

## O podskórnem stosowaniu salicylanu sodu przy reumatyzmie wielostawowym.

Napisał Dr. K. Lidmanowski (w Zagórowie)

Swoiste działanie kwasu salicylowego i jego pochodnych przy reumatyzmie wielostawowym powszechnie jest znane. Są jednakże przypadki reumatyzmu stawowego, które opierają się działaniu salicylatów, podawanych per os, i nie tylko przy takiej kuracji nie ustępują, lecz cierpienie przenosi się ze stawu na staw, przykuwając nieraz na długi czas chorego do łóżka; zdarzają się znowu przypadki reumatyzmu, gdzie ze względu na serce lub nerki niemożliwe jest stosowanie tak wielkich dawek salicylu, jakie mogłyby wywrzeć pożądaný skutek na reumatyzm; zdarzają się wreszcie, choć rzadko, osobniki, którzy nie znoszą salicylu, gdyż ten wywołuje u nich nieprzyjemne uboczne objawy, bądź wymioty, bądź swędzącą wysypkę. Ze względu na to daleko lepsze byłoby stosowanie salicylu wprost na miejsce chore, gdyż wtedy mniejszą dawką przetworu salicylowego możnaby osiągnąć prędszy skutek, a co najważniejsza—unikną się wtedy żołądka, którego się niepotrzebnie nie drażni.

Pierwszą myślą miejscowego stosowania było wcieranie maści salicylowej na zajęty staw; lecz ze względu na to, że bardzo niewielka ilość salicylu może przejść z maści przez nieuszkodzoną skórę, z góry nie można się było spodziewać nadzwyczajnych rezultatów. Rzeczywistość potwierdza to przypuszczenie: samem smarowaniem maścią salicylową zajętych stawów, bez wewnętrznego podawania salicylu, bodaj nikt nie osiągnął wyleczenia. Później zalecano jako wyborny środek miejscowy przeciw reumatyzmowi mezotan i podobno niektórzy otrzymywali świetne wyniki; ja jednakże po kilku próbach zniechęciłem się do stosowania tego środka, nie przynosił on prawie żadnej ulgi, a cena zbyt wysoka tego przetworu czyniła dalsze próby niemożliwymi.

Na pierwszym kongresie lekarskim w Kairze Bouchard wygłosił odczyt o nowych dążeniach w terapii (Klinisch-

therapeutische Wochenschrift № 3, 1903). W tym odczycie wypowiedział się on za miejscowem stosowaniem leków w postaci wstrzykiwań podskórnych na miejsce chore. Na pierwszym zaś miejscu takiego stosowania lekarstw stawia podskórne wstrzykiwanie salicylanu sodu przy reumatyzmie stawowym. Przy tem Bouchard przeprowadza następujące obliczenie: ażeby osiągnąć wyleczenie z reumatyzmu stawowego człowieka wazącego 60 kilogr. salicylanem sodu per os, potrzeba podawać dziennie 6 gr. tego preparatu, czyli na jeden kilogram wagi przypadać będzie 0,1 a jednakowa ilość tego środka przypadnie tak na zdrową, jak i na chorą jednostkę wagi; jeżeli zaś przyjmujemy, że przy zajęciu stawu, np. kolanowego, części miękie, które są siedliskiem choroby, wazą 50 do 100 gr. przeto przy tym sposobie leczenia potrzebne były tylko 5 do 10 mgr. natrii salicylici, reszta zaś wprowadzona została do organizmu zupełnie niepotrzebnie. Rzeczywistość, według słów Boucharda, zupełnie potwierdziła takie zapatrywanie; wprawdzie nie osiągnął on wyleczenia schorzałego stawu za pomocą 1 mgr. salicylanu sodu, jednakże miał on w swojej praktyce przypadki reumatyzmu stawowego bardzo uporeczywe, które ustępowały prędko po podskórnem zastosowaniu 3 egr., a tylko wyjątkowo 10—20 egr. natr. salicylici, rozpuszczonych w 2—4 cm<sup>3</sup>. przekroplonej wody, nie dawały zupełnego wyleczenia.

Bouchard stosował podskórnie natr. salicyl. nie tylko przy reumatyzmie wielostawowym ostrym i chronicznym, ale przy reumatyzmie mięśniowym, przy półpaścu, przy ischias i zapaleniu nerwów, zawsze z bardzo dobrym rezultatem.

Zachęcony przez takie wyniki Boucharda, postanowiłem wypróbować zalecany przez niego sposób stosowania salicylanu sodu i, przyznając, jestem dotąd z osiągniętych rezultatów zupełnie zadowolony.

Ten sposób ma wiele stron dodatnich: 1-o stosując podskórnie salicylan sodu, unikamy działania tego środka na żołądek; 2-o wprowadzając znacznie mniejsze ilości salicylanu sodu do organizmu, unikamy

ujemnego działania na nerki; 3-0, co najważniejsze, osiągamy wyleczenie daleko prędzej, niż za pomocą podawania tego środka przez usta.

To są dodatnie strony podskórnego stosowania salicylanu sodu; wspomnieć jednakże muszę o jednej ujemnej stronie takiego leczenia, mianowicie o bólu, jaki wywołuje zastrzyknięcie tego środka: wprawdzie ból nie jest wielki, zdarzają się jednak osobniki, prawda nerwowe, u których zastrzyknięcie salicyl. sodu wywołuje ból dotkliwy, trwający około pół godziny. W praktyce swojej miałem pacjentkę z ostrym reumatyzmem stawu kolanowego, u której pierwsze zastrzyknięcie wywołało tak silny ból, że na drugie zaledwie zezwoliła; aby nie wywołać bólu po zastrzyknięciu, do drugiej dawki salicylanu sodu dodałem 0,01 kokainy; po zastrzyknięciu bólu rzeczywście nie było, lecz po upływie dwóch godzin nastąpił tak silny ból, że chora zaczęła mocno krzyczeć; dopiero okłady zimne ból zniósły. Na 42 przypadki reumatyzmu, leczone tym sposobem, w jednym tylko wyżej opisanym, widziałem tak nadzwyczajną bolesność, w innych zaś chorzy skarżyli się na ból prędko przemijający, mniej zaś wrażliwi, skarżyli się na lekkie uczucie pieczenia, po za tem na nic więcej. Za to rezultat otrzymany przezemnie tak mnie zachęcił do takiego stosowania salic. sodu przy reumatyzmie wielostawowym, że chciałbym aby i inni podjęli próby w tym kierunku.

Wprawdzie przy takim leczeniu schorzałych stawów nie unikałem zajęcia innych, dotąd zdrowych, przeciwnie—miałem przypadki, gdzie, zastrzykując kilka dni z rzędu w staw porażony roztwór salicyl. sodu, widziałem zajęcie sprawą chorobową stawu dotąd zdrowego, lecz we wszystkich 42 przypadkach ani razu nie widziałem, aby zajęte zostało wsierdzie lub osierdzie, co byłoby wielką dodatnią stroną takiego leczenia; rozumie się, potrzebna tu jest obserwacja większej ilości przypadków, niż te, które ja obserwowałem.

Zastrzykuję zwykle 6 cm.<sup>3</sup> 3% roztworu salicylanu sodu, czyli 0,18 na raz. Trzyprocentowy roztwór salicylanu sodu przygotowuję sam; w tym celu w 100 cm.<sup>3</sup> wody przekroplonej rozpuszczam 3,0 natr. salicyl. i roztwór przegotowuję; następnie przegotowany roztwór zlewam do wyjałowionego, przez gotowanie naczynia szklanego z korkiem szklanym; przed użyciem wylewam potrzebną ilość roztworu do wyjałowionego kieliszka i nabieram

w wyjałowioną szprycę; skórę w miejscu ukłócia obmywam eterem, spirytusem i wodą karbolową. Na dwieście z górą iniekcji, jakie robiłem, ani razu żadnego miejscowego odczynu nie zauważyłem. Teraz pozwolę sobie przytoczyć kilka historii chorób.

I. Józef. Jaw., mężczyzna 30 letni, przywieziony do mnie 26. VIII. 04., został zniesiony z woza, gdyż sam ruszyć się nie mógł; przy najmniejszych ruchach biernych krzyczy; wygląd chorego zdradza długotrwałe cierpienie, wychudzony, blady, skulony.

Zachorował 30. VII. 04; podczas swojej choroby zasięgał rady lekarskiej i miał zapisane jakieś proszki, zapewne preparat salicylowy i maść białą, według wszelkiego prawdopodobieństwa maść z kwasem salicylow., lecz to nie przyniosło mu żadnej ulgi. C. 38,6. T. 130 małe, słabe, w organach wewnętrznych żadnych zbroceń. Oba stawy ramieniowe, oba kolanowe i stawy kręgowe w części karkowej zajęte, żadnych ruchów w stawach wymienionych chorey wykonać nie może. Głowa pochylona na dół, zupełnie nieruchomo; przy próbach ruchów biernych chorey prosi, aby mu tego nie robić, gdyż to mu sprawia ból dotkliwy. Zastrzyknąłem w staw ramienny prawy 0,18 salic. sodu. Chorego zostawiłem u siebie, aby mieć możność dalszego prowadzenia kuracyi, na co chętnie się zgodził. Nazajutrz bolesność ta sama, skarży się, że po zastrzyknięciu miał ból, C. 38,5, t. 130; zastrzyknąłem ponownie 0,18 salicyl. sodu w lewe ramię. Na drugi dzień chorey opowiada, że spał lepiej, chociaż ruchów sam wykonać nie może. Zastrzyknąłem znowu tę samą dawkę w prawy staw kolanowy. Nazajutrz, t. j. 4 dnia leczenia, chorey opowiada, że już bolesności po zastrzyknięciu nie było, „widocznie przyzwyczał się“, spał dobrze, C. 37,5, t. 110, przewrócić się może na łóżku bez bólu; zastrzyknąłem 0,18 salicyl. sodu, w lewy staw kolanowy. Na drugi dzień chorego zastałem siedzącego na krześle; nadzwyczaj zadowolony z rezultatów kuracyi. Przez trzy dni następne zastrzykiwałem po 0,18 salicyl. sodu w więcej bolesne stawy i po tygodniu chorey zupełnie zdrowy wyjechał do domu. Po 3-ch miesiącach chorego widziałem; od czasu kuracyi zupełnie zdrow.

II. Leopold H. mężczyzna 50 letni, zachorował 28. VIII. 03; choroba zaczęła się silnymi dreszczami, nazajutrz wystąpiła bolesność w obydwóch stawach kolanowych i prawym skokowym, chorey pod-

nieść się z łóżka nie mógł. Trzeciego dnia choroby, kiedy bóle w stawach i gorączka nie ustępowały, chorego przywieziono do mnie. Przy badaniu w organach wewnętrznych żadnej zmiany nie znalazłem. C. 39,02 T. 120; chory bardzo zmieniony, opowiada o strasznych bólach, jakie go męczą. Przepisałem 6 proszków aspiryny po 0,5 i maść salicyl. na zajęte stawy (ac. salicyl. ol. terebint. aa. 10,0, axung. porc. 50,0); po kilku dniach choroby, kiedy bolesność w stawach się nie zmniejszała, ale zaczął być bolesnym i opuchł staw napiętkowy prawy, chorego powtórnie przywieziono do mnie. 4. IX. 04. C. 39<sup>0</sup>,9, t. 130. chory przy ruchach krzyczy i płacze, stawy poprzednio zajęte mocno obrzmiały, staw zaś napiętkowy obrzmiały nieznacznie; ruchów czynnych chory wykonać nie może, ruchy biernie bardzo bolesne. Zastrzyknąłem 0,18 salicyl. sod. w staw skokowy. Po zastrzyknięciu chory czuł pieczenie. Nazajutrz staw ten obrzmiały, bolesność duża; zaleciłem okłady rozgrzew. z wody, w staw zaś kolanowy zastrzyknąłem tę samą dawkę salicyl. sodu i zaleciłem okłady. Nazajutrz chory bólu w stawie skokowym i kolanowym nie czuje, pierwszą noc od początku choroby spał, łaknienie wraca. T. 37<sup>0</sup>,6, p. 90. Staw lewy kolan. bolesny, chociaż mniej niż poprzednio. Zastrzyknąłem 0,25 n. salicyl. w staw kolanowy lewy. 7. IX., a więc w 4-y dni po pierwszym zastrzyknięciu, chory przyszedł do mnie sam bez pomocy, wygląd rażny, opowiada, że czuje się zupełnie dobrze, dolega mu tylko ból, choć nieznaczny, w stawie napiętkowym; zastrzyknąłem 0,18 sal. sodu w okolicy stawu napiętkowego.

III. Antoni J. chłopiec 19 letni, chory na reumatyzm od 3-ch tygodni; wezwany zostałem do niego 30. IX. 1903. C. 39<sup>0</sup>,2 t. 120, prawy staw ramieniowy i łokciowy lewej ręki silnie obrzmiały i nadzwyczaj bolesny, staw skokowy lewej nogi obrzmiały, lecz mniej bolesny. Zaleciłem aspirynę z kofeiną i maść salicyl. (Ac. salicyl., Ol. tereb. aa 10,0, Axung. porc. 50,0) na zajęte stawy. Po trzydniowym stosowaniu takiej terapii chory nie tylko że żadnej ulgi nie doznał, lecz obrzmiało prawe kolano, a wysięk się zwiększył. Postanowiłem robić zastrzykiwanie salicylu sod. 2. X. 03. zastrzyknąłem 0,18 rozczyntu pod skórę lewego ramienia; nazajutrz stan ten sam, zastrzyknąłem 0,18 salicyl. sodu pod skórę lewego łokcia. Na drugi dzień, t. j. 4. X. 03, chory czuje

się lepiej, C. 38. t. 110, bolesność mniejsza. Nowe zastrzyknięcie 0,18 salicyl. sod. 5. X. 03, chory nie gorączkuje (37,2), bolesność znacznie mniejsza. Przez 3 dni następne zastrzykiwałem salicyl. sodu, a po 5 dniach chory już wstał z łóżka.

IV. Marjanna Pias, kobieta 42 letnia przybyła do mnie 12. V. 03, ze skargami na ból w stawie biodrowym i kolanowym nogi lewej. Opowiada, że 3 miesiące temu dostała silnych dreszczy z bólem głowy, a po 2-ch czy trzech dniach wystąpiło obrzmienie i ból w stawach łokciowych i napięst., później zaś w stawach kolanowych i biodrowym. Kwas salicyl. po 0,5 trzy razy dziennie nie przyniósł chorej żadnej ulgi, później stosowano jej Natr. salicyl, antipir., phenacet., maść salicylową i jeszcze jakieś proszki i lekarstwa, co wszystko usunęło jej obrzmienie w staw bark. i łokciow. i w stawie kolanowym prawym; w stawie kolanow. lew. i biodrow. praw. bolesność i obrzmienie trwa dotąd, chora chodzi o kiju i boi się nastąpić na nogę prawą.

Okolica stawu biodrowego prawego silnie obrzmiała, najmniejszy ruch wywołuje silne bóle, staw kolanowy lewy także obrzmiały, choć w mniejszym stopniu, nie tak bolesny, przy ruchu biernym jak staw biodrowy. Przez 10 dni zastrzykiwałem chorej codziennie po 0,18 salicyl. sodu, a po 10 dniach chora mogła zupełnie swobodnie chodzić; obrzmienie zmniejszyło się znacznie; w takim stanie chora wyjechała odemnie. Przed niedawnym czasem chorą tą spotkałem i dowiedziałem się od niej, że od czasu leczenia jest zupełnie zdrowa.

V. Stanisław W. chłopiec 12 letni, chory na reumatyzm wielostawowy od tygodnia. Choroba zaczęła się dreszczami i gorączką; rodzice mniemając, że mają do czynienia z niestrawnością żołądka, przez 2 dni podawali mu po 2 łyżki ol. rycynowego; czwartego dnia chory chłopiec zaczął się skarżyć na ból w stawie kolanowym lewym i w stawie skokowym prawym; 5-go dnia wystąpiło obrzmienie w obu stawach a w dwa dni po tem obrzmiało i prawe ramię. C. 38<sup>0</sup>,5. T. 130 drobne, staw barkowy prawy, staw kolanowy lewy i staw skokowy prawy silnie obrzmiały i bolesne; u wierzchołka serca szmer przy pierwszym tonie sercowym, powiększa się przy mocniejszym ucisku stetoskopem. Zaleciłem infus. Digitalis 0,5:150,0 + Natr. salicyl. 2,0 co 2 godziny łyżkę; na zajęte stawy maść; po dwóch dniach obrzmienie i bolesność w

stawach nie zmniejszyły się, w osierdziu wysięk znacznych rozmiarów—stłumienie dochodzi prawie do linii pachowej lewej, tętno 140 słabe, ciepłota 39°<sub>3</sub>. Zaleciłem aspiryn. z coffein., lecz i to ulgi nie sprawiło; wtedy postanowiłem przystąpić do zastrzykiwań, na które rodzice teraz dopiero się zgodzili. Po pierwszym zastrzyknięciu żadnej widocznej poprawy. Drugie zastrzyknięcie następnego dnia po pierwszym; nazajutrz chłopiec mniej skarż się na ból, w zajętych stawach ruchy bierne nie sprawiają takiego bólu, wysięk zmniejszył się cokolwiek. Cztery następne dni robiłem iniekcye, które nie sprawiły chłopcu wielkiego bólu i po tém zastrzyknięciu wysięk całkowicie się wessał, bolesność zupełnie ustąpiła, pozostało niewielkie obrzmienie, które w kilka dni zupełnie ustąpiło.

Niechając nużyć czytelnika opisem wszystkich przypadków, nadmienię tylko, że we wszystkich w bardzo krótkim czasie otrzymałem wyleczenie i kiedy w początku próbowałem podawanie salicylatów przez usta, później odrazu, gdzie tylko mogłem, przystępowałem do leczenia reumatyzmu wielostawowego za pomocą zastrzykiwań podskórnych salicyl. sodu.

We wrześniu r. z. znalazłem artykuł w Wiener klinisch—therapeut. Wochenschrift № 36 Dra S a n t a n i „Interartikul. Iniektionen von Natr. salicylic. bei Polyarthritis,“ w którym autor wychwala sposób B o u c h a r d a, ale ponieważ podskórne stosowanie salicyl. sodu czasami go zawodziło, postanowił stosować ten preparat wprost w stawy.

W jednym przypadku postanowiłem spróbować tego sposobu, lecz nie zostałem nim zachwyconym. Bolesność była znacznie większa, rezultatu zaś lepszego nie otrzymałem.



## Błonica w przebiegu płonicy.

Podał Dr. T. Mogilnicki.

Od czasu badań K l e b s a, L o e f f l e r a i wielu innych nie ulega wątpliwości, że błonica jest chorobą, wywoływaną przez swoiste laseczники. Sprawa chorobowa najczęściej umiejscawia się w gardzieli i nosi wtedy nazwę anginy błoniczej. Na migdałkach, łukach, tylnej ścianie gardzieli, na miękkim podniebieniu lub na języczku wytwarzają się tak zw. błony rzekome, zwykle, szczególnie w przypadkach moc-

niejszego natężenia choroby, grube, barwy szaro-żółtej z wyglądem sadła. Przy próbach zdjęcia błon następuje krwawienie. Odróżnienie anginy błoniczej od spraw nieswoistych (angina follicularis, angina lacunaris) zwykle nie jest trudne. Umiejscowienie tylko na migdałkach, łatwe oddzielanie się nalotu i wygląd samego nalotu decydują rozpoznanie.

Rzecz inna z angina płoniczą. W przebiegu płonicy gardło prawie zawsze bywa zajęte. Według H i r s c h f e l d a zdarza się to w 77%, według H o l z i n g e r a w 78%, R a n k e g o w 65%, C a r l s s o n a w 50%, S c h a b a d a w 54% przypadków. Waha się więc między 50% — 80%. Czasem to zajęcie polega tylko na rozlanem zaczerwienieniu, częściej wytwarza się wysiękowe lub zgorzelinowe zapalenie i wtedy podobieństwo do zapalenia błoniczego może być bardzo duże, co dało powód do nazwania tej sprawy diphteria scarlatinoza (Scharlach—diphteroid H e u b n e r a). Już w 1826 roku B r e t o n n e a u, twórca nowoczesnych poglądów na błonicę, jako na odrębną postać chorobową, odróżniał ściśle spotykaną przy szkarlatynie anginę, którą nazywał „phlegmasie scarlatineuse“, od błonicy. Przez dłuższy jednak czas nie wszyscy autorowie pojęcia te odróżniali. Nie tak dawno temu, bo zaledwie przed 20 — 30 laty, wielu badaczy jak M o n t i, G e r h a r d t, B o h n, P e t e r obedwie te sprawy utożsamiali. Zdawało się, że odkrycie lasecznika swoistego dla błonicy położy koniec sporów i rzeczywiście przez czas pewien sądzono powszechnie, że we wszystkich przypadkach zap. gardzieli płoniczego zmiany w gardzieli zależne są od bliżej nie określonego zarazka, a nie od lasecznika błoniczego.

Powstała jednak bardzo ważna kwestya, czy błonica niemoże wikać szkarlatyny, czy na organizm już osłabiony przez szkarlatynę błonica nie może podzielać i wywołać w gardzieli swoistych zmian patologicznych. Badania lat ostatnich wykazały, że takie powikłanie nie należy do wypadków wyjątkowych i że przy drobnowidzowem badaniu nalotów z gardzieli w przebiegu szkarlatyny dosyć często znajdowano laseczniki L o e f f l e r a. Kiedy kwestya powikłania szkarlatyny przez błonicę została w zasadzie rozstrzygnięta, należało wykazać, na jakich danych można oprzeć rozpoznanie tego powikłania.

Makroskopowe odróżnienie tych dwóch spraw należy do rzeczy bardzo trudnych.

Oto co w tej kwestyi mówi prof. P. Pieniążek\*): „Złogi błonicowate mogą w płonicy powstać w najrozmaitszych odmianach, jakie spotykamy w prawdziwej błonicy tak, że osutka (wysypka) jedynie pozwala oba te stany napewno odróżnić. Złogi wysiękowe występują w płonicy bądźto na samych migdałkach, bądź też rozszerzają się z nich na gardło, zajmując je nawet w całości; mogą być powierzchowne lub głębsze, a po oddzieleniu się mogą pozostawiać powierzchnię dość gładką lub płytkie owrzedzenia, albo też mogą ulegać rozpadowi z wytworzeniem formy gnilnej, a nawet zupełnej zgorzeli rozleglejszych części gardła. Mimo tak wielkiego podobieństwa do prawdziwej błonicy spotyka się przeciwieście często znaki, które wskazują na płoniczą naturę sprawy.“ Dwaj angielscy badacze Garrat i Wahburn wskazują na niemożliwość postawienia prawidłowego klinicznego rozpoznania sprawy chorobowej w gardzieli, szczególnie podczas ostrego okresu płonicy\*\*). Takie same zdanie wygłasza w tej kwestyi Variot\*\*\*). Ze 102 przypadków z błonami rzekomymi w gardzieli w 62 nie można było stanowczo orzec na zasadzie objawów klinicznych, czy autor miał do czynienia z angina szkarlatynową czy z błonicą. Badanie bakteriologiczne wykazało w 30 przypadkach powikłanie błonicą, w 32 czystą postać anginy płonicej. Sörensen, Baginsky, Schabad i inni radzą w celu postawienia prawidłowego rozpoznania we wszystkich wątpliwych przypadkach robić badania bakteriologiczne.

