne ambul. 10. Pokój do badania przedwstępnego. 13. Przejście nazewnątrz z pokoiów izolacyjnych. 13 i 14 Przejścia. 8. Kuchenska podręczna stacyi obserwacyjnej. 7. Pokój kąpielowy stacyi obserwacyjnej. 9a 9b 9c Pokoje dla chorych stacyi obserwacyjnej. 11. Portyer. 12. Kancelarya.

nalne; koklusz bowiem wymaga hospitalizacji tylko w wypadkach powikłań jakichkolwiek, jeżeli zaś obok koklusza istnieje inna jeszcze choroba infekcyjna odra, szkarlatyna, czy dyfteryt, to temu nie za-

radzi oddzielny pawilon dla kokluszowych, bo i tak poumieszczać trzeba takie dzieci w różnych oddziałach.

Jeżeli wśród dzieci na oddziale wewnętrznym wybuchu koklusz, trzeba izolo-

jących chorych na tyfus, jak i w nieododabniających. Zaradzić złemu może jedynie wyszkolenie służby, ścisłe przestrzeganie ciągłego odkażania wydzielin i nieprzeciążanie służby pracą.

Pozostaje do omówienia kwestya porad ambulatoryjnych w szpitalach dla dzieci. Szpital bez odpowiednio urządzonego ambulatoryum spełniałby tylko połowę swego zadania. Wszystkie też szpitale dziecięce prowadzą starannie ambulatorya. Istnieje tu jednak podwójne niebezpieczeństwo—dla szpitala i dla dzieci przychodzących na poradę do ambulatoryum. Te ostatnie mogą się bowiem zarażać wzajemnie w ogólnej poczekalni, z drugiej strony—ambulatoryum może stać się źródłem zawleczenia chorób infekcyjnych na oddziały szpitalne. Dla uniknięcia tych powikłań, niektóre szpitale, zwłaszcza te, które są zbudowane dość daleko za miastem, mają swoje filie ambulatoryjne w mieście. Usuwają to niebezpieczeństwo przeniesienia infekcyi do szpitala. Inne szpitale, właściwie większość, ograniczają się do urządzenia ambulatoryum przy szpitalu, ale w oddzielnym gmachu, bez związku z oddziałami szpitalnymi. Zwykle z ambulatoryum połączona jest stacya obserwacyjna i pomieszczenia administracyjne.

Jak ma być urządzone ambulatoryum, żeby dzieci się wzajemnie nie zarażały.

Przytaczam tu urządzenie ambulatoryum w szpitalu dla dzieci „Bródy“ w Peszcie; podobnie urządzone jest ambulatoryum, w szpitalu Baginsky'ego i w Lipsku u Soltman'a. Dziecko, nim wejdzie do poczekalni ogólnej (p. rys. 5. 3) musi przejść przez pokój do badania pobieżnego wstępnego (10) skóry i gardła. Dzieci niepodejrzane o chorobę infekcyjną wpuszczane są do poczekalni ogólnej i przyjmowane w gabineciech wewnętrznym i chirurgicznym (4). Dzieci podejrzane o chorobę infekcyjną wpuszczane są do pokojów izolacyjnych (6), tam badane i odsyłane na oddział lub do domu. Dzieci, przybywające już z rozpoznaniem choroby infekcyjnej do szpitala, wpuszczane są odrazu do jednego z pokojów izolacyjnych.

Takie rozsortowywanie chorych nie może, naturalnie, całkowicie uprzędzić wzajemnego zarażenia się, w każdym razie jest to usiłowanie słuszne i w nowszych szpitalach, jako maximum tego, co

na razie można w tym względzie przedsięwziąć, jest wszędzie w tej lub innej postaci stosowane. Przytaczam tu drugi jeszcze przykład urządzenia ambulatoryum w szpitalu jubileuszowym dla dzieci w Wiedniu (p. rys. 6). Ambulatoryum, jak widzimy, posiada dwa oddziały: chirurgiczny i wewnętrzny, każdy z nich ma poczekalnię, rozbieralnię dla chorych, salę ordynacyjną i pokoiki oddzielne do badań specjalnych (1); oprócz tego pokój kąpielowy (5) i pokoje izolacyjne (6), wspólny pokój dla lekarzy (3). Przy każdej poczekalni—klozet. Wrazie zauważenia choroby infekcyjnej wysyła się dzieci do pokojów izolacyjnych, skąd je zabierają na oddział infekcyjny do opisanego powyżej ambulatoryum infekcyjnego z sześciu pokojami ordynacyjnymi.

Leczenie ambulatoryjne chorych infekcyjnych nie powinno mieć miejsca: z chwilą stwierdzenia choroby infekcyjnej i izolowania chwilowego w pokojach izolacyjnych, dziecko albo zostaje przyjęte na oddział infekcyjny, albo—w razie braku miejsca czy też kategorycznej odmowy rodziców—odsyła się je do domu. Ta ostatnia możliwość w niektórych państwach nie istnieje; rodzice zmuszeni są oddawać dzieci z chorobami infekcyjnymi do szpitali; jest to najwłaściwsza droga do przecięcia szerzenia się epidemii i to jest wielkie zadanie społeczne szpitali i oddziałów dla chorób infekcyjnych. Ambulatoryjnie leczyć można jedynie koklusz, ale pod warunkiem, że ambulatoryum posiada oddzielny pokój, gdzie chorzy kokluszowi czekają i są badani. Dzieci takie przy następnych wizytach powinny mieć specjalne kartki i matka powinna zaraz po przyjsciu okazać ją portyerowi, który ją powinien z dzieckiem do odpowiedniego pokoju skierować.

W szkicu niniejszym nie miałem zamiaru opisywać dokładniej widziane szpitale dla dzieci (p. również: Brudziński. „O szpitalnictwie dziecięcym w Londynie i w Paryżu“ „Medycyna“ r. 1900). Większość posiada wiele wspólnych cech, niektóre znowu nie posiadają urządzeń, godnych zaznaczenia. Wspomniałem tylko o urządzeniach, w których się zaznaczył postęp szpitalnictwa dziecięcego.



J. Mazurkiewicz i W. Sochacki.

Drugi rok zakładu dla umysłowo-i nerwowo-chorych w Kochanówce.

Z mieszanem uczuciem zadowolenia i żalu przystępujemy do skreślenia dziejów ubiegłego roku zakładu w Kochanówce, dziejów tak obojętnych dla szerokiego ogółu, a tak niesłychanie ważnych dla tych kilkuset rodzin, które powierzały nam dotąd losy swych chorych. Możemy być zadowoleni z postępu, osiągniętego niezaprzeczenie w różnych kierunkach, jak to wykaże dalsze sprawozdanie. Musimy zaś odczuwać na myśl, że wszelkie wysiłki nasze, dążące do usunięcia głównej plagi szpitalnej, mianowicie dużej ilości chorób gorączkowych, pozostały i musiały pozostać bezowocnymi, dla braku fundusów. Usunięcie miejscowych przyczyn tych chorób: braku wody, zarówno do kąpienia chorych, jak i zdatnej do picia, i wysokiego stanu wody gruntowej, okazało się rzeczą tak kosztowną, iż dobroczynny szpital, nie otrzymujący żadnego zasiłku ani od rządu, ani od miasta, w drugim roku swego istnienia nie mógł się jeszcze zdobyć na luksus zapewnienia swym chorym tak elementarnych wymagań higieny, jak woda do picia i kąpania, lub osuszenie gruntu wobec jego wilgoci. Z konieczności trzeba poprzestać na pocieszeniu się nadzieją, że może w roku bieżącym te kardynalne braki zostaną usunięte—że w studni artezyjskiej, mającej obecnie 170 łokci głębokości, dowiercimy się wreszcie do dobrej wody i w dużej ilości; i że dobrzy ludzie, którzy dali przeszło sto tysięcy rubli na budowę Kochanówki, zechcą dać jeszcze kilka tysięcy w tym celu, aby umieszczeni w niej chorzy nie zapadali na powikłania gorączkowe z winy wilgoci gruntu, który powinien być zdrenowany.

Kładziemy rozmyślnie taki silny nacisk na powyższe dwa braki zakładu, gdyż są one od początku jego istnienia prawdziwą jego zmoreą, odbijającą się codziennie na stanie zdrowia chorych i codziennie paraliżującą starania i wysiłki zdrowych, skierowane do podniesienia zakładu na poziom, na którym znajdować się powinien i znajdować się zresztą mógłby.

Nacisk taki nie jest równoznaczny ze zniechęceniem. Przeciwnie, ma on na celu tylko podkreślenie wielkiej wagi omawianej kwestyi i wielkich trudności, które

powoli i stopniowo, ale z niesłabnącą energią przewycięża komitet szpitalny.

Cyfr y.

W d. 1 Stycznia 1904 r. mieliśmy w zakładzie, jak to podało sprawozdanie przeszłoroczne, 112 chorych, mianowicie 58 mężczyzn i 54 kobiety. W roku ubiegłym przybyło chorych 106 (58 mężczyzn i 48 kobiet). Zatem ogółem przebywało w zakładzie przez rok sprawozdawczy 218 chorych (116 m. i 102 k.), czyli o 29 więcej, niż w r. 1903, maximum, jakie zakład może pomieścić.

Z tej ogólnej liczby 218 chorych: 185 dostarczyła Łódź, 9—Warszawa, 4—gub. Warszawska, 16—Piotrkowska, 2—Kaliska, i 2 nawet Litwa (1—gub. Wileńska, i 1—gub. Wołyńska). To wzrastanie liczby chorych, przysyłanych nam przez kolegów zamiejscowych, z pominięciem zakładów, znajdujących się bliżej miejsca zamieszkania rodzin chorych, uważamy zawsze za szczególnie pochlebny dowód zaufania do Kochanówki, pomimo dotychczasowych jej braków sanitarnych i pomimo wielkiej początkowo niedostateczności umebłowania, w które zakład dopiero w roku ubiegłym mógł się nieco zaopatrzyć, i lepiej zadowolnić w tym kierunku wymagania pacjentów, przyzwyczajonych do pewnego wykwintu a słusznie wymagających za swą większą płacę jakiejś kanapy, szafy lub firanki w pokoju, gdzie w pierwszym roku istnienia zakładu nie było czasem nawet krzesła.

Z pomiędzy naszych chorych ubiegłego roku pozostawało:

1.	na koscie rodziny	76
2.	„ „ Chrz. Tow. Dobr.	51
3.	„ „ fabryk	32
4.	„ „ m. Łodzi	32
5.	„ „ dozoru Bóżniczego	12
6.	„ „ Gmin	4
7.	„ „ Kol. Fabr. Łódzk., m. Pabjanic, Tow. Dobr. w Ozorkowie	11
	i t. d.	

Razem 218

Tabela ta nie zupełnie odpowiada rzeczywistości, gdyż wykazuje ona właściwie tylko, na jakich warunkach chorzy byli przyjmowani do zakładu. Często się zdarza, iż po jakimś czasie rodzina, fabryka, gmina i t. d. odmawia zapłaty, chory jednak pozostaje w Zakładzie nadal bezpłatnie; w rzeczywistości zatem liczba chorych, utrzymywanych przez Tow. Dobr. jest o kilkunastu wyższą, niż

to podano w tablicy. Gminy zawsze bronią się rozpaczliwie od uiszczenia zapłaty. Fabryki trzymają się mniej więcej granic, prawem przepisanych, t. j. płacą bez kwestyi przez 6 miesięcy, albo nie o wiele krócej lub dłużej, bez względu na stan chorego; tylko niektóre, jak: Scheiblera, Heinza i Kunitzera, Geyera, Grohmana, Steinertą i niewiele innych płacą w razie potrzeby za swych chorych całemi latami, bez żadnych trudności. Całkiem osobiwe poglądy psychiatryczne wyrobiła sobie Kolej Fabryczno-Łódzka, która umieszcza wprawdzie swych chorych pracowników w Zakładzie, ale na żaden sposób nie pozwala im dłużej chorować niż przez jeden lub dwa miesiące, po upływie których chory musi wracać do domu bez względu na to, że mógłby być uleczonym albo, że jest niebezpiecznym dla siebie lub innych.

Pomimo podwyższenia opłaty miesięcznej dla pensjonarzy I klasy z 75 do 90 rb, i II klasy z 45 do 50 rb., liczba ich wzrosła w roku ubiegłym do 50, (12 chorych I klasy, 38—II klasy), co stanowi blisko czwartą część ogółu chorych i co umożliwiło Zakładowi utrzymywanie kilkudziesięciu chorych bezpłatnie, bez zbytniego nadwężenia zasobów Towarz. Dobr., i zamknięcia budżetu rocznego, wynoszącego 36 tysięcy wydatków, bez znacniejszego deficytu. Zwiększenie się liczby pensjonarzy zamożniejszych niezaciera przytem bynajmniej dobroczynnego charakteru Zakładu dla ludności miasta, gdyż ogromna większość chorych mianowicie 142, pozostawała albo bezpłatnie albo na koszcie pracodawców lub różnych instytucyi.

Według zajęcia dzielą się chorzy w sposób następujący:

1) przy rodzinie, ergo bez stałego zajęcia lub zajęcia domowego	78
2) robotników i robotnic fabrycz.	58
3) rzemieślników	25
4) służących	6
5) nauczycielek	6
6) urzędników	10
7) kupców	11
8) inżynierów	6
9) uczniów szkół wyższych i śred.	4
10) obywateli ziemskich i rolników	4
11) właścicieli fabryk	2
12) aptekarz	1
13) strażnik policyjny	1
14) bezdomny	1
15) niewiadomo	5

218

W stanie małżeńskim pozostawało 100 chorych (222 dzieci), w stanie bezżennym — 96 (1 dziecko), we wdowieństwie — 15 chorych (35 dzieci), w rozwodzie — 3 (4 dzieci), niewiadomo — 4.

Pod względem wyznaniowym przeważają liczebnie katolicy — 114, następnie idą ewangelicy — 59, starozakonni — 41, prawosławni — 2, i niewiadomo — 2.

Wiek chorych określa tablica następująca:

1) od 4 do 5 lat	1	chora
2) od 5 do 10 lat	2	chorych
3) od 10 do 15 lat	—	"
4) od 15 do 20 lat	12	"
5) od 20 do 30 lat	55	"
6) od 30 do 40 lat	85	"
7) od 40 do 50 lat	41	"
8) od 50 do 60 lat	12	"
9) od 60 do 70 lat	6	"
10) od 70 do 80 lat	3	"
11) od 80 do 90 lat	1	"

Zdaje się, że żaden ze szpitali dla umysłowo-chorych w Królestwie nie tylko nie posiada, ale i nie posiadał wogóle tak młodych pacjentów, jak obecnie Kochanówka w osobach Andzi F. niemającej 5 lat, i Mikołajka K., który jeszcze nie ukończył 6 lat. Kilka słów o ich dziejach powiemy w rubryce: „z kazuistyki szpitalnej“, zaznaczając tu tylko, iż element dziecięcy na sali ogólnej oddziaływa bardzo dodatnio na na innych chorych i jest bardzo pożądany. Trzeci pacjent poniżej lat 10 jest epileptykiem, z otępieniem umysłem, i nie przedstawia pod względem klinicznym nic ciekawego.

Czas trwania choroby przed wstąpieniem do szpitala

1) od 3 dni do 1 miesiąca	32	chorych
2) od 1 do 3 miesięcy	33	"
3) od 3 do 6 miesięcy	15	"
4) od 6 do 12 miesięcy	18	"
5) od 1 do 5 lat	43	"
6) od 5 do 10 lat	38	"
7) od 10 do 20 lat	27	"
8) od 20 do 30 lat	2	"
9) od 30 do 40 lat	1	"
10) niewiadomo	9	"

218

Tablica powyższa, w porównaniu do sprawozdania poprzedniego wykazuje pewien wzrost chorych, przybywających do szpitala przed upływem 3-ch miesięcy chorowania w domu, mianowicie w roku 1904 chorzy ci stanowili 31% ogółu chorych, gdy w r. 1903 tylko 18%. Ten wzrost

zawdzięczamy, częściowo przynajmniej, stanianiem naszym, aby, o ile możności, przy przyjmowaniu nowych chorych oddawać pierwszeństwo przypadkom świeżym, i aby, u możliwiając w ten sposób dalszy ruch chorych, bronić młody szpital przed szybką zamianą go na schronisko dla nieuleczalnych chronicznych.

Z pomiędzy 218 chorych ubiegłego roku 182 uległo chorobie umysłowej po raz pierwszy, 15 — po raz drugi, 7 — po raz trzeci, 1 — po raz piąty, 1 — po raz ósmy, 9 — niewiadomo. Niewiadomi rekrutują się bądź z chorych bezdomnych, przysłanych z ulicy przez magistrat, bądź też z chorych, podrzuczonych przez rodziny w ogrodzie zakładowym i nie odwiedzanych z obawy przed tem, aby zakład nie odesłał chorego do domu.

Czas pobytu chorego w szpitalu wykazuje tablica następująca:

1) do 1 miesiąca	10 chorych
2) od 1 do 3 miesięcy	40 "
3) od 3 do 6 miesięcy	37 "
4) od 6 do 12 miesięcy	45 "
5) od 1 do 6 lat	67 "
6) od 6 do 10 lat	19 "

Dziedziczność chorób umysłowych i nerwowych w rodzinie (lub też potatorium rodziców) podana była przy wywiadach w 97 przypadkach, alkoholizm chorych — w 28 przypadkach, lues — w 20, uraz — w 15 przypadkach.

