

## Organizacja ziemskiej pomocy lekarskiej.

Przez Władysława Biegańskiego. \*)

Spodziewany wkrótce samorząd w naszym kraju wkłada obowiązek na koła fachowe, aby już dziś opracować teoretyczne podstawy spraw, które mają być wprowadzone przez władze samorządne. Do takich spraw należy organizacja pomocy lekarskiej ziemskiej. Sprawa ta była niejednokrotnie podnoszona od dość dawnego czasu, opracowano nawet wiele projektów bardzo szczegółowych, nie sądzę jednak, aby przedmiot ten miał być już dostatecznie wyczerpanym, niema bowiem żadnej zasadniczej zgody w przedstawianych projektach. Sprawa więc wymaga dalszej dyskusji, lecz chcąc, żeby dyskusja była owocną, należy przed wszystkimi projektami ustanowić pewne ogólne postulaty, oparte możliwie na doświadczeniu i dopiero na takiej zasadzie możemy nowe projekty tworzyć, lub podane przez innych krytykować.

W projektach, jakie dotychczas były podawane, zauważyć można dwa kierunki: jeden (projekty Fiedlera, Rychlińskiego) zwraca główną uwagę na uprzystępnienie leczenia dla szerokiej warstw ludności i tym sposobem świadomie lub nieświadomie naśladuje organizację pomocy lekarskiej w ziemstwach rosyjskich, drugi—punkt ciężkości organizacji upatruje w szpitalnictwie i środkach sanitarno-hygienicznych (Łazarowicz). Projekty Fiedlera i Rychlińskiego mają jeszcze tę wadę, że nie uwzględniają stanu materialnego naszego kraju. Są stanowczo za kosztowne. Wojna japońska i długotrwała wewnętrzna zawierucha odbiły się bardzo niekorzystnie na wszystkich gałęziach produkcji w kraju naszym. A chociaż wraz z uspokojeniem kraju i z wprowadzeniem reform można się spodziewać wielkiego ożywienia produkcji, to prawdopodobnie minie dość długi okres czasu, nim straty obecne będą powetowane.

Z materialnym stanem kraju nasz przyszły samorząd będzie się musiał liczyć, aby nad miarę i możność nie powiększać ciężarów podatkowych, tembardziej, że potrzeby kraju wobec zupełnie zaniedbanej gospodarki są ogromne. To

też organizacja pomocy lekarskiej musi być przeprowadzona powoli, unikając kosztownych eksperymentów i zaczynając od rzeczy najniezbędniejszych, względnie najkorzystniejszych.

Zachodzi obecnie pytanie, co w organizacji pomocy lekarskiej jest niezbędne i praktyczne? O tem pouczyć nas powinno nie teoretyczne rozumowanie, lecz doświadczenie. Na szczęście, mamy możność korzystania z długotrwałego doświadczenia ziemstw rosyjskich, a po części i naszych zarządów fabrycznych, i tym sposobem możemy uniknąć wielu błędów i wielu kosztownych prób, które im przypadły w udziale. Pomoc lekarską ziemską w środkowych guberniach Cesarstwa znam dobrze, byłem przez dwa lata lekarzem ziemskim w pow. Żydzryńskim gub. kałuskiej i dla przykładu opiszę w krótkości istniejącą tam organizację pomocy lekarskiej.

Powiat Żydzryński, jeden z największych w gub. kałuskiej zajmuje około 100 mil. kw. przestrzeni i liczył w 1882 roku 180,000 mieszkańców. Powiat był podzielony na trzy rewiry lekarskie: jeden w mieście powiatowem i dwa w przeciwległych krańcach powiatu, w odległości około 40 wiorst od miasta. Odliczając część powiatu, zajęta przez znane zakłady fabryczne Malcowa, które miały swego lekarza, na każdy rewir lekarski wypadało około 45,000 mieszkańców. W każdym rewirze było po 8 t. zw. posterunków felczerskich. Jeden posterunek wypadał na dwie mniejsze lub jedną większą włość (odpowiednią naszym gminom). Felczer na posterunku miał podręczną apteczkę i materiały opatrunkowe i był poniekąd zupełnie samodzielny. Raz na miesiąc lekarz obowiązany był objechać wszystkie posterunki w swoim rewirze i przyjmować tam cięższych chorych, jakich mu felczer wskaże. Na głównym posterunku lekarskim był szpitalik na 10 łóżek, 2 felczerów i akuszerka. W mieście powiatowem był dość dobrze urządzony szpital na 80 łóżek i oddzielne ambulatoryum dla przychodzących chorych. Szpital i ambulatoryum obsługiwał jeden lekarz, za to lekarz ten miał mały rewir o dwóch posterunkach felczerskich. Ziemstwo w mieście miało swoją własną aptekę, zarządzaną przez 2 prowizorów, skąd wydawano lekarstwa na wszystkie posterunki w powiecie.

Koszty utrzymania takiej pomocy

\*) Odczyt, wypowiedziany na posiedzeniu Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dn. 4 lutego r. b.

lekarskiej, wliczając w to i dopłatę na utrzymanie szpitali ziemstwa gubernialnego, wynosiły od 45,000—50,000 rb. rocznie. Ponieważ budżet roczny ziemstwa powiatowego dosięgał sumy 180,000 rb., przeto wydatki na pomoc lekarską stanowiły przeszło 25% ogólnego budżetu.

Tak się w krótkim zarysie przedstawia organizacya pomocy lekarskiej w ziemstwie Żyzdrińskim. Może ona w pewnym stopniu służyć za przykład przeciętny, gdyż w organizacyi pomocy lekarskiej ziemskie zarządy weszły w pewną rutynę, która z małemi zmianami wszędzie się powtarza. A teraz zastanówmy się nad wadami tej organizacyi.

Niewątpliwą wadą w niej jest biurokracyzm w stosunkach i czynnościach. Lekarz ziemski jest przedewszystkiem urzędnikiem, ma nad sobą władzę — zarząd ziemstwa powiatowego, otrzymuje ztamtąd polecenia, pisze raporty, toczy nieraz z zarządem wojnę na papierze, kontroluje podwładnych mu felczerów, t. zw. kancelaryczyna zajmuje mu dużo czasu. Lekarz ziemski, jako urzędnik, nie przywiązuje się do miejsca, to też zwłaszcza na posterunkach wiejskich lekarze zmieniają się prawie co pół roku. Na posterunku przedemną było w ciągu dwóch lat aż czterech lekarzy. Znałem jednego lekarza ziemskiego, który w ciągu 10 lat swej praktyki służył w 17 ziemstwach i z humorem opowiadał, że do końca swego życia ma nadzieję przez służbę ziemską poznać całą Rosyę, jak ona długa i szeroka. Dziwić się więc nie można, że ludność nie może przywyknąć do takich lotnych lekarzy, nie może nabyć do nich zaufania. I lekarzom również dziwić się nie można, gdyż służba ziemska bardzo często jest usiana kolcami; pomiędzy zarządami ziemstw a lekarzami wynikają częste zatargi, prowadzące nieraz do masowego podawania się wszystkich lekarzy do dymisyi, do zawziętej polemiki na szpaltach pism fachowych i politycznych. A wszystkiemu winien system; zarząd chce koniecznie odgrywać rolę władzy, nieraz bezwzględnej, lekarz zaś nie zawsze chce się poddać tej władzy. Zapewne nie wszędzie się tak dzieje; są ziemstwa, gdzie u steru stoją ludzie inteligentni i wyrozumiali, tam i lekarze dłużej przebywają i sprawa pomocy lekarskiej jest lepiej postawiona. Ale na ogół rzecz biorąc, stosunki między zarządami ziemstw i lekarzami nie są świetne i ich powtórzenia u nas żyć sobie nie należy.

Zresztą, punkt ciężkości organizacyi

sanitarnej w ziemstwach rosyjskich polega najczęściej nie na pomocy lekarskiej, lecz na licznych posterunkach felczerkich, znajdujących się de jure pod kontrolą lekarzy ziemskich, ale de facto zupełnie samodzielnych; gdyż raz na miesiąc dokonany objazd nie może stanowić rzeczywistego dozoru. Nie potrzebuję chyba tłumaczyć, że leczenie felczerów nie wytrzymuje żadnej krytyki. Felczer leczy zwykle rutynicznie i syptomatycznie, nie stawia nigdy dyagnoz lub, jeżeli je stawia, to prawie zawsze błędnie. Może on nieraz przynieść choremu ulgę w objawach choroby, ale z drugiej strony, nie znając jej przebiegu, nie może dać wskazówek co do radykalnego leczenia i przez to przynosi pośrednio wielką szkodę choremu. Ostatecznie, pomoc felczerska jest surogatem pomocy lekarskiej i jeżeli w ziemstwach rosyjskich przy ogromnych przestrzeniach stanowi małym necessarium, to u nas przy odmiennych warunkach nie da się żadną miarą zalecić.

Wadą jeszcze w organizacyi ziemskiej pomocy lekarskiej w Cesarstwie są bezpłatne ambulatorya. Zapewne, działające ziemscy w Rosyi, ustanawiając wszędzie bezpłatną pomoc lekarską, mieli na myśli głównie, żeby przyzwycząić biedną i na niskim poziomie kulturalnym stojącą ludność do racjonalnej pomocy lekarskiej, ale doświadczenie pokazało, że zasada ta była błędna. Pomoc lekarska w ambulatoryach bezpłatnych nie tylko nie jest racjonalna, ale stanowczo jest zła. Wielka ilość zasięających porady, nieraz w sprawach chorobowych błahych, uniemożliwia dokładne zbadanie chorych i z konieczności prowadzi do symptomatycznego leczenia. Wada więc, którą wykazywaliśmy w leczeniu felczerskiem, występuje również i w bezpłatnem leczeniu ambulatoryjnym lekarskiem. Że przepełnienie ambulatoryów ma związek z bezpłatnem udzielaną poradą i bezpłatnem wydawaniem lekarstw, dowodzi tego następujący fakt, jaki miał miejsce w temże ziemstwie Żyzdrińskim. Na posiedzeniu zarządu ziemskiego uskarżano się na wielkie wydatki, jakie pociąga za sobą bezpłatne wydawanie lekarstw chorym ambulatoryjnym i postanowiono, aby na przyszłość od każdego chorego żądano zapłaty 5 kopiejek na szkło apteczne. Poczem liczba chorych w ambulatoryach odrazu zmniejszyła się o 60%. Ponieważ zapłata była minimalna a ludność zasięająca porady nie była tak biedna, aby powyższej opłaty uiszczyć nie mogła, przeto

łatwo ztąd wywnioskować można, że ubytek na liczbie chorych dotyczył takich osobników, którzy najzupełniej obejść się mogą bez leczenia. To samo zaświadczyć mogą lekarze fabryczni, że do ambulatoryów bezpłatnych zgłaszają się bardzo często ze skargami na przemijający ból głowy, ostry katar nosa, przyszczyki i t. d. Takie sprawy zwykle przemijają bez leczenia, ale jeżeli leczenie nic nie kosztuje, jeżeli w poczekalni ambulatornej można się spotkać ze znajomymi, pogadać, podowcipkować; co na szarem tle życia pracującej ludności ma pewien urok, to dla czego nie skorzystać i nie wziąć przepisanego lekarstwa, które, mówiąc nawiasem, nie zawsze się zażywa. A tymczasem tego rodzaju balast ogromnie ciąży na ambulatoriach, absorbuje czas lekarzowi, wyczerpuje go i nie pozwala poświęcić więcej uwagi poważnie chorym.

Bezpłatna pomoc lekarska ma jeszcze jedną bardzo ważną zasadniczą wadę, mianowicie pozbawia poradę i lekarstwo działania suggestyjnego, które przy leczeniu wewnętrznym jest nieraz bardzo potrzebne. Każdy człowiek zawsze mniej ceni to wszystko, co łatwo mu przychodzi, co nie kosztuje, aniżeli to, o co zabiegać musi, co mu z pewnym trudem i kosztem przychodzi. Ztąd stale powtarzające się ujemne uprzedzenie i lekceważenie porady lekarskiej bezpłatnej i lekarstw wydawanych darmo. Zwłaszcza mało inteligentni ludzie nie mogą się żadną miarą pozbyć tego uprzedzenia, o czem bardzo dobrze wiedzą lekarze, praktykujący w miejscowościach fabrycznych. A że podobne uprzedzenie nie może dodatnio wpływać na rezultaty leczenia, tego chyba dowodzić nie potrzebują.

Nakoniec nie jest również bez znaczenia i ta okoliczność, że na lekarstwa bezpłatne, częstokroć niepotrzebne i nieużywane, wydaje się zupełnie nieprodukcyjnie znaczną sumę pieniędzy. Pamiętajmy taki fakt, że przy czyszczeniu dółów ustępowych przy domach mieszkalnych jednej z większych fabryk w Częstochowie wydobyto cały skład flaszek z lekarstwami i pudełek z proszkami; a ileż tu było mikstur wylanych, proszków wyrzuconych, gdyż bądź co bądź flaszeczka i pudełko przedstawiają dla posiadacza zawsze pewną realną wartość.

Słowem, z jakiegokolwiek strony rozpatrywać będziemy bezpłatną pomoc lekarską, musimy przyznać, że jest złą w wykonaniu, nie licząc się z [psycholo-

gią ludzi i bardzo kosztowną. Nie spełnia ona nawet tego zadania, jakie jej teoretycznie przypisywano; nie przyzwyczajają ludzi do racjonalnego leczenia, lecz — przeciwnie — podrywa zaufanie do medycyny. A zatem stosować ją należy w bardzo ograniczonym rozmiarze, tylko dla ludzi zupełnie biednych. Zamiast wprowadzać powszechną bezpłatną pomoc lekarską, należy dołożyć wszelkich starań, aby pomoc ta była możliwie tania i możliwie dostępna i to będzie główną zadanie przyszłych naszych ziemstw.

Biurokratyczna organizacya lekarsko-felczerskiej, bezpłatnej pomocy nie ziszczała w ziemstwach rosyjskich tej nadziei, jaką na niej pokładano. Śmiertelność w środkowych ziemskich guberniach Cesarstwa nie zmniejszyła się i jest tam dziś nawet większa, aniżeli wśród naszej ludności wiejskiej, pozbawionej prawie zupełnie pomocy lekarskiej. Smutny ten rezultat albo, właściwie mówiąc, ten brak rezultatu nie zadziwi każdego, kto patrzy trzeźwo i nie przecenia siły naszej sztuki lekarskiej. Wysoki procent śmiertelności zależy głównie od chorób zakaźnych, a, jak wiemy, sztuka leczenia w tych właśnie chorobach nie wielkie święci tryumfy; to też choćbyśmy w każdej wsi ustanowili posterunek lekarski i dostarczyli bezpłatną pomoc wszystkim bez wyjątku chorym, to i tak procent śmiertelności nie o wiele by się zmniejszył. Organizacya więc sanitarna, która kładzie nacisk tylko na leczenie nie będzie się mogła nigdy pochwalić wynikami pomysłnymi albo przynajmniej wyniki te nie będą odpowiadały ogromowi włożonego kapitału i pracy.

Ostatecznie musimy przyznać, że dzisiejsza organizacya medycyny ziemskiej jest zła — oto wniosek, do którego zresztą dochodzą dziś wszyscy wybitniejsi lekarze ziemscy w Rosyi. To też od stosunkowo niedawnego czasu zaczyna się tam ruch w kierunku polepszenia warunków sanitarnych, w kierunku, że tak powiem, sanitarno-hygienicznym, który wyda zapewne wkrótce pomysłniejsze wyniki. My też nie powinniśmy naśladować błędów rosyjskich działaczy ziemskich, lecz, skorzystawszy z ich doświadczenia, powinniśmy całą naszą działalność przedewszystkiem zwrócić odrazu w kierunku sanitarno-hygienicznym. Spodziewane dość szerokie atrybucye władz samorządnych pozwolą prawdopodobnie opracować i na drodze prawodawczej ustanowić pewne przepisy sanitarne, obowiązujące w budowie domów po wsiach,

w utrzymaniu czystem ulic, podwórz y i tp. Następnie, ziemstwa muszą jeszcze okazać pomoc w budowie kaplic przedpogrzebowych, łaźni miejskich, ochron dla dzieci, powinny propagować towarzystwa wstrzemięźliwości, uświadamiać ludność o zdrowiu i chorobach za pomocą odczytów, wydawnictw i t. p. Sądzę, że taka działalność medycyny ziemskiej będzie rzeczywiście owocna. Co zaś do leczenia, to trzeba je pozostawić własnym staraniom zainteresowanych jednostek; ziemstwo będzie miało tylko obowiązek ułatwić w pewnym stopniu i uprzystępnąć pomoc lekarską.

Zachodzi teraz pytanie, w czym się powinno wyrazić to uprzystępnienie pomocy lekarskiej? W samym początku działalność ziemstw rosyjskich wywiązał się praktyczny spór; czy posterunki lekarskie powinny być stałe, czy ruchome. Stałe posterunki lekarskie szły zawsze w parze z zakładaniem szpitali, ruchome zaś oznaczały pomoc ambulatoryjną. Jeżeli więc pytanie tak postawimy, co jest praktyczniejsze i z punktu widzenia lekarskiego lepsze, czy leczenie szpitalne, czy ambulatoryjne, to w odpowiedzi na nie niemoże być dwóch zdań. Zwłaszcza dla ludności ubogiej, a o tę to najwięcej chodzi, leczenie szpitalne jest najodpowiedniejsze i jedynie racjonalne, Jeżeli się zważy okropne warunki higieniczne, w jakich przemieszkuje u nas proletaryat miejski a nawet i zamożniejsi włościanie po wsiach, biedę, brak kultury, to przynajmniej musimy, że leczenie domowe w tych warunkach nie może dać pomyślnych wyników. W takich warunkach przy leczeniu domowym nie można nawet marzyć ani o odpowiedniej dyecie, ani o zastosowaniu w odpowiednim czasie zabiegów chirurgicznych, masażu, kąpieli i innych najskuteczniejszych sposobów leczenia; cała nasza terapia ograniczyć się musi do przepisywania przetworów farmaceutycznych, co do których nawet nie możemy mieć pewności, czy są i będą używane podług przepisu. Następnie przez leczenie szpitalne da się rozwiązać tę tak trudną do urzeczywistnienia izolację w chorobach zakaźnych. Taki chory, lecząc się w domu, jest stałem i długotrwałem źródłem zarażenia nie tylko dla całej swej rodziny, lecz i dla odwiedzających go znajomych. Bezgraniczne prawie szerzenie się chorób zakaźnych po wsiach, nieustające ogniska tyfusu brzuszego w miejscowościach fabrycznych, w dzielnicach zamieszkałych przez ludność roboczą—oto ko-

nieczne wyniki domowego leczenia. To też dla dobra chorych, dla dobra kraju i ogółu ludności należy koniecznie popierać leczenie szpitalne możliwie we wszystkich chorobach obłożnych.

Spotykany dziś u chorych wstręt do szpitalnego leczenia znajduje niewątpliwie wytlomaczenie w ohydny m stanie naszego szpitalnictwa. Brak wygód, brak dobrej i nadewszystko przyjaźnej opieki, brak spokoju na przepełnionych salach, ciągły widok cierpień i wypadków śmierci—nie usposabia bynajmniej chorych przyjaźnie do szpitala. Należy o tem pamiętać i przy przyszłej reformie naszego szpitalnictwa usunąć wszystko to, co dziś wywołuje uzasadniony wstręt. Mojem zdaniem, nie tyle tu należy położyć nacisku na komfort w budowie, która może i powinna być skromna wobec braku rozporządzalnych funduszy i niewielkich pod tym względem wymagań naszych chorych, lecz głównie na jakość i ilość służby, na wzorowy wewnętrzny porządek. Należy przytem unikać przy budowie wielkich sal, segregować odpowiednio materiał szpitalny, odosobnić ciężkich chorych w separatkach, aby nie budzić wstrętu wstrząsającym widokiem cierpień i śmierci, dbać o rozrywkę chorych, słowem—zaprowadzić w szpitalu atmosferę domowego ogniska. Sądzę, że tą drogą uda się pokonać w naszym ludzie dawno zakorzeniony wstręt do szpitala i tym sposobem całą sprawę leczenia postawić na racjonalnych podstawach.

Czy leczenie w szpitalach ziemskich powinno być bezpłatne? Tak i nie; powinno być bezpłatne dla ludzi zupełnie biednych, osoby zaś zamożniejsze powinny płacić za swoje utrzymanie w szpitalu. Przyczem należałoby ustanowić kilka rodzajów opłat, od zupełnego zwrotu kosztów utrzymania do uiszczenia drobnej ich części—stosownie do możliwości. Wszystko bowiem, co powiedziałem poprzednio o bezpłatnem leczeniu da się zastosować i do leczenia szpitalnego.

Jakie szpitale są najodpowiedniejsze, czy małe, lecz za to liczne, czy też mniej liczne, lecz większe? Otóż głosowałbym stanowczo za szpitalami większymi, gdyż w nich i służba może być odpowiednio wyszkolona i kontrola nad porządkiem poniekąd łatwiejsza i nakoniec pomoc lekarska może być więcej wyspecjalizowana i skuteczniejsza. Przy gęstem zaludnieniu naszego kraju budowa szpitalików wiejskich jest zupełnie zbyteczna, szpitale powinny być tylko w miastach, a w głównych ośrodkach gubernii powinny

być wybudowane szpitale duże, zaopatrzone możliwie we wszystkie pomoce dla leczenia, z oddziałami pod kierunkiem odpowiednich specjalistów.

Co ziemstwa powinny uczynić dla uprzysiężenia leczenia chorym nieobłożnym lub takim, którzy z jakichkolwiek względów nie mogą zmieścić się w szpitalu? Sądzę, że tymczasowo rzecz tę rozważać można tym sposobem, żeby w każdym miasteczku zamieszkiwał stale lekarz. Gęste u nas miasteczka, czyli t. zw. osady, są poniekąd ośrodkami handlowymi dla ludności wiejskiej w promieniu jakich 8 lub 9 mil. Ludność więc wiejska miałaby to ułatwienie, że nie potrzebowałaby o poradę udawać się daleko; ostatecznie i sprowadzenie lekarza do chorego ze względu na małą odległość byłoby mniej kosztowne. Aby zaś lekarz mógł zamieszkiwać w takich miasteczkach, gdzie dziś niema możliwości utrzymania się z wolnej praktyki, ziemstwa powinny wydawać im zapomogi rozmaitej wysokości - stosownie do miejsca. Jeżeli miasteczko jest małe i okolica biedna, zapomoga powinna być większa, przeciwnie, gdzie miasteczko jest większe i praktyka wolna lekarza zapewniona, tam zapomoga może być mniejsza. Za tę zapomogę lekarz obowiązany byłby mieć dozór sanitarny w swoim okręgu i leczyć darmo zupełnych biedaków, włóścian bezrolnych i komorników. Z biegiem czasu w miarę wzrostu kultury i potrzeb możnaby sprowadzać lekarzy i do ludniejszych wsi kościelnych. W każdym razie, lekarz w miasteczku nie powinien tracić charakteru lekarza wolnopracującego i przyjmować roli urzędnika ziemskiego. Rzecz prosta, że skreślałam tu tylko zasadnicze punkty, nie wdając się w szczegóły, które zresztą w rozmaitych miejscowościach mogą wypaść rozmaicie, stosownie do potrzeb miejscowych.

Oto główne podstawy w organizacji pomocy lekarskiej ziemskiej; starałem się je uzasadnić, powołując się na doświadczenie ziemstw rosyjskich. Zasady te mogą uleść dyskusji; w każdym razie lepiej dyskutować nad zasadami, aniżeli nad projektami. To jedno dla mnie, znającego bliżej gospodarke lekarską ziemską w Cesarstwie, jest pewnem, że gospodarke ta ma wielkie braki, jest zasadniczo wadliwą i dla tego żadną miarą nie powinna być wzorem dla naszych ziemstw.

Opierając się na powyżej wyłuszczonej zasadach, chciałbym skreślić projekt organizacji lekarskiej w ziemstwie

gub. piotrkowskiej. Wybieram tu gubernię a nie powiat, gdyż dziś właściwie nie wiemy, jaka będzie u nas najniższa jednostka ziemska, czy jeden, czy dwa lub trzy powiaty, czy nawet cała gubernia. Wobec tego, nie przesądając przyszłych urzędzeń, rozpatrzmy w projekcie obszar całej gubernii. Z gub. piotrkowskiej wyłączyć trzeba miasto Łódź, jako odrębną i prawdopodobnie niezależną jednostkę samorządną. Otóż przede wszystkim, stosownie do zasad wypowiedzianych powyżej, ziemstwo powinno zwrócić główną uwagę na szpitale. W trzech głównych punktach gubernii mianowicie w Sosnowcu (lub w Będzinie), w Częstochowie i w Piotrkowie powinny być wybudowane duże szpitale. Każdy z nich powinien mieć przynajmniej po 150 łóżek etatowych (w razie potrzeby liczba ta mogłaby być podniesiona do 200). W każdym takim szpitalu powinny być 3 oddziały stałe: wewnętrżny, chirurgiczny i weneryczny, oprócz tego w jednym z nich oczny i w jednym laryngologiczny. Oddziałami tymi zarządzać mają ordynatorzy, naznaczeni drogą konkursu. Jeden z ordynatorów zamieszkiwać powinien w szpitalu i pełnić obowiązki naczelnego lekarza. Oprócz ordynatorów w szpitalu powinien być lekarz asystent, stale tam mieszkający z całkowitem utrzymaniem. Asystenci powinni się rekrutować z lekarzy młodych, kończących studia lekarskie i termin asystentury nie powinien przekraczać dwóch lub trzech lat. Szpitale główne mają być zaopatrzone dobrze we wszelkie pomoce lecznicze i naukowe.

Oprócz trzech głównych szpitali w gubernii powinny być mniejsze szpitale powiatowe w następujących miastach: w Radomsku, Brzezinach, Łasku, Rawie, Tomaszowie, Zgierzu i Pabjanicach. Te siedm szpitali powinny liczyć każdy około 30 łóżek etatowych. Szpitalami powiatowymi zarządza jeden lekarz, najlepiej z ukończonych asystentów szpitali głównych.

Uposażenie szpitali powiatowych w pomoce lecznicze jest mniejsze, to też dla poważniejszych operacji, dla specjalnych zabiegów leczniczych chorzy ze szpitali powiatowych wysyłani będą do głównych.

Niezależnie od szpitali ogólnych, głównych i powiatowych powinien być jeszcze założony szpital specjalny dla umysłowo-chorych na 100 łóżek w środku gubernii, najlepiej gdzieś na wsi, w bliższej okolicy Radomska, oraz trzy

przytułki położnicze na wzór istniejącego w Częstochowie w trzech głównych miastach: Sosnowcu, Częstochowie i Piotrkowie. Przy szpitalach głównych powinna być szkoła dla pielęgniarzy i pielęgniarek, przy przytułkach zaś położniczych—szkoły dla babek wiejskich.

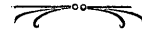
Liczba więc łóżek etatowych w szpitalach będzie wynosić: w głównych i powiatowych 650, a w specjalnych 120, w sumie więc 770. Nie jestto liczba wystarczająca, ale znowu nie tak mała, jeżeli uwzględnimy, że dziś we wszystkich rządowych szpitalach gubernii, wyłączając Łódź, jest 240 łóżek etatowych. Zresztą, mówimy tu o etacie, pomieszczenie jednak w szpitalach powinno być obliczone na dodatkową liczbę łóżek, która w razie potrzeby może przewyższać o 30% liczbę etatową. Gdyby w razie większego zaufania śród ludności do leczenia szpitalnego liczba ta okazała się niewystarczającą, w każdym czasie można przybudować odpowiednie pawilony do istniejących szpitali.

Oprócz szpitalnictwa ziemstwo zająć się powinno, aby we wszystkich miasteczkach gubernii zamieszkiwali lekarze. Takich miasteczek w gubernii Piotrkowskiej liczymy 37, po 4—6 na jeden powiat. W 21 miasteczkach mieszkają już dziś lekarze, ziemstwo powinno się postarać, aby i do pozostałych miasteczek sprowadzić lekarzy, zapewniając wszystkim zapomogę (od 300—900 rb.) za doróż sanitarny i leczenie biednych.

Lekarze małomiasteczkowi w powiecie wraz z członkami zarządu ziemskiego stanowią t. zw. radę sanitarną, która odbywa swe posiedzenia w mieście powiatowem i postanawia środki sanitarne. Fundusze na te instytucje wyznacza ziemstwo.

Koszta takiej organizacji wynoszą: 1) wydatek na szpitala, licząc dzień szpitalny i łóżko po 1 rb., stanowić będzie rocznie około 280,000. Z tej sumy jednak odliczyć musimy zwrot kosztów za leczenie (w przybliżeniu  $\frac{1}{4}$  sumy), udział, jaki przyjąć będą musiały miasta—także mniej więcej  $\frac{1}{4}$  powyższej sumy. Ostatecznie koszt utrzymania szpitali wyniesie około 140,000 rb. 2) Zapomogi dla 37 małomiasteczkowych lekarzy około 20,000, 3) koszt lekarstw dla biednych, wydatki na szczepienie ospy i t. p. 10,000 rb., 4) około 30,000 rb. (licząc od 3 — 4,000 na powiat) na zarządzenia i środki sanitarne. Cały więc wydatek w przybliżeniu wyniesie rocznie około 200,000 rb. co przy ludności 1,250,000 i spodziewa-

nym budżecie  $1\frac{1}{2}$  miliona rubli stanowić będzie około 20 kop. na mieszkańca i  $\frac{1}{4}$  część budżetu.



Ze szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi.

## Przypadek zakażenia septycznego z zajęciem kilku stawów u tygodniowego dziecka oraz kilka uwag w sprawie zakażeń septycznych u noworodków.

Podał Wacław Jasiński (lek.-intern. szpitala).\*)

Noworodkom nasze piśmiennictwo lekarskie zbyt mało naogół poświęca miejsca. Jeżeli nawet sprawy karmienia noworodków i opatrywaniu pępka (najpoważniejsze zresztą z kwestyi tego działu) doczekały się w ostatnich latach szerszego omówienia, to jednak wiele jeszcze w kwestyi noworodków brak nam wyjaśnień. W sprawie zakażeń septycznych; naprzykład, istnieje stanowczo pewne niedomówienie: gdziekolwiek bowiem o pielęgnowaniu noworodków czytamy, wszędzie słuszne znajdujemy skargi na ogromne zaniedbanie, jakie panuje dotąd w tej dziedzinie, po macoszemu ciągle przez lekarzy traktowanej i wciąż w niepowołane oddawanej ręce. Prace podobne wskazują także na znaczne niebezpieczeństwo, jakie z podobnego zaniedbania dla noworodków wypływa. Ale na tem ogólnikowem omówieniu braków kwestya zazwyczaj się kończy. A przecież jednym z koniecznych warunków walki z jakimkolwiek niebezpieczeństwem jest przedewszystkiem uświadomienie sobie stopnia tego niebezpieczeństwa. Tego u nas brak właściwie: o zakażeniach septycznych u noworodków mileżą sprawozdania z naszych oddziałów położniczych (sprawozdania te, bardzo z resztą nieliczne, noworodkom zazwyczaj po kilka słów tylko poświęcają); nie dzieli się z nami także żadnymi spostrzeżeniami w tej sprawie Dom wychowawczy przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, — instytucya, największe u nas pole do obserwacji noworodków mająca; wreszcie z praktyki prywatnej nie znajdujemy także opisów podobnych przypadków. Przegląd piśmiennictwa lekarskiego z lat

\*) Czytane w Tow. lek. łódzkim d. 20/VII 05.

1897 — 1904 ani jednej pracy podobnej nie notuje. Mimowoli więc odczuwa się pewną wątpliwość co do istotnej częstości podobnych zakażeń, co do rozmiarów owego „uznanego niebezpieczeństwa“: może odporność ustroju noworodków równoważy to niebezpieczeństwo i zakażenie septyczne u noworodków, mimo przyjaznych dla się warunków, w rzeczywistości są rzadkie? Albo też — wniosek drugi — zakażenia podobne uchylają się z pod spostrzegania lekarskiego; a może wreszcie spostrzegane bywają niedostatecznie, z mniejszą niż na to zasługują uwagą?

