

Uwagi dotyczące organizacji ochrony zdrowia i pomocy lekarskiej w różnych grupach zawodowych.

Podał Dr. St. Markiewicz (Warszawa).

Sprawa ochrony zdrowia i pomocy lekarskiej, dla pracowników fabrycznych, kolejowych i górniczych, zajmuje sfery tak lekarskie, jak i przemysłowe, we wszystkich krajach bardzo żywo. U nas sprawa ta stała się też w ostatnich paru latach na porządku dziennym.

Sprawa rzezoną i w ścisłym związku z nią stojąca sprawa pomocy położniczej dla kobiet we wzmiankowanych warstwach społecznych, zajmuje stanowczo jedno z pierwszych miejsc w szeregu zagadnień kulturalnych w naszym społeczeństwie, a niestety nie jest należycie oceniana, ani co do swej doniosłości, ani co do *wielkich trudności*, następujących się w jej *stusznem* załatwieniu.

Jak się to dziś u nas dzieje z wieloma zagadnieniami natury ekonomicznej, dyletanci reformatorowie rozwiązują zagadnienie, o którym tu mowa, na kolanie: *Sic volo, sic jubeo! bo inacezje....!*

Ci chwaccy zbawcy cierpiącej ludzkości, wesoło przemieniający padół płaczu na ziemię obiecaną, nie zadają sobie bynajmniej pracy obejrzenia sprawy ze wszystkich stron, co jednak jest koniecznym, jeżeli reforma—stanowczo potrzebna, stanowczo konieczna! — ma doprowadzić do urzędów trwałych i możliwie zadawalniających *wszystkie* czynniki w sprawie tej w grę wchodzące, *wszystkie* sfery w niej zainteresowane.

Nie mam zamiaru wspaniałym gięstem wskazać jakiś *mój* projekt, jako jedynie zbawczy. Wogóle nie o przedstawienie projektu mi chodzi, a tylko o zebranie, o ile wiadomości i doświadczenie moje sięgają, wyczerpująco danych, w grę tu wchodzących i o dostarczenie materiału a raczej *schematu do spokojnej dyskusji*, nie tając przed sobą przykrego faktu, że dyskusya spokojna, u nas obecnie, mało jest prawdopodobną.

Dla należytego rozważenia sprawy, o którą tu chodzi, wypada pozostawić na stronie względy sentymentalne, a na-

tomiast za punkt wyjścia przyjmując występujące na jaw *korzyści i straty*, konieczności i dysharmonie *ekonomiczne*.

Ochrona zdrowia, zabezpieczenie pomocy lekarskiej i położniczej są w rzeczy samej dla wszystkich trzech sfer w grę tu wchodzących, a więc dla *pracowników*, dla *pracodawców* i dla *lekarzy* sprawą ekonomiczną wagi kapitalnej.

Przypatrzmy się interesom tych trzech sfer kolejno:

I. *Przeciwhigieniczne warunki* bytu *pracownika* i jego rodziny zmniejszają zdolność zarobkową *pracownika*, uniezdalnają całą ludność *pracowniczą* do postępu kulturalnego, zniechęcają ludność rzezoną do porządnej gospodarki domowej, pchają do szukania zadowolenia w zgubnych uciechach pozadomowych, co wszystko w ostatecznym wyniku łamie równowagę budżetową w gospodarce *pracownika*, staje się *klęską ekonomiczną*.

Przeciwhigieniczne warunki bytu większej części naszych rozlicznych krajowych sfer *pracowniczych* są niezawodnie najważniejszą przyczyną biedy i przeciwkulturalnego bytu sfer rzezonnych.

Oczywiście, straszny brak u nas dobrej a dostępnej *pomocy lekarskiej* i *położniczej* potęguje jeszcze znakomicie szkody, wynikające z przeciwhigienicznych warunków bytu sfer pomienionych. Nietylko w rodzinie robotnika ale i w rodzinie rzemieślnika i w rodzinie przeważnej liczby „dobrze” uposażonych „ofycjalistów” fabrycznych, kolejowych, górniczych i wielu innych, choroba ojca rodziny czy innego jej członka jest *klęską żywiołową*, która w ciągu dni kilkunastu, nieraz w ciągu już dni paru, pacyład gospodarczy, niepozwalając na związanie końca z końcem. Budżet dziewięciu dziesiątych rodzin, o których tu mowa, nie wytrzymuje tej *klęski*: choroba i jej leczenie równowagę jego łamią na długo, nieraz na zawsze.

W bardzo wielu przypadkach także same następstwa ekonomiczne sprowadza w tych rodzinach *poród* i *połóg*, nie mówiąc już o tem, że brak dostępnej porządnej pomocy położniczej upośledza cieleśnie nieraz na lata a niekiedy na całe życie, matkę rodziny, zmniejszając jej wydolność roboczą w gospodarstwie

domowem, czy w pracy zarobkowej, a więc, w ostatecznym wyniku, i tu chodzi o poważną *stratę ekonomiczną*.

Pracownicy najrozmaitszych kategorii, o których tu jest mowa, doskonale odczuwają *ekonomiczną doniosłość* ochrony ich zdrowia i zabezpieczenia pomocy lekarskiej w chorobie, czego dowodem jest fakt, że w tysiącnych swych wystąpieniach o poprawę bytu, o podwyższenie płacy, mieszczą zawsze wymagania dotyczące ulepszeń zdrowotnych i zapewnienia pomocy lekarskiej.

II. Jakże się przedstawia interes materyalny *pracodawcy* w sprawie, o której tu mowa.

Interes jest tu istotnie bardzo ważny i dotyka kieszeni pracodawcy w trojakiej mierze, przyczem jednak z góry zaznaczyć należy, iż bynajmniej nie zawsze jest dobrze przez samych zainteresowanych rozumiany i oceniany.

1) Tylko umysł ciasny przeczyć może temu, że pracodawca odnosi znakomitą korzyść materyalną, jeżeli pracownicy jego, czynni, czy to fizycznie czy umysłowo, są krzepcy, fizycznie oporni, wolni od głębokiej troski. Dobra gospodarka rolna czy przemysłowa, kolejowa, górnicza, czy wszelka inna, polega przede wszystkim na nieskazitelnie dobrym stanie maszyn i żywego inwentarza pociągowego, a jakżeby lekceważonym być miał, biorąc rzeczy rozsądnie, rachunkowo, dobry stan sił i zdrowia tego, chyba najważniejszego, czynnika we wszelkiej gospodarce, jakim jest człowiek, pracownik? Szkody wynikające z ewentualnego lekceważenia rzeczonych względów są zawsze dla pracodawcy bardzo doniosłe, a na drogach żelaznych i w górnictwie nabierają wagi tem większej, ponieważ tu, od stanu sił, zdrowia i oporności fizycznej i umysłowej pracowników zależy bezpieczeństwo publiczne, zaś na kieszeni pracodawcy mści się tu lekceważenie względów rzeczonych w sposób nieraz iście okrutny z powodu ruiny toru, taboru, instalacji w kopalniach, a bardziej jeszcze z powodu wynikających odszkodowań. O tych ostatnich niżej jeszcze mówić będą.

Rzeczą jest stwierdzoną urzędowo, że wady w organizacji ochrony zdrowia i sił pracowników są w znacznej li-

czbie klęsk pomienionych pośrednią przyczyną. *)

2.) Drugą pobudką materyalnego zainteresowania pracodawcy w sprawie, o której tu mowa, jest wydatek, jaki on wszędzie ponosić musi w gotówce na koszt utrzymania w tej czy w owej formie służby lekarskiej, felczerskiej, na koszt apteczne, szpitalne i t. d., stosownie do obowiązujących przepisów prawa fabrycznego, kolejowego, górniczego, prawa w różnych krajach wielce różnego i wielce różnie stosowanego. Koszta, o których tu mowa, logicznie rzeczy biorąc, wchodzi jako jeden ze składników do ogólnego kosztu produkcji. I słusznie stanowić winny pewną odsetkę owego kosztu ogólnego, choćby przez analogię z również stale w nim tkwiącym wydatkiem na konserwację i remont inwentarza nieruchomego, ruchomego i żywego, który to wydatek warunkuje możliwość, rozmiary i jakość produkcji.

Stosownie do natury produkcji, stosownie do rodzaju roboty i odpowiedzialności ciężającej na pracownikach danej fabryki, czy danego przedsiębiorstwa, handlu i t. p., owa pozycja budżetowa, o którą nam tu chodzi, stanowić musi taką lub ową, niższą lub wyższą odsetkę w stosunku do sumy ogólnego kosztu produkcji. Ale nie ulega wątpliwości, że w racjonalnej gospodarce przemysłowej czy innej, kwota owej odsetki w przybliżeniu ustaloną być winna, a nie powinna być pojmwana, jako pozycja wydatkowa klęskowa, niejako przymusowo do budżetu rozchodów dopisywana. Jest to właściwie pozycja najbliższa pozycji płacy pracowników i sumę płacy tej uzupełniająca.

Że wszelka dobra gospodarka winna dążyć do osiągnięcia jak najlepszej gątkowo produkcji jak najmniejszym kosztem, z jak największym ostatecznym zyskiem dla producenta czy handlującego, że zatem słuszny interes pracodawcy leży w możliwym ograniczeniu wysoko-

*) Zasluguje tu na uwagę względ na konieczność podtrzymania współbiegawczej równowagi międzynarodowej w przemyśle. Im zdrowszym, bardziej krępkim, wytrwałszym; inteligentniejszym będzie robotnik niemiecki, tem większe będzie znaczenie przemysłu niemieckiego na rynku światowym. Potęga wytwórcza danego narodu jest tem większa im pełniejszym, doskonalszy jest rozwój prawodawstwa i urządzeń ochronnych, uwzględniających bacznie własności oddzielnych gałęzi przemysłu i danych stosunków robotniczych.

(Stier-Somlo: Deutsche Sozial-geetzgebung. 1906).

ści każdej z osobna pozycyi w budżecie rozchodu — to rzecz jasna i zamykanie oczu na słuszność tego wymagania pracodawcy jest nonsensem.

Pamiętajmy o tem, że nigdy i nigdzie nie da się ustalić trwała, wszystkie słuszne wymagania uwzględniająca, wysokość kosztu ochrony zdrowia i pomocy lekarskiej dla pracownika jako jednostki, a przytem na wysokość owego kosztu wpływać musi jakoś danej gałęzi przemysłu, handlu i t. p.

Ale zdaje mi się, że drogą doświadczenia i rozważań pracodawcy wraz z lekarzem, w każdej dziedzinie pracy można przyjsć do ustalenia przybliżonej ale bardzo do słusznych wymagań zastosowanej wysokości *odsetki*, jaką, w stosunku do ogólnego kosztu produkcji, winna stanowić ta pozycya budżetowa, o którą nam tu chodzi. Jest to jeden z czynników składowych owego koniecznego *risque professionnel*, który, biorąc rzeczy rozsądnie, musi być brany w rachubę tak, jak inne czynniki w skład owego ryzyka wchodzące. Wiem, że Towarzystwa ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków w przemyśle poczytują jako konieczną opłatę ubezpieczeniową w tym razie 10 do 12% w stosunku do kwoty ogólnego kosztu produkcji. Z konieczności wypadnie ustalić i wysokość opłaty ubezpieczeniowej na przypadek choroby. Tu już jednak zaznaczyć należy, że z rozmaitych ważnych względów pożądanem jest, aby opłata ubezpieczeniowa na przypadek choroby (*Krankenversicherung*) obciążała w znacznej części pracownika a w mniejszej części pracodawcę, kiedy tymczasem opłata ubezpieczeniowa, będąca źródłem odszkodowania pracownika po wypadku nieszczęśliwym (*Unfallversicherung*), ponoszona być winna w całości przez samego pracodawcę.

3) Interes materyalny pracodawcy w sprawie ochrony zdrowia, sił i zdolności do zarabkowania pracownika nie kończy się na powyższych czynnikach, to jest na korzyści, odnoszonej z krzepkością i z dobrego zdrowia pracownika i na konieczności udziału pieniężnego w zapewnieniu mu pomocy lekarskiej. Wchodzi tu jeszcze w rachubę czynnik trzeci, a mianowicie: prawodawczo obowiązujące odszkodowanie w razie, jeżeli zdolność zarobkowa pracownika ucierpi wskutek nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ on podczas wykonywania roboty.

Dziś już we wszystkich prawie krajach a w państwie rosyjskiem od r. 1903

pracodawca do odszkodowania, o jakim tu mowa, jest obowiązany, co wkłada na niego ciężar materyalny bardzo poważny. W wielu krajach, w szczególności w Niemczech, już od lat kilkunastu inny jeszcze ciężar materyalny obarcza pracodawcę: ciężar stojący w związku ze stanem zdrowia i zdolności do pracy tegoż pracownika, mianowicie pracodawca obowiązkowo bierze udział w ubezpieczeniu pracownika na wypadek straconej przez zdolności do pracy zarobkowej z choroby przewlekłej nieuleczalnej, kalectwa (bez urazu) lub starości (*invalidité*). U nas w najbliższym czasie tego ubezpieczenia obowiązkowego oczekiwać należy.

Otóż bez względu na przepisy prawodawcze, określające warunki i formy pomienionych odszkodowań i ubezpieczeń obowiązkowych, organizacya służby sanitarnej i leczniczej w danej gałęzi przemysłu fabrycznego, kolejowego, górniczego czy innego warunkuje w znacznej mierze wielkość ciężarów, jakie tu pracodawca ponosić jest zmuszony. Mniej lub więcej racjonalne urządzenie higieniczne, profilaktyczne, dostępnejsza lub mniej dostępna pomoc lecznicza, wreszcie należyte biegłe rzeczoznawstwo lekarskie i wynikające stąd orzeczenia w sprawie zdolności zarobkowej pracownika są to niezawodnie czynniki, które, dobrze rachujący pracodawca ocenić potrafi, wiedząc, że w tym dziale gospodarki oszczędność niepomierna nieraz daje w ostatecznym rezultacie straty, a racjonalne wydatkowanie od grubych strat chroni.

III. Powiedziałem na początku, że w sprawie ochrony zdrowia i pomocy leczniczej dla pracowników, zainteresowani są materyalnie nie tylko sami pracownicy i pracodawcy, ale i *lekarze*. Lekarze następczając się tu zadania zaspakajają w trzech kierunkach, a mianowicie jako stróże i *kierownicy ochrony zdrowia* i sił pracownika (hygiena osobnicza i społeczna jednostek i grup pracujących), jako *biegli rzeczoznawcy*, oceniający stopień fizycznej zdolności pracowników i stopień możliwych strat w owej zdolności (świadczanie w chorobie, orzeczenia o zdrowiu i zdolności zarobkowej pracownika i t. p.), a wreszcie jako *niosący pomoc leczniczą* w chorobie.

Oczywiście zadania to bardzo obszerne, bardzo różnorodne, wymagające dużej pracy i obarczające odpowiedzialnością, a przeto powinny być należycie o-

ceniane i dobrze opłacane. Tylko wynagrodzenie dostateczne, odpowiadające doniosłości pracy lekarza, długości czasu jakiej należyte wykonanie tej pracy wymaga, pozwoli na zaspokojenie słusnych, wyżej uwydatnionych interesów tak pracowników, jak i pracodawców.

Dzisiaj w tej mierze zachodzi najczęściej kolizja, krzywdząca wszystkie trzy czynniki, których interesy w grę tu wchodzi.

Praca lekarzy w zakresie wyżej wskazanych zadań, nie jest dzisiaj najczęściej odpowiednio oceniana i opłacana, co staje się jednym z najważniejszych powodów narzekania i skarg tak pracowników i pracodawców, jak i oczywiście lekarzy. Owe narzekania i wzajemne oskarżania czynników zainteresowanych bywają najczęściej punktem wyjścia do tworzenia najrozmaitszych *projektów reformy*. Projekty te wychodzą jednocześnie z dwóch obozów, to jest z jednej strony tworzą je pracownicy, z drugiej — lekarze, przyczem najczęściej, mając na oku swoje własne, niezawodnie na bacznie zasługujące interesy, zapominają, że jest w tej sprawie jeszcze trzeci zainteresowany, mianowicie pracodawca i że projekt reformy będzie chromał, jeżeli w nim nie będzie brany pod uwagę interes owego trzeciego.

Mówiąc o interesach lekarzy i o ich projektach reformy obecnych urzędów w sprawie tu omawianej, wypada zaznaczyć otwarcie, że tu występują na targowisko interesy nie tylko lekarzy, dzisiaj, w ten czy w ów sposób, wciągniętych do roboty około higieny i lecznictwa klas pracujących, ale raczej, i to głównie, interesy przeważnej liczby z ogółu lekarzy praktykujących, spoglądających niechętnym okiem na licho wprowadzone opłacanych, ale monopolem się cieszących lekarzy, tak zwanych instytutowych, stałą płacę pobierających.

W tej usprawiedliwionej zresztą zawodowej walce o byt bierze początek ruch, mający wszystkie pozory altruizmu, ruch z hasłem swobodnego wyboru lekarza, rozdziału czynności dzisiejszego lekarza instytutowego, odjęcia mu czynności leczniczych, a pozostawienia li czynności higienisty i eksperta. Tu już zaznaczę, iż, moim zdaniem, reforma, o której tu mowa, reforma w rozlicznych odmianach, co do formy organizacji, ogłoszona jako zbawcza, przedstawiająca niezawodnie wiele stron korzystnych, może znaleźć z dobrym skutkiem zastosowanie w pewnej kategorii zakładów i

grup zawodowych, ale bynajmniej nie we wszystkich.

O powodach żądania, z tej czy z owej strony, wyjątków, mówić dzisiaj nie będę.

Nie mam zamiaru przedstawiania szczegółów stosunku i rozlicznych form układu, jaki wiąże dzisiaj i wiązać ma według różnych projektów reformy, lekarzy z pracownikami, z grupami zawodowymi, z pracodawcami, układu, na którym jest oparte wynagrodzenie lekarza. Chcę jedynie wyrazić przekonanie, że dla zabezpieczenia tutaj interesów materialnych ciała lekarskiego i pomocniczego (lekarze, felczerzy, akuszerki, infirmierzy) w granicach słuszości, uwolnienia personelu lekarskiego od wyzysku z czyjej bądź strony, a jednocześnie dla ugruntowania szacunku dla tego personelu i obudzenia wiary w istotną wartość i cenność jego działalności w sprawie, o której tu mowa, koniecznym jest zrzeczenie się celowe lekarzy i t. d. w całym kraju, solidarne postępowanie w zawieraniu układów, określających warunki pracy i normy płacy, a jednocześnie rozciągnięcie ścisłego, surowego samodozoru, zapobiegającego wykroczeniom jednostek w skład ciała lekarskiego i pomocniczego wchodzących, wykroczeniom przynoszącym szkodę interesom, czy to pracowników, czy pracodawców, czy wreszcie kolegów-lekarzy.

W tej chwili niestety od takiego zrzeczenia celowego i od takiego samodozoru stoimy jeszcze bardzo daleko, co się odbija w smutny sposób na interesach materialnych i moralnych stanu lekarskiego i jednostek lekarskich.

W powyższych uwagach starałem się wykazać, że w sprawie ochrony zdrowia i zdolności do pracy pracowników i w sprawie ich leczenia wchodzi w grę interesy poważne, materialne trzech sfer różnych i usiłowałem szkiecowo naturę tych interesów uwydatnić.