Robiąc badanie drobnowidzowe, musimy rozstrzygnąć zasadniczo dwa pytania: 1) Jakie dane pozwolą nam odróżnić prawdziwego las. błonicego od rzekomego (bac. pseudodiphtheriae); 2) Jeżeli znajdziemy prawdziwego las. błonicego, to kiedy jest on czynnikiem wywołującym zmiany patologiczne, lub współdziałającym z innymi zarazkami, a kiedy saprofitem nieprzyjmującym czynnego udziału w procesie chorobowym, a tylko przypadkowo znajdowanym w gardzieli u osobnika chorego, jak spotyka się czasem u osób zdrowych.

\*) Nauka o chorobach wewnętrznych Tom II. str. 41

\*\*) The great difficulty encountered is that the clinical diagnosis of diphtheria is often impossible, especially in patients who are in the acute stage of scarlet fever. Cyt. Uffenheimer.

\*\*\*) Variot, La semaine medicale 1900. № 45. Polymorphisme des angines de la scarlatine. Ref. Archiv. für Kinderheilkunde.

Rozstrzygnięcie pierwszego pytania natrafia na duże przeszkody, tem bardziej, że samo istnienie laseczniczki rzekomo-błoniczego jest przez niektórych badaczy kwestyonowane. W nauce spotykamy się pod tym względem z dwiema sprzecznymi teoryami. Dla jednych, tak zw. unitaryuszów, do których należą Roux, Behring i inni, istnieje tylko jedna postać las. błonicego, który pod wpływem pewnych zewnętrznych warunków zmienił niektóre swoje cechy, t. j. utracił takie właściwości jak jadowitość, zdolność wytwarzania kwasów w bulionowych podłożach i t. p. Przeciwnicy, t. zw. dualiści, z Löfflerem i Escherichem na czele, odróżniają ściśle te dwie postaci drobnoustrojów. Większość klinicystów należy do dualistów, ale i w ich obozie niema zupełnej zgody. Dla Schabada np. najbardziej charakterystyczną różnicą prawdziwego las. błonicego od rzekomego jest zdolność wytwarzania kwasów w bulionowych podłożach i Schabad na tej podstawie opiera swoje pozytywne wyniki. Przeciwnie Uffenheimer, Sellner i inni widywali bulionowe hodowle las. błonicego barwiące czerwony lakmusowy papierek na niebiesko, a więc niewytwarzające kwasów. Według Uffenheimera dla odróżnienia las. błonicego od rzekomego wystarcza zbadanie świeżego preparatu i hodowli. Bac. pseudodiph. nieposiada ciałek biegunowych, charakterystycznych dla las. błonicego, a kolonie jego na surowicy krwi mają biały mleczny wygląd. Co się tyczy jadowitości las. błonicego, to większość autorów jest zdania, że brak tej właściwości nie może być miarodajnym. Często spotkać można las. Löfflera a niechorobotwórcze dla świnek morskich i królików.

Badania bakteriologiczne nalotów z gardła chorych szkarlatynowych wykazały obecność las. błonicego podług Rankego w 53,7%, podług Uffenheimera w 42,8%, podług innych autorów (Sellner, Sörensen, Schabad, Baginsky, Variot) tylko w 2%—12% przypadków z nalotami. Taka duża różnica pomiędzy wynikami badań Rankego i Uffenheimera z jednej, a innych autorów—z drugiej strony zdaje się polegać na różnitości poglądów co do właściwego las. błonicego i rzekomego.

Prace lat ostatnich odpowiadają kategorycznie na drugie pytanie. Laseczniczki błonicy w większości wypadków *nie jest* obojętnym saprofitem w gardzieli chorych na szkarlatynę. Szczególniej tam, gdzie

obraz kliniczny pozwala podejrzewać powikłanie błonicą.

Przypadki powikłania szkarlatyny błonicą nie należą do przypadków rzadkich, dwie te choroby względnie dosyć często mogą przebiegać równocześnie u jednego osobnika. We wszystkich okresach szkarlatyny powikłanie błonicą jest możliwe. Wnioski te opierają się na badaniach anatomo-patologicznych, jak również i na rezultatach terapeutycznych—szybkiej poprawie po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej.

Schabad\*) dzieli wszystkie przypadki błonicy spotykanej w przebiegu szkarlatyny na trzy działy: 1) Błonica i płonica. Kiedy równocześnie od samego początku występują obie choroby (Las. błonicy znajdowano w dzień przyjęcia do szpitala na oddział szkarlatynowy). Autor badał 9 takich przypadków, z tych w 4-ch obraz chorobowy był typowy dla błonicy, w 5-ciu stwierdzono obrzmienie gruczołów limfatycznych szyi, w 2-ch gryzący wyciek z nosa (raz ropny i raz krwawy), w 3-ch krótkotrwały białkomocz, w jednym objawy zwięzienia krtani, we wszystkich przypadkach wysoką ciepłotę i ciężki stan ogólny, każdy z tych objawów może spotykać się i w niepowikłanych postaciach płonicy, ale obecność kilku takich objawów posiada dużą wartość rozpoznawczą. Rozstrzyga badanie bakteriologiczne. Objawy zwięzienia gardzieli nie dowodzą stanowczo—wbrew poglądom dr. Malinowskiego—powikłania szkarlatyny błonicą. Według Heubnera zapalenie gardła przy płonicy może przejść na krtani, wytworzyć duży infiltrat, doprowadzający do stenozy krtani, stan taki może mieć wielkie podobieństwo do prawdziwego krupu, chociaż badania bakteriologiczne i anatomo-patologiczne mogą nie wykazywać powikłania błonicą.\*\*)

Przebieg przypadków szkarlatyny z równoległą błonicą był bardzo ciężki: z 9-iu przypadków w 5-ciu zejście było śmiertelne. Te przeważnie przypadki miały przebieg niepomysłny, które łącznie ze znalezieniem las. błoniczego dawały kliniczny obraz błonicy; dawały one gorsze rokowanie, niż przypadki bez klinicznych objawów.

2. Błonica w przebiegu szkarlatyny. Spostrzeżenia obejmują przypadki, w których powikłanie błonicą następowało w o-

strym okresie szkarlatyny, w końcu pierwszego lub na początku drugiego tygodnia choroby. We wszystkich przypadkach obraz chorobowy kazał podejrzewać błonicę, chociaż w dzień przyjęcia do szpitala las. błoniczego nie znajdowano. Schabad badał 6 takich przypadków. Równocześnie z wytworzeniem się typowych nalotów w gardle i inne objawy wskazywały na powikłanie błonicą: obrzmienie gruczołów podszczękowych w 4-ch przypadkach, białkomocz—w 3-ch, podniesienie się ciepłoty—w 2-ch, wyciek charakterystyczny z nosa w 1-ym. Tylko obecność kilku z tych objawów pozwalała na postawienie klinicznego rozpoznania. Należy zaznaczyć, że Schabad badał bakteriologicznie tylko te przypadki, w których objawy kazały podejrzewać powikłanie błonicą. Do trzeciego działu Schabad zalicza błonicę u rekonwalescentów po przebytej szkarlatynie.

Uffenheimer\*) opisuje przebieg 29 przypadków szkarlatyny powikłanych błonicą jako „szkarlatynę z wczesną błonicą“ (dwa pierwsze działy Schabada) Przebieg przypadków Uffenheimera wogóle pomysłny. Umarło zaledwie 3-je dzieci. Białkomocz spostrzegano u 8-u chorych, wyciek z nosa u 5-ciu. Różnica tak znaczna pomiędzy przebiegiem przypadków Schabada i Uffenheimera polegała między innymi na tem, że Uffenheimer badał bakteriologicznie gardło wszystkich chorych, a Schabad tylko tych, w których kliniczne objawy dawały podejrzenie powikłania błonicą. Co do błonicy u rekonwalescentów po przebytej płonicy, to zdaniem obydwóch wymienionych wyżej autorów ani co do przebiegu, ani co do objawów klinicznych nie różni się ona od błonicy, na którą zapadają dzieci poprzednio zdrowe.

Prócz powikłań szkarlatyny błonicą, podaje Uffenheimer przypadki pierwotnego dyfterytu lub krupu powikłane następnie szkarlatyną. Wybuch szkarlatyny następował szybko po zarażeniu. Dzieci chore na błonicę są tak samo podatne do przyjęcia szkarlatyny, jak pacjenci po operacji. Po krótkim okresie utajenia występują objawy nowej choroby: podniesienie się znaczne przeważnie do 40° ciepłoty, wysypka. Z 20 podanych przez autora ta-

\*) J. A. Schabad. Diphterie und Diphteriebacillus bei Scharlach Archiv für Kinderheilkunde B. 34. R. 1902.

\*\*) Heubner. Lehrbuch der Kinderheilkunde tom I, str. 347.

\*) A. Uffenheimer. Zusammenhänge zwischen Diphterie und Scharlach. Jahrbuch für Kinderheilkunde 1904 r. 60 der dritten Folge 10 Band.

kich przypadków w 7-iu zejście było niepomyślne.

O ile więc według Uffenheimera dla chorych na błonicę powikłanie dyfterytem nie jest poważną komplikacją, o tyle rokowanie dla chorych na błonicę pogarsza się znacznie przy powikłaniu szkarlatyną.

W polskiej literaturze znajdujemy w tej kwestyi dwie prace A. Malinowskiego. W pierwszej\*) autor wcale nie wspomina o możliwości powikłania szkarlatyny błonicą i we wskazówkach terapeutycznych dowodzi, że stosowanie w szkarlatynie surowicy przeciwbłoniczej nie wywiera żadnego wpływu. W drugiej\*\*) — przeciwnie — wszystkie przypadki szkarlatyny, gdzie występują objawy zwięzienia krtani, leczy wstrzykiwaniem surowicy przeciwbłoniczej. Niestety, w tych pracach niema podanych rezultatów badań drobnowidzowych, dlatego też czytelnik nie jest pewien, czy przypadki szkarlatyny, opisywane przez autora są rzeczywiście powikłane błonicą.

Prace z lat ostatnich, a szczególnie dwie, wyżej wymienione (Schabada i Uffenheimera) pozwalają wyprowadzić następujące wnioski:

1. Błonica i płonica mogą się wikłać wzajemnie we wszystkich okresach choroby.

2. Te powikłania nie są dla ustroju obojętne i należy się ich wystrzegać, zabezpieczając chorych od wzajemnego zarażenia się.

3. Dla postawienia rozpoznania powikłania szkarlatyny błonicą należy łączyć rozpoznanie kliniczne z badaniem drobnowidzowem. Gdyby jednakże to ostatnie dla ważnych powodów nie mogło być uskutecznione, a obraz kliniczny wyraźnie wskazywał powikłanie błonicą, nienależy wahać się z zastrzyknięciem surowicy przeciwbłoniczej.

4. Do obrazu klinicznego powikłania szkarlatyny błonicą należą następujące objawy: Charakterystyczny nalot w gardzeli, obrzmienie gruczołów limfatycznych szwyjowych, a szczególnie podszczękowych, gryzący wyciek z nosa, krótkotrwały białkomocz i objawy zwięzienia krtani. Wprawdzie żaden z tych objawów niema decydującego znaczenia, ale obecność kilku wy-

mienionych objawów posiada dużą wartość dyagnostyczną.

5. W szpitalach dla dzieci należy badać drobnowidzowo gardło wszystkich bez wyjątku chorych, przyjmowanych na oddział płonicowy — w celu ewentualnego odseparowania chorych na błonicę od przypadków płonicy niepowikłanych.



## O lecznictwie ludowem i o chorobach nerwowych wśród ludu.

Napisał Dr. Józef Poczubut (w Łucku na Wołyniu).

„Czasopismo Lekarskie“, jako organ lekarzy prowincjonalnych, wielokrotnie podejmowało żywotną dla nich kwestyę lecznictwa ludowego. Tę sprawę wysunęła radykalna zmiana ekonomicznych warunków naszego społeczeństwa: rozdrobnienie własności ziemskiej i jej przechodzenie drogą parcelacji do rąk włościan. Wskutek tego lekarze, zamieszkali po wsiach, osadach, miasteczkach i miastach, z konieczności musieli przystosowywać się do nowych potrzeb swego społeczeństwa i zająć się leczeniem ludu. Ale Biegański powiada, że lekarze nie umieją dotąd leczyć ludu, nie znają jego duszy, wierzeń, upodobań, zrażają go też na każdym kroku i bezwiednie niejako przyczyniają się do powodzenia felcerów i znachorów („Czasop. Lekar.“ 1900 r. № 7). Dunin zaś w № 11 „Czasop.“ z 1902 r. rozpowszechnienie i powodzenie praktyki lekarskiej wśród ludu stawia w zależności od taniości lekarstw, proponując lekarzom, aby sami zajęli się przygotowaniem i wydawaniem jaknajprostszyc leków dla swoich pacyentów-włościan; przytem Dunin zwraca uwagę na to, że lekarze powinni się dobrze przejąć tem, że prawdziwie działających i niezbędnych lekarstw jest niewiele i że bardzo małą ilością środków wybornie obchodzić się można, że wogóle należy przepisywać tylko środki „tanie i proste“.

Ponieważ w tej sprawie, tak ważnej dla praktyki prowincjonalnej, zabierało na łamach „Casopisma Lekar.“ głos wielu kolegów: Grodecki, Witkowski Z., Kędzierski, Seweryn Sterling, Brzozowski i inni, niech więc i mnie wolno będzie wypowiedzieć kilka uwag w sprawie praktyki lekarskiej wśród niezamożnej ludności, a głównie wśród ludu wiejskiego.

\*) O leceniu cierpień gardła i nosa, towarzyszących szkarlatynie (Dyfteryt szkarlatynowy) Gazeta lek. rok 1899. № 42, 43.

\*\*) Przyczynę do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego. Gazeta lek. 1903. № 25, 26, 27.

Praktykuję około 24 lat na Wołyniu. Z początku klientela składała się z żydów i okolicznych obywateli, dla których kwestya taniaści lekarstw nie miała większego znaczenia; a że wtedy dopiero wyłaniać się zaczęły nowe fizykalne metody leczenia, więc cała umiejętność lekarza na prowincyi, po za chirurgią i akuszerją, polegała na zapisywaniu sążnistych recept, przy czem zwracało się pilną uwagę na nowe leki, które w każdym numerze, jak i teraz, zalewały okładki czasópm lekarzkich; i stało się punktem honoru dla lekarza, środkiem podtrzymania swej reputacyi naukowej—zapoznawać się z temi nowinkami: pierwszy lepszy pacjent ze sfery żydowskiej, wróciwszy ze stolicy, zawstydziłby go większą znajomością w tym względzie.

Z upadkiem jednak zamożności wśród żydów, którzy wskutek zakazu zamieszkiwania po wsiach, zwrócili się całemi rodzinami do miasteczek i miast, powiększając tam proletaryat żydowski, i wskutek stopniowego topnienia majątków obywatelskich, które przechodziły do rąk kolonistów: Niemców i Czechów, a w końcu i do włościan—jądro praktyki prowincjonalnego lekarza zwróciło się w tę ostatnią stronę; a przyszło to tem łatwiej, że Czesi i Niemcy przynieśli z sobą wyższą kulturę, a z nią i dbałość o zdrowie. Wyjazdy do pozostałych, albo do nowych właścicieli ziemskich, którzy rzadko w tym kraju mieszkają, stały się rzadkimi, jakby odświętnymi; natomiast do kolonistów—prawie codziennymi. Ci ostatni wynagradzają pracę lekarza względnie do czasu straconego nie gorzej, a nawet lepiej, niż dawni obywatele. Daleko trudniej poszła rzecz z włościanami z powodu znacznie mniejszej ich zamożności i niższej kultury. Tutaj dopiero mogłem się przekonać, jak cennymi były wyżej przytoczone nawoływania Biegańskie go do umiejętnego postępowania z ludem. Upłynęło kilka lat, kosztowało mię dużo pracy i cierpliwości; nim się zdobyło zaufanie włościan; ale raz zdobyte nigdy już mię nie zawiodło. Z drugiej strony, co tu pomoże zaufanie i wiara w lekarza, jeśli chłop niezamożny zmuszony będzie drogo zdobywać swoje zdrowie; środki jego nie pozwalają na sprowadzenie do siebie lekarza, oddalonego nieraz o 10—20 i więcej wiorst; przecież nie sprzeda on ostatniej krowy, lub konia dla poratowania zdrowia, pożyczka zaś u zamożniejszego sąsiada nie zawsze przyjdzie mu z łatwością. Cóż więc mu pozostaje? zawieźć ciężko chorego do mia-

sta; tu, zapłaciwszy lekarzowi za poradę 40—50 kop. (najczęstsza u nas norma), wypadnie mu jeszcze dopłacić w aptece za recepty od kilkudziesięciu kop. do rubla i wyżej, a wtedy wyrzeknie się recepty a rady lekarskiej i, machnąwszy ręką na to wszystko, powróci do domu, zdając chorego na Opatrzność Boską.

Jak tu sobie poradzić? Przedewszystkiem trzeba było pozbyć się starego nałogu zapisywania sążnistych recept.

Pomiędzy ostremi chorobami lekarz na prowincyi najczęściej ma do czynienia z ostremi zakaźnymi, a to z 2-ch powodów: 1) wskutek oplakanych sanitarnych warunków naszej wsi te choroby stale grasują między ludem i 2) raptowny początek, nagłe zjawienie się ich, sprowadzają zamęt w pracach gospodarstwa wiejskiego; wskutek tego zmuszają włościanina do szukania jaknajprędzej pomocy. Należą tutaj wszystkie rodzaje tyfusów, ostre wysypki, influenza, zapalenie płuc krupowe. Otóż te właśnie sprawy chorobowe, najczęstsze w praktyce, pozwalają liczbę leków ograniczyć do minimum.

Położywszy główny nacisk na przepisy higieniczne i dyetetyczne, zastosowane do warunków życia chorego, obmywanie całego ciała, ochładzające—miejscowe, lub ogólne—kompresy rozgrzewające i t. p., każę sobie codzień lub co kilka dni zdawać ustnie sprawozdanie o dalszym przebiegu choroby i w ten sposób leczę zapalenie płuc, czy tyfus z tym samym skutkiem, t. j. wcale nie gorzej, jak przy zapisywaniu Dti Chinae, Salolu, Benzonaphtolu, i t. p. Nie widziałem większej śmiertelności bez zastosowania leków, niż dawniej, gdy stosowałem je larga manu. Jeżeli zaś chory, lub otoczenie, domagają się lekarstwa, to poprzestaję na spec. pectoralis, lub liq. amon. anis, a pod koniec choroby, jako excitans: Tinct. valer. aeth., które to leki zapisuje per se za kilkanaście kopiejek, wreszcie—koffeinę.

Oddawna też zarzuciłem stosowanie baniek, które pociągały za sobą stratę czasu i pieniędzy, a także i pijawek; doprowadziłem do tego, że dziś chłop nawet w chronicznych chorobach rzadko kiedy zapytuje się o nie, i już wcale nie proszą o wydanie kartki do felczera na puszczanie krwi.

W ostrych wysypkach: płonicy, ospie, a nawet i odrze, nie obawiam się już zalecać letniej kąpieli w celu obniżenia ciepłoty ciała i podziałania na stan ogólny małych pacjentów (nieprzytomność, bredzenie); w podobnych przypadkach nasi



Czesi robią swoim dzieciom kąpiele letnie i zimne, nawet bez porady lekarza. Mimo chodem dodać muszę, że obawę i uprzedzenie do wody w ostrych wysypkach spotykałem częściej wśród żydów i inteligentnej publiczności, niż wśród niższej klasy, która bez oporu wykonywa polecenia lekarskie. W błonicy, zastosowawszy podskórnie surowicę przeciw-błoniczą, śmiało można zarzucić wszelkie miejscowe leczenie gardła: smarowanie, szprycowanie, wdmuchiwanie i t. p., które to zabiegi w biednej praktyce wprost są nie do wykonania. W dalszym przebiegu błonicy, lecząc ją z musu zaocznie, można kontrolować stan nerek badaniem przysyłanego od czasu do czasu moczu, a więc przedłużać lub skracać czas leżenia w łóżku i diety mlecznej.

Takie obserwowanie i leczenie — per distans — jest złem, ale złem mniejszem, aniżeli pozostawienie chorego na łasce losu i... otoczenia, które po swojemu postara się zawsze choremu zaszkodzić.

Na dowód skuteczności wyczekującego postępowania mogę przytoczyć jeszcze leczenie ostrej rzeżączki u mężczyzn, gdzie w początkach tej choroby zalecam tylko spokój i odpowiednią dietę, unikając szprycowania do kanału, szczególnie środków ściągających.

Daleko trudniejsza sprawa z leczeniem chronicznych chorób; długie trwanie tych chorób stanowi ogromną trudność leczenia ich u ludu. Dla zamożnych pacjentów mamy przeciwko tym chorobom uzdrowiska krajowe i zagraniczne, kąpiele morskie, ustronia górskie, wreszcie same podróże per se; mamy rozmaite lecznice i zimowe stacye klimatyczne; dla chłopca i ubogiego żyła taka kuracya jest niedostępna, a gdyby i znalazły się po temu środki, to nasz chłop nie pojedzie do żadnych badań; ileż to nieraz trzeba się nabiedzić, nim się go wyprawi do stolicy dla ważnej, a niemożliwej do wykonania na prowincyi, chirurgicznej operacyi! Jak że więc sobie z tą klientelą poczynać? Przedewszystkiem trzeba dobrze i długo badać chorego z ludu, bo pobieżnym i prędkim badaniem — zraża go się zawsze; a przy tem chory zamożny może przyjść do lekarza po raz drugi i trzeci, biedny zaś prawie nigdy tego nie uczyni. Prowadzić przytem należy książkę z alfabetycznym wykazem nazwisk dla zapisywania chorych, ułatwi to znacznie oryentowanie się lekarzowi przy następnych wizytach chorego i bardzo zobowiązuje

chorych, którzy widzą w tem staranność lekarza.

Choroby płuc i opłucnej wśród włościan stanowią może najobszerniejszą i najważniejszą grupę chronicznych chorób, a głównie suchoty płucne. Ostatniemi laty spotykam je bardzo często o ostrym przebiegu, częściej, niż o chronicznym, tak zw. phtisis fibrosa. Mając tedy przed sobą suchotnika, nie będę ludził siebie i chorego zapisywaniem mu: kreozotu, gwajakolu, a tem bardziej drogich preparatów; po 1-e dla tego, że nic mu one nie pomogą, a 2-e zrażę chorego drogiem lekarstwem, nie przynoszącem mu ulgi. Lepiej więc wyłuszczyć takiemu choremu przepisy higieniczne i dyetetyczne: leżenie jakiś czas w łóżku, hydrotherapia, a głównie dobre odżywianie. Chłopi już rozumieją znacznie zaraźliwości suchot, może nawet więcej, niż innych zakaźnych chorób, i nie uchylają się od przepisów, w tym względzie zalecanych. Jeżeli jednak dla podtrzymania ducha i energii chorego potrzeba mu coś zapisać, to dla poprawy apetytu i pobudzenia trawienia póprzestają na goryczkach lub acid. mur. dil, dla złagodzenia zaś bólu lub kaszlu zapisuję np. pulv. Doveri, gdyż wszystkie te leki wydają apteki per se, bez recept. W końcowych okresach suchot nie waham się naglej prawdy wypowiedzieć co do fatalnego zejścia choroby, albo rodzinie chorego, albo też wprost samemu choremu, stosownie do okoliczności. Tak samo obojętnie lud tutejszy przyjmuje wyrok śmierci, ogłoszony mu przez lekarza, jak i lud w Królestwie, o czym wielu kolegów polecało w „Czasopismie“ pouczające obserwacye. Nierzadkie jednak są wypadki czułości i troskliwości o los suchotników ze strony ich rodziny, która nieraz, będąc już dokładnie poinformowaną o złem zejściu choroby, prosi zaocznie o złagodzenie tego lub innego objawu suchot.