Te wnioski chcę rozpatrzyć. Co się tyczy odporności ustroju noworodków, to sprawa ta przez badaczy obcych szeroko już rozważana była. Liczne rozumowania teoretyczne, poparte spostrzeganiem klinicznym i nawet doświadczeniami, doprowadziły do wniosku, który postawionemu powyżej wręcz przeczy: noworodek, podobnie jak położnica, na niebezpieczeństwo ze strony drobnoustrojów narażony, znacznie mniej od niej jest odpornym. Nie brak na to dowodów: fagocytoza, ten najpotężniejszy może objaw walki z drobnoustrojami, u noworodka nie dochodzi do tego stopnia natężenia, jaki u dorosłych spotykamy (R. Fischl); nierozwinięte dostatecznie narządy (gruczoły chłonne, szpik kostny, śledziona) nie mogą dostarczyć ustrojowi *doskonalszych* fagocytów. Niewiele też (według Marmorka) spodziewać się można po krwi noworodka, której własności bakterycydzkie zgoła są nieznaczne. Brak więc noworodkowi zasobów do walki; walka też niewielkiem odznacza się natężeniem, co uwydatnia się klinicznie: ciepłota u noworodków w przypadkach zakażeń septycznych podnosi się zwykle umiarkowanie, obrzmienie śledziona i gruczołów chłonnych spotykamy rzadko. A priori zresztą od nierozwiniętego jeszcze ustroju skutecznej walki oczekiwać trudno: niema więc mowy o większej odporności noworodków. Zobaczmy jeszcze, by skończyć z wnioskiem pierwszym, czy sposobność zakażenia jest rzeczywiście tak znaczną. Otóż, jak twierdzą znowu obcy, większą ona jest, niż dotąd przypuszczano. Bo ranie pępkowej, która w rzeczy samej najczęstszą jest drogą zakażenia, zbyt wyłączone jednak nadawano znaczenie. Tymczasem, oprócz pępka, skóra noworodka, organ niezmiernie czuły i łatwo ulegający nadżerkom, równie wdzięczne dla wnikania drobnoustrojów przedstawia pole; dalej błona śluzowa jamy ustnej, która przy wciąż jeszcze szablo-

nowo praktykowanym wycieraniu ust noworodka łatwo obrażeniom podlega, może być eo ipso częstą drogą zakażenia; wreszcie zapoznawane było dotąd znaczenie odnośnie błony śluzowej całego przewodu pokarmowego jako też dróg oddechowych, co nowsze badania ogromnie podkreślają (R. Fischl, Hutinel, Marfan i inni). Więc i sposobność zakażenia jest bardzo znaczną.

Pozwólmy jeszcze, by o częstości zakażeń przemówiły cyfry. Ścisłszym badaniem w tej sprawie dał początek Evöss, który (w r. 1894) z kliniki w Peszcie szczegółowe przytoczył dane; określił on ilość gorączkujących na 43%, z czego 22% przypadało na zakażenia pępkowe; w praktyce prywatnej ilość gorączkujących z ostatniego powodu wynosiła 28%. W tej samej klinice po zwróceniu baczniejszej uwagi na pielęgnowanie noworodków (opatrywanie pępka w szczególności) ilość gorączkujących padła do 11.3%, z czego tylko 3% na zakażenia pępkowe przypadało (Doctor). Roesing (z kliniki Kaltenbacha) określał ilość gorączkujących z powodu powikłań pępkowych na 21 procentum, Epstein (z Pragi) na 30%. Z późniejszych badań Grósz (z Pesztu) w źródłowej i na dużym materiale opartej pracy, poświęconej chorobowości niemowląt, ciekawe daje nam liczby: u 21,6% zaledwie mógł on uznać prawidłowy przebieg gojenia się rany pępkowej, w 78,4% więc znajdował powikłania! Z naszych autorów Kosmiski ilość gorączkujących z powodu powikłań pępkowych określa na 6,5%.

Więc i liczby za częstością zakażeń wyraźnie przemawiają; upada przeto w całości wniosek pierwszy. Wniosek drugi mówi o możliwości spostrzegania zakażeń septycznych.

Słwko usprawiedliwienia należy się najpierw zakładom położniczym: zakażenia septyczne u noworodków występują zazwyczaj dosyć późno, już po opuszczeniu przez matki zakładów; tutaj zatem niezawsze mogą być spostrzegane. A poza zakładem opieka nad noworodkiem najczęściej bez udziału lekarza upływa. Więc spostrzeganie utrudnione jest zaiste. Ale czy stan podobny za normalny powinien być uważany? Eröss twierdzi, że znaczna część winy na samych lekarzy spada: zakłady położnicze przeznaczone są dla położnic, a o noworodkach najmniej myślęć mogą; akuszerzy z natury rzeczy matkom uwagę swą poświęcają, pediatrów zaś, którzyby w zakładach tych o noworodkach myśleli,



niewiele klinik liczy; wykład uniwersytecki (z małymi wyjątkami) noworodka zupełnie prawie pomija — i młody lekarz rozpoczyna praktykę, słabe zazwyczaj o pielęgowaniu noworodka mając pojęcie, nie dziwnego więc, że o opiekę nad noworodkiem niezbyt chętnie się dopomina.

Zaznaczona wyżej trudność spostrzeżenia zakażeń u noworodków nie starczy zresztą za zupełne usprawiedliwienie: liczne głosy twierdzą, że i w spostrzeganych przypadkach rozpoznanie zakażenia septycznego stawiane bywa zbyt rzadko. R. Fischl w różnych pracach kilkakrotnie zaznacza, że wiele spraw, przebiegających klinicznie z objawami jedynie kiszgowymi lub płucnymi (Gastroenteritis, pneumonia lobularis), przy ściślejszem badaniu za septyczne uznać należy: w wypadkach podobnych znajdował Fischl (przy badaniu sekcyjnym) rozsiane ropnie, zwyrodnienia organów mięszszowych, wybroczyny krwawe na błonach surowiczych — a natomiast nieznaczne bardzo objawy ze strony kiszek; badanie swe wypełnił Fischl poszukiwaniami histologicznymi, i szczególnie bakterjologicznymi, co razem upoważniło go do stanowczego wniosku, że sprawy te dotąd niewłaściwie otrzymały oświetlenie. Podobnie też cały szereg przypadków pemphigus (periumbicalis—katexochen), choroby Buhl'a, Winkel'a, dermatitis exfoliativa i inne Fischl do septycznych zalicza; w tym samym rzędzie stawia Fischl opisane przez Parrot p. n. „athrepsie“ wypadki wycieńczenia noworodków. Eröss także bardzo septycznie wyraża się o „wrodzonej słabości“ (angeborene Schwäche, debilitas congenita), jaką statystyki urzędowe za przyczynę niezwykłej śmiertelności noworodków tak chętnie podają; ogromna część tych przypadków właściwie w zakażeniu septycznym ma źródło.

Podobne właśnie przypadki w piśmiennictwie naszym zamało stanowczo są uwzględniane. A wydaje mi się, że nietylko te „ciekawe“ na opis zasługują, ale i mniej wybitne, gdzie jednak źródła zakażenia dopatrzyć się można, warte są wzmiarki; zgrupowanie bowiem podobnych, choćby najzwyczajiej przebiegających, przypadków da dopiero dokładniejsze o niebezpieczeństwie zakażenia pojęcie; dalej, każdy przypadek zakażenia szerokie do badania daje pole (dość wspomnieć o poszukiwaniach bakterjologicznych Fischl'a, Escherich'a i in.), wreszcie

szersze omówienie tej kwestyi przyczyniłoby się do głębszego zainteresowania się noworodkiem, co chyba jest pożądane.

Z tego wychodząc założenia, podaję opis przypadku, który, choć nie mógł być spostrzegany w całej rozciągłości (brak danych sekcyjnych), zasługuje na uwagę ze względu na różnorodne i rzadkie zmiany.

Dnia 16/IX r. z. p. G. K., pracownica fabryczna z Widzewa, przyniosła do ambulatoryum szpitala urodzoną przed 8 dniami córeczkę, \*) skarżąc się przedewszystkiem na znaczną biegunkę, jaką od 2 dni u dziecka spostrzegła: stołeczki 6—8 r. dziennie, obfite, wodniste, niecuchnące; wcześniej już — od dni czterech — dziecko zdradzało niepokój („krzyczy“) i nie chciało ssać.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że przyniesione dziecko jest drugim z rzędu, poronień nie było; dziecko było donoszone, przyszło na świat bez wysypki, nie sine. Poród nie był trudny: odbył się bez pomocy lekarza i akuszerki; pielęgnowanie położnicy i noworodka poruczono babce wiejskiej. Dziecko przystawiono do piersi w 24 godziny po porodzie, — kapano codziennie. Sznurek pępkowy odpadł 6 dnia po porodzie, niczem uwagi otoczenia na siebie nie zwracając. Objawy chorobowe wystąpiły 4-go dnia życia, z początku niewyraźnie: krzyczało, ssać nie mogło; dwa dni później wystąpiła biegunka, a na skórze pokazały się nieliczne drobne pęcherzyki, którym otoczenie żadnego jednak nieprzypisywało znaczenia. Do ambulatoryum przyniesiono dziecko na 8-y dzień życia, a 4-ty choroby. Dziecko drobne, wychudłe. Skóra sucha, szorstka, w wielu miejscach łuszczenie; na tle ogólnego zaczerwienienia gęsto rozsiane drobne pęcherzyki, wypełnione gęstą nieprzezroczystą cieczą; na brzuszku nieliczne większe pęcherzyki (w kształcie pemhigus neonatorum); podeszwy i dłonie blade, od wysypki wolne. Ranka pępkowa przedstawia niewielką, różową, ziarninującą powierzchnię — nacieczenia w okolicy pępka nie zauważono. Gruczoły chłonne niepowiększone; łącznice oczu zmian nie przedstawiają. Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona; dziąsła szczęki górnej po stronie lewej obrzmiałe, miękkie, barwy brudno-szarej, — przy

\*) Notabene, niosta dziecko 1 1/2 wiorsty, w 8 dni po porodzie sama matka, choć miała gorączkę i dreszcze.



ucisku oddziela łatwo szarawe strzępki; z ust cuchnie. Na języku i podniebieniu zmian żadnych (jak: wybroczyny, soor) nie zauważono.

Bardzo liczne zmiany przedstawiają stawy wszystkich kończyn. Staw barkowy prawy obrzmiały, skóra lekko zaczerwieniona, wyczuwa się chełbotanie; staw łokciowy wolny, napiętkowy obrzmiały, w okolicy jego dwa powierzchowne niewielkie ropnie z wyraźnym chełbotaniem. W kończynie górnej lewej staw barkowy wolny, łokciowy obrzmiały, skóra zaczerwieniona; w okolicy stawu napiętkowego niewielki ropień powierzchniowy. Palec środkowy ręki lewej na powierzchni dłoniowej obrzmiały na przestrzeni dwu pierwszych paliczków, skóra barwy czerwono-sinej, chełbotanie wyraźne. Stawy biodrowe obu kończyn dolnych zmian wyraźnych nie przedstawiają; kolanowe—obydwa obrzmiałe. Obie golenie na całej przestrzeni obrzmiałe, skóra ciastowata; staw skokowo-goleniowy lewy bardzo obrzmiały, skóra czerwona. W okolicy kości krzyżowej skóra na znacznej przestrzeni zaczerwieniona, chełbotanie wyraźne. W organach wewnętrznych zmian szczególnych nie znaleziono. Oddech częsty, równy; zmian wypukowych lub wysłuchowych ze strony płuc brak. Tętno serca głucho, rytm płodowy, tętno 140; zmiany granic serca nie zauważono. Wątroba i śledziona nie wymagalne; wzdęcie brzucha nie wybitne. Stan ogólny b. ciężki; t° 39,1 (in recto).

Przebieg choroby był bardzo krótki, objawy chorobowe wzmagaly się; w 4 dni po wystąpieniu wyraźnych objawów choroby nastąpiło zejście śmiertelne, wśród drgawek.

Rozpoznanie powyższego przypadku nie należy do zawiłych — objawy rzucają się tu w oczy dość wyraźnie. Szereg ropni powierzchownych i rozległe ropówki (golenie, okolica kości krzyżowej), zajęcie kilku stawów, wysypka dosyć charakterystyczna i biegunka łącznie z ciężkim stanem ogólnym dziecka dadzą się razem ująć w jeden obraz, zakażeniu septycznemu właściwy. Daleko trudniej będzie określić tu drogę zakażenia—można jedynie pokusić się o rozstrzygnięcie tego pytania z największym prawdopodobieństwem. Co do pępka, to w danym przypadku można chyba uwolnić go od odpowiedzialności: resztki pępownicy odpadły we właściwym czasie, gdy tymczasem w razie zakażeń tą drogą odparcie zaciągać się zwykło; powtóre zaś, zmiany chorobowe okolicę pępka zu-

pełnie ominęły. Jakkolwiek dowody te nie są w stanie zakażenia pępkowego wykluczyć, bo i przy zakażeniu tą drogą pępownik w porę odpaść może, a zmiany w najbliższej okolicy pępka (idąc wzdłuż naczyń pępkowych w ścianie brzucha) umiejscowione być mogą głęboko i niełatwo wykryć się dają, — jednakże dowody te prawdopodobieństwa zakażenia drogą pępka znakomicie zmniejszają. Dalej możnaby każdy organ z kolei — w naszym przypadku skórę (naderki, łuszczenie) i kanał pokarmowy (biegunka) w szczególności o pośrednictwo w zakażeniu posądzać. Najwięcej jednak poszlak daje błona śluzowa jamy ustnej: umiejscowione tu są zmiany poważne (zgorzel połowy dziąsła szczęki górnej), dalej objawy z tej strony najwcześniej wystąpiły (dziecko ssać przestało, co łatwo bólem przy tym akcie się tłomaczy); a o źródło zakażenia nie trudno chyba w jamie ustnej, szczególnie przy energicznym wycieraniu ust noworodka niezawasze jałowym materyalem. Jeden jeszcze względ poważny przemawia za tą drogą zakażenia: przyjmując zakażenie tą drogą, możnaby szybki przebieg choroby jakkolwiek sobie wytłomaczyć. W danym bowiem przypadku nie mamy powodów noworodka naszego o szczególnie słabą odporność posądzać: brak nam danych dziedzicznych i wskazówek co do gruźlicy lub przymiotu, brak wad wrodzonych, — dziecko donoszone; szybki przebieg sprawy monaby raczej wzmożonej zjadliwości drobnoustrojów chorobotwórczych przypisać. A Fischl i Marmorek stanowczo utrzymują, że współzycie drobnoustrojów ropotwórczych z gnilnymi (co właśnie w danym przypadku mogło w jamie ust mieć miejsce) wpływa na wzmożenie zjadliwości ropotwórczych; przyczyn tej wzmożonej żywotności w naszym przypadku tembardziej szukać trzeba, że u matki, która z tego samego źródła (przypuszczać można) uległa zakażeniu, natężenie objawów chorobowych było względnie nieznaczne.

W opisanym przypadku zasługuje na uwagę wieloliczne zajęcie stawów, nadające odrębną cechę całemu obrazowi chorobowemu. Daje ono możliwość pewnej analogii z obrazem wyodrębnionym przez Heubner'a; pod nazwą „mehrfache eitrige Entzündung“ opisuje Heubner postać chorobową o ostrym przebiegu, gdzie, poczynając zazwyczaj od opłucny i osierdzia, dojść może do zajęcia wielu błon surowiczych — w tej liczy-

bie stawowych (polyserositis). A choć zajęcie opłucny \*) od postaci tej jest nieodłączne, zajmuje ono jednak tak nie wielkie nieraz przestrzenie lub tak się umiejscawia, że uwydatnić je trudno; Heubner wspomina, że kilkakrotnie nie znajdował mimo usilnych poszukiwań zmian fizykalnych tam, gdzie sekcyja następnie niewątpliwe zajęcie wykazywała.

Może i w naszym przypadku sekcyja dałaby możliwość szerszej analogii z opisanym przez Heubnera obrazem — wówczas zajęcie kilku stawów stałoby się niezmiernie ciekawym obrazem tego uzupełnieniem. W dziedzinie przypuszczeń musiało to pozostać, niestety.

\*) W przypadku naszym nie wykazano go nawet przy nakłóciu próbnym.



## ☉ ranach postrzałowych.

Podał A. Krusche (Łódź).

Starszy lekarz szpitala św. Aleksandra.

(Dokończenie).

*Uszkodzenia kości.* Los chorych z ranami postrzałowymi kości, zadanymi małokalibrową bronią, rozstrzyga nie tyle samo uszkodzenie kości, ile uszkodzenie pokrywających kość miękkich części (Küttner). Czem więcej ucierpiały miękkie części, tem większe są otwory zewnętrzne i tem szerzej otwarte wrota zakażenia.

Wejściowy otwór jest zwykle mały, za wyjątkiem przypadków, w których kula bokiem weszła, i tych, w których trafiona zbliżka kość leży tuż pod skórą, np. kostki goleni. W tych ostatnich przypadkach kula, uderzając o kość, rozsada takową, a pękające części kości rozlatują się w różnych kierunkach, nawet i w stronę wejściowego otworu. Z moich spostrzeżeń przytoczyć mogę postrzał przez obie kostki prawej goleni, w których otwory w skórze były nierówne, szarpane i do rozmiarów 2 przeszło centymetrów dochodziły; w wejściowym i wyjściowym otworze znalazłem małe odłamki kości.

Wyjściowy otwór w moich przypadkach był zawsze znacznie większy od wejściowego, a to z powodu, że kula zabiera z sobą części kości lub, zmieniawszy swoje położenie, wylatuje nie końcem swym, a bokiem. Największe i najgor-

sze, szarpane rany powstają w razach pęknięcia otoczki, co w połowie moich przypadków z ranami kości długich spostrzegalem.

Uszkodzenia kości samej różnią się zależnie od tego, jaka kość i która z jej części była trafiona.

*Zranienia trzonu długich kości.* Doświadczenia, przedsięwzięte (Bruns) z małokalibrową bronią, wykazały możebność przedziurawienia trzonu kości bez przerwania jej ciągłości, t. j. bez złamania jej. Takie przypadki spostrzegano i na placu boju (np. Küttner) zwykle w razach postrzału zdaleka (1000—1500 metrów). Zwykle jednak trzon kości trafiony pęka; powstaje poprzeczne lub ukośne złamanie. W moich przypadkach z małym wyjątkiem trzon był przełamany i to zwykle poprzecznie bez znacznych zboczeń końców przełamanych. Widocznie kula, przebijając kość i rozrywając jej ciągłość, dzięki swoim małym rozmiarom nie dość rozsuwa części kości, aby w każdym przypadku wywołać zboczenie zupełne końców przełamanych.

Złamania trzonu kości są połączone zawsze z potrzaskaniem. Powstają odłamki różnej wielkości i zwykle tem większe, z czem większej odległości strzał padł (Küttner). W moich przypadkach, zadanym na blizką metę, odłamki zwykle były małe. Jednocześnie rozporządzałem dwoma przypadkami, w których powstały odłamki znacznych rozmiarów; pierwszy z nich jest tym jedynym z przypadków uszkodzeń kości, w którym śmierć nastąpiła. Przypadek to następujący:

Ig. G., 16 lat, raniony na ulicy 18 czerwca; kula przeszła poprzednio przez stojącego tuż przed nim towarzysza, zraniła temu kość udową (patrz niżej przypadek F. K.), przyczem widocznie zmieniła swój kierunek i weszła bokiem w udopacyenta. Wskazują na to wielkość i forma otworu wejściowego (otwór podłużny, rozmiarów 2×1 centymetr.) i wyjściowego (również podłużny, przepuszczający dwa palce); otwory te znajdują się w górnej 1/3 uda. Odłamany krętarz duży i zewnętrzna trzecia część kości udowej długości 10 cm. Ciepłota, mierzona we 2 godziny po wypadku, wynosiła 39° i pozostała powyżej 39 do końca życia (23 czerwca), pomimo rozszerzenia ran i usunięcia odłamków.

W. G. 19 lat, ślusarz, raniony na ulicy 21 czerwca. Wejściowy otwór na tylnej wewnętrznej stronie prawego ramienia na 4 poprzeczne palce powyżej

stawu łokciowego, okrągły, ze zgniecionymi brzegami, średnicy 9 mm; wyjściowy otwór na tejże wysokości ramienia na przedniej stronie, wielkości 20 kopiejkówki z brzegami ku zewnątrz wysuniętymi i rozerwanymi. Kość złamana. Przy rozszerzeniu ran z powodu ropienia i niepełnego odpływu ropy znalazłem, że górna część kości pękła wzdłuż, tworząc trzy conajmniej 10 cm. długie odłamki. Dokładnie nie mogłem określić ich długości, ponieważ do górnych ich końców, pokrytych nierozzerwanymi miękkimi częściami, dojść nie mogłem.

We wszystkich innych przypadkach zranienia trzonu odłamki były małe; usuwałem tylko zupełnie luźne; przypadki te wygoiły się bez zakłucia sprawności kończyn.

*Uszkodzenia nasad kości.* Dzięki gębczastej budowie kula, przechodząc przez nasadę kości, przedziurawia zwykle kość, nie przerywając ciągłości; odłamki są małe. Rany takie goją się szybko. Co innego z przypadkami, w których odłamki dzięki bliskości przenikają do stawu. W tych przypadkach, chociaż rany goją się bez większego ropienia, ostateczny rezultat jest niezadawalający z powodu zmian w stawie.

G. ślusarz 29 l., postrzelony 10 lutego na ulicy. Przestrzelone dolne nasady obydwóch kości prawej nogi. Otwory duże, nierówne. Odłamki dochodzą do stawu. Zejście się ze znacznym ograniczeniem ruchów w stawie skokogoleniowym, gdyż nastąpiła prawie zupełna ankiloza.

*Uszkodzenia płaskich kości.* Płaskie kości należą do gębczastych; zramienia ich przebiegają podobnie do ran nasad kości, nb. jeżeli nie są zranione równocześnie inne ważniejsze części ciała i jeżeli kula mniej-więcej prostopadle na kość natrafiła. Często zdarzają się zramienia tych kości bez przerywania ciągłości w formie dziury lub rowka. Powstanie dziury spostrzegałem w jednym przypadku na zębrze (przypadek ten podam niżej dokładnie) i na kości podłędźwiowej (os ileum). Ostatni ten przypadek jest następujący:

S. S. 11 l. raniony 10 lutego na ulicy. Wejściowy otwór 2 cm. ku wewnątrz i ku tyłowi od lewego kolca podłędźwiowego przedniego górnego, okrągły, średnicy 5 mm; wyjściowy tejże formy i rozmiarów na bocznej lewej stronie miednicy. Kula w każdym razie przebiła kość podłędźwiową. Wylecze-

nie bez powikłań w ciągu nie całych dwóch tygodni.

Zupełnie inaczej przebiegają rany kości płaskich, jeżeli kula przebiega w nich w kierunku samej kości; wtedy uszkodzenia są znaczne i gojenie ciągnie się przez długi czas. Spostrzegałem odpowiedni przypadek:

J. R. 19 letni robotnik, raniony 1 czerwca na ulicy. Wejściowy otwór na prawym pośladku; wyjściowego niema. Z rany znaczne tętnicze krwawienie; krwawiła tętnica pośladkowa górna; po jej podwiązaniu ranę opatrzone. Wkrótce ciepłota zaczęła się podwyższać i zjawilo się nacieczenie na bocznej części miednicy. Podczas operacji znaleziono przebitą kość podłędźwiową; kuli nie znaleziono. Z powodu niezmnieszenia się ciepłoty przystąpiłem do ponownej operacji, podczas której znalazłem kulę bez otoczki utkwioną w kości podłędźwiowej ku przodowi od otworu w kości. Co się dalej stało z chorym, nie wiem, gdyż straciłem go z oczów.

Kula w tym przypadku przebiegała z tyłu ku przodowi mniej więcej w kierunku kości podłędźwiowej, w jednym miejscu przerwała kość w całej jej grubości, nie weszła jednak wewnątrz miednicy jak początkowo przypuszczaliśmy, lecz przebiegła dalej w samej kości, w której też utkwiała.

*Uszkodzenia stawów* przebiegają różnie—w zależności od uszkodzeń kości. Gdy znaczne uszkodzenia kości zmuszają do ciężkich zabiegów, jak wycięcie stawu lub odjęcie kończyny, mniejsze wygajają się pod zwykłym opatrunkiem bez zabiegu. Możliwym jest przestrzelenie stawu bez uszkodzenia kości. Do liczby tych ostatnich przypadków należy następujący:

A. S., 14 lat, raniony 10 lutego z większej odległości. Wejściowy otwór, okrągły, średnicy 9 mm w wieżę rzepki, wyjściowy średnicy przeszło centymetr, również okrągły na boczno-tylnej stronie kolana, mniej więcej na tejże wysokości; w stawie wylew krwawy. Rany zagoiły się w ciągu dwóch tygodni, zupełna sprawność ruchów powróciła po kilku tygodniach.

W tym przypadku kula prawdopodobnie kości nie ruszyła.

W następującym przypadku kość była zraniona, a jednak wyleczenie nastąpiło w krótkim czasie.

M. raniony 23 czerwca. Wejściowy otwór na przedniej stronie stawu łokcio-

wego na zewnątrz od środkowej linii; kula wyszła przez wyrostek łokciowy.

Do najcięższych należy następujący przypadek:

S. raniony 23 czerwca. Kula przeszła poprzecznie przez staw łokciowy, z góry ku dołowi, zraniwszy wszystkie trzy kości, tworzące staw. Przypadek ten dostał się w moje ręce dopiero w kilka tygodni po uszkodzeniu. Zmuszony byłem wykonać wycięcie całego stawu. Wyleczenie osiągnąłem całkiem zadowalniające. Pacjent pisze uszkodzoną ręką i podnosi niezbyt ciężkie przedmioty.

*Rany postrzałowe czaszki.* Spostrzeżenia na wojnie pokazały, że rany postrzałowe czaszki należą do najcięższych uszkodzeń wskutek działania rozsadzającego (Sprengwirkung) szybko biegnącej kuli na mózg i kości czaszki; rany te są najczęstszą przyczyną śmierci bezpośredniej na placu boju. W wojnie 1870 r. i w wojnie japońsko-chińskiej (H a g a) połowa poległych na placu boju była trafiona w czaszkę. Mohr utrzymuje, że rany postrzałowe czaszki, zadane z odległości aż do 2000 metrów, są wszystkie śmiertelne; dopiero trafieni z większej odległości mogą zostać się przy życiu i do rąk lekarzy się dostają.

W moich spostrzeżeniach nie mam ani jednego przypadku uszkodzeń czaszki; nic w tem dziwnego, gdyż spostrzeżenia moje odnoszą się do zranień z odległości najwyżej kilkuset metrów. Z innych źródeł wiem, że zdarzały się zranienia czaszki, lecz ich już do szpitali nie było potrzeba wozić.

*Rany postrzałowe twarzy.* Kości twarzy mają budowę gąbczastą; wskutek tego przy zranieniach ich spostrzegamy rany w formie dziury, z nieznacznie mi tylko potrzaskaniami. Rany goją się zwykle szybko; ropienie przyłącza się tylko w przypadkach równoczesnego zranienia jamy ust (H a g a). Niemalże znaczenie ma też większa czystość twarzy w porównaniu z innymi częściami ciała. Ran twarzy miałem dwa przypadki.

O. R., 26 lat, handlowiec, zraniony 23 czerwca w mieszkaniu, w poprzecznej oficynie (strzelał do niego kozak z bramy domu). Wejściowy otwór okrągły, 7 mm. średnicy, na bocznej stronie lewej górnej szczęki; wyjściowy na bocznej stronie prawej górnej szczęki. Z nosa silne krwawienie, tak, że nos trzeba było wytamponować. Znaczne opuchnięcie i wylew krwawy w prawym policzku, prawe oko wysadzone; w prawej gałce

ocznej wylew krwawy; niczego nim nie widzi. Rany zagoiły się bez ropienia w ciągu dwóch tygodni. Prawym okiem podobno po dłuższym czasie zaczął widzieć.

Ciekawym jest w tym przypadku wylew krwawy w prawej gałce ocznej. Gałka oczna nie była zraniona ani kulą, ani odłamkiem kości. Wylew w niej wytłomaczyć można tylko wstrząsem przebiegającej w bliskości kuli—na podobieństwa wspomnianego wyżej wstrząsu nerwów.

A. N., 42 lat, robotnik, raniony 18 czerwca z odległości mniej więcej 200 metrów. Wejściowy otwór średnicy 1,5 cm. o brzegach rozerwanych pod prawą kością licową; wyjściowy w górnej wardze pod samym nosem o brzegach szarpanych, długości 3, szerokości 1,5 cm. Kula przebiegła wzdłuż wyrostka zębowego prawej górnej szczęki, odłączając go od ciała szczęki tak, że trzymała się tylko miękkich części; błona śluzowa ust i dziąseł nie była zraniona. Wyleczenie w ciągu 23 dni bez większych zewnętrznych zniekształceń; wyrostek zębowy nieprzrósł.

*Rany postrzałowe szyi i szyjowego odcinka kręgosłupa.* Często zdarzają się zranienia krtani, tchawicy, przełyku, które zmuszają do szybkiego działania; po zranieniach dużych naczyń szyi spostrzegano powstawanie tętniaków. Swoją drogą zdarzają się przypadki, w których kula przechodzi nawet wpoprzek przez szyję i nie rani ani jednej ważniejszej części. Do tych przypadków należy i mój, w którym zniekształcona otoczka przeszła koło krtani, przełyku i naczyń dużych lewej części szyi, nie uszkadzając ich. Przypadek ten, już wyżej szczegółowo podany, pomijam.

W następującym zraniona była część szyjowa kręgosłupa.

J. M., 27 l., robotnik, zraniony 1 lutego. Wejściowy otwór na prawej stronie karku, rozmiarów 2×0,5 cm.; wyjściowy na lewej stronie. Na linii prostej, łączącej oba otwory, znajduje się część szyjowa kręgosłupa; część ta jest niebolesna przy ucisku. Pierwszego dnia chory skarżył się na bóle w górnych kończynach; ruchy w dolnych kończynach słabsze, niż normalnie, lecz chory chodzić może. Następnego dnia bóle w górnych kończynach silniejsze; z ruchów dolnych kończyn możebne tylko ruchy stóp i ich palców. Ciężota do 39°. Czwartego dnia zupełne porażenie dolnych kończyn, rany pokryły się suchymi strupami, pod

którymi zagoiły się. Ciepłota wróciła do normy dopiero 13 dnia. Stan dolnych kończyn poprawiał się wolno, tak że chory wstał z łóżka dopiero na 18 dzień po zranieniu, lecz ruchy były bezładne. Wypisując się po miesiącu, chodził o tyle swobodnie, że nogi tylko trochę włókił po ziemi.

W tym przypadku ani mlecz, ani kręgi nie były zranione; kula zraniła prawdopodobnie tylko miękkie części, zamykające jamy kręgosłupa, a powoli powiększający się wylew krwawy w jamie kręgosłupa przez ucisk wywołał wyżej podane zaburzenia. Po wessaniu się wylewu znikły i wywołane przezeń objawy.

*Rany postrzałowe klatki piersiowej.* Zranienia miękkich części, pokrywających klatkę piersiową, rozumie się, nie różnią się niczem od zranień innych części ciała. Sposzręgałem przypadek rany zawłokowej na sutce jednej pacjentki. Ran okrążających klatkę piersiową (Contour-schüsse) nie spostrzegano od czasu wprowadzenia małokalibrowej broni; widocznie siła przebijająca nowoczesnych nabołów jest zbyt znaczna, aby żebro nawet przy bardzo ukośnem uderzeniu kuli mogło spowodować uchylenie biegu tejże.

Serce. Z powodu ran postrzałowych serca ginie na placu boju nie mniej ranych, jak z powodu ran czaszki. Szczególnej rany zadane z małych odległości, zdaje się, zawsze są śmiertelne; nie więc dziwnego, że, mając tylko z takimi przypadkami do czynienia, nie spostrzegałem ani jednego zranienia serca. Co innego przy ranach, zadanych ze znacznej odległości; tutaj teoretycznie trzeba przypuszczać możebność zranienia serca bez zejścia śmiertelnego. Angielscy mianowicie sprawozdawcy z wojny burskiej opisują zranienia, w których, sądząc z kierunku ran i z objawów chorobowych, trzeba przypuszczać, że serce bezwarunkowo musiało być zranione, a swoją drogą ranieni powracali do zdrowia. Prawdopodobnie zraniony był mięsień sercowy bez otwarcia komór (K ü t t n e r).