Dodaćby należało, że w sprawie rzeczonyj nie są też obojętnymi interesy gminy, kraju i wreszcie całej ludności, wśród której żyją i z którą obcuja pracownicy, o których tu w ogólności jest mowa.

Jest to sprawa *higieny społecznej* pierwszorzędnej wagi i nie mniej ważna *sprawa ekonomiczno-społeczna*.

Ci, którzy *teoretycznie* rozważają sprawę tu omawianą i ci, którzy tworzą pla-

ny organizacyi według pewnych danych warunków *miejscowych* i stosunków ludności pracowniczej *pewnego* tylko *danego* zakładu, najczęściej w sądach swych i w swych projektach są jednostronnymi.

Pragnąłbym sprawę ochrony zdrowia i pomocy leczniczej rozpatrzyć możliwie wszechstronnie, przyczem, jak już powiedziałem, nie stawiam sobie za zadanie tworzenia jakichbądź projektów.

Pragnę zatem, o ile mi doświadczenie osobiste i pewne obeznanie się ze stanem sprawy w innych społeczeństwach pozwoli, dać choćby szkiecowo odpowiedź na szereg pytań, od których to odpowiedzi zależy całkowite lub częściowe zróżnicowanie sposobu zaspokojenia wymagań, które się w sprawie omawianej tu następują.

A zatem pragnę dać odpowiedź na pytania następujące:

1-o Kto ma korzystać z ochrony zdrowia i z pomocy leczniczej?

2-o W jakich przypadkach (w jakich chorobach) pomoc lecznicza powinna być zapewniona?

3-o Jakimi środkami ochrony zdrowia i pomocy leczniczej wienna rozporządzać obecna organizacya?

4-o Jak się przedstawia działalność organizacyi ochronnej i leczniczej wśród różnych warunków miejscowych?

W zamierzonych wyżej uwagach nasuwać się będzie z konieczności nieraz pytanie, już samej formy organizacyi ochronnej i leczniczej dotyczące, a w szczególności bardzo ważny punkt wszelkiej formy organizacyi sanitarnej i leczniczej, mianowicie punkt, dotyczący źródła środków pieniężnych, warunkujących istnienie i działalność wszelkiej organizacyi, o którą tu chodzić może.

Otóż, jak już wyżej nawiasowo wspomniałem, finansowa podstawa organizacyi sanitarnej i leczniczej bywa i być musi różna. W krytyczne ocenienie słuszności i praktyczności tego czy innego sposobu zapewnienia środków pieniężnych w sprawie, o której tu mowa, nie zamierzam w tej chwili wchodzić. Pragnę tu jedynie te różne sposoby, jakie u nas i gdzieindziej w tej mierze spotykamy, zaznaczyć.

A więc rozróżnić przedewszystkiem wypada trzy główne sposoby:

I. *Składki dobrowolne*, oparte na dobrowolnie ustalonej normie opłaty (od jednostki, od rodziny) wśród pewnej grupy zrzeszonej, grupy zawodowej lub

grupy miejscowej np. gminy. Składki takie służą do opędzania wszelkich kosztów, a fundusz z nich tworzony zarządzany jest przez organ zwierzchniczy, drogą wyborów powstający, z pomiędzy uczestników gromady zrzeszonej. Jest to najprostsza forma organizacyi na samopomocy oparta.

II. *Składki (potrącenia) przymusowe*, co do których obowiązek ich wnoszenia i wysokość składki (potrącenia) są narzucone przez pracodawcę lub też przez władzę państwową. Tego rodzaju składki prawie zawsze obciążają w pewnej części tylko pracowników a w pewnej pracodawcę. W zarządzaniu funduszem z takich składek powstającym brać koniecznie powinien udział zarówno żywiol pracowniczy, jak i przedstawiciele pracodawcy, a gdzie przymus jest narzucony prawem przez władzę, tam uczestniczy w zarządzaniu funduszami i jej organ. Jest to tak zwane ubezpieczenie obowiązkowe na przypadek choroby.

III. Pracownik wcale w dostarczaniu środków pieniężnych nie uczestniczy *koszta wszelkie pokrywa pracodawca* i on też wyłącznie funduszami przez siebie udzielonymi zarządza. W tym razie kwota przez pracodawcę na organizację sanitarną i leczniczą wydatkowana, musi być pojmowana jako nieodłączna część wynagrodzenia, pobieranego przez pracownika, jako wyraz jednego z punktów ustnego czy piśmiennego układu, zawieranego pomiędzy pracodawcą a pracownikiem. Jak cały układ taki, tak i każdy jego punkt, a więc i punkt o którym tu jest mowa, zapewnia *obu* kontrahentom niezawodne prawa i wkłada na *obu* niezawodne obowiązki, o czym *obie* strony pamiętać winny, pamiętać winny lepiej, niż się to zwykle dziś dzieje.

Po tem wykroczeniu z granic właściwych mego przemówienia powracam do szeregu pytań, wyżej postawionych, pragnąc choćby pobieżnie dać na nie odpowiedź.

Co do 1-go.

Kto, jakie jednostki, jakie grupy zawodowe powinny korzystać z tej czy innej organizacyi sanitarnej i leczniczej?

U nas dotychczas, istnieją i rozważane bywają organizacye ochronne i lecznicze dla pracowników *fabrycznych, górniczych i kolejowych*; coś niecoś istnieje w tej mierze dla pracowników zrzeszonych *w cechach rzemieślniczych*.

Niema już dziś sporu co do tego, że w gromadach zawodowych tu wymienio-

nych organizacja ochronna i lecznicza jest konieczną.

Ale doświadczenie, szczególnie doświadczenie lekarzy, przekonywa, że stosunki i warunki bytu wielu innych grup zawodowych wymagają również pilno takiej czy innej organizacji ochronnej i leczniczej. W społeczeństwach, kulturalnie wyżej niż nasze stojących, wymagania to w coraz szerszym zakresie jest uznawane i zaspakajane w sposób należyty.

I tak w Niemczech już od lat kilkunastu trzy tak zwane prawa socyalne (ubezpieczenie obowiązkowe na przypadek choroby, kalectwa z wypadku i niepełstwa z choroby lub starości) rozciągnięto na pracowników *rolnych i leśnych*, na *żeglarzy* a obecnie wejda wkrótce w życie analogiczne prawa dla *szużby folwarcznej* (parobcy i oficjaliści wiejscy), dla personelu *w zakładach handlowych* i dla *pracowników budowlanych*. Sądzę, że należałoby też obmyślić odpowiednią formę obowiązkowego ubezpieczenia na przypadek choroby i t. d. dla wszelkiego rodzaju *szużących prywatnych* w miastach.

Dalej wypada odpowiedzieć, co tu rozumieć należy pod wyrazem: pracownik. Otóż jeżeli organizacja taka ma być istotnie ochronną i szczególnie ratowniczą w szerokim znaczeniu, trzeba, aby z niej korzystali pracownicy *stałe płatni (etatowi)*, pobierający względnie niską płacę roczną (u nas granicę stanowiłoby by powinna płaca nie przekraczająca 1500 rb.), dalej pracownicy *stali ale płatni dziennie*, tacyż stali *płatni akordowo* (od sztuki) a wreszcie i pracownicy a raczej *najemnicy czasowi*. Ci ostatni bardzo liczni, w najgorszych warunkach ekonomicznych będący, powinni mieć prawo do korzystania z danej organizacji, o ile ulegną chorobie w okresie najmu i przez pewien prawnie określony czas trwania choroby, po którego upływie ewentualnie musieliby korzystać z pomocy przewidzianej w prawie o ochronie ubóstwa — ochronie, jaką dawać winna gmina samorządna.

Wreszcie zaznaczyć pragnę, iżby w udoskonalonej organizacji dla gromad rzemieślniczych uwzględnieni byli należycie *terminatorowie* i *uczniowie*, w tak zwanych warsztatach pracujący.

W powyższem wymieniłem jedynie kategorie pracowników i grup zawodowych, których warunki bytu wymagają

istnienia organizacji ochronnej i leczniczej.

Czy jednak zapewnienie pracownikowi ochrony sanitarnej i pomocy lekarskiej w jego chorobie czyni zadosć jego potrzebie ekonomicznej? Odpowiadam stanowczo: nie! Organizacja, która nie uwzględnia *rodziny pracownika*, jest bez wartości. Dowodzić tej prawdy uważam za zbyt ciężkie. Choroba żony, dziecka lub innej osoby przez pracownika utrzymywanej, z nim zamieszkującej, jest klęską ekonomiczną i nieraz niebezpieczeństwem równie groźnym, jak i choroba samego pracownika. Pomoc lecznicza, a o ile warunki na to pozwalają, i ochrona sanitarna przysługiwać musi wszystkim członkom rodziny pracownika przezeń utrzymywanym, wspólnie z nim mieszkającym, i pomoc ta i ochrona winny być przewidziane w planie organizacji danej. Kosztorys organizacji wymagania to uwzględnić musi.

Na tem kończę uwagi w odpowiedzi na pierwsze pytanie.

Co do 2-go.

W jakich przypadkach, w jakich chorobach pomoc lecznicza powinna być zapewniona?

Zdawałoby się na pierwszy rzut oka, że na pytanie to należy odpowiedzieć krótko: we wszystkich.

Sprawa to jednak w rzeczywistości bardzo zawiła.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że żadna jednostka, wchodząca w skład gromad wyżej wymienionych, nie powinna być w razie choroby pozbawiona pomocy leczniczej. Zachodzi jednak pytanie, czy każda organizacja, w celach ochronnych i leczniczych wytworzona, ma bezwzględnie zaspakajać tak szeroko pojmowaną potrzebę.

Obowiązek ten niezawodnie leży na wszelkiego typu organizacji, o ile chodzi o chorobę ostro powstającą i kończącą się powrotem do zdrowia i do poprzedniej zdolności zarobkowej.

Ale i tu już nastroczają się wątpliwości wtedy, kiedy choroba przeciąga się po za pewien okres czasu np. po za półroka. Trudność urasta jeszcze, jeżeli przebieg choroby ostro wszczętej nie pozwala nawet po upływie 2, 3 miesięcy orzec, czy i kiedy poprzednia zdolność zarobkowa powróci, wyzdrowienie zupełne nastąpi. Wreszcie po długim nawet okresie choroby leczonej staraniem danej organizacji przychodzi chwila, w której

z całą stanowczością orzec można, że dana jednostka stała się całkowicie, lub przynajmniej w dziedzinie dawnej pracy, zarobkowo niezdolną i wciąż pielęgnowania i leczenia wymagającą. Cóż wtedy? Gdzie kres działalności danej organizacji?

Są jeszcze inne przypadki i to wcale nie rzadkie, kiedy dziecko w rodzinie pracownika przychodzi na świat fizycznie upośledzone, kiedy dziecko lub żona ulegnie chorobie umysłowej, kiedy sam pracownik w obłąd nieuleczalny popadnie, kiedy jednym słowem zachodzi potrzeba długoletniego nieraz pielęgnowania i leczenia w zakładzie.

Nie chcę mnożyć tutaj licznych niestety przykładów ludzkiej niedoli w dziedzinie chorób przewlekłych. To, com tu w tej chwili zaznaczył, ma jedynie na celu uzasadnienie przekonania, że w chorobach przewlekłych organizacja, mająca zabezpieczać pracownika i rodzinę jego na wypadek choroby, może i musi być obmyślana na działanie ratownicze w granicach jedynie pewnego czasokresu i że zatem koniecznym uzupełnieniem organizacji, z takim celem stworzonej, musi być organizacja inna, na innych podstawach oparta, w innym źródle pieniężnym środki działania czerpiąca, organizacja zabezpieczająca na wypadek niedołęstwa, kalectwa z choroby, starości. Organizacja taka pod nazwą *zabezpieczenia inwalidów* istnieje od dawna w Niemczech i jest oparta materialnie na obowiązku, przymusowym udziale trzech czynników: pracowników, pracodawców i skarbu państwa.

Bez obowiązkowego zabezpieczenia wszelakiego fizycznego niedołęstwa wszelka organizacja na wypadek choroby chromać będzie i rodzić ciągle niezadowolonia i wzajemne zarzuty.

Oczywiście funkcjonowanie organizacji zabezpieczającej w niedołęstwie, organizacji dla wszelakich inwalidów, wymaga całego szeregu zakładów specjalnych, przytułków, schronisk i tp.

Co do 3-go.

Jakimi środkami ochrony zdrowia i pomocy leczniczej winna rozporządzać dana organizacja?

Słuszne wymagania pracowników i sumienie lekarzy czynnych w organizacjach zabezpieczać mających zdrowie pracowników i nieść im pomoc w chorobie, każą zakreslić szeroko ramy, w któ-

rych się winny zamknąć środki w danej organizacji rozporządzalne.

Te wymagania pracowników, te, które nauka i doświadczenie każą się rzadzić lekarzom, rosną z dniem każdym, rosną wraz z postępem higieny i lecznictwa, rozbudzają się w miarę szerzącej się kultury, w miarę uświadamiania się ludzkiego, obywatelskiego wśród gromad społecznych, wśród grup zawodowych.

Hamowanie postępu na tej drodze jest zdrożne, celu nie osiąga, a jako dyktowane przeważnie i prawie zawsze pobudkami fiskalnymi, budzi rozgoryczenie łatwo zrozumiałe tu, gdzie niesłuszne ograniczenia w środkach poczytywane są za dowód lekceważenia zdrowia i życia pracownika i jego rodziny.

Ze względów przeto moralnych, materialnych i z nakazów wiedzy lekarskiej trzeba niejedno wymaganie, niedawno jeszcze poczytywane jako przesadne, uznać dziś i spełnić, jako humanitarnie i naukowo usprawiedliwione.

Na pierwszym miejscu postawić tu trzeba te wszystkie środki, urządzenia i przepisy ochronne, jakie nowoczesna nauka o zachowaniu zdrowia i zdolności do pracy podaje w higienie prywatnej i publicznej w ogólności, a szczególnie te, które dziś tak potężnie rozwinięta higiena zawodowa (*Gewerbehygiene*) wskazuje.

Wyszczególnić tych środków, urządzeń i przepisów oczywiście nie będę, wymienię tylko niektóre działy wymagań higienicznych, a mianowicie *dział ochędóstwa*, który jak najszerszego uwzględnienia w formie najrozmaitszych, prawdziwie dostępnych kąpeli dla pracowników i ich rodzin wymaga. Dalej wymieniam tu, najczęściej pomijaną, sprawę organizacji *dezynfekcyj* i wreszcie sprawę ochronnego *szczepienia ospy*.

Co do innych działów, to każdy z nich odrębnego rozważenia i programu potrzebuje. W kraju naszym niestety jest jeszcze wszystko do obmyślenia i zapoczątkowania w dziedzinie ochrony zdrowia i sił pracowników i ich rodzin we wszystkich grupach zawodowych, o które tu chodzi.

Co się tyczy *pomocy leczniczej* to koniecznym jest zamieszczenie w kadrach należytej organizacji następujących, tu tylko krótko wymienionych czynników:

a) Jak najdostępniejszej porady lekarzy internistów, tak ambulatoryjnej jak i w mieszkaniu pracowników i pomocy felczerskiej.

b) Porady specjalistów, a mianowicie okulisty, otyatry, laryngologa, chirurga, ortopedysty, syfilidologa, dermatologa, neuropatologa, psychiatry, dentystry.

c) Lekarstw i środków opatrunkowych z wyłączeniem jedynie zbytowych leków i kosmetyków, ale bez wyłączenia wód mineralnych.

d) Okularów, pasów, kul, członków sztucznych, szpryc, irygatorów, inhalatorów i t. d. i t. d.

e) Leczenia w szpitalu.

f) Leczenia w zakładach i miejscowościach leczniczych krajowych.

g) Kąpieli w celach leczniczych i przetworów kąpielowych.

h) Porady ginekologicznej ambulatoryjnej i pomocy ginekologicznej i aku-szeryjnej tak w mieszkaniu pracownika, jak i we właściwych zakładach.

Tworząc plan danej organizacji leczniczej, wypada wszystkie powyższe czynniki uwzględnić i stosownie do warunków miejscowych i ekonomicznych określić granice i sposoby korzystania z porad i z pomocy pomienionych.

Szczegółowe rozważenie każdej kategorii porad i pomocy powinno być przedmiotem odrębnego opracowania, któreby należało poddać obradom grona złożonego z pracowników, pracodawców i lekarzy.

Opracowania takie i obrady byłyby obecnie u nas bardzo na czasie, przeciwdziałałyby elukubracjom doktrynerów i zawodowych pesymistów, a wprowadzałyby sprawę pomocy leczniczej na grunt realny, na któryby wypadało o ile możliwości zharmonizować interesy zdrowia i interesy kieszeni.

Co do 4-go.

Jak się przedstawia działalność organizacji ochronnej i leczniczej w różnych warunkach miejscowych?

Czytając projekty reformy organizacji lekarskiej u nas w ostatnich czasach powstające, zdawaćby się mogło, że podobna organizacja i ewentualna reforma potrzebne są tylko dla Warszawy i Łodzi. W projektach tych bowiem wszystko jest obmyślane na warunki i stosunki tylko tym dwóm miastom właściwe. Takie projektotwórstwo, mimo jego wielkomięjskiego pochodzenia świadczy o zaściankowoci umysłowej autorów. Jakże niestety często nasi wielkomięjscy mężowie stanu zapominają o tem, że oprócz Warszawy i Łodzi z milio-

ludności istnieje jeszcze *kraj*, liczący 6 do 7 milionów, że tam nie brakuje jednostek i grup zawodowych, dla których również konieczną jest organizacja ochronna i lecznicza i że organizacja taka tam, z konieczności różną, być musi w ogólności i w szczegółach od tej, którą tak łatwo przychodzi tworzyć w warunkach stołecznych.

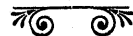
Niedostateczne środki komunikacji, niedostateczna liczba lub brak zupełny personelu leczniczego, brak zupełny specjalistów, brak szpitali, zakładów, odległość aptek, a wreszcie haniebne warunki zdrowotne, jednym słowem zacofanie, negacja kultury, zmuszać powinny do oportunistycznego, a jednak możliwie postępowego obmyślenia planu organizacji, o jakiej tu mowa. Plan podobny winien być układany niemal dla każdej miejscowości odrębnie, z uwzględnieniem warunków miejscowych, ale zawsze w ramach schematu, osnutego na wszystkich wymaganiach w powyższem rozważaniu uwytadnionych. Nie tylko uczucia humanitarne ale baczenie na postęp kulturalny całego społeczeństwa nie powinny pozwalać na godzenie się z łatwością z upośledzeniem ludności pracowniczej prowincjonalnej.

Przemysł krajowy i postępy w nim osiągnane staną się o tyle czynnikiem wartościowym w cywilizacyjnym rozwoju kraju, o ile wraz z postępem i udoskonaleniem wytwórczości isć będzie w parze postęp, w poczuciu potrzeb kulturalnych wśród ludności w tym przemyśle pracującej i postęp w należytem potrzeb tych zaspokojeniu.

Chodzi nam o światło i chleb dla ludu, o zabezpieczenie i dzielności ludu. Należyta organizacja ochronna i lecznicza dla pracowników i grup zawodowych, jest niezawodnie jedną z potężnych pochodni światła, kultury, jedną z dźwigni, podnoszących godność i krzepiących siły nie tylko grup zawodowych ale i całej ludności, wśród której grupy te żyją.