Co się tyczy chorób serca, naczyń i organów jamy brzusznej, to z niemi rzadziej miałem do czynienia wśród wiejskiej praktyki i dlatego, posiadając w tym kierunku mniej własnego doświadczenia, nie mogę się stanowczo wypowiedzieć o tym lub innym sposobie leczenia tych chorób. Rzadko spotykałem cierpienia pęcherzyka żółciowego i zapalenia wyrostka robaczkowego, które to choroby tak powszedniemi się stały wśród żydów; częściej już widywałem między ludem choroby żółdka i wątroby, a głównie nowotwory w nich. Otóż i przy leczeniu tych chorób można

zaprowadzić wielką oszczędność w stosowaniu lekarstw; i tak przy chorobach serca (wadach), w okresie dyskompensacji wystarczą te nieliczne leki, które są ogólnie stosowane (Digit. fol., Coffeinum, Strophanthus). Również bardzo wiele środków, używanych w chorobach żołądka, wątroby i kiszki, jak Natr. bicarb., Natr. sulfur., Magnesia, Rheum, Mag. bism., sól karlsb. sztuczna, pulv. Liquirit. comp. i t. d. można zapisywać per se. Dla złagodzenia bólu nikt chyba nie zastosuje biednemu heroiny i kodeiny, nie będzie zapisywał opiaa w postaci drogich czopków i t. p.

W chorobach popołogowych i ginekologicznych oddawna już nie stosuję ani szprycowań pochwowych, ani zakładania tamponów i gałek z ichtyolu, bo są to środki stanowczo zbyt drogie i zabiegi niewykonalne w chłopskiej chacie; najczęściej zalecam kompresy rozgrzewające lub zimne, kąpiele, które bardzo chętnie sobie aplikują chore; przytem pilną zwracam uwagę na leżenie w łóżku jako na metodę leczniczą.

Nie można się już obejść bez przemywań pochwowych w cierpieniach rzęzączkowych, lecz to ostatnie—na szczęście—są rzadkością w rodzinach chłopskich; z tej to zapewne przyczyny spotykamy poronienia wśród włościanek daleko rzadziej, niż w innych klasach ludności, a jeśli się one zdarzają, to są przeważnie mechanicznego pochodzenia i przebiegają łagodniej, nieprowadząc za sobą powikłań.

Nieraz przywożono mi chore nadwyzczaj anemiczne, wskutek znacznej utraty krwi, u których resztki cuchnące jaja płodowego po poronieniu pozostawały w macicy w ciągu 1—2 miesięcy, bez żadnego jednak zajęcia przydatków. Usunięcie tych resztek stanowi najwciążniejszą dla lekarza zabieg.

W razie nieplodności małżeństwa włościanki bardzo rzadko zasięgają rady lekarskiej, chyba namówione przez żydówki, a i w tych rzadkich przypadkach częściej widywałem przyczynę sterilitatis ze strony mężów (brak spermatozoa), niż żon, u których, jak wspomniałem już wyżej, zakażenie tryprowe zdarza się niezmiernie rzadko.

Inaczej rzecz się ma z syfilisem, który częściej widuję i to zarówno u mężczyzn, jak u kobiet i dzieci, a źródłem zarazy są po większej części żołnierze, albo robotnicy, powracający do domu. Tu przekonałem się, że mniej-więcej skuteczne leczenie daje się przeprowadzić tylko

w szpitalu, bo chłop, po ustąpieniu widocznych dla oka objawów choroby, nie zjawi się więcej dla następczego systematycznego leczenia.

W chirurgicznych i ocznych cierpieniach mam mniej doświadczenia; w chirurgii miałem do czynienia tylko z małą chirurgią; względ na koszt kuracyi odgrywa najważniejszą rolę, mniejsze już znaczenie zajmuje ból, a obie te przyczyny zmuszają chorych do konserwowania ropni w oczekiwaniu na ich samoistne otworzenie się, przy pomocy maści, katalplazmów, których zawsze natarczywie żądają od lekarza; wyjątek stanowią nagle przypadki: złamania kości, wywichnięcia i rany gwałtem zadane; w tych razach włościanin chętnie udaje się do lekarza, bo znajduje doraźną pomoc. Jeżeli zaś kuracya ma się przeciągnąć dłużej i połączona jest z częstymi wizytami do lekarza, chory rzadko kiedy wytrwa do końca; najczęściej przerywa ją w połowie. Do rządowego szpitala jakoś nie ma zaufania, żydowskie zaś są dla niego mniej dostępne z powodu braku środków; ostatniemi jednak laty tutejszy szpital żydowski potrafił wzbudzić zaufanie biednego ludu i przyciągnąć wielu chorych tej kategorii, a to dzięki niezmiernie pracowitej i umiejętnej postępowaniu z chorymi naszego chirurga, kol. Wojnicza.

W skórnych chorobach najczęściej spotykanych, jak wyprysk, świeżba można leczyć skutecznie niedrogimi oficjalnymi maściami, jak Ung. zinci, Hebrae, Sulfuris, borowaselina i t. d.

Niemniejszą nakoniec reformę gwoili oszczędności kieszeni biednych rodziców należałoby zaprowadzić i w dziecinnej praktyce. Przywykło się do tego, że małym pacjentom nieraz zalecamy bańki, choć sami nie wiele wierzymy w nie, par force smaruje się im gardło, par force wlewają mu do tegoż gardła lekarstwa co 2 godziny, nie bacząc często na krzyki i na to, że dzieci mogą mieć, jak starsi, idyosynkrazyę do pewnych leków.

Chciałbym jeszcze pomówić o nerwowych chorobach wśród ludu; na szczególną uwagę zasługują tu nerwice czynnościowe: histeria, neurasthenia, hypochondria i inne bliżej nieokreślone neurozy. Choroby te wciąż rozpowszechniają się, ogarniając coraz szersze kręgi i uwydatniając przytem wiele ciekawych szczegółów z życia i pojęć ludu. Ze lud musi płacić daninę tym chorobom, nie ma w tem nic dziwnego. Bi e g a ń s k i i wszyscy koledzy, piszący o lecznictwie ludo-

wem, wyraźnie zaznaczyli, że lud ma swoisty, filozoficzny pogląd na otaczające go zjawiska, nie tylko wierzy, ale i ulega wpływowi nadprzyrodzonych sił przyrody, nie zastanawiając się wcale nad ich istotą; ztąd pochodzi wiara jego w cudotwórstwo i czarodziejstwo; po swojemu też ocenia i rozstrzyga zjawiska, zachodzące w nim samym, wskutek zaś braku krytycyzmu łatwo poddaje się obcym wpływom. Ponieważ objawy choroby—histeria i neurasthenia powstają wskutek fałszywych wyobrażeń chorych, z tą różnicą tylko, że w neurasthenii, jak mówi D u n i n, wyobrażenia te są subiektywne, a w hysterii—objektywnej natury, musimy je spotykać wśród ludu równie często, jak i u inteligencji; jabyśmy powiedziały, że neurasthenię częściej widuję u ludu od tego czasu, gdy zaczął bacniejszą na nią zwracać uwagę przy badaniu swoich chorych.

Przeglądając książkę z listą chorych w ciągu ostatnich lat nie tak często spotykam się z dyagnozą: katar żołądka lub kiszek, podejrzenie raka żołądka, ukryte (niewyraźne) wady serca lub osłabienie jego mięśnia, reumatyzmy rozmaitych okolic ciała; mniej też przywiązuję wagi znaczeniu nerki ruchomej.

Gdy widzę przed sobą chłopca, nappozór zdrowego, negorączkującego, który zaczyna opowiadanie swoich cierpień od tego, że: mnie wszystko boli „wse bo-lyt“, nie mam sił do pracy,—wtedy rodzi się w mym umyśle podejrzenie, czy nie mam do czynienia z nerwicą istniejącą samoistnie, albo obok choroby organicznej. Po rozebraniu się chorego, paznogociem lub trzonkiem młotka perkusyjnego robię kilka lekkich pociągnięć po skórze pleców wzdłuż kości pacierzowej, lub w innych miejscach tułowia, wywołując aż nazbyt często czerwone linie, pasy, kręgi, figury liter, lub inne rysunki; często są one wzniesione w postaci pęcherzy nad poziom skóry, jak przy pokrzywce, z tą różnicą, że prawie nigdy nie swędzą, jak to bywa przy tej ostatniej; wywołuję w ten sposób objawy zależne od nerwicy naczynio-ruchowej. Przekonałem się setki razy, że jeśli wspomniany objaw dermograficzny nie znika po upływie 3—4 minut, trwa do 10—30 i więcej minut, albo też, jeśli odrazu występuje w postaci pokrzywki, wtedy mam pewność, że znajduję i inne objawy nerwicy w rozmaitych okolicach ciała; badam kolejno odruchy błon śluzowych (gardła, oczu), odruchy ścięgnięste i skórne. Jeżeli przy tem badaniu

otrzymuję wyniki dodatnie, przemawiające za obecnością neurastenii lub hysterii, wtedy ograniczam się już tylko do badania tych wewnętrznych narządów, na które wskazują skargi chorego. Jeżeli mam do czynienia z histerią u kobiety, to zadaję jej kilka pytań dla ujawnienia rozmaitych objawów dotyczących hyper- i parestezji tak w zewnętrznych, jak i w wewnętrznych organach (histeria visceralis): drętwienie, mrowienie, kurcze, singultus, globus histericus i t. d., a otrzymawszy na te pytania potakującą odpowiedź, odrazu zyskuję wiarę i zaufanie chorej, a to mię uwalnia od tracenia czasu na wysłuchiwanie długich skarg chorego, często bezsensownych, w których on poszukuje, wedle swego rozumienia, przyczyny danej choroby. Tą przyczyną u chłopca naszego, po za sakramentalną macicą, będzie zawsze przeziębienie lub zawianie, poderwanie albo—najczęściej—przepracowanie. Rzadko kiedy taki pacjent poda przyczynę nerwowej choroby w zależności od smutku, zmartwienia lub przestachu, jakkolwiek czynniki psychiczne są najczęstszymi agents provocateurs hysterii i neurastenii. Trzeba samemu skrzętnie wy-pytywać, czy nie przypadło jakie bydło, czy nie było w jego domu kradzieży lub pożaru, albo wreszcie wypadku śmierci kogoś z rodziny, wtedy dopiero mąż lub ojciec, obecny przy badaniu, potwierdzi, że dana choroba datuje się lub ponowiła się od takiego to wypadku.

Rozpoznawszy więc nerwicę czynnościową u takiego chorego, już podczas badania zaczynam go leczyć, usuwając błędne pojęcia o możności i szkodliwości danych objawów, a jeśli mi się uda choć w połowie przekonać go, to tem samem podniosę w nim energię ducha i wzbudzę nadzieję wyzdrowienia. Wskutek tego rzadko kiedy zmuszony jestem do zapisywania preparatów bromu, waleriany, antipiryny lub innych nervina, które dawniej używałem w podobnych przypadkach; co najwyżej zastosuję pacquelenizację w postaci points de feu na plecach, wzdłuż kości pacierzowej, lub in loco dolante, odpowiednio suggestyonując chorego; w tymże celu każę smarować w ciągu kilku dni przypalone miejsca skóry borną wazeliną; wiadomo powszechnie, jak wielkie znaczenie chłopcy przypisują wszelkim maściom. Jeśli przytem istnieje dyspepsia nervosa, zapisuję za kilka kop. Spec. amara do dłuższego użytku; zresztą—proste zabiegi wodolecznicze; powrót do normalnej diety dopomogą do pozbycia się fałszywej

myśli o katarze żołądka, lub raku jego, o przeziębieniu lub poderwaniu jakiego wewnętrznego organu. U kobiet stosują to samo, starając się sugestją z większym jeszcze przekonaniem usunąć te błędne idee, jakie oplątały umysł, co mi często przychodzi z większą łatwością, niż np. u żydówek, u których można się dostać z deszczu pod rynnę, podsuwając do wrażliwego umysłu nowe, również fałszywe idee, choć mniej szkodliwe; bo umysł chłopski, jak powiedziałem wyżej, mniej skłonny do rozmyślania nad sobą i idealizowania, posiada w zapasie kilka utartych już pojęć o przyczynie każdej choroby. Prócz tego, zapisuję jakieś krople np. waleryanowe lub liq. anodyn. Hofmani (wiara w nie powstała dzięki styczności z kolonistami niemcami, którzy na szeroką skalę używają tych kropli w wielu chorobach), albo Asa Foetida; będą to wydadki kilku lub kilkunastu kopiejkowe. Czasami wypadnie zastosować ogólną lub miejscową faradyzację, której działanie przeważnie jest również sugestyjne. Przy neuralgiach karku, ramieniowego spłotu nerwowego, przy międzyżebrowej i łędziowej neuralgiach, które nierzadko spotykam u włóścian w postaci rzekomego mięśniowego reumatyzmu, nieraz jednorazowa galwanizacja przynosi znaczną ulgę; reszty dopełni przepisano do domu masaż i rozgrzewający kompres.

W większości przypadków po upływie kilku tygodni zjawia się znowu ten sam pacjent, tłumacząc się przedemną, że nie przyszedł prędzej, jak mu to było powiedziane, dla tego, że się czuł zupełnie dobrze; obecnie prosi znowu posmarować go tą samą maszynką (Pacquelinem) i zapisać tę samą masę z apteki, która mu tak dobrze zrobiła.

Wszyscy wiemy, że chłopci, również jak i żydzi, nieraz zaczęto się leczyć, a raczej zaczęto zasięgać porady lekarskiej, gdy jaki ból bliżej nieokreślony, zaczyna ich niepokoić i wzbudza obawę na przyszłość, ażali to cierpienie nie sprowadzi niezdolności do pracy lub śmierci. Taką obawę o przyszłość najczęściej widuję u chorych na neurastenię i histeryę, albo u chorych dotkniętych organicznymi chorobami, ale z wyraźnym podkładem nerwowym. W ostatnich czasach spotykam bardzo często chorych z rozmaitymi bólami klatki piersiowej, a jeśli im towarzyszy jeszcze suchy kaszel, wskutek granulacji gardła, — wtedy powstaje u nich myśl o suchotach płucnych, która ich trapi, odbiera apetyt. Nic dziwnego, że w podo-

bnym przypadku chory wędruje od lekarza do lekarza, od tego ostatniego do felczera, rzadziej już do znachora, zażywając rozmaite antituberkuliczne specyfiki, narkotyki, ale wszystko to nic mu nie pomaga, bo suchoty za głęboko się zagnieździły... w jego wyobraźni! Po stwierdzeniu nadczułości (hyperestezji) nerwowej i innych objawów neurastenicznych, a braku zmian w płucach, nie dość jest oświadczyć choremu, że jest zdrow, że to ból zewnętrzny; trzeba nieraz stracić sporo czasu, by go przekonać, że sąsiad suchotnik, na którego mój pacjent powołuje się i od którego miał się zarazić suchotami, miał zupełnie inne objawy choroby. Uspokoję go i przekonam do reszty wtedy, gdy mu właśnie nie zapiszę żadnego wewnętrznego leku; dość wtedy zalecić jakie smarowanie obojętne: wódką lub słoną zimną wodą, albo również zastosować points de feu.

Daleko rzadziej spotykałem inne fobie: kataru żołądka, raka, przepukliny pachwinowej lub syfilofobię.

Przy wspomnianej powyżej skłonności tutejszych włóścian do częstego leczenia się, na pochwałę ich zaznaczyć należy, że oni obecnie w tej wędrowce po zdrowie bardzo rzadko udają się do znachorów, zażegnawczy i kostoprawów, jak się to praktykuje gdzieindziej; za to inteligencja, a raczej pseudo-inteligencja tutejsza, t. zwana „tużurkowa“, nieraz zasięga rady znanego u nas kostoprawa, chłopca Danikę, sprcwadzając go do miasta okilkadziesiąt wiorst. Jest to typ przebiegłego hypnotyzera sui generis: twarz dobroci anielskiej, oczy żywe, przenikliwe, łagodność spokój i pewność siebie — malują się na jego twarzy i całej postawie. Wezwany np. do złamanej kończyny każe przedewszystkiem zrzucić opatrunek stały, unieruchamiający, nałożony przez fachowego chirurga, bo on może sprowadzić „uschnięcie kończyny“; przemawiając do chorego, każe mu się wpatrywać w siebie, a czy jego posiadają „taki błysk, taki pociąg“, że chory, jakby zahypnotyzowany, staje mu się posłusznym, pozwała dotykać się do złamanej członka i czuje mniejszy ból, niż wtedy, gdy go dzień przedtem lekarz badał i nakładał opatrunek. Dla ustalenia kończyny używa prostej deszczułki lub łubka, związuje powierzchu brudnym bandażem, zaleca kilka dni spokoju w łóżku, potem każe poruszać kończyną, a następnie ostrożnie chodzić; stosuje przytem masaż. A więc wiara, zaufanie ze strony chorego,

a łagodność, wyrozumiałość i cierpliwość ze strony leczącego—oto kardynalne warunki pomyślnego prowadzenia wszelkiej kuracji; znana to prawda a jednak my często przeciw niej grzeszymy.

Ze hypnotyzujący sposób badania chorego odgrywa u wspomnianego znachora-kostoprawa decydującą rolę, przekonał mnie jeden wypadek histeroepileptycznych napadów u młodej dziewczyny z niższej klasy, do której Daniłko został wezwany, pomimo jej woli. Gdy utkwil w nią swe oczy, ta, jak powiada otoczenie, skamieniała i wtej chwili dostała dwukrotnych bardzo gwałtownych konwulsji; Daniłko zaś, widząc, co się święci, przestraszył się i czmychnął co prędzej. Dowiedziawszy się w parę dni potem, zahypnotyzowałem lege artis chorą i po 3 posiedzeniach usunąłem objawy histeroepilepsy, a leczyłem ją przedtem bezskutecznie za pomocą leków i elektryzacji.

Kiedy mowa o nerwowych chorobach, niech mi wolno będzie, zboczywszy od głównego tematu, wypowiedzieć kilka słów o histeryi i zwrócić uwagę na to, jak wielki nieraz wywiera ona wpływ na przebieg kliniczny innych chorób wewnętrznych, maskując jedne objawy, a drugie wysuwając na plan pierwszy, i w ten sposób zaciemnia tło danej choroby i utrudnia rozpoznanie, kierując je na fałszywe tory.

Pomiędzy różnorodnymi objawami histeryi wspomnę o gorączce i krwotokach histerycznych.

Gorączka histeryczna należy do objawów bardzo rzadkich w histeryi, spotykamy ją przeważnie u kobiet, zapewne dla tego, że histeryą u mężczyzn jest mniej zbadana.

Podczas długoletniej mej praktyki obserwowałem zaledwie 2 przypadki histerycznej gorączki długotrwałej u tych kobiet, które, obok gorączki, posiadały inne znamiona histeryczne. Pozwolę sobie w krótkości przytoczyć jeden z tych przypadków, obserwowany 8—10 lat temu: młoda mężatka, zachorowała na jakąś gorączkę, która odrazu dosięgła wysokiego stopnia 39°—40° C., a nawet wyżej, nie trzymając się żadnego ze znanych nam typów. Przez kilka dni chora chodziła z tą gorączką i doglądała dziecka, dopiero na zlecenie moje położyła się do łóżka; pamiętam, że nie doświadczała ani wybitnego bólu głowy, ani pragnienia, ani rozbicia, jakie towarzyszą innym gorączkom. Z początku myślałem o tyfusie, choć nie

było ani jednego objawu, przemawiającego na jego korzyść, potem o tuberkulozie ostrej, ale badanie płwociny i fizykalnego stanu płuc dały negatywne rezultaty; wreszcie sama chora nasunęła mi myśl o malaryi, którą ona miała już raz jeden przebywać, mniej więcej w podobnych warunkach, ale china i arsenik nie odnosiły żadnego skutku, dopiero wyjazd z domu i podróż przyczyniła się do ustąpienia gorączki; próbowałem więc chiny i arseniku, ale bezskutecznie. Po 3-tygodniowej obserwacji straciłem chorą z oczu; dowiedziałem się jednak potem, że inny kolega, który po mnie wziął tę chorą w kurację, wyleczył ją za pomocą homeopatycznych dawek arseniku: 1 czy 2 krople roztworu Fowlera na 1 szklanek wody, z której miała brać co 2—3 godziny po łyżeczce. W kilka tygodni później przekonałem się, że owa chora miewała i miewa inne powszednie objawy histeryi.

Przypadek wymiotów krwawych, a raczej ślinowo-krwawych (Haemoptyelemesis) na tle histerycznem, spostrzegłem w takich warunkach. Pani P., wdowa po lekarzu, lat około 47, miewała i dotąd miewa typowe objawy histeryi: globus; clou hysterique, drętwienie rąk i nóg, rozmaite parestezye w kości pacierzowej i t. p.; każdy napad rozpoczyna się od gwałtownego bólu (kurczu) w okolicy lewego jajnika, ból posuwał się do góry, wywołując ściskanie i bicie serca, następnie dławienie i ściskanie szyi (globus) jakby obręczą w okolicy kąta żuchwy, zawroty głowy, tętnienie w skroniach, szum w uszach; kończy się napad bardzo obfitem wydzieleniem śliny i chora raptem odzyskuje swobodę w ustach i w polykaniu. Dwa razy podczas takiego ataku (26 i 10 lat temu) były silne krwotoki z jamy ustnej, niewiadomej przyczyny. Obok histeryi p. P. ma niedomykalność zastawki dwudzielnej serca. Pewnego dnia po silnem wzruszeniu psychicznem dostaje chora gwałtownego krwotoku z jamy ustnej w postaci wymiotów, które odbywały się swobodnie bez żadnych wysiłków. Ilość wyrzuconej w ciągu paru godzin krwi dochodziła do dwu, może i więcej szklanek. Krew płynna, ciągnąca się, miała wygląd taki, jakby była rozcieńczona jakim płynem (śliną), pięknego malinowego koloru, trochę pienista, żadnych skrzepów krwi ani zawartości pokarmowej z żołądka znaleźć w niej nie mogłem. Niestety, wymiociny te nie zostały zbadane chemicznie, wylano je pośpiesznie, aby chorej nie drażnić widokiem krwi. Krwotok ten po-

przedziły wyżej opisane objawy historyczne, które tym razem wystąpiły z większym, niż zwykle, natężeniem. W płucach brak jakichkolwiek fizykalnych zmian, wskazujących na zawał płucny lub na tuberkulozę. Zaraz po krwotoku chora kazała się położyć na gołej podłodze, gdyż utrzymywała, że ona podczas poprzednich ataków zawsze najlepiej się czuła w podobnej pozycji i najprędzej przychodziła do siebie. Tegoż dnia, pomimo bladeści, ogólny stan doskonały a chora pozostała w łóżku tylko na wyraźne zlecenie lekarskie. Niedokrwistość ustępowała powoli i ostateczna poprawa nastąpiła dopiero po odbyciu dłuższej podróży, która najlepiej uspokajała jej stan nerwowy. P. P. cieszy się dotąd, pomimo wady serca, jak najlepszym zdrowiem. W tym wypadku, oprócz tuberkulozy, można było stanowczo wykluczyć zawał płucny, zależny od stanu serca, gdyż brakowało jakichkolwiek objawów dyskompensacji. Nie było też objawów wrzodu żołądka, ani raka żołądka. Najlepszym potwierdzeniem rozpoznania był dalszy dobry stan chorej. W opisanym przypadku krew pochodziła nie tylko z żołądka, ale musiała mieć źródło krwawienia i w jamie ustnej, a mianowicie w gruczołach ślinowych, przeważnie w przyuszny (parotis), gdyż chora odczuwała to samo wrażenie gromadzenia się obfitej ilości śliny w ustach, a po wyrzuceniu krwi doznawała tej samej ulgi w ruchach żucia i połykania, jakiej doświadczała podczas poprzednich ataków historycznych.