Płuca. Zadziwiająco lekko przebiegają niektóre zranienia płuc. Są to przypadki, w których kula mniej więcej prostopadle uderza o klatkę piersiową; powstają wtedy tylko małe rany w skórze i opłucnej, które szybko się ściągają; powietrze nie ma czasu wnikać do opłucnej i, jeżeli nietrafione zostało większe naczynie, nie powstaje nawet wylew krwawy do opłucnej. Przypadki te goją się bez powikłań w krótkim czasie.

Do takich przypadków należy następujący:

M. D., 16 lat, raniony 10 lutego; przywieziony w kwadras po zranieniu sam wszedł na salę operacyjną. Wejściowy otwór na wysokości 6 żebra w prawej przedniej pachowej linii, w żebrze okrągły otwór; wyjściowy otwór 3 cm. niżej dolnego kąta prawej łopatki. Nie pluł krwią, wylewu w opłucnej nie było.

Wyleczenie zupełne w ciągu dwóch tygodni.

Zupełnie inny obraz dają rany, jeżeli kula wnika bokiem lub jeżeli zabrane przez nią odłamki kości ranią płuca. Wtedy spustoszenia są tak znaczne, że wkrótce śmierć wywołują; np.:

A. J., 20 l., robotnik, raniony 10 lutego. Jak w poprzednim przypadku, tak i w tym otwór wejściowy na wysokości 6 żebra w prawej linii przedniej pachowej; wyjściowy pod dolnym kątem prawej łopatki; lecz żebro zgruchotane, odłamki wbite w płuca. Z ran znaczny krwotok, w opłucnej powietrze. Na operację nie zgodził się; musiałem się z tego powodu zadowolnić odcięciem wystających części żebra. Umarł w 30 godzin po zranieniu.

Uszkodzenie większego naczynia powoduje, rozumie się, wkrótce śmierć. Do takich przypadków należy prawdopodobnie następujący:

H., 21 l., raniony wieczorem 21 czerwca. Otwór wejściowy tuż pod prawym obojczykiem, wielkości 15 kopiejek; wyjściowy jeszcze większy, pomiędzy kręgosłupem a prawą łopatką. Krwawienia większego nie było, nałożyłem więc tylko opatrunek. Swoją drogą we dwie godziny umarł. Prawdopodobnie większy krwotok wewnętrzny śmierć wywołał. Ścisłe określić przyczyny śmierci nie mogłem, ponieważ trup był w godzinę po śmierci ze szpitala usunięty.

*Rany postrzałowe brzucha* dawały dawniej, przy używaniu kul większych niż obecnie rozmiarów, 60 do 78 i nawet więcej procentów śmiertelności. W nowszych wojnach, w których używano wyłącznie nabołów małokalibrowych, śmiertelność była znacznie mniejsza pomimo, że pewnie wszystkie strzały przechodziły wskutek swej znacznej siły przebijającej przez ścianki brzuszne i raniły wewnętrzne narządy. I dziś możebne jest przejście nowoczesnego naboju przez brzuch bez zranienia jelit i większych wewnętrznych narządów. Dowiodły tego doświadczenia i spostrzeżenia z wojen,

np. hiszpańsko-amerykańskiej i burskiej, podczas których sporo chorych z ranami postrzałowymi brzucha wyzdrowiewało bez wszelkich zabiegów.

Jeden ze sprawozdawców z wojny burskiej (M a c C o r m a c) twierdzi nawet, że chorzy z ranami postrzałowymi brzucha umierają, jeżeli ich się operuje, a wyzdrowiewają, jeżeli ich się nie operuje. Trudno przypuścić, aby w każdym z tych przypadków kula przeszła przez brzuch nie zraniwszy żadnego ważniejszego organu, szczególnie kiszki, która przecież tak znaczną część brzucha wypełnia. Doświadczenia, zdobyte podczas operacji, pokazały, że rzeczywiście w takich przypadkach ulegały uszkodzeniom kiszki, zagajały się jednak bez rękoczynu. Możliwym jest to przy zbiegu szczęśliwych okoliczności.

Żołnierze, biorący udział w bitwie, nie jedli przez znaczną ilość godzin przed tem, kiszki więc były puste; powtórnie, otwory w kiszki są tak małe, że wypadająca błona śluzowa zamyka je, a wkrótce tworzące się zlepy z innymi pętlami kiszki usuwają wszelkie niebezpieczeństwa.

Wszystko, dotychczas powiedziane, tyczy się zranień, zadanych z daleka. W moich przypadkach, w których zranienia zadane były zbliżone, otwory w kiszki były w prawdzie małe, lecz jednak za duże, aby wypadająca błona śluzowa mogła je zamknąć.

Zranień narządu trawieniowego miałem tylko trzy; dwa z nich były bezwarunkowo śmiertelne, trzeci zakończył się śmiercią z powodu zbyt późno wykonanej operacji.

1) Ch. K., lat 50, raniony 21 czerwca. Rana postrzałowa żołądka, ślepej kiszki, płuca i dwie rany na udzie. Z powodu złego ogólnego stanu i mnogości różnorodnych skaleczeń o rękoczynie myśleć nie było można. Skonał w 1½ godzin po przywiezieniu. Oględzin pośmiertnych nie było z powodu usunięcia trupa ze szpitala wkrótce po śmierci.

2) A. D., 33 lat, rytownik, raniony 6 lutego; przywieziony do szpitala w 3—4 godzin po zranieniu. Wejściowy otwór w środkowej linii brzucha po środku między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem; wyjściowy w lewej tylnej lędźwiowej okolicy; brzuch wzdęty, wymioty, tętno małe. Cienka kiszka przebita w 4 miejscach, krezka również w 4 miejscach; w jednym miejscu krezka na przestrzeni długości 10, szerokości 5—10 cm. jakby poorana. Krwawienie z jednej tętnicy krezkowej. W otrzewnej dużo krwi. Ra-

ny w kreskach i dwie rany w kiszki zeszyłem, resztę zranionych kiszki zeszyłem do rany brzucha; śmierć nastąpiła w kilka godzin po operacji, z powodu utraty zbyt znacznej ilości krwi.

3) Ch. S., 24 lat, służąca, raniona 21 czerwca. Wejściowy otwór w prawej sutkowej linii tuż pod łukiem żeber; wyjściowego nie było. Z powodu, że od wejściowego otworu kanał postrzałowy przebiegał na lewo na dłuższej przestrzeni w ścianie brzusznej, i z powodu braku wszelkich objawów ze strony brzucha — powstało przypuszczenie, że mamy do czynienia z rzadkim przypadkiem, w którym kula nie przebiła ścian brzucha. Przy powtórnym badaniu w kilka godzin później zauważyłem objawy rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej. Przy operacji znaleziono ranę przedniej strony żołądka, a w brzuchu bardzo znaczną ilość płynu z resztkami pokarmów. Rany w żołądku zaszyto, brzuch przedrenowano po usunięciu płynu tamponami. Zejście śmiertelne wskutek zapalenia otrzewnej trzeciego dnia.

W tym przypadku udałooby się prawdopodobnie uratować życie, gdybyśmy wcześniej do operacji przystąpili.

Zranień śledziony i wątroby nie spostrzegalem. W jednym przypadku zraniony był pęcherzyk żółciowy; przypadek ten skończył się śmiertelnie z powodu równoczesnego uszkodzenia rdzenia.

I. N., 18 l., robotnik, raniony 6 lutego. Kula przeszła poprzednio przez innego człowieka, kładąc go trupem na miejscu. Otwór wejściowy na 3 poprzeczne palce niżej prawego łuku żeber, w skórze przed mięśniem prostym, podłużnej formy (długości przeszło 1 cm.), o nierównych szarpanych brzegach; w ranie widać rozzerwane części mięśnia; wyjściowego otworu niema. Mocz oddawać sam nie może. Porażeń kończyn nie było. Tętno pełne, 80; ciepłota nie podniesiona.

Przy operacji znalazłem zranienie pęcherzyka żółciowego, otwór mały w więzie wątrobo-okrężnicowym, z którego trochę krwi się sączyło; oprócz tego zauważono wylewy krwawe w ściankach okrężnicy poprzecznej, pęcherzyka i w wymienionym więzie. Większego wylewu krwawego nie było. Otwór w pęcherzyku zaszyłem. Wieczorem 36,°0; mocz samodzielnie oddać nie może. W nocy mało spał, lecz był spokojny i przytomny. Następnego dnia zrana 36,°4; tętno było podobno trochę słabsze.

O 8-ej zrana nagle zmarł. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie z powodu krwotoku w kanale kręgosłupa.

Ze zranień narządu moczowego spostrzegalem dwa przypadki zranień pęcherza moczowego, zakończone pomyślnie. Krwawienie było dość duże, lecz trwało tylko krótki czas.

F. F., 36 lat, tkacz, raniony 10 lutego. Wejściowy otwór okrągły, średnicy 9 mm. tuż nad lewą częścią spojenia łonowego; wyjściowy na zewnątrz-tylnej części prawego poślodka. Z powodu zacięcia moczowego potrzeba było zrobić cięcia z obydwóch stron dolnej części pęcherza. Zagojenie nastąpiło dopiero po dłuższym czasie.

A. W., 11 lat, raniony 23 czerwca; wstąpił do szpitala dopiero 26 czerwca. Wejściowy otwór okrągły, średnicy 9 mm. na lewym poślodku; wyjściowy okrągły, średnicy 11 mm. w wewnętrznej połowie prawego więzu Pouparta. Ciężota 37°, 4. Z początku wydzielał się mocz przez ranę nie zauważono, dopiero 30 czerwca, t. j. w tydzień po zranieniu przez otwór na poślodku zaczął się stale mocz wydzielać, ale i przez cewkę chory sporo moczu oddawał.

Po wprowadzeniu na stałe cewnika mocz przestał wydzielać się przez ranę i nastąpiło wyleczenie bez dalszych zabiegów.

W tym przypadku widocznie pęcherz był nie przebity, lecz tylko powierzchownie zraniony. Po upływie tygodnia oddzieliła się zraniona część i powstała rana, drażąca do wnętrza pęcherza. Otwór w pęcherzu musiał być mały, gdyż po wprowadzeniu cewnika mocz już następnego dnia tylko przez cewnik się wydzielał.

Na tem kończę opis spostrzeganych przypadków. Liczba ich jest wprawdzie mała, lecz dzięki różnorodności uszkodzeń dostateczna dla wyrobienia sobie pojęcia o rokowaniu i leczeniu. Pomijając rany bezwarunkowo śmiertelne, w większości pozostałych rokowanie jest dobre, nie tylko co do życia, lecz i co do zupełnego zarówno do zdrowia. Zawdzięczamy to powrotu względnej łagodności samych uszkodzeń, jakie zadaje współczesna broń palna, jak i nowoczesnym metodom aseptycznego leczenia, dziś już tak udoskonalonym, że mogą być stosowane w pierwszej chwili po uszkodzeniu—na samym placu boju.

## W sprawie powstawania gazów w żywych tkankach astroju oraz o leczenia ropówki gazowej (Gasphlegmone).

Podał H. Wasserman. (Łódź).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Lekarskiego d. 4 października 1905. r.)

(Dokończenie).

Nowe poglądy w kwestyi powstania i natury ropówki gazowej rozwija Schroetter (10) na zasadzie jednego przez siebie spostrzeganego przypadku. Dotyczył on 67-letniego starca, u którego, na skutek urazu, pojawił się guz w dolnej połowie ściany brzucha (hypogastrium). Guz rósł powoli. Rozpoznanie brzmiało: ropień podbrzusza z nagromadzeniem gazów. Po 5 miesiącach autor zrobił przekłucie guza i zebrał gazy, a następnie otworzył ropień, który zawierał szaro-zielonkawą, gęstą i cuchnącą kałem ropę. Od górnego końca jamy ropnia szła przetoka w głąb, która rzekomo kończyła się ślepo. Badanie bakteriologiczne ropy wykryło przeważnie lasecznika okrężnicy, gdy z innych przy ropówce gazowej opisanych postaci nie znalazł się żaden. Natomiast wyniki analizy gazów stanęły z poprzednio już uznanymi w niejkiej sprzeczności, ile że, stosownie do obecności bact. coli, wykazały rażąco niską zawartość wodoru, a wielką azotu. Pomimo, iż lasecznik okrężnicy stale był znajduwany, autor podziela poglądy Hitschmana i Lindenthala, że tenże nie może być pożytywany za przyczynę tworzenia się gazów. Sądzi, mianowicie, że w jego przypadku gazy dostały się do jamy ropnia wtórnie ze światła kiszek, przypuszcza bowiem, że miała tu miejsce świeżo odgraniczona sprawa okołokątnicza (epityfritis), co już nastąpić mogło pod wpływem lub przy współdziałaniu lasecznika okrężnicowego. Schroetter przeto jest zdania, iż należy pojęcie ropówki gazowej wzgl. ropnia gazowego ściśle oddzielać pod względem klinicznym oraz patologicznym od ropni, gaz zawierających. Gdy w pierwszych gaz się wytwarza dzięki działalności biologicznej laseczników etyologicznie jasno określonych, tak zw. anaerobów, w ostatnich nagromadzenie gazów spotyka się tylko wtórnie, a i to dzięki szczególnym okolicznościom (np. bliskość kiszek—przyp.



autora, Wiesinger'a (11) (\*) i mój, i dróg oddechowych, przypadek mój—patrz niżej). Tłumaczenie takie powinno, podług autora, pogodzić wszystkie sprzeczne poglądy co do natury zawierających gaz ropni.

Haemig i Silberschmidt (12) przytaczają trzy przypadki „gangrène foudroyante“, z których we dwóch znaleziono bac. oedem. maligni obok innego lasecznika, *bact. coli* wzgl. łańcuszkowca. W pierwszym z tych przypadków rozwinął się nadzwyczaj szybko wyraźny obraz ostrej postępującej ropówki gazowej (Rauschbrand). Podług autorów, pomiędzy innymi czynnikami, odgrywa też ważną rolę zakażenie mieszane: pewnem jednak jest, że bac. oedem. maligni wywołuje obrzęk bez lub z nieznacznym wytwarzaniem gazów.

Do nieco odmiennych wyników prowadzą badania Muscatello (13). Autor ten przytacza 5 przypadków ropówki gazowej, z których wszystkie miały wspólne cechy zgorzeli gazowej oraz zakażenia ogólnego, różniły się natomiast pomiędzy sobą obecnością lub brakiem objawów zapalnych, jakoteż niejednakową skłonnością do stopniowego wciągania w sprawę zdrowych tkanek sąsiednich. Na podstawie dociekań bakteriologicznych wspomnianych przypadków dochodzi Muscatello do wniosku, że różne drobnoustroje wywołać mogą zgorzel gazową. Największe jednak znaczenie w tym względzie przypada lasecznikowi, wiele podobieństwa (indentisch) do bac. Fraenkel'a mającemu, mianowicie, bac. *aerogenes capsulatus*. Ostatni, aczkolwiek nie może być poczytywany za bodziec swoisty ropówki gazowej, uchodzi jednak za drobnoustrój gaz wytwarzający, a w ciele ludzkim zachowuje się jako pasorzyt trujący (saprofit toksyczny), gnieżdżąc się wyłącznie tam, gdzie zachodzą głębokie zmiany w zdolności do życia (vitalitas) tkanek. Zgorzel też wywołać może lasecznik okrężnicowy, zwykle wspólnie z innymi drobnoustrojami (*prot. vulgaris*, *strepto* — i *staphylococcus*) i nawet nie u diabetyków, jakto było w przypadkach autora. W jednym (4) przypadku, poprzednio już opi-

sanym, ropówki gazowej, powstałej po otwartem złamaniu, prócz powyższych, autor znalazł lasecznik, powodujący gnicie. Doświadczenia na zwierzętach miały potwierdzić jego domniemania o zakażeniu mieszanem. Ostatecznie autor wyraża pogląd, że postać ropówki gazowej, która powstała dzięki działaniu jedynie bacil. *aerogenes capsulatus*, nie wykazuje nigdy objawów zapalnych, jakoteż małą posiada zdolność do wkraczania (inwazyi); w ostatnim tylko okresie choroby, gdy ustrój już sprostać nie może sile rozszerzania się sprawy zakaźnej, wtedy dopiero bieg jej staje się szybszym. Natomiast drugiej postaci, na mieszanem zakażeniu polegającej, towarzyszą najczęściej objawy zapalne; z samego też początku uwydatnia się tu skłonność sprawy do szybkiego a postępującego przebiegu.

Wreszcie, jako przyczynek do badań Muscatello, a także, ze względu na nowe zupełnie oświetlenie omawianej sprawy, wspomnieć należy o niedawno wyszłej pracy Dansaue'r'a. Autor ten (15) spostrzegł przypadek zgorzeli gazowej, która zaczęła się na grzbiecie prawej ręki, rychło przeszła na ramię i górną część tułowia, a stąd na lewą kończynę górną i bardzo prędko przypawiła o śmierć chorego. Na zasadzie tego przypadku omawia autor stosunek *bact. coli* do danej sprawy. Za pomocą badań drobnowidzowych, kawałków mięśni oraz tkanki podskórnej, jako też skrawków z innych narządów wziętych, zarówno jak przez szczepienia na zwierzętach, autor mógł dowieść obecność prócz wzmiankowanego drobnoustroju, jeszcze następujących: *bact. fluorescens liquefaciens*, *staphylococcus pyog. aureus* i *streptococcus pyog.*; bac. *phlegm. emphysematosae* Fraenkel oraz bac. *oedematis maligni* brakowały zupełnie.

Dansaue'r dochodzi przeto do wniosku, opierając się też na spostrzeżeniach innych autorów, że *bact. coli* nie może być uznawane za samodzielny czynnik zgorzeli gazowej, jest bowiem tylko saprofitem, a jego współdziałalność zależna jest od pierwotnego uszkodzenia tkanek, przez drobnoustroje chorobotwórcze, miejscowe lub ogólne zaburzenia w odżywianiu (uraz, choroby przemiany materii) wywołane.

W końcu słówko o artykule Ferratona (16), gdzie przytacza trzy przypadki postrzałów śrutem, które sprowadziły powikłanie w postaci zgorzeli gazowej. Badanie bakteriologiczne zosta-

\*) 40-letnia chora Wiesinger'a z wrzodem żołądka, który pękł do jamy brzusznej, na proponowaną jej operację się nie zgodziła. Po 6 atoli tygodniach przyszła znów z ogromnym ropniem ściany brzusznej, odgraniczonym przez zlepne zapalenie kiszki, a zawierającym, prócz cuchnącej ropy, dużą ilość gazów (powietrza). Nacięcie doprowadziło do wyzdrowienia chorej.

ło wykonane w jednym tylko przypadku, w którym stwierdzono bac. septhaemiae.

Już po napisaniu niniejszego znalazłem opis jeszcze 5 odnośnych przypadków, podanych przez Sargenta i Dudgeona (17). Jako przyczynę zgorzeli gazowej podają ci autorowie: 1) bact. aërog. capsulatum; 2) bact. pseudoedematis maligni; 3) bact. coli; 4) bact. oedematis maligni. W dwóch przypadkach, gdzie znaleziono b. aërog. caps., okres wylegania wynosił 36 wzgl. 40 godz.; przy bact. coli — 4 dni, w reszcie przypadków (dwa), gdzie żadne drobnoustroje swoiste nie mogły być wyosobnione — 3, wzgl. 12 dni. Przebieg kliniczny pierwszych dwóch przypadków przypominał ciężkie zatrucie ustroju, pozatem w żadnym z tych przypadków przy badaniu wewnętrznem nie znaleziono nic charakterystycznego, coby na zakażenie swoiste wskazywać mogło.

Tak tedy mamy przed sobą niemal całokształt istniejących poglądów. Wylania się z nich jeden pewnik, że zasadniczo kwestya została rozstrzygnięta, a to w duchu badań Fraenkla, Hitschmana i Lindenthala, Welch'a i niektórych innych, a mianowicie, że czysta postać ropówki gazowej, alho, jak proponuje Kropac, zgorzeli piorunującej Fraenkla, przy ktorej jednak niema ani ropy, ani objawów zapalnych, a tylko zgorzel z nagromadzeniem gazów, wywołana jest przez swoistego laseczniaka — b. emphysematosus Fraenkel lub podobnego do niego b. aërogenes capsulatus Welch'a.

Laseczniak okrężnicy, należący do gatunku aerobów, może też w pewnych razach spowodować wytwarzanie gazów, lecz zwykle wspólnie z innymi laseczniakami, najczęściej ropnymi, dzięki czemu występują objawy zapalne oraz ropa; moczówka cukrowa przytem nie jest warunkiem koniecznym. Inne laseczniki, zarówno aeroby, jak anaeroby, wywołują sprawy chorobowe, nie wspólnego z typową ropówką gazową nie mające.

Co się tyczy leczenia ropówki gazowej, to tu obowiązują przede wszystkim ogólne prawidła chirurgii; szerokie otwarcie ognisk i wczesne usunięcie obumarłych części ciała, wzgl. odjęcie kończyn, pospołu z energicznym przeprowadzeniem odkażania, jak to było w przypadkach Muscatello (13), mogą doprowadzić do wyzdrowienia. Fraenkel (4) zaleca, prócz wczesnych nacięć wgłąb zajętych tkanek, aby umożliwić jaknajszerszy

dostęp powietrza, stosowanie środków utleniających (Kali hypermanganicum).

We wszystkich przypadkach Ferraton'a (16), zakończonych wyzdrowieniem, prócz rozległych operacji, wypadło uciec się do głębokich przypałów ran za pomocą żegadła Paquelin'a z następczem wstrzykiwaniem wody utlenionej oraz zastrzykiwaniem sztucznej surowicy, w celu zaś zapobiegawczym — surowicy przeciwtępcowej. Tym zabiegom przypisuje autor głównie pomyslny wynik leczenia.

Krokiem naprzód w tym kierunku jest leczenie tlenem, zapoczątkowane przez Thiriar'a w Brukselli i Pluyette'a w Marsylii. Zważywszy, że drobnoustroje ropówki gazowej są w ścisłym znaczeniu anaerobami, zdawałoby się, iż tlen, czy to w postaci gazu, jakto czyni Thiriar, czy rozczyńnu wodnego (2%), zastrzykniętego do tkanek, jak chce Pluyette, powinien na laseczniaki działać zabójczo.

Atoli badania Thiriar'a (18) wykazały, iż tlen nie zabija, lecz zmniejsza jadowitość tych drobnoustrojów, utleniając ich toksyny. Jednocześnie, przyspieszając ruchy protoplasmacyjne leukocytów i umożliwiając tem samem ich wyjście przez ściany naczyń (diapedesis), sprzyja fagocytozie. Metodę zastrzykiwań tlenu pod skórę i w mięśnie zajętych kończyn stosuje autor wogóle przy zakażonych ranach wszelkiego rodzaju, a więc i przy posocznicy z wytworzeniem gazów, z dobrym skutkiem, co stwierdza opisem własnych przypadków. Technika, nadzwyczaj prosta, polega na wprowadzeniu pod skórę lub w mięśnie za pomocą igły — tlenu, znajdującego się pod wysokim (do 120 atmosfer) ciśnieniem w balonach metalowych.

Stolz (19) w klinice strasburskiej zastosował u chorego z ropówką gazową po amputacji metodę Pluyette'a z dodatnim rezultatem: chory wyzdrowiał. Należało tylko zabieg, t. j. zastrzykiwania, w ilości 150 — 200 ctm. sześciennych, powtarzać codziennie pięciokrotnie.

Po za tem mogą tu być stosowane środki, przy wszelkich zakażeniach zalecane. Tak Brunns (20) radzi, by stosować przy zakażonych ranach metodę Phelps'a, polegającą na wycieraniu powierzchni rany czystym kwasem karbолоwym, a następnie — w celu zubożenia zbytku kwasu — przemyciu wyskokiem.

Küttner (21) znów w takich razach zaleca jaknajmniej drażnić ranę, używać, gdzie można, drenów, zamiast pasków gazy; te ostatnie wyciągać z rany bardzo ostrożnie, oblewając przytem najlepiej, jak radzi Bergmann, tlenkiem wodoru; zamiast suchych opatrunków, przynajmniej na początku choroby, przekłada wilgotne, ze względu chociażby na ich usmierzający ból własności.

Sergent i Dudgeon (l. cit.) wreszcie radzą unikać chwytania w klezszczyki krwawiących naczyń, lecz zatrzymywać krwawienie przez ucisk palcem, jakoteż zaniechać szwu na ranę skórną.

Z prac polskich, kwestyi tej bezpośrednio dotyczących, nie znalazłem, niestety ani jednej, przynajmniej z doby ostatniej. Niejaki tylko stosunek do danej sprawy mieć mogą wnioski z pracy J a w o r s k i e g o, właściwie do zakażeń półgłowych się odnoszącej. Autor (22) stosuje serotherapiam maximam et minimam: ostatnią—specyalnie do zakażeń półgłowych, pierwszą zaś—w ogólnych zakażeniach, zwłaszcza zaś w sapremii oraz sprawach septyczno-toksycznych. Ogólnie używaną jest surowica sztuczna H a y e m'a (\*). Otóż roztwór H a y e m'a, zawierający 0,75<sup>o</sup>/o chlorku sodu, jestto wszystkim znany fizyologiczny rozczynek soli kuchennej, a zastrzykiwania soli podskórne lub do żył stanowią serotherapiam.

Wpływ dobroczynny leczenia surowicą sztuczną tłumaczy autor całym szeregiem przemian i procesów, wylugowujących krew, zatrutą toksynami mikrobowemi lub komórkowemi. Pod wpływem zastrzykiwań następują korzystne zmiany w ustroju: tkanki nabierają życia; bolesne obrzęki, jak również objawy zakrzepu żył, zmniejszają się, tętno staje się równiejszem i pełniejszym, wydzielenie moczku się zwiększa i t. p. Surowicę należy przygotowywać ex tempore. Technika jest powszechnie znana.

Wyczerpującą literaturę przedmiotu znaleźć można w dziele A. Stolz'a.

W końcu niech mi wolno będzie przytoczyć 5 spostrzeganych przez siebie przypadków. Opierają się one wyłącznie na badaniu klinicznym, gdyż podać je analizie bakteryologicznej nie miałem możliwości.

Przypadek pierwszy dotyczy kobiety w wieku lat 45, która na kilka dni przed

wstąpieniem do szpitala ukłuła się w rękę kawałkiem drzewa. Zrazu chora nie uczuwała żadnego prawie bólu; gorączki nie było. Rychło jednak zauważyła, iż dłoń, a zaraz potem i przedramię poczęły puchnąć. Chora zaczęła tracić siły.

Stan chorej, gdy przybyła do szpitala, był następujący:

Bardze silnej budowy ciała, chora jednak jest widocznie osłabiona. Tętno drobne. Przytomność zupełna. Chora nie skarży się na ból, lecz na ciężar ręki i brak czucia w niej. Ciepłota 38<sup>o</sup>,5. Dłoń i przedramię przedstawiają obrzęk rozlany; skóra zabarwiona w sposób swoisty (ołowiano-szara) i do marmuru podobna, wskutek przeświecania żył; bardzo naprężona, na dotyk zimna; naskórek uniesiony przez wytworzenie licznych pęcherzyków; przy obmacywaniu trzeszczenie.

W dalszym przebiegu ciepłota się podniosła do 40 przeszło stopni, a w ograniczonym miejscu przedniej powierzchni przedramienia wyczuwa się chęłbotanie. Niezwłocznie przeto wspomniane miejsce nacięto, przyczem wylało się niewiele ropy, koloru kawy. Jednocześnie zrobiono nacięcia na grzbietowej powierzchni dłoni, skąd wydostały się pęcherzyki gazów oraz mętna ciecz surowiczo-krwawa. Na przedramieniu powyżej ropnia zrobiono głębokie nacięcia między mięśniami, które były zabarwione na kolor ciemno-bronkowy i nadzwyczaj suche; ropy pomiędzy nimi nie znaleziono, lecz tkanki widocznie były obumarłe. Zgorzel też zaczęła obejmować całą dłoń, poczynając od palców, a obrzęk wciąż się posuwał w kierunku stawu ramieniowego, zachodząc już do połowy ramienia, nie bacząc na ciągłe okłady z nadmanganu potasu. Wobec tego zaproponowałem chorej odjęcie kończyny, na co się nie zgodziła i w takim stanie została ze szpitala wypisana.

O dalszym jej losie nie wiem, sądząc jednak, że z tej najzłotliwszej postaci zakażeń przyrannych, od której większość chorych ginie, nie wyszła. Mieśliśmy bowiem do czynienia z formą przez H i t s c h m a n u'a i L i n d e n t h a l'a opisaną, a mianowicie, ze zgorzelą błyskawiczną (gangrène foudroyante). Przytem z początku, widać, była to czysta postać (bez ropy), jako zresztą przekonać się było można na przecięciach części głębszych w górnej połowie przedramienia, a dopiero potem przyłączyło się zakażenie drobnoustrojami ropnymi (podniesienie t<sup>o</sup>. i obecność ropy w dolnej

(\*) Serum artificiale, jak wiadomo, nazywamy roztwór jednej lub kilku soli, wchodzących w skład krwi, jakościowo i ilościowo w granicach normy fizyologicznej.

części tegoż przedramienia). Przypadek ten dowodnie wskazuje, że do powstawania wzmiankowanej sprawy chorobowej bynajmniej nie potrzeba ciężkich uszkodzeń ciała, jako niejednokrotnie przedtem sądzono, gdyż wystarcza uklucie kawałkiem drzewa, które, prawdopodobnie, było w zetknięciu z kurzem lub ziemią, ażeby swoiste zarazki mogły się do dróg chłonnych dostać.

Rozpoznanie kliniczne opierało się na pierwotnem wytwarzaniu gazów oraz na zgorzeli postępującej.

Przypadek drugi dotyczy kobiety lat 28, która przybyła do szpitala z objawami ciężkiego zapalenia zakaźnego szpiku kostnego żuchwy. Cała połowa twarzy, zwłaszcza pod kątem szczęki dolnej, obrzęknięta; skóra nadzwyczaj naprężona, oko zamknięte, wskutek obrzęku powiek; chora nie może łykać; szczękoscisk.

Przed dwoma tygodniami zabolała ją żab mądrości.

Chębotanie wyczuwa się tylko pod kątem żuchwy. Nazajutrz ropień pękł do jamy ustnej, tak że na razie chorej zrobiło się lżej. Ciepłota  $39^{\circ},7$ . Obrzęk jednak powiększał się stale. Zrobiono przeto nacięcie wzdłuż brzegu żuchwy, przyczem wylała się dość duża ilość cuchnącej ropy. Szczęka obnażona na wewnętrznej powierzchni. Chory żab usunięto. Ciepłota spadła do  $38^{\circ},6$ , obrzęk jednak się posuwał.

Na trzeci dzień po pierwszej operacji ciepłota znów zaczęła się podnosić (do  $39^{\circ},3$ ), pojawiło się chębotanie na policzku, ale chora na nacięcie się niezgodziła.

Nazajutrz ropień sam przez się utworzył się do jamy ustnej, lecz wydzielanie się ropy natrafia na przeszkody, gdyż otwór zatkany jest czopem z obumarłej tkanki.

Piątego dnia ciepłota  $39^{\circ},7$ . W okolicy skroniowej utworzył się ropień trzęszący. Udało się chorą namówić do operacji. Po przecięciu wylała się ropa z pęcherzykami gazów i tkanka, zgorzela dotknięta. Rozległe drenowanie sprowadziło obniżenie ciepłoty do  $37^{\circ},2$ , rychło jednak znów się podniosła do  $39^{\circ},6$ , chociaż stan ogólny i miejscowy (zniknięcie obrzęku powiek, oczyszczenie ran z tkanek obumarłych) się polepszył. Na rany stosowałem kompresy z nadtlenku wodoru, który doskonale działał miejscowo; ogólnie zaś — przeciwko zatruciu ustroju — zalecałem wlewania do kiszki stolcowej 1% rozczyну collagolu, w ilości 50

ctm. na raz. Po jednodniowym spadku ciepłoty (do  $36^{\circ},7$ ), znów  $40^{\circ},4$  i silne bóle głowy. Po dwóch dniach ciepłota spadła do  $37^{\circ},5$ ; bóle głowy ustąpiły; miejscowo obrzęku prawie niema; oko otwarte, lecz nieruchome. Następnie ciepłota wieczorami trzymała się blisko  $39^{\circ}$ , a chora wpadła w stan nawpół przytomny. Zastosowano wstrzykiwania surowicy Marmorek'a. Wszystkie jednak zabiegi okazały się bezskutecznymi, z powodu zakrzepu zatoki jamistej, od którego chora zginęła we dwa tygodnie po wstąpieniu do szpitala \*).