Według *rozpoznanania* cierpienia umysłowego dzielią się chorzy:

1) Psychozy melancholijno-maniakalne	9
2) Amentia Meynerta	22
3) Stupor	3
4) Psychozy neurasteniczne	10
5) " histeryczne	10
6) " epileptyczne	13
7) " peryodyczne i okrężne	5
8) Hebephrenia	4
9) Dementia praecox (inclusive katonia)	20
10) Paranoia chronica	13
11) Otepienie wtórne	19
12) Psychozy laktacyjne	8
13) " infekcyjne	6
14) Intoksykacje alkoholiczne	22
15) Sclerosis multiplex	1
16) Lues cerebri	5
17) Paralysis progressiva	27
18) Arteriosclerosis cerebri et dem. senilis	10
19) Wrodzone braki umysłowe	10
20) Agonia	1

Z ogólnej liczby 218 chorych ubyłoby z Zakładu w roku ubiegłym 101, a mianowicie: zostało wypisanych chorych bez

polepszenia 18, z polepszeniem 25, jako zdrowych 29, uciekł, a raczej nie wrócił z urlopu 1, któremu z różnych powodów groziło kilkoletnie zesłanie do odległych gubernii państwa. Umarło chorych 28, czyli 12,84% ogółu.

Przyczyny zejść śmiertelnych wykazuje tablica następująca:

1) Paraliż postępowy	w 9 przyp.
2) Kiła mózgu	w 2 "
3) Arteriosclerosis cerebri et marasmus sen.	4 "
4) Phtisis pulmonum	4 "
5) Nephritis	2 "
6) Typhus abdominalis	1 "
7) Vitium cordis	1 "
8) Adipositas cordis et influenza	1 "
9) Alkoholizm	3 "
10) Suicidium	1 "

Ten ostatni przypadek, stanowiący pierwszą prawdziwą katastrofą szpitalną przez czas istnienia Kochanówki, wymaga bliższego wyjaśnienia w myśl publicznej obietnicy złożonej przez nas w pierwszym sprawozdaniu szpitalnem. Katastrofa ta zaszła z Henrykiem P., 33-letnim użnierzem, u którego wkrótce po skończeniu nauk zaczęła się stopniowo przed 8 laty rozwijać dementia praecox z wyraźnym odcieniem paranoidalnym. Chory, nieufny i skryty, zachowaniem się swoim w zakładzie nie zdradzał niczem jakichś chęci samobójczych i, zapadłszy na anginę, troskliwie robił okłady na szyję i płukanie gardła. W południe 13 maja poszedł chory, za zgodą kierownika zakładu i w towarzystwie tegoż, drugiego lekarza i urzędnika szpitalnego, do kancelaryi, mieszczącej jednocześnie zawsze zamkniętą na klucz szafę apteczną, aby wziąć kwas borny do płukania gardła. Pomimo obecności trzech osób, przyzwyczajonych do ścisłego obserwowania chorego w takich razach, udało mu się wyjąć z otwartej chwilowo szafki flaszeczkę z laudanum tak zręcznie, że brak jej spostrzeżony został dopiero w parę godzin później. Natychmiastowo dokonana wskutek obudzonego podejrzenia rewizya w pokoju chorego, który zresztą jeszcze żadnych podejrzaných objawów nie wykazywał, wykryła istotnie proszek w torebce, schowanej do szkarpetki, i kawałki sznurów, znalezionych w ogrodzie i przeznaczonych widocznie do powieszenia się. Zdawało się, że już tak bliskie niebezpieczeństwo zostało szczęśliwie usunięte; wkrótce jednak chory, w zmienionej bieleźnie przeniesiony do innego pokoju, zaczął wykazywać silne zwiężenie źrenic

i bez poprzedzającego okresu podniecenia, zapadł w stan głębokiej śpiączki. Zastosowane natychmiastowo przy pierwszych objawach przemyślanie żołądka, iniekcje i t. d. nie odniosły żadnego skutku i po 14-godzinnej śpiączce chory umarł zrana d. 14 maja 1904 r.

Przy ocenie takiej katastrofy nie może być dwóch zdań — lekarz, kierujący zakładem, zawinił tu także. Prawda, że chory nadspodziewanie sprytnie i zręcznie powziął i wykonał swój plan, ale każdy kierownik szpitala odpowiedzialny jest za wszystko i wie dobrze o zasadzie, iż umysłowo-chorych należy nie dopuszczać do wszelkich miejsc, mogących przedstawić niebezpieczeństwo. Świadomość wykroczenia przeciwko zasadzie psychiatrycznej i pierwsze wrażenie człowieka, współwinnego śmierci chorego, nasuwa najpierw myśl pójścia za jego przykładem. Ale obok powyższej zasady psychiatrycznej jest jeszcze druga, która głosi, iż chorych niewolno zamykać jak więźniów w odosobnioncj celi, że należy im dawać maksimum możliwej swobody, należy im dawać pracę i rozrywki, aby uczynić ich życie mniej więcej znośnym. Tymczasem każda swoboda, każda praca, każda rozrywka połączona jest dla takich chorych z większym lub mniejszym niebezpieczeństwem. Dla tych chorych niebezpieczną jest nie tylko sadzawka w ogrodzie, ale i zwykła kąpiel w wannie, jak to wykazuje statystyka z jej częstymi względnie wypadkami topienia się umysłowo-chorych w zwyczajnych wannach. Przed kilku miesiącami naczelny lekarz jednego ze szpitali paryskich został ciężko zraniony w głowę przez chorego nożem kuchennym schowanym przy okazji noszenia obiadów. Jest tu znowuż wyraźne wykroczenie przeciwko psychiatrycznej zasadzie bezpieczeństwa, gdyż zdobyty w kuchni nóż może chory użyć zarówno przeciwko lekarzowi, jak przeciwko sobie lub innym chorym; a jednak antiwięzienna zasada psychiatryczna powoduje, że we wszystkich starannych szpitalach szeregi chorych pracują w kuchni. Wszystko zależy tu od umiejętnego doboru chorych a niemożność przeniknięcia w najskrytsze ich zamiary musi z konieczności sprowadzać niekiedy pożalowania godne katastrofy, które zresztą drugiej zasady — swobody psychiatrycznej zgnieść nie mogą, bo się zdarzają również i w szpitalach, prowadzonych na sposób więzienny. Żaden najstaranniejszy szpital nie może zaręczyć za to, że taki lub inny wypadek,

wynikły bez czyjejsz złej woli, nie powtórzy się w nim więcej.

Rzecz prosta, katastrofę całą zachowaliśmy w największej tajemnicy, ze względu na innych naszych chorych, zawiadamiając tylko rodzinę i bezpośredniego zwierzchnika. Byłoby zapewne wygodniej dla lekarza skorzystać z tego i nie podawać wcale do wiadomości publicznej, chociaż byłoby to oczywiście mniej uczciwie; dla zakładu korzyść z takiej tajemnicy byłaby bardzo problematyczna, a dla swobodnej myśli psychiatrycznej i osławiania z nią szerszej publiczności byłoby to wręcz szkodliwym.

Dziwnym zbiegiem okoliczności mieliśmy w roku ubiegłym, prócz powyższej katastrofy, jeszcze jeden wypadek, szczęśliwie zresztą zakończony, próby samobójczej, również za pomocą otrucia, które w statystyce samobójstw szpitalnych zajmuje jedno z ostatnich miejsc, poza wieszaniem się, topieniem i t. d. Wypadek dotyczył Jana R., lat 42, którego siostra starsza od 20 lat jest umysłowo-chorą. Po 3-miesięcznym pobycie z jakichś powodów w więzieniu śledczym zapadł R. na rozstrój umysłowy wskutek czego wypuszczony na wolność i odstawiony do swej gminy, był w chwilach podniecenia uspakajany przez włościan żelaznemi widłami i następnie przykuwany w stodole łańcuchami do ściany*) Przyjęty w dniu 9-go czerwca 1904 r. do szpitala w Kochanówce, wykazywał chory na głowie, klatce piersiowej i wszystkich kończynach szeregi sinych pręg, podrapań i t. d., i zaburzenia umysłowe pod postacią amencji neurastenicznej, ze stanami niepokoju i bezradnego bredzenia prześladowczego, z ciągłą najwyższą nieufnością do całego otoczenia. Z ogólnego oddziału, dla spokojnych chorych, przeniesiliśmy R., na skutek jego życzenia, do osobnego pokoiku, dodając mu tylko dla wszelkiej pewności za towarzysza 16-to letniego epileptyka, P., nie wykazującego jeszcze znaczniejszego ośpienia umysłowego. W d. 21 listopada lekarz przy zwykłej rannej wizycie spostrzegł u R., cierpiącego stale na zaparcie stolca, sztuczne różowe zabarwienie języka i dopiero wtedy młody P. pośpieszył z oznajmieniem, iż p. R. właśnie mu wyznał, że połknął przed godziną główki z całego pudełka szwedzkich zapalek. Zastosowane natychmiast przemyślanie żołądka, a następnie cuprum sulfur.

*) Rzecz się działa nie przed 500 laty, ale w końcu maja i początkach czerwca roku pańskiego 1904-go.

przy odpowiedniej dyecie, nie przeszkodziły zjawieniu się wymiotów, następnego zaś dnia bolesności całego brzucha, szczególnie prawego podżebrza, a po 4 dniach nawet lekkiego podniesienia ciepłoty (do 37,04) i zmniejszenia ilości moczu do jakiejś kwaterki na dobę (bez białka); ale po 2-ch tygodniach wszystkie te objawy minęły i chory wrócił do poprzedniego stanu. Zapałki z różowemi główkami, nie używane wcale w Zakładzie, otrzymał chory, jak się później okazało, poprzedniego dnia od odwiedzającej go rodziny, pomimo uprzedzenia jej, aby nic nie dawała choremu bez wiedzy lekarza. W kilka tygodni po tej nieudanej, na szczęście, próbie samobójczej przyszło urzędowe zawiadomienie, iż śledztwo zostało umorzone i R., jako niewinny, uznany za zwolnionego od dozoru władz policyjnych. W ten sposób sprawiedliwości stało się zadość! Chory, czytając dokument urzędowy, starał się widocznie skupić całą swą uwagę dla zrozumienia jego części i okazywał nawet pewne zadowolenie, ale stan jego psychiczny polepszenia dotąd nie wykazuje żadnego i wątpliwem jest nawet osiągnięcie go w przyszłości. Byliśmy więc w tym przypadku znowu bardzo blizcy drugiej ciężkiej katastrofy, która w tym razie mogła nastąpić bez cienia jakiegokolwiek winy z naszej strony.

Wracając obecnie do ostatniej naszej tabeli i innych przyczyn zejść śmiertelnych, spostrzegamy przedewszystkiem znaczny przyrost zejść z powodu gruźlicy płuc (i jelit—w dwóch przypadkach), gdyż w r. 1903 gruźlica nie spowodowała u nas ani jednego zejścia śmiertelnego, zaś w roku ubiegłym—aż 4. Przypadek duru brzuszego wzmiankowany w tablicy, gdyż zakończył się śmiercią w końcu trzeciego tygodnia ciągłej 40 gorączki, a dotyczący 33-letniej epileptyczki, był dla nas szczególnie z tego względu przykrym, iż chora, pozostająca w Kochanówce od początku jej istnienia, nabyła go widocznie z winy miejscowych warunków higienicznych. Dodając do powyższych jeszcze przypadek 56 letniej chorej na paranoję chroniczną z kolosalną adipostas universalis i wybitnymi objawami niedomogi mięśnia sercowego, która uległa podczas panującej u nas epidemii zakażeniu grypowemu, otrzymamy na ogólną liczbę 28 zejść śmiertelnych aż 6 z winy chorób gorączkowych, co stanowi 21½% w porównaniu do 18% z r. 1903. Róża, po 8-miesięcznej przerwie, zjawiała się znowu, jednak wszystkie 4 przypadki miały prze-

bieg pomyślny. Wszystkie te cyfry są smutną, ale wymowną ilustracją tego, dłaczego tak gwałtownie dążymy do zdobycia wody dla szpitala i osuszenia jego gruntów. Dopóki te dwa braki usunięte nie zostaną, statystyka śmiertelności w Kochanówce będzie dawać wyniki niezadawalające.

Przejdźmy obecnie do jaśniejszych stron Zakładu, które powodują, że pomimo wszystkich wymienionych braków Kochanówka się rozwija i ma dane do rozwoju się dalszego.

(Dokoń. nast.)



Warunki rozwoju naszych miast i miasteczek w świetle istniejących przepisów i liczbowych danych.

Przyczynek do najpierwszej sprawy w programie społecznym.

Według referatu podczas narad higienistów w dniu 6 Stycznia 1905 roku.

Podał Dr. Józef Jaworski. (Warszawa).

System zarządzania u nas sprawami miejskimi jest w całym tego słowa znaczeniu biurokratyczny, ściślej mówiąc, rozkazujący.

W miastach, jak wiemy, istnieją zarządy miejskie, zwane magistratami, na których czele stoją w większych środowiskach prezydenci, w mniejszych—burmistrze.

Wszyscy służący w magistratach mianowani bywają przez Rząd. Ludność miejska w powoływaniu urzędników nie przyjmuje żadnego udziału, a wobec braku organów z wyboru nie wywiera na sprawy miejskie żadnego wpływu i zupełnie na nie nie oddziaływa.

Zgodnie § 4 postanowienia ks. namiestnika z r. 1816 o urządzeniu miast, biorący udział w zarządzie magistratów ratmanowie i ławnicy (w liczbie nie więcej niż 4 na miasto) powinni być powoływani z liczby mieszkańców, posiadających nieruchomości w mieście; w rzeczywistości prawo to niezawsze bywa przestrzegane, a mianowicie: odbywają się wybory bez względu na to, czy kto posiada lub nie w mieście nieruchomość.

Wszystkie więc magistraty pozostają w zupełnej zależności od władz rządowych i stanowią niejako ostatnie ogniwo w łańcuchu administracyjnym.

Magistraty w miastach powiatowych i w powiecie położonych, podlegają władzy zarządów powiatowych; w miastach

gubernialnych i w m. Łodzi należą do zarządów gubernialnych. Zarząd miejski w Warszawie w rzeczach ogólnych podlega bezpośrednio ministeryum spraw wewnętrznych, a w rzeczach miejscowych—naczelnikowi kraju. Pomijając pewno uzupełnienia czasowe i częściowe, taki system zarządu w zasadzie trwa od r. 1818.

W dawnej Polsce miasta Królestwa Polskiego posiadały samorząd, który ustał z chwilą przejścia kraju w części pod pruskie, w części zaś pod austriackie panowanie. Po utworzeniu w r. 1806 Księstwa Warszawskiego, powstały w główniejszych miastach, t. z. rady municypalne z przedstawicieli mieszkańców miast, w celu narad i kontroli nad sprawami miejskimi.

W r. 1818 te rady municypalne zniesiono, a pozostawiono t. z. rady wojewódzkie, po jednej na każde województwo (gubernię), które miały zastąpić dawne rady departamentalne i powiatowe, a także municypalne. Z zamknięciem w r. 1830 rad wojewódzkich zarządy miast przekształcony został na instytucye rządowe.

Na mocy ukazu marcowego z r. 1861 w Warszawie i innych miastach większych były potworzone rady miejskie na zasadzie wyborczej, lecz wyniki wtedy wypadki polityczne wpłynęły na to, że właściwie nie skorzystano z ukazu tego, a z chwilą przekształcenia zarządu administracyjnego Królestwa Polskiego, na mocy ukazu grudniowego z r. 1866, magistraty znów przekształcone zostały na urzędy z przed r. 1861 z pewną zmianą prowadzenia spraw, wobec zwinięcia urzędów centralnych i poddania administracji miejscowej pod władzę ministeryum spraw wewnętrznych.

Ten powrót do systemu biurokratycznego nastąpił u nas wówczas, gdy w Cesarstwie na mocy ustawy miejskiej z r. 1870, porzucono dawny sposób zarządzania miastami, a zwrócono się do rządzenia przy udziale obywateli, powołując wszelkie siły społeczne do prowadzenia spraw miejskich.

Pomimo braków, jakie powodują zarówno ustawa miejska z r. 1870, jak i z r. 1892 wprowadzenie ustawy tej w porównaniu z obecnie istniejącym porządkiem biurokratycznym, z systemem rozkazującym, wprowadzenie samorządu do miast Królestwa Polskiego na zasadzie wyborczej, bezwątpienia byłoby nową erą dla gospodarki miejskiej. Nawet tutejsze władze administracyjne uznawały różnymi czasami potrzebę wprowadzenia samorządu

miast na zasadzie wyborczej. Namiestnik hr. Berg jeszcze w r. 1872 w tym duchu się wypowiedział, generał-gubernator Albedyński w r. 1876 przedstawił gotowy projekt wprowadzenia ustawy miejskiej ze zmianami ze względu na stosunki miejscowe.

Wynikła wojna turecka zahamowała bieg tej sprawy i dopiero w r. 1881, przy ministeryum spraw wewnętrznych powstała ad hoc komisya, lecz wskutek zmian osobistych, jakie wtedy zaszły w ministeryum, sprawę tę odłożono.