Nie wątpię, że jak w innych społeczeństwach tak i w naszym pionierami na polu ustalenia i udoskolenia organizacji ochronnej i leczniczej będą lekarze, złączeni w tak pożądanym *związku medycyny społecznej*, cały kraj obejmującym.

Byłbym szczęśliwy, gdyby powyższe, całkiem pobieżne uwagi moje mogły stać się wątkiem, do szczegółowych obrad i do budowania projektów organizacji, któreby mogły okazać się przydatnymi w spodziewanym samorządzie.



Badanie słuchu w szkołach,

z uwzględnieniem stanu uszu, nosa i jamy nosogardzielowej.

Podał Dr. med. **Stefan Ronthaler** (Warszawa).

Od czasu wprowadzenia u nas szkół handlowych i energicznej propagandy higieny szkolnej w naszych towarzystwach higienicznych, zwrócono uwagę na owocne pole działalności lekarzy szkolnych. W szkołach handlowych lekarze szkolni, otrzymawszy prawo zasiadania w radach pedagogicznych, zajęli się badaniem systematycznym organizmu młodzieży szkolnej, które jest bardzo ważnem ze względu na rozwój fizyczny młodzieży.

Niestety słuch i drożność nosa traktowane były u nas dotychczas po macoszemu. W szkołach specjalnych badań uszu, nosa i jamy nosogardzielowej dotychczas nie wprowadzono.

W Niemczech, Francji, Szwajcaryi, Danii, Holandyi i Ameryce lekarze specjaliści już oddawna badają słuch uczniów szkół miejskich, średnich i elementarnych. W Niemczech tą kwestyą zajmowali się specjalnie **Bezold**, **Ostman** i **Weil**. W niewielkich szkołach wiejskich badań słuchowych wykonywano bardzo mało. Dr. **König** 1), lekarz powiatowy w Konitz, badał 787 dzieci, uczęszczających do szkół wiejskich swego okręgu, i zauważył, że liczba głuchych lub gorzej słyszących na wsi jest daleko większą niż w miastach, ze względu na łatwe przeziębienie skutkiem zmiennego, przenikliwego powietrza i przemoczenia rozgrzanego ciała; przypuszczać należy, że prócz gorszych warunków higienicznych ważną rolę odgrywa niezasięganie pomocy lekarskiej skutkiem biedy, a więc zaniedbanie choroby w samych jej początkach. Statystyka **Königa** jest bardzo niepokojąca, wykazała bowiem 63,28% głuchych lub nienormalnie słyszących, w tej liczbie 17,01% posiadało mniej niż $\frac{1}{3}$ normalnego słuchu, 5,08% ogólnej cyfry badanych cierpiało na ropne zapalenie środkowego ucha lub pozostałości po przebytem ropieniu; u 2 malców skonstatowano zajęcie błędnika, co stanowi na ogólną liczbę 787 badanych dzieci—0,2%. Ciekawym jest fakt, że tylko 2,5% głuchych wiedziało o swej chorobie.

W Szwajcaryi, np. w Lucernie i Zurychu, badanie słuchu w szkołach odbywa się już od lat 12. W Zurychu np.

Dr. **Laubi** 2) zbadał w przeciągu 9 lat 22,894 uczniów, co stanowi poważną statystykę, i wykazał, że 10,8 proc. uczniów nie miało normalnego słuchu; z tych bardzo głuchych było 2,95 proc. t. j. takich, którzy nie byli w stanie rozróżnić szeptem wymawianych słów lub liczb na odległości 2 metrów (od 0—2 m.); z średnio upośledzonym słuchem było 2,48 proc. (szept od 2—4 m.), i wreszcie takich, którzy nie mogli dosłyszeć niektórych tylko, trudniejszych wyrazów, wymawianych na dystansie 4—8 metrów za pomocą szeptu — było 5,37%.

Dr. **Nager** 3) w Lucernie skonstatował na 1376 badanych na słuch uczniów 40,3% głuchych ewentualnie nienormalnie słyszących.

Młodzież szkolna oskarżana była często o próżniactwo i nieuwagę przez nauczycieli, nieświadomych o skutkach chorób uszu i nosa. Przy utracie słuchu do $\frac{1}{3}$ normy uczeń nie może robić postępów, bo nie słyszy wykładu nauczyciela i wogóle nie może uważać. Często się zdarza, że niektórzy uczniowie czasem gorzej słyszą, a czasem znów lepiej, co przez nauczycieli uważanem bywa za roztargnienie lub nieuwagę i wywołuje niesprawiedliwą karę; taki zmienny słuch objaśnia się przez opuchnięcie trąbek **Eustachyusza** w łączności z opuchnięciem muszelek nosowych; podczas suchej pogody opuchnięcie znika i słuch się poprawia; pobyt zaś w lokalach gorących na odwrót wywołuje przekrwienie i pogorszenie słuchu. W ogóle zaznaczyć należy, że większa część chorób uszu polega na łączności ich z nosem lub jamą nosogardzielową.

Ten czynnik oddziaływania i łączności chorobowej stał się przyczyną łączenia i niepodzielności obu specjalności; dziś każdy rozumie, że nie można być specjalistą usznym bez gruntownej znajomości chorób nosa i gardła i nieuwzględnić przyczynowego leczenia.

A więc, jakem wspomiał, większość chorób uszu jest skutkiem chorób nosa i jamy nosogardzielowej. **Swinnburne** w r. 1894 skonstatował na 1000 przypadków katarów usznych 90 proc. skutkiem chorób nosa i gardła.

Zasługę zwrócenia uwagi na badanie słuchu u młodzieży szkolnej w łączności z badaniem nosa i gardzieli przypisać należy przedewszystkiem **Bresgenowi** 4), który nie szczędził agitacji w czasopiśmie lekarskich i zwracał się kilkakrotnie w tej kwestyi do pruskiego ministra oświaty, do którego też napisał

memoryał 5); w tym memoryale zwrócił też uwagę na szkodliwe oddziaływanie przerostów muszli nosowych i wyrosli adenoidalnych na pamięć, przytępienie umysłowe, niemożność skupienia uwagi na jeden przedmiot, oddziaływanie na słuch, niesprawiedliwe karanie przez nauczycieli i uważanie chorych uczniów za niezdolnych.

Seiler 6) notuje swoje spostrzeżenia nad brakiem pamięci i uwagi u dzieci z cierpieniami nosowymi już w r. 1881. Bresgen 7) na zasadzie wyżej wspomnianej pracy Seilera, a zwłaszcza przełomowej pracy Wilhelma Meyera 8) w Kopenhadze oraz publikacji Hack'a 9), Baratox 10), M. Schäffera 11) i innych, zwrócił uwagę nauczycieli na cierpienia uszu i nosa, zaznaczając świetne efekty leczenia, rozbudzenie umysłu i zdolności po usunięciu przeszkód nosowych. Dzieci odmieniały się, jakoby pod wpływem różczki czarodziejkiej, i skutkiem przebudzonych zdolności i chęci do nauki czyniły dobre postępy w naukach. Objawy te, oddziaływające na pamięć młodzieży szkolnej i spostrzegane przy chorobach nosa, G u g e 12) złączył w jedną nazwę: Aproxia nasalis. Kwestyą tą w ostatnich czasach zajmował się K a f e m a n 13), robiąc doświadczenia z dłuższem, sztucznem zatykaniem nosa i wywołując znużenie, zapominanie i osłabioną pamięć.

Ileż to dzieci widzimy w szkołach z bezmyślnem, prawie idyotycznym spojrzeniem, z otwartymi ustami, nieznaną linią noso-wargową, nieporuszanymi nozdrzami, wystającymi zębami, płaską klatką piersiową, mową martwą bez rezonansu (Rhinolalia clausa), ławem zmęczeniem głosu, a przy wypytywaniu się blizkich dowiadujemy się, że w nocy sypiają niespokojnie, sapia lub chrapią i często niedosłyszą! W szkole zaś uczą się źle i nieuważają. Wygląd ten charakterystyczny przy wyrosłach adenoidalnych nazwano Habitus adenoidalis.

Burger 14) podaje statystykę ogromną, bo 800,000 dzieci, obserwowanych na zasadzie rozporządzenia holenderskiego ministra spraw wewnętrznych, do nauczycieli przesłanego; w tej liczbie było 6% z t. zw. Habitus adenoidalis. W. Meyer 15) na 2000 badanych w Kopenhadze zauważył 30 dzieci (1 proc.) podejrzanych na wyrosłe, a na 700 dzieci w Londynie przez niego badanych miało 13 (1,9 proc.) wygląd adenoidalny. Tenże Meyer 16) w r. 1895 ba-

dał 623 dzieci w Sztokholmie; w tej liczbie 48 było podejrzanych na wyrosłe t. j. 7,7 proc. D o y e r 17) w Leidenie zbadał 4265 dzieci, z których 219 (5%) miało wygląd adenoidalny. Baratox 18) obserwował na wyrosłe adenoidalne 2000 dzieci i skonstatował 16 proc. (321) podejrzanych. Denker 19) w Hagenie zbadał 1087 dzieci; 138 dzieci (12,7 proc.) miało wygląd charakterystyczny dla wyrosli adenoidalnych, Bezold 20) zaś na 1807 dzieci u 27 (1,5 proc.) zauważył charakterystyczne zewnętrzne objawy.

Dzięki W. Meyerowi 21), lekarzowi duńskiemu, dowiedzieliśmy się o wyrosłach adenoidalnych i ich skutkach, tak fatalnie oddziaływających na rozwój umysłowy i fizyczny młodzieży szkolnej. Od tego czasu zwrócono baczną uwagę na to cierpienie i podziwiano często skutki leczenia. Obserwacja pokazała, że w wielu przypadkach wyrosła adenoidalne rozwijają się dziedzicznie, tak że czasem kilkoro rodzeństwa choruje na tę chorobę, jak to każdy z specjalistów w własnej praktyce mógł konstatować; często też przypisać należy wpływ chorób zakaźnych, zwłaszcza odry, szkarlatyny, dyfterytu, influency na przerost t. zw. trzeciego migdała. To też po przebyciu choroby zakaźnej po jakimś czasie młodzież szkolna powinna być kontrolowana przez lekarza specjalistę na zachowanie się trzeciego migdała. A że często powyższe choroby zakaźne pozostawiają w uszach ślady, czasem w skutkach i powikłaniach bardzo poważne, to też lekarz szkolny obowiązany jest zaraz po przebyciu choroby zakaźnej szczegółowo zbadać uszy takiego ucznia. Po tyfusie pozostają często szумы w uszach w zależności od kataru ucha środkowego lub trąbek Eustachyusza, ale i bez takowych. Należy zaznaczyć szkodliwy wpływ błędnego czyszczenia nosa przy zatykaniu obu nozdrzy na cierpienia uszne, zwłaszcza przy chronicznych katarach nosa z procesem przerostowym lub nawet bez niego; w przypadkach wąskich trąbek Eustachyusza jest ono mniej niebezpieczne; to też dzieci od małego należy przyuczać do czyszczenia nosa à la paysan, naturalnie przy pomocy chusteczki.

Powracając do statystyki wyrosli adenoidalnych, zaznaczyć należy, że t. zw. habitus adenoidalis znajdujemy tylko w przypadkach wielkiego rozrostu trzeciego migdała i rozpoczęcia się choroby zaraz w pierwszym okresie dzieciństwa. W przypadkach późniejszego rozrostu

wyrośli adenoidalnych i przy średnich wielkościach charakterystycznego wyglądu adenoidalnego nie obserwujemy, i dopiero za pomocą badania palcem lub lusterkiem przekonujemy się o częstoci tego cierpienia. Niektórzy sprawozdawcy statyczni badali młodzież szkolną na wyrosła adenoidalne tylko palcami i wy-czuwali 18—83 proc. wyrosła adenoidalnych, co może zależy od indywidualnego kwalifikowania wyrosła adenoidalnych już przy małych nierównościach lub też od niezwracania uwagi na ostatnie.

Schmiegelow 22) np. wyczuł 18 proc. wyrosła adenoidalnych, Struckmann 23) do 30 proc., Wilbert 24) 62 proc., a Strandbygaard 25) aż 83 proc. Badanie za pomocą Rhinoscopia posterior jest dokładne i statystyka nie wykazuje zbyt wielkich różnic: Frankenberger 26) i Zaalberg 27) obserwowali 33 proc. wyrosła adenoidalnych, Kafemann 28) zaś 34,6 pr. u chłopców, 39,2 proc. u dziewczyn. Skombinowane zaś badanie palcem i lusterkiem wykazuje wielkie różnice. Stangenberg 29) znalazł tylko 10,2 proc. przerostu trzeciego migdałka, Terewiatnikow 30) do 20 proc., Winkler 31) 26,5 proc., Hennebert 32) 32 proc., Cheatle 33) 43,4 proc.

Cierpienia uszne przy wyrosłach adenoidalnych najłatwiej wywiązują się w razie rozrostu ostatnich po bokach jamy nosogardzielowej w sąsiedztwie trąbek Eustachyusza. Przy wyrosłach adenoidalnych między innymi autorami König 34) skonstatował tylko 13,33 proc. powikłań usznych, Terewatnikow 35) w klinice Bazanowej w Moskwie 32 proc., Gradonig 36) 69,1 proc. w tej liczbie 20 pr. ropnych zapaleń ucha środkowego, W. Meyer 37) 74,3 pr. w tem 25 pr. spraw ropnych, Haug 38) nawet 84,6 pr. Cyfry te dostatecznie objaśniają nam niebezpieczeństwo wyrosła adenoidalnych ze względu na uszy i słuch. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę skutki wyrosła na cały organizm, jak np. stałe oddychanie ustami, wywołujące częste i łatwe zapalenie gardła, chroniczne katary jamy nosogardzielowej, zapalenie tchawicy, oskrzeli, potem skłonność do suchot przy słabo rozwijającej się klatce piersiowej, czasem jąkanie, głuchoniemotą 39), rozmaite nerwice zwrótne, jak astma, nauralgje, pavor nocturnus, enuresis nocturna, laryngismus stridulus i inne, zrozumiemy całą doniosłość kwestyi wczesnego badania nosa, gardła i uszu przez specjalistów i wdzię-

czną działalność na tem polu wiedzy lekarskiej.

A teraz przystępuję do schematu badania uczniów. Zainteresowawszy się ciekawym tematem badania słuchu uczniów, zaproponowałem w r. 1904 bezinteresowne zbadanie takowych dyrektorowi tutejszej szkoły handlowej Edwardowi Ronthalero wi, na co się ostatecznie chętnie zgodził, wprowadzając w taki sposób innowację w badaniu lekarskim i stawiając tem samem swój zakład na wysokości zadania w zakresie higieny szkolnej. Badania swe rozpocząłem dopiero w pierwszych dniach lutego r. b. z powodu powodania na wojnę japońską i 15-to miesięcznej nieobecności.

Na pierwszym planie zbierałem wywiady w taki sposób:

- 1) Imię i nazwisko ucznia, wiek i klasa.
- 2) Przebyte choroby zakaźne.
- 3) Częstość przebytych zapaleń gardła i katarów nosa.
- 4) Dawniejsze cierpienia uszne, zwł. ropienia, ich przebieg.
- 5) Upadek na głowę lub na nos.
- 6) Początek chodzenia i mowy.
- 7) Słuch rodziców przed urodzeniem badanego.

8) Postępy w naukach, zdolność skoncentrowania uwagi, pamięć, znużenie umysłowe, rząd zajmowanej ławki w klasie.

9) Obecne objawy uszne (np. ból, upośledzenie słuchu, szum, pęknięcie w uszach lub w jednym uchu podczas czyszczenia nosa, wyciek z ucha, zawroty).

10) Obecne objawy nosowe (np. częsty katar, zaduch z nosa, zatkanie nosa jedno lub obustronne, chrapanie lub sapanie w nocy, usta otwarte, strupki w nosie, krwawienie z nosa, ból głowy, zmęczenie głosu podczas dłuższej rozmowy, wadliwa wymowa).

Najdogodniej byłoby wydrukować taki schemat z zapytaniami, rozesłać go rodzicom lub opiekunom uczniów, coby naturalnie dużo czasu lekarzowi szkolnemu zaoszczędzić mogło; władza zaś szkolna musiałaby energicznie żądać dania odpowiedzi na wszystkie wymienione pytania. Swoją drogą obawiać się należy po części lekkomyślnego i złośliwego traktowania kwestyi w niezrozumieniu własnego interesu, a ważna kwestya dziedziczności w chorobach usznych mogłaby się spotkać z fałszywym wstydem.

Badanie słuchu, na dystansie 8 metrów w dużym pokoju z oznaczoną na podłodze miarą, wykonywałem w obec-

ności nie więcej niż 2 — 3 uczniów ze względu na mimowolny szmer i niespokojne zachowanie się uczniów zwłaszcza klas niższych. Po zatkanium watą niebadanego w danej chwili ucha i przytrzymaniu palcem; celem szczelniejszego zamknięcia ucha i niewprowadzenia w błąd badającego lekarza w przypadkach jednostronnie osłabionego słuchu, — wymawiałem wyrazy lub liczby szeptem. Jako granicę słuchu oznaczałem odległość rozróżniania szeptem wymawianych, najtrudniejszych słów, w skład których wchodziły litery u, r, b, i trudnych cyfr np. 9, 7, 100. Po zbadaniu słuchu, w razach upośledzenia takowego, posiłkowałem się stroikami celem określenia zachowania się praw Rinnego i Webera.

Po tem wstępnem badaniu następowało szczegółowe skontrolowanie nosa, jamy nosogardzielowej i uszu. W razie spostrzeżenia upośledzonego słuchu następowało przedmuchiwanie uszu i powtórne zbadanie słuchu celem ustalenia jakości poprawy, a także w celach diagnostycznych.

Ogółem zbadałem 301 uczniów. Z wywiadów dowiedziałem się, że 191, a więc 63,3 proc. chorowało na odrę (jeden 2 razy, jeden 3 razy?), 50—t. j. 16,6 pr. na szkarlatynę, (z tych jeden tylko cierpiał na ropne zapalenie środkowego ucha ze zniszczeniem $\frac{3}{4}$ bębienka), na wietrzną ospę 24, dyfteryt 31 (jeden 8 razy!?), dyzenterję 5, koklusz 16, świnkę 26, tyfus 12, influencję 7, zapalenie płuc 31 (w tej liczbie 8 po dwa razy), zapalenie oskrzeli 13, ropne zapalenie opłucnej 14, zapalenie nerek 10 po szkarlatynie, reumatyzm stawów 11, wadę sercową 4, zapalenie oczu 23, zapalenie ucha 7, zapalenie gardła 22, wrzód w gardle 18 (8 po szkarlatynie), złamanie nosa po upadku 6. W kwestyi dziedziczności nic stanowczego dowiedzieć się nie mogłem.

Z badania słuchu okazało się, że ze słuchem mniej lub więcej upośledzonym było 134 uszu czyli 67 par uszu na 301, co stanowi 22,26 proc.

Tablice patrz str. 257.

A więc chorych na uszy z powodu wyrosli adenoidalnych, większych i mniejszych rozmiarów w połączeniu lub bez łączności z przerostem muszelek, było 61, z innych zaś przyczyn tylko 13. Jeżeli dodamy 23 z mniej lub więcej upośledzonym słuchem skutkiem zatkania uszu woszczkiem, otrzymamy ogólną cyfrę 97 chorych na uszy uczniów, co sta-

nowi na ogólną liczbę 301 badanych — 32,22 proc.