Przypadek trzeci dotyczy mężczyzny w wieku lat 26, u którego bez widocznego powodu utworzył się dużych rozmiarów ropień pod głębokimi warstwami mięśni szyi.

Przy obmacywaniu wyraźne trzęszczenie. Liczne nacięcia, z których wydziela się brudno-szara ropa, zmieszana z pęcherzykami gazów. Chory silnie gorączkował. W tydzień potem — ropówka gazowa na przedzie klatki piersiowej, która wymagała również wielu nacięć. Wreszcie takiż ropień pod pachą. W rezultacie chory wyzdrowiał.

Przypadek II i III są to typowe zakażenia mieszane beztlenowców z drobnoustrojami ropotwórczymi, czyli właściwa ropówka gazowa.

Przypadek czwarty i piąty stanowią tylko potwierdzenie poglądu Schrotter'a co do możliwości przedostania się gazów do tkanek zapalnych.

Chora lat 36; dziesięć dni temu, podczas ciężkiej pracy, poczuła ból w dole brzucha, z lewej strony, poczem zauważyła, że guz, który tam istniał od roku, nagle się powiększył. Jednocześnie spuchła cała dolna część brzucha. Przez dwa dni wymioty żółciowe. Cięża od 5 miesięcy. W 5 dni po zachorowaniu poroniła, a dwa dni później utworzył się ropień na miejscu guza. Przy badaniu można było stwierdzić, iż guz był przepukliną, której treścią, widocznie, prócz sieci obumarłej, tkwiącej jeszcze w otworze, była też kiszka, gdyż z otworu wydostawał się kał.

Mieliśmy więc ropień kałowy, po pęknięciu którego pozostała przetoka kałowa. Ale niezależnie od tego, z nacieczzonej tkanki podskórnej dolnej połowy brzucha przy naciskaniu wydostawała się

\*) O powstaniu trombos. sin. cavernosi po osteomyelitis mandibulae i innych sprawach zapalnych w pobliżu v. facialis — pomówię kiedyś indziej.

przez otwór w skórze, a więc zewnątrz otrzewnej, ropa zmieszana z pęcherzykami gazów. W następstwie utworzyły się jeszcze dwa ropnie w obrębie nacieczonej skóry, a za każdym razem ropa była zmieszana z gazami. Ciepłota nie przekraczała 37°,7, nie więc nie wskazywało, by gazy tu wytworzyły się pierwotnie. Prawdopodobnie, miało tu miejsce przedostawanie się ich z przedziurawionej kiszki, nim ropień pękł nazewnątrz.

Takiego też pochodzenia zdaje się być przypadek piąty: chory lat 23, zapisał się do szpitala z ropniem pod prawym obojczykiem. Przy obmacywaniu trzeszczenie; przy kaszlu guz się powiększa. Chory z wyraźnymi zmianami gruczołzemi w szczytach.

Możliwym więc jest, że utworzyło się ograniczone zapalenie płucnej czy też, jak przypuszczano, próchnienie tuberkuliczne żebra i mostka, a potem już z nieznacznego otworu w jamie (caverna) przedostało się do ropnia powietrze.

Dwa ostatnie przypadki nie mogły być do końca spostrzegane, gdyż chorzy na proponowane im zabiegi chirurgiczne się nie zgodzili. Ostatni zresztą chory niedługo potem umarł na oddziale wewnętrznym na gruźlicę płuc.

Z doby ostatniej przytoczyć mogę jeszcze jeden przypadek ropówki gazowej, tym razem już badaniu bakteriologicznemu poddany.

Robotnik lat 30, miesiąc temu, przygnieciony został wozem. Zrazu stracił przytomność. Po odzyskaniu jej poczuł silny ból w brzuchu; wystąpiły wymioty. Po dostarczeniu do szpitala wkrótce po wypadku stwierdzić było można ciężkie uszkodzenie narządów wewnętrznych: twarz wyciągnięta; brzuch napęczony, twardy, jak deska, i b. bolesny, zwłaszcza podbrzusze; w prawem podżebrzu, na miejscu tępości wątroby, odźwięk bębnowy. Rozpoznano pęknięcie kiszki. Na proponowaną operację z początku się nie zgodził; dopiero po 3 godzinach po przybyciu zabieg wykonać było można.

Na jednej z pętel kiszki cienkiej była rana darta, długości 2—5 ctm., którą zaszyto. W jamie brzusznej nagromadzony był już mętny płyn z zapachem kałowym. Po dokładnem przemyciu trzewiów wielką ilością ciepłego roztworu soli kuchennej (0,75%), ranę brzuszną zamknięto. Ciepłota jednak od czasu operacji nie obniżyła się do normy, co z początku położono na karb istniejącego zapalenia płuc pooperacyjnego, lecz gdy ciepłota zaczęła przybierać charakter wy-

rażnie ropnicowy — zaczęto poszukiwać przyczyny tego powikłania. Dodać winniem, że od drugiego dnia po zabiegu brzuch stał się miękki i niebolesny, i chory, prócz na duszący kaszel, na nic się nie skarżał. Dopiero tydzień temu, szukając objawów ropnia płuc lub zapalenia ropnego opłucnej, i nie znalazłszy żadnych na to danych, natknąłem się na ogromnych rozmiarów ropień w prawym pośladku, na który chory bynajmniej się nie skarżył. Po usadowieniu chorego na krześle, zauważyłem niejednakową konfigurację obu pośladków.

Obmacywanie dało nie tylko chębotanie, lecz i trzeszczenie. Niezwłocznie nacięto wspomniane miejsce i wypuszczono ciemno-szarą, cuchnącą ropę, zmieszana z pęcherzykami gazów, którą w sterylizowanych probówkach odesłano do zbadania bakteriologicznego. Tkanka podskórna była obumarła.

Nazajutrz otworzono ropień ropnicowy w okolicy stawu śródreżopaliczkowego palca średniego ręki prawej. Jednocześnie zauważono guz w okolicy lewej pachwiny, pod więzmem P o u p a r t'a, w miejscu przepuklin udowych. Chory twierdził, że guz ten ma oddawną. Wypukiwanie nad nim wykazuje odgłos bębnowy; przy kaszlu się powiększa i daje się częściowo odprowadzić. Obmacywanie jednak nad więzmem sprowadza uczucie głębokiego chębotania oraz trzeszczenia, sam zaś guz też chębotcze. Wobec tego nazajutrz zrobiono cięcie na dolnej granicy guza: wylała się masa ropy. Palec wprowadzony do jamy wykazuje przedewszystkiem, że o przepuklinie wogóle mowy być nie może, gdyż jama ropnia była całkowicie zewnątrzotrzewnowa i zajmowała cały dół biodrowy lewy. Źródłem zaś tego ropienia, które w dodatku daje początek ogólnej ropnicy, było złamanie w dwóch miejscach gałęzi poziomej kości łonowej, jakie miało miejsce podczas wypadku, a które się niczem, prócz przemijającego (na kilka godzin przed operacją) bólu w okolicy pęcherza moczowego i niemożnością dobrowolnego oddawania moczu, nie uwydatniły. Nadmienić muszę, iż, podejrzewając wtedy rozdarcie też pęcherza moczowego, jeszcze przed operacją wypuściłem mu mocz, lecz ani kropli krwi w nim nie znalazłem. Widoczne go też wpływu złamanie to na zdolność do utrzymania się na nogach chorego nie miało, gdyż teraz może wstać, chociaż jeden odłam sterczy do góry (na-

przód.) Po ostatnim zabiegu ciepłota spadła do normy. Chory pozostaje pod dalszą obserwacją w szpitalu.

Badanie bakteryologiczne jeszcze niezupełnie ukończone. Wykazuje ono z pomiędzy laseczników gazorodnych dominującą rolę *b. coli* w danej sprawie. Dalsze różniczkowanie drobnoustrojów, mogących tu przyjmować udział, nastąpi w najbliższej przyszłości. Bądź co bądź, przypadek ten zaliczyć należy do kategorii przypadków, analogicznych do tego, jaki opisał *M a r g a r u c c i*.

#### Literatura.

- 1) R. Bunge. Zur Aetiologie der Gasphegmone. Fortschritte der Medicin. Bd. XII, № 14. — 2) A. Stolz. Die Gasphegmone des Menschen. Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. XXXIII, Heft 1. — 3) Rud. Kropáč. Ein Beitrag zur weiteren Differencirung der Gangrène foudroyante. Arch. fuer klin. Chir. Bd. 72, H. 1. — 4) Eug. Fraenkel. Ueber Gasphegmonen. Streszcz. w Cntrbl. f. Chir. 1904, № 19. — 5) Idem. Ueber den Erreger der Gasphegmone. Muench. med. Woch. 1899, № 42 i 43. — 6) H. Hitschmann i Lindenthal. Ueber die gangrène foudroyante. XXVII Kongress der Deutsch. Gesellschaft f. Chir. cyt. w Cntrbl. f. Chir. 1899, № 27. — 7) Paul Albrecht. Ueber Infectionen mit gasbildenden Bacterien. Arch. fuer klin. Chir. Tom 67, zes. III. — 8) Schattenfroh i Grassberger. Ueber Buttersäurebaccillen und ihre Beziehungen zu der Gasphegmone. Muench. med. Woch. 1900, № 30-31. — 9) Margarucci. Sopra un caso di cancrena progressiva enfisematica da bacterium coli. Policlinico 1895, № 5. — 10) H. v. Schroetter. Zur Kenntniss der Gabsabscesse der Bauchwand. Prag. med. Woch. 1899, № 28-30. — 11) P. Bonheim. Heilungsergebnisse bei Peritonitis diffusa im Anschluss an akut in die Bauchhöhle perforiertes Magen-oder Duodenalulcus. Deut. Zeitschr. f. Chir. Tom 75, str 389. — 12) Haemig und Silberschmidt. Klinisches und Bakteriologisches ueber „gangrène foudroyante“. Korrespbl. f. Schweiz. Aerz. 1900, № 12. — 13) Muscatello. Ueber die Gasgangraen. Muench. med. Woch. 1900, № 38. — 14) Idem. Per la etiologia della cancrena progressiva enfisematica. Arch. per le scienze mediche. Tom XX, № 18. — 15) Dansauer. Beitrag zur Kenntniss der Gasgangraen. Muench. med. Woch. 1903, № 36. — 16) Ferraton. Trois cas de gangrène gazeuse terminées par guérison. Arch. de méd. et de pharm. militaires. 1902, № 7. — 17) Sargent and Dudgeon. Emphysematous gangrene due to the bacillus aerogenes capsulatus. Arch. internat. de chir. Vol. II, fas. 2 Cytow. w Centrbl. f. Chir. 1905, № 28. — 18) J. Thiriar. La technique opératoire et les indications générales de la méthode oxygénée. Bull. de l'acad royale de méd. de Belgique. 1904, № 5. — 19) Stolz. Ueber Sauerstofftherapie. der Gasphegmone. Deut. med. Woch. 1903, № 33. — 20) Prof. v. Bruns. Ueber die Anwendung reiner Carbonsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen. Arch. f. klin. Chir. T. 64, zes. I. — 21) Prof. H. Kuettner. Schonende Nachbehandlung septischer Operationen. Beitr. zur. Chir. Tom 35, zes. II. — 22) J. Jaworski. O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiale w zakażeniu połogowem. Kronika lek. 1904, № 12.

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

Napisali: J. Mazurkiewicz, W. Sochacki, W. Łuniewski i S. Borowiecki.

Ubiegły rok 1905 — a trzeci z kolei istnienia szpitala w Kochanówce — był rokiem historycznych wypadków, rozbudzonych, ale jeszcze niespełnionych nadziei setek milionów ludzi, i wstrząśnień, poruszających całe społeczeństwo od jego nizin do szczytów. Wszelkie rachuby, dotyczące sił społecznych, odznaczają się z natury rzeczy już w czasach spokojnych nadzwyczajnym brakiem ścisłości. Tem większa niepewność istnieć musi oczywiście podczas trwania wstrząśnień rewolucyjnych, wytrącających umysły wszystkich z równowagi na tyle, iż bieg wypadków staje się żywiołowym, czyli nawpół-świadomym odruchem społecznym, nieobliczalnym dla żadnej ze stron wojujących. Wynikająca stąd niepewność tego, co przynieść może najbliższa chwila, mogąca się stać wręcz antytezą chwili poprzedniej, jest właśnie jednocześnie i przyczyną i skutkiem zaburzenia równowagi psychicznej ogółu społeczeństwa, wysadzonego z jego złotego środka i popychanego z jednego krańca w drugi. To zaburzenie równowagi psychicznej jest normalną jeszcze reakcją na nagłe skierowanie życia społecznego na nowe tory; ale może ono dochodzić, i jak to postaramy się wykazać w rozdziale o „Rewolucji i chorych umysłowych“, u niektórych ludzi o mniej odpornych układach nerwowych istotnie dochodzi do stopnia zaburzeń wyraźnie patologicznych.

Spoleczne ruchy, które dosięgły mocy żywiołowości, czyli z poszczególnych ruchów, kierowanych przez jednostki, podległe prawom psychologii indywidualnej, przekształciły się w ruchy mas, podległe prawom psychologii tłumu, nigdy na czas dłuższy wstecz się nie cofają. Wierzmy zatem mocno, iż rok bieżący spełni nadzieje, wzbudzone przez rok ubiegły. Zależnym jest od tego nie tylko normalny bieg życia społecznego w ogóle, ale i zadośćuczynienie wszelkim jego potrzebom poszczególnym. A kto chce się przekonać, jak dużo jest tych potrzeb na bliżej nas interesującym polu szpitalnictwa w naszym kraju, niech przeczyta z gruntownym zrozumieniem rze-czy napisaną pracę kol. M ę c z k o w-



skiego p. n. „Stan i potrzeby szpitali Królestwa Polskiego“. Uskutecznienie zawartego w niej projektu reorganizacji całej dziedziny higieny publicznej zależnym jest, rzecz prosta, od poprzedniej radykalnej reorganizacji podstawowych zasad naszego życia społecznego. Przechodząc do jeszcze ciasniejszych ramek działalności naszej bezpośredniej, spostrzeżemy z łatwością, iż dalsze losy nawet takiej poszczególniej instytucji, jaką jest szpital w Kochanówce, zależą będą również całkowicie od przyszłych zmian ogólniejszej natury.

Rok ubiegły, tak ciężki do przetrwania dla instytucji, nie posiadających żadnych kapitałów żelaznych zapasowych i t.d., a do nich zalicza się i Kochanówka,—był jednak dla niej pod każdym względem pomysłniejszym od lat poprzednich. Nawet pod względem finansowym wykazał roczny budżet wyraźny postęp pomimo podskoczenia wydatków szpitalnych z 36,820 rb. w r. 1904 do 41 tysięcy w 1905 r., pomimo zmniejszenia się składek i ofiar prywatnych do sumy zaledwie 4½ tysięcy rubli, pomimo przekształcenia się obliczonej zapomogi miejskiej na zwyczajną opłatę za chorych, przysyłanych do szpitala przez miasto, wykazał budżet roczny tylko około 3-ch tysięcy rb. deficytu, czyli o tysiąc rubli mniej, niż w roku 1904. \*)

Bezwątpienia, w ścisłym związku z tą nieco większą zasobnością finansową szpitala pozostaje i postęp, dający się stwierdzić z punktu widzenia lekarskiego.

Pomimo większej ilości chorych i większego wypełnienia szpitala, aniżeli lat poprzednich, nie mieliśmy w roku ubiegłym żadnej katastrofy szpitalnej: parę prób wieszania się chorych na zadumę, w czas spostrzeżonych, i wyskoczenie dwóch chorych przez niefortunnie urządzone górne części okien, pozostały bez żadnych złych skutków dla chorych. Kaftana przez cały nie używaliśmy literalnie ani razu i obecnie nie posiadamy go nawet wogóle w szpitalu. Chorzy chroniczni wykazują większy stopień uspołecznienia. Te dodatnie rezultaty zależą niewątpliwie od nieco większej ilości służby szpitalnej, już wyszkolonej i nie odrywanej od pracy przy chorych do zajęć postronnych, które wynikały z braków urządzeń szpitalnych w pierwszych latach egzystencji zakładu. Nie

chcemy przytem bynajmniej twierdzić, iż pielęgniarki i pielęgniarki w Kochanówce odpowiadają już wszelkim wymogom lekarskim; stanowią oni tylko względnie najlepsze siły pielęgniarskie, jakie w chwili obecnej mogą być dobrane. Rzeczywiście stojących na wysokości zadania pielęgniarzy można się będzie spodziewać dopiero wtedy, kiedy się podwyższy poziom kulturalny tej warstwy społecznej, z której się rekrutuje personel szpitalny, kiedy zatem społeczeństwo będzie mogło i będzie chciało zaprowadzić przymus szkolny i urzędzie specjalne szkoły pielęgniarskie.

Wręcz nadspodziewanie dobre wyniki dała statystyka śmiertelności, która wykazywała w r. 1903 — 10,9%, 1904 — 12,84%, zaś w ubiegłym — zaledwie 6,66%, tj. cyfrę, podawaną przez najlepiej urządzone szpitale dla umysłowo-chorych. Skłaniamy się do przypuszczenia, iż ten nagły spadek liczby zejść śmiertelnych jest raczej przypadkowym, gdyż w kierunku radykalnych melioracji sanitarnych w Kochanówce niestety nie dotąd działy się: wysoki stan wody zaskórnej nie został obniżony przez skanalizowanie całego terenu, i ta głębokość wciąż jeszcze nieskończonej studni artezyjskiej, którą w sprawozdaniu przeszłorocznym podawaliśmy w cyfrze 170 łokci, pozostała taką samą i w chwili pisania sprawozdania obecnego. Te melioracje wymagają wydatków pieniężnych znacznych, których szpital bez pomocy postronnej nie jest w stanie pokryć ze swych skromnych wpływów bieżących. A jeżeli uskarżaliśmy się na dokuczliwość tych braków już w sprawozdaniach poprzednich, to zrozumiałą jest rzeczą, iż stały się one jeszcze dokuczliwymi w roku ubiegłym, ponieważ wskutek zajęcia trzeciego pawilonu murowanego, fundacyi braci Geyerów, pojemność szpitala wzrosła ze 120 do 150 łóżek, a zatem w tym samym stosunku wzrosły i jego zapotrzebowania.

W przyszłości kardynalne te braki stanowić muszą naturalną tamę dla dalszego rozwoju szpitala. Jeśli ofiarność jednostek nie usunęła tych braków w ciągu blisko 4-ch lat istnienia szpitala, to można na nią bezskutecznie oczekiwać znowu całe szeregi lat. Nie można też liczyć na pomoc właściciela Kochanówki, mianowicie Chrześc. Towarz. Dobr., którego fundusze są całkowicie wyczerpane.

Wiadomem jest, iż Żydowskie Tow. Dobr. ma zamiar wybudować w Łodzi

\*) Wyszczególnione pozycje budżetowe zawiera sprawozdanie Łódzkiego Chrz. Tow. Dobr. za rok 1905.



zakład dla swych umysłowo-chorych współwyznawców. Zamiar nie wyszedł dotąd z dziedziny projektów z powodu braku funduszków. Ponieważ takie przedsięwzięcie wymaga setek tysięcy rubli, więc nie trudno przewidzieć, iż Żydów. Tow. Dobr. przy skutecznieniu projektu będzie walczyć z chronicznym brakiem pieniędzy, tak samo jak i Chrześ. Tow. Dobr. Ale brak pieniędzy na urządzenie szpitala może być równoznacznym, jak to widzimy na przykładzie Kochanówki, z brakiem wody do picia, wilgocią gruntu, itd. t. j. z nadmierną ilością chorób gorączkowych, czyli z bezpośrednią krzywdą chorych. Należy z góry przewidzieć, iż te lub inne braki będą wskutek chronicznego braku funduszków tak samo doskwierać żydowskiemu szpitalowi, jak już doskwierają chrześcijańskiemu. A może doczekamy się wkrótce samorządu miejskiego w Łodzi, który — w przeciwieństwie do zarządu obecnego — zainteresuje się na tyle sprawą szpitalnictwa miejskiego, że zechce wybudować trzeci, własny szpital dla umysłowo chorych?

Takie tworzenie kilku drobnych, niezależnych od siebie, i z natury rzeczy kulawo rozwijających się zakładów, byłoby zarówno z punktu widzenia lekarskiego, jak i ekonomicznego całkowitem wypaczeniem tej prostej drogi, po której powinny się rozwijać kwestya opieki nad umysłowo-chorymi w Łodzi, tj. tej samej drogi, którą kroczy sprawa zarówno na zachodzie, jak i na wschodzie Europy. Kwestya ta wszędzie została już rozstrzygniętą oddawna na korzyść wielkich zakładów, mieszczących 600, tysiąc lub więcej nawet chorych; pomijając już Europę zachodnią, widzimy, iż już nasze Tworki mieszczą 800 chorych, a niedawno zbudowany zakład w Wilejce pod Wilnem zawiera 1000 łóżek. Małe, przed wiekami zbudowane i w rękach różnych „braciszków“ zakonnych znajdujące się zakłady o kilkudziesięciu do stu łóżek istnieją jeszcze wprawdzie tu i ówdzie w Europie, ale zażywają najnajgorszej sławy wskutek średnio-wiecznych obyczajów obchodzenia się z chorymi, panujących w nich po dzień dzisiejszy. Poza tem, pomijając naturalnie prywatne zakłady, przeznaczone wyłącznie dla chorych zamożnych, budowane są dzisiaj już tylko wielkie szpitale krajowe, prowincjonalne, miejskie itd., ponieważ: 1-o koszt urządzenia, a także utrzymania jednego łóżka jest znacznie mniejszy, niż w zakładach małych, 2-o tylko w dużych zakładach o dostatecz-

nej ilości pawilonów przeprowadzoną być może racjonalnie *podstawowa zasada psychiatryczna*, wymagająca *dokładnej segregacji pawilonowej* różnego rodzaju chorych, tak niezmiernie ważnej nie tylko ze względu na *bezpieczeństwo*, ale i na *zdrowie psychiczne* chorych; w małych zaś szpitalach, z powodu nadmiernych kosztów, o przyzwoitej segregacji pawilonowej nie może być mowy, chyba o segregacji w budynkach starego systemu korytarzowego, więziennego, który został już całkiem zarzucony; 3-o obok systemu pawilonowego budowy najpiękniejszą zdobyczą współczesnego szpitalnictwa dla umysłowo-chorych są dalsze konsekwencye praktyczne zasady dokładnej segregacji, mianowicie kolonie, pracownie, patronage familial itd., które znowuż mogą być urządzone w sposób należyty tylko przy szpitalach wielkich; małe szpitale w rodzaju Kochanówki mogą przy najlepszych chęciach dawać swym chorym tylko jakies surogaty tych wszystkich urządzeń. Wreszcie, nie mówiąc już o szeregu pomniejszych szczegółów, jak urządzenia hydro-elektroterapeutyczne i td. i td., wspomnimy jako punkt 4-y szkoły pielęgniarskie przy szpitalach dla służby, szkoła początkowa dla jej dzieci, kasy ubezpieczeniowe dla służby i w. i., słowem — wszystkie urządzenia, mające na celu wykształcenie służby i przywiązanie jej do zakładu i chorych przez zabezpieczenie jej bytu i ułatwienie pożytecznego lub przyjemnego spędzenia chwil pozasłużbowych.

Wszystkie powyższe i wiele innych jeszcze korzyści z budowy wielkich szpitali zamiast małych są dzisiaj tak przedyskutowane i oklepane, iż kwestyę należy już uważać za wyczerpaną i przesądzoną, jak tego dowodzi fakt budowania obecnie tylko dużych szpitali.

Nienormalne warunki biurokratycznej gospodarki społecznej w naszym kraju spowodowały, że zarządy miasta, powiatu, gubernii, sprawą szpitalnictwa nie interesowały się wcale. Wskutek tego powstała w XX wieku w Kochanówce osobliwość, niezmiernie rzadka w Europie, pod postacią prywatnego szpitala dla umysłowo-chorych. Nie tylko bez wszystkich powyżej wzmiankowanych dobrodziejstw wielkich zakładów, wymaganych przez współczesną wiedzę psychiatryczną, ale nawet bez wody, bez dróg, bez kanalizacji domków drewnianych, bez drenów itd. itd. — istnieje jednak ta osobliwość już czwarty rok, dzięki nadzwyczajnemu brakowi podobnych zakła-

dów w Królestwie, a nawet ma znaleźć naśladowców, chcących stworzyć drugą taką europejską osobliwość dla umysłowo-chorych żydów.

Jest rzeczą nietrudną do przewidzenia, iż takie zakłady prywatne i wyznaniowe przeznaczone są po krótkim okresie istnienia albo wręcz na zagładę, albo na wleczenie coraz mizerniejszego żywota w przyszłości. Instytucja szpitalna prywatna, wydatkująca przeszło 40 tysięcy rubli rocznie, może liczyć, jak wykazuje budżet zeszlóroczny Kochanówki, na pokrycie zaledwie  $\frac{1}{10}$  części swych wydatków przez wpływy ofiarności publicznej. Ten sam budżet wykazuje, iż  $\frac{9}{10}$  wydatków zostaje pokrytych przez opłaty za utrzymanie chorych w zakładzie. Te opłaty są nawet wysokie, wynoszą 90 rb. w I klasie, 50 rb. w II-iej, i nawet 35 rb. na ogólnym oddziale; bez tak wysokich opłat szpital „dobroczynny“ nie mógłby egzystować. Wybudowanie szpitala żydowskiego w Łodzi odciągnie od Kochanówki dość znaczny procent pensjonarzy — żydów I i II klasy. Powstały niedawno zakład prywatny dla zamożnych chorych pod Warszawą i mające wkrótce powstać dwa nowe takież zakłady pod Warszawą — odciągną znowuż od Kochanówki pewną ilość pensjonarzy I i II klasy, tym razem już bez różnicy wyznań. Zapowiedziany przez różne manifesty samorząd ziemski i miejski w Królestwie zajmie się bezwątpienia tak piekącą potrzebą, jaką jest u nas brak szpitali i przytułków dla umysłowo-chorych w kraju, co znowuż ułatwiłoby umieszczenie chorych na oddziałach ogólnych za znacznie tańszą opłatą, aniżeli w Kochanówce. Innemi słowy: wraz z poprawą stanu szpitalnictwa dla umysłowo-chorych w Królestwie musiałoby iść równomiernie pogorszenie się stanu finansowego małych szpitali, mogących istnieć tylko dzięki wysokim opłatom, na które dzisiaj rodziny volens-nolens się godzić muszą.

Takie są ujemne strony małego szpitala prywatnego terazniejszego, które w przyszłości mogą zatem uleść tylko pogorszeniu.

Z powyższego zdaje się wynikać wyraźnie, iż środek zaradczy przeciwko tak nienormalnemu bytowi szpitala jest tylko jeden: przekształcić szpital mały na szpital duży, własność prywatną na własność społeczną. Pozostaje tylko pytanie, o ile jest możliwem praktyczne u skutecznienie takiego projektu.

Przekształcenie szpitala w Kochanówce z własności prywatnej Chrześc. Towarz. Dobr. na własność społeczną jest równoznacznem z podarowaniem tego szpitala miastu lub powiatowi. Wartość pieniężna tego podarunku stanowi 150—200 tysięcy rubli, ulokowanych jednak w takiej instytucji, która z natury swojej może przy najlepszych nawet warunkach dawać corocznie tylko deficyt, jest zatem stałym ciężarem, który, jak widzieliśmy, może w przyszłości tylko coraz bardziej obarczać budżet Chrz. Towarz. Dobr. Należy więc przypuszczać, iż to ostatnie chętnie pozbyło by się instytucji, któraby w przyszłości tylko paraliżowała owocną działalność Towarzystwa w innych kierunkach, i to tem chętniej, gdyby w zamian za zasługę stworzenia tej instytucji otrzymał Zarząd Towarz. prawo bezpłatnego dysponowania pewną ilością łóżek w szpitalu. Towarz. miałoby w ten sposób z jednej strony materalny dowód uznania za zbudowanie szpitala dla umysłowo-chorych, a z drugiej strony — uwolniłoby się od ciężaru nad siły.

Inna jest kwestya, czy obdarowany, a zatem Magistrat Łódzki, zgodziłby się na przyjęcie takiego ciężaru na swoją odpowiedzialność. Teoretycznie można sądzić, że tak bogate miasta fabryczne jak Łódź, Zgierz, Pabjanice mogłyby wspólnemi przynajmniej siłami utrzymywać instytucję, której dotąd same nie stworzyły, chociaż to było ich elementarnym obowiązkiem. W rzeczywistości jednak nie trzeba ludzić się płonniemi nadziejami. Praktyka życiowa wykazuje, iż dobroczynny szpital w Kochanówce zmuszony jest utrzymywać przez kwartał, a nieraz i pół roku nawet, na kredyt tych chorych, których przysyła do szpitala sam Magistrat Łódzki na koszt miejski, i że zdobywa z kasy miejskiej nawet należną za nich opłatę tylko z największemi trudnościami. Magistraty Zgierski i Pabjanicki przez  $3\frac{1}{2}$  lat istnienia szpitala w Kochanówce przysyłały zaledwie po dwóch chorych, za których najwyżej po 3-ch miesiącach pobytu w zakładzie przestawały płacić; co się dzieje ze wszystkimi chorymi, których te miasta nigdy nie mogą umieścić w przepelnionych Tworkach, łatwo się domyślić. W dniu 22 stycznia 1906 roku w południe Magistrat Pabjanicki zakomunikował nam telefonicznie swój pogląd na opiekę nad umysłowo-chorymi biednymi mieszkańcami swego miasta.

Na nasze zawiadomienie Magistratu, iż komitet szpitalny nie zgadza się na dalsze bezpłatne utrzymywanie chorego mieszkańca Pabjanic, p. H., i że na prośbę jego żony, pozostałej z czworgiem dzieci, zapytujemy, czy Magistrat Pabjanicki zgadza się na uiszczenie zaległych i dalszych opłat, otrzymaliśmy dość słownie następującą odpowiedź, zanotowaną na papierze natychmiast po odejściu od telefonu: „Gdybyśmy chcieli płacić za wszystkich tych idiotów, wariatów, których mamy w mieście, to musielibyśmy na nich wydawać miliony!“ Biedne miasto Pabjanice, w tak mało cywilizowany sposób postponowane przez własny zarząd! I co się z biednymi jego chorymi dzieje, jeżeli w Tworkach nigdy niema miejsca wolnego, a Kochanówce zapłaciły Pabjanice zamiast milionów tylko dwa razy za trzymiesięczne utrzymanie na ogólnym oddziale?

Ten—powiedzmy delikatnie—biurokratyczny sposób zapatrywania zarządu miasta na potrzeby lekarskie jego mieszkańców powinien rozwiać złudzenia każdego, który je wypadkowo mógł dotąd posiadać. Nawet połączone magistraty bogatych miast fabrycznych Łodzi, Zgierza i Pabjanic odepchnęłyby od siebie jaknajdalej myśl przyjęcia w podarunku szpitala, któryby oczywiście wymagał nakładów, bez których te magistraty dotychczas znakomicie się obchodziły. Nie można też zaprzeczyć prawdzie, iż z punktu widzenia ekonomicznego umieranie ludzi pod płotem jest istotnie tańsze, aniżeli ich leczenie w szpitalu.

Jeżeli zatem wszelka rachuba na to, iż obecne magistraty mogłyby się zająć pilnymi potrzebami mieszkańców, byłaby wprost naiwną, to z drugiej strony musimy się już dzisiaj poważnie liczyć z możliwością, iż zapowiadany samorząd ziemski i miejski zaprowadzonym będzie w bliskiej przyszłości i w Królestwie Polskiem. Byłaby to zmiana radykalna i nie może ulegać żadnej wątpliwości, iż nawet najmniej idealny samorząd miejski uważałby jednak za swój moralny obowiązek nie tylko objąć szpital w Kochanówce, ale także usunąć jego braki i odpowiednio do swych środków i potrzeb miejscowych stopniowo go rozszerzać. Gdyby Kochanówka stała się własnością miejską, to zapewne i Żyd. Tow. Dobr. nie myślałoby o budowie osobnego szpitala, tylko o budowie własnych pawilonów przy wspólnym szpitalu.