Dopiero z chwilą wydania nowej ustawy miejskiej w r. 1892, po wprowadzeniu reformy do gubernii wewnętrznych Cesarstwa, po rozszerzeniu jej na Syberję, generał-gubernatorstwo stepowe, a nawet na miasteczka Kaukazu, w r. 1891 ministeryum spraw wewnętrznych wznowiło sprawę zastosowania ustawy miejskiej do miast Królestwa Polskiego i przedstawiło do zatwierdzenia generał-gubernatora hr. Szuwałowa. Ten jednak uznał za niekorzystne wprowadzenie w kraju zarządu na zasadzie społecznej.

Innego zdania był jego następca ks. Imeretyński, który gromadził materiały w celu wszechstronnego opracowania tej sprawy; śmierć przerwała te przygotowania.

* * *

Obecny biurokratyczny system zarządzania sprawami naszych miast i miasteczek, bez udziału i kontroli społeczeństwa, posiada cały szereg rażących braków i wad, które są powodem tego pożałowania godnego zjawiska, że nasze miasta i miasteczka powstrzymane są na drodze rozwoju naturalnego, że w nich gnieździ się niechlujstwo, królujecie beczyność i obojętność na najżywotniejsze sprawy fizyczne i duchowe ludności; te braki i te wady wynikają, najpierw ze sposobu prowadzenia spraw miejskich, powtóre ze sposobu zarządzania funduszami miejskimi, potrzebie z braku pewnych przepisów w ustawodawstwie, poczwarte, z braku sił odpowiedzialnych, niezbędnych w celu starania się o potrzeby miast, po piąte, z braku wszelkiej kontroli—ze strony społeczeństwa—spraw gospodarki miejskiej.

Rozpatrzmy każdy z tych punktów.

Sam sposób prowadzenia spraw miejskich, według obowiązujących przepisów powierzony magistratom, pozostawia wiele do życzenia. Magistraty w miastach powiatowych i położonych w powiecie, w

sprawach porządków miejskich, nieposiadają żadnej samodzielności.

Według ustawy z r. 1866 naczelnik powiatu zarządza bezpośrednio podległym mu powiatem, łącznie z należącymi doń miastami, a zgodnie z § 106 tej ustawy, sprawy miejskie podlegają rozpatrzeniu w urzędzie powiatowym.

Wszystkie większe wydatki idą na zatwierdzenie gubernatora, a w miarę zwiększającej się cyfry — przez urząd gubernialny i naczelnika kraju do ministerium spraw wewnętrznych. W lepszym położeniu są magistraty miast gubernialnych i miasta Łodzi, które bezpośrednio znoszą się z zarządami gubernialnymi. Warszawa podlega bezpośrednio ministerium spraw wewnętrznych i naczelnikowi kraju. Wynikiem takich porządków sposobu prowadzenia spraw bywa to, że ważniejsze sprawy miejskie ciągną się przez lata, a nawet dziesiątki lat bez wyniku*).

Weźmy przykłady z samej Warszawy, jak np. sprawa rzeźni. Już dawniej niż przed 30 laty sprawa ta była poruszona, rozpoczęto korespondencję, zrobiono przedstawienie, nastąpiły projekty, zażądano wielorakich zmian i wyjaśnień i po wieloletniej pisaninie sprawa zaprzepaszczoną została. Przed 60 laty zaprojektowano bulwary nad Wisłą. Dotychczas wyniku nie ma. Inny przykład: W r. 1895 fabrykanci m. Łodzi na własny koszt, wynoszący kilkadziesiąt tysięcy rubli, polecieli specjalistom wypracowanie planu kanalizacji dla miasta. Projekt ten był przedstawiony magistratowi m. Łodzi w maju 1896 r., z deklaracją ułożenia planu opodatkowania na rzecz utrzymania przedsięwzięcia tego wszystkich fabryk i domów. Mineły lata i mowy o kanalizacji nie ma, a miasto ciężko pokutuje z powodu braku urządzeń zdrowotnych.

A oto znów inny przykład. W r. 1898 magistrat miasta Łodzi wybrukował plac targowy i urządził na nim 400 stołów dla sprzedaży różnych produktów. Na publicznej licytacji stoły te były wydzierżawione na r. 1899 za 13,000 rb. Urząd gubernialny w Piotrkowie uznał tę cenę za nieodpowiednią i nie przedstawił wyniku licytacji do zatwierdzenia, polecając ogłosić nową licytację. Wynikła stąd korespondencja trwała okrągły rok i kasa miejska straciła 13,000 rb. W końcu 1900 r. nastąpiła nowa licytacja, na której za

dzierżawę stołów zaprojektowano po 2,232 rb. 42 kop. miesięcznie. Cyfra bardzo wysoka, lecz wypadło oczekiwać na zatwierdzenie licytacji do połowy 1900 r. i miasto poniosło straty po 2,232 rb. 42 kop. przez każdy miesiąc do chwili, kiedy narzeczcie okazało się możebnem otworzyć targowisko. Niedosć na tem, przed końcem roku dzierżawca okazał się niewypłacalnym dłużnikiem i niezapłacił tego, co się od niego należało.

* * *

Gospodarka finansowa miast Królestwa Polskiego przedstawia niezwykle zjawisko. W Europie zachodniej miasta nie mają wolnych kapitałów, a najczęściej bywają odłużone.

Berlin ma długi .	124,160,953 rubli.
Bruksella „ .	105,367,650 „
Lipsk „ .	28,602,277 „

Tymczasem nasze miasta i miasteczka — przeciwnie — najczęściej posiadają kapitały zapasowe*).

Gdyby najważniejsze potrzeby zostały zaspakajane, ekonomia taka stanowiłaby zasługę podobnego systematu, lecz tutaj zupełnie nikt nie dba o załatwienie najpilniejszych potrzeb. Bezprocentowe, martwe kapitały nie przynoszą żadnej i nikomu korzyści. Są to smutne następstwa systemu beczynności.

Miasta Królestwa Polskiego posiadają około 3 milionów zapasowych kapitałów, przechowywanych w kantorze Banku państwa i leżących najczęściej bez procentu. Gdyby kapitał ten ulokować w papierach państwowych, byłyby kupony i przez każde 20 lat kapitały się prawie podwoiły. Gdy istniał Bank polski z tych sum narastało 2%, gdy bank zamknięto procenty od kapitałów bardzo wielu miast ustały, pomimo tego dotychczas żaden magistrat nie zdecydował się poruszyć sprawy zabezpieczenia dochodu z tych kapitałów.

W całej Rosji remanent za rok 1897 wynosił 2,009,656 rb. czyli 2,4% wszystkich dochodów, a w Warszawie 6,5%; w innych miastach polskich 17,9%. W tym samym roku 1897, gdy Łódź udzieliła za pomoci szpitalowi miejscowemu wszystkiego 200 rubli, a w ogóle na potrzeby oświaty i dobroczynności wydała 8 kop. na osobę, Zgierz tylko 2 kop. na osobę,

*) Dane do referatu czerpię z pracy A. Suligowskiego p. t. „Gorodskoje uprawlenie. Wiestnik Jewropy T. VI r. 1902“

*) Patrz: Dr. J. Polak. Najpierwsza sprawa w programie społecznym Zdrowie r. 1905. Z. I. str. 19.

oszczędności w Łodzi wyraziły się sumą 179,871 rubli, w Zgierzu 4,509 rubli.*)

Wogóle, stojąc na gruncie faktów, wypada powiedzieć, że niedaje się zauważyć żadna działalność w celu rozwoju moralnego i materyjalnego dobrobytu ludności miejskiej kosztem środków miast.

Przy porównaniu wydatków miast Królestwa Polskiego z wydatkami miast Cesarstwa, korzystających dłuższy czas z samorządu miejskiego, a tembardziej, porównyując te wydatki z gospodarką finansową innych miast Europy—okazują się nadzwyczaj wyraźnie różne braki.

Porównyując np. dochody miast z wydatkami na utrzymanie szkół, na utrzymanie zakładów dobroczynnych, okazuje się, iż w miastach polskich wydatkuje się na pierwotną oświatę i dobroczynność stonkowo znacznie mniej, niż w stolicach oraz innych miastach rosyjskich. Nawet w miastach Syberji, w których zarząd na zasadach społecznych do roku 1897 nie zdołał się utrwalić, i tam poziom wydatków na oświatę i opiekę ubogich okazują się wyższym w porównaniu z wydatkami miast polskich.

Rzeczywiście, w Irkucku wyniósł 15,4⁰/₀, w Tobolsku—5,5⁰/₀, w Omsku—12,1, a w Warszawie 4,6⁰/₀, w Łodzi 3,1⁰/₀ ogólnych wydatków.

Wszystko to świadczy, że system gospodarowania w miastach przy udziale społeczeństwa prowadzi do wzmózonej działalności w celu zaspokojenia istotnych potrzeb i pożytku ludności miejskiej.

We wszystkich miastach Rosyji bez Finlandy i Królestwa Polskiego, na wzmiankowane potrzeby (w 1897) wydano 13,932,535 rb., czyli 17,2⁰/₀ dochodu, a w miastach Królestwa Polskiego — wszystkiego 439,138 rb. t. j. 4,07⁰/₀ rocznych wpływów.

Jeszcze wyraźniej to występuje przy zestawieniu wydatkowanych sum z ilością ludności miast.

Według wykazów odnośnych z r. 1897 otrzymujemy, co następuje:

W Petersburgu na cele oświaty i dobroczynności w ciągu 1897 r., wydatkowano przeciętnie na jednego mieszkańca 2 rb. 68 kop., w Moskwie—2 rb. 70 kop., a w Warszawie—48 kop.; we wszystkich innych miastach Rosyji, z wyjątkiem Królestwa Polskiego i Finlandy,—96 kop., a

*) Te dane statystyczne, wyjęte ze sprawozdań departamentu gospodarczego ministerstwa spraw wewnętrznych o obrotach pieniężnych kas miejskich, przytaczam ze wzmiankowanej pracy A. Suligowskiego.

w miastach Królestwa Polskiego—21 kop.

W końcu w miastach rosyjskich, bez Petersburga i Moskwy—63 kop., a w miastach Królestwa Polskiego, bez Warszawy,—9 kopiejek.

Okazuje się z tego, że w całej Rosyji wydaje się że środków miejskich, przeciętnie 5 razy więcej, a wyłączając stolicę, przy porównaniu z miastami polskimi bez Warszawy, 7 razy więcej, niż w tych ostatnich.

W Lublinie wydatkowano na osobę 13 kop., w Piotrkowie—16 kop., w Częstochowie—19 kop., w Łodzi—8 kop. a w Zgierzu tylko 2 kop.

W tym samym roku w miastach fabrycznych rosyjskich, jak Iwanowo-Wozniesiensku wypadło po 39 kop. na osobę, w Briańsku po 84 kop.)*

Ztąd wynika, że w Rosyji z chwilą zaprowadzenia zarządu miast z udziałem społeczeństwa, wzmaga się współdziałanie ogółu miejskiego w sprawie oświaty i dobroczynności, a w miastach polskich, gdzie dotychczas jest dawny system biurokratyczny, nie daje się zauważyć podobnego objawu.

Wobec tego, że to, co nie jest wskazane przez prawo, nie może podlegać zarządowi urzędów państwowych; wobec tego do programu działalności magistratów nie wchodzi ani troska o przytulki dla ubogich, ani zapobieganie ubóstwu, ani urządzanie zakładów dobroczynnych i leczniczych, ani udział w przedsiewzięciach, mających na celu ochronę zdrowia narodowego, ani oświata ludowa i oświecanie mas, wszystkie sprawy te, ze względu na istniejące przepisy, a właściwie z powodu braku pod tym względem prawa, nie należą do magistratów.

Wynikiem stanu takiego jest bezczynność, która między innymi ujawnia się w tem, że na 10 milionów ludności w żadnym mieście kraju do ostatnich czasów nie było ani jednego muzeum miejskiego dla sztuk pięknych, ani jednej biblioteki miejskiej, ani jednego (z wyjątkiem Kalisza) teatru miejskiego; w żadnym mieście za pieniądze miejskie do ostatnich czasów nie pobudowano ani zakładu dobroczynnego, ani przytulku, ani lazienek, czy łaźni.

Zarządy miejskie w pewnych razach ograniczają się na wydawanie niekiedy niedużych zapomóg pieniężnych tym lub innym instytucyom, nietroszcząc się zupełnie o ich los i rozwój. Wydawnictwo

*) Patrz: A. Suligowski.

tych zapomóg przekracza właściwie władzę magistratów, a udzielanie ich odbywa się wskutek naglących potrzeb życia, przy obojętności prawa.

Również miasta nie okazują współdziałania w celu rozwoju handlu i przemysłu. W budżetach miejskich nie istnieją rubryki, któreby świadczyły o dążeniu w tym kierunku.

Brak więc przepisów w ustawodawstwie magistratów, odnośnie troski i starań o potrzeby fizyczne i duchowe ludności miejskiej również stanowi wysoce ujemną stronę obecnego systemu.

Jeżeli są wydawane zapomogi szpitalom i zakładom dobroczynnym, to sumy takie wnoszone bywają do budżetów nie na mocy istniejących przepisów, lecz z rozporządzenia miejscowych urzędów gubernialnych, albo warszawskiego generał-gubernatora.

Samoobrona i pomoc społeczeństwa, w postaci komitetów, jeżeli i występuje niekiedy podczas klęsk powszechnych, np. powodzi, nieurodzaju, epidemii—to nie na mocy właściwych przepisów, gdyż prawo potrzeby takiej nieuwzględnia, lecz na podstawie specjalnych pozwoleń.

* * *

W miarę wzrostu i rozwoju miast, potrzeby stwarzają stopniowo rosnącą ilość spraw, które dla tego, aby mogły być załatwione, rozstrzygnięte, wymagają dużej zatraty pracy i czasu, a także celowych sposobów.

Acz ze względu na znaczenie sprawy te nie mogą być postawione na jednym poziomie ze sprawami ogólnopaństwowymi, w rozwiązaniu których zainteresowane bywają liczne warstwy społeczeństwa, z tem wszystkiemi sprawy takie posiadają doniosłe znaczenie dla mieszkańców miast, którzy zajmują się i przejmują nimi nie równie więcej, niż nawet najważniejszymi zagadnieniami państwowymi, które na ogół bywają niezupełnie dostępnymi dla szerszych mas. Z tych względów sprawy miejscowe, jak o tem świadczy nauka i praktyka, potrzebują osobnego sposobu zarządzania przy udziale sił miejscowych zbliżonych do spraw tych i z niemi złączonych własnym interesem. Udzielona samodzielność takim siłom zapewnia swobodę inicjatywy, a osobisty interes w sprawie dobrobytu i odpowiedniego urzędnienia miasta, stanowi niejako rękojmię użytecznych wyników.

Do ujemnych więc stron zarządu miasta należy także brak sił potrzebnych,

a odpowiednich w celu starania o potrzeby miast.

Obecnie na czele każdego magistratu stoi burmistrz lub prezydent. Takich burmistrzów lub prezydentów ogółem jest 114.

Tymczasem według ustawy miejskiej z r. 1892 wypadałoby na kraj 114 rad miejskich z t. zw. głową miasta i 2—4 członkami z wyboru w każdej radzie. Licząc przeciętnie po 3-ch członków, 450 kierowników, mających obowiązek pracować na użytek miasta. Oprócz tego do składu rad miejskich należałoby od 20—80 t. zw. „głasných“, wybieranych z obywateli miejscowych. Licząc przeciętnie po 4 głasných, liczba ich dosięgłaby cyfry 4,500 osób, którzy zajęliby się pracą nad najważniejszymi sprawami gospodarki miejskiej.

Naturalnie, że tak wielkimi siłami rozporządzać można tylko przy wprowadzeniu zasady wyborów i zasady bezinteresownej pracy.

Ujemną również stroną istniejących porządków jest brak wszelkiej kontroli ze strony społeczeństwa spraw gospodarki miejskiej.

Z powyższych wynika, że zasada biurokratyczna w prowadzeniu i zarządzaniu sprawami miejskimi, za pośrednictwem zależnych urzędników, odbija się ujemnie na potrzebach i użytku ludności.

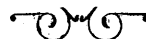
Ogół miejski, nie biorąc udziału w rozstrzyganiu spraw pożytecznych dla dobrobytu miast, nie może współdziałać w urzeczywistnieniu pożądaných na tem polu reform i udoskonaleń.

Z drugiej strony, formalistyka i powolność kancelaryjna zabijają żywą działalność, niwecząc energię w samym zarodku, i odbierają chęć czynienia usiłowań w celu przeprowadzenia danej sprawy.

Aczkolwiek tu i owdzie w naszych miastach spotykane bywa dobre zapoczątkowanie, lecz chęci stopniowo słabną i koniec końców prawie wszędzie niepodzielnie królują obojętność i bierność.

Nieunikniony drobiazgowy nadzór biurokracyi zahamowuje często najpilniejsze sprawy i wyrządza tem szkodę.

Te ujemne strony obecnego systemu wprost krzycząco się uwytatniają, a wielorakie szkody, ztąd powstałe, nader żywo odczuwa społeczeństwo nasze, widząc jedyny ratunek dla dźwignięcia z upadku kulturalnego i ekonomicznego naszych miast i miasteczek w udzieleniu im samorządu na zasadzie wyborczej.



Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dn. 18 Października 1904 r.

I. J. Kiełczewski przedstawia chorego z *białaczką śledzionową* (leukaemia lienalis).

M. D., urzędnik, 37 lat, od 9 miesięcy zaczął chudnąć i tracić siły. Z 220 fun. waga spadła do 160. Dawniej zawsze był zdrow. Krwotoków żadnych nigdy nie miał. Przed 2 miesiącami zauważył guz w lewym podżebrzu. Twarz i błony śluzowe dosyć blade, ale nie uderzająco. Gruczoły pachwinowe nieco powiększone, inne — nie. Z pod lewego podżebrza w kierunku do pępka wychodzi guz podługowatej formy; zewnętrzna granica guza jest wyraźna, dolna i zewnętrzna — niewyraźna i tu przy macaniu i wysłuchiowaniu daje się stwierdzić tarcie otrzewnowe. Guz jest nieco ruchomy przy oddechaniu, ku górze. W prawej połowie klatki piersiowej — stopienie bezwzględne, sięgające z przodu do 4 a z tyłu do 8-go międzyżebra. Górna granica stopienia nieruchoma, oddechu nie słycać. Za pomocą próbnego przekłucia dwukrotnego otrzymano czystą krew. Badanie krwi (z palca), dokonane łaskawie przez Kowalczewskiego, wykazało znacznie wzmogoną ilość białych ciałek do 121500 i zmniejszenie ilości czerwonych do 2333000. Haemoglobiny 55%.

Leukocyty prawidłowo okrągłe, średniej wielkości. Preparat barwiony sposobem Ehrlicha wykazuje: 1) obfitość dużych limfocytów; 2) niewiele małych limfocytów; 3) bardzo mało eozynofików i 4) neutrofilów normalną ilość.

Na podstawie wyników badania krwi Kiełczewski rozpoznaje białaczkę śledzionową, jakkolwiek uważa, że zawartość czystej krwi w jamie opłucny pozostawia pewne wątpliwości co do zależności od białaczki.

W dyskusyi kol. Rudzki zaznacza, że nim badanie krwi ostatecznie wyjaśniło w danym przypadku rozpoznanie, można było przypuszczać nowotwór śledziony z przerzutem w opłucny, a nawet i obecnie, pomimo stwierdzonego stanu krwi i wpływającej zeń dyagnozy białaczki, niemożna wykluczyć współzależnego istnienia nowotworu; przemawia za tem niezmiernie szybkie wyniszczenie chorego (w ciągu paru miesięcy stracił połowę wagi), obecność krwawego płynu w opłucny,

wreszcie — nieprawidłowa postać guza śledziony.

Kol. Biernacki sądzi, że przypuszczenie nowotworu śledziony, wypowiedziane przez Rudzkiego, jest w danym przypadku nieuzasadnione; dla wytłomaczenia sobie istnienia wylewu krwawego w opłucny nie jest konieczne rozpoznanie nowotworu; wylewy bywają i przy białaczce. B. widział je w 2 przypadkach białaczki; w innym przypadku białaczki, gdzie równorzędnie istniał wrzód podskórny, B. po przecięciu go miał tak obfity krwotok, jak przy hemofilii.

W odpowiedzi Biernackiemu Rudzki jeszcze raz zabiera głos, podkreślając wielką rzadkość jednostronnych wylewów krwawych do opłucny w białaczce; sprawy nowotworowe w śledzionie zupełnie nie są tak niezwykle, jak tego chce B.; szczególnie stosuje się to do lymphosarcomatów, o czym myśleć można było w danym przypadku. (Autoreferat).

Majewski przedstawionego chorego badał przed przywiezieniem go do szpitala; guz był gładki, równy; kontury miał charakterystyczne dla śledziony; trzszczeń otrzewnowych ponad nim nie było. M. rozpoznał białaczkę i dla ustalenia rozpoznania odesłał chorego do Kowalczewskiego dla zbadania krwi.

Jaworowski przy białaczce widywał przesieki; w jednym przypadku był to przesiek surowiczy w opłucny; w innym — ascites.

Kiełczewski przyznaje, że perisplenitis powstało w przebiegu choroby w szpitalu.

II. K. Jacewski przedstawił chorego, u którego podejrzewa *przymiot płuc*.

Lejzor R. lat 40, blacharz z Kraśnika, pochodzi z rodziny zdrowej i długiem cieszącej się życiem. Ojciec chorego zmarł w 70 roku życia na paraliż, matka dotąd żyje, ma lat przeszło 70 i czuje się zdrową. Chory ma 4 braci i 2 siostry — wszyscy są zdrowi.

Przed laty 20 zaraził się przymiotem, leczyl się tylko raz jeden w szpitalu żydowskim w Warszawie — wcierkami, następnie pił KaJ. Ożenił się w 8 lat po zarażeniu, żony nie zaraził, ma 3 zdrowych dzieci — żona nie ronila ani razu.

Choroba obecna rozpoczęła się przed kilku miesiącami od bólów przelotnych bardzo słabego stopnia — w rodzaju jakby

lekkiego naciskania lewej połowy klatki piersiowej w okolicy 4 i 5 żeber na zewnątrz od linii sutkowej. Od paru miesięcy miewa napady duszności, bardzo krótki czas trwające, kaszle bardzo niewiele oddawna, w czasach zaś obecnych kaszle i pluje więcej. Plwocinę oddaje z łatwością. Przed 4 dniami nagle wśród nocy obudził chorego kaszel i chory poczuł, że ma usta pełne krwi. Odtąd ilekroć razy chory zakaszle, odpluwa krew.

Do szpitala Św. Józefa zapisał się 13. X. 04.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiany dobrze. Mięśnie jędrne, dobrze rozwinięte, tkanki tłuszczowej podskórnej niebrak. Anemii nie można się dopatrzeć na błonach śluzowych, gruczoły chłonne dostępne obmacywaniu niepowiększone. Tętnienia na szyi nie widać. Ciepłota ciała podniesiona. Klatka piersiowa szeroka, wypukła, —lewa połowa jest szersza od prawej o 2 ctm. Przestworza międzyżebrowe po stronie lewej nie są szersze, jak po stronie prawej. Ruchomość klatki piersiowej wydaje się nieco większą po stronie lewej. Drżenie piersiowe z lewej strony nieco słabsze w obrębie zraza dolnego. Odgłos przy opukiwaniu wszędzie jednakowo jasny, z odciśnięciem bębniastym, po obu stronach jednakowy. Dolna granica płuc obniżona wszędzie prawie o jedno żebro. Ruchomość przy głębokim oddychaniu mniejsza.

Szmer wdechowy nieco głośniejszy, — expirium prolongatum. W okolicy dolnego lewego zrazu ztyłu i w linii pachowej słychać b. dużo rżężeń wilgotnych, średnio i drobno bańkowych z przydźwiękiem metalicznym. Takież same rżżenia słychać na bardzo małej przestrzeni w dolnym zrazie prawego płuca z tyłu. Oddechów 22—26, oddychanie jest głębokie bez bólu. Kaszle nie często, plwocina krwawa. Badanie krtani wziernikiem zmian nie wykryło.

Uderzenie wierzchołkowe serca słabe, w 5-tym przestworze międzyżebrowym. Górna granica tępości bezwzględnej nieco obniżona, na prawo nieprzechodzi na mostek. Tony serca czyste, ale nieco głuche; 2-gi ton tętnicy płucnej akcentowany. P. 78 równy, pełny, ścianki tętnic sprężyste. Inne narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Mocz oddziaływa kwaśno, c. g. 1,020, składników nieprawidłowych nie zawiera.

Przebieg choroby w czasie dwutygodniowego pobytu chorego w szpitalu był następujący. Chory przez cały czas nie

gorączkował ani razu. Krew znikła w plwocinie już na 3-ci dzień.

Plwocina zebrana w kubku jest śluzopropna, ilość jej dobową wynosiła w początku pobytu chorego w szpitalu przeszło 100 grm. i dzieli się na 3 warstwy; nie cuchnie; badanie drobnowidzowe wykrywa ciała ropne i śluzowe w różnych stopniach rozpadu, igieł kwasów tłuszczowych nie znalazłem, nie znalazłem również ani laseczników gruzliczych, ani też włókien sprężystych.

Historia choroby naszego pacyenta przedstawia się, jak widać z powyższego, jak następuje: mamy przed sobą osobnika nie obciążonego dziedzicznie, który przed laty 20 zaraził się przymiotem; kaszle on oddawna, od kilku zaś miesięcy doznaje bólów w klatce piersiowej, miewa napady duszności, odpluwać poczyna więcej; plwocina układa się w 3 warstwy; wreszcie, dostaje krwotoku płucnego bez gorączki, bez objawów rozpadu tkanki płucnej i bez laseczników w plwocinie. Miejscowo zaś wykrywa się rozedma płuc małego stopnia, rżżenia wilgotne średnio i drobnopęcherzykowe z przydźwiękiem metalowym, stale wysłuchiwane na ściśle ograniczonej przestrzeni, przy braku jakichkolwiek bądź zmian wypukowych.

Rozpoznanie choroby następcza w danym przypadku dwie wątpliwości tak, że tylko z zastrzeżeniem można robić pewne przypuszczenia. Prawdopodobnem wydaje nam się, że chory oprócz rozedmy ma rozszerzenie oskrzeli cylindryczne. Na myśl tę naprowadza nas: charakter plwociny, utrzymywanie się rżżeń wilgotnych drobno i średnio pęcherzykowych z przydźwiękiem metalicznym na pewnej ściśle ograniczonej przestrzeni, brak zmian wypukowych, krwioplucie.

Co się tycze przyczyny choroby, to wydaje się ona również zagadkową. Z pewnem prawdopodobieństwem, zdaje się, można by wykluczyć gruzlicę, ponieważ: 1) w wywiadach nie znajdujemy żadnych po temu wskazówek, 2) stan chorego ogólny jest całkiem dobry, 3) w plwocinie nie znaleziono ani laseczników, ani też włókien sprężystych. Rodzi się więc podejrzenie, czy zmiany w płucach spostrzegane nie są natury kiłowej. Oczywiście, jest to tylko luźne przypuszczenie, które tylko dłuższa obserwacja przypadku może potwierdzić lub też obalić.

Choremu przepisano kurację mieszaną (wciěrki à 4 ung. hydrarg. ciner. resorb. + Kal à 2 g. pro die)

Krwioplucie 3-go dnia pobytu chorego ustąpiło doszczętnie.

W dyskusji Biernacki twierdzi, że anatomopatologicznie rozpoznać tu należy bronchiektazję; przemawiają za nią obfite rżenia, krwotoki, siedlisko spraw w dolnym płacie, trzywarstwowa płwocina; z danych charakterystycznych brakuje tylko zapachu płwociny.

Co do anatomicznego pochodzenia bronchiektazji, to istniejące tarcia przemawiają za pochodzeniem opłucnowem sprawy.

Etyologię trudno badaniem kategorycznie ustalić; syfilis płuc umiejscawia się często około oskrzela u góry z prawej strony; w przebiegu sprawy następuje retrakcja płuc, objawiająca się nazewnątrz oskrzelowym oddechem bez rżeń; w danym przypadku rozpoznanie syfilisu, zgodnie z wnioskami Jaczewskiego, może być stanowczo postawione dopiero po kuracyi ex juvantibus.

Rudzki sądzi również, że w danym przypadku mamy bronchiektazję w dolnym płacie lewego płuca, co się tyczy jednak etyologii, nie może w zupełności wykluczyć gruźlicy: nieznalezienie laseczników Kocha, nawet przy parokrotnem badaniu, nie rozstrzyga jeszcze sprawy, jak również wstrzymanie się krwotoku na drugi dzień po zaczęciu leczenia swoistego (przeciwkłowego) nie można postawić w związku przyczynowym z tem ostatniem. Co do kiły płuc, jest to cierpienie bardzo rzadkie i z tego powodu mało znane. R. spozstrzegł osobiście dwa przypadki kiły płuc; w jednym przypadku było zajęcie części lewego górnego płata pod obojczykiem u bardzo tęgiego, dobrze wyglądającego mężczyzny 50-kilkoletniego; w drugim u młodej kobiety zatkanie kilakiem prawego dużego oskrzela; w obu przypadkach leczenie swoiste dało doskonałe wyniki po paru miesiącach. Jednym ze stałych objawów jest tu częste krwawienie z płuc. Co do umiejscowienia kiły płucnej R. za charakterystyczne uważa *środkowe* części płuc. (Autoreferat).

Kiełczewski sądzi, że przeciwko rozpoznaniu syfilisu przemawia to, że sprawa jest rozlana; zajmuje prawie całe jedno płuco i część drugiego; co do działania rtęciowego leczenia, K. widział przypadków, gdzie u zdeklarowanego tuberkulika w czasie leczenia świeżo powstałego przymiotu zaszły korzystne zmiany w chor. płucu.

Jaworowski widział przypadek prawostronnego wysiękowego zapalenia

opłucny z hektyczną gorączką, stłumieniem, sięgającym aż pod prawy obojczyk, z zapaleniem okostny paru żeber, gdzie wszystko zdawało się przemawiać za gruźlicą, a gdzie jednakże rtęciowe leczenie dało w ciągu kilku tygodni zupełne wyleczenie.

Jaczeński zaznacza, że w danym przypadku przymiot on przypuszcza jedynie, a ze stanowczem rozpoznanem poczekać należy na wyniki rtęciowego leczenia.

Pesiedzenie z dnia 4 Listopada 1904 r.

I. Kol. A. Majewski przedstawił chorego po *gastroenteroanastomozie* z powodu *bliznowatego zwężenia odzwiernika*.

Jan S. lat 23, gospodarz ze wsi Wysokie pow. lubelskiego; chory od roku. Choroba rozpoczęła się od bólów po jedzeniu; od czasu do czasu przychodziły wymioty spożytymi pokarmami. Obenie, od paru miesięcy, chory wymioty miewa codziennie, późno (w 5—6 godzin po jedzeniu), treścią pokarmową. Cuchnące odbijanie. Krwawych wymiotów, ani krwawych stolców nie miewał. Stolce co 3—4 dni nieobfite. Wychudzenie. Waga 125 f.

Za pierwotną przyczynę cierpienia uważa dźwignięcie nadmiernego ciężaru. Przy przemyciu naczno wydobyto około 300 grm. treści, z której połowę stanowiła gęsta masa żółtawego koloru, a resztę mętny płyn.

Stopień kwasoty w całości wynosił 67; kwas solny—37‰; kw. mlekowy—0; śluz, włókna mięśniowe, mączka—nieobfite; tłuszcz—obfity; sarcina, pałeczki Boasa—brak. Po próbnem śniadaniu stopień kwasoty w całości wynosił 50, kwasu solnego 28‰ kwasu mlekowego—0.

Krzywizna duża—przy rozdęciu żołądka—stoi na 1 cnt. poniżej pępka i sięga daleko na prawo.

Przy dwuręcznem badaniu żołądka naczno—pluskanie.

Ciepłota normalna. W moczu zmian niema. Inne narządy zdrowe.

Rozpoznanie. *Bliznowate zwężenie odzwiernika* z wtórnem *rozszerzeniem żołądka*.

Gastroenteroanastomozą tylną sposobem Hartmanna pod chlороformem (27. IX. 1904).

Żołądek silnie rozszerzony; w części odzwiernikowej na przedniej powierzchni białe duże blizny, ciągnące się szerokim pasem od góry do dołu; odzwiernik dosyć twardy, nie przepuszcza palca. Na całej tylnej powierzchni obfite mleczno—białe półokrągłe blizny i zrosty.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Zagojenie bez powikłań. W miesiąc po zabiegu stan ogólny—dobry; łaknienie bardzo duże; waga 134 f; samopoczucie doskonale.

II. J. K o w a l c z e w s k i przedstawił preparat sekcyjny rany klutej serca.

Preparat pochodzi od mężczyzny młodego, zmarłego po upływie 12 godzin od czasu otrzymania przezeń rany. Umarł on w drodze tak, że do szpitala dostawiono już trupa.

Rana zewnętrzna w trzecim przestworze międzybrowym skośna, dążąca wgląd w kierunku od strony prawej ciała ku lewej, długości 2 cm. Na powierzchni przedniej serca niedaleko od wierzchołka i przegrody rana o względnie równych brzegach, skośnym kierunku, długości około 1 cm., ze steroczącym w niej białym skrzepem przyżyciowym. Rana przechodzi nawskroś przednią ściankę mięśnia sercowego, a na przeciwległej ścianie (tylnej) nieco dalej, nalewo od przegrody sercowej, znajdujemy ranę m-orum pectineorum i ściany tylnej, nie dochodzącą jednak do jego tylnej powierzchni; widać na odpowiednim miejscu wspomnianej powierzchni tylnej małej ograniczony wylew krwawy. Komory serca prawie zupełnie puste. O ilości krwi wylanej do osierdzia K. sądzić nie może, oglądał bowiem serce już po dokonanej sekcji przez lekarza miejskiego.

III. J. K o w a l c z e w s k i przedstawił preparat sekcyjny *myocarditis fibrosa chronica*.

Preparat serca pochodzi od 102 letniej staruszki Os. Elzb.