Wrażliwość systemu nerwowego, jaka cechuje historię, jest zapewne przyczyną wysokiego ponad normę podniesienia ciepłoty ciała w wielu gorączkowych chorobach zakaźnych, lub niezakaźnych, nie odpowiednio do stopnia danej choroby lub siły zakażenia organizmu.

Przypominam sobie dwa przypadki poronnego zapalenia gruczołu piersiowego (mastitis) przebiegające z nadmierną ciepłotą.

Pierwszy przypadek obserwowałem przed paru laty: Pani M. L., około 40 lat, stała moja pacjentka, z typową historią, chroniczną tuberkulozą, przebiegającą jednak bez gorączki, w kilka tygodni po porodzie, pewnego poranku, po obudzeniu się ze snu, zauważyła znaczne bolesne obrzmienie jednej piersi, wskutek jakoby ucisku jej podczas snu; obrzmieniu temu towarzyszyły dreszcze z gorączką do 40°. Tegoż dnia wezwany jeden z kolegów

zastrzyknął jej w miąższ gruczołu parę strzykawek 3%, roztworu kwasu karbolu; ciepłota jednak wieczorem podskoczyła już do 40°; wtedy to zobaczyłem chorą i znalazłem równomierne obrzmienie całej piersi, skórę na niej białą, polyskującą, bolesną przy dotyku; obok innych objawów histeryi odczuwała taką obawę śmierci, że wezwany równocześnie ze mną kapłan dysponował ją na śmierć. Na drugi dzień rano temp. normalna, obrzmienie piersi do połowy zmniejszone, nie bolesne; objawów otrucia kwasem karbol. nie zauważyłem.

Drugi podobny przypadek widziałem 3 tygodnie temu. Chora Tem. od 30 z górą lat cierpi na historię; siódmego dnia połogu, przebiegającego normalnie, zauważyłem częściowe, mało bolesne obrzmienie lewej piersi przy normalnej brodawce, przy czem T°. wśród wstrząsających dreszczów podskoczyła do 39°5, a zaraz potem do 41°8; puls około 120, niepokój, bredzenie; chora cała oblewa się potem. Po godzinie gorączka zaczęła opadać, przytomność wracać i w ciągu 3-ch godzin spadła do normy, a wraz z nią obrzmienie piersi zmniejszyło się i na drugi dzień ustąpiło zupełnie.

Wrażliwością i wzmoczoną pobudliwością systemu nerwowego u histeryczek można objaśnić owe ciężkie przypadki tyfusu, gdzie bredzenie maniakalne i inne objawy mózgowie występują na pierwszy plan, przerażają otoczenie i sprawiają niemało kłopotu lekarzowi. W skutek tejszy przyczyny występują nieraz u histeryczek napady omdlenia ze ścisaniem w okolicy serca i drętwieniem rąk i nóg podczas lub po wykonaniu wyskrobania i wewnątrzmacicznego przestrzyknięcia nieciążarnej macicy, zwłaszcza wtedy, gdy ujście jej wewnętrzne nie było dostatecznie rozszerzone. Nie sądzę, aby te objawy zależęć miały od przenikania wstrzykiwanego do macicy płynu wprost do jamy brzusznej przez trąbki Fallopiusza, gdyż wtedy byłyby one daleko groźniejsze i dłużej trwające (w ciągu doby) z podniesieniem ciepłoty i silnymi bólami dołu brzucha; takie wypadki widywałem dawniej, obecnie zaś, gdy zarzuciłem te iniekcje, spotykam niekiedy te same objawy po wykonaniu samego tylko wyłęczekowania; nie trwają one jednak dłużej nad kilka minut, do 1/2 godziny.

Wyżej opisane hypertermiczne stopnie ciepłoty do 40° spotykają się nierazdo wśród dzieci wskutek tej samej przy-

czynny, t. j. wzmożonej pobudliwości nerwowej dziecięcego organizmu, np. w ostrych dyspepsjach *ex indigestis*, w zapaleniach błon mózgowych, a czasami i w zapaleniu płuc krupowem, gdy się ono umiejscawia w górnym płacie i gdy mu towarzyszy hyperaemia mózgu.

W następujących znowu spostrzeżeniach, dotyczących okresu połogowego u kobiet, objawy historyczne zaciemniały identyczne przejawy połogowego cierpienia, albo je powiększały, i w ten sposób dawały powód do wysnuwania fałszywych wniosków i do stawiania błędnego rozpoznania.

W Maju roku bież. wezwany byłem do żydówki Mał. F., w miasteczku Mizocz, sąsiedniego powiatu, na konsultację z kolegami. Chora w 5 czy 6-ym dniu połogu, poród normalny: łożysko wyjęte przez lekarza; co było rzeczą trudną wskutek kurczu spazmatycznego ujścia wewnętrznego macicy; resztki łożyska pozostały w macicy, wydzieliny połogowe cuchnące. Ciepłota w granicach 38-39,0°. Brzuch bardzo wzdęty i bolesny; podejrzewano para-et perimetritis, a zatem i peritonitis puerperalis; zgodnie z tem zastosowano lód i opiata w dużych dawkach; miejscowego leczenia celu usunięcia resztek łożyska zaniechano. Podczas badania przekonałem się, że chora posiada zwykłe cechy histeryi, że wzdęcie brzucha zależy od tympanitis kiszki, nadmiernie rozdętych i wypełnionych ekskrementami, a bolesność ścian brzusznych w znacznej mierze zależała od hyperestezji skórno-mięśniowej, udało mi się bowiem, odwróciwszy uwagę chorej od brzucha, przeniknąć palcami głęboko do jamy brzusznej, nie wywołując protestu z jej strony; przyczem przez ściany brzuszne można było wyczuć słabo skurczoną macicę, uniesioną wysoko przez przepełniony moczem pęcherz. Z powodów odemnie niezależnych dopiero na drugi dzień (7-my po połogu) opróżniono kiszki i pęcherza (wypuściłem około 2-ch litrów moczu); macica mocno się skurczyła i usunęła niżej, wskutek czego mogłem bez żadnej obawy dokonać wyłyżeczki macicy. Ostatnie powtórzyłem jeszcze na następny dzień, po czem gorączka ustąpiła.

Chana Gej, około 40 lat, w ciągu ostatnich 3 lat 3 razy ronila, 4-te poronienie odbyło się w lutym bież. r., w 3 miesiącu ciąży. Po wyjściu płodu, resztki jaja płodowego wydzielaly się z macicy, wydając cuchnący zapach, pomimo więc

skarg chorej na ból w brzuchu przystąpiłem do wykrobania i przestrzykiwań, a na brzuch położyłem lód. Na drugi dzień, w parę godzin do powtórnem przestrzykiwaniu macicy, bóle przybrały charakter kardialgii, wzdęcie brzucha zwiększyło się; lodu chora nie znosi; wystąpiły wymioty i napady *anxietatis praecordialis* z wyrazem przerażenia na twarzy; to wszystko przy przyspieszonym tętnie nasuwało mi myśl o przedziurawieniu dna macicy podczas jej wykrobowania i o powstaniu peritonitidis perforat. *acutissimae*. Okazało się jednak, że miałem do czynienia z objawami historycznymi; *neurasthenia cordis*, *hyperaesthesia* ścian brzusznych w górnej części brzucha, gdy w dolnej mogłem bez żadnego bólu ze strony chorej dosięgnąć palcami ręki prawie do promontorium. Uspokoiwszy chorą, tegoż dnia wieczorem znalazłem stan jej, miejscowy i ogólny, nie pozostawiający uciechy do życzenia. Podobnych przypadków mógłbym przytoczyć więcej.

W Styczniu tego r. w nocy zostałem wezwany na wieś do Niemki-kolonistki, rodzącej po raz 9-ty. Jak poprzednie porody, tak i ten odbył się normalnie, siłami natury, łożysko również odeszło zaraz po dziecku. Rok temu, pierwsza żona kolonisty zmarła w następstwie krwotoku macicznego, powstałego wskutek przyrośnięcia łożyska, które wyjmowałem po upływie doby od urodzenia się dziecka, już w okresie agonii; obecna więc położnica, obawiając się losu tamtej żony, błagała męża o sprowadzenie jej lekarza. W 1/2 godz. po odbytych porodzie byłem już u chorej. Zastałem ją w takim stanie: twarz wystraszona, obłona potem, ręce i nogi zimne, ciepłota poniżej 36°, tętno przyspieszone, ledwo wyczuwalne, *anxietas praecord.* z silnymi bólami in *praecordio*. Macica średnio skurczona, w szycie skrzepki krwi, krwawienia niema; widać trochę dawnej krwi na pościeli, jeszcze nie uprzątniętej po porodzie, ani śladu takowej pod łożkiem. Łožysko całe, leży na łożku. A jednak chora robiła wrażenie umierającej! Ułożywszy chorą jak po utracie krwi, zastrzyknąłem podskórnie eter i kamfore, ogrzałem zimne kończyny, zastrzyknąłem kilkakrotnie co 1/2 godz. fizyologiczny płyn do kiszki, usunąłem sposobem Credégo kilka skrzepów krwi z macicy; po upływie 3/4 godz. nie było żadnego polepszenia w stanie ogólnym chorej. Wyczerpany wyszedłem do sąsiedniej izby dla wypoczynku, a chora przez ten czas usnęła; zajrawszy do niej powtórnice, po upływie

kilkunastu minut, znalazłem ją podczas snu w stanie zgoła dobrym, oddech spokojny, prawidłowy, puls pełny, nieprzyspieszony, niewidać cierpienia na twarzy. Po obudzeniu się chorej dowiedziałem się, że ona obok innych objawów histerycznych miewa gwałtowne napady *cardialgiae*, drętwienie w rękach i kurcze w nogach; do chwili urodzenia dziecka czuła się dobrze, żartowała, potem przypomniawszy sobie śmierć swej poprzedniczki na tem samem łóżku, dostała opisanych objawów. Na drugi dzień dowiedziałem się od męża, że położnica czuje się zupełnie dobrze.

W początkach Kwietnia bież. r. obserwowałem młodą mężatkę, żydówkę, w 2 mies. po 1-ym porodzie, karmiącą swe dziecko. Wskutek niestrawności dostała wymiotów i gwałtownego bólu w okolicy *ileo-coecalis* i nad spojeniem łonowem; zażyła dużą dawkę oleju, ból jednak zwiększył się; wezwany tegoż dnia lekarz rozpoznał *perityphlitem* lub może *perimetritidem*, gdyż zastosował lód na brzuch i zalecił w sporej dozie opiata. Chorą zobaczyłem nazajutrz; miała objawy przypominające wymieniane cierpienia, przy ciepłocie 38°0, ale stan ogólny był wyśmienity. Chora cierpiała na histeryę z *hyperaesthesia* skórną prawej strony brzucha i zwiększoną wrażliwością samej macicy przy badaniu przez pochwę; przy odwróceniu uwagi chorej, mogłem głęboko naciskać okolice ślepej kiszki bez wywołania jakiegokolwiek bólu, wzięcie zaś fałdy skórnej w tem miejscu między palce spowodowało wybuch gwałtownego krzyku. Od czego zależało w danym przypadku nieznaczące podniesienie temperatury, od niestrawności, czy też od kolki nerwowej, tego na razie objaśnić sobie nie potrafiłem.

Leczę obecnie panią L. żydówkę, 64 lat, która dotknięta jest od 4 lat rakiem macicy, z powodu zrostów z sąsiednimi organami—*casus inoperabilis*, według opinii kilku chirurgów. Posiada ona wybitne *stigmata* histeryi, jak i wszystkie jej córki. Otóż trzy tygodnie temu pod chlorof. zrobiłem jej po raz trzeci wyskrobienie naciezionej rakowato szyjki macicznej z następczem przypalaniem jej *pacque-linem*. Na 2 czy 3 dzień, podczas zakładania świeżej gazy, gdyż poprzednia wypadła sama, zauważyłem niezwykłą wrażliwość, bolesność pochwy, ale przypisałem to niecierpliwości i kapryswi chorej. W parę godzin potem zaalarmowano mię z powodu dreszczów, wymiotów, silnych bólów

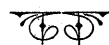
brzucha i rozłamania całego ciała; ciepłota 39°2. Zrazu pomyślałem o *peritonitis perforativa* wskutek pacq. *elenizacji* macicy i bocznej części pochwy; po rozejrzeniu się bliższem, znalazłem nadczułość skórno-mięśniową ściany brzusznej i *angina catarrhalis* na tle panującej u nas *influenzy*. Jakoteż następnego dnia przy tychże objawach zachorowała jej córka na *influenzę*.

Wreszcie, wspomnieć muszę o nierzadkich wypadkach bezgłosu histerycznego (*aphonia histerica*) u młodych pacjentek, nawet z pośród ludu, niekiedy w czasie ciąży; jeśli przytem można znaleźć niejakie zmiany w wierzchołkach płuc (a jakże je często znajdujemy!), wtedy mamy łatwe rozpoznanie *aphoniae tuberculosa*, szczególnie, gdy pareza strun głosowych w laryngoskopijnym obrazie nie jasno występuje, co dla niespecjalisty jest źródłem łatwej omyłki. Nic dziwnego, że w takim przypadku otrzymujemy szybkie wyleczenie za pomocą *wziewań* czy *wdmuchiwań* i...*kreozotu*.

W toku niniejszej pracy starałem się dowieść, że choroby nerwowe panują wśród ludu, że pomiędzy włościanami jest wielu *neurasteików* i wiele histeryczek.

A jednak wielu z moich kolegów bagatelizuje choroby czynnościowe, powątpiewając o istnieniu histeryi i *neurastenii* u chłopów. Dla kobiet wysuwają zawsze na plan cierpienia maciczne, nerwowe zaś objawy traktują jako objawy wtórne. A przecież wielu poważnych neurologów, jak *Moebius*, *Windscheid*, *Dercum* i *Loewenfeld* wykluczają wogóle związek między cierpieniami macicy, a histeryą. *Moebius* np. powiada: „Dziś już chyba nikt nie przypuszcza, by macica mogła mieć jakikolwiek związek z histeryą, jak sądzono dawniej, czego dowodem sama nazwa choroby“. Nie do mnie należy rozstrzygnięcie tej kwestyi, sądzę jednak, że prawda, jak wszędzie, znajduje się pośrodku.

Wypowiadając powyższe uwagi, chciałbym uniknąć zarzutu, że ignoruję organiczne choroby, a widzę u swoich chorych same tylko histerye i *neurastenie*. Nie. Ja starałem się tylko przywrócić nerwowym chorobom, zwłaszcza wśród ludu spotykanym, to samo prawo obywatelstwa, jakie one bezspornie posiadają wśród klasy inteligentnej.





I. Mazurkiewicz i W. Sochacki.

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

(Dokończenie)

### II. Wiek i psychozy.

Stopniowe nagromadzanie się materiału klinicznego i większa wartość zestawień monograficznych od luźnie podanych przypadków chorób, nie pozostających we wzajemnym pokrewieństwie patologicznym, skłania nas do tego, aby w rocznych sprawozdaniach podawać, o ile możności, historye chorób, należących do pewnej kategorii. Taką odrębną kategorię kliniczną stanowią w psychiatrii niewątpliwie i psychozy dzieciinne.

Wiek gra w patologii psychiki większą jeszcze rolę, aniżeli w ogólnej patologii ciała ludzkiego. Jak w rozwoju filogenetycznym najbardziej złożone układy nerwowe o najbogatszych psychikach zjawiają się dopiero na ostatnich szczeblach klasyfikacyjnych, tak samo i w rozwoju osobniczym człowieka układ nerwowy ośrodkowy i psychika mogą wykazywać dalsze postępy w czasie, kiedy inne układy tkankowe organizmu z ich właściwościami poprzestają już tylko na odświeżaniu status quo. W tym długim okresie rozwojowym psychiki zachodzą w niej normalne perturbacje pod wpływem zmian fizjologicznych, odbywających się w organizmie. Zrozumiałą jest rzeczą, iż układ nerwowy, wrażliwszy od innych układów tkankowych, silniej od nich reaguje np. na szybkie zmiany, powstające w narządach płciowych w okresie dojrzewania; i jakkolwiek poszczególne fazy tego procesu wpływania i reakcyi nie są nam dotąd znane, to jednak psychiatria dzisiejsza uznaje tu istnienie związku przyczynowego zarówno w przypadkach normalnej, jak i chorobliwej reakcyi mniej odpornych układów nerwowych, pod postacią t. zw. psychoz hebephrenicznych.

Podobnież w bezpośrednim związku z wiekiem i z szeregiem właściwych mu zmian fizjologicznych, zachodzących w organizmie podczas menses, podczas ciąży, podczas okresu poporodowego i laktacyjnego, podczas climacterium, powstają u kobiet z mniej odpornym układem nerwowym zaburzenia umysłowe, którym słuszniej jest dawać nazwy styologiczne, aniżeli wzięte z klasyfikacyi esychologicznej, do której najczęściej przy-

padki te bez widocznego gwałtu wcisnąć się nie dają, gdyż odbiegają już nazbyt daleko od typowych obrazów manii, melancholii, ostrej paranoi i t. d.

Również w ścisłym związku z wiekiem pozostaje obszerna grupa psychoz, wprowadzona do klasyfikacyi przez Kräpeliną i zyskująca sobie szybko coraz szersze prawa obywatelstwa w psychiatrii. Jest to t. zw. otępienie pierwotne, dementia praecox, właściwa wiekowi, w którym po przejściu okresu dojrzewania płciowego zaczyna się proces ostatecznego kształtowania treści umysłowości ludzkiej, zaczyna się tworzyć mniej więcej zaokrąglony światopogląd, zaczyna się określać cel życiowy i środki do osiągnięcia go prowadzące. Przejście od hebephrenii do demencji praecox (czyli katatonii i demencji paranoides) jest tak trudne do ostrego odgraniczenia, iż Kräpelin, który w poprzednich wydaniach swej psychiatrii opisywał oba te cierpienia jako odrębne jednostki kliniczne, w ostatnich latach zaliczył hebephrenię wprost do grupy demencji praecox. Zdaje się, iż byłoby słuszniej rozpatrywać i nadal te cierpienia osobno, podkreślając jednak wyraźnie ich blizkie pokrewieństwo.

W tym przypadku, zarówno jak i w następnej grupie, nie możemy dotąd wykrzyć żadnych przewrotów fizjologicznych w organizmie, które moglibyśmy oskarżyć, jak w poprzednio omawianych cierpieniach, o szkodliwy wpływ na nieodporny układ nerwowy; należy tylko stwierdzić fakt, iż analogicznych obrazów chorobowych w innym wieku nie spotykamy, musimy je zatem uznać za charakterystyczne właśnie dla trzeciego dziesiątka lat lub co najwyżej dla początków czwartego.

Następny okres rozwojowy umysłowego życia człowieka, mianowicie ten, w którym posiadamy zasób intelektualny powinien być już skojarzony w pewien mniej lub więcej jednolity i trwały całości kształt duchowy, zachowując zresztą zdolność dalszego rozwoju w pewnych kierunkach, posiada również charakterystyczną dla swego wieku—czwarty dziesiątek lat, szczególnie drugiej jego połowa, i pierwsza połowa piątego dziesiątka, — psychozę, mianowicie obłąd pierwotny czyli paranoia chronica. Powstaje to cierpienie u ludzi, którzy w poprzednim okresie nie dopięli właściwego mu celu zebrania swej treści umysłowej w pewną trwalszą całość, i którzy wskutek tego, i innych jeszcze oczywiście przy-

czyn, po pewnym czasie wahań i wątpliwości osiągają ten cel w sposób późniejszy, i już wyraźnie chorobliwy, w tym do-piero okresie.

Wreszcie i ostatni okres cyklu życio-wego psychiki ludzkiej, cechujący się już w przypadkach normalnych conajmniej utratą zdolności do dalszego rozwoju albo i wręcz zmniejszeniem się zasobów inte-ktualnych osobnika, wykazuje w przypadkach patologicznych pewne charaktery-styczne dla wieku starszego za bu-rzenia umysłowe, spowodowane łat-wo zazwyczaj dającymi się wykryć zmia-nami w układzie nerwowym ośrodkowym.

Tak więc widzimy, iż począwszy od dzieciństwa i wieku dojrzewania płciowe-go, przechodząc przez czas młodości i doj-rzałości aż do wieku starszego, każdy o-kres cyklu życiowego psychiki posiada niejako własne, charakterystyczne dlań psychozy. Zdaje się, iż w większości ty-powych przypadków wszystkich tych psy-choz można spostrzegać cztery kardyna-lne wspólne cechy: 1) zależność od wieku, 2) wybitna rola, odegry-wana przez sprawy płciowe w umysłowości chorego, 3) obja-wy paranoidalne, 4) otępienie umysłowe, — a często i moralne — najdalej zwykle posunięte ze zrozumiałych powodów na dwóch przeciwnych sobie krańcach cyklu życiowego, podczas gdy w jego okresach pośrednich przeważać mogą objawy paranoidalne albo i inne ce-chy psychopatyczne, mogące mniej lub więcej zacierać pokrewieństwo danej psy-chozy z należąciami do omawianej grupy i przedstawiające wtedy naturalne przej-scie do szeregu innych psychoz, nie po-zostających w tak ścisłej zależności od wieku chorego. Cierpienia zaś, o których mówimy obecnie, jako o pokrewnych so-bie, wykazują częstokroć w typowych przypadkach tak rażąca ciągłość psycho-logiczną pomiędzy sobą, że można powie-dzieć, iż nieraz ten, kto jest chory na otępienie pierwotne, przedstawia jak gdy-by spóźnioną hebephrenią, albo zbyt wczesnie się zjawiającą, a przez to bez-ładną i nieusystematyzowaną paranoję chroniczną. Ta ostatnia znowu zajmuje stanowisko wyraźnie pośrednie pomiędzy dementia paranoides a cechami paranoidalnymi otępienia starszego; tylko demen-tia paranoides wykazuje większe braki intelektualne, gdyż powstaje w psychice, której treść nie została jeszcze spojona dość silnie, zaś paranoja senilis — gdy umysłowość znajduje się już w okresie

uwładu, podczas gdy paranoja chroniczna, jako powstająca w umysłowości w okresie względnie najlepszego jej rozwinięcia i utrwalenia, a zatem największej odporno-ści na czynniki chorobotwórcze, wykazuje w porównaniu do ogniw sąsiednich wzglę-dnie lepiej zachowaną inteligencją. Mo-tyw płciowy przebija się w bredzeniach lub czynnościach wszystkich tych cho-rych zazwyczaj w sposób tak wybitny, iż zdaje się wykluczać wszelkie przypusz-czenie przypadkowości, a przemawiać za związkami ściślejszym z resztą objawów chorobowych. Pytanie, dlaczego w tym pokrewnym szeregu psychoz przeważa właśnie obraz paranoidalny, a nie jakiego innego stanu psychopatologicznego, np. amentywnego, stuporu, manjakałnego i t.d., wymaga obszerniejszej odpowiedzi, wy-kraczającej poza ramy sprawozdania szpi-talnego.

Wszystkie, wzmiankowane powyżej, „psychozy okresów życiowych“, jakby je nazwać można, znajdują zazwy-czaj typowych swych przedstawicieli w przypadkach psychoz u mężczyzn. Zda-rzają się one, jakkolwiek znacznie rzadziej, i u kobiet, u których jednak przeważają wyraźnie psychozy, pozostające wprawdzie w związku z wiekiem i z funkcjami narządów rodnych, ale przedstawiające bar-dzo różnorodne obrazy psychopatologicz-ne, odznaczające się najczęściej pewnym brakiem spistości psychologicznej obja-wów, przez co oddalają się od psychoz męzkich a do pewnego stopnia zbliżają się do psychoz dzieciennych.