Żyd. Towarz. Dobr. chce stworzyć zakład dla umysłowo-chorych wpły-

znawców, gdyż widzi jego istotną i piękną potrzebę. Wzmiankowaliśmy poprzednio, jakie są ujemne strony małych szpitali i jakie dodatnie wielkich. Zobaczmyż zatem, co może być przeszkodą do urzeczywistnienia projektu normalnego rozwoju sprawy, mianowicie powiększenia już istniejącego małego szpitala w Kochanówce, zamiast tworzenia nowych samodzielnych, ale również małych jednostek szpitalnych.

Względy ekonomiczne przemawiają za większymi szpitalami. Względy lekarskie przemawiają bezwarunkowo również za większymi szpitalami. Względy wyznaniowe, o ile dotyczą chorych, nie wchodzą tu wogóle w rachubę, bo zarówno w dużych, jak w małych szpitalach, jak i w Kochanówce także, widzimy chorych wszelkich wyznań, żydów, ewangelików, katolików, prawosławnych, którzy, zależnie tylko od stanu umysłowego, doskonale harmonizują ze sobą na sali, pracują w tych samych pracowniach, lub uczestniczą w tych samych rozrywkach.

Zatem nie antagonizm wyznaniowy umysłowo-chorych, ale antagonizm wyznaniowy umysłowo-zdrowych wybuja tutaj kosztem pożytku ludzi chorych. Humanitarna wartość tego antagonizmu przypomina nam tradycyjne w każdym szpitalu kłótnie pomiędzy szpitalnym gospodarzem a gospodynią: są to nieporozumienia obrzydliwie małostkowe, a doprowadzające niekiedy jednak do takiego zaciętrzewienia stron wojujących, iż jeśli nie znajdują hamulca, mogą się ujemnie odbijać na należytem zadowoleniu potrzeb chorych.

Być może, iż średniowieczne przesady odniosą raz jeszcze zwycięstwo nad logiką i pożytkiem społecznym, i stwierdzą, raz jeszcze niższość naszej kultury, którą tak się lubimy chwalić, od kultury europejskiej. Ale nie ulega wątpliwości, iż ta kultura zemści się za to z czasem, i tworząc gdzieindziej w kraju szeregi nowych zakładów, pozostających w racjonalniejszych warunkach, sprowadzi tem samem coraz dalsze obniżanie się poziomu zakładów, które zostały od samego początku na błędnych podstawach założone, uniemożliwiających nie tylko dalszy rozwój, ale nawet najniezbędniejsze melioracje. Nie chcemy przesądzać losów innych pokrewnych instytucji w Królestwie, jak np. prywatnego przytułku dla umysłowo chorych w Drewnicy, pod Warszawą, należącego do Towarzystwa Opieki nad umysłowo-chorymi. Być może,

iż warszawska ofiarność publiczna zabezpieczy był ekonomiczny i przytułku w Drewnicy i projektowanego przez Towarzystwo Opieki w blizkiej przyszłości szpitala w Karolinie pod Warszawą. Ale zdaje się nam, iż o ile Kochanówka, Drewnica, Karolin itd. miały najzupełniejszą rację bytu jeszcze przed kilku laty, jako wyraz rozpaczliwych wysiłków inicjatywy prywatnej, aby dokonać choć częściowo tego, co powinno było zostać uskutecznionem przez rząd i całe społeczeństwo, o tyle w chwili obecnej obowiązkiem jest naszym zerwać z paliatywami i projektować tylko instytucje solidne i trwałe, podległe samorządowi lokalnemu lub krajowemu, i pozostające w zgodzie z wymogami wiedzy współczesnej. A ta wiedza twierdzi dzisiaj, i bezwątpienia całkiem słusznie, że „zakład dla umysłowo-chorych jest już sam przez się lekarstwem, jest leczeniem stosowaniem“.\*) Stąd wniosek jasny, iż jeśli zakład niema wymagalnych przez wiedzę urzędów pawilonowych, kolonialnych, patronage familial, któreby pozwalały odrywać chorych od monotonii zakładowej i myśli chorobliwych przez pracę i rozrywkę, jeśli niema okien, pieców, oświetlenia itd. takiego rodzaju, które zapewniają bezpieczeństwo chorych, jeśli wreszcie niema służby, któraby miała zapewniony wygodny byt i dzięki temu zapewniała troskliwą i delikatną opiekę nad chorymi,— to taki zakład jest wprawdzie lekarstwem, ale źle spreparowanym, mogącem niekiedy wręcz zaszkodzić zdrowiu chorego. W myśl przysłowia, że na bezrybiu i rak ryba, dotychczas i Drewnica i Kochanówka rozwijają się pomimo wszystkich trudności na tyle pomysłnie, że Łódzkie Żyd. Towarz. Dobr. i Warsz. Tow. Opieki nad umysłowo-chorymi chcą stworzyć jeszcze dwie także małe instytucje, które zatem z góry będą pozbawione wszystkich dobrodziejstw wielkich szpitali, oczywiście w sposób odpowiedni, tj. niebiurokratyczny, kierowanych. Może byłoby zatem racjonalniej zwlec jeszcze nieco wykonanie tych projektów do chwili porozumienia się z władzami samorządu miejscowego, a tymczasem poprzestawać na ulepszeniu i rozszerzaniu tego tylko, co już istnieje. (d. c. n.)

\*) I. Starlinges. Einiger über Irrenklinik, Irrenanstalt, Irrenpflege in den letzten 25 Jahren.— Jahrbücher f. Psychiatrie u Neurologie 26B. 1905 Jahr.

## Dwa przypadki zupełnego przyrośnięcia łożyska do macicy.

(Accretio completa placentae)

Podał. E. Beatus (Kalisz).

Według przemówienia na posiedzeniu Tow. Lek. Kaliskich dnia 17 grudnia 1905 r.

Krwotoki, zależne od zatrzymania całkowitego, lub też części łożyska, zdarzają się rzadko odkąd przyjęto za prawidło, by łożyska nie pozostawiać w macicy dłużej nad godzinę po urodzeniu się dziecka. Niektórzy autorowie nowszych podręczników położnictwa z Fritschem, Rungem, Schautą, Schaeferem utrzymują, w przeciwieństwie do dawnych autorów, że przyrośnięcie łożyska do macicy nie zdarza się wcale, inni zaś twierdzą, że zdarza się nadzwyczajnie rzadko.

Przypadki przyrośnięcia łożyska do macicy zdarzają się jednak nie jednemu praktykowi i sam mam do zanotowania dwa takie przypadki. W obu tych przypadkach tkanka łożyska i tkanka macicy tak były z sobą ściśle spojone, że tworzyły jedną całość. łożysko w obu razach nie dawało się odkleić, odrywało się, trzeba je było wydobywać kawałkami, pozostawiwszy pewną część we wnętrzu macicy.

Barnes i Krasowski, w swoich odczytach o operacjach akuszeryjnych, radzą działać przy wydobywaniu przyrośniętego łożyska, z jak największą oględnością, ponieważ tkanka macicy w miejscu przyczepu łożyska bywa miękką i cienką i łatwo może uleść rozdarciu nawet pod naciskiem palca.

Wigand radził w podobnych przypadkach odklejać i usuwać z jamy macicznej część łożyska mniej silnie przyrośniętą, resztę zaś pozostawiać, mając na względzie, że rodząca przy podobnym sposobie działania mniej jest narażona, niż gdyby uległa nader niebezpiecznemu obrażeniu przy gwałtownem oddzielaniu wszystkich części łożyska.

Dawniejsi akuszerowie natomiast radzili koniecznie oddzielać wszystkie zrosty i wydobywać łożysko w całości, nie pozostawiając najmniejszego kawałka. Rada ta jednak nie jest racjonalną, ponieważ forsowne zniszczenie zrostów z macicą, spowodować może ciężkie obrażenie macicy przedarcie jej ścianek z groźnemi następstwami: zapaleniem otrzew-



ny, posocznica lub ropnica—zwłaszcza jeżeli aseptyka nie jest dosyć ścisłą.

Barnes przytacza przypadki sekcyjne, w których na podłużnym przecięciu macicy nie można było oznaczyć granicy między łożyskiem i macicą.

Często przyczyną przyrośnięcia jest niezwykła miękkość łożyska, szczególnie jeżeli, łożysko jest cienkie, szerokie i pokrywa znaczną powierzchnią macicy. Przyrośnięcie wywołane bywa również sprawami zapalnymi samego łożyska, błon płodowych, bywa też następstwem zapalenia macicy.

W obu moich przypadkach przyrośnięcie przypisuję tej ostatniej przyczynie.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 22 letniej, która rodziła bez pomocy lekarskiej na wsi i przybyła do szpitala w dwa tygodnie po porodzie dziecka z wybitnymi objawami posocznicy: kolor twarzy blado-żółty, wypieki na twarzy, dreszcze, tętno przyspieszone do 130, pragnienie, częsty oddech, skóra gorąca, sucha, wymioty; ogólne pogniębienie. Z miejscowych objawów zauważyłem: wzdęcie brzucha, bolesność macicy, dna macicy nieco niżej pępka, ujście otwarte, przepuszczające dwa palce. Wydzielina maciczna, śluzowo-ropna, cuchnąca, wysięków obok macicy nie znalazłem. Chora przebyła w szpitalu 2 miesiące, od 18 Czerwca do 19 Sierpnia 1892 roku; miewała dreszcze po 2 razy dziennie; z powiększonej macicy wydzieliał się płyn ropny, wystąpiły obrzęki kończyn i twarzy. Powoli dreszcze ustąpiły, obrzęki znikły i chora wypisała się ze szpitala w stanie względnego zdrowia. Następnego roku 16 Sierpnia przybyła po raz drugi do szpitala w stanie daleko rozpaczliwszym. Od otaczających dowiedziałem się, że chora rodziła przed 6 dniami nieżywe dziecko i, kiedy po 3-4 dniach łożysko nie odeszło, posłano po lekarza, któremu udało się wydobyć zaledwie nieznaczną część przyrośniętego łożyska. Szóstego dnia po porodzie przywieziono chorą do szpitala. Znalazłem ją w stanie zapaści, macicę powyżej pępka, z wydzieliną cuchnącą, macicę przepuszczającą 4 palce, łożysko przyrośnięte do macicy, porozdzierane na strzępki. łożysko wydobyłem palcami. Chora tego samego dnia zmarła przy objawach wzmagającego się upadku sił.

Drugi przypadek zakończył się szczęśliwiej. Kobieta wątła, lat 37, wieloródka, u której pierwszy poród był kleszczowy, po porodzie przechodziła zapale-

nie macicy, zapalenie naczyń chłonnych i zapalenie pęcherza. Przy następnym porodzie, po upływie dwóch lat, następczy krwotok, wskutek nienależytego kurczenia się macicy. Przy trzecim porodzie niezupełne przyrośnięcie łożyska do macicy; okres zdrowienia trwał długo.

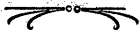
Ostatni poród odbył się 3 Grudnia 1905 r. W pół godziny po urodzeniu się dziecka nastąpił tak silny krwotok, iż niezwłocznie trzeba było przystąpić do oddzielenia łożyska. łożysko jednak było przyrośnięte do macicy na całej przestrzeni i brzegów łożyska określić było niepodobna, gdyż stanowiły jedną całość z macicą. Część łożyska wydobyłem kawałkami. Z powodu ciężkiego stanu chorej, która traciła tętno i mdlała, musiałem zaniechać dalszego wydobywania łożyska, a zająć się ratowaniem omdlałej, (zastrzykując eter, olej kamforowy, stosując wlewanie podskórne roztworu fizyologicznego soli kuchennej, bandażowanie dolnych kończyn i t. p.) i chorą udało się uratować od niechybnej śmierci. Naza jutrz ciepłota 36, tętno 130. Przytomność zupełna. Przystąpiłem do przestrzyknięcia wnętrza macicy słabym roztworem lizolu, powtarzając ten zabieg w ciągu dni następujących, Wydzieliny nadzwyczaj cuchnące, przy ciepłocie 36,5. Piątego dnia po porodzie wydobyłem jeszcze trzy kawałki łożyska, wielkości jaja gołębiego każdy. Pomimo to, więcej niż połowa łożyska, według mego zdania, musiała się pozostać we wnętrzu macicy. Wezwany na naradę jeden z miejscowych kolegów proponował, żeby resztę łożyska usunąć ostrą łyżeczką, na co zgodzić się nie mogłem w obawie przed przedziurawieniem ścięzcałej ścianki macicy na miejscu przyczepu łożyska. Sprowadzony specjalista akuszer z Poznania potwierdził rozpoznanie i palcem, o ile mógł, usunął znaczną część pozostałego łożyska, nie mogąc jednak odróżnić, gdzie kończy się łożysko, a zaczyna się ścianka macicy, resztę pozostawił naturze. Wydzieliny w ciągu kilku dni były jeszcze cuchnące, obecnie ustały i chora jest na drodze do zupełnego wyzdrowienia.

W nowszych podręcznikach akuszerki nie znalazłem, nawet wzmianki w przypadkach przyrośnięcia łożyska do macicy i to mnie skłoniło do podania opisanych wyżej przypadków do wiadomości kolegów, tem bardziej, że takie przypadki przyrośnięcia mogą być powodem sprawy sądowo-lekarskiej. Gdyż wrazie śmierci chorej w okresie połogowym, je-

żeli przy sekcji znajdują się w macicy kawałki łożyska, lekarz może być posądzonym o niedbalstwo lub nieumiejętny zabieg, ewentualnie pociągnięty do odpowiedzialności.

Ten ostatni wzgląd, t. j. odpowiedzialność lekarza przez sądem lub też obawa przed obmową ze strony nieświadomionego otoczenia, nie powinien być dla lekarza miarodajnym.

Jeżeli po ścisłym zbadaniu lekarz przyjdzie do przeświadczenia, że wskutek zbyt silnych zrostów nie jest w możności wydobyć całego łożyska bez uszkodzenia ścian macicy, to niech wydobędzie to, co się da, pozostawiając resztę czasowi. Po kilku dniach przyrosnięte części łożyska ulegną rozpadowi i albo same się wydziela, lub też łatwiej mogą być wydobyte.



## ⊙ cholera

Opracowali: J. Pełczyński i H. Fidler (z Radomia)  
(ciąg dalszy)

### Objawy.

Przechodząc do opisu objawów cholery, na pierwszym miejscu postawić musimy zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego.

Najstaszym objawem zakażenia cholerycznego jest biegunka. Objaw ten najczęściej rozpoczyna cały obraz choroby, niekiedy zaś biegunka stanowi jedyny objaw zakażenia, jak to bywa w lekkich przypadkach (cholera magueux — Jaccoud). Niektórzy autorowie wspominają że jeszcze przed wystąpieniem biegunki dają się spostrzegać takie objawy, jak niedomaganie ogólne, zawroty głowy, szum w uszach, co ma trwać kilka godzin do kilku dni. Uważają oni te objawy za okres zwiastunów. Lecz w przeważnej większości wypadków anamneza nie wykrywa tego okresu. Chorzy powiadają, że wśród zupełnego zdrowia dostali nagle biegunki, w następstwie której dopiero następuje szybki upadek sił, szum w uszach, zawrót głowy i anxietyas praecordialis. Wstępna ta biegunka odznacza się częstymi, obfitymi i wodnistymi wypróżnieniami. Z początku wypróżnienia te bywają kałowe, później coraz mniej są zabarwione żółcią, w końcu zaś stają się wodnistymi, przypominając swym wyglądem odwar ryżu, lub rzadki kleik szarej barwy; w wypróżnie-

niach tych często widzimy pływające w obfitości szaro-białe strzępy lub kłaczki; zapach takich wypróżnień jest prawie zaden, albo jakiś mdły, nie dający się bliżej określić. Odczyn ich bywa alkaliczny lub obojętny, ciężar gatunkowy niski (1006—1012) w zależności od bardzo małej ilości części stałych. Co do ilości wypróżnień, to przeważnie obserwowano wypróżnienia b. częste do 30 a nawet i więcej dziennie, przyczem ogólne ilości wydalonego tą drogą płynu dochodzą na dobę czasem do 5000 gramów. W niektórych wszakże epidemiach wypróżnienia bywały mniej obfite, a epidemie panujące u nas w latach 1892—5 odznaczają się nawet wprost skąpą ilością wypróżnień, co widocznie jest zależnem od charakteru epidemii (genius epidemicus).

Drugą cechą biegunki przy cholery, zdaniem większości autorów, stanowi okoliczność, że biegunce nie towarzyszą bóle w brzuchu, lecz za to połączoną bywa z obfitem przelewaniem płynu i burczeniem w brzuchu. Biegunka taka najczęściej trwa 1—3 dni, choć w dawniejszych epidemiach notowano trwanie biegunki znacznie dłuższe (do dwóch tygodni). Przeciwnie, w czasie epidemii 1892—1895 r. niejednokrotnie obserwowano wypadki, gdzie biegunka wstępna, tj. przed pojawieniem się dalszych objawów, trwała zaledwie kilka godzin; zdarzały się nareszcie wypadki, że rozwołnienie wstępne prawie nie istniało oddzielnie: chorzy z całą stanowczością zapewniali, że przed napadem cholerycznym nie doznawali ani biegunki, ani burczenia w brzuchu, ani ściskania w dołku, jednym słowem czuli się zupełnie zdrowymi.

Jeśli biegunka jest jedynym objawem zakażenia cholerycznego (jak to bywa w lekkich przypadkach, czy to w zależności od znacznej odporności organizmu, czy od małej ilości jadu, jaki dostał się do ustroju, czy wreszcie do osłabienia siły jadu), to stan ten nazywamy biegunką choleryczną (diarrhoea choleric). Spieszę tu zaznaczyć, że stan ten, jakkolwiek na pozór dość łagodny, nie pozwala nam a priori wygłaszać zdania o lekkim stopniu zakażenia obserwowanego przypadku, bo nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, czy na tej bieguncie sprawa się zakończy; zwłaszcza u starców zdarza się dość często, że w następstwie biegunki cholerycznej i przy braku na razie wszelkich innych objawów—szybko rozwija się typowy napad cholery (stan zamartwicy) sprowadzający zejście śmiertelne.

Wypróżnienia nie zawsze mają wygląd odwaru ryżowego, czasami nawet wobec zupełnie rozwiniętej cholery są one zabarwione żółcią i do pewnego stopnia podobne do zupy grochowej. W tych wypadkach bywają one mniej lub więcej cuchnące.

Nareszcie w pewnych przypadkach zjawiają się stolce krwawe. Wygląd ich bywa rozmaity: raz przedstawiają się wodnistymi, słabo krwią zabarwionymi, innym razem są skąpe z kłaczkami śluzowymi i mocno zabarwione krwią, podobne zupełnie do dyzenterycznych, nareszcie bywają gęstymi, czarnymi, podobnymi do smoły. Rzadko kiedy zjawiają się krwawe stolce zaraz od początku choroby, najczęściej po 3—4 dniach istnienia biegunki oraz zazwyczaj u osobników starszych, po 40 roku życia, co zdaje się być w związku z miażdżycą tętnic wieku późniejszego. W okresie odczynu i tyfoidu stolce krwawe trafiają się stosunkowo najczęściej i wtedy zależą od zmian dyfterytycznych w kiszkiach, będących następstwem poprzedniego nadmiernego przekrwienia błony śluzowej. Krwawym stolcom w cholerye rzadko towarzyszą bóle w brzuchu, częściej już (zwłaszcza przy porażeniu najniższego oddziału kiszki grubych) wydymania. W czasie epidemii 1892 — 1895 częstość stolców krwawych dochodziła do 6%. P e c h k r a n c jest zdania, że krwawe stolce odznaczają się nadzwyczajną zarażliwością dla otoczenia, że przeto w takich razach dezynfekcyja powinna być nadzwyczaj energiczna i ścisła; przytem zgodnie ze zdaniem Charrin'a stara się objaśnić ową wzmożoną zarażliwość tą okolicznością, że zakaźność zarazka cholery wzmaga się często w miarę modyfikacyi gruntu, na którym zarazek przebywa, przyczem zarazek zwykle nie sprowadzający krwotoków, w pewnych szczególnych warunkach nabywa tej własności. Według zaś Hla wy wyznaczynienia krwi niektórych chorób zakaźnych, zależne są od swoistego laszcznika krwotokorodnego.

Drugie miejsce z kolei w rzędzie objawów cholery zajmują wymioty. Brak ich tylko w tych wypadkach, które oznaczamy nazwą biegunki cholerycznej, za to stałymi są objawami choleryny i cholery typowej. Wymioty zazwyczaj bywają częste i obfite, choć w latach 1892 do 1895 obserwowano wielką ilość przypadków z wymiotami wprost skąpymi. W razie obfitych wymiotów sam akt wymiotowania następuje bardzo łatwo, pra-

wie bez wysiłku chorego, wśród rozmowy, nagle, bez nudności — płyny wytryskują z ust fontanną. J a c c o u d z tego powodu porównywa je do zwracania zawartości żołądkowej, regurgitatio, pomimo jednak tej łatwości wymiotowania chorzy czują się po nich mocno osłabionymi. Z początku chorzy wymiotują resztkami pokarmowemi, potem wodnistą cieczą, b. rzadko — płynem podobnym do odwaru ryżu (prawdopodobnie wskutek przedostawania się zawartości kiszki do żołądka).

Od wymiotów cholerycznych należy odróżniać wymioty występujące w okresie odczynu, gdyż te najczęściej spowodowane są mocnicą, występującą jako powikłanie tyfoidu.

Bywają nareszcie w cholerye wypadki wymiotów krwawych, z mniejszą lub większą przymieszką krwi, jak to się dzieje z krwawymi stolcami.

Zależec one mogą albo od pęknięcia większego naczyńia błony śluzowej żołądka przy wysiłkach wymiotnych, albo w okresie odczynu — od zmian nekrotycznych na tejsz błonie.

Wskutek utraty wielkiej ilości płynów przez biegunkę i wymioty zjawia się *silne pragnienie*, którego chory nie jest w stanie ugasić, gdyż picie podtrzymuje w dalszym ciągu wymioty. Dopiero z ustaniem wymiotów uspakaja się i pragnienie. Jednocześnie z tem ostatniem męczy chorych *czkawka*, nieraz bardzo uporczywa, trwająca nawet już po ustąpieniu wymiotów.

Dla uzupełnienia opisu objawów ze strony żołądka i kiszki dodam tu, że brzuch u chorych cholerycznych zazwyczaj bywa zapadnięty, zwłaszcza nadbrzusze. Przy obmacywaniu brzucha czujemy wyraźne przelewania płynu w kiszkiach; samo macanie bywa niebolesne, tylko przy uporczywej czkawce okolica nadbrzusza bywa nieco wrażliwa na ucisk.

Trzecim z kolei ważnym objawem cholery są ciężkie *zaburzenia układu naczyniowego*. Już niekiedy po pierwszych wypróżnieniach i wymiotach występują jawne oznaki osłabienia czynności serca. Liczba uderzeń serca się przyspiesza, siła zaś znacznie się zmniejsza, wskutek czego tętno staje się nitkowatę, lub zupełnie niewyczuwalnem. Skóra twarzy i kończyn wskutek zastoju krwi żyłnej staje się sinicową, na dotyk chłodną i nieraz pokrywa się zimnym lepkiem potem. Osluchiwanie serca wskazuje na osłabienie obu tonów serca, a zwłaszcza drugiego tonu, który w cięższych wypad-



kach może zniknąć; uderzenie wierzchołka serca staje się niewyraźne oraz zjawia się szmer tarcia osierdzia. W okresie odczynowym czasem u wierzchołka serca wysłuchać się daje szmer skurczowy z charakterem podmuchu.

Te właśnie poważne zaburzenia ze strony serca charakteryzują choleryę typową; w lekkich przypadkach, które określamy nazwami: „biegunka choleryczna“ i „choleryna“ też mamy pewne objawy osłabienia działalności serca, polegające na przyspieszeniu i osłabieniu pulsu, lecz do groźnych zaburzeń, któreśmy wyżej opisali, dochodzi tylko w wypadkach *prawdziwego napadu ciężkiej cholery*. Niewyczuwalność tętna w tętnicach promieniowych (oraz innych obwodowych), jako wyraz bardzo upośledzonej czynności serca w cholerye, stanowi oznakę, t. zw. *stanu zamartwiczego (stad. asphycticum)*, podczas gdy tętno nitkowane niezliczalne, ale jeszcze wyczuwalne pozwala mówić o *st. algidum cholerae*.

Dawniej objawy te objaśniano zagęszczeniem krwi, jakie następuje po obfitych wypróżnieniach i wymiotach. Lecz objaśnienie to nie jest słuszne; dość widzieć kilka przypadków szybko występującego osłabienia działalności serca już po kilkakrotnych a nawet jednorazowych wymiotach, gdzie o zęszczeniu krwi mowy być nie może, aby przyjść do przekonania, że najważniejszą rolę odgrywają tu inne czynniki, mianowicie porażający wpływ toksyn cholerycznych na mięsień sercowy i układ nerwowy serca: przy mniejszej ilości wessanych do krwi toksyn rzecz się kończy biegunką choleryczną lub choleryną, przy znacznie zwiększonym wessaniu toksyn dochodzi do *st. zamartwiczego*.

Tenże porażający wpływ toksyn na serce wywołuje w przypadkach rozwiniętego napadu cholerycznego *zaburzenia w czynności oddychania*: liczba oddechów wzrasta, chory skarży się na duszność, brak powietrza, staje się niespokojnym. Jednocześnie występuje jeszcze jeden objaw właściwy cholerye, a tym jest *zmiana głosu*: skutek wysychania strun głosowych i porażenia mięśni głosi głos, z początku jednostajny falsetowy, staje się potem bezwzględny, w końcu następuje zupełna utrata głosu, chory zaledwie jest w stanie szeptać. Tę zmianę głosu, właściwą stanowi zamartwiczemu, określamy terminem: „głos choleryczny (*vox cholericus*)“.

Przechodzimy kolejno do *zaburzeń w czynności układu nerwowego*. Przytom-

ność jest zwykle w zupełności zachowaną. W samym początku choroby daje się często zauważyć pewien niepokój, jakby podniecenie nerwowe, lecz potem następuje stan przygnębienia a raczej zubożnienia. Za to w okresie odczynowym bywa zamroczenie przytomności ze skłonnością do snu lub bredzeniem a nawet objawami ostrej manii. Czucie skórne z początku jest znacznie przytępione: przyłożenie gorczyznika i rozcieranie szczotką nie sprawiają żadnego wrażenia; W okresie zaś odczynu, wrażliwość skóry jest zmożona, w tymże okresie czasami występuje nadrużliwość: chory zdradza silny niepokój, zrywa się z łóżka, usiłuje uciec, jak to bywa w tyfusie wysypkowym; często też słyszymy skargi na ból głowy, szum w uszach, ból w okolicy serca i uczucie kołatania serca.

Przeładowanie systemu nerwowego toksynami cholery odbija się i na *układzie mięśniowym*, w którym spostrzegamy liczne zaburzenia. Już przy najlżejszych formach biegunki cholerycznej daje się zauważyć pewna niemoc mięśni ruchu dowolnego, wyrażająca się na zewnątrz *znacznem osłabianiem chorego*; przy cięższych postaciach cholery najtężej zbudowani ludzie bardzo szybko stają się na tyle słabymi, że nie mogą ani stać, ani chodzić o własnych siłach, padają na ulicy jak podcięci.

*P e c h k r a n c* obserwował u młodych ludzi *skurcze kloniczne* wielu naraz mięśni, subsultus tendinum i drżenie włóknikowe mięśni dokładnie widzialne przez skórę.

Bardzo częstym, prawie stałym objawem cholery są dokuczliwe dla chorych *teżcowe kurcze w mięśniach* (*crampi*). Najczęściej umiejscawiają się one w mięśniach łydkowych, następnie udowych, drobnych mięśniach dłoni i stopy, przedramienia, najrzadziej w mięśniach brzucha i klatki piersiowej, bardzo rzadko zaś pojawiają się w mięśniach twarzy. Czasami są one tylko przemijające, przypominają darcie w nogach, chory mało się na nie skarży; lecz najczęściej są one tak dolegliwe, że chory krzyczą i jęczą, o ile im głos pozwala, przyczem na twarzy chorego maluje się wielki przestach z przyczyny szalonego bólu; tem więcej wyczerpują one siły i cierpliwość chorych, że umiejscowienie ich jest bardzo zmienne: jeszcze nie ustąpił kurcz w łydkach, gdy już rozpoczął się w palcach dłoni, przedramienia lub gdzieindziej. Do lat 10 objaw ten występuje bardzo rzadko, znacznie częściej u dorosłych, a naj-

częściej u starców. Kurcze mięśniowie zjawiają się w przebiegu choroby dość wcześnie, bo już po pierwszych wymiotach, lecz obserwowano wypadki, w których one poprzedzały wymioty i biegunkę, nareszcie P e c h k r a n c opisał dwa przypadki, w których kurcze stanowiły jedyny objaw zakażenia cholerycznego. Przypadki te dotyczyły ludzi, którzy byli w ciągłej i bliskiej styczności z chorymi cholerycznymi i oprócz obłożenia języka i braku łaknienia, cierpieli tylko na rozległe kurcze, zupełnie indentyczne z kurczami mięśniowymi w cholery. Ja osobiście też spostrzegałem podobny przypadek, w którym poza wybitnymi kurczami tęczowymi mięśni, kończyn dolnych i górnych oraz pewnego niepokoju, żadnych objawów nie było; przypadek ten zdarzył się z felcerem, w którego rodzinie przed tygodniem dwie osoby chorowały na typową cholery. Skłaniam się też chętnie ku zdaniu B i e g a Ń s k i e g o, który podobne przypadki zalicza do poronnej postaci cholery.

*Czynność wydzielnicza gruczołów* ulega w cholery ciężkiemu zakłóceniu, chorzy choleryczni nie wydzielają łez, wywołanie potu jest b. trudne, zatrzymane jest też wydzielanie żółci; lecz najważniejsze w skutkach dla chorych cholerycznych jest znaczne zmniejszenie, a nawet zniesienie wydzielania moczu, jakie następuje na szczycie okresu zamartwiczego. Mamy tu do czynienia z *ischurią* albo z *bezmoczem*: pomimo skarg na parcie i potrzebę moczenia przy założeniu cewnika znajdujemy albo minimalne ilości mętnego moczu, albo też brak zupełny takowego. Bezmocz trwać może 2—3 doby, poczem, jeśli chory wstępuje w okres odczynu, wydzielanie moczu wraca. Pierwsze porcje moczu po ustąpieniu bezmoczności zawierają zwykle białko w dużej ilości, w osadzie zaś moczowym znajdujemy wałeczki szkliste i ziarniste; ilość moczu szybko wzrasta i w ciągu kilku dni trwa polyuria dochodząca do 3 — 4 litrów na dobę. W rzadkich przypadkach białko i wałeczki nie giną z moczu i rozwija się obraz ostrego zapalenia nerek z obrzękami, które albo kończy się wyzdrowieniem po kilku tygodniach, albo doprowadza chorego do śmiertelnej moczownicy.

Z gruczołów tylko sutki kobiece przy cholery nie cierpią; piersi pozostają pełne, mleko daje się z nich łatwo wycisnąć i nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla dzieci karmionych pier-

sią; nikt nie zauważył, aby dzieci takie zarażały się choleryą przez mleko matki.

*Objawy skórne* przy cholery są dość rozmaite. Już wspominaliśmy wyżej o sinicy na kończynach wskutek zastojów krwi żyłnej. Prócz tego z przyczyny utrudnionego obiegu krwi w naczyniach skórnych i utraty płynu następuje tak znaczne zmniejszenie napięcia i sprężystości skóry, że oczy zapadają głęboko, nos się zaostża, na zapadniętych policzkach kości licowe wystają, co wszystko razem stanowi t. zw. *facies cholericą*; na palcach rąk i nóg powstają zmarszczki, a fałda skóry ujęta w palce nie wygładza się. W okresie zaś odczynowym na skórze powstają często (5%) rozmaite wysypki, przeważnie w wieku młodym i u płci żeńskiej. Najczęstszą jest wysypka rumieniowa (*erythema*), przypominająca odrową i pokrzywkę (*urticaria papulosa*, *urt. figurata*, *urt. conferta*), występujące wśród swędzenia najprzód na kończynach, a potem rozszerzająca się na tułów.

Wysypki towarzyszą tylko ciężkim przypadkom cholery, trwają po 3—4 dni; rzadko kiedy po nich następuje łuszczenie. Rzadziej zjawiają się *acnae*, *furunculosis*, albo *herpes labialis*.