W jamie osierdzia było pół szklanki surowiczego przezroczystego żółtego płynu. Serce o połowę powiększone w wymiarze poprzecznym. Otwór żylny lewy przepuszcza z trudnością 3 palce; jama komory lewej rozszerzona o $\frac{1}{2}$; m—i papillares et pectinei cienkie. Mięsień sercowy w zaniku, wiotki, cienki nadzwyczaj. Na przecięciu mięsień posiada przeważnie biegnącą prostopadle do długiej osi seroa włóknistość barwy szarobiałej lub jasno perłowej. Pomiedzy wspomnianymi smugami, składającymi się z włóknistej tkanki łącznej, znajdujemy resztki substancji mięśniowej w postaci czerwobronzowych smug. Spoistość serca bardzo twarda, mięsień rozrywa się z nadzwyczajną trudnością.

Przez prawy otwór żylny przechodzą zupełnie swobodnie 3 palce. Jama serca rozszerzona znacznie. Mięsień zmętniał.

Sprawa miażdżycowa rozwinięta tylko przy ujściach tętnic wieńcowych zwłaszcza przedniej, gdzie widać nawet złogi wapienne, i w samych tętnicach wieńcowych.

W dyskusyi Rudzki, na oddziale którego chora leżała, zaznacza, że pomimo wieku 102 lat, organizm jej był względnie zdrowy i ze strony serca dawały się spostrzegać względnie nieznaczne zбочzenia w postaci głuchego I-go tonu na wierzchołku i małego tętna; po krótkotrwałym rozstroju kiszkiowym wystąpiły jednak objawy ostrego osłabienia serca z zejściem śmiertelnym. (Autoreferat).

IV. J. K o w a l c z e w s k i przedstawił preparat sekcyjny *periangiocholitis purulenta*.

Wątroba znacznie ($0\frac{1}{2}$) powiększona, na swej powierzchni usiana mnóstwem różnej wielkości, od ziarnka prosa do orzecha laskowego, białozółtych guzów. Spoistość wspomnianych guzów bardzo miękka, a na większych wykazać się dawało nawet jakby zawartość płynną. Barwa wątroby na powierzchni, z wyjątkiem wymienionych guzowości, zielonozgnięła. Na przecięciu widać, że cała wątroba jest przenizana mnóstwem podobnych guzów, z których części wydziela się gęsta ropna zawartość. Pozatem widzimy liczne mniejszej lub większej grubości zagłębione smugi, biegnące w najrozmaitszych kierunkach, barwy szaro białawej; w okach smug siedzą nieco wzniesione nad poziom różnej wielkości wysepki barwy zielonozgnięłej. Badanie mikroskopowe wykazało, że w wielu miejscach w tkance łącznej okołozrazikowej widać nadzwyczaj olbrzymie nacieczenie drobnokomórkowe, tworzące małe lub większe ropnie. Wspomniane wyżej smugi szarobiałej barwy—jest to niezmiernie obficie rozwinięta mocno spłasniona tkanka łączna włóknista okołozrazikowa, w której w wielu miejscach spostrzegać się daje znaczny rozwój przewodów żółciowych. Zraziki wątrobowe bardzo zniszczone, miejscami występują tylko bardzo wybitne zmętnienie, miejscami zaś zwyrodnienie tłuszczowe; gdzieindziej znów nawet martwica, a w innych jeszcze miejscach tkanka łączna okołozrazikowa wrasta pomiędzy beleczki, przyprowadzając je do zaniku.

Pęcherzyk żółciowy znacznie wypełniony ciemną żółcią, ductus cysticus zupełnie zarośnięty.

W dyskusyi Rudzki opisuje przypadek ropnego zapalenia kanalików żół-

ciowych, stwierdzonego bakteriologicznie, a zakończonego pomyślnie. Rudzki podkreśla następujące główne objawy angiocholitiditis suppurativae, albo, jak niektórzy nazywają tę chorobę, hepatitis diffusa infectiosa: zmieniająca się wielkość powiększonych wątroby i śledziony, wahania w napięciu żółtaczk, gorączka septyczna o typie fièvre intermittente hepaticque Charcot, wreszcie—bolesność wątroby. Zejście zwykle śmiertelne, lecz w b. rzadkich przypadkach, do których należy opisany przez R., może być i pomyślnie. (Autoreferat).

V. J. Kowalczewski pokazuje mikroskopowe preparaty chorego nadnercza.

W dyskusyi Rudzki przypomina zebrany, że preparaty te pochodzą od chorej z morbus Adisonii, którą R. przedstawił w Towarzystwie przed rokiem in vivo, a z której na następnem posiedzeniu pokazał makroskopowe preparaty nadnerczy; wypowiedziane wtedy przypuszczenie, że mamy do czynienia z włóknistą gruźlicą nadnerczy, niezupełnie potwierdza się badaniem mikroskopowem: widzimy tu zmiany zapalne w różnych okresach istnienia sprawy, natury której jednak Kowalczewski bliżej nie określa. Bądź co bądź, badanie patologohistologiczne wykazuje obszerne zmiany w nadnerczach, potwierdzając tym sposobem życiowe rozpoznanie cisawki. (Autoreferat).

Sekretarz: A. Majewski,

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 4 Stycznia 1905 r.

Przewodniczący K. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman.

Obecnych 37 członków.

I. Zatwierdzono protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Kol. Goldman przedstawił ponownie chorego, demonstrowanego już raz na posiedzeniu z dnia 8 Czerwca 1904 r. U chorego tego dokonał kol. G. przeszczepienia mięśnia szewckiego (m. Sartorii) naściętno mięśnia czterogłowego biodra (m. quadriceps femoris), t. j. zastosował metodę Szwarca, praktykowaną zwykle przy leczeniu zastarzałych złamań rzepek w przypadku, w którym chodziło o rozerwanie górnego więza rzepek. Chory może obecnie z łatwością wyprostować goleń i chodzić po schodach.

III. Kol. Koliński przedstawił chora, cierpiącą od 25 lat na jaglicę, u której wskutek podwinięcia powiek górnych K. dokonał operacji odwinięcia sposobem

przez niego w roku zeszłym opisanym (Czasopismo Lekarskie 1903 r. № 9.)

Sposób ten polega na przemieszczeniu paska skóry, wziętego z powieki w rozcięziony brzeg międzywargowy i przymocowaniu płata z rzęsami do ściętej przedniej powierzchni chrząstki. Otrzymany wynik wypadł nadzwyczaj pomyślnie. Cały rzęsowy brzeg powieki przyjął normalne położenie i niepodlega ona zmianie przy podnoszeniu powiek. Ruchy powiek są zupełnie swobodne. Niema podrażnienia gałki ocznej. Wygląd zewnętrzny zupełnie zadawalający. (Autoreferat)

IV. Sekretarz przeczytał sprawozdanie z działalności towarzystwa i ruchu członków w roku zeszłym. Bibliotekarz złożył sprawozdanie ze stanu biblioteki. Skarbnik przedstawił bilans za rok ubiegły.

V. Dokonano wyboru członków Zarządu na rok 1905. Na przewodniczącego wyborem powołano kol. Władysława Pinkusa, który ze swojej strony zaprosił na asesorów kol. M. Cohna i Kolińskiego, na trzymającego pióro zaś kol. Mittelstaedta

Na Prezesa Zarządu wybrano kol. Jonschera (32 gł. na 37 głosujących). Na Wiceprezesa kol. Rundę (przy powtórnym głosowaniu 29 głosów na 37 głosujących). Na Sekretarza kol. Kaufmana (25 głosów na 36 głosujących). Na Bibliotekarza 1-go kol. Jasińskiego (31 gł. na 33 głosujących). Na Skarbnika kol. Littauera (25 gł. na 29 głosujących). Na Bibliotekarza 2-go kol. Prachnera (15 gł. na 29 głosujących). Skład komisji rewizyjnej i komitetu bibliotecznego pozostał niezmienny.

IV. Wreszcie poddano balotowaniu kol. J. Brudzińskiego. Kolega B., otrzymawszy 26 głosów na 28 głosujących; został przyjętym w poczet członków czynnych Towarzystwa.

Posiedzenie z dnia 18 Stycznia 1905 r.

Przewodniczący R. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman.

Obecnych 49 członków. gości 3.

I. Zatwierdzono protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Kol. Waserman przedstawia 44 letnią chorą z guzem sutki. Pacjentka zamężna od lat 18, rodziła 4 razy, po raz ostatni dziewięć lat temu. Clim. od 4 lat. W wrześniu roku zeszłego chora zauważyła niebolesny guzik w lewej sutce, który stale powiększał. Granice guza nie są wyraźnie zarysowane. W dolnej części sutki wybitny obrzęk. Gruczoły chłonne nie powiększone. Chora dobrze odżywiana, przypisuje powstanie guzu urazowi.

Dyskusya nad rozpoznaniem natury guza odłożona do następnego posiedzenia.

III. Kol. H e r y n g z Warszawy (jako gość) wygłosił odczyt p. t. „O nowych metodach i aparatach inhalacyjnych“ z demonstracjami.

Posiedzenie z dnia 8 Lutego 1905 r.

Przewodniczący K. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman.

Obecnych 43 członków.

I. Odczytany i przyjęty został protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Demonstracya chorych.

I. Kol. G o l d m a n przedstawił 17 letnią pacjentkę dotkniętą chorobą błony śluzowej jamy ustnej. Cierpienie to rozwija się od 6-ciu miesięcy: rozpoczęło się na błonie śluzowej wargi dolnej, przeszło następnie na jamę ustną i język i przedstawia się obecnie w postaci kilkunasstu, pokrytych strupami, owrzodzeń o brzegach wyraźnych. Gardziel i płuca klinicznie wolne są od objawów chorobowych. Kol. Goldman stawia rozpoznanie: owrzodzenie jamy ustnej natury gruczliczej pierwotne, i na potwierdzenie tego rozpoznania zaznacza, że matka pacjentki zmarła przed kilku miesiącami na grzlicę, prawdopodobnym więc jest, że chora zaraziła się przy pielęgnowaniu matki. Wyjaśni zaś rzecz ostatecznie mikroskopowe zbadanie skrawka, co ma być dokonane w najbliższej przyszłości.

W dyskusyi kol. P r z e d b o r s k i, opierając się na tem, 1) że grzlica pierwotna gardzieli należy do wielkich rzadkości i występuje zwykle jako akt końcowy innych postaci grzlicy, np. prosówkowej; 2) że zwykle zaczyna się ona od języczka i łuków, 3) że grzlica języka występuje pod postacią owrzodzeń nie zagłębiających się w tkankę, lub też w postaci oddzielnych guzów wielkości orzecha, 4) że sam charakter owrzodzeń gruczliczych jest innym niż w danym przypadku i wreszcie, 5) że wygląd pacjentki jest b. dobry—uważa rozpoznanie postawione przez kol. Goldmana za wątpliwe i przypuszcza raczej zakażenie natury przymiotowej. Kol. Goldman odpowiada; 1) że żadnych objawów przymiotu nie znalazł, 2) że mówił o grzlicy pierwotnej nie gardzieli, lecz jamy ustnej, 3) że umiejscowienie owrzodzenia w kącie ust jest właśnie, według Mikulicza, charakterystyczne dla grzlicy.

II. Kol. G o l d m a n przedstawia 17 letniego osobnika z wrodzonym i niepowiększającym się wzniesieniem na czole. Na pozór wygląda ono jak obrzęk skóry. Przy badaniu jednak skonstatować można

chełbotanie, brak kości w danym miejscu i wał kostny na granicy otworu w czaszce. Dane te pozwalają rozpoznać encephlocele, dla której glabella jest właśnie umiejscowieniem typowem. Zabieg operacyjny nie przedstawia w danym przypadku niebezpieczeństwa z powodu że połączenie guza z mózgiem jest b. wązkie.

III. Kol. P e r l i s przedstawia 4 letnie dziecko ze spina bifida wielkości dużego jabłka. Przypadek ten jest z tego względu rzadkim, że większość dzieci dotkniętych takim cierpieniem ginie w pierwszych dniach lub tygodniach życia; z trzech rozróżnianych, na zasadzie zawartości guza, postaci tego cierpienia mianowicie: myelocystocele, meningocele i meningomyeloccele w demonstrowanym przypadku najprawdopodobniejszą jest forma druga: meningocele. Przemawia za tem istnienie pedis equino-vari i brak wodogłowia.

IV. Kol. P e r l i s przedstawia 70 letnią kobietę, której już przed 6-ciu miesiącami proponował odjęcie kończyny górnej z powodu carcinomatis dorsi manus. Obecnie cały grzbiet ręki zajęty jest przez nowotwór. Gruczoły łokciowe i pachowe w stanie nacieczenia.

V. Kol. P e r l i s przedstawia 62 letniego mężczyznę z pakietem gruczołów podżuchwowych natury rakowatej. Boczna strona gardzieli, krtani i przestrzeń nosowo-gardzielowa są wolne. Od tygodnia zauważono obrzmienie gruczołów po drugiej stronie.

3. Kol. B r u d z i ń s k i wygłosił odczyt p. t. „Kilka słów o postęпах szpitalnictwa dziecięcego“. (Drukowane).

Dyskusya: Kol. G o l d m a n, obejrząwszy urządzenie boxów w rozmaitych szpitalach, począwszy od pierwowzoru ich w instytucie Pasteura, gdzie do każdego jest oddzielne wejście i wyjście, aż do parady w klinice Heubnera, gdzie tylko pewna część sali jest odgradzona zapomocą ścianek, niedochodzących do sufitu, powątpiewa o celowości boxów niezpełnych. Kol. B r u d z i ń s k i odpowiada, że urządzenie boxów całkowitych, jako bardzo kosztowne, jest dla wielu szpitali niedostępnem. Boxy z połówkami ścian mają wartość chociażby już przez to, że zapobiegają stykaniu się jednego chorego z drugim.

3. Demonstracya preparatów.

I. Kol. G o l d m a n przedstawia guz wielkości pięści odjęty 76 letniej kobiecie z okolicy deltoidalnej przy znieczuleniu miejscowem. Rozpoznanie drobnowidzowe (kol. Serkowski): fibro-sarcoma.

II. Kol. Goldman przedstawia preparat torbieli z okolicy podobojczykowej, odjęty 19 letniej dziewczynie. Zawiera ona płyn mający charakter przesięku (kol. Serkowski). Rozpoznanie: lymphangioma cysticum.

III. Kol. Saks demonstruje preparat macicy pękniętej, otrzymany na drodze cięcia brzuszego na rodzącej, której historia choroby w krótkości przedstawia się w sposób następujący:

Dnia 31 Stycznia r. b. o godzinie jedenastej wieczorem kol. Saks wezwany został do powtórnie rodzącej, u której bóle porodowe trwają od godz 3-iej po południu. Wody odeszły o 7-ej wieczorem. Rodząca, niskiego wzrostu, przed 15 miesiącami odbyła pierwszy poród; z powodu znacznego zwężenia miednicy koniecznym okazało się wówczas wymóżdzenie główki następczej przy pośladowym położeniu płodu. Kol. Saks doradzał chorej zgłosić się do niego w 8-ym miesiącu następnej ciąży w celu ewentualnego wywołania przedwczesnego porodu. Chora jednak niezasłowała się do tej rady. Przy badaniu wewnętrznym rodzącej kol. Saks stwierdził otwarcie macicy na cztery palce, obecność główki nad wejściem do miednicy; obok główki z lewej strony palec rączki. Kol. Saks zalecił rodzącej położenie na prawym boku i wyczekiwanie przez jakiś czas w celu przekonania się o skuteczności bólów porodowych. W trzydzieściszęść godzin później zgłosiła się dopiero do kol. Saks, przekonanego, że poród zakończył się dawno dobrowolnie, lub został operacyjnie zakończony, matka rodzącej z prośbą o radę, bóle bowiem porodowe w zupełności jakoby ustały; skarży się tylko rodząca na bóle brzucha, czkawkę i wymioty. Akuszerka stwierdziła jakoby nieposuwanie się porodu. Na miejscu przekonał się kol. Saks o pęknięciu macicy z wypadnięciem płodu do jamy brzusznej: wyczuwanie części płodu tuż pod powłokami brzuszными, nieobecność stwierdzonej uprzednio główki w wejściu do miednicy. T. 37°9, puls 108.

Rodząca przewieziona została do szpitala żydowskiego, gdzie w uspieniu chloroformowo-eterowem kol. Saks, przy pomocy kol. Goldmana, dokonał laparatomii. Płód wraz z łożyskiem i znaczną ilością krwawo zabarwionego płynu znajdował się w jamie brzusznej; macica okazała się pękniętą z prawej strony, na granicy pomiędzy trzonem macicy a szyjką maciczną. Macicę wraz z jajnikami usunięto na wysokości pękniętego miejsca; do pochwy

przeprowadzono tampon z gazy jodoformowej, otrzewną tylną ściany macicy zeszyto z otrzewną przyscienną i otrzewną pęcherza. Przebieg pooperacyjny doskonały, zgola bezgorączkowy. Chora na 3-ci dzień miała wypróżnienie samoistne. (Autoreferat).

Dyskusja: kol. Kaufman zapytuje, dla czego chorej, kobiecie młodej, nie pozostawiono przynajmniej jednego jajnika. Kol. Saks odpowiada, że stan chorej nakazywał pospiech i nie pozwalał na jakikolwiek komplikowanie operacji.