Wszelkie inne psychozy można po-dzielić, pod względem ich stosunku do wieku chorego, na dwie wielkie grupy: jedną obojętną, w której cierpienie może się zjawiać w różnym wieku, czyli nie wykazuje odeń żadnej lub prawie żadnej zależności, jak większość ostrych psychoz gorączkowych itd, i drugą grupę chorób umysłowych, pozostających wprawdzie w zależności od wieku, ale tylko w pośred-niej, jak np. paraliż postępowy, alkoholizm itd., które zdarzają się częściej w da-nym wieku a nie innym tylko dlatego, iż w odpowiednich latach poprzednich najczęstszą jest intoksykacja alkoholowa lub zakażenie kiłą.

### III. Z kazuistyki psychoz dzie-cinnych.

Ziehen, który w ostatnich latach dużo pracował nad zaburzeniami umysłowymi u dzieci, zalicza do psychoz dzie-cinnych także hebephrenią i dementię

praecox. Hebephrenia, jako psychoza okresu dojrzewania płciowego, stoi oczywiście na granicy pomiędzy psychozami dzieciinnymi a grupą następną, może być zatem z mniej więcej równą słusnością zaliczona zarówno do poprzednich, jak i do następnej grupy, czyli do dementii praecox. Zdaje się jednak, iż byłoby najslusniejszą rzeczą pozostawić hebephrenię jako samodzielną jednostkę kliniczną z zaznaczeniem jej pośredniego charakteru. Co się zaś tyczy dementii praecox, to sądzimy, iż bezwarunkowo już nie należy jej zaliczać do psychoz dzieciennych, gdyż pozostaje ona wprawdzie niewątpliwie w bliskim pokrewieństwie z hebephrenią, a w dalszym i z niektórymi psychozami dzieciinnymi, ale przebiegiem swym i charakterem psychologicznym zbliża się bardzo do paranoi chronicznej. Ponieważ wszystkie te psychozy powstają zazwyczaj na tle zwyrodnienia psychiki dziedzicznego, więc rodzina przy wywiadach nieraz nie jest w stanie dokładnie określić początku cierpienia i jeśli posiada pewien dar obserwacyjny, to często przytacza już z czasów dzieciństwa chorego, jeżeli nie wyraźnie patologiczne objawy, to przynajmniej pewne anormalności, wyróżniające chorego od reszty rodzeństwa. W wielu jednak typowych przypadkach dementii praecox można stwierdzić z zupełną pewnością wybuch cierpienia dopiero w trzecim dziesiątku lat, a nawet w pierwszej połowie czwartego, t. j. w wieku, którego na żaden sposób do dzieciństwa zaliczyć nie można.

Przytoczymy obecnie kilka krótkich opisów właściwych psychoz dzieciennych, tj. powstających przed okresem dojrzewania płciowego.

*Przypadek I.* F. Anna, przyjęta do zakładu w Kochanówce d. 31 paźdź. 1904 r. w wieku lat 4 i miesięcy 9. Ojciec chorej, tkacz, jest pijakiem nałogowym. Dwoje starszych rodzeństwa nie wykazuje jakoby żadnych nienormalności psychicznych, na konwulsye nie chorowało; czwarte dziecko ma 9 miesięcy i uchodzi za zdrowe. Poród chorej był łatwy, chociaż zaczęła w końcu drugiego roku, mówić w trzecim roku, wykazywała wogóle słabszy rozwój, niż starsze rodzeństwo w analogicznym wieku. Niszczenie przedmiotów i krzywdzenie słabszych sprawiało jej wyraźną przyjemność: bez żadnej racyi zrywała ze ścian obrazy, aby je potłuc, rwała na sobie ubranie, nawet najładniejsze, młodszą siostrę biła tak, iż według zeznania matki, byłaby ją nieraz zamordowała,

gdyby nie dopilnować, a raz rzuciła się na nią nawet z nożem. Kary cielesne, stosowane jako jedyny środek zaradczy przez matkę, nie przerażały jej wcale i po wybicciu albo wybieganiu w gniewie na ulicę, rzucając się przed idące naprzeciw konie, albo zaczynała natychmiast ponownie psocić. Przyjęta do zakładu, chora niezbyt płakała przy pożegnaniu z matką i zaczęła odrazu gospodarować na sali, jak w domu: rozbiera się, drze ubranie i pościel, ściąga łakocie chorym lub dokuca im w jakikolwiek sposób. Uparta, w razie jakiego zakazu bije pięściami przedmioty i ludzi i tupie nogami. Na freblowskich lekcyach zbiorowych niezdolna do skupienia uwagi i niechętna. Nie wie, jak ma na imię, ile ma lat, czem się zajmuje jej ojciec, chociaż pamięta nazwiska kilku chorych i wie, że się znajduje w szpitalu w Kochanówce. Wykazuje nawet wyraźne zdolności muzyczne i dobrą pamięć tam, gdzie ją rzecz interesuje, gdyż uczy się szybko i słów i melodyi pieśni, śpiewanych przez inne chore przy akompaniamencie fortepjanu. Pod względem płciowym wykazuje już pewne podrażnienie. Budowa ciała dobra, rachitu niema, czaszka w stosunku do twarzy duża, szczególnie rozwinięta jest część potylicowa w porównaniu do małej części czołowej.

Ten przypadek 4-letniej pacjentki, tak niebezpiecznej i dla siebie i dla otoczenia, jest najczęstszym typem zwyrodnienia psychicznego, u dzieci mianowicie cechującym się otępieniem intelektualnym, zwykle idącym tu w parze z pewnem otępieniem moralnem, które w naszym przypadku zaakcentowane jest wyjątkowo silnie.

Rzadszym jest typ zwyrodnienia psychicznego, który się charakteryzuje brakiem poczucia moralnego przy dobrze zachowanych władzach intelektualnych, a niekiedy nawet przedwcześnie u dziecka rozwiniętych. Przedstawicielem tego typu jest:

*Przypadek II.* Mikołaj K., urodził się 21 listopada 1898 r. jako dziecko nieślubne, przyjęty do zakładu w d. 28 kwietnia 1904 r., zatem w wieku 5 lat i 5 miesięcy. Obarczenia dziedzicznego wykazać nie można. Poród chorego był bardzo ciężki, trwał dwa dni, ale się odbył bez chirurgicznej pomocy. Wkrótce po urodzeniu oddany został „na garnuszek“, pomimo tego rozwijał się dobrze, po 3-ich kwartałach zaczął już chodzić i mówić, nie chorował nigdy. W 4-ym roku życia Mikołajka wychowawcy jego zaczęli się skar-

żyć, iż staje się porywczym i bije inne dzieci. We wrześniu 1903 roku matka chorego wyszła za mąż, ojczym usynowił niesłubne dziecko, które wróciło zaraz do domu matki, prawie zupełnie mu nieznaną przez pierwsze 4 lata życia. Przez pierwsze pół roku tego rodzinnego pożycia Mikołajek był, zdaniem matki, aż „zadanie spokojny“, siedział zawsze „jak trusia“, i tylko w nocy zrywał się nieraz z wielkim przestraszeniem, że „pies“ albo „dział“ przy nim stoi. Rozejrzawszy się widocznie w nowej sytuacji, po tem pierwszym półroczu, stawało się dziecko stopniowo coraz gorsze, psociło, niszczyło wszystko, co mu w ręce wpadło. Bity przez matkę, wylatywał na podwórze i tłukł szyby, klnąc najgorszymi wyrazami, lub niewypuszczany z domu, płakał i śmiał się naprzemian. Czasem bez żadnej zewnętrznej przyczyny stawał się nagle czerwonym na twarzy, zaczynał kłaść i wołać: „cholery, pozabijam wszystkich.“ Zaprowadzony do lekarza, uspokoił się po proszkach przez tydzień, po którym jednak wrócił stan poprzedni, tak że matka przywiozła go do Kochanówki. Przy przyjmowaniu bawił się spokojnie piłką, rzucając ją dla przeszkodzenia lekarzowi na stół lub ściągając leżące tam papiery. Przy pożegnaniu z matką, która go dawniej biła, nie płakał wcale, nie żałując wyraźnie ani jej, ani ojczyma, człowieka widocznie rozsądnego i łagodnego. Badanie chorego wykazało dobrą budowę i odżywianie i żadnych zboczeń, z wyjątkiem budowy czaszki. Czaszka, typu brachycefalicznego, jest wybitnie asymetryczną, tuber parietale dextr. jest bardziej wydatny i leży około 2-ch centym. bardziej ku tyłowi, niż lewy; pomimo tego obwód poziomy lewej strony czaszki jest o 1 ctm. dłuższy niż prawej, tak iż czaszka robi wrażenie jak by skręconej (widocznie podczas ciężkiego porodu) dokoła pionowej swej osi. Przez pierwszych parę dni pobytu w zakładzie chłopak biegł i hałasował, nie dokuczając jednak nikomu. Wkrótce zaczął różniczkować chorych i czynnie napastować niedołężnych—jednemu wyjmował z ust papierosa i sam go palił, drugiemu deptał po nogach, trzeciemu pluł w twarz itd. Oskarżany o te przewinienia przed lekarzami, nie tylko zaprzeczał im stale, ale tłumaczył z wielką zręcznością i zupełną pewnością siebie, że to właściwie jego ofiara zawiniła w danym wypadku. Kłamliwy, przewrotny, złośliwy i znajdujący widocznie upodobanie w swej złośliwości, bardzo podejrzliwy i bojaźliwy

wobec nieznanym, bardzo skromny i grzeszny wobec ludzi, od których się spodziewa wyciągnąć jakie zyski, jest śmiały do bezczelności wobec tych, od których się niczego nie spodziewa i których się nie potrzebuje obawiać. Na zabawach szpitalnych sam zaprasza damy do tańca, deklamuje, śpiewa, a nawet dyryguje wcale do taktu chórami zakładowymi. Pamięć ma dobrą, szczególnie prędko uczy się jakiej nieprzyzwoitej piosenki, śpiewanej przez któregoś z chorych. Daleko mniej chęci i uwagi wykazuje na zbiorowych lekcjach freblowskich, chociaż bez pracy nauczył się w prędkim czasie wielu liter, z których najchętniej pokazywał literę *h* i podobiznę hyeny, „t. j. zwierzęcia, co zjada trupy.“ Trzyletniemu towarzysowi tej nauki, który mu się raz sprzeciwił, powiedział, że „gdyby tylko miał prawdziwą fuzyę, toby mu strzelił w łeb, jak psa, żeby umarł.“ Stosunki płciowe nie mają dlań już żadnych tajemnic, rozprawia o nich, zależnie od interlokutora, bądź z zupełnym cynizmem, bądź też robiąc najskromniejszą swoją minkę. Stawia nawet żądania zadowolenia jego popędów seksualnych i podnosi sukienki córkom innych chorych, przybywającym w odwiedzinę. Po całorocznym pobycie w szpitalu, z którego jest bardzo zadowolonym, gdyż jak twierdzi, tu go nie biją, jak w domu, a nawet na własne żądanie dostaje natychmiast, w razie przejedzenia, ławatywę lub rycinę, które mu pomagają,—daje się spostrzegać w charakterze chorego tylko ta jedna zmiana, iż nieco lepiej panuje nad swemi złemi skłonnościami i powstrzymuje się przynajmniej od bezcelowego dokuczania chorem.

*Przypadek III.* 32-letniej Anny E., która od wczesnego dzieciństwa wykazywała, przy niezłej inteligencji, anormalną podejrzliwość, złośliwość, dokuczliwość, niechęć do jakiegokolwiek zajęcia, znajdowała przyjemność w niszczeniu przedmiotów, była w najwyższym stopniu egoistyczna, i już w 6-roku życia objawiała silny popęd tułaczy,—opisaliśmy szczegółowiej w przeszłorocznym sprawozdaniu pod napisem „wielka histerya“, które objawy dołączyły się u chorej do poprzednich w 23 roku życia, po porodzie.

Jeżeli przypadki t. zw. moral insanity w swej czystej postaci, tj. bez otępienia intelektualnego, są znacznie rzadsze od zwykłych przypadków głuptactwa wrodzonego z niedorozwojem moralnym, to jeszcze większą rzadkością są zwyrodnienia psychiczne u dzieci, ograniczające się

li tylko do sfery płciowej, przy mniej więcej normalnie rozwiniętej stronie intelektualnej i moralnej. Przykłady takie podaje Krafft-Ebbing w swej aż nazbyt szeroko znanej „*psychopathia sexualis*“, a także Moreau de Tours w dziełku „*De la folie chez les enfants*.“

Jedynym przypadkiem tego rodzaju, obserwowanym przed 8 laty przez jednego z nas na klinice prof. Antona w Gracu, był:

*Przypadek IV*, dotyczący 10-letniego chłopca, ucznia miejskiej szkółki początkowej, który zeznał przed swym ojcem, iż jeden z jego nauczycieli zaprowadził go po swej lekcji do jakiegoś mieszkania, gdzie łącznie z trzema nieznanymi go zgwałcił. Chłopak określał przytem szczegółowo czas, opisywał miejsce i wygląd nieznanymi, mówił o jakimś kółku drewnianem, zakładaniem mu jakoby interdentis i o krwotoku ex ano, zatamowanym dopiero przez przywołanego felczera. Przeprowadzone dochodzenie sądowe przeciwko nauczycielowi wykazało niezbitą zupełną fantastyczność opowieści. W klinice chory wierzył dalej w prawdziwość swego opowiadania, które w ogólnych zarysach powtarzał zawsze jednakowo, zmieniając tylko szczegóły. Żadnego otępienia intelektualnego nie wykazywał, charakteru był łagodnego.

Trzy kardynalne cechy zwyrodnienia psychicznego u dzieci: 1-o niedorozwój intelektualny, 2-o niedorozwój moralny i 3-o zбочenia płciowe, mogące, jak widzieliśmy, tworzyć odrębne obrazy chorobowe, najczęściej się jednak zjawiają w różnorodnych kombinacjach wzajemnych. Zarówno złożone, jak i czyste postaci należą do spraw ciężkich, i jeśli dziecko nie umiera na jakowe powikłania w młodym wieku, to w późniejszym najczęściej albo wchodzi w kolizję z kodeksem karnym, albo się dostaje do szpitala dla umysłowo-chorych.

Jeśli przypomnimy sobie teraz wymienione poprzednio cztery charakterystyczne cechy „*psychoz okresów życiowych*“, mianowicie: 1-o zależność od wieku, 2-o anormalne zachowanie się wobec spraw płciowych, 3-o objawy paranoidalne, i 4-o otępienie umysłowe, a często i moralne,—to spostrzeżemy wyraźne powinowactwo wszystkich tych objawów z przytoczonymi głównymi cechami zwyrodnienia psychicznego u dzieci. Wszystkie poszczególne elementy stanu paranoidalnego, jak podejrzliwość, wrażliwość co do własnej osoby, impulsywność, bojaźliwość albo

zuchwalstwo, skromność albo pycha, zależnie od dogodnych okoliczności, itd., uderzają już zazwyczaj w charakterze dziecka o psychicze zwyrodnienie przez swe nadmierne wygórowanie, a przy dalszym swym patologicznym rozwoju doprowadzić mogą łącznie z innymi objawami do utworzenia obrazu hebephrenii, dementii praecox lub paranoi chronicznej. Różnice obrazów klinicznych tych cierpień tłumaczają się oczywiście wiekiem, czyli tem stadiem rozwojowem psychiki, w którym cechy psychopatologiczne dochodzą do wybujałości wybitnie już chorobliwej, wywołując taką lub inną reakcję ze strony całokształtu psychiki chorego. Wspólność zaś zasadniczych cech wymienionych tu psychoz okresów życiowych tłumaczy się znowuż tem, iż wszystkie one są „*psychozami zwyrodnienia*“, stanem odziedziczonym, przejawiającym się w sposób wyraźnie chorobliwy bądź już w wieku dzieciennym, bądź też mogącym trwać przez czas dłuższy jako *degeneratio latens*, przekształcająca się dopiero w drugim dziesiątku lat w hebephrenię, albo w dementię praecox, lub wreszcie w czwartym—w paranoję chroniczną.

Wszystkie te psychozy są zatem objawem ciężkiego zwyrodnienia psychicznego. Słabsze stopnie tego zwyrodnienia mogą się już również przejawiać w wieku dziecięcym, pod postacią dorywczo się zjawiających omam zmysłowych, albo jako *pavor nocturnus*, jako stany *sonambuliczne*, jako idee natrętne. Te słabsze objawy zwyrodnienia psychiki dziecinnej znajdujemy często przy wywiadach, dotyczących ludzi dorosłych, chorych na nerwice zwyrodnieniowe (konstytucjonalne), ale również często i przy omawianych powyżej psychozach zwyrodnienia.

Jak w każdym okresie rozwojowym psychiki ludzkiej mogą się zdarzać takie psychozy, które pozostają w bezpośrednim stosunku z wiekiem i są wyrazem zwyrodnienia, i znowuż inne, które zdarzając się nawet częściej w danym wieku, pozostają z nim jednak w stosunku tylko pośrednim, tak samo i w wieku dziecięcym bywają zaburzenia umysłowe nabyte, niekiedy nawet jeszcze za życia płodowego, które jednak nie mają nic wspólnego z dziedziczeniem zwyrodnienia. Jako przykład takich zaburzeń umysłowych nabytych, bardzo wczesnie przytoczymy:

*Przypadek V*. Leon P., lat 17, przyjęty do zakładu d. 16 marca 1903 r. Chorób umysłowych ani nerwowych w rodzinie jakoby nie było, ojciec suchotnik. Z

11 dzieci dwoje umarło na choroby gorączkowe, 7 żyje zdrowych. Chory jest z bliźniąt, jedno bliźnię przyszło na świat nieżywe, zaś chory w kilka godzin po przyjściu na świat dostał konwulsyi, które trwały przez trzy dni. „Krzywą“ twarz, „krzywe“ oczy i słabe obie ręce miał już od najmłodszego dzieciństwa. Chodzić i trochę mówić nauczył się dopiero w 4 roku życia. Do 10 roku chory nie mógł wziąć żadnego przedmiotu do rąk, i zabawki brał palcami prawej nogi. Stopniowo nauczył się używać nieco prawej ręki. Konwulsye dawniej częste, w ostatnich latach zdarzały się raz na miesiąc. Zawsze złośliwy, bił jakoby nawet rodziców i rodzeństwo. Badanie wykazało: microcephalia, silny niedowład lewostronny: n. abducentis, facialis, hypoglossi, i lewej kończyny górnej, która pozostaje stale w silnej addukcyi w stawie łokciowym, w silnej fleksyi kiści, przy maksymalnej addukcyi wielkiego palca i hyperekstensyi innych. Ruchy czynne bardzo ograniczone, przy biernych rigiditas mięśniowa jeszcze bardziej się wzmacnia. Te same objawy na prawej kończynie górnej, ale w mniejszym stopniu; prawą ręką chory nawet bierze pokarmy do ust, jakkolwiek niezręcznie. Obwód najszerszy lewego ramienia jest o  $3\frac{1}{2}$  ctm. mniejszy, niż prawego, obwód przedramienia — o 1 ctm. Obwód kończyn dolnych jest z obu stron jednakowy, odruchy ścięgnowe wzmożone. objaw Bagińskiego wyraźny. Chód spastyczno-paretyczny przy obu stronach pes equinovarus. Zaburzeń czucia, pęcherza itd. niema. Ciągła saliwacja. Łykanie nie jest utrudnione, wymawianie nieco tylko trudniejszych wyrazów jest bełkotliwe i trudne do zrozumienia. Chory nie wie, jak się nazywa, ile ma lat, w jakim mieście mieszkał, nie umie liczyć do 10, głupkowato zawsze uśmiechnięty mówi tylko o jedzeniu i spacerze. Charakteru łagodnego, ani śladu złośliwości i gwałtowności, o której opowiadał ojciec. W ciągu dwuletniego pobytu w zakładzie wykazywał dość znaczną dalszą poprawę wymienionych niedowładów i większą żwawość intelektualną, wyrażającą się w większym zainteresowaniu się bieżącymi sprawami na sali, o których opowiada nawet z wymiennieniem nazwisk, jakkolwiek własnego spamiętać nie może i przez szereg tygodni nie mógł się nauczyć ani jednej litery. Dopiero w ostatnich miesiącach zaczął tęsknić do rodziny i prosić o „urlop.“ Przez czas pobytu w zakładzie napadów padaczkowych nie miał wcale, również zad-

nych ruchów płasawicznych i atetotycznych. Pomimo oznak dojrzałości płciowej, nie wykazuje żadnej libido.

Ten przypadek choroby Little'a, powstały widocznie wskutek utrudnionych warunków środowicznego rozwoju czaszki bliźnięcia, wyróżnia się pod względem psychicznym od poprzednio opisanych daleko posuniętem ośpieniem intelektualnem, zupełnym brakiem popędu płciowego, brakiem dążności niszczyielskich, mniej jaskrawo wyrażonym egoizmem, który stopniowo, w widocznej zależności od jednoczesnego postępu intelektualnego, dochodzi do takiego stopnia uspołecznienia, że pozwala nawet na drobne, ale dobrowolnie i chętnie spełniane ofiary na rzecz innych chorych.

Nie chcemy bynajmniej uogólniać tych różnic i twierdzić, że wszelkie zaburzenia umysłowe, powstałe na tle organicznych zmian nabytych mózgowia, muszą posiadać te same cechy, co nasz przypadek V i tem samym się wyróżniać od wszelkich psychoz zwyrodnieniowych wieku dziecinnego. Chcielibyśmy tylko zaznaczyć, że używane dotąd różniczkowanie na podstawie tylko wyższego lub niższego stopnia głuptactwa jest niedostatecznym, że zarówno w najwyższych stopniach, gdzie psychika dziecka równa się prawie zeru, jak i w niższych, spostrzeżać możemy różnice zasadnicze, których bliższe wyjaśnienie może być bardzo cennym dla naszej wiedzy. Psychozy epileptyczne, tak częste w wieku dziecinnym, opiszemy z przytoczeniem naszych przypadków w jednym z następnych sprawozdań.

#### IV. Z wewnętrznego życia szpitala.

Jedna z najważniejszych kwestyi zakładowych, mianowicie starannego doboru służby szpitalnej, została posunięta w roku ubiegłym tak daleko, iż już większość służby, delikatnej i starannej, otrzymuje obecnie zasłużone podwyżki miesięczne, które są udzielane nie prędzej, jak po całorocznej lub nawet dłuższej pracy szpitalnej. W pierwszej połowie roku ubiegłego zdarzyło się wprawdzie jeszcze 4 wypadki niegrzecznego obejścia z chorymi, z natychmiastowem, rzecz prosta, usunięciem winnych z zakładu, ale liczba ta jest już pewnym postępem w porównaniu do 12 analogicznych wypadków, wymienionych przez nas w sprawozdaniu poprzednim; w drugim zaś półroczu z dwudziestu kilku służących obojga płci zmuszeni

byliśmy usunąć za niegrzeczność tylko jednego. Przez cały rok ubiegły nie zaszedł żaden wypadek nieszczęśliwy z winy służby.