Między uczniami, u których skonstatowałem cierpienia uszne ze słuchem nienormalnym na 97 tylko 26 skarżyło się na przytępienie słuchu, a więc tylko 26,8 pr. Niektórzy, zwłaszcza z nieznanym pogorszeniem słuchu (powyżej dystansu 5 metrów), nie odczuwali przytępienia słuchu, co mogło być rozpoznane dopiero za pomocą badania słuchu szeptem; byli też tacy, zwłaszcza z jednostronnem cierpieniem usznem, którzy nie o swem chorem uchu nie wiedzieli; np. w jednym takim przypadku słuch z lewej strony badany na szept u 16-letniego ucznia nie osiągał nawet jednego metra, to też dany osobnik był bardzo zdziwionym, dowiedzi wszy się o swej jednostronnej głuchocie. Najgorzej słyssał szept, bo tylko 20 centymetrów z prawej strony, a 15 cm. z lewej, jeden z uczniów 4-tej klasy, który, przeszedłszy szkarlatynę i odrę, od dzieciństwa miał słuch przytępiiony; skonstatowałem u niego objawy kataru usznego bez wyrosli adenoidalnych i bez przerostu muszelek; podobno przed kilku miesiącami jeszcze gorzej słyssał, ale skutkiem przedmuchiwań dwutygodniowych wtedy słuch się poprawił; z braku czasu leczenia musiał przerwać.

Tu zauważyć należy, że w niższych klasach jest większy procent źle słyszących, niż w wyższych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę ogólną liczbę spostrzeżeń wyrosli adenoidalnych, wynoszącą 54 przypadki wielkich wyrosli, zakrywających $\frac{1}{4}$ lub nawet $\frac{1}{2}$ tylnego występu przegrodowego, a 84 przypadki średnich rozmiarów, ogółem więc 138 przypadków, otrzymamy wówczas ogromny procent tychże, na 301 badanych uczniów, dający się określić liczbą 45,84 proc., w tem 17,49 proc. wyrosli adenoidalnych większych rozmiarów, a 27,9 proc.—średniej wielkości. Oddzielnie zaś licząc procent wyrosli adenoidalnych w 3 niższych klasach, skonstatowałem w tych klasach 76,6 pr.! Objawy uszne były, jak wyżej zaznaczyłem, przy wyrosłach rozmaitych rozmiarów w 61 przypadkach (26 większych, 35 mniejszych rozmiarów). Na 138 przypadków wyrosli adenoidalnych 61 powikłań usznych stanowi 44,2 pr.

Powiększone migdały zaobserwowałem w 102 przypadkach, (34 proc.), zwykle w połączeniu z powiększeniem 3-go migdała, za wyjątkiem 7 przypadków.

Przerost muszelek prawie zawsze w połączeniu z wyrosłami adenoidalnymi

Następująca tabliczka da najlepsze wyjaśnienie o stopniu upośledzenia słuchu:

	obu- stron- nie	wyłącznie z prawej strony	wyłącznie z lewej strony	razem uszu	% na 602 pojedyn- czych uszu
I słuch przytępiiony na odległości 0—2 metr.	5.	11.	6.	27.	4,49 %
II " " " 2—4 "	8.	4.	2.	22.	3,65 %
III " " " 4—6 "	5.	3.	4.	17.	2,82 %
IV " " " niżej 8 "	19.	11.	19.	68.	11,3 %
ogółem:	37 par (74 u.)	29.	31.	134 uszu (67 p.)	22,26 %

Podług oddzielnych chorób usznych ułożyłem następującą tabliczkę:

	obu stronnie	prawe ucho	lewe ucho	razem uszu	%
woszczek (Cerumen)	18.	2.	3.	41.	6,81 %
katar trąbek Eustachyusza	13.	23.	26.	75.	12,46 "
ostry katar ucha środkowego	—	1.	—	1.	0,17 "
chroniczny katar ucha środkowego	6.	3.	1.	16.	2,65 "
chron. ropienie w uchu środkowym	—	—	1.	1.	0,17 "
ogółem:	37.	29.	31.	134.	22,26 %

Chorób błędnika i nerwu słuchowego nie skonstatowałem.

Uwzględniając przyczyny chorób usznych, dowiemy się o nich z podanych cyfr:

	wyrośla adenoidalne			z innych przyczyn *)		
	obustr.	pr. ucho	l. ucho	obustr.	pr. ucho	l. ucho
katar trąbek Eustachyusza	11.	18.	22.	2.	5.	4.
ostre zapalenie ucha środk.	—	1.	—	—	—	—
chroniczne zap. ucha środk.	5.	3.	1.	1.	—	—
ropne zapalenie ucha środk.	—	—	—	—	—	1.
razem:	16.	22.	23.	3.	5.	5.
Ogółem chorych:		61.			13.	

w 49 przypadkach (16,3 proc.). Skrzywienie przegrody nosowej w 56 przypadkach (18,4 pr.). Ranki na przegrodzie nosowej (excoriations septi) w 6 przypadkach (2 pr.).

Pomiędzy 138 uczniami z wyrostami adenoidalnymi 27 (19,56 pr.) narzekało na bóle głowy lub znużenie przy nauce, niemożność skupienia uwagi, niedosłyszanie słów nauczyciela, osłabioną pamięć

i t. p. objawy. Mniej więcej 10 pr. badanych uczniów leczyło się kiedyś na uszy, nos lub gardło. Między tymi u czterech skonstatowałem recydywę wyrosła adenoidalnych po 2 — 4 latach po operacji, z tych u dwóch zauważyłem ogromny rozrost wyrosła.

*) Choroby zakaźne, skrzywienie przegrody, przerost muszerek, powiększone migdały i t. p.

Wielką doniosłość ma peryodyczne badanie słuchu uczniów celem kontrolowania nieznaczego przytępienia słuchu w początkach choroby usznej, gdyż takie właśnie lekkie przypadki przytępienia słuchu przechodzą z czasem w uporczywe cięższe cierpienia, trudniej poddające się leczeniu. Ważnem jest badanie słuchu za pomocą szeptem wymawianych słów i liczb, ponieważ takim sposobem możemy rozpoznać nawet bardzo nieznaczne pogorszenie słuchu zaraz w początkach cierpienia, wówczas gdy mowa zwyczajna nie ściąga na chorobę uszną żadnych podejrzeń.

Z początkiem roku szkolnego należałoby, przedewszystkiem zbadać funkcje uszu nosa i jamy nosogardzielowej wszystkich nowo-wstępujących uczniów. Wogóle lekarz szkolny powinien kontrolować słuch wszystkich uczniów co najmniej dwa razy do roku, robiąc odpowiednie adnotacje w rubryce każdego ucznia między innymi np. o przebytej od czasu ostatniego badania chorobie zakaźnej, zmianach w nosie, gardle i uszach. Badanie słuchu powinien, mojem zdaniem, przeprowadzać lekarz szkolny, niekoniecznie specjalista, lecz w każdym razie obznajomiony z badaniem ucha, nosa i gardła. W razie skonstatowania choroby usznej, nosowej lub gardlanej, kwalifikującej się do leczenia specjalnego, gospodarze klasowi powinni zawiadomić rodziców lub opiekunów ucznia o konieczności wczesnego leczenia choroby u specjalisty. Gospodarze klasowi i lekarze szkolni powinni zwracać uwagę przedewszystkiem na uczniów z tak zwanym wyglądem adenoidalnym (*Habitus adenoidalis*); pierwsi powinni kontrolować postępy w naukach takich uczniów i objawy tak zwanej *aprosxia nasalis* i zawiadamiać o pojawieniu się tych objawów lekarza szkolnego. Gospodarze klasowi powinni o uczniach z przytępieniem słuchem lub ze zmianami w nosie i jamie nosogardzielowej wpisywać opinię lekarza dla własnej kontroli, a także i celem zawiadamiania o tem rodziców, oraz przesadzać gorzej słyszących do pierwszej ławki.

Uczniów głuchych, niesłyszących wcale szeptu, a głośną mowę na dystansie tylko $\frac{1}{2}$ metra, należy usuwać ze szkoły i uczyć prywatnie w domu, bo tacy w szkole absolutnie żadnych postępów robić nie mogą. W razie wyleczenia cierpienia usznego, taki uczeń naturalnie znowu może być do szkoły przyjętym. Uczniowie z ropieniem ucha środ-

kowego powinni chore ucho szczelnie zatykać watą i nie dłużyć w tem uchu, aby nie przenosić zarazy na innych kolegów.

Słuch i wzrok, to najważniejsze nasze zmysły; to też pielęgnowanie i kontrolowanie ich funkcji w szkołach nakłada ogromną na lekarzy szkolnych odpowiedzialność.

Celem szkoły jest nie tylko dawanie ogólnych, rozwijających wiadomości, ale dbanie o rozwój umysłowy na równi z fizycznym w imię maksymy: *mens sana in corpore sano*. Troską lekarzy szkolnych winna być ochrona młodzieży szkolnej przed wszelkimi wpływami, mogącymi szkodliwie oddziaływać na organizm młodociany, przy zwracaniu szczególnej uwagi na konieczność leczenia niedomagań fizycznych, hamujących rozwój funkcji umysłowych.

Przypuszczam, że ta skromna praca moja, nieco spopularyzowana dla zainteresowania pedagogów, jako pierwszy przyczynek w literaturze naszej w danym przedmiocie, da impuls do dalszej pracy w tym kierunku dla dobra higieny szkolnej i do powiększenia podanej tu statystyki.

Piśmiennictwo:

- 1) Ohrenuntersuchungen in der Dorfschule. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen, Ohren, Mund u. Halskrankheiten. Wydawn. Bresgena tom 7 zesz. 3.
- 2) Methode d. Resultate der Ohrenuntersuchungen von 22,894 Schülern der ersten Primarklassen der stadt Zürich (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1903 N. 13).
- 3) Ibidem, str. 433.
- 4) Zur Schulgesundheitspflege. Deutsches Wochenblatt f. Gesundheitspflege u. Rettungswesen 1884 N. 18.
- 5) Zwei Schriftstücke über die Bedeutung behindeter Nasenathmung, gerichtet an d. preuss. Unterrichtsministerium. Deutsche Medic. Wochenschrift 1889 Nr. 9 i Zeitschr. für Schulgesundheitspflege 1889 N. 5.
- 6) Gedächtnisschwäche u. Unfähigkeit seine Gedanken an einem bestimmten Gegenstande festzuhalten. Surgical treatment of nasal catarrh. The Philadelphia Medical Times 8—1881 i Zur Pathologie u. Therapie des chronischen Nasen u. Rachenkatarrhs. Berl. Klin. Woch. 1882 Nn. 36, 37.
- 7) Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1889 N. 5.
- 8) Ueber adenoide Vegetationen in der Rachenhöhle. Arch. f. Ohrenheilk. 1873 i 1874.
- 9) Reflexneurosen u. Nasenleiden. Berl. Klin. Woch. 1882 N. 25.
- 10) Reflexneurosen in Folge von Nasenkrankheiten. Internat. Centralblatt f. Laryngologie II. str. 424.
- 11) Nasenleiden u. Reflexneurosen. Deutsche med. Woch. 1886 Nn. 23, 24.
- 12) Deutsche med. Woch. 1887 N. 43.
- 13) Ueber die sogenannte *aprosxia nasalis* (Denkschwäche der Schulkinder aus nasaler Ursache). Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen, Ohren, Mund u. Halskrankheiten. 4 tom 1900 r. str. 207.
- 14) Die Statistik der adenoiden Vegetationen. Arch. f. Laryngologie 18 tom, 1906 str. 258.
- 15) Arch. f. Ohrenheilkunde

VIII 1874 str. 241. 16) Arch. f. Ohrenheil. 40 tom. 1899 str. 6. 17) VI. Congrès internation. de médecine 1879. Section d'otologie str. 336. 18) Revue de Laryngologie XX. 1895 str. 982. 19) Therapeut. Monatshefte 1899 N. 6. 20) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde XV. 1886 str. 47. 21) Arch. f. Ohrenh. 1873. 22) Arch. f. Ohrenheil. 40 tom. 23) International. Centralblatt f. Laryngologie, 1900 str. 480. 24) Deutsche med. Woch. 1903 str. 101. 25) Int. Centr. f. Laryng. XV. 1899 str. 107. 26) Monatschr. f. Ohrenheil. 1902 N. 5. 27) Arch. f. Laryng. 1906 str. 261. 28) Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen u. Rachenraumes. Danzig. 1890. 29) Zeitschrift f. Ohrenheil. XXVI. 1895 str. 88. 30) Intern. Centralblatt f. Laryng. XVII 1901 str. 133. 31) Wiener medicinische Woch. 1901 str. 913. 32) La chinique 2902 N. 28. 33) The report of the examination of the ears of 1000 schoolchildren. 34) Wydawnictwo Bresgena tom. VII, zes. 3, str. 15. 35) Medicinskoje Obozrienie 1900. 36) Sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx 1897 N. 8. 37) Arch. f. Ohrenh. 1873 i 1874. 38) Grundzüge einer hygienischen Prophylaxe der Ohrenentzündungen Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Oto-Pharyngo Laryngologie 1895 str. 24. 39) Halasz Operative Heilung einer durch adenoide Vegetationen verursachten Taubstummheit. Monatschr. f. Ohrenheilkunde 1899 str. 82.



Ze szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi

Przyczynę do kazuistyki ropni miednicowych u dzieci.

Podał Wacław Jasiński lekarz intern szpitala.

Z kart szpitalnych oddziałów wewnętrzznego i chirurgicznego zdaje się zasługiwać na uwagę, ze względu na trudności rozpoznawcze i nieoczekiwane wyniki badania pośmiertelnego, opisany poniżej przypadek.

Dn. 28. XII 05 r. na oddział Dr. Brudzińskiego przyjęty został chłopiec A. J. lat 14, ze skargami następującymi: 10 dni temu, po kilku dniach niedomagania, wystąpiły znaczne bóle brzucha, dreszcze, gorączka, kilkakrotnie wymiotował; kaszle oddawna, odpluwa dużo; łaknienie stracił, stolce wolne, 2—3 na dobę. Wezwany lekarz rozpoznał tyfus i skierował chłopca do szpitala.

Wywiady rodzinne i osobiste dosyć skąpe: urodził i wychował się na wsi; rodzice cieszą się dobrym zdrowiem, mają, prócz niego 9-cioro zdrowych dzieci. Od roku pracował jako uczeń w warsztacie szewskim, na przeciążenie pracą nie narzekał; w ostatnich miesiącach, (jak dowiedziano się przy ściślejszych wywiadach) zauważył, że schylać się swobodnie nie może; na kilka dni przed wystą-

pieniem gorączki (rzekomym początkiem choroby) dźwignął kufer i poczuł dotkliwy ból w krzyżu. W domu panuje podobno tyfus.

Stan chorego w dniu przyjęcia przedstawiał się jak następuje: Przytomny, apatyczny. Budowa i odżywienie mierne. Skóra blada; w okolicy podżebrowej prawej (hypochondrium dextrum) okrągła plama, wielkości monety rublowej, barwy brunatno-czerwonej, o powierzchni nierównej, zrosnięta z tkanką podskórną; na udzie lewym podobna plama, nieco mniejsza, barwy żywej, nieznacznie wyniesiona nad poziom skóry (scrophuloderma). Ciepłota skóry na dotyk znacznie podniesiona. Układ kostny zmian nie zdradza. Gruzoły karkowe i pachowe b. liczne, drobne, (od ziarnka prosa do grochu polnego); pachwinowe nieco większe, równie liczne, po stronie lewej wyraźnie tkliwe na ucisk. Układ nerwowy: źrenice równe, reagują żywo; odruchy kolanowe b. żywe, obj. Babinskiego ujemny; odruchy naczyniowe (dermographia) b. wybitne. Z ust mdły zapach mlecza (niemowlęcy); język wilgotny, czerwony; gardło czyste, nie zaczerwienione. Granice serca: górna pod 3-em żebrzem, prawa i lewa na linjach mostkowej i sutkowej strony lewej; tony serca nieco głuche, miarowe; po 1-ym tonie lekki szmer, słyszalny najlepiej pośrodku mostka. Tętno 120, równe. W płucach po stronie lewej u dołu liczne drobno-bańkowe rżenia; zmian wypukowych nie stwierdzono. Brzuch nieco wpadnięty, przy ucisku w częściach dolnych dotkliwa bolesność, w głębi nie uczuwa się żadnego nacieku, ani stwardnienia. Wątroba i śledziona niemacalne. Mocz oddał 900 cm³, mocz bez osadu, białka i krwi nie zawiera; odczyn dwuazowy (diazoreactio) ujemny. Waga (28. XII) 30 kilo.

Przebieg choroby był równie, jak początek ostry: krzywa ciepłoty wieczorem przekraczała 39^o, rano spadła nieznacznie (38,7^o — 38,2^o). Tętno przyspieszone (120—135) nikłe.

Stolce wolne, 2—3 na dobę, odbarwione, b. cuchnące; stan ogólny coraz gorszy: chudnie w oczach, przygnębiony do otępienia; bóle w brzuchu i biodrach wzmagają się.

Z objawów chorobowych przy dalszym spostrzeganiu wyodrębniono:

30. XII 05 r. T. 39,6^o. Dolna część brzucha (od linii, łączącej kolce przednie ko-

ści biodrowych) i powierzchnia wewnętrzna uda prawego w górnej jego części na dotyk bardzo wrażliwa.

2.I 06 r. Kończyny dolne przykurczone w stawach biodrowych; przy próbach wyprostowania kończyn dotkliwy ból, inne ruchy (zgięcie, przywód) niebolesne; ciepłota 39,2°, tętno 120, równe.

4.I 06. T. 40,2°. W płucach, szczególnie lewym, rozsiane rżenia, ztyłu u dołu po stronie lewej trzeszczenia.

8.I. Stać ani siedzieć nie może; leży z przykurczonymi kończynami, apatyczny, brzuch wpadnięty, wybitne odruchy naczyniowe (raies méningitiques Trousseau), odruchy kolanowe b. wzmożone. T. 39,8°, tętno 120, równe, stolce 2 — 3 na dobę. Na wadze stracił 1,600 grm.

12.I. Stan ogólny nieco lepszy, — siada, ucisk na głowę i ramiona nie wykazuje wyraźnie umiejscowionej bolesności; linja kręgosłupa prawidłowa, (w części grzbietowej u dołu wyrostki kolczyście zbyt może wyraźnie wystające). Stolce 3 na dobę, skąpe, śluzowe, b. cuchnące.

15.I. Stan ogólny znowu gorszy; dotkliwy ból w okolicy biodrowej lewej, okolica ta wypukłona — przy macaniu chębotanie i wyraźne nawet dla ucha przelewanie („chlupanie“). T° 39,6 — 38,5.

16.I. Wypuklenie i „chlupanie“ zrana bardzo wyraźne po badaniu znikło. Badanie per rectum wyraźnego wypuklenia i nacieku nie wykazało; po wyjęciu palca, z odbytnicy wylała się, dość obficie cuchnąca ropa.

Chorego przeniesiono na oddział chirurgiczny D-ra W a t t e n a.

16.I. W okolicy biodrowej lewej, nad skrętem wielkim kości udowej, dokonano cięcia i po odłuszczeniu powierzchownej warstwy mięśni wyczuło w głębi chębotanie; wypuszczono znaczną ilość b. cuchnącego płynu barwy szarozielonej, gęstego, z licznymi szarawymi strzępkami. Do jamy ropnia założono dren, ranę wyłożono gazą jodoformową.