Co do ciepłoty ciała, to w okresie zamartwiczym ulega ona znacznemu obniżeniu na obwodowych częściach ciała (pod pachą 35° aż do 32°, podwyższeniu zaś, jak twierdzi E i c h h o r s t, w jamach ciała, (in recto, in vagina).

W okresie odczynu ciepłota wraca do normy, a nieraz podnosi się nawet do wysokich stopni (39° i wyżej), przez co przebieg tego okresu nabiera podobieństwa do tyfusu i nosi nazwę tyfoidu cholerycznego.

### Obraz kliniczny i przebieg.

Omówiwszy większość objawów cholery postaram się skreślić kliniczny jej obraz.

Stosownie do odporności danego osobnika, jak również ilości i jakości zarazki, jaki przedostał się do organizmu, otrzymamy lżejszy lub cięższy obraz cholery. Od czasu wtargnięcia zarazki do wystąpienia pierwszych objawów zazwyczaj upływa pewien czas; o ile na to wskazuje anamneza, zbierana u inteligentniejszych chorych, ten okres wylegania trwa od kilku godzin do pięciu dni. Po upływie tego czasu w nielicznych przypadkach chorzy skarżą się na ogólne niedomaganie, niepokój, czasem brak apetytu,

odbijanie, które to objawy możnaby uznać za *okres zwiastunów*; w znakomitej atoli większości przypadków jakiegokolwiek zwiastunów brak, a choroba zaczyna się objawami enteritidis acutae lub subacutae, jakoto: biegunka ze stolcami z początku żółto zabarwionymi i zachowującymi woń kałową; wkrótce jednak biegunka ze śluzowej staje się surowiczą, przy której stolce się odbarwiają i tracą woń właściwą, jednocześnie chorzy uczuwają pewne osłabienie systemu mięśniowego, jakby zmęczenie. Ta lekka postać nosi nazwę *biegunki cholerycznej (diarrhoea choleric)*; trwa zazwyczaj kilka godzin do kilku dni poczem chory zdrowieje lub popada w cięższą formę, zwaną pospolicie choleryną, a przebiegającą przy objawach gastroenteritidis acutae: do biegunki, przy której stolec szybko się odbarwiają i stają się wodnistymi, t. zw. ryżowymi, dołączają się obfite wymioty, jeszcze więcej osłabiające chorych; po za tem konstatujemy osłabienie działalności serca (tętno przyspieszone, miękkie, sinica lekka), mniej lub więcej rozległe kurecze mięśniowe, silne pragnienie i obniżenie ciepłoty obwodowej.

Niezawsze jednak wymioty dołączają się do już istniejącej biegunki, bardzo często występują odrazu razem z pierwszym rozwolnieniem, albo nawet poprzedzają biegunkę, czyli że zakażenie objawia się z samego początku pod formą choleryny bez „wstępnej biegunki“.

Po kilku dniach, do dwóch tygodni mniej więcej, postać ta, o ile nie przejdzie w następną najcięższą — t. j. we właściwy *napad choleryczny (insultus cholericus)*, kończy się wyzdrowieniem. Najczęściej jednak po 1—3 dniowym trwaniu biegunki cholerycznej czy choleryny, a niekiedy wśród zupełnego zdrowia, jak powiadają chorzy, rozpoczyna się zwykle w nocy prawdziwy napad cholery, cechujący się prócz rozwolnienia i wymiotów obecnością tych ciężkich zaburzeń w krążeniu krwi, któreśmy opisali wyżej a które szybko doprowadzają do znanych nam już *stanów chłodu i zamartwicy (stadium algidum et asphycticum)*. Ciężki ten stan trwać może kilka godzin do kilku dni przyczem w ciągu tego czasu mogą występować kilkakrotnie poprawa i pogorszenie; jeśli chory nie umiera, to ciepłota ciała wraca do normy, obieg krwi się wyrównywa, pojawiają się lekkie poty, wymioty i rozwolnienie ustają, stolce znów zabarwiają się żółcią, mocz zaczyna się wydzielać, jednym słowem chory przechodzi w stan wyrównania, wstępuje

w *okres odczynu (stad. reactionis)*. Nie zawsze jednak poprawa ogólnego stanu i przejście z zamartwicy w okres odczynu następuje odrazu i tak gładko. Zdarzają się wypadki w których wymioty, biegunka i kurecze, które już ustały, po pewnym czasie znów wracają, wywołując po raz drugi stan chłodu i zamartwicy. Jeśli stan zamartwicy trwał nie długo to i odczyn przechodzi szybko w wyzdrowienie. Lecz w tych razach, gdzie stan chłodu czy zamartwicy ciągnął się z przerwami 2—3—4 dni, odczyn również bywa ciężki; ciepłota ciała przechodzi ponad normę, podnosząc się do 38° (w mniej ciężkich), 39°—40° (w b. ciężkich wypadkach). Występuje ból głowy, utrata przytomności z bredzeniem cichem lub burzliwym, nastrożenie łącznie oczu i ogólna niemoc. Jeśli do tego dodamy wzdęcie brzucha, czasami biegunkę (zupa grochowa) oraz rozmaite wysypki (maculae, petechiae), to otrzymamy obraz mniej lub więcej ciężkiego *tyfoidu cholerycznego*, który nie jest powikłaniem cholery przez tyfus, a tylko ciężką formą okresu odczynowego nazwaną tak dzięki podobieństwu do tyfusu. Stan taki może trwać tydzień lub dwa i w większości wypadków kończy się śmiercią chorego.

Gorączkowy przebieg tyfoidu cholerycznego, zdaniem większości autorów, nie jest spowodowany działaniem toksyn cholerycznych, bo te albo są już wydalone albo przynajmniej zubożone. Przyczyną jego jest wessanie do krwi produktów rozpadu pierwiastków tkankowych, które pod wpływem zakażenia uległy przedrażnieniu lub nawet obumarciu; następstwem zaś tego wessania—nowe zatrucie organizmu w okresie odczynu wyróżniające się gorączką. Lecz okres odczynu może przyjąć podobną formę tyfoidu jeszcze z innych przyczyn, mianowicie w razie powikłania cholery przez sprawy nekrotyczne lub przez mocnicę, o czem powiemy nieco niżej. Wobec tego uznać musimy tyfoid choleryczny za pojęcie patologiczne zbiorowe, w którym możemy wyróżnić trzy etyologicznie różne sprawy: ciężkie zatrucie produktami rozpadu pierwiastków morfologicznych, zmienionych pod wpływem zakażenia cholerycznego, następnie zakażenie ropnicowo-septyczne i nareszcie zatrucie mocznicowe.

Co do częstości zakażeń występujących w tej lub innej postaci, to według obliczeń P e c h k r a n c a, dokonanych na chorych szpitala Starozakonnych w Warszawie w r. 1894 wypada, że na 417 przy-

padków zakażenia choleryczne wystąpiło pod formą biegunki cholerycznej w 12 przyp. (3%), choleryny w 167 przyp. (40%) i cholery zimnej w 238 przyp. (57%).

Już wyżej przy opisie właściwego napadu cholerycznego wzmiankowałem, że nie zawsze rzecz rozpoczyna się wymiotami i biegunką, że bardzo często napad występuje wśród pozornie zupełnego zdrowia, przyczem ilość wydalin (stolców i wymiocin) nie zawsze jest znaczna. Lecz bywają, wprawdzie rzadkie, przypadki cholery, gdzie wymiotów i rozwolnienia prawie nie bywa, a chory pomimo to popada szybko w stan ciężkiej niemocy i przy znacznym upadku czynności serca, bezmocz, oraz silnych i rozległych kurczach mięśniowych niespełna w dobę umiera. Jest to postać *cholery t. zw. suchej* (*Cholera asiat. sicca*). P e c h k r a n c opisał z epidemii Warszawskiej 1894 r. kilka takich przypadków, w których cierpienie rozpoczynało się od uczucia znacznego osłabienia i silnych kurczów wielu naraz mięśni, wymioty bywały 1 lub 2 razy bardzo skąpe, rozwolnienia wcale nie było, a śmierć nastąpiła w ciągu 6 godzin. Ja sam obserwowałem w latach 1893 i 1894 po 1 przypadku, gdzie wymioty jednokrotne były po podaniu oleju rycynowego, biegunki wcale nie było, choć przelewanie w brzuchu było bardzo wyraźne i gdzie śmierć przy objawach ciężkiego stanu zamartwiczego nastąpiła po 5 i po 2 godzinach. Przebieg więc cholery suchej bywa po większej części piorunujący (*Cholera sicca fulminans*).

### Powikłania.

Skreśliwszy opis poszczególnych objawów i przebiegu cholery w różnych jej postaciach, musimy teraz omówić spotykane po większej części w okresie odczynowym powikłania.

Najczęstszymi są sprawy nekrotyczne. Pod wpływem gronkowców i paciorkowców osiadłych na błonie śluzowej gardzieli i jamy ustnej powstają zmiany nekrotyczne miejscowe, powodujące mocny fetor ex ore i utrudnione połykanie (stomacace ulcerośa, gangraenosa); też same pasorzyty, przedostając się z jamy ust przez przewód ślinowy lub trąbkę E u s t a c h j u s z a, wywołują zapalenie ropne ślinianki przysusznej (parotitis) i ucha średniego (otitis med.). Wskutek działania lasecznika okrężnicy na zmienne pod wpływem cholery tkanki błony śluzowej kiszek powstają opisane już wyżej krwawe stolce, podobne do dyzenterycznych. Jeśli sprawa nekrotyczna

umiejscawia się w narządach płciowych, to objawia się krwawo-ropnym wypływem u mężczyzn z cewki męskiej, u kobiet z pochwy. Opisane są przypadki powstałych w ten sposób zgorzeli narządów płciowych kobiecych zewnętrznych i dyfterytu pochwy; wymienione tu sprawy nekrotyczne często wywołują ogólne septyczne zakażenia, stanowiące powikłanie okresu odczynowego, a objawiające się pod formą wysoko-gorączkowego tyfoidu cholerycznego.

Drugie miejsce co do częstości zajmują powikłania spowodowane długotrwałym upośledzeniem odżywiania skóry w okresie zamartwiczym. Tu należy odnieść nieraz bardzo rozległe *odleżyny* okolic podlegających stałemu uciskowi przy leżeniu, oraz znacznie rzadziej zdarzającą się zgorzel obwodowych części kończyn.

Częstem powikłaniem są sprawy ropne w samej skórze pod formą czyraków (furunculosis), stojących zapewne w związku z rozcieraniem chorych w okresie zamartwicy za pomocą rąk, flaneli lub szczotek (gronkowce i paciorkowce).

Względnie dość częste powikłanie okresu odczynowego cholery stanowi mocznica. Patogeneza jej jest następująca: niedostateczne wydzielanie moczu lub bezmocz, jakie stale prawie bywają udziałem okresu zamartwiczego, nie ustępując w okresie odczynu, wywołują zatrucie mocznicowe i powodują burzliwe objawy, jak utratę przytomności, bredzenie, drgawki albo śpiączkę. Nie należy jednak utożsamiać podobnych objawów, z występującymi w mocno gorączkowej postaci czystego tyfoidu cholerycznego; głęboka śpiączka bezgorączkowa, jak również obecność bezmocz, i drgawek przy innych objawach w czasie gorączkowego okresu odczynowego przemawiają za powikłaniem tegoż przez mocznicę.

Przekrwienie płuc, jakie zazwyczaj towarzyszy odczynowi po cholery, daje nierzadko początek sprawom nieżyłowym.

Nierzadko też zdarzają się powikłania ze strony narządu wzrokowego. Wysychanie rogówek przez długi czas nieprzykrytych powiekami, jak się to często zdarza przy cholery, wywołuje podrażnienie, powodujące znaczne przekrwienie okołorogówkowe. Notowano niejednokrotnie w okresie odczynu nieżytowe zapalenie łącznic z obfitą wydzieliną śluzopną (conjunctiv. catarrh. profluens). Dolny odcinek rogówki w wielu razach bywa zupełnie zmętniały, czasami tworzą

się obszerne owrzodzenia a nawet hypopyon (Pechkranc, Downar-Zapolski). U chorych cholerycznych z wyraźną miażdżycą układu tętniczego zdarzają się wybroczyny krwawe na spojówkach i czarne plamy na twardówkach.

Zasługuje też na uwagę wpływ zakażenia cholerycznego na *miesiączkowanie i ciążę*. Jeśli napad choleryczny zdarza się podczas miesiączki, to takowa zazwyczaj ulega przerwaniu i wraca dopiero w okresie odczynu; niejednokrotnie przytem występuje obfite krwawienie. Co zaś do ciąży, to w lekkich postaciach cholery takowa rzadko ulega przerwaniu, lecz ciężkie postaci *bardzo często* wywołują w okresie odczynowym poronienia lub poród przedczesny. Pechkranc na zasadzie obserwowanych przez siebie 8 przypadków wyprowadza zdanie, że poronienie w takich razach przebiega dość łagodnie i nie pogarsza rokowania co do zejścia cholery, Troczewski przeciwnie uważa poronienie za bardzo niebezpieczne powikłanie cholery.

Liczni autorowie na zasadzie sekcji przyczynę poronień w okresie odczynu zgodnie upatrują w krwotokach wewnętrznych.

Ja osobiście widziałem dwa razy poród przedczesny pod wpływem napadu cholerycznego. W obu przypadkach, 6 i 7 m. ciąży, przerwanie ciąży nastąpiło w okresie choleryny, t. j. przy objawach wymiotów, biegunki bardzo silnej, ryżowej i kurczów.

Obie chore wyzdrowiały, choć u jednej już po porodzie rozwinął się stan zamartwicy. Obserwacja tych 2 przypadków wobec braku obfitszego krwawienia po porodach zrobiła na mnie takie wrażenie, że przerwanie ciąży wywołane zostało mechanicznym sposobem — wskutek bardzo częstych i gwałtownych wymiotów i biegunki.

Kończąc dział powikłań, uważam za stosowne kilka słów poświęcić chorobom występującym nieraz po upływie dość znacznego przeciągu czasu od przebytej cholery, ale pozostającym z nią w przy czynowym związku. Mam tu na myśli cierpienia następujące po cholercze, dotyczące w pierwszej linii poważnego zakłócenia czynności przewodu pokarmowego: niejednokrotnie notowano w następstwie cholery uporczywe biegunki na przemiesian z zaparciem, częste bóle w brzuchu i zupełny brak apetytu, które to objawy trwają nieraz przez długie miesiące, sprowadzając w końcu charłactwo

i śmierć z wycieńczenia, zupełnie podobnie do tego jak to bywa po ciężkich dyzenterjach.

Czasami w następstwie cholery rozwinają się ostre zapalenie nerek z obrzękami, nie przechodzące jednak nigdy w przewlekłe cierpienie; nareszcie cierpienia następce układu nerwowego, choć są dość liczne, ale bywają zazwyczaj przemijające jakoto: porażenia, zaburzenia psychiczne i td.

### Nawroty i powtórne zachorowania.

Już przy opisie klasycznego przebiegu cholery wzmiankowałem, że zdarzają się przypadki, w których chorzy szczęśliwie wstąpili w okres odczynu: pozbyli się wymiotów, biegunki, męczących kurczów, już nawet stan ich serca wyraźnie się poprawił; chory przez dobę lub dwie zdawał się już zdrowym; w tem nagle następuje nowy napad cholery i znów zjawiają się wymioty, biegunka i wszystkie objawy właściwe okresowi zamartwiczemu; mamy więc nawrót (recydywę) cholery wskutek nowego nasilenia w rozwoju drobnoustrojów, które jeszcze nie opuściły organizmu. Nawroty cholery zdarzają się dość często, np. Pechkranc w swem sprawozdaniu obliczył ich odsetkę na 6%. Powtórne zapadanie zaś w kilka tygodni po przebyciu cholery, jako następstwo nowego zakażenia z zewnątrz, jest stosunkowo b. rzadkie; objaśniamy sobie rzadkość powtórnego zachorowania nabytą podczas pierwszego zachorowania odpornością organizmu, która jednak przy pewnych nieznanym nam warunkach bywa niedługotrwałą; zdarza się to, na szczęście ludzkości, b. rzadko. Ale wypadki takie niewątpliwie bywają. Pechkranc na 417 chorych cholerycznych miał jeden przypadek dwukrotnego zachorowania u starca w 2—3 tygodni po ukończeniu okresu odczynu. Ja sam na 218 chorych, obserwowanych w powiatach: łomżyńskim, mazowieckim i białostockim w latach 1893 i 1894, widziałem jeden przypadek dwukrotnego zachorowania podczas tej samej epidemii. Dotyczył on żydówki, mieszkanki m. Tykocina, lat 32, Lei Kosowskiej, która po przebyciu ciężkiej choleryny w niespełna 3 tygodnie po ukończonym okresie odczynu wyjechała jako zupełnie zdrowa na spotkanie męża wracającego z Ameryki, przenocowała w Grajewie w zajeździe, zjadła po zjedzeniu tamże śniadania powróciła do domu przed wieczorem; tegoż dnia wezwany do niej późno w nocy znalazłem

ją w ciężkim stanie zamartwiczym, po kilkunastogodzinnem trwaniu którego zmarła.

### Rozpoznanie.

Co się tycze rozpoznania, to typowe przypadki, zwłaszcza wobec panującej epidemii cholery azjatyckiej, nie nasuwają zazwyczaj żadnej wątpliwości pod tym względem; w takich wypadkach najczęściej ograniczamy się danymi klinicznymi i epidemiologicznymi; obecność klinicznego obrazu rozwiniętego napadu cholery w połączeniu z faktem istnienia epidemii w bliższej lub dalszej okolicy, oraz stwierdzenie możliwości lub faktu przeniesienia jej na naszego chorego—prawie zawsze wystarcza do rozpoznania istoty cierpienia. Mówię „prawie zawsze“ dla tego, że i tu możliwe są pomyłki; mianowicie pewne zatrucia, jak np. zatrucie arszenikiem, dają często obraz kliniczny zupełnie podobny do zakażenia cholerycznego: i tu mamy biegunkę, wymioty, objawy zapęci (sinica, bardzo słabe tętno), czasem nawet kurcze mięśniowe (jak to było w 1903 r. w Radomiu, przy zatruciu arszenikiem w łodach). W medycynie sądowej opisane są przypadki takiego zatrucia, które za życia chorych były przyjęte za cholere azjatycką właśnie ze względu na panującą epidemię. I w typowych wypadkach pewna ostrożność nie zawadzi.

Co zaś do pierwszych przypadków, kiedy jeszcze w danej miejscowości nie ma epidemii cholery, to rozpoznanie tu jest znacznie trudniejsze, a jednak powinno być dokonane z całą stanowczością już choćby z tego powodu, że lekkomyślne ogłoszenie danej miejscowości za dotkniętą przez epidemię wywołuje prerażenie mieszkańców oraz powoduje wydanie rozmaitych rozporządzeń rządowych, odbijających się ciężko na ekonomicznym stanie miejscowości; z drugiej zaś strony—przeoczenie właściwej istoty pierwszych podejrzanych przypadków może stać się nadzwyczaj zgubnem, bo przepuszczonym zostaje najstosowniejszy moment zastosowania środków, które mogłyby ograniczyć epidemię w samym jej początku.

Na czem więc mamy opierać rozpoznanie pierwszych przypadków podejrzanych?

Przy opisie zmian anatomo-patologicznych już wzmiankowaliśmy, że przy badaniu pośmiertnem nie znajdujemy makroskopowo żadnej zmiany wyłącznie właściwej cholercze azjatyckiej; dane te

stwierdzają tylko istnienie gastro-enteritidis acutae bez oznaczenia charakteru cierpienia. Obraz kliniczny sam przez się też nie może nam służyć za podstawę stanowczego rozpoznania, gdyż ciężkie postaci cholery swojskiej narówni z azjatycką wyrażają się prócz wymiotów i biegunki wodnistej z objawami zapęci, pewną zmianą głosu, a czasem nawet i kurczami; nareszcie, polegając wyłącznie na obrazie klinicznym, moglibyśmy przyjmując za cholere azjatycką zapalenie nerek w okresie mocznicy: wszak i tu miewamy wymioty, często połączone z biegunką, ogólną niemoc chorego i zniesienie czynności wydzielniczej nerek, t. j. bezmocz; obecność białka w moczu nie może służyć za wskazówkę do różniczkowania dwu tych spraw, bo i przy cholercze znajdowano niekiedy znaczne ilości białka, już w końcu okresu zamartwiczego. Gdy więc na zasadzie danych kliniki i anatomii patologicznej, a nawet łącznie z danymi epidemiologii, stanowczego rozpoznania cholery azjatyckiej postawić nie możemy, musimy się zwrócić do badania bakteryologicznego, które jedynie może rozstrzygnąć wszelkie wątpliwości, zwłaszcza w razach uwięczenia go wynikiem dodatnim. Do takiego badania możemy wziąć materiał od chorego lub z trupa, a więc kał, kawałki zawałanej wypróżnieniami bielizny, oraz odcinki kiszek cienkich. Podaję tu prawidła wydane ostatnio przez Radę Lekarską, a dotyczące sposobu brania i przesyłania przedmiotów, podejrzanych co do cholery i podlegających badaniu bakteryologicznemu.

A. *Materiał od chorego.* 1) *Wypróżnienia:* około 50 cent. zebrać bezpośrednio do czystego naczynia bez żadnego dodatku płynów odkażających lub nawet czystej wody. Z tych samych wypróżnień za pomocą wyjałowionego skalpela porobić preparaty na szkiełkach pokrywkowych, które należy wysuszyć na powietrzu, umieściwszy je na bibule filtracyjnej. Do preparatów na szkiełkach należy wybrać ze stolca białe strzępki lub kawałki tkanki. 2) *Kawałki powalanej wypróżnieniami bielizny* należy wysuszyć na powietrzu i włożyć w naczynie szklane, nie zalewając ich żadnym płynem. B. *Materiał od trupa.* Sekcję należy wykonać jak najprędzej po śmierci. Dla badania bierze się trzy odcinki kiszek cienkich podwiązane mocno in situ na trupie po obu końcach (*wraz z zawartością*). Każdy kawałek ma mieć długości około 15 ctm. Jeden odcinek należy wyciąć *bezw warunkowo tuż ponad ileo-coecum*. Wszystkie



odcinki wkładamy do suchych czystych naczyń bez dodatku jakichbądź płynów.

Co do przygotowania naczyń, to słoje i butelki z grubego szkła powinny być przed użyciem wygotowane w ciągu 30 minut w 1% roztworze sody bez płukania ich następczo płynami odkażającymi, ani nawet wodą. Po napełnieniu naczynia zamykają się korkami szlifowanymi, szklanymi lub zwyczajnymi, także świeżo wygotowanymi w 1% roztworze sody, poczem korki obwiązać należy mocno papierem pergaminowym lub pęcherzem wołowym. Do każdego naczynia dołączyć należy kartkę informacyjną, co zawiera naczynie, imię i nazwisko chorego (lub trupa), wiek tegoż, dzień i miejsce zachorowania (lub śmierci), którego dnia choroby wzięto materiał do badania, (którego dnia choroby umarł i kiedy sekowano).

Do opakowania należy używać *mo-nych* drewnianych pudełek (nie od cygar); *materiał płynny* poprzednio pakuje się w pudełko blaszane dobrze lutowane poczem i przykrywkę zalutować należy. Między blaszankę a naczynia szklane dla bezpieczeństwa wkłada się warstwę waty lub nasypuje trocin, blaszankę zaś układa się w pudełko drewniane.

*Szkiełka z preparatami* po wysuszeniu na powietrzu (bynajmniej nie na ogniu) ostrożnie należy zawijać w czystą bibułę do filtrowania, do każdego szkiełka dodaje się etykiетка (jak wyżej), wszystkie szkiełka zawija się w watę i pakuje w pudełko tekturowe a potem w drewniane. Aż do chwili wysłania pudełko przechowywać należy w zimnem i pewnem miejscu (aby kto nie ruszył).

Paczka z przesyłką ma być owiązana mocnym sznurkiem, opieczętowana i zapopatrzona w napis: „ostrożnie“ oraz w dokładny adres laboratorium bakteriologicznego.

Ponieważ pożądane jest jaknajpręd-  
sze zbadanie i ogłoszenie rezultatów takowego, należy unikać wszelkiej zwłoki tak przy braniu, jak i przy przesyłce materiału, który z każdą godziną podlega niekorzystnym dla badań zmianom“.

Nie podaję tu sposobów badania bakteriologicznego na przecinkowce (oglądanie pod mikroskopem preparatów na szkiełkach, badanie hodowli peptonowych, na agarze i żelatynie), gdyż takie badanie przechodzi kompetencję lekarza-praktyka; zresztą, będziemy mieli specjalną, ad hoc pracownię pod kierunkiem odpowiednio przygotowanego bakteriologa. Nie mogę tu jednak pominąć mil-

czaniem faktu, że są przypadki, w których wypróbnienia zawierają tak mało laseczników przecinkowych, że nawet kilkakrotne badanie może wypaść ujemnie. O ile więc wynik dodatni stanowi rozstrzygą wątpliwość co do cholery, o tyle ujemny wcale nie przeczy możliwości zakażenia cholera azyatycką.

Bakteryologiczne badanie powinno być dokonywane i w lekkich postaciach cholery, a nawet w przypadkach biegunki podejrzanej, gdyż chorzy, cierpiący na tę napozór niewinną biegunkę, rozsie-  
wają najwięcej zaraze.

Tyle co do rozpoznawania cholery w okresie biegunki choleryny i zamartwiczym.

Co do rozpoznawania w tych wypadkach, gdzie chorego widzimy po raz pierwszy w okresie tyfoidu cholerycznego, to prócz badania bakteriologicznego należy przedewszystkiem wyłączyć tyfus za pomocą odczynnika Fickera.

### Rokowanie.

Dane statystyczne z ostatnich epidemii u nas w kraju (1892—1895) wykazują, że śmiertelność z cholery azyatyckiej wynosi około 50%, przyczem wahania tej śmiertelności są dość znaczne (40—60%). Jeśli przypomnimy sobie, że dane te pochodzą z czasów, kiedy policya siłą napędzała chorych do szpitali, a ludność wskutek niesłusznej zresztą obawy przed tymi szpitalami znaczną część chorych, przynajmniej lekkie postaci zakażenia, ukrywała przed obserwacją lekarską, to musimy przyznać, że cyfry te nie odpowiadają rzeczywistej śmiertelności, która zapewne nie przechodzi 30—35%. Takie zdanie wypowiadam na zasadzie epidemii obserwowanej w r. 1893 w m. Tykocinie, gdzie dla zapełnienia szpitala nie używałem pomocy policji a pozostawiałem dobrej woli chorych i otoczenia leczenie na miejscu lub w szpitalu.

Jako ogólne prawidło postawić należy, że rokowanie w cholercze jest zawsze wątpliwe, bo chociaż lekkie stopnie zakażenia, przejawiające się w formie biegunki cholerycznej, a nawet choleryny, dają znacznie lepsze rokowania, aniżeli te przypadki w których dochodzi do rozwoju prawdziwego napadu cholery ze stanem zamartwicy, to jednak nigdy nie możemy przewidzieć, czy klinicznie lekka z początku postać nie przejdzie następnie w ciężką. W stanie zamartwiczym rokowanie jest bardzo poważne (do 70% śmiertelności). Okres odczynu znów obfituje w warunki pogarszające rokowanie:



tyfoid choleryczny z silną gorączką, powikłanie przez mocznicę, sprawy nekrotyczne i ropne podnoszą odsetkę śmiertelności bardzo wysoko (do 70%); tylko odczyn bezgorączkowy, lub ze słabą gorączką (do 38°), z zachowaniem przytomności i obfitem wydzieleniem moczu pozwalają rokować względnie pomyślnie.

Co do poszczególnych objawów, to źle każą rokować krótkotrwała biegunka lub brak jej przed rozwojem stanu zamartwiczego, stolce obficie krwawe, uporczywa czkawka, miotanie się chorego na łóżku i maniackalne bredzenie w okresie odczynowym. Zwłaszcza to ostatnie zjawia się na jakieś 12 — 24 godzin przed śmiercią. Wystąpienie wysypki w okresie odczynu nie ma znaczenia rokowniczego. Co do długotrwałej anurii, to jakkolwiek rokowanie przezeń staje się poważniejsze, trzeba jednak pamiętać, że bywały wypadki, że nawet bezmocz trwający 72 godziny dawał zejście pomyślnie. Wpływ charakteru epidemii na rokowanie też jest bardzo wydatny: jedne epidemie dawały 70 do 80% śmierci, w innych odsetka śmiertelności nie przechodziła 15%. Nareszcie pamiętać należy,

że śmiertelność w początku i na szczycie epidemii jest zawsze znaczniejsza, niż na jej schyłku.

Co do wieku chorych, to śmiertelność z cholery w wieku starszym jest znacznie większa, niż w młodym. Najmniejszą śmiertelność *P e c h k r a n c* obserwował u chorych w wieku 10—15 lat, nieco większą w wieku dziecięcym do lat 10, największą w wieku schyłkowym.

Co do płci, to kobiety wogóle łatwiej przenoszą cholere niż mężczyźni; być może jest to w związku z mniejszym nadużywaniem przez nie alkoholu, który obniża kwaśność soków trawiennych.

Poprzedzający stan zdrowia też ma wpływ wybitny na rokowanie. Osoby wyniszczone, rekonwalescenci i pijacy — dają znaczny procent śmiertelności, osoby zaś zdrowe, choćby nawet wątłej budowy, stosunkowo są odporniejsze na zarazek cholery.

Nawroty i powtórne zachorowania na cholere podczas tej samej epidemii dają naturalnie źle rokowanie, co daje się łatwo objaśnić osłabieniem organizmu niedawno przebytem oierpieniem. (d. c. n.)



## Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

### Tow. Lekarskie Łódzkie.

17 posiedzenie z dn. 18 października 1905 r.

Za przewodniczącego: kol. *S i k o r s k i*.

Za sekretarza: kol. *P r z e d b o r s k i*.

I. Demonstancje chorych: 1) kol. *M. C o h n* przedstawia chorą (lat 19), u której od lat czterech stopniowo tworzy się obrzmienie prawego uda. Przez przekłucie otrzymano biały mleczny płyn zmieszany z tłuszczem. Skóra na stronie wewnętrznej uda znacznie zmieniona, pokryta brodawkowatymi chełbeczącymi wzniesieniami. Rozpoznanie (*limphangioma femoris*). W dyskusji kol. *T r e n k n e r* wspomina o dodatnich wynikach leczenia przy telangiectasis za pomocą radium i zapytuje, czy w danym przypadku metoda ta nie mogłaby znaleźć zastosowania. Kol. *C o h n* odpowiada, że dotąd nie znajduje wskazania do zabie-

gów terapeutycznych, ewentualnie zaś stosowałby tylko zabieg operacyjny.

Kol. *G o l d m a n* wątpi, czy wobec odmiennej budowy anatomicznej stosowanie radium dałoby wyniki równie dodatnie, jak przy telangiectasis. Z pomocą zaś operacyjną należy się również jeszcze wstrzymać.

2) Kol. *W a s s e r m a n* przedstawia:

a) chorą z objawami nerwobólu kulzowego prawego, u której wskutek dłuższego leżenia w łóżku utworzyła się *skolioza* z położeniem kończyny jak przy *coxa valga*. Kol. *W.* dokonał operacji (osteotomiam subtrochanitericam transversam) z pomyślnym rezultatem. Chora chodzi obecnie dobrze.

b) chorego, operowanego z powodu przepukliny pachwinowej za pomocą metody *K o c h e r a*. Rezultat operacji pomyślny.

Dyskusya: kol. *G o l d m a n* zaznacza co do przypadku pierwszego, że cho-

ra prócz ischias cierpiała na fluor albus i że, być może, zachodziło tutaj cierpienie stawu biodrowego na tle rzeźączkowym. Zdanie to podziela kol. M. Cohn.

Kol. K l o z e n b e r g zapytuje, czy stwierdzono istotnie u chorego ischias i czy są jeszcze jakieś pozostałości tej choroby.

Kol. W. odpowiada, że nie znalazł objawów przemawiających za zapaleniem stawu biodrowego i że wywiady nie wskazywały również na cierpienie zakaźne dróg płciowych; kol. K l o z e n b e r g o w i: że pozostałości ischias istnieją dotychczas.

3) Kol. G o l d m a n demonstruje 3 letnie dziecko chore od 1/2 roku. Choroba rozpoczęła się od owrzedzenia na wardze górnej, które następnie rozszerzyło się na dolną część przegrody nosa. Rozpoznanie waha się między gruźlicą a przymiotem. Matka zdrowa, ojciec zmarł na gruźlicę.