Dzięki delikatniejszemu obejściu z chorymi daje się też spostrzegać ogromna różnica w ich zachowaniu się, szczególniej chroników ze stanami podnieceń, którzy dawniej byli bezustannie gotowi do bijatyki. Obecnie ci chorzy wykazują przede wszystkim daleko rzadsze zjawianie się tych stanów podnieceń; gdy jednak chwila nadejdzie, to niektórzy z nich chowają się z głową pod koldrę, urządzając sobie w ten sposób rodzaj dobrowolnej izolacji od świata zewnętrznego, i proszą, aby ich zostawić w spokoju i nie rozmawiać z nimi. Jedna z chorych na otępienie umysłowe bardzo daleko posunięte z nagłymi wybuchami niepohamowanej złości, podczas których dawniej tłukła wszystkich na prawo i na lewo, teraz uderza w takich razach ze wściekłością pięścią w stół i możliwie najszybciej biegnie do pokoju z okiennicami, bije znowuż pięścią w drzwi, jeśli je zastaje zamknięte, i prędko się uspokaja, gdy zostanie do pokoju wpuszczona; nie pozwala się zeń wyprowadzić na salę prędej, aż minie podniecenie, trwające zazwyczaj kilka dni. Przykład ten jest jaskrawym dowodem na to, iż całkowite usunięcie izolacji w zakładach dla umysłowo chorych jest niepożądane i że należy dążyć tylko do możliwie najbardziej ograniczonego jej używania. Jedyny kaftan, jaki zakład posiada, używany był w roku ubiegłym tylko raz jeden w przypadku chirurgicznym (ogromny furunkul) z powodu natychmiastowego zdzierania opatrunków przez chorego, a zatem z powodu, uznawanego za konieczny przez najdrażliwszych pod tym względem psychiatrów. Również zarzuciliśmy zupełnie używanie rękawiczek, które jakkolwiek mniej krępują chorego, niż kaftan, jednak są zawsze przykrym środkiem przymusowym; jedyny raz musieliśmy je zastosować dla chorej na trachomę, która tak maltretowała palcami oczu, że pomimo wszelkich środków stosowanych zaczęliśmy się obawiać o rogówki. Othematomy nie mieliśmy ani jednego przypadku.

Większy spokój o bezpieczeństwo i doświadczoną opiekę służby nad chorymi pozwolił się nam zająć szczegółowszą organizacją życia zakładowego. Powstały doskonale funkcjonujące warsztaty: stolarski i szewcki; załatwiają one wszystkie odpowiedzialnie potrzeby szpitalne; introligator-

ski nie tylko oprawił parę set książek zakładowych, ale i koło setki książek, przysyłanych do oprawy z Łodzi; oprawił nadto kilkadziesiąt obrazów, wykonanych w „atelier“ malarskiem Kochanówki. Miejsce warsztat sztucznych kwiatów zaopatrzył wszystkie lampki elektryczne na salach chorych w abażury i salę rekreacyjną w odpowiednie upiększenia. Wszystkie te prace były wykonane wyłącznie przez samych chorych bez żadnego postronnego kierownictwa. Nadto pracują chorzy w garderobie, w kuchni i t. d. Wszystkie owe drobiazgi, jak abażury, obrazki, firanki i t. d. zaczynają powoli zmieniać wewnętrzny wygląd sal chorych w sposób bardzo dodatni.

Biblioteka zakładowa, według wykazu statystycznego naszego bibliotekarza—hebephrenika, wzrosła do 564½ tomów książek i roczników, i ruch czytelniczy jest zawsze ożywiony.

Dla urozmaicenia monotonii życia szpitalnego chłodna pora roku, zmuszająca do siedzenia w pokojach, podzielona została na dwa „sezony“: karnawałowy i postny. W pierwszym odbywają się każdej niedzieli popołudniu tańce, a w ich przerwach śpiewy i muzyka. Dwa razy odbyła się zabawa kostymowa ku ogromnemu zadowoleniu chorych, w której 40, t. j. trzecia część wszystkich chorych, brała czynny udział. 12 kostymów kobiecych i tyleż męskich zostało wykonanych, przeważnie z kolorowej bibuły naturalnie, z rzeczywistym gustem, w zaimprovizowanych warsztatach krawieckich pod kierownictwem chorych, przy ogromnym nakładzie pracy. W dziale koncertowym, wykonywanym w przerwach między—tanecznych, muzyka, deklamacja, śpiew solowy (nawet Chopin i Schumann), chóry, wystąpiło 11 solistów, rekrutujących się wyłącznie z pośród naszych chorych, tak samo jak i 20 chórzystów i chórzystek. W czasie postu ustają tańce, ale w dalszym ciągu trwa działalność artystyczna, tylko ze zmianą programu wesołego na śpiewy i muzykę religijną, której ostateczna produkcja ma się odbyć podczas świąt Wielkanocnych na „Koncercie religijnym“. Nabożeństwa i spowiedź, pomimo braku miejscowej kapliczki, odbywają się kilka razy do roku w zakładzie.

Dla dzieci oficjalistów miejscowych są systematycznie prowadzone lekcje freblowskie, w których biorą udział i najmłodsi nasi pacjenci, jak otem wspominaliśmy w powyżej przytoczonych ich

historyach chorób. Wszystkie te zajęcia i rozrywki ulegają na wiosnę i latem mniejszej lub większej dezorganizacji na rzecz prac ogrodowych i polnych na świeżym powietrzu.

Ważnym wreszcie krokiem naprzód w postępie szpitalnym jest urządzenie w ostatnich miesiącach laboratorium zakładowego z doskonałym mikroskopem Zeiss'a, zapoczątkowanie biblioteki lekarskiej i powzięcie uchwały, na mocy której ma być przyjęty trzeci stały lekarz do Kochanówki.



## Dwa przypadki zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego.

(*Meningitis cerebrospinalis epidemica*)

Podał. Dr. Med. A. Pański.

Wobec słusznego zainteresowania się ogółu naszych lekarzy epidemią, która panuje na Śląsku i w Krakowskiem, śpieszę w luźnej notatce podać opis dwu przypadków epidemicznego zap. opon, jakie spostrzegalem w tym miesiącu w Łodzi. Czynię to, by zwrócić uwagę kolegów na tę postać chorobową, której epidemia może nam grozić; powtóre zaś, by sprostować błędne pogłoski, jakie drukowane były w prasie codziennej.

*Przypadek I.* Chora A. panna, 21 lat, dotąd zupełnie zdrowa, dobrze zbudowana i odżywiana, o rumianej cerze.

D. 2. IV. powróciła do domu bardzo zdenerwowana (w mieście tegoż dnia była rzucona bomba), zasiadła do obiadu, skarżąc się na ból głowy. Po kilku godzinach wystąpiły dreszcze; parokrotne wymioty; ból głowy i podniecenie szybko wzmagaly się. Zawezwany wieczorem lekarz stwierdził podniesienie ciepłoty do 39°; chora bardzo niespokojna, uskarża się głównie na silne bóle głowy.

3. IV. Po źle przespanej nocy chora niespokojna; wymioty trwają; zupełna utrata mowy; źrenice nierówne; sztywność mięśni karkowych. Rozpoznanie: Meningitis (?).

4. IV. Dzięki uprzejmości kol. Donchina widziałem chorą, po raz pierwszy. Stan bezgorączkowy. Tętno pełne, rytmiczne. Wymioty ustały. Chora niezupełnie przytomna, bardzo niechętnie i niegrzecznie odpowiada na pytanie. Przy poruszeniu głowy lub kręgosłupa chora krzyczy („odejdz już, idyoto“), wymachując bezcelowo rękoma. Posadzić chorej w łóż-

ku niemożna z powodu sztywności mięśni kręgosłupa. Czucie miejscami zniesione. Porażeń niema. Źrenice równe, oddziałują na światło. Odruchy ścięgniste i skórne prawidłowe. Wobec braku gorączki, dobrego tętna, zaburzeń w psychice, wobec powstania choroby jakoby po wstrząśnięciu nerwowem, nie przypisywaliśmy ani bólowi głowy, ani sztywności mięśni specjalnego znaczenia.

5. IV. Znaczne pogorszenie Chora spędziła noc bezsenne, jęcząc bez ustanku. Ciepłota 38°, tętno 120. Chora nie połyka nawet płynów, które wylewają się z ust. Nie rozumie co się do niej mówi, sama nie mówi. Źrenice nierówne (lewa węższa), słabo oddziałują na światło. Nieprzytomna; mocz oddaje pod siebie. Na nogach drobna wysypka, jakby odrowa; na prawej nodze większe plamki czerwone. Kończyny górne nieco przykurczone w stawach łokciowych. Wyprostowanie zgiętych stawów napotyka na pewien opór i sprawia chorej ból. Porażeń kończyn brak. Przy opukiwaniu głowy lub poruszeniu tułowia chora jęczy w głos, przyczem silny ból maluje się na twarzy, która zresztą stale ma wyraz cierpienia. Na naradzie z kolegą Jonscherem rozpozналиśmy: *zapalenie opon mózgodrdzeniowych.*

9. IV. Głęboka śpiączka. Zupełna utrata przytomności. Szczękościsk. Owrzodzenie lewej rogówki. Oddech z przerwami. Tętno słabe, 132.

8. IV. Exitus laetalis.

Nagły początek cierpienia u osoby przedtem zupełnie zdrowej, silne bóle głowy, wymioty, skurcz tężcowy karku i mięśni grzbietu, przykurczenie mięśni kończyn, wysypki skórne, bredzenie—potem śpiączka, nierównomierność źrenic i wszystkie inne objawy dostatecznie motywują rozpoznanie.

*Przypadek II.* Gimnazistka B., 16 lat, zupełnie zdrowa, średniej budowy ciała. Mieszka na tej samej ulicy co i poprzednia. (Dom ten jest siódmym od zamieszkałego przez poprzednią chorą i oddzielony jeszcze ulicą poprzeczną).

5. IV. Rano czuła się niezdrową, miała nieznaczny ból głowy, poszła jednak do szkoły. Powróciła z silniejszym bólem głowy. Po obiedzie dreszcze, b. silne bóle głowy, wymioty. T. 39°. Kaszel.

6. IV. Rano ciepłota 38°, 2. Silne bóle głowy, wymioty, kaszel, ból karku przy najmniejszym ruchu głowy. Wieczorem ciepłota 39°. Objawy te same. W nocy, dzięki uprzejmości kolegi Rotszpana, zbadałem wspólnie z nim chorą. Chora nie-



zupełnie orientuje się; niewie w jakim pokoju leży, od jak dawna jest cierpiąca. Opukiwanie głowy i opukiwanie stosu kręgowego, zarówno w części szyjowej jak i lędźwiowej, bardzo bolesne; posiadanie chorej w łóżku jest niemożliwe, a próby—nader bolesne. Bardzo wyraźna zmienność w częstoci uderzeń tętna (różnica wynosi kilkanaście—na pół minuty). Zrenice dobrze oddziałują na światło. Światłowstręt (wciąż leży z zamkniętymi oczami). Żadnych porażen, ani zaburzen czuciowych (o ile to stwierdzić można przy niechęci chorej do badania). W moczu ślady białka. Kaszel trwa.

7. IV. Ciepłota, jak dnia poprzedniego. Chora niezupełnie przytomna. Gorzej słyszy. Wymioty ustały. Może przyjmować nieznaczną ilość płynu. Jeśli leży spokojnie, bóle w stosie kręgowym są mniejsze.

8. IV. Ciepłota rano 38. Wieczorem 37. Skarży się na to, że niesłyszy. Zatrzymanie moczu zupełne. Na obydwóch łokciach drobnitka wysypka różycowa, na lewej łydce rozlane zaczerwienienie wielkości dukata. Wyprysk wargowy.

10. IV. Ciepłota rano 37,2<sup>o</sup>. Tętno wieczorem 100, bez zmienności w rytmie. Słuch bardzo przytępiony. Przytomność niezupełna. Anuria trwa. Bolesność kręgosłupa mniejsza, lecz sztywność w dalszym ciągu. Wyprysk na wargach pierwszy trochę przyschnięty, natomiast nieznaczny świeży wyprysk.

Rozpoznanie, zdaje się, i w tym przypadku nie ulega wątpliwości. Przebieg jednak jest o wiele łagodniejszy i rokowanie quo ad vitam zdaje się być dobrem.

12. IV. 05.

(Do dwu powyższych, należy dodać i trzeci przypadek w Łodzi, spostrzegany przez kol. Wiśniewskiego.

Chory S., lat 20. W nocy z 7 na 8 Kwietnia zachował nagle, o północy: dreszcze i wymioty, które trwały do rana.

8. IV. O godzinie 10 rano: chory leży nieprzytomny, z głową wyraźnie przykurczoną ku tyłowi; nieustanne drgawki mimicznych mięśni twarzy; szczękościsk umiarkowany; próby posadzenia chorego są dłań bolesne. Stan podgorączkowy, tętno przyspieszone, miarowe. Zalecono: pijawki, lód na głowę, środek przeczyszczający.

9. IV. O godzinie 7 rano—exitus laetis.

Kol. W. podaje, że na tej ulicy (która leży w dzielnicy, gdzie zdarzyły się

i dwa przypadki opisane przez kol. Pańskiego) i w roku zeszłym spostrzegął przypadek zupełnie podobnie przebiegający.

Ponieważ pisma codzienne podały kilka sprzecznych wiadomości o przypadkach zapalenia opon w okolicach Łodzi, wyjaśnić musimy, że —jednocześnie z opisanymi—w szpitalu Św. Aleksandra leżał młody chłopak, z pod Łodzi, dotknięty typowym tężcem przyrannym. *Redakcja*).



## O reformie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych.

Referat w Tow. Lek. Łódzkim w d. 22 Lutego 1905.

Przez Dr. S. Sterlinga.

Lekarz fabryczny jest —przy istniejącym obecnie porządku — urzędnikiem prywatnym, płatnym rocznie i zależnym od właściciela zakładu przemysłowego; od lekarza domowego, również rocznie płatnego, różni się jego położenie tem, że: 1) między pacjentem a lekarzem staje t. zw. pracodawca; 2) lekarz fabryczny często spełnia rolę rzeczoznawcy (w sprawach: zapomóg czasowych, odszkodowań za kalectwa, umieszczenia chorych w szpitalu i t. p.); 3) lekarz fabryczny jest właścicielem wyłącznego prawa (monopolu) leczenia pewnej grupy ludzi.

Ten system „monopolu lekarskiego“ jest i być musi—niezależnie od wartości moralnej i zawodowej danego lekarza—pryczyną chronicznego rozgoryczenia robotników i stałej ich nieufności do lekarzy fabrycznych.

Niemalą w tem rolę grają — niewątpliwie—i inne momenty, mianowicie: 1) niski stopień rozwoju umysłowego naszego robotnika niepozwala mu na jako-tako prawidłową ocenę stopnia niebezpieczeństwa jakim mu grozi dane cierpienie —czyli, że np. zawsze żąda bezzwłocznej porady i bezpośredniej ulgi; 2) łatwość, z jaką on otrzymuje poradę, sprawia, że z najdrobniejszą niedyspozycją zwraca się zaraz do lekarza—czyli, że lekarz jest przeciążony pracą, a więc bada chorych prędko i powierzchownie, co wkrótce ocenia nawet mało inteligentny pacjent; 3) obecnie panujące metody lecznicze każą stosować cały szereg środków dyetetycznych i higienicznych zgoła niewykonalnych przy tej stopie życiowej, jaka przeważa wśród naszych robotników; 4) niechęć klasy pracującej do t. zw. pracodaw-

cy przenosi się na wszystko, co od tego pochodzi, a więc i na lekarza.

O tych czynnikach, których usunięcie nie w naszej mocy leży, nie będę tu mówił. Chcę natomiast żądać zmiany monopolu lekarskiego na inny system, przy którym będą usunięte najważniejsze braki obecnej pomocy lekarskiej: bezpośredni nacisk właściciela fabryki na lekarza i mus leczenia się u danego lekarza bez względu na stopień zaufania, jaki ma doń pacjent.

Zamiast monopolu lekarskiego wprowadzić musimy wolny wybór lekarzy, ograniczony lub nieograniczony. Przy wyborze nieograniczonym robotnik ma prawo korzystać z pomocy wszystkich lekarzy mieszkających w danej miejscowości; przy wyborze ograniczonym ma prawo zwrócić się do pewnej grupy lekarzy, którzy się podejmą leczenia robotników za pewne, z góry oznaczone, wynagrodzenie.

Sposób wynagradzania lekarzy przy systemacie wolnego wyboru może być różny.

Przy nieograniczonym wolnym wyborze płaci się za poradę podług stałej taksy.

Przy ograniczonym wolnym wyborze, t. j. przy *wyborze z listy* obejmującej spis lekarzy należących do organizacji, są trzy sposoby wynagrodzenia lekarzy:

1-o Za każdą poradę—podług stałej taksy.

2-o Stała suma wynagrodzenia rocznego za leczenie wszystkich chorych dzieli się między lekarzy w dwojaki sposób: podług ilości t. zw. punktów, albo podług ilości t. zw. bonów.

Przy podziale podług ilości punktów wynagrodzenie roczne dzieli się stosownie do liczby porad; np. jeśli wszyscy lekarze mają otrzymać 3000 rubli, a udzielił w ciągu roku 1000 porad, to za poradę (jeden punkt) wypada po 1 rublu.

Zauważyć jednak należy, że jeżeli za poradę w domu lekarza liczy się jeden punkt, to za poradę w domu chorego liczy się dwa, trzy lub więcej punktów (np. przy wyjeździe za miasto); za operacje liczy się (podług ustanowionych norm) po 10 i więcej punktów.

Przy systemie bonów nie ilość porad, ale ilość chorych jest podstawą obrachunku. Każdy bon odpowiada jednemu choremu—niezależnie od ilości porad udzielonych; jedynie czas jest tu ograniczony; bon może być np. ważny tylko na 15 dni

lub miesiąc. Za rękozyny dopłaca się podług zgóry ustalonych norm.

Każdy z tych systematów ma swoje zły i dobre strony.

Przy wolnym wyborze z listy powstaje zależność od osób, które wpisują lekarzy do liczby uprawnionych.

Przy nieograniczonym wyborze robotnik może zbyt często zmieniać lekarzy; jednocześnie zaś wszelka kontrola jest bardzo trudna (np. kontrola, czy na koszt fabryki nie leczą się ludzie niemający do tego prawa).

Wolny wybór lekarza daje robotnikowi możliwość leczenia się u lekarza, do którego czuje zaufanie, leczenia się u specjalistów, leczenia się w różnych porach dnia i w każdej dzielnicy miasta, upodobnia—wogóle—leczenie się robotnika do leczenia się wszystkich innych obywateli. Ujemną stroną wolnego wyboru stanowi łatwość, z jaką, mniej silni moralnie, lekarze mogą za pomocą sposobów nieetycznych zyskiwać zaufanie mało inteligentnych chorych; wystarczy schlebianie gustom tych pacjentów, „liberalność“ przy wydawaniu świadectw o stanie zdrowia, ułatwianie symulacji i agrawacji. Fama o takim „pocziwym“ lekarzu sprowadzi mu więcej chorych, aniżeli najsumienniejsze spełnianie obowiązków.

Ze sposobów honorowania najwłaściwszym jest systemat płacenia za każdą poradę. Systemat punktów może być wprowadzony tylko tam, gdzie długoletnie doświadczenie wykazało, ile przeciętnie porad rocznych wymaga dana grupa. Systemat bonów ma tę samą wadę, co i stała roczna pensja: chory łatwo jest przez lekarza zaniebdwany.

Wolny wybór lekarzy wymaga istnienia jeszcze instytucji dopełniającej: lekarzy zaufanych, którzy kontrolują cały organizm pomocy lekarskiej, broniąc fundusze od możliwego wyzysku nieetycznych jednostek, które się wśród lekarzy zdarzyć mogą, i pełnią obowiązki rzeczoznawców; od tych obowiązków są natomiast zupełnie wolni wszyscy inni lekarze.

Po tych słowach zrozumiałym będzie szkic projektu organizacji pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych u nas:

1. Instytut lekarzy oddzielnych fabryk zostaje zniesiony a wraz z tem ni kną ambulatorya przy fabrykach i odwiedzanie fabryk przez lekarzy.

Każdy prawdziwie chory znajdzie drogę do lekarza, szczególnie jeśli będzie

mógł zająć do jednego z wielu. Konieczna reforma godzin przyjęcia (które muszą być oznaczone przez tych lekarzy, jacy zechcą mieć pacjentów wśród robotników, na czas po za godzinami pracy fabrycznej) przyjdzie sama.

2. Zostaje wprowadzony ograniczony wolny wybór lekarzy, t. j. wybór z listy.

Do listy będą wpisani, w chwili utworzenia się projektowanej instytucji, tylko ci lekarze, którzy w danej chwili są stałymi lekarzami fabryk. Dalsze zapisywanie do listy będzie zależało od członków specjalnego Komitetu, przy czem każdy z członków Komitetu ma prawo zapisać

do tej listy lekarza—niepytając oto swych kolegów. Ten sam Komitet będzie spełniał płatne obowiązki kontroli nad biegiem organizacji; z osób tego Komitetu, lub z jego nominacji, będą się rekrutować lekarze rzeczoznawcy. O zakresie obowiązków i praw tego Komitetu, wybranego przez ogół lekarzy instytucji wolnego wyboru lekarzy zadecyduje zebranie ogólne tych lekarzy.

Na zakończenie, proszę o wybór specjalnej Komisji, która by się zajęła bliższem opracowaniem projektu przemian podanego.

## K o r e s p o n d e n c y e :

### Uwag kilka z powodu przypadku kol. Żenczykowskiego.

W zeszytcie 2—3 „Czasopisma“ za r. b. na str. 90 i 91 w sprawozdaniu z posiedzenia w Tow. Lek. Płockiem znajduje się autoreferat kol. Żenczykowskiego o przypadku przyrośnięcia łożyska. Kol. Ż. wezwany został w 12 godzin po porodzie czasowym do położnicy, u której nie odeszło jeszcze łożysko. Kobieta, doglądająca położnicę, pociągała za sznurek pępkowy i przerwała takowy tuż u wejścia do pochwy. Kol. Ż. próbował usunąć łożysko sposobem Crédé, co jednak mu się nie udało\*) „Ujście maciczne przepuszcza z trudnością palec. Chorą przewieziono do szpitala, gdzie kol. Ż. wraz z kol. Zaleskim robili próby wydobywania zawartości macicy. Operacja była robiona w głębokim uśpieniu chloroformowem pacjentki. Ujście wewnętrzne udało się rozszerzyć o tyle tylko, że przepuszczało dwa palce. Ręka operującego męczyła się prędko. Operacja trwała dwie godziny. Wydobycie zaledwie kilka niewielkich kawałków placenty. Na usunięcie macicy chora nie chciała się zdecydować i zmarła wskutek gorączki płożogowej czternastego dnia po porodzie“

Powyżej podane postępowanie lecznicze, niewieńczone pomyslnym skutkiem, naruszyło kol. Ż. myśl usunięcia całej macicy. Są, co prawda, nieliczni zwolennicy wyłączenia macicy w przypadkach zakażenia płożogowego, niemogący zresztą szczy-

cić się pomyslnymi rezultatami; jednak w omawianym przypadku powstała ta myśl, o ile sądzić należy z krótkiego sprawozdania, z powodu nieudania się usunięcia łożyska na drodze normalnej: Czyż jednak wyczerpane zostały przez kol. Ż. wszystkie, nie tak radykalne, jak wyłuszczenie macicy, środki? Ośmielam się twierdzić, że nie. Pomijam przyrząd Bossiego, za pomocą którego udało by się odpowiednio rozszerzyć ujście maciczne, nie posiadał go bowiem zapewne kol. Ż. Za pomocą jednak tak prostego zabiegu, jakim jest szczelne wytamponowanie pochwy, udało by się kol. Ż. wzniecić skurcze maciczne i powiększyć tak otwór maciczny, że —być może—udało by się usunąć łożysko. Gdyby zaś ten sposób zawiódł, udało by się niewątpliwie za pomocą wewnątrzmacicznego umieszczenia zwykłego balonu Brauna, małej lub średniej wielkości, wypełnionego odpowiednią ilością płynu, wzniecić skurcze maciczne w względnie krótkim czasie i tak rozszerzyć otwór maciczny, że usunięcie następne łożyska nieoddzielonego, lub pod wpływem skurczów macicy już oddzielonego, było by sprawą niezmiernie łatwą. O podobnem wskazaniu do metreuryzy obszerniej mówiłem w pracy p. t.: „O śródmacicznym stosowaniu balonów gumowych w położnictwie“, umieszczonej w „Gaz. Lek.“ za rok 1903.