17.I. Ciepłota wieczorem i następnego dnia 37,8° — 37,8°. Stan lepszy.

18.I. Przy zmianie opatrunku z jamy wylała się znowu znaczna ilość sokowatego płynu. W płynie stwierdzono drobnowidzowo domieszkę kału.

19.I. T. przekracza znowu 39°; w nocy bredzi. Opatrunek przesięka cuchnącą wydzieliną.

26.I. B. osłabiony. Ciepłota wysoka, tętno spieszne, słabe.

6.II. Exitus letalis przy objawach krańcowego charłactwa.

Już z przebiegu choroby zauważyć można, że rozpoznanie w danym wypadku nie odznaczało się łatwością — obraz chorobowy zmieniał się i uzupełniał z dnia na dzień; wciąż nowe przybywały objawy, coraz inne rodzaje przypuszczenia. Początkowe objawy choroby, (ciężki stan chorego, zaburzenia kiszkowe) i dane wywiadowcze (tyfus w domu) nasunęły myśl o durze brzuszonym (typh. abdom.) — z tem rozpoznanem dziecko zostało przyjęte do szpitala. Pierwsze dni spostrzegania klinicznego (przebieg ciepłoty, brak innych objawów tyfusu) rozpoznania tego nie potwierdziły. Na pierwszy plan wystąpiła bolesność w dolnej części brzucha, umiejscowiona jakgdyby wyraźniej po stronie prawej; nasunęła się myśl o ostrej sprawie zapalnej w okolicy kątnicy (*peri-et para-typhlitis*), czy też o ropniu przynerkowym (*abscessus paranephriticus*) lub o zapaleniu prawego mięśnia lędźwiowo-udowego (*psositis*).

Przewaga strony prawej wyrównała się jednak b. szybko: wystąpiło obustronne przykurczenie kończyn dolnych z bolesnością dolnej części brzucha. Rozpoznanie zatrzymało się jeszcze na *gruźlicy prosówkowej*: wyraźne objawy ze strony płuc, obj. kiszkowe i zapalenia opon, apatyczny stan, wpadnięty brzuch, wybitna dermographia (Trousseau), wzmożone odruchy kolanowe kazały zwrócić w tą stronę rozpoznanie. Ciepłota jednak i coraz wyraźniejsza lokalizacja bólu w okolicy miednicy przemawiały za miejscową sprawą ropną. Stawy biodrowe nie dawały żadnych objawów chorobowych; ruchy w stawach zachowane. Brak klasycznego objawu wzmaganie się bólu w kręgosłupie przy ucisku na głowę lub ramiona, dalej brak wszelkich objawów uciskowych, wreszcie ostry przebieg choroby zdawały się wykluczać zapalenie kręgow; zatrzymano się więc na rozpoznaniu *ropnia miednicowego*, przypuszczając, że punktem wyjścia ropnia jest ostre zapalenie szpiku kości krzyżowej (*osteomyelitis ossis sacri*). Chębotanie i przelewanie, jakie w kilka dni potem dało się wyczuć w okolicy biodrowej lewej, znikające po ucisku, tembardziej utrwaliło rozpoznanie, dając dowód, że ropa, opadająca już na udo, daje się wepchnąć do miednicy (przez dziury kulszowe). Dla ścisłości przedsięwzięto badanie przez odbytnicę; badanie to przyczyniło się znakomicie do uzupełnienia obrazu, wykazując przedziurawienie kisz-

ki stolcowej *przetokę wewnętrzną odbytnicy*; w ten sposób wytłomaczona została obecność w ropniu gazów („chlupanie“) oraz niezwykle cuchnące stolce, jakie od kilku dni spostrzegano u chorego—w stolcach tych wykryto następnie obecność ropy.—

A więc, po 15 dniach pobytu w szpitalu, a 25 od rzekomego początku choroby rozpoznanie zostało ustalone. Interwencja chirurgiczna, jak widać z opisu, nie była radykalną: stan chorego czynił wprost niemożliwym ciężki zabieg wyłuszczenia części kości krzyżowej, o jakim myślano. Przebieg pooperacyjny ustalił tylko fakt istnienia przetoki odbytowej: w stolcach wykrywano stale ropę; objawy poprzednie nie ustąpiły, nowych nie spostrzegano.

Śmierć nastąpiła w 2 tygodnie po zabiegu, po 1½-miesięcznej chorobie.

Badanie pośmiertne dało b. ciekawe wyniki, znaleziono mianowicie: płuca blade, opłucna wolna, płynu nie zawiera; w oskrzelach i oskrzelikach obfita ilość śluzoropnego płynu. Mięsień serca zmętniały, zastawki zmian nie przedstawiały. W jamie brzusznej płynu nie znaleziono; w okolicy kątnicy zrosty, wyrostek przewężony, przyrośnięty. Wątroba nieco powiększona, mięka, barwy gliny; śledziona mięka; nerki nieco powiększone, zmętniały. *Trzony 4-go i 5-go kręgow ledźwiowych zniszczone, tworzą głęboką jamę, wypełnioną gęstą ropą z drobnymi odłamkami kostnymi i serowatemi kłaczkami.* Przestrzeń zaotrzewnowa wypełniona całkowicie ropą o tych samych własnościach; ropień idzie wzdłuż obu mięśni lędźwiowo-udowych i przechodzi wraz z nimi na powierzchnie wewnętrzne obu ud, zajmując górne ich części; (psaosabscess); pozatem ropa wypełnia dół kulszowodbytnicowy lewy (cavum ischiorectale) i przez dziurę kulszową większą przechodzi na powierzchnię tylną lewego biodra. (Ischiofemoralabscess).

Rozpoznanie więc anatomiczne nie potwierdziło ustalonego z trudem rozpoznania klinicznego: *sprawa umiejscowiona była w trzonach 2 dolnych kręgow ledźwiowych* i — jak następne rozumowanie ma wykazać — nie była ostrą, *lecz przewlekłą o utajonym przez dłuższy czas przebiegu.*

Dla określenia charakteru sprawy przejrzymy po krótko niezbyt liczne zresztą sprawy zapalne, jakie w kręgosłupie spotykamy. Z ostrych zanotować się dadzą: ostre zapalenie szpiku kręgow

(ostemyelitis acuta vertebrarum) i zapalenie tyfusowe (spondylitis typhosa), z przewlekłych: spondylitis tuberculosa, syphilitica, actinomycotica i rhizomelica. W różniczkowaniu naszym niektóre z wymienionych spraw odrazu wykluczyć można: więc przedewszystkiem spondylitis rhizomelica, jako postać prowadząca do zgoła odmiennych objawów anatomicznych, umiejscowionych nie w trzonach, lecz w połączeniach kręgow.

Podobnie o spondylitis typhosa nie może być mowy, skoro wykluczaliśmy tyfus brzuszny z którym postać ta ściśle się wiąże, sprawa ta różni się zresztą od naszej i co do zejścia, przebiegając zawsze łagodnie. Nie również nie przemawia za spondylitis syphilitica — sprawa ta bowiem z jednej strony należy do cierpień najbardziej przewlekłych,—powtóre występuje w najpóźniejszych okresach kłły, po trzecie zaś nie prowadzi *nigdy do rozległego ropienia*, co od innych spraw zapalnych ją różni (Henle). *Spondylitis actinomycotica* może dać obraz anatomiczny zbliżony w zupełności do naszego — ale sprawa ta nie występuje w kręgach *nigdy pierwotnie* — daje ona przedtem długi szereg poważnych zmian w innych narządach (przełyk, płuca, żebra), skąd dopiero sprawa na kręgi przejść może; — po za tem badanie ropy decyduje o rozpoznaniu — w naszym wypadku badanie to łącznie z brakiem zmian w innych narządach pozwala na stanowcze wykluczenie promienicy. Pozostały więc 2 sprawy: ostre zapalenie szpiku kręgow i najpowszedniejsza z przewlekłych—gruźlica. Anatomicznie obiedwie sprawy dają obraz zazwyczaj b. niejednakowy, przy gruźlicy występuje charakterystyczna tkanka ziarninowa i masy serowate z wytworzeniem mnóstwa drobnitkich odłamków kostnych (Knochen-sand, Knochengrúst);—przy ostrych zapaleniach ogniska bywają pojedyncze i bardziej ograniczone, odłamki zazwyczaj większe, klinowate; w naszym więc wypadku obraz anatomiczny przemawiałby stanowczo za gruźlicą; dalej za gruźlicą przemawia również rozległość ogniska; przeważającym wreszcie rozpoznanie i wprost przeciwko ostremu zapaleniu mówiący musi być w danym wypadku zupełny brak wustrojainnych ognisk i objawów ropnicy—dla ostrej sprawy bowiem charakterystycznym jest, że zanim jeszcze ognisko pierwotne, głębiej położone, da się wykryć, sprawa uogólnia się i daje zejście ropnicy.—Rozpoznanie więc w danym wypadku sprawy przewlekłej—gruźlicy—może nie ulegać

wątpliwości. Trzeba jeszcze pogodzić z tem rozpoznaniem obraz kliniczny, który—dzięki b. ostremu przebiegowi—dawał, jak widzieliśmy, powód do rozpoznania zgoła odmiennych, myśl od sprawy przewlekłej odwracając. Jakkolwiek wywiady głoszą, że chłopiec uważanym był aż do wybuchu ostatniej choroby za zupełnie zdrowego, przy ściślejszem dodatkowym badaniu okazało się, że w ostatnich miesiącach odczuwał on wyraźne trudności przy schyłaniu się, co dla sprawy rozpoznanej jest b. charakterystycznym. Umiejscowieniem sprawy tylko w trzonach kręgów da się wytłumaczyć brak wszelkich objawów uciskowych i utajony przebieg choroby. Chodzi jeszcze o wytłumaczenie, co wpłynąć mogło na nagłe zaostrzenie się sprawy i względnie szybkie zejście śmiertelne.

Czynnikami podobnym często bywa uraz; w naszym wypadku wywiady wskazują również dość wyraźnie, że chłopiec na dwa dni przed wystąpieniem sprawy „podźwignął się“ (nota bene, otoczenie chorego, dowiedziawszy się o umiejscowieniu sprawy, samo zadało pytanie, czy fakt ten nie wpłynął na pogorszenie—sugestia więc wyłączona). Pomijając jednak niepewne zawsze dane wywiadowcze posiadamy ważną wskazówkę, która winny sposób sprawę tłumaczyć może: przetoka w odbytnicy i ustalona z zupełną pewnością obecność gazów w ropniu, a więc i przedostanie się do jamy ropnia laseczników okrężnicy, lub drobnoustrojów gnilnych, jakie prawdopodobnie bezpośrednio przed zaostrzeniem sprawy miało miejsce, powodować mogły sposoczenie ropnia i ostry przebieg sprawy z przyspieszonym zejściem śmiertelnym.

Cechy właściwe, jakie przypadek powyższy czynią ciekawym, streścić się dadzą w tych punktach:

a) pod względem klinicznym przypadek ten stwierdza raz jeszcze, że: 1) zapalenie grzlicze kręgów, umiejscowione w przednich częściach ich trzonu, może mieć przebieg zupełnie utajony, nie dając, mimo daleko posuniętej sprawy, żadnych objawów cierpienia;

2) ropienie, nawet bardzo rozległe, tak płasko bywa rozlane, że żadną drogą wykrytem być nie może, powodując niezwalzone trudności rozpoznawcze.

b) Pod względem kazuistycznym przypadek ten ciekawym jest ze względu następujących:

1) ropień opadowy poszedł w kilku kierunkach: wzdłuż obu mięśni lędźwiowo-udowych na uda, wzdłuż tętnicy pod-

brzuszej (iliaca interna) do dołu kulszo odbytowego (cavum ischioirectale) i po splocie kulszowym przez wcięcie większe (incis. ischiad. major) do okolicy pośladowej — ostatnie dwie drogi należą, jak wiadomo do rzadkich.

2) ropień doprowadził do wytworzenia wewnętrznej przetoki odbytnicy, co należy do bardzo rzadkich, przez wielu poważnych badaczy (M é n a r d) wcale nie spostrzeganych zakończeń sprawy.



Szpital Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą.

Podali: J. Brudziński i H. Trenkner.

Sprawa leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą pozostaje dotąd jeszcze otwartą, pomimo ogłoszenia około 200 przypadków w naszej literaturze. Na niepewne wyniki wpływa oprócz małej liczby przypadków i jakości obserwacji, z których nie wszystkie mogły być doprowadzane aż do zupełnego wyzdrowienia chorego lub nie mogły być dostatecznie ściśle; bardzo ważne znaczenie ma również charakter danej epidemii i to do tego stopnia, że może wpływać na zupełną zmianę wniosków, wyciągniętych z innej epidemii. Wszystkie te względy przemawiają za dalszem krytycznym badaniem sprawy leczenia surowicą płonicy, dotychczasowe bowiem spostrzeżenia nie upoważniają do przyznania jej wybitnego leczniczego działania, nie wystarczają również do odrzucenia jej wpływu leczniczego.

Z chwilą otwarcia oddziału szkarlatynowego w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi znaleźliśmy się w warunkach umożliwiających ściśle badanie tej sprawy i ze względu na obfitość materiału i możność dłuższego spostrzegania oddolnych przypadków.

Oddział szkarlatynowy w szpitalu Anny-Maryi jest u nas w Królestwie, po oddziale szkarlatynowym w szpitalu warszawskim dla dzieci, drugim z kolei—obliczony jest na 16 łóżek, nadaje się więc do zbierania materiału w sprawie leczenia płonicy surowicą, będziemy się też starali dorzucać od czasu do czasu naszą

cegielkę. W niniejszej pracy opieramy się na wynikach otrzymanych w przeciągu pierwszego półrocza; sprawozdania nasze i na przyszłość będą półroczne ze względu na zaznaczoną już zmienność charakteru epidemii. Przez pierwsze półrocze od listopada do maja r. b. leczono na oddziale 41 przypadków ostrych płonicy (przypadki które się do nas dostawały po okresie ostrym z tego zestawienia wyłączamy). Przeciętnie obserwacja trwała 6 tyg., często znacznie dłużej.

Surowicą leczono 19 przypadków, mianowicie: surowicą Palmirskiego 18, surowicą Bujwida 1. 22 przypadki były leczone metodami zwykłymi. Z przypadków leczonych wyłączyć należy przy ocenie działania leczniczego dwa przypadki, które się zakończyły śmiercią w ciągu pierwszej doby po przyjęciu do szpitala, z tych samych względów wyłączyć należy trzy przypadki spośród leczonych surowicą. Na 18 leczonych surowicą Palmirskiego zmarło 7 t. j. 38,9%, na 22 nieleczone surowicą zmarło 8 t. j. 36,3%. Po zrobieniu poprawki zaznaczonej wyżej; t. j. wyłączenia z jednej i drugiej kategorii przypadków nie nadających się już do leczenia, odsetki te przedstawiają się jak 26,6% i 30%. Przytaczamy te dane dla przejrzystości raczej, nie wyciągając z nich dalej idących wniosków — cyfry są na to za małe.

Wyjaśnić nam wypada, dla czego tak mało przypadków leczylismy surowicą. Kierowaliśmy się ciężkością przypadku, chociaż zastrzykiwaliśmy surowicę i w przypadkach lżejszych. Były okresy, gdyśmy nie zastrzykiwali wcale, zrażeni wynikami w przypadkach leczonych surowicą, i jedynie przynaglani myślą, że nie mamy prawa zrażać się na podstawie małej stosunkowo liczby przypadków, wracaliśmy znowu do leczenia surowicą. Pewną liczbę przypadków, pozostawialiśmy umyślnie bez leczenia surowicą dla porównania przebiegu.

Metoda ta, która z punktu widzenia dobra chorego, była najzupełniej uprawnioną, ze względu na nieustalone jeszcze działanie lecznicze surowicy, dawała nam wskazówki bardzo cenne zwłaszcza przy skrzętnie dobieranym materiale porównawczym.

W każdym przypadku, po sporządzeniu stanu obecnego, stawialiśmy rokowanie według 4 stopni. Stopień 1-szy otrzymywały przypadki lekkie, do dru-

giej kategorii zaliczaliśmy średnio ciężkie, do trzeciej przypadki z rokowaniem wątpliwym, do 4-ej te, w których przewidywaliśmy zejście śmiertelne. Fakt, że dalszy przebieg nie zawsze potwierdzał nasze rokowania, aż nadto tłumaczy się zmiennością obrazu przebiegu płonicy. Przy rokowaniu braliśmy pod uwagę następujące momenty:

- I. wiek;
- II. stan odżywienia;
- III. skłonności rodzinne: przebieg szkarlatyny u rodzeństwa;
- IV. czas trwania płonicy przed wstąpieniem do szpitala;
- V. rodzaj wysypki (postaci grudkowe z sinicowym zabarwieniem dawały złe rokowanie);
- VI. żółtaczkowe zabarwienie skóry;
- VII. ostre zapalenie spojówek;
- VIII. wysięk i krwawienie z nosa;
- IX. zajęcie jamy ustnej: zapalenia gardzieli, nekrozy, aphthae, cuchnienie z ust;
- X. objawy żołądkowo-jelitowe: przyjmowanie pożywienia, wymioty, biegunka;
- XI. objawy mózgowo: niepokój, rzucanie się, jęki, krzyki, stan nieprzytomny, bredzenie, drżenie) drgawki, zapasć, nadwrażliwość skóry;
- XII. ciepłota;
- XIII. objawy naczynio-ruchowe: ostygnięcie, sinica;
- XIV. krążenie: stan serca, tętno, sinica, poty;
- XV. sposób oddychania: charczenie, jęczenie, oddech z chrapaniem, stękanie, przyspieszony, przerywany, ruchy nozdrzy, nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc;
- XVI. inne objawy otrucia i zakażenia: obrzęk gruczołów, wątroby, śledziony, zajęcie stawów, zapalenie nerek;
- XVII. powikłania przez inne choroby zakaźne.

W leczeniu ogólnym trzymaliśmy się powszechnie przyjętych zasad, w większości wypadków stosowane były zabiegi hydropatyczne, w razie potrzeby uciekaliśmy się do środków podniecających: kamfory, kofeiny. Pielęgnowanie gardzieli wykonywane było za pomocą przestrzykiwań płynami odkażającymi, względnie odpowiednich wdmuchiwań. Pielęgnowanie uszu odbywało się według wskazówek wzywanych na naradę kolegów otyatrów. W okresie gorączkowym choroby otrzymywali dietę ścisłą, przed upływem 3-go tygodnia, ze względu na możliwość zapalenia nerek, chory byli przeważnie na dyecie mlecznej,

(mleko wzgl. kefir) i roślinnej, jajka były dopuszczone, mięso wykluczaliśmy zupełnie.

Z wyjątkiem jednego chorego, Jana W., który został zabrany ze szpitala przez ojca 20-go dnia choroby, wszyscy pacjenci pozostawali w szpitalu aż do zupełnego ukończenia leczenia wzgl. do zupełnego powrotu do zdrowia.

Każdy chory był badany codziennie: ciepłota była mierzona najmniej 3 razy dziennie, w wypadkach cięższych częściej. Ciepłota była badana: pod pachą i w odbytnicy i na oryginalnych tablicach obie krzywe wykreslane są obok siebie; na załączonych niżej wyciągach z krzywych ciepłoty, podajemy ciepłotę z odbytnicy, jako bardziej ścisłą. Obok krzywej ciepłoty wykreslaną była krzywa tętna a w cięższych wypadkach i krzywa oddechu.