Dyskusya: kol. S o n n e n b e r g sądzi, że w danym przypadku wszystko przemawia za scrophuloderma, proponuje leczenie chirurgiczne (wyskrobanie rany etc.)

II Kol. G o l d m a n wygłosił rzecz p. t. „Cierpienia urazowe w 1-szem półroczu roku 1905“ opracowaną wspólnie na podstawie materiału szpitala Żydowskiego w Łodzi przez kolegów M. C o h n a, A. G o l d m a n a, I. P e r l i s a i L. P i n k u s a (drukowane w „Czasopiśmie“).

W dyskusyi kol. W a s s e r m a n zaznaczył, że z dobrym rezultatem stosował w kilku przypadkach zeszyte kości i sądzi, że daje ono lepsze rezultaty, niż leczenie konserwatywne. Kol. G o l d m a n odpowiada, że w szpitalu żydowskim oddawano pierwszeństwo leczeniu konserwatywnemu dlatego, że z góry nie można przewidzieć, czy kość dobrze się zrosnie i dopiero, jeśli rezultat tego sposobu leczenia był ujemny, przystępowano do nakładania szwu kostnego.

III. Kol. J. S a k s proponuje wysłanie depezy kondolecyjnej uniwersytetowi Moskiewskiemu z powodu śmierci Trubeckoja \*).

Wniosek ten przyjęto.

IV. Kol. K a u f m a n odczytał projekt protestu Tow. Lek. w sprawie cho-

lery, przeznaczony do wydrukowania w pismach miejscowych.

Wobec zbliżania się cholery do granic Królestwa, Towarzystwo Lek. Łódzkie na wiosnę już zajęło się opracowaniem planu walki z tym groźnym wrogiem. Punktem wytycznym programu ułożonego przez Towarzystwo była myśl, że, stawiając pomoc leczniczą na dalszym planie, działać należy przede wszystkim zapobiegawczo w kilku kierunkach, a mianowicie: 1) przez poprawę ogólnych warunków sanitarnych 2) przez dostarczenie pożywienia ludności ubogiej, 3) przez wczesne rozpoznanie pierwszych przypadków cholery i odosobnienie ich i 4) przez popularyzacyę podstawowych wymagań higieny. Program Towarzystwa zawierał szczegółowe wskazówki co do każdego z tych punktów. W przekonaniu, że zwykłą drogą kancelaryjną planu tego wykonać nie można i że niedozwolnym jest tutaj współdziałanie społeczeństwa, Tow. Lekarskie wspólnie z Sekcją techniczną, Tow. higienicznem i zarządami innych instytucji społecznych w Łodzi funkcyjujących, podjęło inicjatywę utworzenia Komitetu sanitarno-obywatelskiego. Umotywowany memoriał w tej sprawie wręczony został właściwej władzy. Pomimo kilkakrotnie ponawianych starań, komitet ten nie został zatwierdzony i zamiary Tow. Lekarskiego i współdziałających z niem instytucji nie mogły być urzeczywistnione.

Dziś, gdy cholera już w Łodzi się pojawiła i zastała miasto zupełnie nieprzygotowanem i w warunkach sanitarnych najfatalniejszych, słysząc się dają zarzuty ze strony ogółu pod adresem Tow. Lekarskiego i Higienicznego, jako naturalnych stróżów jego zdrowia, że nieszczęściu temu zapobiedz nie usiłowali. Wskutek tego Tow. Lekarskie uważa za swój obowiązek publicznie oświadczyć, że miało ono rozległe co do walki z cholera zamiary i że dużo pracy tej sprawie poświęcić chciało, za niewykonanie tych planów odpowiedzialność moralna spada nie na Tow. Lek. i współdziałające z nim instytucye“.

V. Demonstracye preparatów: kol. M. C o h n pokazał kilka niezwykle wielkości kamieni otrzymanych za pomocą *sectionis altae* u 66-letniego mężczyzny, dotkniętego od lat 10 cierpieniem pęcherza.

2) Kol. M. C o h n pokazuje kamienie otrzymane u 18 letniej panny przez rozszerzoną cewkę moczową.

\*) Tekst depezy: La société des medecins à Lodz a décidé à la séance du 18 Octobre d'envoyer à l'Université de Moscou la sincère et profonde expression de condoléance à la suite de la mort du citoyen Troubetzkoy, qui a lutté pour la liberté politique et academique.

3) Kol. Perlis demonstruje: a) preparat *osteochondroma* piątego palca ręki, b) kışkę agenta tajnej policji resekowaną z powodu 5 ran postrzałowych. Chory zmarł. Rezultat sekcji nieznan, ponieważ sekcje policyjne odbywają się bez udziału lekarzy szpitalnych;

c) znacznej wielkości kamień żółciowy, otrzymany w warunkach następujących: 26 letnia kobieta, cierpiąca na wątrobę, po powrocie z Karlsbadu zachorowała wśród objawów niedrożności kışzek. Po kilku dniach odszedł kamień, który widocznie zamykał światło kışzki.

VI. Poddano balotowaniu kolegów Leona Landaua i Osieckiego. Obydwaj przyjęci zostali w poczet członków Towarz. Lekarskiego.

18 posiedzenie z dnia 22 Listopada.

Przewodniczący: kol. R u n d o.

Sekretarz: kol. M. K a u f m a n.

Obecnych 32 członków.

1) Kol. Perlis demonstruje pacjentkę, która przed rokiem cierpiała na krwioplucie; przed kilku miesiącami wystąpił obrzęk lewej sutki, przed 6 tygodniami utworzyło się na sutce mnóstwo drobnych owrzodzeń, z których wydzielano się ropa i krew. Kol. S e r k o w s k i skonstatował promienicę sutki. Preparaty drobnowidzowe przedstawione będą na jednym z następnych posiedzeń. (Autoreferat).

2) Kol. W a s s e r m a n przedstawił chorą lat 39, która przybyła do szpitala 4 lutego r. b. z ropniem w okolicy prawej pachwiny. Ropień znajduje się pod więzmem P o u p a r t a.

Zachorowała 8 dni temu: Wystąpiły wymioty zawartością żołądka, zaparcie oraz silne bóle w brzuchu.

Od lat kilku miała guz w prawej pachwinie, który występował przy chodzeniu i znikał w pozycji leżącej. Od czasu zachorowania (tygodnia) guz się nie zmniejsza.

Chora b. wycieńczona. Język obłożony; wymiotów na razie niema, lecz bóle w dole brzucha i koło pępka zjawiają się od czasu do czasu. Przy podrażnieniu ściany brzusznej widać wzmocnione ruchy robaczkowe kışzek, które pęcznią, tworząc pod skórą zgrubienia, do kışbasy podobne.

Nie ulegało wątpliwości, że guz w prawej pachwinie był przepukliną, a sądząc z umiejscowienia ropnia, który ściśle się utworzył w miejscu wystąpienia

guza—przepuklina była udową. Logicznym już stąd wywodem, skoro zjawiska mają charakter przewlekły, i sądząc z bulów skurczowych, przypuścić należało niezupełne zamknięcie światła kışzki, jak to bywa przy przepuklinie R i c h t e r a (prz. ścienna).

Niemożliwość odprowadzenia nasuwała myśl o uwięźnięciu, a utworzenie ropnia wskazywało na sprawę zgorzelinową w worku przepuklinowym. Rozpoznanie przeto brzmiało: H e r n i a R i c h t e r i cruralis dextra incarcerata necrotica.

Niezwłocznie ropień nacięto, przy czym z pod skóry wylała się cuchnąca kałem ropa; worek przepuklinowy zmartały i zawiera otwór z którego sączy się ropa. Po rozszerzeniu otworu pokazała się uciśnięta w kanale udowym i znekrotyzowana ściana kışzki.

Chcąc sprawę ograniczyć, zwłaszcza, że były już objawy zajęcia otrzewnej, przynajmniej w najbliższym do przepukliny sąsiedztwie, uwięźniętą ścianę kışzki zniósł nożyczkami i do otworu wprowadził cienką rurkę gumową. Skutek tego zabiegu był ten, że się wydzielilo nieco płynnego kału oraz gazów, lecz stan chorej bynajmniej się nie poprawił: owszem, pojawiły się znów wymioty, a wzdęcie kışzek się powiększyło. Widząc, że ma do czynienia już z zupełną niedrożnością i nie chcąc operować w polu już notorycznie zakazanem (porówn. M. C o r n e r C o n t r b l. f. Chir. № 35), a mając na względzie wyniki lecznicze przy już istniejącem zapaleniu otrzewnej (porówn. prace B a r t h a, G e b h a r t a, B u s c h a oraz innych), otrzymane przez nałożenie przetoki na kışce bezwładem dotkniętej (teorya H e i d e n h a i n a), wykonał 6/II. enterostomiam powyżej uwięźnięcia: po przecięciu otrzewnej, która była szaro-żółta, z jamy wylała się ciecz surowiczowłóknikowa, a kışka mocno rozdęta i przekrwiona wnet otwór wypełniła. Po tym zabiegu, który dla chorej miał znaczenie nie tylko zapobiegawcze w kierunku zmniejszenia stopnia zapalenia otrzewnej, lecz również—usunięcie przeszkody w krążeniu kału, chora zaczęła się poprawiać tak dalece, że już 5-go dnia po operacji pokazał się stolec drogą naturalną. Poczynając od 14/II przez przetokę wydziela się tylko płynny kał, gdy z kışzki stolcowej—kał bardziej sformowany. 17/II zaczął się wydzielać kał i przez przetokę przepuklinową. Z czasem obie te przetoki poczęły się zmniejszać, lecz nie zamknęły się zu-

pełnie do czasu, gdy chora wyszła ze szpitala (1-go kwietnia).

22 maja powróciła znów, gdyż przetoki, z których stale wydziela się drażniący skórę płyn, pozbawiały ją spokoju.

W celu zablźnienia przetok zrobił jednostronne wykluczenie kiszki, mianowicie zespolił pomiędzy sobą jelito doprowadzające (powyżej przetoki sztucznej) z pętlą odprowadzającą (poniżej przetoki przepuklinowej). Przebieg pooperacyjny gładki. Stolec prawie wszystkich wychodzi per anum, lecz i przez przetoki, aczkolwiek b. mało, stale płyn się wydziela. Zresztą, otwory zmniejszyły się do wielkości łebka od szpilki. W takim stanie należało się spodziewać, iż zamkną się z czasem samoistnie, ale chora się niecierpliwiła, chcąc jaknajprędzej uwolnić się od wszystkiego, co jej w pracy przeszkadza. Wobec tego kilka tygodni temu wykonał ostatni zabieg: przetokę sztuczną oswobodził ze zrostów, kiszkę uruchomił i zaszył. Prócz skóry, która była zmieniona przez ciągłą wydzielinę, zagojenie przez rychłozrost. W krótkim też czasie i druga przetoka się zamknęła. (Autoreferat).

3) Kol. Saks demonstruje: 1) preparat pękniętego jajowodu ciężarnego, otrzymanego drogą cięcia brzuszego. Chora zameżna od lat pięciu, dwa razy ronila w czwartym miesiącu. Dnia 10 listopada r. b. dostarczona została do szpitala im. Poznańskich, 27 letnia kobieta z objawami zapaści.

Ostatni peryod zatrzymał się na 4 tyg. poczem zaczęły się ukazywać plamy czerwone, co trwało dwa tygodnie. Nagle dnia 10/XI w nocy chora dostała silnych bólów brzucha i zaczęła omdlewać. Wezwany kol. Kaufman rozpoznał krwotok wolny do jamy brzusznej wskutek pęknięcia jajowodu ciężarnego i skierował chorą do szpitala.

Chora słusznej budowy, kończyny zimne, wargi ust blade, tętno prawie niewyczuwalne. Brzuch nie rozdęty, niebolesny na ucisk, w prawym podbrzuszu lekkie przytłumienie odgłosu opukowego; badanie przez pochwę nie wykrywa nic anormalnego. Laparotomia przy łaskawej pomocy kol. Goldmana; uspienie eterowe; po otwarciu jamy brzusznej znajduje się dużo krwi płynnej i sporo skrzepów. Macica powiększona, prawe przydatki normalne, lewy jajowód w średniej trzeciej zgrubiał i na zewnętrznym końcu zgrubienia otwór wielkości 3 ctm.; z otworu sterczy jajo płodowe. Po podwiązaniu dwustronnem jajowodu wyciął

kol. Saks część ciężarnego jajowodu, poczem zaszyto cienkimi szwami lig. latum. Na powłoki brzuszne szew dwupiętrowy; operacja trwała 30 min. Zaraz na stole operacyjnym zastrzyknięto chorej 400,0, roztworu soli kuchennej; w następne dni zabieg ten wielokrotnie był powtarzany.

Okres pooperacyjny przebiegł doskonale; drugiego dnia po operacji ciepłota raz dosięgła 38,1, później nigdy nie przekraczała 37,5. 10-go dnia zdjęto szwy, rany brzuszne zagojone per primam.

P. S. 15-go dnia po operacji ciepłota podniosła się do 38,2, w dolnym końcu rany brzusznej uformowało się zaczerwienienie skóry, następnego zaś dnia otworzył się ropień podskórny.

Przypadek II: kol. Saks demonstruje preparat macicy wyłuszczonej na drodze pochwowej, dotkniętej guzem niezmiernie rzadkim, a mianowicie, rozpoznany na zasadzie klinicznych objawów jako *deciduoma malignum*. Historia choroby chorej w krótkości przedstawia się w sposób następujący.

Dnia 30/VII r. b. zgłosiła się do kol. S. 27 letnia T. W. przyjezdna z Pabjanic, ze skargami na krwawienia częste z narządów rodajnych. Krwawienia te trwają od ostatniego poronienia, które miało miejsce przed 2 miesiącami w 4 miesiącu ciąży. Chorą skierowałem do szpitala, gdzie z powodu rozpoznania residua post abortum dokonano excoelationem uteri, przyczem z jamy macicy usunięto sporo tworów, robiących makroskopowo wrażenie błon płodowych; krwawienie jednak nie ustało po wyłyżeczkowaniu, 8-go przeto dnia po poprzedniej operacji rozszerzył kol. S. sub narcosi szyję maciczną i zbadał jamę macicy palcem, przyczem przekonał się o obecności w jamie macicy tkanek, mocno przylegających do ścian macicy, trudno dających się oddzielić, co było dziwnem. Po tym zabiegu krwawienia ustały i chora po 10 dniach wypisaną została ze szpitala w stanie zdrowia zadawalniającym, choć b. blada z powodu obfitej utraty krwi.

Dnia 9/XI r. b. t. j. w 10 tygodni po wypisaniu chorej ze szpitala, został znów wezwany kol. S. do pacjentki, o której wyżej mowa. Chorą przywieziono z Pabjanic i umieszczono u znajomych. Stan chorej był rozpaczliwy; chora niezmiernie blada, wynędzniała, ledwo poruszyć się może na łóżku. T<sup>o</sup> 40,2, tętno b. przyspieszone, drobne, z pochwy sączy się brudny cuchnący płyn. Z uts

chorej dowiedziałem się, że w tydzień po wypisaniu się ze szpitala chora zaczęła znów krwawić z narządów rodzajnych, krwawienia później coraz częściej się powtarzały i przybierały niekiedy wprost zastraszające rozmiary, w przerwach zaś pomiędzy krwawieniami wydzielala się z pochwy brudna, cuchnąca ciecz; chorą skierowałem do szpitala z rozpoznaniem złośliwego nowotworu macicy. Z ust chorej, osoby mało inteligentnej, dowiedziałem się, że przy poronieniu odchodziły jakieś twory przypominające winogrona (mola hydatitosa?); ani akuszerka, ani lekarz nie byli wzywani. Wobec powyższego twierdzenia chorej rozpoznałem cierpienie jako *deciduoma malignum*. Chora niezmiernie osłabiona, w sercu szmery systoliczne, w moczu białko, dreszcze z wysoką ciepłotą ciała powtarzają się kilka razy dziennie. Macica powiększona, twarda, ujście maciczne zamknięte, z ujścia macicznego ciągle sączy się brudny, cuchnący płyn; stan chorej był tak ciężki, że kol. Rundo i Goldman, których prosiłem o pomoc przy operacji, wątpili, czy chora doczeka się dnia operacji. Wyłuszczenie macicy w uspieniu eterowem dokonane zostało bez wszelkich powikłań.

Na przedniej powierzchni macicy znajduje się guz, tuż pod otrzewą macicy—mieliśmy zatem do czynienia z guzem drążącym od wewnątrz ku zewnętrznej ścianie macicy. Dreszcze po operacji ustaly, ciepłota jednak trzymała się na wysokości 38,0 — 38,5. W pierwsze dni po operacji chora czuła się nieźle, stopniowo jednak upadek sił był coraz większy i chora 8-dnia po operacji umarła. (Autoreferat).

W dyskusji kol. Kaufman zaznacza, że oprócz, przytoczonego przez kol. Saks przypadku kol. Stankiewicz, w którym z resztą badaniu mikroskopowemu podane zostały tylko przetrzuty pochwoie, macica zaś sama wyłuszczołą nie była, w piśmiennictwie polskiem znanym jest jeszcze jeden przypadek tej choroby, a mianowicie przypadek opisany niegdyś przez kol. Lebensbaum, w czasie, gdy *deciduoma* nie było jeszcze znanem, jako rak macicy, a który przy późniejszym badaniu po latach wielu uznano również za *deciduoma*.

4) Odczytano odezwę władzy gubernialnej, żądającej opinii Tow. Lek. w sprawie targów rybnych.

Na wniosek kol. Kaufmana postanowiono odpowiedzieć rządowi gubernalnemu odmownie na tej zasadzie, że

szkodliwe wyziewy wydzielają w Łodzi również kanały, rynsztoki i ulice i że władza udziału Tow. Lek. w pracach sanitarnych przedtem, gdy chodziło o rzeczy zasadnicze i ogólne, uznać nie chciała.

19 posiedzenie z dnia 6 grudnia 1905.

Przewodniczący K. Jonscher.

Sekretarz M. Kaufman.

Obecnych 32 członków.

1) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Grosalik przedstawił 3 pacjentów z *lupus*.

3) Kol. Saks odczytał:

a) przypadek oderwania sklepienia pochwowego po raz drugi.

b) przypadek cięcia Cesarskiego przy wskazaniu bezwzględnie.

4) Przedstawiono sprawę zatargu dr. Driebina z szpitalem fabrycznym, powstającym pod egidą Czerwonego Krzyża, i po dłuższej dyskusji postanowiono, by Zarząd zajął się wyswietleniem sprawy.

20 posiedzenie z dnia 20 grudnia 1905 r.

Przewodniczący K. Jonscher.

Sekretarz M. Kaufman.

Obecnych 25 członków.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Demonstracje chorych:

a) Kol. M. Cohn przedstawia przypadek *braku odbytu i odbytnicy* u noworodka.

Jedno dziecko tej samej kobiety z taką samą wadą wrodzoną było operowane 7 lat temu przez kol. Cohna.

Przedstawione obecnie dziecko płci męskiej liczy 25 dni życia i przyniesione zostało do szpitala na 3 dzień po urodzeniu.

Skonstatowano wtedy brak otworu stolcowego. Przy nadymaniu się dziecka żadnego wypuklenia nie zauważono, brzuch wzdęty. Z początku przeprowadzono cięcie od moszen do kości ogonowej, nie znaleziona jednak na głębokości 4-4 ctm. ani śladu odbytnicy. Wskutek tego zrobiono colostomiam w okolicy S-Romanum. Od góry zrobiono potem otwór, który ma pełnić funkcyę anus. Gdyby jednak kanał ten uległ zwężeniu, trzeba będzie otworzyć jamę brzuszną, ściągnąć pętlicę kiszki i przymocować

ją do brzegów sztucznie zrobionego otworu stolcowego.

Dyskusya: kol. Goldman kwestyonuje ścisłość terminologii użytej przez kol. M. Cohna. W danym przypadku chodziło nie o brak, lecz o częściową niedrożność odbytu i odbytnicy. Po operacji powstał nie anus praeternaturalis, przy którym tworzy się grzebień; następnie musi być usunięty, lecz przetoka. Kol. Goldman przewiduje, że utworzony przez przedziurawienie skóry odbytu ściągnie się bez względu na rozszerzenie kanału. Kanał pozbawionym jest zwieracza. W 30% przypadków odbytnicy od strony krocza odnaleźć nie można. Klasyczną w takich razach operacją jest laparatomia.

Kol. M. Cohn odpowiada, że zaszło nieporozumienie. Rozumiał on nie brak odbytnicy, lecz brak dolnej części na przestrzeni 3—4 ctm. Zwieracz zawsze odnaleźć się daje we wszystkich przypadkach.

b) Kol. Klozenberg przedstawia chorą z *akromegalia*.

Pacjentka ma lat 26, zamężna od lat 6, od 4 lat cierpi na bóle głowy i osłabienie wzroku. Badanie oczu wykazuje: pole widzenia w lewym oku 0, w prawym  $\frac{28}{40}$ . Atrophia n. optici. Od dłuższego czasu zauważyła chora powiększenie się nosa, zgrubienie kości, zwłaszcza palców u rąk i nóg. Terapeutycznie kol. Klozenberg stosuje glandulam hypophyseos w substancji.

Kol. Koliński zapytuje, jaką atrofię skonstatowano, białą czy szarą; kol. Klozenberg odpowiada, że szarą.

c) Kol. Goltz przedstawia kobietę z *wielorakiemi owrzodzeniami pierwotnemi* luetycznemi na piersiach. Na lewej piersi znajdują się 2 owrzodzenia, na prawej jedno; pojawiły się one 7 tygodni temu, t. j. od chwili, gdy przyjęła drugie dziecko do karmienia (dziecko to umarło); własne jej dziecko półtoraroczne ma wysypkę na plecach luetycznego charakteru.

Dyskusya: kol. Sonnenberg zaznacza, że ponieważ po zjawieniu się owrzodzenia na jednej piersi, druga podlega t. z. regionäre Immunität, przeto przypadek przedstawiony przez kolegę Goltza rozumieć należy tak, że infekcyja obydwóch piersi nastąpiła jednocześnie, może nawet tego samego dnia.

d) Kol. Goldman przedstawia 3-letniego pacjenta z przerostem napletka. Zmiany takie powstają wskutek lues,

gruźlicy, lub też wskutek urazu; pacjentowi temu Goldman 1½ roku temu usunął już włos owinięty około członka i obecnie przy bliższem przyjrzeniu się spostrzedz można, że przyczyną przerostu jest znowu okroczony włos.

W dyskusyi kol. Sonnenberg zaznacza, że widział kilkakrotnie takie przypadki, w których ponad włosem utworzył się most skórny. Rozpoznanie wtedy jest bardzo trudne. Kol. K rusche w praktyce szpitalnej widywał podobne przypadki często. Niekiedy matka lub niania owiązywały członek, by zapobiedz zbyt częstemu uczeniu się dziecka.

III. Kol. Sterling podnosi kwestyę ankiety w sprawach lecznictwa fabrycznego i konstatuje, że największą obojętność dla sprawy okazali koledzy łódzcy.

Kol. Skalski powiada, że lekarze w fabrykach na Księżym Młynie i w Wಿದzewie obradują nad tą sprawą i uwagi swoje zakomunikują komisji.

IV. Kol. W. Jasiński odczytał rzecz p. t. *Zakażenia septyczne stawów u noworodków* (druk. w „Czasop.“).

Dyskusya: kol. Goldman zapytuje, dlaczego nie dokonano sekcji?

Kol. Jutsmann zapytuje, czy krew nie była badana.

Kol. Saks zaznacza, że noworodki często gorączkują, co jednakże daje się skonstatować tylko przy regularnem mierzeniu ciepłoty.

Kol. Kaufman zaznacza, że stałem prawie źródłem gorączki u noworodków jest pepowina.

Kol. Jasiński odpowiada Goldmanowi i Justmanowi, że przypadek obserwowany przez niego należał do rzędu ambulatoryjnych wskutek tego obserwacyja nie mogła być dokładną, z tych samych przyczyn nie było sekcji. Po śmierci dziecka dokonano dopiero nakłucia opłucnej. Źródłem infekcyi była też jama ustna.

V. Kol. Ks. Jasiński odczytał sprawozdanie komitetu bibliotecznego.

VI. Kol. K rusche wygłosił pierwszą część odczytu p. t. *O ranach nostrzaltowych zadanych zbliska*, (druk. w *Czasop.*.)

VII. Demonstracye preparatów:

a) Kol. M. Cohn demonstruje dwa preparaty przypadków usuniętych skutkiem *Salpingeo-phoritis duplex* u 20 i 24-letniej kobiety.

b) Kol. Goldman pokazuje *nowotwór pęcherza wielkości orzecha* usunięty drogą sectionis altae u 4 let. chłopca.

# KRONIKA.

(№ 16), *W Nowinach Lekarskich* (1906 № 1.) rozwija kol. Rychliński plan organizacji służby sanitarnego w Królestwie Polskiem i między innymi radzi utworzyć posady lekarzy okręgowych pod następującymi warunkami.

„Okręg lekarski nie powinien obejmować większej przestrzeni nad 200—250 wiorst kwadratowych (mniej więcej 2½ mili w promieniu). Jednemu lekarzowi okręgowemu powinna być powierzona piecza nad zdrowiem 20,000—25,000 ludności. Lekarz okręgowy ma pobierać 1,200 rb. rocznej pensji i 200 rb. na rozjazdy. Należć do niego będzie bezpłatne leczenie wszystkich bezrolnych mieszkańców wsi i miasteczek, najemników, służby folwarczej, robotników rolnych i fabrycznych, tudzież posiadaczy gruntów i nieruchomości, których wartość nie przerosła 2,500 rb. lub 10 morgów ornej ziemi. Właściciele osad rolnych ponad 10 morgów i nieruchomości ponad 2,500 rb. płać za ordynację po 10 kop., a za wizytę w domu chorego po 50 kop. Właściciele osad rolnych ponad 50 do 100 morgów i nieruchomości ponad 5,000 do 10,000 rb. płać za poradę 20 kop. za wizytę 1 rubla. Właściciele większych osad ponad 100 morgów i nieruchomości ponad 10,000 rb. nie mogą korzystać z tej niższej taryfy lekarskiej. Dochody, zebrane za porady i wizyty u chorych drugiej i trzeciej kategorii, będą w 35% wypłacane lekarzowi okręgowemu, reszta zaś dochodu obrócona będzie na inne cele.

Lekarze okręgowi według planu kol. Rychlińskiego mieliby tylko leczenie ludności, sprawy zaś sanitarne, jak zwalczanie epidemii i czuwanie nad zarządzeniami policji lekarskiej, załatwiać ma osobna kategoria lekarzy t. zw. lekarze sanitarni, których ma być po trzech na każdą gubernię.

Lekarze „okręgowi“ zatem według pomysłu kol. Rychlińskiego mieliby mniej więcej to samo zadanie, co lekarze Kas chorych, gdyby ubezpieczenie na wypadek choroby na całą ludność kraju rozszerzono, co istotnie poniekąd leży w intencji ustawodawstwa socjalnego.

Systemowi uspołecznienia pomocy lekarskiej, jaki kol. Rychliński podaje, zarzuca „Głos lekarzy“ (№ 3.) co następuje:

Przedewszystkiem okręgi o promieniu 2½ mili o ludności 20,000—25,000 są za rozległe. Wprawdzie w tym wypadku niema mowy o zabezpieczeniu zasiłku ludności pieniężnego w chorobie, więc zgłaszanie się do lekarza licznych symulantów byłoby wykluczone, jednak ludność, mająca prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej i do bezpłatnych leków, korzystałaby z tego prawa w szerokiej mierze, a wobec tego jeden lekarz w tak wielkim okręgu nie podobałby pracy. W każdym razie, lekarz okręgowy byłby ograniczony w dochodach głównie do pensji i do 35% z taks, poza tem zaś chyba bardzo nieznacznie miałby dochody. Czyż więc 1,200 rb. rocznie wystarczyłoby dla zapewnienia minimum egzystencji lekarza okręgowego? Jakkolwiek warunki egzystencji w Królestwie są o wiele lepsze, niż w Galicji, jakkolwiek są tam znacznie tańsze wszelkie artykuły, niezbędne do życia, kwota 1,200 rb. wydaje nam się za niską. Ze stanowiska zaś zasadniczego należałoby rozważyć, czy jest praktycznem oddzielenie funkcji publiczno-sanitarnych od prywatnej praktyki lekarskiej i czy nie lepiej byłoby lekarzowi okręgowemu poruczyć zarazem zadania publicznej pie-

czy o zdrowie mieszkańców, a zatem nadzór nad asanacją gmin, tłumienie epidemii, szczepienie przeciw ospie, nadzór nad środkami żywności, oględziny bydła i mięsa, oględziny zwłok i t. d. Jeśli bowiem mowa o reorganizacji samorządnej Królestwa Polskiego, niema powodu stwarzać dualizmu w najniższych organach sanitarno-lekarskich który dopiero w wyższych jednostkach administracyjnych byłby może pożądanym.

(№ 17) *Szpital w Mińsku mazowieckim*. Ostatnia statystyka wykazała największą liczebnie śmiertelność ludności w powiecie mińskim, i nie dziw, gdyż w całym powiecie istnieje tylko jeden mały szpital w Mieni, w mieście zaś powiatowem, Mińsku maz., dotychczas szpitala nie było. Dopiero teraz budowniczy gubernialny, p. Wiktor Piotrowski, opracował plan budowy szpitala w Mińsku mazow., z uwzględnieniem najnowszych wymagań higieny. Przy szpitalu, oprócz domu administracyjnego, urządzone będą: kaplica przedpogrzebowa, morga, łaźienka kąpielowa i t. p.

Najciekawszą jest atoli rzeczą, z kąd się wzięły fundusze na budowę szpitala. Oto w r. 1859, gubernialna rada główna opiekuńcza wyasygnowała rb. 2,400 na budowę szpitala żydowskiego w mieście Kałuszynie. Naturalnie, że z tak małą sumą nie można było przystąpić do budowy szpitala, więc kwotę wymienioną złożono do depozytu, i obecnie po latach 41 kwota rb. 2,400 z procentami, podniosła się do sumy rb. 25,418. Następnie w r. 1866, ta sama rada główna wyasygnowała rb. 6,575, na budowę szpitala w Mińsku mazowieckim, pod wezw. św. Teodora, i tym razem, z powodu tak szczupłych funduszy, projekt nie był urzeczywistniony, i suma rb. 6,575 oprocentowana, wynosi obecnie rb. 50,537. Za zgodą gminy żydowskiej w Kałuszynie, oba fundusze wymienione połączone i teraz suma na budowę szpitala wynosi rb. 75,955.

Szpital stanie na obszarze 5 morgów gruntu nabytego za rb. 1,000 z terytorjum przytulku starców w Mińsku mazow. Kosztorys budowy zamknięto sumą rb. 64,000. Budynek główny, piętrowy, z pomieszczeniem na 40 łóżek, z oddziałem oddzielnym dla żydów. Budowa będzie rozpoczęta w roku bieżącym.

(№ 18) *Rewizja w szpitalu żydowskim w Warszawskim*. W dn. 2 lutego w warszaw. szpitalu Żydow. na Czystem dokonano ścisłej rewizji. Rewizja rozpoczęła się o godz. 3 i pół po poł., a trwała prawie do północy. Rewizji dokonał naczelnik straży ziemskiej oddziału Wolskiego, przy pomocy około 150 żołnierzy, secyni kozaków i odpowiedniej ilości oficerów. Część wojsk otoczyła szpital, reszta zaś pod kierunkiem oficerów przystąpiła do poszukiwań. Poszukiwania były nadzwyczaj drobniagowe: przeszukano wszystkie mieszkania, kancelarye, mieszkania lekarzy, intendenta, służby i oficyalistów. Nie zadowolono się jednak tem — policja i wojsko udały się na sale chorych i tam przeszukano wszystkie kąty, poruszając nawet chorych z łóżek; przetrząsnęto również wszystkie piwnice, nawet trupiarnię.

Owoce tych poszukiwań były: jeden stary, połamany rewolwer i zardzewiały kindzał.

Około północy policja i wojsko opuściły zabudowania szpitalne, nikogo nie aresztując.