IV. Kol. Wasserman demonstruje preparat sutki, pochodzący od kobiety przedstawionej na zeszłym posiedzeniu. Rozpoznanie raka jest teraz niewątpliwem. Gruczoły podobojczykowe były również nacieczone.

V. Kol. Wasserman demonstruje guz szczęki dolnej, odjęty przez niego z odpreperowaniem tętnicy szyjowej zewnętrznej.

VI. Kol. Goldman przedstawia bardzo udatne zdjęcie Roentgenowskie biodra, dokonane przez kol. Barszczewskiego z Warszawy.

Towarzystwo Lekarskie Płockie.

Posiedzenie d. 30 września 1904 r.

Obecnych na posiedzeniu 8 członków i jako gość, kol. Lesnobrański z Bielska.

I. Odczytano pozwolenie władzy na urządzenie wystawy szpitalnictwa w Płocku na jesieni roku przyszłego.

II. Kol. Zenczykowski opowiedział przypadek przyrośnięcia łożyska. Kol. Ż. wezwany został o god. 10-tej rano do 25-letniej M. Ch., która dnia poprzedniego o god. 1-iej po południu porodziła żywy donoszony płód. Kobieta, dogładająca położnicę, nie mogąc doczekać się odejścia łożyska, pociągała za sznurek pępkowy i przerwała takowy tuż u wejścia do pochwy. Pozostała przy łożysku część pępowiny—barwy żółto-zielonej. Próba usunięcia łożyska sposobem Crédé nie została uwieńczona pomyślnym rezultatem. Ujście wewnętrzne przepuszcza z trudnością palec. Chorą przewieziono do szpitala, gdzie Ż. wraz z kol. Zaleskim robili próby wydobycia zawartości macicy. Operacja była robiona w głębokim uspieniu chloroformowem pacjentki. Ujście wewnętrzne udało się rozszerzyć o tyle tylko, że przepuszczało dwa palce. Ręka operującego męczyła się prędko. Operacja trwała 2 godziny. Wydobyto zaledwie kilka nie-

wielkich kawalków placenty. Na usunięcie macicy chora nie chciała się zdecydować i zmarła wskutek gorączki połogowej czternastego dnia po porodzie.

III. Kol. Żenczykowski skreślił stan nauki obecnej o zaśniadzie groniastym, opowiedział historię ciąży zaśniadem w jednym przypadku z własnej praktyki i demonstrował urodzony w piątym miesiącu ciąży twór, który okazał się typowym zaśniadem groniastym łagodnym.

IV. Kol. Zaleski: „Przypadek cysto carcinomae ovarii“. Józefa Gorczyńska, l. 36, z dużą bardzo torbielą prawego jajnika, szybko wzrosła. D. 27. VI. przystąpiono do operacji. Z powodu zrostów bardzo mocnych na całej przestrzeni ścianek brzusznych i z kiszkaami i mocnego krwawienia przy ich oddzielaniu, rozcięto torbiel, wypuszczono płyn i brzegi rany cysty wszystko do skóry brzucha. Przy badaniu wnętrza torbieli znaleziono kilka ognisk rakowatych i silne nacieczenie naczyń limfatycznych w ściankach cysty. Jamę wytamponowano. Po paru miesiącach przy obfitem ropieniu zagojenie (Autoreferat).

V. Kol. Zaleski: „Przypadek ovariometrii“

Katarzyna Ram., lat 36, ze średniej wielkości torbielą prawego jajnika. Operacja d. 1 IX. Zrosty w $\frac{3}{4}$ obwodu dały się oddzielić częścią na tępo, częścią z podwiązkami. Zagojenie per priam zupełnie gładkie. Wypisano ze szpitala d. 18. IX. (Autoreferat).

VI. Kol. Zaleski: „Przypadek apendicitis, wyleczony samoistnie“.

Janina M., l. 9, zachorowała d. 2. IX. przy objawach silnych bólów w brzuchu i gorączce. D. 5. IX. przy pierwszym badaniu t. $39^{\circ},2$, p. około 100, duża bolesność całego brzucha, a przeważnie w okolicy coeci. Następných dni stan podgorączkowy $37^{\circ},0-37^{\circ},7$, tętno 80—90. Ciągłe wymioty i silne bóle in reg. coeci. Wytworzyło się duże nacieczenie. Per rectum—chelbotanie. Na operację nie zgodzono się. D. 15. IX. perforatio do pochwy bardzo smrodliwej ropy. Szybka poprawa. Godne zaznaczenia w tym przypadku—rzadkie tętno i stan ledwie podgorączkowy przy ogromnym ropniu. (Autoreferat).

VII. Kol. Zaleski: „Przypadek płonicy, leczony surowicą swoistą D-ra Palmirskiego“.

St. M., l. 6, zachorował d. 16. IX. przy bardzo ciężkim stanie ogólnym, wysokiej gorączce i częstym małym tętnie.

Iniekcye d. 17. X. i 18. X. po 25,0 surowicy. D. 19. X. stan bezgorączkowy i szybka odtąd poprawa (Autoreferat).

Posiedzenie z dn. 1 Grudnia 1904 r.

Obecnych na posiedzeniu członków 10.

I. W kwestyi udzielania zapomóg rodzinom lekarzy, powołanych na Daleki Wschód, postanowiono porozumieć się z zawiązanym w tym celu Kołem w Warszawie i dowiedzieć się, ile osób potrzebuje tej pomocy.

II. Rozpatrywano kwestyę unormowania zapłaty za porady lekarskie biednym mieszkańcom Płocka. Decyzję w tej sprawie odłożono do przyszłego posiedzenia.

III. Wystawę szpitalnictwa postanowiono urządzić jednocześnie z wystawą narzędzi i produktów rolniczych, ale nie na wspólnym placu.

IV. Kol. Zaleski: „Condilomata acuminata“. Z. przedstawił fotografię chorej, mającej na prawem podbrzuszu i między prawą nogą i prawą wargą sromną ogromnych rozmiarów condilomata. Po wyskrobaniu i wypaleniu żegadłem Paquelin'a—zagojenie.

V. Kol. Maciesza: „Drgawki po teocynie“. M. przytacza przypadek vitii cordis discompensati z mocnymi obrzękami i puchliną brzuszną u 19 letniej panny, której zalecony napar Adonis vernalis z teocyną w ciągu dwóch tygodni obrzęki znakomicie zmniejszyły. W ciągu następnych czterech tygodni, przy stosowaniu innych środków sercowych, obrzęki ponownie mocno się powiększyły. Znowu więc zastosowano teocynę tym razem z kofeiną, bez Adonis vernalis, w zwykłych dawkach (Rp. Theocini 2,0, Coffeini n—b. 0,5, Aq. destill 200,0 M.D.S. Co 3 god. łyżkę). Po użyciu 3-ch łyżek wystąpiły drgawki ogólne (Dawniej chora nigdy drgawek nie miała). Pomimo zastosowania bromku sodu i chlorału chora w drgawkach zmarła (Autoreferat).

Sekretarz J. Żenczykowski

Posiedzenie z dn. 5 Grudnia 1904 r.

I. Postanowiono wysłać zbiorową depeszę do Tow. Lek. Kieleckiego w dniu jego zawiązania (17 b. m.)

II. Postanowiono zwołać posiedzenie organizacyjne Tow. Hyg. na dzień 21 b. m. w lokalu Tow. Wzajemn. Kredytu.

III. Kol. Kunig udziela objaśnień, w jaki sposób gmina żydowska urządziła pomoc lekarską dla biednych.

Istnieją dwa stowarzyszenia dobroczynne, mające na celu niesienie pomocy lekarskiej ludności biednej.

Pierwsze z nich (kobiece) ma za zadanie podawanie pomocy rodzającym; pośród tych ostatnich istnieją dwie kategorie: jedna t. z. „wstydzających się“, druga t. z. „niewstydzających się“.

Pierwsze w razie położu otrzymują wsparcie pieniężne od 1 do 8 rb. i bieliznę dla dziecka (2 koszulki, 2 kaftaniki barchanowe, 2 rogówki i 4 pieluchy). Jeżeli rodząca prosi, otrzymać może dla siebie koszulę, prześcieradło i poszewkę. Chore tej kategorii bywają raz tylko odwiedzane przez członka Stowarzyszenia.

Druga kategoria otrzymuje wsparcie pieniężne tylko w razie nędzy, zwykle zaś codziennie podczas położu 1 funt mięsa i kwartę mleka; prócz tego na cały czas choroby $\frac{1}{8}$ f. herbaty, $\frac{1}{8}$ f. kawy, 2 f. kaszy, $\frac{1}{2}$ f. masła i 5 pudów drzewa; z bielizny dla siebie 2 koszule, 2 prześcieradła, 1 poszewkę na pierzynę i 1 na poduszkę; w zimie prócz tego jeszcze kaftan barchanowy. Po położu obowiązana jest zwrócić 1 koszulę, 1 prześcieradło i 1 poszewkę. Dla dziecka otrzymuje 2 koszulki, 2 kaftaniki, 2 rogówki i 4 pieluchy. Bielizny dziecka nie zwraca się. Chore te bywają często odwiedzane przez członków.

Pomoc lekarską położnice obydwu kategorii mają bezpłatną, akuszerka zaś otrzymuje za każdy poród rb. 2.

Wrazie braku obsługi przy położnicy wyznacza się na tydzień czasu pielęgniarkę. Wrazie śmierci matki Tow. opiekuje się dzieckiem do lat 2-ch.

Tow. liczy około 200 członków; dochodu posiada miesięcznie rb. 50 ze składek (od 10 kop. do 1 rubla) i ofiar dobrowolnych (od 15 kop.).

Drugie stowarzyszenie opiekuje się chorymi wogóle. Stowarzyszenie to ma lekarza płatnego (rb. 100), felczera (rb. 50) i apteczkę domową, z której lekarz wydaje proste leki, lekarstwa zaś skombinowane chorzy otrzymują z aptek na koszt Towarzystwa.

Ciężko chorzy (prócz zaraźliwych) podczas nocy pielęgnowani są przez dyżurnych z pośród członków stowarzyszenia. Stowarzyszenie ma 200 członków i rozporządza funduszem około 800 rb. rocznie. Fundusz ten otrzymuje się ze składek od członków (3 kop. tygodniowo), od kahału (300 rb.) i z ofiar (200 rb.).

IV. Wzorując się na powyższem, postanowiono wnieść do Tow. Dobr. projekt urządzenia pomocy dla biednych chorych z uwzględnieniem następujących warunków: a) dowolny wybór lekarza, b) płaca lekarska: od porodu rb. 3, porada w mieszkaniu chorego kop. 50, ambulatoryum bezpłatne, c) lekarstwa w aptekach za 33%—ową niższą od taksy.

Za sekretarza: Biesiekierski.

Krytyka i bibliografia.

- 1. Farmacja.** Organ Tow. wzajemnej Pomocy „Farmacja“. Poświęcony postępowi nauk farmaceutycznych i przyrodniczych oraz sprawom zawodu. Wychodzi 10 i 25 każdego miesiąca w Warszawie pod redakcją K. Życkiego i W. Bryknera. № 1. Rok I.
- 2. Nowe leki.** Miesięcznik poświęcony najnowszemu zdobyczom Medycyny i Farmacji. Warszawa. Redaktor i Wydawca Fr. Karpiński. № 1. Rok I.

Dwa nowe pisma mają nie tylko wspólne pod wielu względami cele i wspólny program, ale jeszcze i tę wspólną cechę, że niewróżą zgoła, by naukę polską o cośkolwiek zubożać miały.

Powstanie „Farmacji“ jako pisma organizacji zawodowej jest rzeczą pewnie dla tej organizacji pożądaną i dla niej prawdopodobnie okaże się pożyteczne.

Nie godzimy się jednak na to, byśmy „Farmacji“ były opowiednie do drukowania prac naszych lekarzy o działaniu środków lekarskich, jak tego żąda redakcja, zwracając się do lekarzy z taką odezwą:

„Do WW. PP. lekarzy.

Pismo nasze, jak, zresztą, wszystkie inne, nie mając lepszych źródeł, zmuszone jest informację swoje o nowych środkach lekarskich opierać na sprawozdaniach fabrycznych, które, z natury rzeczy, muszą być zbyt optymistyczne; byłoby przeto bardzo pożądane, aby pp. lekarze, w interesie swoim własnym i pisma zechcieli laskawie nadsyłać nam swoje opinje o wartości zjawiających się niemał z każdą godziną nowych, a przeważnie zbytecznych leków.

Przychylający się do naszej prośby mogą liczyć na wdzięczność leczącego się ogółu z jednej strony, lekarzy z drugiej i na koniec, pisma za ułatwienie mu zadania—z trzeciej.

Specjalne pisma lekarskie prosimy o łaskawe przedrukowanie niniejszej odezwy“.

W tej odezwie dziwnie brzmi zdanie, jakoby wszystkie pisma zmuszone były informacye o nowych środkach lekarskich opierać na sprawozdaniach fabrycznych!

Niedobrze się dzieje w tych działach pism lekarskich, które traktują o nowych środkach lekarskich, ale tak źle, jak chce mieć redakcyja „Farmacyi“ jeszcze nie jest!

Co się tyczy samego żądania, to wywoła ono może odpowiedzi mniej krytycznych kolegów, którzy na zasadzie kilku spostrzeżeń pochwałą lub zganią ten czy ów nowy środek.

Dla prac poważniejszych właściwe miejsce będzie zawsze w pismach lekarskich; panowie aptekarze łatwo z tych pism będą mogli badać opinię lekarzy o wartości wypróbowanych środków. Jest to źródło, z którego zresztą i dotąd ludzie naukowo myślący czerpali swe wiadomości o wartości nowych leków, nie ograniczając się do studyowania „sprawozdań fabrycznych“.

„Nowe Leki“ zająć się mają „najnowszymi“ (!) zdobyczami medycyny i farmacyi.

Pierwszy zeszyt niedaje odpowiedzi wyraźnej na pytanie, dla kogo przeznacza redakcyja swe pismo: dla lekarzy, czy dla farmaceutów. Jeśli bowiem, jak to widać ze wstępu, ma to być pismo dla lekarzy, to zbyteczne są wskazówki w rodzaju „otrzymywania kwasu chryzofanowego z emodyny aloesowej, podług metody Osterlego“ i podobne; zbyteczne są również

wskazówki o tem, że ten lek wyrabia Lepetit, Dollfuss & Gauser, inny — William Martinade i t. d.

„Nowe leki“ chcą zastąpić „artykuły reklamowe“, z których dotąd lekarze „muszą czerpać wiadomości“ o nowych lekach.

Sądząc z pierwszego zeszytu „Nowych leków“ (w których, zresztą, znajdujemy zupełnie naukowe prace L. Karwackiego, St. Pinkusa i inne) dział wskazówek o „najnowszych“ środkach lekarskich nie bardzo się będzie różnił od potępianych reklam, rozsyłanych przez wytwórców.

O aspirynie np. piszą „Nowe leki“ w ten sposób:

„Bezwzględnie (*sic!*) pomyślnie wyniki, dzięki aspirynie, osiągnięto w następujących cierpieniach: nerwoból nerwu kulszowego, lumbago, angina tonsillaris, influenza, cierpienia oka na tle goścocowym, pleuritis exsudativa, ascites, arthritis serosa post scarlatinam, cystitis, neuralgia trigemini, hemicrania, odontalgia, ovariologia, polyneuritis, neurasthenia, chorea minor infantum, dysmenorrhoea, erythema nodosum, eczema papulosum.

Czyż najsmielszy artykuł reklamowy fabrykanta mógłby iść dalej?!

Przemysł kapitalistyczny położył swą rękę i na wytwórczości farmaceutycznej; w celu zapewnienia zbytu swym towarom używa reklamy narówni z innymi gałęziami produkcji maszynowej, t. j. masowej. Nieodzownym skutkiem tego jest, że pisma specjalnie poświęcone nowym i „najnowszym“ lekom muszą zaprząć się do tego rydwanu. Niemieliśmy dotąd takich organów; „Nowe leki“ obiecują stanąć w jednym rzędzie z szeregiem podobnych wydawnictw zagranicznych.

Prąd czasu!

Sew. Sterling.

K R O N I K A.

— 27 — W d. 6, 7 i 8 Stycznia r. b. odbyły się w Warszawie *Narady delegatów Oddziałów prowincjonalnych z przedstawicielami Rady Towarzystwa Hygienicznego Warsz.*

Uchwały Narad brzmią, jak następuje:

1. Bardzo złe warunki sanitarne miast kraju, stwierdzone szczegółowo w referatach Towarzystwa, mogą być radykalnie poprawione jedynie przy gospodarce oby-

watelskiej na zasadach samorządu opartej. O bliższe umotywowanie wniosku tego wraz z innymi poniżej wymienionymi, a dotyczącymi gospodarki miejskiej, celem przedstawienia właściwej władzy administracyjnej, uprasza się Radę Warsz. Tow. Hyg. z udziałem delegatów Oddziałów prowincjonalnych.

2. Pożądanem jest utworzenie stałych

organów obywatelsko-fachowych z udziałem członków Towarzystwa Hygienicznego przy władzach administracyjnych.