Dla określenia wielkości gruczołów chłonnych, posługiwaliśmy się ogólnie przyjętymi porównaniami: wielkości soczewicy, grochu, fasoli, orzecha laskowego, jaja gołębiego, orzecha włoskiego, jaja kurzego, jabłka, ewentualnie uciekaliśmy się do mierzenia wymiarów centymetrem.

Codziennie mierzono ilość moczu każdego chorego z całej doby i określano ciężar gatunkowy, ewentualnie badano na białko; a poczynając od 2-go tygodnia choroby, już każdy mocz był badany na białko, a osad pod drobnowidem dla możliwie wczesnego wykrycia zapalenia nerek.

Z chwilą zaprowadzenia wagi na oddziale (w lutym r. b.) poczynając od 3-go tygodnia, każdy chory był ważony codziennie dla wykrycia ewentualnego, ukrytego obrzęku. Prawdopodobnie tej właśnie ścisłości w badaniu zawdzięczać należy, że wszystkie przypadki zapalenia nerek, które powstały na oddziale i były wcześniej spostrzegane, miały przebieg na ogół lekki w przeciwstawieniu do przypadków poszkarłatynowej choroby Brighta, przyjętych z miasta, z których kilka miało zejście śmiertelne.

Ponieważ sprawa leczenia płonicy surowicą jest jeszcze w okresie zbierania materiału, przytaczamy leczone w szpitalu przypadki w postaci wyciągów z historii choroby i tablic ciepłoty.

W końcu każdego wyciągu dla ułatwienia zamieszczamy w paru słowach charakterystykę każdego przypadku z punktu widzenia działania leczniczego surowicy. Surowicę zastrzykiwano w ilo-

ści 50 cm.³ w kilku przypadkach 100 cm.³.

I.

Józio H. l. 10. N: ks. głównej 24. Przyjęty do szpitala w III-cim dniu choroby.

Status praesens IV-go dnia choroby. Budowa średnia, odżywienie liche.

Ciepłota 39°. Twarz zaczerwieniona z wyjątkiem typowych miejsc białych. Na tułowiu wysypka grubopunkcikowata na kończynach górnych drobniejsza, na bolnych żywoszkarłatna, zlewająca się.

Szkielec bez zmian.

Gruczoły karkowe wielkości grochu; podszczękowe po stronie prawej—groch; dają się poruszać, niebolesne, lewe — mniej ruchome, bolesne, podpachowe i pachwinowe po obu stronach wielkości grochu.

Płaczliwy, apatyczny, w nocy spał niespokojnie. Wargi blade, suche, enanthema, grzbiet języka do 1/2, nalotem pokryty, na lewym migdałku *brudno szarozielonkawy* nalot, mdły zapach z ust, nos drożny. L. t. 130, pełne, tony serca czyste, miarowe, granice narządu prawidłowe.

Narządy oddechowe bez zmian. Brzuch lekko wzdęty, stolców nie było. Wątroba, śledziona niemacalna, mocz bez białka.

Rokowanie 2.

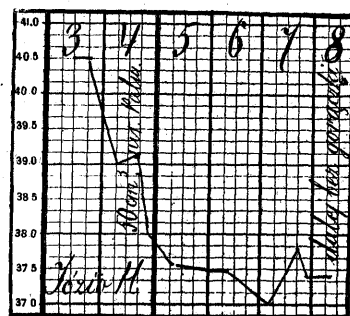
Zastrzyknięto 50 cm.³ sur. P a l m.

V. d. choroby. Płaczliwy, w nocy mazgalił się, brak łaknienia i pragnienia, w moczu ślad białka, ciepł.: 39,2°—37,7°. Ogólny stan lepszy. Wysypka zlewa się bardziej. Język wilgotny, czysty, migdałki również oczyszczają się. Wszystkie gruczoły nieco mniejsze i mniej bolesne. Tony serca czyste, miarowe.

VI. Ciepł.: 37,5° — 37,0°. Wysypka bledsza. Gruczoły podszczękowe lewe wiel. orzecha laskowego, inne małego grochu. Przytomność zupełna. Mocz bez białka.

Dalszy przebieg bezgorączkowy i bez powikłań. Wypisany XLVIII dnia choroby po ukończeniu leczenia.

Józio H.



W przypadku tym, cały przebieg był lekki, jak to widać na załączonej krzywej, ciepłota jeszcze przed zastrzyknięciem surowicy, zdradzała dążność do spadku, dopiero VI d. t°. prawidłowa.

II.

Henryk B. l. 11. N. ks. głównej 53. Przyjęty do szpitala III-go dnia choroby. Tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ surowicy Palmirskiego.

St. praes z IV-go dnia.

Budowa i odżywienie dobre. t°. 38,4°. Na całej skórze drobnopunkcikowata, na kończynach zlewająca się b. intensywna wysypka.

Kościec dobrze rozwinięty.

Gruczoły karkowe wielkości soczewicy, podszcz. — groch, wrażliwe na dotyk, pachowe, pachwinowe — groch.

Sensorium wolne.

Język wilgotny, nalotem pokryty, po bokach oczyszcza się.

Gardło zaczerwienione, *naloty niewyraźne*, nos wolny.

Granice serca prawidłowe.

Narządy oddechowe bez zmian.

Stolców nie było.

Wątroba, śledziona nie macalne.

Rokowanie 1—2.

V-go d. choroby t°. 37,6°—38,8°. Wysypka intensywniejsza. Stan ogólny dobry. Na migdałkach b. niewyraźne naloty.

VI. t°. 38°—37,2°. Wysypka utrzymuje się jeszcze w dolnych częściach tułowia, na wewnętrznych stronach kończących górnych i na kończynach dolnych. Gruczoły bez zmian. *Gruczoł pachwinowy lewy* (pod skórę lewego uda zastrzyknięta została surowica) dochodzi wielkości orzecha laskowego, b. wrażliwy na dotyk. Język czysty, migdałki powiększone, czyste.

Dalszy przebieg bez gorączki i powikłań.

Gruczoł pachwinowy lewy jeszcze XII-go d. choroby powiększony.

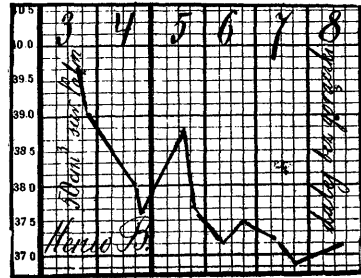
Cały przebieg należy zaliczać do lekkich. t°. spadła do normy dopiero VII-go d. choroby. Na uwagę zasługuje obrzęk gruczołów po stronie zastrzyknięcia.

III.

Janina G. lat 7. N. ks. głównej 45. Przyjęta do szpitala II-go d. choroby. Zastrzyknięto 50 cm.³ sur. Palmirskiego. Stat. praes. III-go d. chor.

Budowa, odżywienie dobre. t°. 38,8°.

Henryk B.



Na całym ciele bardzo delikatna wysypka.

Kościec dobrze rozwinięty.

Gruczoły karkowe po obu stronach wiel. grochu; podszcz., pachowe, pachwinowe — groch.

Sensorium wolne.

Enanthema. Język obłożony. Na *prawym migdałku lekki nalot*.

Narządy krążenia i oddychania bez zmian.

Stolców nie było.

Wątroba i śledziona niemacalne.

Mocz bez białka.

Rokowanie 1—2.

IV. d. chor. t°. poprzedniego dnia wieczorem 39,5°, rano 38°. Mazgai się. Wysypka wyraźniejsza zwłaszcza w dolnych częściach brzucha i na kończynach dolnych. Gruczoły bez zmian. Nalotów niema.

V. t°. wiecz. 38,2°, rano 37,3°. Stan ogólny dobry. Wysypka utrzymuje się jeszcze na przedramieniu, w dolnej części brzucha i kończynach dolnych. Język wilgotny, czysty, migdałki czyste. Gruczoły karkowe wielkości soczewicy, podszcz. groch, pachowe — ledwo macalne, pachwinowe — drobny groszek.

VI. Pokrzywka na tułowiu. Wysypka utrzymuje się jeszcze wyraźnie na kończynach dolnych.

VII. t°. 37,5° — 37,6°. Gardło blednie. *Tętno niemiarrowe*.

VIII. *Tętno niemiarrowe*. L. t. 60.

X. t°. 39,6°. Pokrzywka na całym tułowiu, kończynach górnych i udach. *Tętno niemiarrowe* 92.

XI.—XIV. Wielopostaciowa wysypka pokrzywkowa na całym ciele. *Tętno niemiarrowe*.

XVI. Ilość moczu 200 cm.³ c. g. 1020.

XVII. Ilość moczu 320 cm.³ c. g. 1020, wałeczki.

XVIII. Ilość moczu 1150 cm.³ c. g. 1007, bez białka.

Wypisana 28 d. choroby.

Przebieg od początku był lekki. Ciężota spadła do normy IV. Od VII do XI tętno niemiernowe. IV i od IX—XVII wybitna bardzo pokrzywka, XVIII i następujących dni lekkie zajęcie nerek.

Jania G.



IV.

Jan W. l. 11. N. ks. głównej 304. Przyjęty do szpitala IV-go dnia choroby, tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ surowicy Palmirskiego.

Stat. praes. V.

Budowa dobra, odżywienie średnie. t_o. pod pachą 39,8^o dziś 39^o, na całej powierzchni blednąca, grubopunkcikowata wysypka, najwybitniejsza na kończynach górnych, dolnych częściach tułowia i pośladkach.

W okolicy stawu garstkowego wysypka grudkowata; stopy chłodnawe.

Szkielet dobrze rozwinięty.

Gruzoły podszczękowe—duży groch; karkowe tylne i boczne twarde, wielkości fasoli, podpachowe — duży groch, pachwinowe — mały groch.

Bredzi, zrywa się, senny.

Wargi czerwone, obrzmiałe, język czysty, malinowy, błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona; migdałki nalotami pokryte, mdły zapach z ust. Z nosa wydzielina śluzowopna. Granice serca prawidłowe, tony głucho, l. t. 120, średnio napięte.

Pod prawą pachą przytłumienie rozpoczynająca się od 6-go żebra w dół, odech w tym miejscu cokolwiek osłabiony.

Wątroba, śledziona niemacalna.

W moczu ślad białka.

VI. t_o. 37,5^o. W nocy spał spokojnie, nie bredził. Przytomny zupełnie. Stopy ciepłe. Gruzoły bez zmian, niebolesne. Język czysty. Na prawym migdałku obfitszy trochę nalot. Wyciek z nosa mniejszy. Tętno 108 nierówne. Białkomocz.

VII. t_o. 36,8^o. Wysypka zbladła zupełnie. Gruzoły podszczękowe—fasola. Z nosa niewielka wydzielina. Naloty w gardle mniejsze. Chory osłabiony.

VIII. t_o. 36,6^o. Osłabiony, senny. Rozpoczynające się łuszczenie na twarzy i kończynach. Gardło prawie zupełnie czyste. Pierwszy ton nad koniuszkiem serca cokolwiek nieczysty, t. nierówne, l. t. 80.

IX. L. t. 78, niemiernowe.

XI. Na tułowiu tu i owdzie drobny wykwit pokrzywkowy. Uderzenia serca rozlane po całej przestrzeni w 3, 4 i 5 międzyżebżu, l. t. 80, cokolwiek niemiernowe.

XIII. 1-szy ton nieczysty. Ilość moczu 300 cm.³ c. g. 1019.

XIV. Ilość moczu 875 cm.³ c. g. 1017, ślad białka, waga 25090 gr.

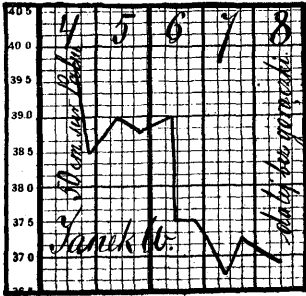
XV. L. t. 80, nie miernowe. Ilość moczu 300 cm.³ c. g. 1020, białkomocz. Waga 25550 gr.

XVI L. t. 70, niemiernowe, napięte. Ilość moczu 475 cm.³ c. g. 1015.

XVII. i XVIII. L. t. 72, niemiernowe. Mocz bez białka. Zabraný przez ojca XX-go dnia choroby nie wyleczony. W domu zaraził płonicą siostrę, która przywieziona do szpitala w 5-ym dniu choroby zmarła na drugi dzień.

Spadek ciężoty do normy VIII d. choroby, w 4 dni po zastrzyknięciu pomimo energicznych zabiegów hydropatycznych. Poprawa sensorium VI d. choroby. Pokrzywka VIII. Lekkie zapalenie nerek w końcu 2-go tygodnia.

Jan W.



V.

Anna S., l. 8. N. ks. głównej 232. Przyjęta do szpitala III d. choroby tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ surowicy P a l m.

Stat. praes. IV. d.

Budowa i odżywienie b. dobre. t^o wczoraj 40,5^o, dziś 39,7^o. Na całej powierzchni równomierna, średnio i drobno punktowata, różowo zabarwiona wysypka, najintensywniejsza na stronie wewnętrznej kończyn górnych, zlewająca się na rękach. Grudek niema. Stopy ciepłe. Na twarzy typowy bład trójkąt.

Szkielet mocny, klatka piersiowa nieco spleaszczona z boków.

Gruczoły karkowe boczne — groch, bolesne, podszcz. lewe — groch, wrażliwe na dotyk, prawe — niemacalne, pachowe i pachwinowe — drobny groszek.

Sensorium wolne, kapryśna. Spojówki nastrzykane z nieznaczną wydzielina ropną.

Wargi czerwone, suche, język obłożony po brzegach oczyszcza się, enanthema, *nalotów na migdałkach niema*. Nos wolny. Tętno 144, pełne, granice serca prawidłowe, tony czyste, odgraniczone.

Narządy oddechowe bez zmian.

Śledziona, wątroba niemacalne.

Rokowanie 2.

V. t^o, 40,1^o—40,0^o. Wysypka żywo czerwona. Stopy ciepłe, lekko sinicowo zabarwione. Gruczoły pod szczęką lewą wielkości małych orzechów laskowych, bolesne, inne bez zmian. Język wilgotny, oczyszcza się. *Nalotów na migdałkach niema*. Senna, w nocy nie bredziła. Łaknienia niema, pragnienie wzmożone. Stolec zaparty. Wieczorem zastrzyknięto 50 cm.³ sur. P a l m.

VI. t^o. 39,5^o — 39,0^o. Mniej senna, przytomna, kaprysi. Wysypka również intensywna jak wczoraj z lekko sinawym odcieniem na kończynach. Stopy ciepłe.

Po uszczyplnięciu wybroczyny nie występują. Tętno gorsze niż wczoraj. L. t. 124; tony serca czyste, odgraniczone. Gruczoły pod szczęką prawą w głębi wielkości małego orzecha laskowego, wrażliwe na dotyk. Wargi spieczone, język prawie czysty, czerwony, obrzmiały, suchawy, *na migdałkach żółtawe czopki*.

VII. t^o. 39^o — 38,2^o. Noc spędziła spokojnie, nie bredziła, senna, na pytania odpowiada przytomnie. Wysypka nie blednie. Stopy, zwłaszcza przy opuszczeniu kończyn — sinieją. L. t. 126 pełne. Gruczoły nie powiększają się. Z ust cuchnienie. Język czysty, wilgotny; migdałki bez zmian. Śledziona niemacalna. Spojówki nastrzyknięte.

VIII. t^o. 39,5^o—38,6^o. Noc spędziła spokojnie, senna, odpowiada przytomnie. Wysypka blednie. Na kończynach dolnych sinicowe zabarwienie. Na szyi i klatce piersiowej rozpoczynające się łuszczenie. W okolicy przyczepu lewego m. st. ct. mast. utworzył się bolesny, dosyć twardy, ruchomy *pakiet gruczołów* wielkości małego jaja kurzego; pod kątem szczęki prawej gruczoł pojedynczy wielkości jaja kurzego. Język wilgotny, lepki, nalotami pokryty, w zagłębieniach migdałków czopki, dające się łatwo wygnieść szpatułką. L. t, 138, słabiej niż wczoraj napełnione. Ilość moczu 700 cm.³ c. g. 1010, białkomocz.

IX. Przytomniejsza, noc spędziła lepiej. Łaknienie liche. t^o. 39,5^o—38,5^o. L. t. 120, dosyć pełne. Ilość moczu 200 cm.³ c. g. 1010, białkomocz.

X. t^o. 39,0^o—38,0^o. Wysypki szkarłatynowej niema śladu. Obfite łuszczenie na całej powierzchni. Na twarzy, kończynach górnych i dolnych wybitna pokrzywka. Gruczoły pod szczęką lewą mniejsze, wielkości orzecha włoskiego, mniej twarde. Tętno znacznie słabsze. Język czysty; na migdałkach, zwłaszcza na lewym obfite naloty. Pod drobnowidem — kokki. Ilość moczu 150 cm.³ c. g. 1012, białkomocz.

XI. t^o. 37,8^o — 37,6^o. Łuszczenie jak wczoraj, pokrzywki niema. Gruczoły podszczękowe prawe niewyczuwalne, lewe — orzech laskowy, mało tkiwe, pod pachowe i pachwinowe — groch, na dotyk niewrażliwe. Język wilgotny. Zaczzerwienienie jamy ustnej nie znaczne. Na lewym migdałku nalot mniejszy niż wczoraj, prawy czysty. Tętno 108. Śledziona niemacalna. Łaknienie liche. Sensorium wolne, kapryśna. Mocz bez białka.

XII. t^o 39,2^o—37,8^o (pod pachą 36^o). Na całej powierzchni, nie wyłączając

twarży, pojawiła się powtórnie kępkami wysypka pokrzywkowa. Nalot na migdałku lewym nieco mniejszy. L. t. 114, średnio pełne. Od III-go do XII-go przez cały czas brała codziennie kąpiele.

XIII. t°. 38,3° — 37,2°. Pokrzywka. Stan ogólny dobry.

XIV. t°. prawidłowa. Bardzo intensywne łuszczenie na całej powierzchni, pokrzywki niema zupełnie; skóra sucha, stopy i twarz lekko obrzękłe. Gardło bez zmian. Prawa granica serca nie przekracza linii środkowej, lewa nie dochodzi na palec do linii sutkowej, tony serca niezupełnie czyste.

XV. Łuszczenie b. intensywne. Pod

szczęką lewą twardy, niebolesny gruczoł, wielkości orzecha laskowego.

Dalszy przebieg bez gorączki i powikłań.

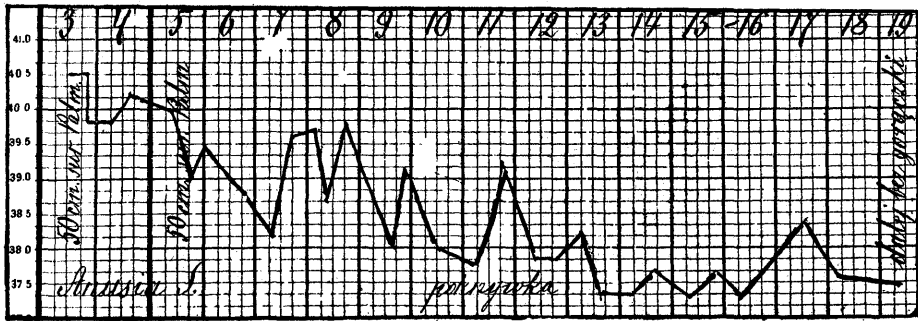
Wypisana 11 d. choroby.