(№ 19) „Gazeta lekarska“ (№ 4) pisze: „We Lwowie pod redakcją prof. Becka i prof. Sieradzkiego zaczął wychodzić „Lwowski Tygodnik Lekarski“. Obecnie mamy pod ręką 3 numery tego czasopisma. W odezwie od redakcyi czytamy, iż „teraźniejsza prasa polska lekarska czyni w ogóle zadość w obecnych naszych stosunkach wymaganiom społeczności lekarskiej i spełnia wzorowo swoje zadanie, mimo, że warunki jej istnienia i rozwoju są trudne, jak trudną jest w obecnej chwili praca naukowa polska—wskutek naszego położenia narodowego, politycznego i ekonomicznego“. Stwarzając nowe tygodniowe czasopismo lekarskie, nie tylko założyciele jego mieli przeświadczenie, że „spełniają prawdziwy obywatelski obowiązek“, lecz i ogół był tegoż przekonania, gdyż, jak czytamy w tejże odezwie, „prawie ogólny głos szerokiej kół lekarskich domagał się już od dłuższego czasu stworzenia tego nowego ogniska i łącznika naukowego, a dalsze zwlekanie z urzeczywistnieniem tego powszechnego pragnienia byłoby wprost karygodnem zaniedbaniem obowiązków stanu lekarskiego względem siebie i społeczeństwa“.

Rzadko które pismo, pisze „Gazeta lekarska“, urodziło się pod tak szczęśliwą wróżbą, a żadnego chyba narodziny nie były tak pożądane, to też sądzimy, iż tak oczekiwanemu benjaminkowi tenże ogół lekarski nie tylko umrzeć nie pozwoli, lecz nie szczędząc mu swej pomocy (naukowej i materialnej) zapewni mu długi i dostatni żywot na pożytek kraju i nauki, czego jednemu i drugiem serdecznie życzymy“.

(№ 20) W Kutnie aresztowano kol. T r o c e w s k i e g o.

W Biłgoraju aresztowano kol. G r z y w i ń s k i e g o.

W Radomiu aresztowano kol. P ł u z a ń s k i e g o.

(№ 21) Kol. J a n R o d e z Tomaszowa Rawskiego został skazany na zapłacenie kary w ilości rub. czterystu za udział w wiecu w październiku r. ubiegłego.

Twórca miejscowego szpitala, podał się kol. R o d e do dymisji ze stanowiska ordynatora tego szpitala; to stanowisko objął z rozporządzenia inspektora lekarskiego Dr. S ę k o w s k i.

(№ 22) W naszej „Kronice“ (№ 93 w r. 1905) pomieściliśmy protest członków komitetu budowy szpitala miejskiego w Pabjanicach, podpisany przez kolegów Eichlera i Staniewicz którzy z komitetu ustąpili. Jak się dowiadujemy z dziennika „Rozwój“, do komitetu budowy szpitala w Pabjanicach powołani zostali na zasadzie specjalnego polecenia gubernatora piotrkowskiego. dr. Broniewski z Pabjanic i dr. Szokalski z Łasku.

Obją ci lekarze wzięli już udział w posiedzeniu komitetu.

(№ 23) Rada lekarska postanowiła wysadzić komisję w celu opracowania projektu organizacyi sanitarno-lekarskiej w państwie. Podobno mają być zasadniczo zmienione urzędy lekarskie centralne i miejscowe—odpowiednio do przebudowanego ustroju państwa i rozszerzenia autonomii miast i wsi.

Miejmy nadzieję, pisze „Wraczebnaja gazeta“, że projekt nad którym pod przewodnictwem W. Anrepa pracuje komisya złożona z L. Bertensona, E. Gołowiina, J. Pluszczewskiego, J. Przybytki, A. Rajewskiego, W. Szydłowskiego, G. Chłopina, nie będzie chowany w skrytkach kancelaryi, lecz zostanie poddany wyczerpującej krytyce w prasie.

Według projektu opracowanego przez W. Anrepa i przedstawionego do rozpatrzenia wymiennej wyżej komisyi cały dział lekarsko-sanitarny ma stanowić pewną całość, niezależną od innych ministerystw, gdy dziś każde ministerystwo ma pod swą opieką jakąś część owego działu. Projektując utworzenie ministerystwa zdrowia publicznego, o czem na zjazdach pirogowskich mówiono od lat kilkunastu, W. Anrep zaczyna od chwili, gdy ziemstwa i miasta uzyskają jaknajszerszy samorząd i sądzi, że jednym z najważniejszych zadań, jednych i drugich będzie zajęcie się sprawami zdrowotnymi.

Do spraw takich należy zaliczyć: organizacyę pomocy lekarskiej, szpitalnictwo, dozór sanitarny, dozór nad aptekami, nad handlem środkami leczniczymi, t. d. W rękach zaś organu centralnego pozostanie jedynie dozór nad bezpieczeństwem granic państwa pod względem zdrowotnym. Nadając zupełną autonomię urządzeniom samorządnym, państwo nie może i nie ma prawa zrzekać się odpowiedzialności za zdrowie ludności. Wypracowuje tedy za pośrednictwem organu centralnego podstawowe zasady działalności ziemskich i miejskich instytucyi zdrowotnych, wydaje odpowiednie prawa, ma pod swą opieką zdrowie ludu i rezerwuje sobie prawo wtrącania się w sprawy zdrowotne jednostek samorządnych, z chwilą gdy wskutek niedbalstwa czy ciemnoty odsetka śmiertelności w pewnym okręgu przewyższy normę wyliczoną dla całego państwa. Organ centralny wypowiada swe poglądy w sprawach sanitarnych, lekarskich, sądowno-lekarskich, weteryjnych wreszcie opracowuje statystykę lekarską.

Wogóle biorąc, projekt cały przedstawia się jeszcze dość mglisto.

(№ 24) W sprawie kształcenia lekarzy w Galicyi. Ostatnia wojna przekonała, że Rosya ma za mało lekarzy, że zawcześnię wołano w czasopismach, „dość mamy sił własnych, ażebyśmy potrzebowali przybyszów zagranicznych“ i zawcześnię też położono za warunek cudzoziemskim lekarzom zdawanie egzaminu w języku rosyjskim, co ostatecznie przecięło im drogę do osiedlenia się w Rosyi; na plac boju powołano lekarzy ze stanowisk szpitalnych i innych stałych, często nie liczoną się, że przekroczyli 50-ty rok życia, słowem ogółem kraj z pomocy lekarskiej, a pomimo tego nie uczyniono zadość wymaganiom i potrzebom polowych ambulanów. Społeczeństwo jednak nie uległo nawoływaniom szowinistycznej prasy i musiał odczuwać brak lekarzy, skoro dało i daje tyle moralnego i materialnego poparcia kobietom poświęcającym się studjom lekarskim, których liczba zdumiewająco jest wielka w porównaniu z liczbą adeptów medycyny u innych narodów. Uniwersytety szwajcarskie, niemieckie, a po części i francuskie są przepelnione rosyankami tak, że wyłania się tam zamiar pewnego ograniczenia tego napływu, głównie ze względu na szkodę, jaką ponosi w kształceniu się młodzież miejscowa. W liczbie obywateli rosyjskich, udających się dla studyów medycyny za granicę, polki stanowią poważny odsetek: wszystkie one, zanim udadzą się na Zachód, zgłaszają się na Wydział lekarski Uniw. Jag. i z największą goryczą opuszczają Kraków, wynosząc niczem oczywicie nie uzasadniony żal do Uniwersytetu krakowskiego, bo przecież nie jest on twórcą tej ustawy, która przyznaje prawa zwyczajnych słuchaczy wydziału lekarskiego tylko obywatelkom austriackim, posiadającym austriackie świadectwo dojrzałości: przeciwnie, Uniwersytet Jagielloński przedstawił ministerstwu oświaty swoje pod tym względem zapatrywanie wręcz przeciwne duchowi

wzmiankowanej ustawy. Boć trudno naprawdę w tej ustawie domyśleć się celu państwowo-politycznego lub naukowo-pedagogicznego: rząd miał jedną wytkniętą drogę, albo szczerlnie zamknąć przed kobietami drzwi uniwersytetów, albo je otworzyć na oścież; ale pozostawienie ważkiej szczeliny, przez którą jedne się przepuszczają, a przed drugimi drzwiami zatrząskuje, to budzi uczucie doznanej niesprawiedliwości i wywołuje wrazenie, że się ulega nie ustawie, lecz jakiemuś zarządzeniu wyjątkowemu, prohibicyjnemu, zwłaszcza, że ustawa nie obejmuje innych wydziałów, a w całej Europie sprawa wykształcenia uniwersyteckiego kobiet jest już zasadniczo i praktycznie rozstrzygnięta. Albo lekarze kobiety są dla społeczeństwa niepotrzebne i szkodliwe, to pocóż je zaprowadzać u siebie, albo są pożyteczne i pożądane, to dla czegoś odmawiać tej korzyści obcym, zwłaszcza, gdy ma się z tego pewny pożytek, a nigdy żadnej szkody; wszak dumnym powinien czuć się każdy naród, który za pomocą swych instytucji naukowych zaszczenia u obcych swoje myśli, szerzy znajomość swego języka, pozyskuje na obczyźnie życiowych i wdziecznych; wszak szczęśliwym jest kraj, który, ściągając do swych granic cudzoziemców, podnosi się ekonomicznie i rozszerza pole swej wytwórczości.

Największą atoli szkodę z tej ustawy ponosimy my — polacy, w szczególności kobiety nasze, odgrywające w społeczno-politycznym bycie narodu tak wybitną rolę. Usuwając się na lat kilka z pod zbawionego wpływu środowiska rodzinnego i narodowego, przebywając w wirze potężnych a obcych jej prądów intelektualnych, studiując w obcym języku, czy młoda dziewczyna, nie zawsze umysłowo odporna — bo młoda, nie ulegnie przeobrażeniu duchowemu, czy nie skazi czystości polskiej myśli, polskiej duszy? Patrzymy obojętnym okiem na wywożony dobytek z ubożego kraju, na kosmopolityzowanie się kobiety polskiej, a jednak tę bierność wobec istnienia dwóch polskich wszechnic odczujemy i wypomną nam ją kiedyś dzieje oświaty w Polsce. Zastaniamy się uwagą: wszak wszyscy szanujemy ustawy i nikt nie nawołuje do ich łamania; ale czyśmy wyzyskali drogi prawne i dozwolone do złagodzenia tej ustawy? wszakże rząd austriacki składa dowody, że potrafi uwzględnić niektóre osobliwości pojedynczych krajów w zakresie oświaty, a wystarczyć tu powołać się na organizację galicyjskiej Rady szkolnej i szkolnictwa galicyjskiego. Przekonani jesteśmy, że inicjatywa w tym kierunku obu naszych uniwersytetów, poparta wpływami władzy autonomicznej a zwłaszcza „Koła Polskiego“, nie pozostałaby bez wpływu dodatniego na zmianę tego zarządzenia, tyle szkodliwego nie tylko dla interesów narodowych, lecz i dla samych wszechnic galicyjskich, którym uniemożliwia spełnienie jednego z wyższych zadań narodowej oświaty. („Przegląd lek.“ N-r 42).

(№ 25) Co zdziałała dotąd organizacja lekarzy niemieckich. Przed maiej więcej dwudziestu laty wysłała w państwie niemieckim ustawa o Kasach chorych, bardzo życzliwie przyjęta przez wszystkich lekarzy, którzy oświadczyli gotowość służenia tak dobrej sprawie, jaką widzieli w ubezpieczeniu robotnika na wypadek choroby. Lekarze odrazu zrozumieli, jak wielką ma doniosłość ta ustawa dla całego stanu robotniczego; wszak nikt od nich, którzy codziennie u łóża chorego patrzą w lice nędzy, nie wie chyba lepiej, jaki się obraz przedstawia oczom w rodzinie robotnika, jeśli choroba i niemoc rzucą na łożo bolesni żywiciela domu. Nikt z lekarzy jednak wtedy nie pomyślał, jaki wywrze wpływ ustawa ta na stn lekarski, publiczność zaś słysząc, że z powołaniem do zy-

cia ustawy o Kasach chorych otworzy się lekarzom cały szereg posad w Kasach, nabrała przekonania, że się dla lekarzy złoty wiek zaczyna. I dlatego wtedy rzuciła się młodzież tłumnie na wydział lekarski tak, że liczba lekarzy w kilku latach powiększyła się więcej niż w dwójnasób.

Oto dlaczego lekarze w państwie niemieckim musieli materyalnie coraz bardziej upadać. Na każdą, nawet i lichą, posadę lekarza kasowego znalazły się dziesiątki kandydatów, z czego znowu Kasy chorych korzystając, obniżały coraz więcej honoraria lekarskie. Lekarze, stający do konkursu o posadę w Kasie chorych, dopuszczali się czasem uczynków niegodnych i upokarzających dla osiągnięcia swego celu i dlatego musieli się wreszcie znaleźć w przykrej zależności od tej instytucji, której narodziny tak życzliwie witali.

Kiedy zależność ta lekarzom coraz przykrzejszą się stawała i coraz bardziej ogół lekarski zaczął materyalnie podpadać, zaczęły się na zgromadzeniach zawodowych lekarzy, a więc w Izbach i na wiecach Izby, coraz częściej odzywać głosy, nawołujące do zaradzenia wspólnej niedoli. A skoro niedola stanu lekarskiego okazała się wynikiem państwowego ustawodawstwa, zatem rozprawiając na ten temat lekarze doszli do słusznego wniosku: „Ustawodawca i państwo powinni tu coś zaradzić“. Dlatego też różne stowarzyszenia lekarzy niemieckich, Izby lekarskie, wiece i wydział zarządzający związku niemieckich stowarzyszeń lekarskich poczęły kolatać do bram parlamentu, niezmiernie przedkładając petycje i memoryały z żądaniem lekarzy, powziętemi w niezliczonych rezolucjach w całym państwie. Ale próby ich nie znalazły nigdy życzliwego ucha, często nawet z wgardą się spotykały. Wszak w parlamencie niemieckim oświadczył raz sekretarz v. Bötticher: „Już ja się postaram o to, żeby lekarze nie darli pasów z biednych ludzi“. (*Ich werde schon dafür sorgen, dass die Aerzte sich nicht Riemen aus der Haut der armen Leute schneiden*), a wydziałowi pruskiej Izby lekarskiej, proszącemu o wysłuchanie jego zdania z okazji debaty nad ubezpieczeniem robotniczem, odpowiedziano: „Czego lekarze się domagają, to już dobrze wiemy; wszak nie nowego nie mogą zwiastować“. (*Was die Aerzte wollen, wisse man schon, sie können ja doch nichts Neues vorbringen*). Takie postępowanie władz otworzyło oczy lekarzom i przekonało ich, że nie mogą liczyć na pomoc władzy, że zgromadzenia, rezolucje, memoryały i podania do celu nie doprowadzą, że jedyne wyjście z tej niewoli leży w własnej sile, leży w organizacji. Coraz głośniej i energiczniej poczęli się lekarze domagać organizacji, coraz częściej na ten temat na wiecach rozprawiali, aż wreszcie w lecie r. 1900, po wiecu lekarzy we Fryburgu, równocześnie z trzech przeciwnych cesarstwa niemieckiego krańców ozwały się donośne stanowcze głosy, domagające się co rychlejszego stworzenia dzielnej, jednolitej i zwartej organizacji. Głosy te powołały pośrednio do życia „Związek lekarzy niemieckich dla strzeżenia interesów materyalnych“. (*Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen*), który od jego siedziby w Lipsku zowią Niemcy krótko tekże: *Leipziger Verband*. (Związek lipski).

Na powstanie związku lipskiego nie odrazu wszyscy lekarze spoglądali życzliwym okiem, ale przeciwnie, nawet i wrogo się odnosili tak, że trzeba było mieć trochę cywilnej odwagi, żeby się w gronie kolegów do niego przynawać. Wszak wydział Związku stowarzyszeń lekarskich niemieckich, cieszący się największą powagą w świecie lekarskim niemieckim, oświadczył uroczystie: „Poważne skrupuły i wątpliwości wstrzymują go od-

oświadczenia się za założeniem Związku, a w zastępstwie interesów materialnych lekarzy kasowych może tylko tak daleko się posunąć, jak na to zezwala powaga naszego zawodu i niektóre etyczne względy". Zapatrywania te jednak powoli zaczęły się zmieniać i ustępować innym. Już wiec lekarski w Hildesheim w r. 1901 poleca wydziałowi zarządzającemu wysłać jednego ze swych członków do zarządu Kasy Związku lipskiego. Wiec z roku następnego, t. j. 1902, odbyty w Królewcu, uchwalił po raz nie wiem który, ale stanowczo ostatni wysłać memoryał do rządu związkowego, zawierający żądania lekarzy w sprawie Kas chorych; nie zgodził się wprawdzie na to, żeby polecić lekarzom wstępowanie do Związku lipskiego, ale wyraźnie polecił wydziałowi zarządzającemu postarać się o natychmiastowe utworzenie Komisji do zawierania ugód z Kasami przy przedstawicielstwach zawodowych. Uchwałą tą oficjalne przedstawicielstwo zawodowe lekarzy opuściło dawną drogę samopomocy, a wkroczyło na nową i zbliżyło się niejako, uznając rację bytu, do Związku lipskiego. Tymczasem wypadki dnia szły wartkim prądem. Z początkiem roku 1903 Rada związkowa przedłożyła parlamentowi nowelę do ustawy o Kasach chorych; w motywach do noweli między innymi podniesiono, „że żądania i życzenia lekarzy nie nadają się jeszcze do dyskusji, a więc ani do spełnienia, ani odrzucenia". To spowodowało, że wydział zarządzający zwołał co rychlej wiec lekarzy na nadzwyczajne zgromadzenie do Berlina i tutaj 341 delegatów z całych Niemiec uchwaliło jednogłośnie: „Ze względu na dotychczasowe bezowocne zabiegi lekarzy, by skłonić państwo do uwzględnienia ich słusznych życzeń, wzywa Związek niemieckich stowarzyszeń lekarskich lekarzy niemieckich, by aż do chwili zadowalniającego załatwienia sprawy lekarzy kasowych w czwartej organizacji stosowali z naciskiem środki samopomocy". Wobec tego zlane się w jedną całość obu Związków (lipskiego i Związku niemieckich stowarzyszeń lekarskich -- *Verband zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen i Deutscher Aerztereinebund*) stało się samo z siebie wypływającą koniecznością; Związek lipski istotnie połączył się z Związkiem stowarzyszeń lekarskich, jako osobny oddział, zastrzegając sobie swobodę działania i konieczną samodzielność. I odtąd na wiecach lekarzy niemieckich już nikt nie wspomina słowem o ustawodawcy i państwie, ale mówi się wyłącznie o środkach samoobrony. I związek lipski porósł w pierze, liczy dziś 18,000 członków.

A jeśli teraz kto ciekaw, czego już dokonał związek lipski w tych kilku latach swego istnienia, niechaj przegładnie oficjalne sprawozdanie jakie tego roku dnia 20 czerwca złożył jeneralny sekretarz Związku lipskiego Dr. Kuhns na zebraniu walnem w Strassburgu. Następujące słowa przytaczam dosłownie:

„Z roku 1903 przejęto niezadowolonych sporów (jest tu mowa o sporach z Kasami chorych w kwestiach wynagrodzenia za czynności lekarskie) 69, w r. 1904 przybyło nowych 108.—Z tej wielkiej sumy sporów 177, załatwiono w ciągu roku 115, a mianowicie wygrano sporów 111, a przegrano 4.

Niejednokrotnie wysokie podwyższenie honorarium kasowego uzyskano w 71 wypadkach, przy czem należy zaznaczyć, że podwyższenie honorarium nie było przedmiotem sporu we wszystkich walkach. Roczny dochód lekarzy z Kas wzrósł przez to o 800,000 marek.

Wedle zastawienia naszego interweniował Związek od chwili założenia w 318 starciach, z tych rozstrzygnięto na korzyść lekarzy 248, a na korzyść Kas tylko 8.

Wygrana w liczbach przedstawia się jako zek 2,000,000 marek zwyżki w rocznych dochodach lekarzy niemieckich. Muszę na tem miejscu wyraźnie podkreślić, że podana wyżej zwyżka dochodów jest tylko bezpośrednim wynikiem walk toczonych przez Związek z Kasami; zwyżka, jaką uzyskali we wszystkich Kasach niemieckich lekarze drogą pokojową, co należy policzyć na karb ruchliwej działalności Związku, będzie, nie przesadzając, trzy razy większą, a więc 6 milionów marek. A więc roczny dochód lekarzy kasowych niemieckich podniósł się o około 8 milionów marek.

Wynik ten jest doniosłego znaczenia i ze względu na ocenę działalności Związku lipskiego—jakoteż słuszności zasad samopomocy".

Zważywszy, że do Związku lipskiego należało z końcem roku 1904 17,000 członków, wynosi zwyżka dochodu, obliczona na głowę i rok, 470 marek.

Myśl organizacji i samopomocy padła zatem, jak widzimy, w Niemczech na żyzną glebę i w czterech latach dała bujny owoc: zwyżki w dochodach rocznych lekarzy kasowych 8 milionów marek.

Walki, jakie podejmował w tych kilku latach Związek lipski z Kasami chorych, były raz mniej, raz więcej gorące, niejednokrotnie dochodziło w walce do ostrej scysy, jak w Solingen, Kolonii i Lipsku, co nie było wyłączną winą lekarzy, ale głównie nieugiętego stanowiska, jakie zajmowały w walce poszczególne zarządy Kas chorych. Dziś już w Niemczech inaczej Zarządy Kas chorych myślą o lekarzach i inaczej do nich się odnoszą. Tylko zatem jednolitą, karną i zwartą organizacją zdołają lekarze dzisiaj poprawić swą dolę. („Przegląd Lekarski № 1)

(№ 26) *Strejk lekarzy dolno-austriackich*. W ostatnich latach czynili lekarze dolno-austriaccy usilne starania, aby Sejm polepszył warunki bytu lekarzy gminnych, uregulował ich płacę, przyznał im emeryturę i pensje dla wdów i sierot po lekarzach gminnych. Gdy te zabiegi pomimo złudnych obietnic nie doprowadziły do żadnych wyników, powstało między lekarzami Austrii dolnej coraz większe wzburzenie, które podniecały jeszcze bardziej ataki pewnej partii w Sejmie przeciw lekarzom i umiejętnej medycynie skierowane. Było widocznem, że wkrótce musi przysść do otwartej walki między lekarzami a Wydziałem krajowym.

Śród tych przygotowań zaszedł w dniu 7 listopada 1905 fakt, który przyspieszył wybuch otwartego konfliktu między lekarzami dolno-austriackimi a zarządem kraju. Podczas dyskusji w Sejmie powtórzyły się namietne wycieczki przeciw lekarzom, w szczególności przeciw szczepieniu, a subwencję kraju na szczepienie uchwalono tylko większością jednego głosu, przy czem nawet między głosującymi za tą pozycją budżetu odezwały się głosy, że wartość szczepienia ochronnego przeciw ospie jest wątpliwą, że szczepienie leży głównie w interesie lekarzy i że gdyby kraj odmówił dalszej subwencji, prawdopodobnie sami lekarze nie przemawialiby tak gorąco za szczepieniem. Wogóle odnieść było można wrażenie, że Sejm dolno-austriacki w następnym już roku odmówi subwencji na szczepienie.

W prasie codziennej polemika jeszcze bardziej się zaogniła i nie było końca różnym inwektywom na stan lekarski.

Wobec tego lekarze dolno-austriaccy zdecydowali się na krok stanowczy. Z dniem 1 lutego zapowiedzieli strejk w zakresie niektórych czyn-

ności, a mianowicie odmówili badania szupaśników za dotychczasową takse 36 hal., podnosząc, że golarz za postrzyżenie włosów szupaśnikowi pobiera większą należność, bo 40 h. Odmówili leczenia podrzutków w zakładach krajowych za opłatą 50 hal. za wizytę, nadmieniając, że gotowi są leczyć podrzutki za kwotę, wyznaczoną w taryfie dla ubogich. Wreszcie odmówili publicznego szczepienia przeciw ospie za dotychczasową takse 20 hal. od każdego szczepieńca, wskazując, że weterynarz za szczepienie ochronne świń przeciw różcy otrzymuje po 80 hal.

Izba lekarska dolno-austriacka uchwalała z dn. 15 grudnia 1905 uznała wyżej wyszczególnione taksy za uwłaszczające stanowisku lekarza, gdyby więc który z lekarzy chciał złamać solidarność i podjął się tych funkcji za dotychczasowem wynagrodzeniem, naraziłby się na dochodzenie dyscyplinarne przed Radą honorową Izby.

Co do szczepienia, to lekarze dolno-austriaccy nie tylko nie uchylają się od prywatnego szczepienia osób, dobrowolnie się zgłaszających do lekarza, ale rozwinęli ożywioną agitację, aby publiczności przekonać o pożytku szczepienia i bezpodstawności zarzutów, przeciw szczepieniu podnoszonych, a tem samem skłonić ją do poddawania dzieci szczepieniu. Ponieważ z zarzutami występują głównie partacze leczniczy, osłaniający się pozorami naukowymi i nadający sobie miano zwolenników naturalnego sposobu leczenia, przeto lekarze wciągnęli do akcji niedawno założone „Towarzystwo zwalczania partactwa leczniczego“, które ma na wszystkie strony kraju rozesłać prelegentów i całą sprawę szczepienia w należytem świetle przedstawić.

Do strejku w zakresie podanych wyżej czynności dołączają lekarze dolno-austriaccy t. zw. bierny opór w donoszeniu o przypadkach chorób zakaźnych. I tu oparcie dała lekarzom Izba lekarska, uchwalając, że „co do doniesień o chorobach zakaźnych, to z powodu połączonych z niemi niekorzystnych dla lekarzy następstw, należy żądać, aby w każdym wypadku lekarze rządowi ustalili z całą pewnością rozpoznanie, a to w tym celu, aby się nadal nie zdarzały wypadki, że lekarz rządowy naraża na kompromitację lekarza donoszącego, jak również w tym celu, aby stronę uchronić przed przykrościami, które z błędnego rozpoznania choroby powstają“.

W odezwie, wydanej przez organizację lekarzy dolno-austriackich czytamy:

„Rozpocznemy też opór bierny w sprawie doniesień o chorobach zakaźnych i tak doniosłą w następstwach dyagnozę w prywatnej praktyce pozostawimy lekarzom urzędowym, którzy bez uszczerbku dla swego dochodu będą mogli u każdej osoby, podejrzanej o chorobę zakaźną, zjawić się z mikroskopem i odczynnikami chemicznymi. W myśl zasady: „jaka płaca, taka praca“ dostatecznie nadal się wysłużymy bezpłatnie, jeżeli doniesiemy o każdej, z gorączką połączonej bieguncie, jako podejrzanej o dur, o każdym silnym, napadowym kaszlu, jako podejrzanej o koklusz, o każdym niezycie nosa, powikłanym zajęciem oskrzeli, jako podejrzanej o influencję, o każdej wysypce z gorączką, jako podejrzanej ewentualnie o wysypkę zakaźną i jeżeli oświadczymy, że dla pewnego rozpoznania musi lekarz urzędowy zbadać wydzieliny i wydaliny chorego itp. Skoro

w tej połowie monarchii my, lekarze, żadnych innych praw nie posiadamy, to w przytoczonych wypadkach będziemy żądali prawa do ignorancyi bakteriologicznych i mikroskopowych badań a to tem więcej, gdy np. dyfteryja nie można bez zarzutu rozpoznać jedynie zapomocą zwykłych sposobów badania. Lepiej więc będzie, gdy w takim razie doniesiemy o „chorobie gardła z podejrzanymi nalotami“, a pozostawimy lekarzowi urzędowemu rozpoznanie dyfteryji zapomocą mikroskopu i doświadczeń bakteriologicznych. Niech się nikt nie waha od 1 lutego w tego rodzaju sprawach posuwać do ostateczności ostrożność rozpoznania i w doniesieniach tyle tylko orzekać, ile usprawiedliwić może przed trybunałem jak największego sceptyzmu. Prawda, że każdy z nas będzie musiał napisać codziennie po 5—10 doniesień, lecz przy pewnej wprawie trud ten łatwo zniesiemy“.

Tak pojmują lekarze dolno-austriaccy opór bierny w obowiązkowych czynnościach lekarskich, wypełnianych bezpłatnie z poruczenia rządu.

Na posiedzeniu pełnej Izby lekarskiej w Wiedniu z dnia 9 stycznia b. r. strejk lekarzy dolno-austriackich był przedmiotem ożywionej dyskusyi, po której uchwalono jednogłośnie oświadczenie, wzbraniające lekarzom wiedeńskim przyjmowania czynności, przez lekarzy dolno-austriackich wstrzymanych, a nadto zawiązał się miejscowy komitet, złożony z członków Izby wiedeńskiej: radcy dworu dr. Schauty, doc. dr. Weissera i dr. Lembergera, mający zbierać składki na rzecz strejku. O uchwałach Izby lekarskiej zawiadomiono zarządy wiedeńskich Towarzystw lekarskich. („Głos lekarzy“ № 3).

(№ 27) Z okazji srebrnego wesela pary cesarskiej niemieckiej przeznaczyły: miasto Berlin 100 tys. marek na urządzenie uzdrowiska dla chorych na płucę; miasto Wrocław 360000 na „Säuglingsheim“ i 40000 marek rocznie na jego utrzymanie; Neubauer 100000 marek na wybudowanie szpitala dla dzieci w Magdeburgu; miasto Mühlheim (nad Renem) 50000 marek na walkę z gruźlicą; miasta Schöneberg i Solingen sumy na wybudowanie uzdrowisk dla suchotników. (Gaz Lek. № 4).

(№ 28) Drugą już (p. № 15) w Niemczech otworzono katedrę *medycyny społecznej*, w Berlinie. Wykładającym został prof. Kirchner.

(№ 29) Wobec tego, że *kliniki i zakłady lekarskie w Rzymie* otrzymały nowe, nowoczesnym wymaganiom zadośćczyniące pomieszczenia, poruszał dr. Eljasz-Radzikowski w „Tygodniku lekarskim“ myśl, by lekarze z Polski, związanej tradycją humanizmu i licznymi łącznikami z medycyną włoską w przeszłości, jeździli na studia na wszechnice włoskie, w szczególności do Rzymu (Przegl. Lek. № 5)

(№ 30) We Lwowskim Tow. Lekarskiem wybrano na rok 1906 na Prezesa Stachewicza, na Wiceprezesa Kościńskiego, na Sekretarza—Ziembickiego.



## Wspomnienie pośmiertne.

B. p. Dr. Henryk Fryde.

Zmarł w dniu 5 Stycznia 1906 roku, w Będzinie.

*Henryk Fryde* urodził się w r. 1859 w Kaliszu, gdzie uczęszczał do szkół, a po ukończeniu gimnazjum w r. 1878 wstąpił na wydział lekarski Warszawskiego Uniwersytetu, który ukończył w r. 1883.

Droga, po której zmarły całe swe życie kroczył, nie różami usłana była. Syn niezamożnych rodziców we wczesnej już młodości zmuszony był ciężko pracować dla wywalczenia sobie bytu i niemal o własnych siłach do celu doszedł.

Po uzyskaniu dyplomu lekarskiego osiadł w Będzinie, gdzie praktykował prawie lat 23. Co zaś znaczy praktykować na partykularzu, ocenić może tylko lekarz prowincjonalny. Praktykować na prowincyi znaczy być w nieustannem jarzmie, w całym znaczeniu tego słowa. Fryde lat dwadzieścia i trzy bez wypoczynku prawie poświęcił ciężkiemu zawodowi lekarskiemu, praktykując najczęściej wśród ciemnej ubogiej ludności, wśród najgorszych warunków higienicznych; to też praca ta kres położyła młodemu życiu: zaraził się tyfusem plamistym; padł zatem na stanowisku, jako jedna z ofiar zawodu.

Gorliwie pełniąc w ciągu 22 lat obowiązki lekarza miejscowego Towarzystwa Dobroczynności, wysoko ceniony był przez liczny w Będzinie proletaryat.

Dodać winienem, że zmarły dla doskonalenia się w fachu wjeżdżał kliniki zagraniczne, a chwile nieco wolniejszo od zajęć lekarskich poświęcał wiedzy ogólnej; posiadając pewien dar literacki i dziennikarski, zasilał pracami swemi pisma Warszawskie, a w latach ostatnich miejscowy organ „Kuryer Sosnowicki“.

J. Puterman.

Komitet redakcyjny:

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

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Druk A. Karskiego w Łodzi.

Od 1 Kwietnia r. b.

do szpitala fundacyi Małżonków Poznańskich w Łodzi

potrzebny jest **lekarz miejscowy.**

Pensya rub. czterysta rocznie; mieszkanie i pełne utrzymanie.