3. Pożądanym jest udział członków Towarzystwa Hygienicznego w sprawowaniu zarządu gospodarki miejskiej i gminnej.

4. Pożądanem jest, aby projekty urządzeń sanitarnych miejskich były rozważane przez Oddziały Tow. Hyg.

5. Pożądanem jest utworzenie posad lekarzy miejskiej w tych miastach, w których jeszcze nie zostały one wprowadzone.

6. Pożądanem jest zarządzenie przez Tow. Hyg. peryodycznych zjazdów w celu rozważaniu spraw, ku polepszeniu higieny miast, osad i wsi dających.

7. Pożądanem jest utworzenie instytucji przeesebiorniczo-technicznej dla celów zdrowotności miejskiej.

8. Pożądanem jest utworzenie instytucji finansowej dla udzielania miastom pożyczek na wykonanie urządzeń zdrowotnych.

9. Sprawa muzeum higieny ludowej w Częstochowie jest obecnie jedną z najważniejszych spraw Towarzystwa Hygienicznego.

10. Rada Towarzystwa wraz z Wydziałem higieny ludowej i Oddziałem Częstochowskim Tow. Hygienicznego powinny przedsięwziąć wszelkie możliwe środki, w celu najrychlejszego skompletowania oraz otwarcia tymczasowego Muzeum w lokalu wynajętym.

11. Rada Towarzystwa oraz Oddział Częstochowski powinny poczynić energiczne i niezwłoczne starania w celu otrzymania bezpłatnie na własność Towarzystwa Hygienicznego placu miejskiego na rynku przed Jasną Górą z przeznaczeniem tegoż placu pod budowę wzorowej chaty włościańskiej (ewentualnie całej zagrody) i urządzenia w niej stałego Muzeum hygienicznego.

12. W razie otrzymania rzeczonoego placu przed Jasną Górą, Rada Towarzystwa powinna niezwłocznie ogłosić konkurs na wzorową chatę włościańską, która byłaby wybudowaną na tym placu.

13. Z uwagi na doniosłość Muzeum w Częstochowie dla sprawy zdrowia ludu jako Muzeum ogólnokrajowego, Towarzystwo Hygieniczne Warszawskie, jako też i wszystkie Oddziały prowincjonalne tegoż Towarzystwa, winny zapewnić Muzeum w Częstochowie energiczne poparcie materialne i moralne, a mianowicie:

a) poparcie materialne—przeznaczenie przez każdy Oddział prowincjonalny pewnej sumy na budowę stałego Muzeum w Częstochowie oraz gromadzeniu okazów dla Muzeum.

b) poparcie moralne—rozpowszechnianie wiadomości o Muzeum wśród członków Towarzystwa Hygienicznego, wśród innych stowarzyszeń i wśród całego myśiącego ogółu przez odezwy, listy, referaty na posiedzeniach, odczyty, przez artykuły w pismach, wreszcie przez stosunki osobiste oraz jednoczesne zachęcanie innych wskazanymi sposobami do przysyłania włościwych okazów i do składania ofiar pieniężnych na Muzeum Częstochowskie.

14. Gromadzenie okazów dla Muzeum Częstochowskiego winno się odbywać podług pewnego stałego programu, który należałoby niezwłocznie opracować.

15. Nader ważnem jest powołanie do życia wystaw ruchomych wraz z instruktorami, wygłaszającymi odczyty ludowe.

16. Pożądanym jest udział Towarzystwa w wystawach prowincjonalnych różnego typu.

17. Pożądanem jest tworzenie sekcji oddziałów w miastach mniejszych i opracowanie dla nich regulaminów przez Zarządy odnosnych Oddziałów w zastosowaniu do Ustaw Towarzystwa.

18. Potrzeba nam mnóstwa ochron, nie stu kilkudziesięciu, które dziś mamy, ale paru tysięcy. W każdym mieście i miasteczku, przy każdej większej fabryce powinna być ochrona. Po wsiach — przynajmniej w każdej gminie.

19. Po wsiach obok wzorowych pożądane są ochrony choćby najskromniejszego typu.

20. Pożądane jest wyjednanie u władz pozwolenia na uczęszczanie do ochron wiejskich dzieci do lat 10-ciu, a nie 7-iu, jak to dziś obowiązuje. Dzieci wiejskie między 7-ym a 10-ym rokiem życia często nie mogą chodzić do szkoły, choćby już tylko ze względu na samą odległość teje od miejsc ich zamieszkania.

21. Niezbędną dla nas jest szkoła ochroniarek. Konieczną jest pewna ilość ochron wzorowych z ochroniarkami wyżej wykształconymi i bardziej uzdolnionymi.

22. Prasa może i powinna spóldzialać rozpowszechnianiu ochron, a to przez podawanie wiadomości o nich i o usiłowaniach ich założenia. I na prowincyi, i w Warszawie potrzeba wielkich ofiar i zapisów na ochrony.

23. W istniejących już ochronach trzeba podnosić ich poziom higieniczny. Większy lokal z rozbieralnią, ogródek, lepsza woda do picia, kąpiel, zabawy, śpiewy, zdolniejsza ochraniarka, tablice poglądowe, materiały do robót, zbadanie dzieci choćby raz na rok przez lekarza, posiłek dla dzieci w ciągu dnia—oto główne punkty przy rozwoju ochrony.

24. Pożądane byłoby oddanie ochron miejskich pod opiekę miejscowych towarzystw dobroczynności.

25. Pożądanym jest żywy spółdział Towarzystwa Higienicznego w zakładaniu ochron i w opiece nad już istniejącymi i nad ich rozwojem.

26. Pożądaniem jest stworzenie wydziałów: a) higieny domowej, b) przeciwalkoholowego, i c) higieny ludności żydowskiej.

27. Przedstawianie kandydatów oddziałów prowincjonalnych na członków honorowych Towarzystwa rozpatrywać się winny na zebraniu delegatów prowincjonalnych i Rady Towarzystwa.

28. Pożądaniem jest urządzenie co rok a) zjazdów wszystkich członków Tow. Hyg. z całego kraju, b) delegatów wszystkich oddziałów prowincjonalnych wraz z przedstawicielami Rady W. T. H. przynajmniej raz do roku, c) zjazdy odbywać się powinny nie tylko w Warszawie, lecz i w innych większych miastach Królestwa. Pożądaniem przytem byłyby wystawy, ilustrujące stan higieniczny danej miejscowości oraz wspólne omówienie najpilniejszych potrzeb zdrowotności miejscowej.

29. Oddziały prowincjonalne winny zebrać dane statystyczne, odnoszące się do gruźlicy oraz zarządzić odnośną ankietę.

30. Pożądane jest przeprowadzenie ankiety mieszkaniowej we wszystkich miastach w czasie jaknajkrótszym.

31. Pożądaniem jest opracowanie broszury popularnej o alkoholizmie dla ludu i drugiej dla inteligencji.

32. Pożądaniem jest założenie lecznicy przychodniej dla alkoholików, a w miarę funduszu i zakładu stałego.

33. Pożądaniem jest tworzenie towarzystw wstrzemięźliwości.

34. Byłoby do życzenia ograniczenie sprzedaży alkoholu, anodyn i eteru. Ostatnie tylko za receptami.

35. Pożądane są tablice i diapozytywy o pijaństwie, zastosowane do naszych stosunków.

36. Należy podjąć badania systematyczne do wyjaśnienia dokładnego stanu

fizycznego ludności Królestwa i jego warunków sanitarnych.

37. W tym celu dobrze wyzyskać dane z ksiąg komisji poborowych i opracować systemem kartkowym ostatnie dziesięciolecie.

38. Każda ankietka ważniejsza nad higieną kraju powinna być układana według jednego planu.

39. Należy otwierać instytucje „Kropli mleka“ i przeznaczać część budżetu Oddziałów na rozdawnictwo mleka odpowiedniego—dla dzieci biednych matek.

40. Oddziały prowincjonalne W. T. H. podejmować winny sprawę kolonii letnich i ogrodów dziecięcych bądź samodzielnie, bądź zachęcając do udziału stowarzyszenia dobroczynne lub sportowe, bądź nawołując publiczność do ofiarności na te cele.

41. Należy postarać się o usunięcie trudności, istniejących z powodu niedostatecznych lub niejasnych przepisów instrukcyi w stosunku do ogrodów, a to przez ich zmianę w duchu odpowiednim.

42. Należy zająć się wyszukaniem drogi, którą obrać wypadnie w celu przygotowania uzdolnionego personelu dla istniejących lub powstać mających kolonii i ogrodów.

43. Należy zachęcać do odwiedzania ogrodów działwę inteligentną.

44. Ogody nie nazywać dziecięcymi, lecz np. ogrodami gier ruchowych, ogrodami ruchowymi, ogrodami zdrowia, ogrodami sportowymi lub t. p.

45. Należy popularyzować sprawę ogrodów wśród szerszych kół publiczności przez artykuły w prasie i odczyty na prowincyi.

46. Pożądaną jest stała komisja wydawnicza przy W. T. H.

47. Należy uznać potrzebę wydania podręcznika higieny dla ludu wiejskiego, robotników fabrycznych i rzemieślników drobnych.

48. Pożądane są pogadanki higieniczne w obrębie fabryk.

49. Należy utworzyć przy W. T. H. sekcję odczytową, która wyda szereg odczytów dla mas szerokich.

50. Trzeba zebrać wzory dla obrazów nikańczych i ułożyć kolekcje dla wszystkich odczytów higienicznych.

51. Należy poczynić starania o zniesienie domów publicznych tam, gdzie one istnieją i przeciwdziałać próbom ich wprowadzenia tam, gdzie ich niema.

52. Zaleca się jaknajszersze zakładanie ambulatoryów bezpłatnych dla choroby

na przymiot i choroby weneryczne z godzinami przyjęć wieczornymi, po skończonej pracy i o charakterze porady prywatnej.

53. Pożądaniem jest zniesienie zupełne reglamentacji. (Zdrowie⁴ II 1905).

Chwila przełomowa, jaką obecnie przechodzimy, daje nadzieję, że teoretyczna przeważnie praca Towarzystwa Hygienicznego znajdzie zastosowanie praktyczne. Stanie się to w dniu wytrącenia berła z rąk bezgranicznie samowładnej biurokracji, w dniu powołania do udziału przedstawicieli społeczeństwa.

Do tej niedalekiej chwili najważniejsze, uchwały przez Narady powzięte pozostaną tylko pium desiderium ludzi dobrej woli, ale bezsilnych.

— 28 — „Kropla mleka“ w Piotrkowie. W ubiegły czwartek, na posiedzeniu zarządu Piotrkowskiego oddziału Tow. Hygienicznego, postanowiono zorganizować rozdawnictwo mleka, na wzór Łodzi. Magistrat piotrkowski, chcąc ze swej strony przyczynić się do urzeczywistnienia tej myśli, postanowił na ten cel asygnować jednorazowo rb. 60 („Tydzień“)

— 29 — *Żądania aptekarzy Warszawskich.*

Właściciele aptek otrzymali od swoich podwładnych szereg żądań następujących:

„Prowizorowie i pomocnicy pracują przy dwóch zmianach w ciągu dnia roboczego: zmieniając się o godz. 3-ej po południu, przyczem dzień roboczy trwa nie dłużej, jak godzin 14. Uczniowie pracują od godz. 9-ej zrana do 7-ej wieczorem, z przerwą 2-godzinną na obiad.

W niedziele i święta pracownicy wszystkich stopni są na zmianę są czynni lub wolni w ciągu całego dnia. Dyżury nocne nie obowiązują dziennych pracujących. Najniższa płaca za dyżur 1 rb. 25 kop.

Warunki wynagrodzenia pracy pozostają te same, (tj. *minimum* dla prowizorów 75 rbl., dla pomocników aptekarskich 65 rbl.). Pracownicy wszystkich stopni korzystają z urlopu najmniej 2-tygodniowego, w stosunku rocznym, na koszt właściciela.

Właściciele aptek pozostawiają dotychczasowy personel nietykalnym“.

Właściciele aptek zebrali się niezwłocznie na naradę, i oto jej wynik.

„Właściciele aptek w Warszawie, zebrani na posiedzeniu, wyrazili gotowość przeprowadzenia reform zgodnie z

życzeniami pracowników, ale uważają za niezbędne bliższe porozumienie się z delegatami pracowników aptecznych których zapraszają na posiedzenie do lokalu Towarzystwa farmaceutycznego“.

Powyższą uchwałę podpisało 30-tu właścicieli aptek. („Kurjer War. № 49.)

Po długich rozprawach, właściciele aptek, ulegając pobudkom chwili, zgodzili się na przyjęcie przedstawionych propozycji, poczem obie strony podpisały odpowiedni protokół. Umowa wchodzi w życie d. 1-go marca r. b.

Od tej daty prowizorowie i pomocnicy pracować będą przy dwóch zmianach w ciągu dnia roboczego, przyczem dzień roboczy trwa nie dłużej nad 14 godzin. Uczniowie zajęci mogą być od godz. 9-ej zrana do 7-ej wieczorem, z przerwą dwugodzinną na obiad. W niedziele i święta pracownicy wszystkich stopni na zmianę mogą być czynni lub wolni w ciągu całego dnia. Dyżury nocne nie obowiązują pracowników, zajętych w ciągu dnia. Płaca za dyżur nocny w aptekach rb. 1,25. Pracownicy mogą korzystać z urlopów dwutygodniowych, tylko podczas miesięcy letnich i to po upływie 12-tu miesięcy pobytu w aptece. Właściciele aptek zatrzymują personel dotychczasowy do 1 czerwca r. b.

Warunek siedmio-godzinnej pracy nie dotyczy oficjalnych zarządców aptekami i zastępców aptekarzy.

Stosunek ich w tym względzie opiera się na umowie wzajemnej.

Pracownicy aptek łódzkich otrzymali następujące ulgi:

1) Personel pracuje od 9 rano do 9 wieczorem, lub od 10 rano do 10 wiecz., stosownie do wskazówek właściciela. Przerwa na obiad trwa 1½ godziny, na kolację pół godziny, nie wyłączając świąt i niedziel. Czas obiadu i kolacji według umowy na dwie zmiany.

2) System dyżurów nocnych i porannych pozostaje bez zmiany. Do dyżurnego należy codziennie wpisywanie recept.

3) Każdy z pracujących ma całe dwa dni w tygodniu wolne, oprócz tego co trzecią niedzielę wolny cały dzień.

4) Dotychczasowe wynagrodzenie pozostaje bez zmiany, z dodaniem 5 rb. na mieszkanie, lub odpowiednie mieszkanie, lecz nie przy aptece.

Minimum wynagrodzenia dla ucznia 25 rb. z 5 rublową podwyżką co pół roku, dla pomocnika zaś 65 rb. Przyjmowanie uczniów bezpłatnych nadal nie może mieć miejsca.

5) Pracujący po przebyciu roku w jednej aptece otrzymują urlopy z pensją: uczniowie — dwutygodniowy, pomocnicy prowizorów — trzytygodniowy i prowizorzy — miesięczny.

Czas urlopów w miesiącach od maja do października stosownie do umowy z właścicielem, która ma być zawarta na początku lata.

6) Apteki muszą być otwierane o 8 zrana i zamykane o 10 wieczorem.

7) Właściciele aptek pozostawiają do dotychczasowy osobisty skład personelu nietykalnym do dnia 1 czerwca 1905 r. o ile pracujący niepopelni karygodnego czynu.

8) Właścicielom aptek pozostawia się dowolne prawo zmiany niniejszej umowy na warunki aptek warszawskich, zamieszczone w № 49. „Kuryera Warszawskiego“ z d. 18 lutego 1905 r.

Na paragraf ostatni zgodziły się apteki: Głuchowskiego, Groszkowskiego, Bartoszewskiego i Królikowskiego.

9) Wszystkie żądania powyższe wchodzi w życie z d. 1 marca 1905 r.

— 30 — „Warszawski Dniownik“ podaje wiadomość, że przy warszawskich przytułkach położniczych ma powstać szkoła akuserek 2-jej klasy i że opracowaniem ustawy tej szkoły ma zająć się specjalna komisja pod przewodnictwem prof. J. Kosińskiego. Powtarzając tę wiadomość, nie podobna nam nie przypomnieć tu faktu, niestety aż nadto dobrze znanego, że sprawa pomocy położniczej w Królestwie nigdy jeszcze tak źle nie stała, jak w ostatnich paru latach, mianowicie od czasu zamknięcia szkoły babek wiejskich i zaprowadzenia egzaminów na akuszerki 2-jej klasy w języku państwowym. Wymagania od kobiet z ludu, żeby w ciągu 1—1½ roku nauczyły się i położnictwa i języka państwowego, jest nadmierne. To też pożytek dla kraju projektowanej szkoły zależy głównie od tego, w jakim języku uczennice będą odbywały w niej naukę i egzamina. („Gazeta lek.“ № 5.).

— 31 — „Przeгляд lekarski“ pisze:

Los wychodźstwa za ocean pod względem narodowościowym pozostaje jeszcze nierozwiązaną zagadką. Osady południowo-afrykańskie, przeważnie w zbitym kompleksie, przebywając w nader rozszanem i nieobdarzonym siłą pochłonną środowisku ludności tubylczej, zachowują, jak np. Boerowie, swoje cechy narodowe i pielęgnują, co jest najważniejsze, swój związek duchowy z umysłowym ogniskiem w ojczyźnie. Wprost przeciwnie mają się

rzeczy z wychodźstwem do Ameryki, gdzie, według słów najlepszych znawców tych spraw, już w drugim lub trzecim pokoleniu wychodźcy wszystkich narodów stają się amerykańkami, a wyjątki nie są w stanie zaprzeczyć zasadzie. Ten proces zanikowy powstrzymać może kilka czynników, do których należą: gromadne osiedlanie się jednostek tej samej narodowości, stowarzyszenie się w związki zawodowe, literacko-naukowe, sportowe i t. d., rozwój dziennikarstwa i zbliżenie związków amerykańskich do stowarzyszeń o takich samych celach w kraju.