Zastrzyknięto III i IV dnia po 50 cm.³ surowicy Palmirskiego.

Gorączka spadała powoli, dopiero od 8-go stan bezgorączkowy, wybitniejszego wpływu surowicy na sensorium nieznaczące było, do VIII ciągle senna. Pokrzywka od X do XIII-go.

VI-go dnia na migdałkach pojawiły się naloty, których nie było przy wstąpieniu.

Anna S.



VI.

Franciszka D. lat 11. N. ks. głównej 9.

Przyjęta do szpitala IV-go d. choroby.

Stat. praes. V-go.

Budowa i odżywienie b. dobre. Ciężota pod pachą 38,8° — 39,7°. Na kończynach górnych i dolnych wysypka zlewająca się, na piersiach punkcikowata, biała; na głowie eczema impetiginosum e pediculose gr. max. Szkielet bardzo mocno rozwinięty.

Gruczoły karkowe — duży groch, twarde, niebolesne, podszczękowe — ból, przesuwalne, bolesne. Przytomna, skarży się na ból głowy. Spojówki nastrzyknięte.

Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, język na grzbiecie grubym nalotem pokryty, brzozi oczyszczają się. Migdały zaczerwienione, lepkiem, tłustawym nalotem pokryte. Pod drobnowidem prawie wyłącznie łańcuszkowce.

L. t. 148, pełne; granice serca prawidłowe, obok pierwszego tonu na koniuszeczku szmer.

Narządy oddechowe bez zmian.

W ciągu doby 2 wolne stolce. Wątroba, śledziona niemacalne. W moczu 1/4^o/100 białka.

Rokowanie 2.

Tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ surowicy Palmirskiego.

VI. t°. 40,4° — 38,8° (pod pachą). Skarży się na ból gardła i ogólne rozbiście. Nie bredziła, rozmawia przytomnie. Wysypki nie widać. Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, naloty na migdałkach bez zmiany z nosa wydzielina śluzowo-ropna. Gruczoły podszczękowe zdaje się nieco mniejsze i nie tak bolesne. L. t. 104, niemiarowe. W ciągu doby oddała 2 wolne stolce. Białkomocz 1/4^o/100.

VII. t°. 39,6° — 37,5°. Spała dobrze. Rano obfite poty. Skóra biała. Migdałki oczyszczają się, mniej obrzękłe. Z nosa wydzielina śluzowo-ropna z domieszką krwi. Pod drobnowidem łańcuszkowce. Tętno miarowe, l. t. 90. Gruczoły podszczękowe mniejsze, mało bolesne. Brak łąknienia. Ogólny stan znacznie lepszy. Mocz bez białka.

VIII. t°. 38,1° — 36,1°. W nocy poty. Z nosa obfita wydzielina ropna

z domieszką krwi. Migdałki mniejsze, błony schodzą łatwo. L. t. 80, miarowe.

IX. Stan bezgorączkowy.

XII. Ciepłota prawidłowa. Wydzielina z nosa znacznie mniejsza. Migdałki czyste. Łaknienie dobre.

XVII. L. t. 90. Wczoraj popołudniu uskarżała się na ziębienie, wieczorem t° 39,50 w odbyticy, dziś 38,9 $^{\circ}$. Ból głowy. Na całym ciele wykwit pokrzywkowy. Ilość moczu 600 c. g. 1009 bez białka.

XVIII. t° . 39,5 $^{\circ}$ — 38,3 $^{\circ}$ in recto. Sensorium wolne. Skarzy się na lekki ból głowy. Język obłożony. Z nosa wydzielina śluzoworopna. Ilość moczu 350 cm.³ c. g. 1.011, białka 1 $^{\circ}$ / $_{00}$. L. t. 96.

XIX. t° . 39 $^{\circ}$ — 38,1 $^{\circ}$ in recto. L. t. 84, niemiarowe. Ilość moczu 300, c.

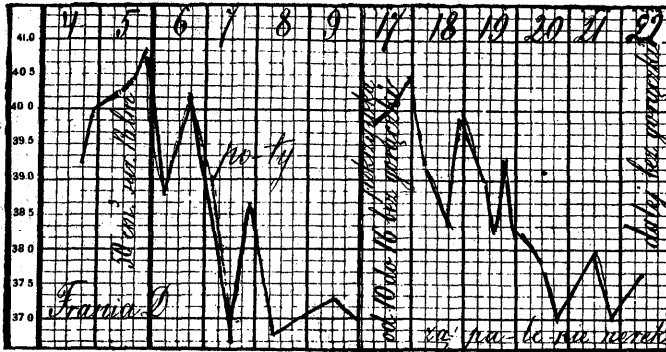
g. 1011, białka 1 $^{\circ}$ / $_{00}$, pod drobnowidem nabłonki, wałeczki.

XX. t° . sub-normalna. L. t. 56, na pierwszym tonie szmer. Obrzęków niema. Senna.

Dalszy przebieg, prócz kilku nieznacznych wahań—bezgorączkowy, w moczu raz jeden tylko (XXIV) było białko i nieco większa ilość wałeczków. Wypisana 47-go dnia choroby po zupełnym powrocie do sił.

t° . spadała stopniowo, doszła do normy VIII dnia. Gardło oczyściło się XII. Na uwagę zasługują obfite poty VI i VII dnia. XII dnia pokrzywka i zapalenie nerek z względnie lekkim przebiegiem.

Franciszka D.



VII.

Zofia W. 5 l. N. ks. głównej 26. Przyjęta III d. choroby, ogólny stan wówczas był dobry, tegoż dnia zastrzyknięto 25 cm.³ sur. Palmirskiego. Stat. praes IV.

Budowa i odżywienie średnie. t° . 39,9 $^{\circ}$ —(38,50 pod pachą). Skóra twarzy, z wyjątkiem typowych miejsc, czerwona. Za uchem lewym ślad ukąszenia pijawki, na tułowiu i kończynach drobno i średnio-punkcikowata wysypka, miejscami zlewająca się, żywoczerwonej barwy, szczególnie gęsta na stronie wewnętrznej przedramienia i uda, na stopach ślady odmrożenia.

Szkielet bez zmian.

Gruczoły karkowe wielkości dużego grochu, twarde, niebolesne, (pediculosis capitis) podszczękowe, pachowe — groch, bolesne, pachwinowe nieco mniejsze.

Sensorium wolne.

Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, język czysty, na migdałkach niewielkie naloty.

Narządy krążenia i oddechowe bez zmian.

Stolców nie było.

Wątroba, śledziona niemacalne.

Mocz bez białka.

Rokowanie 2.

V. t° . 38,5 $^{\circ}$ w odbyticy. L. tętna 136 miarowe. Sensorium wolne. W nocy kilkakrotnie budziła się i płakała. Wysypka bez zmian. Gruczoły jak wczoraj. Język czysty wilgotny. Na błonie śluzowej policzka lewego niewielkie owrzodzenie szarym nalotem pokryte. Z nosa wydzielina śluzowo ropna. Tony serca czyste.

VI. t° . 39,7 $^{\circ}$ — 38,6 $^{\circ}$. Stan ogólny dobry. Wysypka bledsza. Gardło oczyszcza się. Gruczoły karkowe i podszczękowe dochodzą do wielkości fasoli. Podpachowe — groch. Tony serca czyste. Łaknienie liché.

VII. t° . 38 $^{\circ}$. L. t. 138.

VIII. t° . 37,7 $^{\circ}$. L. t. 108. Stan ogólny dobry. Łuszczenie na całej po-

wierzchni skóry. Język czysty. W gardle niewielkie naloty. Łuszczenie liche.

IX. Bez gorączki. Łuszczenie w całej pełni.

Do XV stan bezgorączkowy.

XVI t^o. 38^o. L. t. 108, ilość moczu 980 c. g. 1010.

XVII. t^o. 37,8^o — 40,3^o. L. t. 96. Ilość moczu 280 c. g. 1014, białkomocz, wałeczki.

XVIII. t^o. 37,5 — 39,8, twarz obrzękła, skóra sucha, l. t. 100, napięte, ilość moczu 400 c. g. 1014, białka więcej niż 1/2‰, wałeczki. Skarży się na ból głowy.

XIX. to 38^o — 37,5. L. t. 100. Ilość moczu 170, c. g. 1013, białka 1 3/4‰. Ból głowy. Mazgai się.

XX. t^o 37,8^o — 39,8^o, 38,6^o. L. t. 108. Mocz mętny. Ilość moczu 160, c. g. 1020, białka 1 1/2‰, w osadzie ciała białe i czerwone, nabłonki nerkowe, wałeczki.

XXI. t^o 37,6^o. Ciągłe senna. Bólu głowy nie doznaje. Ilość moczu 240, c. g. 1017, białka 1/4‰.

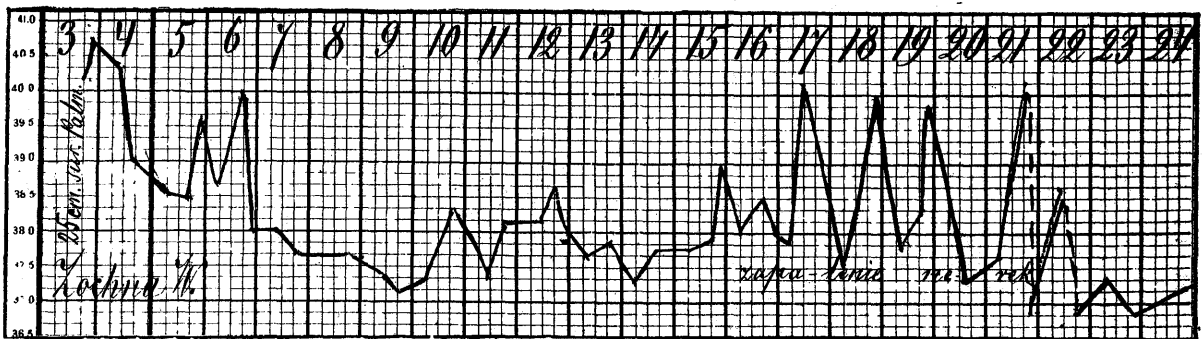
XXII. to. 40,2^o — 36,8 (po kąpieli i zawijaniu) — 38,6^o. Cera poprawia się.

Dalszy przebieg. prawie bezgorączkowy. Wypisana 39-go dnia zdrowa.

t^o. wróciła do normy VIII dnia.

W 3 tygodniu wystąpiło zapalenie nerek o średnim natężeniu.

Zofia W.



VIII.

Stasio C. l. 9. N. ks. głównej 48. Przyjęty do szpitala II-go, tegoż d. zastrzyknięto 50 cm.³ sur. Palm.

Stat. praes IV-go d. choroby.

Budowa wątła, odżywienie liche. t^o. 40^o—38^o. Skóra żółtaczkowo zabarwiona, na twarzy typowy blady trójkąt, wysypka na tułowiu drobnopunkcikowata, na kończynach zlewająca się.

Szkielet wątły.

Gruczoły karkowe wielkości soczewicy, podszczękowe prawe—orzechów laskowych, podszczękowe lewe — fasola, pachwinowe lewe — soczewica, prawe—groch.

Sensorium wolne.

Wargi wilgotne; język czerwony, wilgotny, jeszcze u nasady nieco obłożony; na migdałkach naloty nekrotyczne. Nos wolny.

Granice serca prawidłowe, tony czyste.

Narządy oddechowe bez zmian.

Stolec stały.

Mocz bez białka.

Rokowanie 2.

V. t^o. 38,2^o — 40^o — 39^o. Wysypka mniej wyraźna niż wczoraj. Stan ogólny dobry. Na migdałkach naloty.

VI. t^o. 39^o — 38^o. Stan ogólny dobry. Ślady wysypki płonicej utrzymują się jeszcze w dolnych częściach tułowia. Na tułowiu niewielka wysypka pokrzywkowa. Gruczoły karkowe — drobny groszek; podszczękowe tylne — jaja gołębie, przednie — duży groch, pod pachowe po obu stronach — dży groch. Pokasłuje. Na migdałkach naloty. Sensorium wolne.

VII. t^o. 38,4^o — 38^o. Gruczoły malleją. Naloty utrzymują się.

VIII. t^o. 38,7^o — 38. Naloty utrzymują się jeszcze tylko na lewym migdałku. Gruczoły karkowe wielkości grochu, podszczękowe prawe wielkości jaja gołębiego, lewe — duży orzech laskowy, pod pachowe — groch, pachwinowe — fasola. Suchy kaszel, w prawym szczycie suche rżenia.

IX. to. 39,4. Ilość moczu 100, c. g. 1015. L. t. 80, niemiarowe, pierwszy ton nieczysty.

X. t°. 38,7° — 38,4°. Ilość moczu 170, c. g. 1017, bez białka. Senny. Skarży się na ból głowy. Obrzęków niema. Pierwszy ton na koniuszku nieczysty. Gardło zupełnie czyste. Pokrzywka.

XI. t°. 38,8° — 38,2°. Pokrzywka. L. t. 90, niemiarowe.

XII. t°. 38,8° — 37,2°. Stan ogólny dobry. L. t. 78, niemiarowe. Pierwszy ton nieczysty. Gruczoły pod szczęką lewą wielkości dużego orzecha laskowego, prawą — fasoli. Na tułowiu nie liczne wykwity pokrzywkowe, nieco większe na prawym udzie, na którym dokonano zastrzyknięcia; gruczoły pachwinowe na tej stronie dochodzą do wielkości jaja gołębiogo i są wrażliwe na dotyk.

XIII. t°. 37,3° — 39,5°, l. t. 120, napięte, miarowe 3 wolne stolce (po inf. sennae). Mocz oddaje razem ze stolcami. Pierwszy ton nieczysty. Twarz obrzękła. Skóra sucha.

XIX. t°. 38° — 36°8. L. t. 52. Wczoraj skarżył się na ból głowy.

XX. Ilość moczu 400, c. g. 1005, białkomocz, wałeczki ziarniste, nabłonki. L. t. 60.

W dalszym ciągu przebieg bezgorączkowy; ślady zapalenia nerek można było wykazać jeszcze d. XL-go.

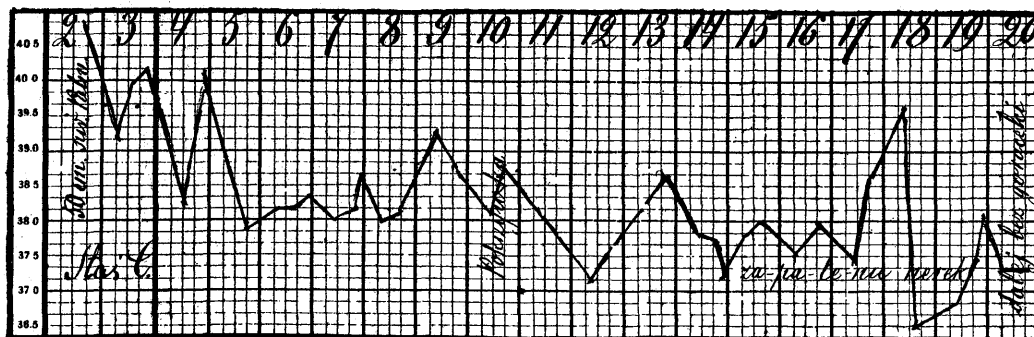
Wypisany 48-go dnia choroby.

Przy rokowaniu 2 t° spada do normy dopiero XII, właściwe zaś stan bezgorączkowy ustala się dopiero XX d. choroby.

Gruczoły powiększają się około IV d. choroby (? po surowicy.) Od IV do XIV pokrzywka posurowicza. Na uwagę zasługuje obrzęk gruczołów pachwinowych po stronie zastrzyknięcia.

W 3-im tygodniu zapalenie nerek, trwające do końca 6-go tygodnia. Chory mógł opuścić szpital dopiero w końcu 7-go tygodnia.

Stasio C.



IX.

Marynia C. l. 6 (siostra poprzedniego) N. ks. głównej 44, przyjęta do szpitala VIII d. ch. Tegoż dnia gruczoły podszczękowe prawe były wielkości orzecha laskowego, lewe — fasoli, bolesne; pachowe — fasola, pachwinowe — groch, liczne. W gardle naloty dyfteroidalne. Cuchnienie z ust. Z nosa wysięk cuchnący. Na preparatach tylko kokki. Tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ surowicy Palm.

Stat. praes. IX.

Budowa wątła. t°. 39,2°. Na tułowiu ślady drobnej wysypki; na twarzy i szyi łuszczenie. Szkielet drobny, czaszka niekształtna. Gruczoły karkowe boczne prawe — duży groch, lewe — orzech laskowy, podszczękowe lewe — fasola, prawe — duży groch, podpachowe

prawe — duży groch, podpachowe lewe — fasola, pachwinowe — groch. Senna, w nocy była niespokojna. Spójówki nastrzyknięte.

Wargi suche, popękane; język suchy, na podniebieniu i migdałkach lepkie naloty, na migdałkach ubytki nekrotyczne cuchnienie z ust. Z nosa obfita wydzielina ropna. Przy polykaniu część płynu wydziela się nosem. Tętno liche, l. t. 132.

Pod pachą prawą stłumienie, oddech w tym miejscu nieco osłabiony.

Brzuch lekko zapadły, stolec zaparty. Śledziona, wątroba — niemacalne.

Rokowanie 3.

Tegoż dnia zastrzyknięto jeszcze 50 cm.³ sur. Palm.

X. t°. 39° — 38,2° — 39,5°. Senna, w nocy była b. niespokojna. Pragnienie wzmożone, łaknienia biak. Ogólny

stan ciężki. Gruczoły karkowe boczne po stronie prawej tworzą pakiet grubości palca, po stronie lewej — grubości jaja kurzego, podszczekowe wielkości fasoli. Jama ustna bez zmian.

XI. t°. 39,9° — 39,10. Ogólny stan nieco lepszy. Wydzielina z nosa gęsta, śluzoworopna. Gruczoły karkowe po str. prawej — duża fasola, po stronie lewej — jajo gołębie, podszczekowe prawe — duży groch, lewe w głębi — orzech laskowy, pachowe, pachwinowe — groch, wszystkie gruczoły bolesne. Język czysty, wilgotny. Na migdałkach i podniebieniu nekrotyczne naloty.

XII. t°. 39,4° — 40,2° — 38,8°. Stan ogólny b. ciężki. Gruczoły karkowe — groch, podszczekowe lewe — pakiet wielkości orzecha włoskiego, twardy, po prawej nieco mniejszy pakiet, składający się z oddzielnych, niewielkich gruczołów. Przy polykaniu część płynu wylewa się przez nos.

XIII. t°. 38,8 — 40,3° — 39,2°. L. t. 120, niemiarowe. Stan ogólny może nieco lepszy. Bardzo intensywne łuszczenie na całej powierzchni. Gruczoły karkowe prawe tworzą za uchem duży, twardy, mało ruchomy pakiet wielkości jaja kurzego. Przy polykaniu część płynu wydziela się przez nos. Na migdałkach owrzodzenia pokryte nalotem. Ropotok z ucha prawego. Ilość moczu 1000, c. g. 1009, białko, ciążka ropne, wałeczki, nabłonki.

XIV. t°. 39,2° — 39,4° — 39,0. L. t. 140. Przy polykaniu część płynu wychodzi przez nos.

XV. t°. 38,2° — 39,4°. Stan ogólny lepszy. Łuszczenie na całym ciele. Gruczoły karkowe boczne po stronie lewej — pakiet wielkości jaja kurzego, pozostałe małe. Język czysty. Przy polykaniu płynu wylewają się przez nos.