Nie przesądzam, jakie byłoby zejście dla chorej przy zalecanem przezemnie postępowaniu leczniczem; uwagi powyższe czynię głównie z tego powodu, aby wykazać, że oprócz tak radykalnego sposo-

\*) Cytuję dalej dosłownie autoreferat.

bu, jak usunięcie macicy, posiadamy jeszcze inne, prawie niezawodne, sposoby usunięcia łożyska w przypadku tak trudnym,

jak opisany został przez kol. Żenczykowskiego.

Józef Saks

## Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

### Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie z d. 15 Października 1904 r.

Obecnych 22 członków.

Przewodniczy Kol. Królikowski.

I. Sekretarz kol. Rozenfeld odczytał sprawozdanie za rok 1903/4; towarzystwo liczyło 61 członków rzeczywistych, 5 korespondentów, 1 członka ofiarodawcę; w ciągu ubiegłego roku zmarło 3, wyjechał 1, wypisał się 1, razem ubył 5, przybyło zaś 11, obecnie więc Tow. liczy 67 członków rzeczywistych, 5 korespondentów, 1 ofiarodawcę, razem 73 członków. Posiedzeń było 11, w tej liczbie jedno w Sosnowcu. Odczytów ogłoszono 20, demonstracyi było 20, razem 40.

II. Skarbnik, kol. Rejman odczytał sprawozdanie ze stanu kasy.

III. Kol. Łokczewski odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki; czytelnia posiada dzieł 253 w 360 tomach.

IV. Odczytano sprawozdanie komisji rewizyjnej.

V. Kol. Biegański przemawia w sprawie posiedzeń Tow. w Sosnowcu. Uchwalono następujące wnioski, zaproponowane przez kol. Biegańskiego: 1) Zarząd Tow. zwiększa się o 3 członków, mianowicie drugiego sekretarza, drugiego skarbnika i drugiego bibliotekarza. Nowi członkowie winni być wybrani z listy członków, zamieszkujących w Zagłębiu. 2) Wiceprezes Tow. winien być również wybrany z pośród członków z Zagłębia. Wnioski trzeci, czwarty, piąty i szósty określają bliżej obowiązki wiceprezesa, II sekretarza, II skarbnika i II bibliotekarza. 7) Posiedzenia w Sosnowcu będą zwolowane przez wiceprezesa po poprzednim porozumieniu się z prezesem Tow. i o każdym posiedzeniu w Sosnowcu będą zawiadamiani wszyscy członkowie Tow.

Przy uchwalaniu powyższych wniosków rozwinęła się ożywiona dyskusja w której brali udział Kol. Rozenfeld, Biegański, Królikowski, Kołodzki, Puterman, Weinzieher, Marczewski, Pisarzewski.

VI. Wybory: na prezesa powołano kol. Biegańskiego, na wiceprezesa

kol. Czajkowskiego, na I sekretarza kol. Rozenfelda, na II sekretarza kol. Weinziehera, na I skarbnika kol. Rejmana, na II—kol. Kołodzkiego, na I bibliotekarza kol. Łokczewskiego, na II—kol. Putermana, na członków Zarządu kol. Pisarzewskiego i kol. Wrześniowskiego.

Posiedzenie z d. 19 Listopada 1904 r.

Obecnych 18 członków.

I. Postanowiono przesłać podziękowanie kol. Serkowskiemu z Łodzi za nadesłanie Towarzystwu albumu fotograficznego preparatów drobnowidzowych.

II. Kol. Biegański wypowiedział odczyt „*Finsen i jego zasługi*.” Prelegent wspomina o fizycznych i fizjologicznych własnościach promieni świetlnych i o stosowaniu światła w terapii przed Finsenem. Finsen pierwszy oparł leczenie światłem na pewnych podstawach naukowych; zdobytych doświadczalnie przez niego; wytłumaczył on od jakich promieni zależy zabarwienie i zapalenie skóry i dowiódł, że chemiczna część widma działa drażniąco na skórę. Stąd w leczeniu ospy i innych wysypek skórnych ostrych wyłączył promienie chemiczne i z powodzeniem zastosował światło czerwone. Następnie Finsen zauważył, że chemiczne promienie działają bakterycydojęco i na tej zasadzie stworzył metodę leczenia wilka, która uzyskała wkrótce powszechne uznanie.

Kol. Marczewski twierdzi, że Finsen nie dał ściśle naukowego objaśnienia zaobserwowanych przez siebie faktów.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. Pisarzewski, Łokczewski, Batawia, Peltyń, Wasilewski i Biegański.

III. Kol. Pisarzewski przeczytał pracę „Przypadek cięcia cesarskiego przy osteomalacyi.” (Rzecz będzie drukowana w „Ginekologii.”)

W dyskusyi kol. Nowak wspomina o ostatnich pracach Fränkla i innych, którzy przypisują duże znaczenie dla organizmu żółtym ciałkom jajników; ponieważ zaś w przebiegu osteomalacyi istnieją pogorszenia w czasie regularności i ciąży, być może więc, że osteomalacya jest

skutkiem wpływu pewnych substancji, które się tworzą w żółtych ciałkach. Kol. Biegański polemizuje z kol. Pisarzewskim i ze zdaniem jego, że leczenie osteomalacji winno być zawsze operacyjne i że teoria Fehlinga jest najprawdopodobniejsza; mówca twierdzi, że osteomalację spotykano u mężczyzn i że fosfor działa bardzo dobrze przy danem cierpieniu. Kol. Nowak zwraca uwagę, że w pewnych okolicach osteomalacja jest zjawiskiem bardzo częstym, następnie mówi o pewnych cechach podobieństwa w przebiegu krzywicy i osteomalacji. Kol. Pisarzewski twierdzi, że opisywane przypadki osteomalacji u mężczyzn były prawdopodobnie krzywicą i że osteomalacja prawdziwa istnieje tylko u kobiet w okresie dojrzałości płciowej; mówca jest zwolennikiem teorii Fehlinga; w przypadkach chronicznych zgadza się na stosowanie fosforu i arseniku. Kol. Biegański zaznacza, że każda choroba ma swoje okresy i że w każdej chorobie istnieją ciężkie i lekkie przypadki; lekkie przypadki mogą ująć uwagi lekarza. Ponieważ istota cierpienia nie jest znana, należy rzadkie przypadki rozmięczenia kości u mężczyzn uważać za osteomalację. Radzi stosować trzebieenie w niektórych tylko przypadkach, mianowicie w czasie porodu i przy znacznych zwichnięciach miednicy, gdzie i pomimo tego wskazany jest poważniejszy zabieg operacyjny. Kol. Nowak uważa trzebieenie w czasie ciąży i w przypadkach bardzo już posuniętej osteomalacji po za ciążą, za zupełnie uprawnione.

W dyskusji brali jeszcze udział kol. Wasserthal, kol. Rozenfeld, kol. Łokczewski i kol. Marczewski.

IV. Kol. Nowak wypowiedział odczyt „O intubacji.“ Zaznajomiwszy słuchaczy z budową przyrządu i techniką operacyjną, prelegent wspomniął o błędach lekarskich i różnego rodzaju powikłaniach niezależnych od lekarza w czasie wykonywania zabiegu; następnie wspomniął o bezpośrednim rezultacie pomyślnie wykonanej intubacji, o postępowaniu w czasie pozostawiania rurki w krtani i o pewnych niemnych stronach zabiegu w tym okresie; o sposobach usuwania rurek, oraz o wskazaniach i przeciwwskazaniach do intubacji; w dalszym ciągu porównał intubację z tracheotomią, zaznaczył prognozę przy intubacji, a na zakończenie zwrócił uwagę na coraz częstsze stosowanie intubacji w prywatnej praktyce i przytoczył 4 przypadki intubacji, jakie

miał sposobność wykonać w ostatnich czasach przy krupie dyfterytycznym.

W dyskusji kol. Wasserthal twierdzi, że od czasu wprowadzenia do terapii surowicy, intubacja utraciła swe znaczenie; sinica przy krupie wywołana jest nie przez stenozę, lecz przez osłabienie serca. Kol. Marczewski i kol. Pisarzewski nie zgadzają się z kol. Wasserthalem, i uważają intubację za zabieg niejednokrotnie niezbędny. Następnie zabierali jeszcze głos kol. Łokczewski, kol. Rozenfeld i kol. Drabczyk. Kol. Nowak zaznacza, że pomimo surowicy intubacja bardzo często jest nieunikniona; sinica istotnie spowodowana jest niejednokrotnie nie tylko przez stenozę, lecz i przez osłabienie serca, lecz właśnie z tego powodu, chcąc podtrzymać działalność serca, należy usunąć stenozę i intubować.

V. Wybór sekretarza. Z powodu zrzeczenia się kol. Rozenfelda sekretarzem obrany kol. Nowaka.

Sekretarz St. Nowak.

## Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 22 Lutego 1905 r

Przewodniczący K. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman.

Obecnych 36 członków.

I) Zatwierdzono protokół poprzedniego posiedzenia.

II) Kol. Goldman demonstrował następujących chorych:

a) Mężczyznę średniego wieku z guzem wielkości główki noworodka na wewnętrznej powierzchni lewego uda. Guz ten tworzy się już od lat 3. Siędzi on na bardzo szerokiej podstawie, wykazuje chębotanie, jest ruchomy i niezrośnięty z kością. Prawdopodobnie zachodzi tutaj *słotliwe zwyrodnienie* guza poprzednio łagodnego.

b) 57 letniego pacjenta z guzem prawej sutki, wielkości pięści, ruchomym, silnie unaczynionym. *Tumor malignus* powstały, jak i poprzedni, z małego guzika łagodnego.

c) Chłopca 7 letniego z *gruźlicą stawu łokciowego* prawego.

d) Mężczyznę średniego wieku z *gruźlicą pochewek ścięgien* u palców kończyny górnej. Obadwa leczone są metodą Biera przez nakładanie, na godzinę codziennie, pasa Henlego z unormowaniem ciśnieniem.

Kol. Goldman zamierza przedstawić obydwóch chorych ponownie po ukoń-

czeniu kuracyi w celu przekonania o jej skuteczności.

III) Kol. Rundo mówił o wodach leczniczych systemu prof. Dr. W. Jaworskiego, które mają następujące zalety w porównaniu z źródłami mineralnymi.

1) Źródła mineralne przedstawiają medicamenta cruda, zawierają bowiem obok substancji działających wiele zbytecznych, a nawet szkodliwych; wody lecznicze Jaworskiego substancji tych nie zawierają, a natomiast zawierają takie, które wspierają działanie głównych soli.

2) Źródła mineralne zawierają zamalowane działającego składnika; w wodach zaś Jaworskiego ilość jego odpowiada, mniej więcej, dawkom farmaceutycznym.

3) Skład chemiczny źródeł, choć nieznacznie, ulega jednak zmianie, wody zaś Jaworskiego mają stale skład jeden i ten sam.

4) Są one wszystkie nasycone znaczną ilością  $\text{CO}_2$  i posiadają poza tem dobry smak. Wody te nadają się do leczenia domowego, a ze szczególną korzyścią można nimi przeprowadzić różne kuracje w licznych uzdrowiskach krajowych bez względu na to, jakie w danej miejscowości znajdują się źródła naturalne, albo też, gdy ich tam wcale niema. Wody Dr. J. wyrabiane są dotychczas w 18 gatunkach.

*W dyskusji* Kol. Wisłocki zaznacza, że dawniej, polecając wody sztuczne, nie wiedzieliśmy dokładnie, co one zawierają. Wody Jaworskiego o składzie stałym, ściśle określonym rozwiązują tę sprawę. Kol. Maubau stwierdza, że stosował często wodę № 8-my Jaworskiego (odpowiadającą Karlsbadskiej) i że zawsze była czystą i w użyciu przyjemną. Czy daje również dobre rezultaty? Na stwierdzenie tego trzeba by przeprowadzić dokładne badania. Ujemną stroną wód Jaworskiego jest względnie wysoka cena przy małej objętości butelki. Kol. Sterling: W tym czasie, gdy sprawa wód sztucznych zajmowała Jaworskiego, nieznano jeszcze nowych pierwiastków. Potem dopiero przekonano się, że wody naturalne, oprócz składników znanych, zawierają też nieznanne; np. znaleziono w tych wodach ślady radu. Nie jest przeto wykluczonem pewne działanie i tych pierwiastków. Swoją drogą wody Jaworskiego, zwłaszcza w porze zimowej, mogą zastąpić wodę naturalną. Kol. Klobenberg: Nasylenie wody kwasem węglowym może być niepożądane przy niektórych cierpieniach, np. przy hipersekrecyi kwa-

su żołądkowego, przy rozszerzeniu żołądka. Kol. Rundo odpowiada kol. Sterlingowi, że sprawa radu i t. p. pierwiastków jest jeszcze wiele problematyczną i niemamy danych do przypisywania im jakichkolwiek własności leczniczych; kol. Klobenbergowi, że w razie potrzeby można pozwolić na ulotnienie się kwasu węglowego, lub też wydalic go przez zagrzanie płynu. Kol. Sterling wątpi, czy po nasyceniu wody pod ciśnieniem ulotnienie się kwasu węglowego nastąpić może tak łatwo.

IV) Kol. Sterling: O reformie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych. (p. str. 125.)

*Dyskusya* Kol. Jonscher: poruszona kwestya jest ważna, a podany sposób rozwiązania zasługuje na uważne rozpatrzenie. Kol. Wisłocki: Właściciele fabryk niezgodzą się na to, by robotnicy wychodzili do lekarzy, ponieważ używaliby tego pretekstu w celach z leczenia się nie wspólnego nie mających. Kol. Wł. Pinkus: ponieważ niewątpliwie przyczyną nowego projektu jest niezadowolenie robotników z istniejącego porządku rzeczy, należy się zastanowić, jakie są przyczyny tego niezadowolenia i wtedy dopiero szukać środków poprawy. Kol. Handelsman: 1) Istniejące przepisy niepozwalają na proponowane przez prelegenta zmiany. 2) Chodzenie do mieszkania lekarza połączone jest ze stratą czasu. 3) Przy proponowanym porządku rzeczy łatwo o nieuczciwą konkurencyę między lekarzami. 4) I obecnie odsyła się robotników do specjalistów. 5) Potrzebna jest zapewne reorganizacya, ale nie tak zasadnicza; niech się nią zajmie zgromadzenie lekarzy fabrycznych. Kol. Saks: O wysokości wynagrodzenia zawczasem już teraz decydować. Za granicą dzieje się tak, że suma przez ogół fabrykantów na koszt leczenia robotników płacona dzieli się po upływie kwartału lub roku na ilość porad w tym czasie udzielonych, a każdy lekarz otrzymuje wynagrodzenie proporcjonalne do ilości udzielonych porad. Za rękoczynny istnieje stała taksa. W zasadzie kol. S. uważa cały projekt za dobry i na czasie. Kol. Goldman zarzuca niewzględnie: 1) leczenia chorych wenerycznych, którym w fabrykach odmawiają pomocy i 2) sprawy szpitalnictwa — dotąd wadliwego z powodu rozdrobnienia szpitali. Kol. Mitelsztedt: Można ten projekt wykonać na razie w zmniejszonym zakresie. Niech fabryki łączą się w grupy mające specjalistów ze wszystkich dzie-

dzin medycyny. Kol. R u n d o: 1) Większość dowodów przez prelegenta przytoczonych i cały projekt uważać należy za chybiony. Wszystko się poprawi, jeśli lekarze będą mniej posłuszni woli fabrykantów. Wogóle, projekt poprawy powinien wyjść nie od lekarzy, tylko od fabrykantów, albo od zainteresowanych tą sprawą robotników. Kol. H e n r y k K o h n: Tylko sumiennosc lekarza fabrycznego decyduje, czy ludność jest zeń zadowolona, czy też nie. Uważa projekt za niewłaściwy. Kol. K a u f m a n: Projekt uwzględnia wyłącznie rolę leczniczą sprawy, a jednak również ważną jest rola lekarza jako opiekuna higieny fabrycznej.

Kol. S t e r l i n g odpowiada—kol. W i s ł o c k i e m u: Tylko w nagłych wypadkach wolno by było robotnikowi opuszczać pracę, by się udać do lekarza; po za tem musiałby doń chodzić po skończeniu roboty. Naturalnie, lekarze musieli by wtedy mieć godziny przyjęcia odpowiednio oznaczone. Ambulatoryja fabryczne są zbyt cenne i dlatego niema ich w żadnym z miast Europy. U nas, gdzie jednostajne przepisy są wydawane dla całego tak wielkiego państwa, są one jednakowe zarówno dla miast, gdzie jest wielu lekarzy, jak i dla wsi, pozbawionych stałej pomocy lekarskiej. Po wsiach określenie to góry godzin, w których lekarz przybywa do fabryki, marację bytu. U nas ambulatoryja są nawet poniekąd szkodliwe, ponieważ demoralizują zarówno robotnika, który bez wyraźnego powodu szuka porady, jak i lekarza, który się przyzwyczajają do powierzchownego badania. Kol. P i n k u s o w i: Nie narzekanie robotników, lecz przekonanie o wadliwości obecnego systemu było istotną pobudką do podniesienia tej sprawy. Kol. H a n d e l s m a n o w i: ad 1) Istniejące przepisy fabryczne w chwili takiej, gdy o wiele radykalniejsze reformy są oczekiwane, także można zmienić. ad 2) Strata czasu, jeśli można chodzić do różnych lekarzy i wybrać najbliższej mieszkającego, nie będzie znaczną. ad 3) Konkurencja i dziś istnieje, nadużyciom zapobiedz powinna komisja kontrolująca. ad 4) Obecnie tylko cięższe wypadki odsyła się do specjalistów. ad 5) O proponowanych zmianach radzić winni wszyscy lekarze, a nie tylko fabryczni. Kol. S a k s o w i: Sposoby pobierania opłaty są różne. Przytoczony system jest tylko przykładem. Blżej zaś stronę finansową określają wspólne narady z fabrykantami. Kol. G o l d m a n o w i: sprawy przez niego poruszone są ważne, ale nie wchodzą

w zakres poruszonego tematu. Kol. M i t t e l s t e d t o w i: Projekt kolegi M., jako pośredni, może stanowić przejście od starego systemu do nowego. Kol. R u n d z i e: zależność od fabrykantów jest jednym, ale nie jedynym czynnikiem w tej sprawie. Obowiązek reprezentowania interesów robotniczych polega tymczasem na nas, ponieważ oni sami jeszcze nie są w stanie ich bronić. Kol. H. K o h n o w i: Najlepsze chęci jednostki nie zastąpią braków systemu. Kol. K a u f m a n o w i: Rady lekarza w zakresie higieny przemysłowej są zbyt cenne, ponieważ są one opracowane w formie przepisów dla fabryk wszelkiego rodzaju, zastosowanie zaś ich w danej fabryce mało jest od lekarza zależnym.

W rezultacie postanowiono urządzić w tej sprawie nadzwyczajne posiedzenie towarzystwa lekarskiego i zaprosić na nie wszystkich lekarzy w Łodzi praktykujących. Oprócz tego wybrano komisję z pośród członków, która zajmując się ma przygotowaniem szczegółowego referatu na następne posiedzenie. Do tej komisji weszli koledzy: Goldman, Kohn, Mittelstedt, Saks, Sterling i Wisłocki.

V. Kol. G o l d m a n przedstawia preparat odjęty choremu demonstrowanemu na zeszłym posiedzeniu. Jest to tłuszczak w zagłębieniu kości; pozostawał w połączeniu z wnętrzem czaszki. Połączenie składało się z powroza, w którym przebiegała dosyć gruba żyła. Powstanie takich tłuszczaków tłumaczy następczemi zmianami w wrodzonych przepuklinach opon mózgowych.

Posiedzenie z d. 1 Marca 1905 r.

Z udziałem wszystkich kolegów w Łodzi zamieszkałych. Przewodniczący K. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman. Obecnych 64 lekarzy.

Po zagajeniu przez przewodniczącego kolega S t e r l i n g odczytał projekt swój i przebieg dyskusji na poprzednim posiedzeniu.

Kol. R o t s z p a n proponuje odroczenie sprawy, ponieważ zmiany mają być zaprowadzone w drodze prawodawczej.

Kol. H a n d e l s m a n wskazuje na dobre strony obecnego systemu, wyrażając się w opiece nad zdrowiem robotnika, uzdrowotnieniu fabryk i t. d.

Kol. O s i e c k i zaznacza, że w opozycji przeciwko projektowanym zmianom pewną rolę odegrywa obawa o byt materialny lekarzy fabrycznych.

Kol. Frydberg podkreśla, że istotnie przy tworzeniu nowych projektów trzeba uwzględnić także los tych lekarzy, którzy specjalnie i wyłącznie są tylko lekarzami fabrycznymi.

Kol. Rundo przedstawia projekt pośredni pomiędzy starym, a nowym systemem.

Kol. Sterling odpowiada kol. Rotszpanowi: projekty rządowe w tej sprawie nie uwalniają nas od opracowania swoich, ponieważ, komunikując władzom swoje poglądy, możemy wywrzeć pożądaną wpływ na projektowane reformy. Kol. Handelsmanowi: Nadmierna opieka nad robotnikiem w danej kwestyi jest również zbyt duża, jak w innych sprawach życiowych, np. przy zakupach żywności, odzieży i t. d., w których pozostawiamy mu swobodę działania. Badanie nowowstępujących robotników upadnie z chwilą wprowadzenia państwowego ubezpieczenia na wypadek niedołęztwa. Opieka sanitarna w obecnej postaci sprowadza się do szczepienia ospy, co zrobić może każdy lekarz, i do zalecania wody z miętą podczas cholery, o czym wie już każdy fabrykant. Kol. Frydbergowi: Nowy system przysporzy tylko dochodów ogółowi lekarzy. Kol. Rundzie: projekt kolegi R., o ile nie wprowadzi się głębszych reform, będzie czemś lepszym od tego co jest.

Wreszcie, za pomocą tajnego głosowania wybrano w celu dalszego opracowania sprawy komisję, składającą się z kolegów: Handelsmana, Kaufmana, H. Kohna, Rundy i Sterlinga.

Posiedzenie z dnia 8 Marca 1905 r.  
Przewodniczący R. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman.  
Obecnych 22 członków.

I) Zatwierdzono protokół poprzedniego posiedzenia.

II) Kol. Klozenberg demonstruje przypadek choroby Tay — Sachsa czyli *Idiotismus familiaris infantilis amaurotico-paralyticus*. Dziecko 2½ letnie, które w pierwszym ½ roku życia rozwijało się prawidłowo, wymawiało „mama“ i „tata“, poznawało rodziców, w drugim półroczu przestało chwycić rączkami, bez powodu grymasiło i nie było w stanie utrzymać głowy prosto. Stan obecny przedstawia się tak: dziecko słabo rozwinięte, o niezbyt dużej czaszce, główka wykonywa ruchy bardzo ograniczone, których rezultatem ostatecznym jest bezwładne zwisanie zwykle w kierunku lewego ramienia. Oczy ma wodzi bezmyślnie; o ile sądzić można, śledzi niekiedy za świecą; brak oczopląsu,

źrenice na światło reagują; przy badaniu oftalmoskopem okazuje się, że tarcze są blade, wyraźnym zwłaszcza jest zanik ze strony nosowej. Dziecko samodzielnie siedzieć nie może, ani też chodzić i stać. Dolnymi kończynami wykonywa niekiedy słabe ruchy i wyprostowuje zgięte uprzednio kolana. Napięcie mięśniowe nieco wzmożone, odruchy kolanowe i Achillesa dosyć żywe. Objawu Babinsky'ego ani *clonus pedis* wywołać nie można. Na ukłucie dziecko reaguje. Na klasnięcie w dłoń, dzwonięcie etc. nie reaguje wcale (Autoreferat).