Przechodząc do zawodu lekarskiego, dowiadujemy się, że w *Stanach Zjednoczonych* przebywa do 200 lekarzy polskich, a z tych w samym Chicago mieszka 35, zorganizowanych w „Towarzystwo polskich lekarzy w Chicago“. Czy Towarzystwo to mogłoby stać się jądrem, na któreby skryształizował się cały ogół polskich lekarzy w Ameryce w jedną organizację stanową i naukową? na to pytanie, dla nieznamomości faktycznego stanu rzeczy, odpowiedzieć nie potrafimy; natomiast mamy głębokie przekonanie, że działalność naukowa samego Towarzystwa lekarskiego w Chicago powinna znaleźć pełny wyraz w głównym ognisku duchowego życia narodu, t. j. w kraju. Skwapliwie też przyjęliśmy zwrócone ku nam życzenie „ażeby Przegląd lekarski więcej zainteresował się Ameryką“ i ażeby stając się niejako „organem Towarzystwa polskich lekarzy w Chicago“, pomieszczał sprawozdania z posiedzeń tego Towarzystwa w swoich łamach: z całą gotowością podejmujemy się tego zobowiązania w tem silnym przekonaniu, że służenie tego rodzaju wszystkim towarzystwom lekarskim polskim, istniejącym po za granicami kraju i nie posiadającym własnego organu, jest znaczną i nie najmniejszą częścią posłannictwa i zadania pisma polskiego. („Przegl. lek. 1905 № 4.)

— 32 — Osobom, które ukończyły wydział lekarski za granicą, a niemają świadectwa dojrzałości, pozwolono zdawać egzaminy lekarskie w Rosyji, co dotąd było takim osobnikom zabronione.

— 33 — Miasto Petersburg urządza miejską organizację pogotowia ratunkowego. W 70 aptekach będą zawsze do dyspozycji nosze, instrumenty, środki opatrunkowe, leki. Lekarza będzie się wzywało przez telefon. Lekarz, który przypadkowo się znajdzie na miejscu nieszczęścia i opatry choroego, otrzymywać będzie od miasta po 5 rubli. Karetki do przewożenia cho-

rych będą stały w szpitalach i w cyrkulach. Na słupach latarniowych będą wypisane adresy najbliższych stacyi ratunkowych.

— 34 — Zarząd Tow. Lek. rosyjskich im. Pirogowa na swem posiedzeniu w Styczniu r. b. powziął następującą uchwałę:

„Lekarze stwierdzają swoją niemoc w sprawie, walki z chorobowością i śmiertelnością ludności, a to z powodu istnienia warunków uniemożliwiających tę walkę a stworzonych przez ustrój biurokratyczny. Otwarcie oświadczają, iż w celu prawdziwej ochrony zdrowia narodowego i normalnego rozwoju sprawy lekarsko-sanitarnej są niezbędne: zupełna wolność osoby, prasy i zebrań; rozszerzenie na całe państwo urzędzeń ziemskich od samowoli biurokracji niezależnych, w których by istniało nieklasowe przedstawicielstwo wszystkich warstw ludności i które by miały najszerze atrybucye samorządu; usunięcie tych wszystkich warunków ogólnych, które ograniczają samodzielność społeczną, bo bez tej niemożliwy jest rozwój np. medycyny publicznej miejskiej; reforma szkolna i zniesienie kontroli nauczania pozaszkolnego; szeroko zakreślone i prawodawczo zabezpieczone reformy administracyjne, mające na celu poprawę położenia ekonomicznego klas pracujących i t. d., i t. d. Wielkie zdarzenia polityczne, na Dalekim Wschodzie i wewnątrz, zatrzęsły całym państwem; szybko zaczęło wzrastać samopoczucie społeczeństwa, które jasno zdało sobie sprawę z tego, że tak dalej żyć nie można.“ „Zarząd Tow. lek. im. Pirogowa sądzi, że spełnia obowiązek obywatelski, łącząc swój głos z głosem ogółu inteligencji, żądającej bezwzględnej reformy panujących porządków. Celem tej reformy—dla potrzeb zdrowia ludowego i całej sprawy lekarsko-sanitarnej—musi być uwolnienie kraju od nieznosnej niewoli biurokratyzmu i zastąpienie tego ostatniego takim systematem, przy którym: władza prawodawcza, uchwalanie budżetu i kontrola działalności administracji należałyby do zebrania reprezentantów narodu, niezależnie wybranych, na zasadzie bezpośredniego, ogólnego, równego prawa wyborczego“. (Dziennik Tow. lekarzy im. Pirogowa № 6).

— 35 — Charakterystyczny ustęp ze sprawozdania sądowego, związany ze stanowiskiem lekarza przy obecnych porządkach

„Przed wypowiedzeniem swych wniosków zwrócili się prof. Bechtierew i Pawłow do sądu, wyrażając swoje niezado-

wolenie z tego powodu, że wezwani do sądu na godz. 11 rano, byli do sali posiedzeń zaproszeni dopiero o 3-iej. Zwracając uwagę, że każdy z nich ma oddział szpitalny, że zostawili chorych, nawet takich, których mieli operować. Protestując przeciw takiemu postępowaniu, proszą o zapisanie tego protestu do protokołu“.

— 36 — Duma m. Petersburga wypłaca pełną pensję wszystkim urzędnikom więc i lekarzom, powołanym do armii czynnej.

— 37. — „Cholera obiecuje odwiedzić nas. Więc nasza administracja wystąpiła do walki przy pomocy cyrkularzy, owego panaceum, od dawien dawna używanego w celu zwalczania wszelkich klęsk.

Cyrkularz o środkach walki z cholera został przez wszystkich uznany za nieodpowiadający wymaganiom życia zbiór pomysłów biurokratycznych, mogący jedynie przeszkadzać celowej pracy sanitarnej.

I ten więc owoc twórczości kancelaryjnej osądzono nieprzychylnie, jak poprzednio ustawę lekarską, ustawę weterynaryjną, projekt instrukcyi dla rad szkolnych. Powszechny protest zmusił do schowania ich do stolików tych samych kancelaryi, z których one wyszły. „Prawidła choleryczne“ mają mniej wstydu i starają się gwałtem wedrzeć do życia—przy pomocy cyrkularza ministeryalnego. Ale mamy nadzieję, że życie da im należną odprawę.

Sam cyrkularz upstrzony jest wieloma „zmusić“, „zobowiązać“, „rozkazać“, ale często jest w przeciwieństwie z życiem, nawet biurokratycznym. Tak np. jeden z punktów cyrkularza żąda, ażeby gubernatorzy już „dzisiaj rozkazali, by w każdym okręgu lekarskim był lekarz“ Inny punkt żąda urzędzenia odczytów i pogadanek ludowych o środkach przeciwocholerycznych. Jednocześnie zaś istnieją przypisy utrudniające lub uniemożliwiające stosowanie tych rad i rozkazów“. („Nowe Dni“ № 37).

— 38 — *Odczyty ludowe o cholerae.* Cyrkularz ministeryalny poleca gubernatorom odczyty ludowe o cholerae. Przy podobnych nadzwyczajnych rozporządzeniach i rozkazach nasuwa się nam zawsze pytanie, czy można na seryo liczyć na nadzwyczajne oświecanie? Czy można w to wierzyć, że chłop, nieprzyzwyczajony do odczytów i konferencyi naukowych, odrazu nauczy się wszystkiego z odczytów o cholerae? Czy można w to wierzyć, aby lud sztucznie odgradzany od lekarzy i przedstawicieli inteligencji prowincjonalnej, od-

razu przejął się zaufaniem do tych ludzi, którym w chwilach niebezpieczeństwa pozwolono zbliżyć się do ludu? Wiedza—to nie woda, a głowa chłopą—to nie butelka pusta, którą by można na rozkaz władzy od razu napełnić wiadomościami, jakie w danej chwili są potrzebne. A asysta policyj przy odczytach nie wzbudzi wcale zaufania do prelegentów, tego zaufania ludności, bez którego nie ma prawidłowej walki z chorobami zakaźnymi. Wystarczy przypomnieć sobie zachowanie się ludności podczas epidemii cholery w r. 1892, kiedy napadano na lekarzy i rozbijano szpitale. Nadzwyczajna oświata, podawana małymi dawkami w wyjątkowych chwilach niebezpieczeństwa—nie niejest warta. Tylko powszechna oświata, stała i stopniowe zaznajamianie włościan z medycyną i naukami przyrodniczymi, przygotowuje ludność do zrozumienia odczytów wyjątkowych, o cholery, o dżumie i t. d. Wówczas ludność nie padnie ofiarą strachu panicznego, ani też nie będzie nazywała lekarzy trucicielami...

Jak dalece trudnem jest obecnie szerzenie wiadomości z zakresu medycyny, nawet przy pomocy książek popularnych, świadczy fakt, że wydana przez Tow. lek. im. Pirogowa książeczka „o chorobach zaraźliwych“ (76 stron) posłana do specjalnej cenzury w departamencie lekarskim w d. 14 Lutego 1904 r. została ocenzurowana po 11 miesiącach—dzięki temu, że wspomniane towarzystwo w pismach publicznych upomniało się o zwrot przetrzymywanej broszury. (Naszy dni № 39.)

— 39 — O ciekawej sprawie donoszą pisma rosyjskie: Adwokat przysięgły N. W. Sobotów oświadczył głośno w rozmowie, jaką prowadził w klubie artystycznym w Moskwie, że w *szpitalu wojskowym biorą kubany*. Sokołow został zaskarżony do sądu i obiecał dostarczyć dowodów, potwierdzających wypowiedziane zdanie.

— 40 — *Apoteozą niedbałości* nazywa „Russkoje słowo“ zaginięcie aparatu Röntgenowskiego, posłanego przez miasto Moskwę dla swego oddziału sanitarnego.

— 41 — „Russkoje Sł.“ opisuje szczegóły *wzięcia do niewoli* Dra Ryszkowa. Kiedy japończycy otoczyli Ryszkowa, nie uwierzyli mu, że jest lekarzem, i związanego uprowadzili. W pierwszym napótkanym lazarecie lekarze japońscy poddali R. egzaminowi, by się przekonać, czy jest lekarzem: kazali mu wykonać operację. Po wykonaniu tego zadania w jednej chwili cały sposób postępowania japończyków

zmienił się. Ryszkowa otoczono wszelkimi wygodami, dano mu lekturę, którą nosili chińczycy, a po rzece Jał przewieziono go w wysoce eleganckim parowcu. Kiedy R. był uwolniony z niewoli, lekarze i siostry miłosierdzia urządzili mu gorącą owację.

— 42 — *O ewakuacji chorych* mówił Dr. S. Kozłowski na posiedzeniu Tow. lek. w Charbinie w dniu 13 Listopada roku 1904-go.

Po bitwie pod Laonianem zaczęło się silne ewakuowanie chorych do Charbina i trwało, od 3 Października począwszy, przez parę tygodni. Przez ten cały czas panowała burza i zamieć śnieżna przy 14^o niżej zera. Przewożono rannych—około 30,000—w wagonach towarowych, t. zw. „*tiepluskach*“.

„Niestety—dodaje K.—owe „*tiepluszki*“ nigdy nie były ciepłe, ponieważ nie było w nich pieców“.

Chorzy jechali bez odzieży ciepłej, po ciemku, głodni, brudni i—bez pomocy lekarskiej. W jednym pociągu na 1300 chorych był jeden (!) lekarz i jedna siostra miłosierdzia; w drugim była jedyna doktorka, która zarazem była komendantem pociągu; były pociągi, które aż do Telinu szły zupełnie bez lekarzy.

Ponieważ transport trwał bardzo długo, wielka ilość chorych miała odleżyny; wielu chorym trzeba było amputować odmrożone kończyny.

Po przybyciu do Charbina chorych zostawiano jeszcze w tych zimnych wagonach po trzy dni—zanim przewieziono ich do lazaretów.

Chorzy po dwie doby nie otrzymywali ciepłej strawy nie tylko w drodze, ale nawet po przybyciu do Charbinu.

Dzięki zupełnej dezorganizacji—chorych nieuleczalnych, chronicznych, ślepych, głuchych wysyłano—zamiast do domu—na wschód, do Nikolska Usuryjskiego!

Chorzy ewakuowani do Europy otrzymywali bilet kolejowy i na żywność: do Irkucka po 21 kop. na dobę, od Irkucka po 16 kop. W Mandżuryi funt chleba kosztuje 10 kop., w Syberyi 7 do 9 kop.

„I cóż przedsięwzięła typowo biurokratyczna organizacja, by te nieporządki usunąć?“ „Komisję ewakuacyjną utworzono o cztery miesiące wogóle za późno, a jednak od 17 Sierpnia aż do 6 Listopada ani jednego posiedzenia tej Komissyi niezwołano.“ Te same straszne nieporządki, jakie widzieliśmy w czasie wojny tureckiej, powtórzyły się i w tej wojnie. Więc

„oni nie zapomnieli niczego, i niczego się nie nauczyli?“.

— 43 — *O warunkach pracy w szpitalach na Dalekim Wschodzie* pisze lekarz w „Jużnych Zapiskach“:

„Wówczas kiedy ziemstwa już dawno doszły do przekonania o konieczności pełnego zaufania do personelu lekarskiego z w zakresie jego kompetencji, tu w stosunku do nas panuje ciągle podejrzliwość. Wystarczy wskazać na nagłe (zwykle nad ranem) wizyty wysokich władz, które zaglądają pod łóżka, szukają w łóżku okruczeństw, monitują ordynatorów za to, że łóżka nie stoją równiutko rzędem... W jednym szpitalu wysokie władze, nie znalazłszy nic podejrzanego, podeszły do pieca żelaznego, wymalowanego na czarno, i, potarłszy piec białą rękawiczką, krzyknęły groźnie: „a cóż to za porządki“, kiedy ujrzało czarną plamę na rękawiczce. I to wszystko w czasie, kiedy na jednego ordynatora przypada 80 do 100 chorych.

Takie stosunki zmuszają lekarzy do zaniedbywania właściwych obowiązków—w celu pilnowania różnych formalności, na które wyłącznie jest zwrócona uwaga zwierzchników.

— 44 — W 5-ym zeszytzie „Kroniki Lek.“ znajdujemy list jednego z kolegów powołanych na Daleki Wschód, treści następującej: „Pozwalam sobie potępić stosunek niektórych lekarzy, przyjmujących udział w komisjach poborowych, do podlegających badaniu popisowych. Badanie przedewszystkiem niema nic wspólnego z naukowością. Brak zaufania do słów badanego wywołuje smutne następstwa. Teraz

pro domo mea. Ja osobiście powołany, wskazałem na swoje cierpienia—przewlekły katar żołądka, który mnie rujnuje w warunkach nie dyetycznych. Nawet nie raczyli sprawdzić, czy cierpię, a orzekli: wyglądasz dobrze, jedź.

I oto leżę w szpitalu w Nikolsku Usuryjskim chory i już 4 razy miałem krwawe wymioty. Dopiero 10 tygodni od wyjazdu, a już chorowałem 3 tygodnie. Katar przybrał u mnie ostrą postać i dziś już 8-y dzień nie mogę nic przyjąć bez vomitus.

A krew? Wprawdzie mi dają nadzieję, że będę zdrow. I ja mam tę nadzieję. Pytanie zachodzi jednakże, czy to nie było do przewidzenia.

Na co istnieje nauka? Na co jesteśmy kapłanami świątyni Eskulapa?“.

Prawdę słów nieszczęśliwego kolegi może stwierdzić wielu tutejszych lekarzy. Badanie na komisjach odbywa się, ich zdaniem, rzeczywiście w sposób niemożliwy, a co najdziwniejsze, że niekiedy zostają uznani za zdrowych ludzi faktycznie chorzy, nawet bez wysłania ich do szpitala dla dokładniejszego zbadania...

O ile nam wiadomo, w ostatnich czasach paru kolegów wysłało telegraficzne zażalenie do ministra spraw wewnętrznych i ministra wojny, na co do odpowiednich władz nadeszła odpowiedź, by wysłanie tychże kolegów wstrzymać. („Gaz. Lek.“ № 9).

Do słów Gazety można dodać, że jeszcze gorzej, niż w Warszawie, dzieje się na prowincyi.

Do Czytelników.

Niezwykły bieg życia społecznego i powołanie do armii czynnej wielu współpracowników (i bardzo wielu prenumeratorów) „Czasopisma“ czyni nasze zadanie trudniejszym, niż zwykle; zechcą więc nam Sz. Czytelnicy wybaczyć usterki, jakie obecnie zdarzać się muszą w naszym wydawnictwie.

Redakcja i Administracja „Czasopisma Lekarskiego“.

Komitet redakcyjny:

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

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 4 Марта 1905 г.

Типография С. Дембского въ г. Лодзи.

Друк S. Dębskiego w Łodzi.