III) Kol. Mogilnicki wygłosił odczyt p. t. *Błonica w przebiegu płonicy*. (P. str. 104).

*Dyskusja:* Kol. Gutentag: obraz kliniczny nalotów przy płonicy bywa bardzo nieokreślony i na zasadzie obserwacji trudno orzec, czy są one natury swoistej. Z tego względu w każdym przypadku płonicy należy badać bakteryologicznie. W 2 przypadkach kol. Gutentaga przebieg po zastrzyknięciu surowicy był dobry, w 1-y m śmiertelny. W końcu kol. G. nadmienia, że według jego spostrzeżeń, surowica przeciwplonicza działa także dodatnio na sprawę błonicy. Kol. Brudziński: od chwili, gdy Heubner dał obraz tak zw. *Scharlachdiphtheroidu* wiadomo, że naloty przy płonicy nie są błonicą. Jednakże w 2% ogólnej liczby przypadków ma miejsce istotne powikłanie płonicy. W szpitalach, zwłaszcza z lichą izolacją, zwraca uwagę względnie duża ilość takich powikłań; zachodzi tutaj oddziaływanie kumulacyjne. Dziecko np., które już jest w okresie zdrowienia po płonicy, dostaje w 5-y m tygodniu błonicy. Rozpoznanie różniczkowe nalotów możliwym jest tylko przez badanie bakteryologiczne. Kol. Brudziński potwierdza na zasadzie własnych obserwacji spostrzeżenie kol. Gutentaga co do dodatniego wpływu surowicy przeciwploniczej na sprawę błonicy, zaznacza jednak, że w oddzielaniu się nalotów są pewne różnice; nie rozpułchniają się one, jak po surowicy antydifterycznej, lecz pojawia się wolno ustępująca linia demarkacyjna.

Posiedzenie z d. 22 Marca 1905 r.  
Przewodniczący K. Jonscher. Sekretarz M. Kaufman.  
Obecnych 29 członków.

I) Demonstracja chorych.

II) Kol. Rozenblatt demonstruje chorego, liczącego lat 35, z gruźlicą podniebienia miękkiego. Chory ten dotknięty jest także gruźlicą płuc.



II) Kol. Prechner przedstawia dziewczynę lat 12 z Mastitis adolescentium. Chora od dwóch i pół miesięcy skarży się na ból w lewej piersi. Pierszta jest znacznie powiększona i lekko stwardniała. Menses jeszcze nie było. Cierpienie to dość często napotyka się u noworodków, u chłopców w okresie dojrzewania i u kobiet w okresie karmienia i climacterium jest rzadkiem u dziewcząt w wieku paecyentki.

III) Kol. Maybaum mówi o rozpoznaniu i leceniu raka żołądka. Rozpoznanie jest łatwym w okresie pełnego rozwoju cierpienia, zwłaszcza gdy wyczuwa się już guz; trudnym jednakże w okresie wczesnym, w pierwszych miesiącach istnienia raka. Objawy wtędy są tak zbliżone do objawów nieżyty żołądka lub nerwicy, że pomyłka jest często możliwa. Badanie zawartości żołądka nie ujawnia cech niewątpliwych. Brak HCl, obecność kwasu mlecznego i kantowato ułożonych prątków zdarza się i przy innych cierpieniach. Podejrzenie raka wzbudza każdy chory w wieku powyżej 40 lat, który, będąc dotąd zupełnie zdrowym, zaczyna nagle odczuwać dolegliwości trawienne: ściskanie, mdłości, brak łaknienia i t. p. Jeżeli po 6 do 8 tygodniowym leczeniu diety i leżeniem w łóżku stan chorego się nie poprawia, apetyt nie wzrasta, waga się nie powiększa, to podejrzenie raka nabiera cech prawdopodobieństwa. Ważnym jest w tych wypadkach badanie treści żołądkowej. Zmniejszająca się stopniowo ilość HCl, pepsyny i podpuszczki, brak HCl, obecność kwasu mlecznego i t. p. przemawiają silnie za rakiem, obecność HCl.— przeciw tej dyagnozie. Wczesne rozpoznanie raka jest jedną z najtrudniejszych zadań dyagnosytki lekarskiej, niezmiernie ważnym ze względu na możliwość wczesnego stosowania terapii chirurgicznej. Bo tylko doszczętnie wyluszczenie nowotworu daje szanse wyzdrowienia. Gastroenterostomia jest rękoczynem pożytecznym, przedłuża życie, zmniejsza cierpienia i zasługuje na częstsze, niż dotąd, zastosowanie. Leczenie wewnętrzne polega na przepłukiwaniu żołądka, poda-

waniu środków usmierzających ból i nasennych.

*Dyskusya.* Kol. Handelsman zwraca uwagę na objawy zaburzeń w pracy mechanicznej żołądka, które przy raku występują bardzo wczesnie. Jest to oznaka cenniejsza od wielu innych; guz w okolicy żołądka wyczuwa się dopiero w okresach późniejszych; obecność kwasu mlecznego nie ma tego znaczenia dyagnosyicznego, które jej niegdyś przypisywano; brak kwasu solnego napotyka się również przy nieżycie żołądka, a natomiast jeśli rak rozwija się na bliźnie wrzodu okrągłego, skonstatować można nawet nadmiar HCl; prątki Kaufmana i Rozenblata napotyka się również przy innych cierpieniach. Tymczasem upośledzenie funkcji mechanicznych żołądka należy do początkowych i względnie pewnych objawów raka i występuje wcześniej, niż zmiany chemiczne. Kol. Sterling zaznacza, że gastroectomia nie jest bynajmniej operacją brawurową, jak ją nazwał prelegent, gdyż niejednokrotnie stan popooperacyjny okazywał się zadawalającym. Kol. S. zapytuje, wśród jakich objawów umierali chorzy z guzami symulującymi raka (szellak, włosy)? Kol. Sonnenberg zapytuje, czy robiono w Łodzi doświadczenia z helidonium majus? Kol. Maks. Kohn: zrosty żołądka z wątrobą i z poprzecznicą dają często objawy takie same, jak przy raku. Rezultaty operacyi zależą od wycięcia gruczolów mezenteryalnych. Helidonium stosowano w szpitalu żydowskim wielokrotnie przy rakach skóry i t. p., lecz bez rezultatu. Kol. Goldman, powołując się na statystykę Kochera, potępia wszystkie te metody leczenia, które odroczyć mogą zabieg operacyjny. Kol. Maybaum w przemówieniu końcowem zaznacza, że chodziło mu o zwróceniu uwagi na rozpoznanie raka w okresie wczesnym, przed pojawieniem się guza, gdyż potem wszelkie rękouczyny są spóźnione. Przy guzach symulacyjnych, opisanych przez Jaworskiego i innych, śmierć następowała wskutek przedziurawienia żołądka i zapalenia otrzewnej.

## K R O N I K A.

— 45 — Wśród szerokich warstw ludności roboczej Królestwa szerzy się energiczna propaganda wstrzemięźliwości pod

hasłem wstrzymania się od picia wódki i palenia tytoniu.

Przekraczający postanowienie wstrze-

mieżliwości podlegają karze, dobrowolnie z góry ustanowionej.

Jeśli ludność wytrwa w swem postanowieniu, okaże ona dowód dojrzałości społecznej, którą śmiało może imponować innym warstwom narodu.

— 46 *Pomoc lekarską dla swej służby* zaprowadza coraz większy szereg dworów w okolicach Tuszyzna. Świeżo właśnie została zawartą umowa między p. Wojciechowskim z Podolina a doktorem w Tuszyźnie, co do leczenia całej służby w majątku na koszt właściciela.

Jest to już piąty dwór w tym zakątku. Należy zaznaczyć, że nie wszystkie dwory trzymają się jednej zasady: jedne płacą tylko poradę lekarską, względnie przyjazd lekarza na miejsce do chorego, pozostawiając sprawę nabycia lekarstw rodzinie chorego; inne zaś dwory wszelkie koszty leczenia pracownika, wraz z całą jego rodziną, nawet takie jak szepczenie ospy, ponoszą same. („Tydzień” № 15).

— 47 — *Pomoc dla położnic* utworzyła grupa pań obywaterek wiejskich w pobliżu Piotrkowa, w sposób godny uwagi i zasługujący na szerokie naśladowanie. Wyszukały one odpowiednią kobietę, wysłały ją na naukę do jednego z przytułków położniczych w Warszawie, gdzie spędziła rok, ucząc się zabiegów akuseryjnych, a po roku nauki przez owe panie została umieszczona w Gomulinie o kilka wiorst od Piotrkowa i zaczęła praktykę. Wszelkie wydatki podczas nauki i koszty nauki poniosły panie, aż do ubrania i obuwia włącznie. Mieszkając w Gomulinie, owa babka jest obowiązana brać od położnic zaledwie 50 kopiejek; żeby zaś nie miała za mało, dostaje zsypkę od pań w postaci mąki, ziemniaków, dostaje nadto mieszkanie darmo i maszynę do szycia, aby w ten sposób zbliżyć wieśniaczki do obcej przybylski, która nawet nosi się po wiejsku.

W lecie r. b. zostanie wysłana do Warszawy na naukę druga kobieta; panie zajmujące się tą sprawą obecnie poszukują odpowiedniej: chodzi o zdrowie, moralność, młodość, umiejętność czytania i pisanie, oraz wrodzone czy nabyte zamiłowanie czystości. Po ukończeniu nauki kosztem pań-obywaterek, „babka” będzie musiała przemieszkać dwa lata w Wadlewie (pow. piotrkowski) na takich samych warunkach jak pierwsza, a po dwu latach o ile zechce, może zamieszkać gdzieindziej.

Obywatelski iście czyn, którego doniosłość ter tylko potrafi ocenić, kto wi-

dział te tortury, jakim poddają niepowołane babki w czasie trudnego porodu każdą kobietę, owe natrzęsania, rozcinięcia, smarowania itp., a wszystko nieczystemi, pokrytymi wielorakimi warstwami brudu rękami. Za czyn ten panie z okolic Piotrkowa zasłużyły na szersze uznanie. („Tydzień” №15).

— 48 — Posiadłość Medan pod Paryżem, własność słynnego pisarza Zoli, wdowa po nim ofiarowała Radzie miejskiej dobroczynności publicznej w Paryżu (*Assistance publique*). W posiadłości tej, pod nazwą „*Fondation Emile Zola*” urządzone będzie schronienie dla rekonwalescentów służby szpitalnej żeńskiej [posługaczek, dozorczyń]. („Gaz. Dek.” № 11).

— 49 — Przytaczamy charakterystyczny urywek z korespondencji kol. Ig. Muchy, datowany z Nikolska Ussuryjskiego (4 Marca):

„W szpitalach pełno. Są to przeważnie ofiary ostatniej bitwy pod Sandepu, a zarazem ofiary ostatniej mobilizacji. Mobilizacja ta, przynajmniej co do Królestwa, nosi na sobie piętno co najmniej... pośpiechu. Przysłano nam ludzi, którzy wprost z domu dostali się do wagonu, a z wagonu do szpitala. Suchotnicy, artretycy, ludzie starzy, ba! nawet kalecy, widocznie nie badani, oderwani od zajęć i rodzin, odbyli daleką podróż po to, żeby tutaj być uznanymi za zupełnie niezdatnych do służby wojskowej i odesłanymi z powrotem. Wysłałiśmy w tym tygodniu do domu czterech: Berezowskiego, Krochmala, Spyta, Kaczmarka — wszystkich z pow. będzińskiego. Kilku kandydatów z powiatu częstochowskiego, noworadomskiego i będzińskiego pozostaje jeszcze w szpitalu, ale wkrótce będą uwolnieni.

Z pośród chorób, wywoływanych poniekąd przez okropności wojny, częściej spotrzegamy tutaj choroby serca i nerwów. Artylerzyści, obok których wybuchnął pocisk, nie żądając zresztą żadnej rany nie są zdolni zginać się, chodzić, pracować. Majtkowie, zupełnie zresztą nie ranieni, strzeley, po uciążliwych marszach i bitwach, młodzi, pomiędzy 24-ym a 36-tym rokiem życia, cierpią na bicie serca. Najczęściej obiektywne badanie nie daje żadnych wyników, zmian chorobowych w sercu niema, tylko tętno jest przyspieszone stale, a każda zmiana położenia, każdy ruch wywołuje bicie serca tak silne, że 148—160 uderzeń na minutę nie stanowi rzadkości. Są to serca... zmęczone.

— Czyś cierpiał kiedy poprzednio na bicie serca w domu przed wojną?— zapytałem swojego chorego.

— Nie, nigdy.

— A zkał ci się to wzięło?

— Właściwie niewiem. Byłem na lewym skrzydle, kiedy przyszedł rozkaz, powołujący nas na skrzydło prawe. Wyprowadzono nas w nocy o godz. 4-ej. Szliśmy cztery dni po 30 wiorst na dobę. Czwartego dnia o godz. 10-ej wieczorem byliśmy pod Sandepu. Po godzinnym odpoczynku kazano nam wyruszyć do ataku. Choć japończycy strzelali gwałtownie, jednak w nocy nie mogli celować, więc udało się nam wyprzeć ich z jednej wioski, Nazajutrz z rana o godz. 7-ej znowu należało iść dalej. Wyruszyliśmy, rozwinięszy się w łańcuch, jak podczas parady. Baterie nieprzyjacielskie milczały my idziemy wciąż. Wtem gdyśmy się zbliżyli jeszcze na jakieś 50 kroków, ryknęły działa.

I zaczęły się dziać rzeczy okropne. Kartaczownice zmiatały ludzi i słały pokotem. Piekielny ogień nie pozwolił zrobić ani jednego kroku naprzód. Kazano cofać się. Z mojej rotty pozostało tylko 20 ludzi. Gdy granat rozerwał się nad moją głową, poczułem dziwny strach, ból i kurez serca. Ukryliśmy się w okopach. W nocy o godz. 12-ej kazano nam na nowo wyruszyć. Cicho, bez komendy, pełzając miejscami na brzuchu, uderzyliśmy na bagnety i wyparliśmy japończyków z okopów. Nieprzyjaciel zdążył dać jedną salwę. Otrzymałem kontuzję w bok; ta sama kula zabiła mojego towarzysza i kuma; z jednej wioski wyruszyliśmy rok temu, byliśmy pod Wafango, Daszicao, Laojanem, Szache i wreszcie pod Sandepo. Od tej bitwy jestem ciągle chory...

Mniej dokładnie opowiada o przyczynie swojej choroby Wojtaszewicz (gubniecka, pow. stopnicki), ale również charakterystycznie.

— Kazano się cofać — mówi Wojciech — a tutaj patrzę: wyskoczyło na mnie sześciu japończyków, a ja sam, bo reszta już się cofnęła. Przelekkłem się bardzo, złapałem za karabin, zważyłem kolbą kilku i uciekłem. Strzelili za mną i urwali mi kawałek palca; od tego czasu jestem chory.

Inni opowiadają niechętnie, jak gdyby wspomnienie sprawiało im ból jakiś. Ale zarówno oficerowie, jak żołnierze, stwierdzają w swych opowiadaniach, że piekielny ogień dział i śmierć rozsiewana dokoła wywołuje dziwny paniczny strach,

który zrazu przykuwa do miejsca. Po przewycięzeniu strachu zaczyna się rozumowanie, a jednocześnie... oczekiwanie śmierci. Umysł pracuje i dziwnie jasno zdaje sobie sprawę z doznawanych wrażeń. Wszystko to dzieje się pod wpływem dziwnego naprężenia nerwów. Ale oto dano rozkaz odwrotu lub wypoczynku. Odrazu odczuwa się niewysłowione zmęczenie. Ludzie zasypiają formalnie w błocie i budzą się z reumatyzmem i chorobą serca." (K. Warsz. № 89).

— 50 — „Czer. Krzyż“ w Rosyji rozporządza sumą 12½ milionów rubli, w Japonii, która zdaje się ułamkiem w porównaniu z Rosyją, corocznie wpływa do kasy „Czerw. Krzyża“ po 17 mil. jenów (=16 mil. rubli). O czem to świadczy? Że w Rosyji „Cz. K.“ ma mało kapitałów, za to wielu... biurokratów. W jednej z bogatych gubernii centralnych Rosyji roczny dochód „Cz. K.“ wyniósł rubli piętnastacie, jednocześnie zaś sam zarząd gubernialny składał się z siedmiu członków... (Wracz. Gaz. № 9).

— 51 — Zebranie Tow. lekarskiego w Charbinie wysłało — z powodu znęcania się nad uczniami na ulicach m. Kurska — do Komitetu ministrów depezę, w której powiedziano: „Masowe znęcania się nad młodzieżą średnich i wyższych zakładów naukowych, jakie się zdarzyły w Kazaniu Pskowie, Kursku i w innych miastach, z wiedzą a nawet pomocą policyi, grożą strasznymi następstwami dla prawidłowego, kulturalnego życia. Teraz, kiedy nam grożą takie nieszczęścia, jak cholera i dżuma, tego rodzaju sztuczne drażnienie ludności przeciw elementom cywilizowanym uniemożliwia pracę lekarską. Dla tego podpisani proszą o wydanie rozporządzenia, usuwającego wymienioną działalność policyi“ (Wracz. Gaz. № 9).

— 52 — Rezolucya *Zjazdu w sprawie walki z cholera* — towarzystwa lek. im. Pirogowa, powzięta na przedwstępnem posiedzeniu, brzmi:

„Zjazd Pirogowski, rozpatrując warunki, przy których muszą pracować lekarze, stwierdza, że praca pokojowa i kulturalna niemożliwa jest przy istniejącym porządku. Polityka zalała pola dalekiej Mandżuryi potokami krwi. Ale tego mało. Państwu grozi straszny bicz cholery. Przyszłość obiecuje tysiące, dziesiątki tysięcy ofiar tej strasznej katastrofy. A cóż robi biurokracya? Ona z jednej strony żąda od nas, byśmy lud przekonali o korzyści specjalnych środków ochronnych, a z drugiej — podjudza ten sam lud przeciw nam.

Dla tego my, lekarze, oświadczamy, że niezbędnym jest zwołanie konstytuandy na zasadach powszechnego, równego, bezpośredniego i tajnego głosowania, bez różnicy płci, religii, narodowości, pod warunkiem natychmiastowego przerwania wojny i zniesienia prawideł o wzmocnionej ochronie; policja musi być oddana do rozporządzenia organów samorządu; musi istnieć gwarancja wolności prasy, słowa, zebrań, związków i bezroboci; musi być dana amnestya ukaranym za sprawy polityczne i religijne“.

Dalej rezolucya żąda: „ośmiogodzinnego dnia pracy, określenia minimum pracy zarobkowej, państwowego ubezpieczenia robotników na wypadek choroby, starości, niedołęstwa i braku pracy“.

Zebrań postanowilo jednogłośnie niebrać udziału w komisjach sanitarno-wykonawczych, tworzonych na podstawie prawideł z r. 1903-go, i nie wykonywać rozporządzeń tych komisji.

— 53 W gub. Saratowskiej, w siole Jelań, pijany tłum włóścian pod wrażeniem kazań miejscowego duchowieństwa o „wrogach wewnętrznych“ napadł na szkołę, zniszczył ją i *omal że nie zabił* nauczyciela i lekarza. Komisya gubernialnego ziemstwa zawiadomiła gubernatora, że uważa za niemożliwe wysłać do powiatów, którym grozi epidemia cholery, studentów medycyny, ponieważ boi się, że ludność podburzona kazaniem gwałt zada studentom. (R. Wracz. 1905 № 9).

— 54 Jak donosi „Syn Otieczestwa“ postanowiono *sprawę pomocy lekarskiej w fabrykach* oddać w ręce ziemstw i miast.

— 55 W Marburgu uzyskała stopień doktora medycyny pierwsza kobieta, japonka *Tada Upata*, obroniwszy rozprawę na temat „doświadczenia badania o t. zw. kropkach Crédé“.

— 56 W liczbie żądań, jakie wypowiedzieli robotnicy zakładów Putiłowskich, znajdujemy takie: „by personel lekarski obchodził się z chorymi grzecznie i starannie ich leczył, by nie znęcał się nad chorymi, jakby nad pijakami, co się obecnie wydarza“.

Jest to oskarżenie, które lekarzy piętnuje jako obcych, nieproszonych pomocników w walce pracy z kapitałem, stojących przy tem po stronie silniejszych

i zapominających, że w każdym, który się zwraca do lekarza o pomoc, temu ostatniemu wolno widzieć tylko chorego.

— 57 — Zebranie połtawskiego ziemstwa gub. uchwaliło: 1) starać się o cofnięcie prawideł walki z cholera z d. 19 Maja r. 1903 (p. „Kronika“ № 37); 2) wydawnictwo wszelkich prawideł obowiązujących ludność w czasie cholery jest rzeczą niepożądaną; 3) starać się o pozwolenie na odczyty ludowe wolne od kontroli; 4) pozwolić ziemstwu powiatowym na organizowanie kuratoryów sanitarnych — drogą wyborów; 5) wydawać broszury o choleryze po małorusku.

— 58 — „Russkij Wracz“ pisze: „W „Bulletin officiel“ XV-go Międzynarodowego Zjazdu lekarskiego (w r. 1906, w Lizbonie) po raz pierwszy znajdujemy oddzielny dział pod nagłówkiem „Pologne“. Z radością witamy to uznanie praw narodu słowiańskiego, który wbrew złej doli jego losów politycznych, z honorem pracuje na polu pokojowej działalności“.

— 59 — Znany z krewkiego temperamentu i niezaszczytnego procesu b. profesor warszawskiego uniwersytetu, Dr. Z i e n i e c, otrzymał na własną prośbę posadę lekarza sanitarnego we wsi Samarskoje w Ziemi Dońskiej. (Wracz, № 8).

— 60 — W r. 1904 w Bawaryi nie było ani jednego przypadku śmierci, ani zachorowania na ospę.

— 61 — Do armii czynnej powołano w dalszym ciągu, kolegów: S. Malinowskiego, M. Szelesta, A. Wizla, D. Nissensohna, M. Antonowa (do Omska), Goldbauma (do Omska), Laskowskiego (do Nikołajewa, w gub. Chersońskiej) — z Warszawy; J. Birencweiga, L. Falka, L. Fankanowskiego (do Wołkowysk), D. Frieda, W. Gajewicza, J. Kohna, W. Kotzina, Leszczyńskiego, J. Michalskiego, G. Rotzpana (do Omska), A. Rządu (do Kierczu, na Krymie), M. Silberstroma, Szumachera — z Łodzi; P. Bortnowskiego z Opatawa, Golakowskiego z Hrubieszowa, T. Biernackiego z Lubelskiego, S. Grzybowskiego z Lubelskiego, Juracha ze Sreńska.

Uwolniono ostatecznie kolegów: A. Goldenberga z Ozorkowa, A. Gruchalskiego z Kleczewa, E. Bondyego z Łodzi.

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 Апрель 1905 г.

Типография С. Дембского въ г. Лодзи.

Друк S. Dębskiego w Łodzi.