XVI. t°. 39,3 — 38,4. Płaczliwa. Gardło oczyściło się znacznie. Płyny przez nos nie wydzielają się więcej. Ropotok z ucha niewielki. Gruczoły bez zmian.

XVII. t°. 38° — 39,8 — 38,8°. Płaczliwa. Pakiet gruczołów karkowych bocznych po stronie lewej dochodzi do wielkości małej cytrynki.

XVIII. t°. 38,4° — 37,9°. W nocy skarżyła się aa ból głowy. Ilość moczu 900, c. g. 1009, bez białka. Ropotok z ucha nieznaczny. Pakiet gruczołów z boku szyi po stronie lewej, tworzy guz, mający wymiary podłużne 7 cm., poprzeczne 5 cm., bolesny, niezbyt twardy. L. t. 76, niemiarowe, tony serca nieczyste.

XIX. t°. 37,8° — 40,7° — 38,2°. Ilość moczu 720, c. g. 1009, bez białka. Pakiet gruczołów po stronie lewej dziś ma 8×5 cm., miękki, dosyć wyraźnie chęłboczający. Na całej skórze łuszczenie. Obie stopy obrzękłe. Gardło oczyszcza się w dalszym ciągu. Stawy wolne.

XX. t°. 38,8 — 38,2. Wczoraj otwarto zropiały pakiet gruczołów pod szczęką lewą i wypuszczono większą ilość płynnej, zmieszanej z krwią ropy. Śledziona niemacalna. Stopy, zwłaszcza prawa — obrzękłe.

XXI. t°. 38,2° — 40,2°. Stan ogólny gorszy. Skóra sucha. Stopy obrzękłe. Tony serca nieczyste. Z rozciętego ropnia wydziela się obficie ropa. Tony serca nieczyste. Oddech zaostrozony. Język dosyć suchy. Gardło jeszcze niezupełnie czyste. Śledziona niemacalna. Mocz bez białka.

XXII. t°. 39,9° — 39,7° — 37,8°. Chora ma wygląd dziecka cierpiącego i mocno osłabionego. Na wargach, policzkach, czole, tyłogłowi, liczne utraty naskórka, powstałe częściowo z drapania, częściowo z odleżenia. Skóra skóra, łuszczy się b. intensywnie. Stopa lewa obrzękła. L. t. 114. Ropotok z prawego ucha nieco większy. Z rozciętego ropnia wydziela się znacznie mniej.

XXV. t°. 39,8° — 39,1° — 37,9°, l. t. 114, tony serca niezupełnie czyste. Ilość moczu 610, c. g. 1009.

XXVI. Ilość moczu 330, c. g. 1013.

XXVII. t°. 39,5° — 37,8°. Ilość moczu 300, c. g. 1010.

XXVIII. t°. 39,5° — 37,6°. Ilość moczu 310, c. g. 1006, w osadzie pojedyncze, zresztą b. nieliczne wałeczki. L. t. 116. Na tułowiu, po wewnętrznej stronie kończyn górnych, wykwit, składający się z oddzielnych mniejszych i większych wysepek czerwonych, poprzedzielanych normalną skórą. Gruczoły pachowe wielkości grochu, tkliwe, pachwinowe nieco większe, również wrażliwe na dotyk. Stan ogólny niezły. Język i gardło czyste.

XXX. t°. 38,7° — 37,7° — 38°. Wczorajszy wykwit zniknął na tułowiu zupełnie, ślady jego utrzymują się tylko na kończynach górnych. Gruczoły również wrażliwe na dotyk, jak wczoraj. W osadzie moczu b. dużo wałeczek szklanych i ziarnistych, nabłonki nerkowe.

XXXII. Rozszerzono nacięty ropień, w którym utworzyła się była głęboka zatoka pod musc. st. cl. mast. Mocz bez białka, w osadzie wałeczek nie było.

XXXIV. t°. 38° — 37°. Jama powstała po nacięciu ropnia, zmniejsza się, ropy wydziela się niewiele. Na całej skórze znaczne łuszczenie. Wczoraj wieczorem podbrzusze, wargi duże i małe, dolne części gołeni były obrzękłe, dziś obrzęk ten ustąpił. Z prawego ucha znaczny ropotok. Ogólny stan dobry.

Dalszy przebieg bezgorączkowy.

Wypisana LV d.

VIII i IX zastrzyknięto po 50 cm.³ surowicy P a l m. Wysoka t° utrzymuje się do XXXVI d. choroby, z większym lub mniejszym nasileniem t. j. przez 5 tygodni. W końcu 2-go tygodnia zapalenie ucha środkowego; w końcu 3-go tygodnia zropienie gruczołów, już w końcu 2-go tyg. w osadzie moczu składniki patologiczne. Dopiero VIII (w 5 dni po zastrzyknięciu surowicy). „Stan ogólny może nieco lepszy“. 29 d. pokrzywka i obrzęk gruczołów. (Serumkrankheit.). Cały przebieg bardzo ciężki, powrót do zdrowia powolny. Analogiczny do powyższego przypadek mieliśmy pomiędzy nieleczonymi surowicą Anielcia K. lat 3, przyjęta do szpitala VIII d. choroby z początku choroby była obserwowana przez jednego z nas (H. T.) w domu. W przypadku tym sensorium było zajęte b. poważnie, zmiany w gardle były b. wybitne, w szpitalu doszło do zropienia gruczołów głębokich.

Cały przebieg był również ciężki i zakończył się powrotem do zdrowia.

X.

Marynia B. l. 4. N. ks. głównej 104. Przyjęta do szpitala III-go dnia choroby w stanie nieprzytomnym, tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ sur. P a l m.

Stat. praes IV-go.

Budowa drobna, odżywienie liche t°. 40,6°. Na całym ciele wyraźna, punktowata, na udach i plecach zlewająca się wysypka, wolne od niej tylko typowe miejsca na twarzy i stopach. Stopy chłodne.

Układ kostny drobny.

Gruczoły szyjowe hoczne wielkości soczewicy; podszczękowe i pachowe nie macalne, pachwinowe—soczewica.

Sensorium lekko zajęte. Spojówki nastrzyknięte.

Bardzo wybitne. enanthema, z ust mdły zapach. Język malinowy, prawie zupełnie czysty. Na obu migdałkach naloty.

Tętno mocno przyspieszone, nie daje się policzyć, granice serca prawidłowe, tony czyste.

Pod prawą pachą lekkie przytłumienie na niewielkiej przestrzeni.

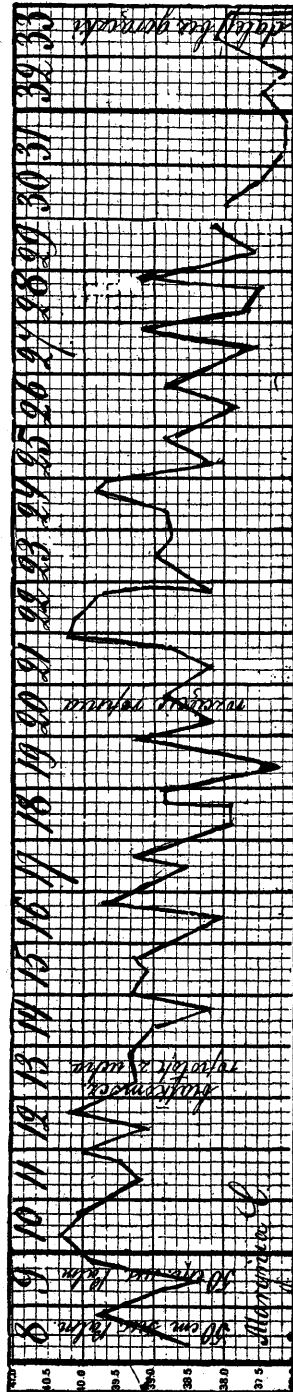
Brzuch nie wzdęty. Wymiotowała 2-razy, 1 wolny stolec.

Sledziona i wątroba niemacalne.

Rokowanie 3.

V. t°. 40,2° — 39,7°—39°. L. t. 150, lepsze, niż wczoraj. Wysypka dziś zlewa się więcej niż wczoraj, rozpostarła

Marynia C.



się na stopy; stopy nieco cieplejsze, twarz łuszczy się, wargi suche, pękają, język wilgotny. 2 stałe stolce. Mocz bez białka. Przytomna. Stan ogólny lepszy, niż wczoraj.

VI. t°. 39° — 38,6°—39°. L. t. 120. Przytomna. Na dziąsłach i języku lepki nalot. Stan ogólny dosyć dobry. Wysypka bez zmian.

VII. to. 39°—38,4°—38,6°. Wysypka blednie. Gruczoły podszczękowe wielkości fasoli. Gardło oczyszcza się. Płaczliwa. Mocz i stolców nie oddała.

VIII. t°. 38,6° — 38,4°. Ślady wysypki utrzymują się jeszcze na kończynach. Na tułowiu pojedyncze wykwitły pokrzywki. Lepki nalot na dziąsłach zmniejsza się, na brzegu górnej powierzchni języka dosyć liczne, drobne owrzodzenia pokryte szarozółtawym nalotem. Gardło oczyszcza się. Przytomna. Tętno dosyć dobre. W moczu ślad białka.

IX. t°. 38,4° — 39°. L. t. 144, szybkie, drobne. Tylko ślady wysypki na kończynach dolnych. Na szyi, po części tułowiu rozpoczyna się łuszczenie. Pod szczęką lewą pakiet gruczołów wielkości orzecha włoskiego, twarde, mało ruchomy, ze skórą niezrośnięty. Język wilgotny, drżący. Owrzodzenia wczorajsze na języku utrzymują się. Ogólny stan dosyć dobry.

X. t°. 38,5° — 39,7°—39,5°. Pakiet gruczołów pod szczęką lewą powiększa się. Język wilgotny, drżący, wzdłuż brzegu wręby od zębów, pokryte mleczonego koloru nalotem. Takież nalot znajduje się na oczyszczonych od poprzedniego dyfteroidu języczku i migdałkach. L. t. 136, niemiarowe.

XII. t°. 39,7°—39,9—39. L. t. 136, nierówne. Pakiet gruczołów pod szczęką lewą twarde, nie ruchomy, wymiarów 3×4 cm. Tętno nieregularne. Sensorium wolne. Łaknienie dosyć dobre.

XIII. t°. 40,1°—39,4°—38,4°. Gruczoły podszczękowe po stronie lewej 5×4. Stan ogólny cięższy. Senna. Od dnia wstąpienia do XII, chora codzień dostawał kąpiel.

XV. t°. 39,9° — 38,4°, Guz z gruczołów ma wymiary 6×5 cm., wyraźne chębotanie.

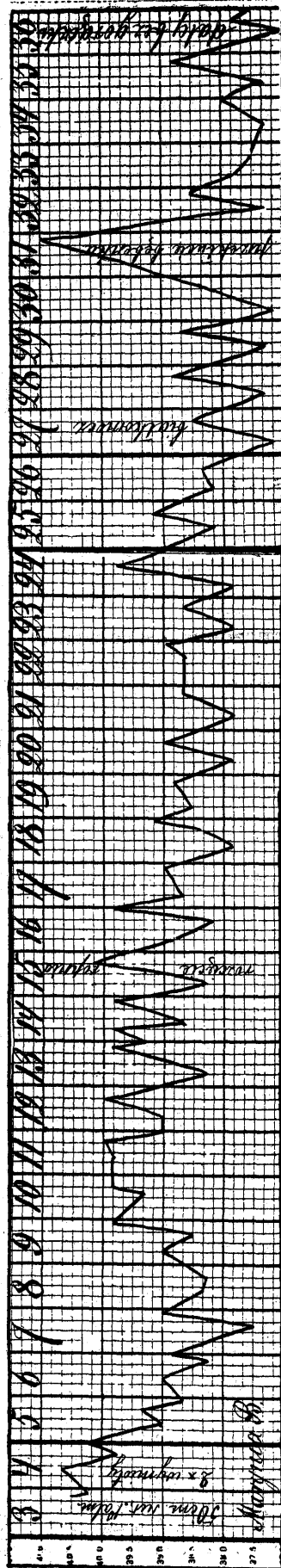
Po otwarciu ropnia wyszło kilka łyżek płynnej ropy.

XVI. t°. 40,2° — 38,2°. L. t. 136.

XVII. t. 39° — 37,8°.

XXI. l. t. 120, rytm płodowy. Mocz bez białka. Rana wypełnia się powoli.

Marynia B.



Dno rany czyste. Wydzielina z nosa mniejsza.

XXIX. t^o. 38,8^o — 37,5^o. L. t. 144. Ilość moczu 230, c. g. 1014, w osadzie ciała ropne białko. Z lewego ucha nieznaczny ropotok.

XXX. t^o. 38,7^o — 37,2^o wieczorem 41^o. Ilość moczu 240, c. g. 1.020, białkomocz, w osadzie ciała ropna, wałeczki ziarniste i z ciałek ropnych. Chora skarży się na ból w uchu, górna część wzrostka sutkowego bolesna, również dotkliwy ból przy ucisku na tragus; przy badaniu wziernikiem błona bębenkowa zaczerwieniona, wypukłona. W nocy wykonano przekłócie, poczym wylało się kilka kropel ropy.

XXXI. t^o. 37,4^o — 38^o. Z ucha wydziela się większa ilość ropy. W moczu białko.

Od XXXV dnia stan bezgorączkowy i bardzo powolny powrót do zdrowia.

Wypisana LIX dnia z ropotokiem z ucha.

III-go dnia zastrzyknięto 50 cm. sur. P a l m. Pomimo stosowanych codziennie kąpiel, ciepłota spada schodkami, do VII-d. choroby następnie podnosi się i stan gorączkowy trwa do XXXV d. choroby Zropienie gruczołów, zapalenie ucha środ. kowego, lekkie zapalenie nerek; VIII d. pokrzywka. Powrót do zdrowia bardzo powolny.

XI.

Mateuszek Z. l. 4. N. ks. głównej 30. Przyjęty do szpitala IV-go d. choroby.

Tegoż dnia zastrzyknięto 25 cm.³ sur. P a l m.

Stat. praes. V.

Budowa i odżywienie b. dobre, t^o. 39,7^o — 40,2^o. Na całym ciele blednąca wysypka; na tułowiu jakby rozpoczynające się łuszczenie. Ślady przebytej ospy.

Szkielet mocny.

Gruczoły: karkowe — wielkości fasoli, pod zęzkowe prawe — zbity, mało ruchomy pakiet wielkości jaja kurzego, podszczękowe lewe — zbity, mało ruchomy pakiet wielkości jabłka, pachowe, pachwinowe — groch.

Cokolwiek bredzi.

Język suchawy; błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, migdałki powiększone, w zagłębieniach naloty.

L. t. 150, tony serca czyste.

Granice płuc prawidłowe, rozlane wilgotne rżenia.

Brzuch wzdęty, od wczoraj stolec zaparty.

Wątroba: śledziona niemacalna.

Ilość moczu 300, c. g. 1020, białko.

Rokowanie 2.

Tegoż dnia zastrzyknięto 25 cm.³ sur. P a l m.

VI. t^o. 40^o — 39,8^o. W nocy bredził. Apatyczny, robi wrażenie ciężko chorego dziecka. Pragnienie i łaknienie upośledzone. Na twarzy łuszczenie, na tułowiu wysypka zbladła zupełnie. Kończyny ciepłe.

Gruczoły podszczękowe po stronie prawej wielkości jaja kurzego, po str. lewej — cytrynki. Z nosa obfita wydzielina śluzoworopna z domieszką krwi. Język suchy. Dziaśła lepka wydzielina pokryte. Na migdałkach naloty. L. t. 150. W moczu białko.

Zastrzyknięto 25 cm.³ P a l m.

VII. t^o. 39,5^o — 40,2^o. W nocy bredził Gruczoły podszczękowe po obu stronach tworzą pakiety bardziej zbite, niż wczoraj. Język suchy. Cuchnienie z ust. L. t. 140, napełnione dosyć dobrze. W moczu ślad białka. Ogólny stan ciężki. Kapiel.

Wieczorem tegoż dnia zastrzyknięto po raz czwarty 25 cm.³ sur. P a l m.

VIII. t^o. 38,8^o — 39,8^o. Senny. Na pytania odpowiada dosyć przytomnie. Język suchy. Gruczoły podszczękowe twarde. Nieznaczny białkomocz. L. t. 134. Stan ogólny ciężki. Kapiel.

IX. t^o. 38,4^o — 38,6^o — 37,9^o. Ogólny stan lepszy. Nie bredzi. Łaknienie i pragnienie liche. Gruczoły podszczękowe znacznie *mniejsze*, po stronie lewej wielkości kurzego jaja, po prawej — dużego orzecha włoskiego. Język i błona śluzowa jamy ustnej suche. Migdałki *mniejsze*, prawie czyste. L. t. 144.

X. t^o. 40^o — 38^o. Stan ogólny znacznie lepszy. Gruczoły podszczękowe mniej twarde. Śledziona niemacalna. Wątroba 2 palce niżej łuku zębowego.

XI. t^o. 39,1^o — 39,5^o. Przytomny. Pię chętnie. Łaknienie liche. Język wilgotny. Migdałki czyste.

XII. t^o. 39,9^o — 38,8^o. Tętno dobre. Pragnienie wzmożone. Łaknienie powraca powoli. Sensorium wolne. Bawi się dosyć chętnie. Suche rżenia w płucach.

XIV. t^o. 39,5^o — 38,5^o. Spał źle. Przytomny, lecz mazgai się. Gruczoły

podszczękowe po obydwóch stronach wielkości *orzechów włoskich*; *pachowe* po lewej stronie *orzechy laskowe*, po prawej — *fasola*, *pachwinowe* po obu stronach *fasole*.

XV. t°. 39,8° — 38,5°. W nocy budził się. *Gruczoły podszczękowe* znacznie mniejsze, *pachowe* lewe — *orzech laskowy*, prawe — *groch*, *pachwinowe* lewe — *fasola*, prawe — *groch*. *Tony serca* czyste.

XVI. *Gruczoły podszczękowe* po obu stronach wielkości *fasoli*.

XVII. t°. 38,5° — 38,2°. Z prawego ucha wydzielina ropna. *Gruczoły podszczękowe* znacznie mniejsze, *pachowe* lewe tworzą pakiet wielkości *orzecha włoskiego*, prawe — *jaja gołębiego*, niezbyt twarde. *Tony serca* czyste. Ilość moczu 86 cm.³ i to, co oddał w stole.

XVIII. Ropotok z ucha trwa. *Gruczoły pachowe lewe* — miękki pakiet wielkości *jaja gołębiego*, prawe *groch*, *pachwinowe* bez zmiany.

XIX. t°. 38° — 38,5°. *Gruczoły podszczękowe lewe* — *fasola*, prawe — *miękki rozlany pakiet* wielkości *orzecha laskowego*. Ropotok z ucha mniejszy. Ilość moczu 160, c. g. 1022 W ciągu dnia 2×wymiotował.

XX. t°. 38,8° — 41,° — 40,8°. *Gruczoły podszczękowe*, lewe tylko w głębi *macalne*, prawe w głębi *guz* wielkości *orzecha laskowego*; *pachowe* *fasola*, *pachwinowe* bez zmiany. Ilość moczu 210, c. g. 1015.

XXII. t°. 38° — 40,8° — 39°. Mocz bez białka. Ilość moczu 150, c. g. 1023. Wczoraj skarżył się na ból głowy.

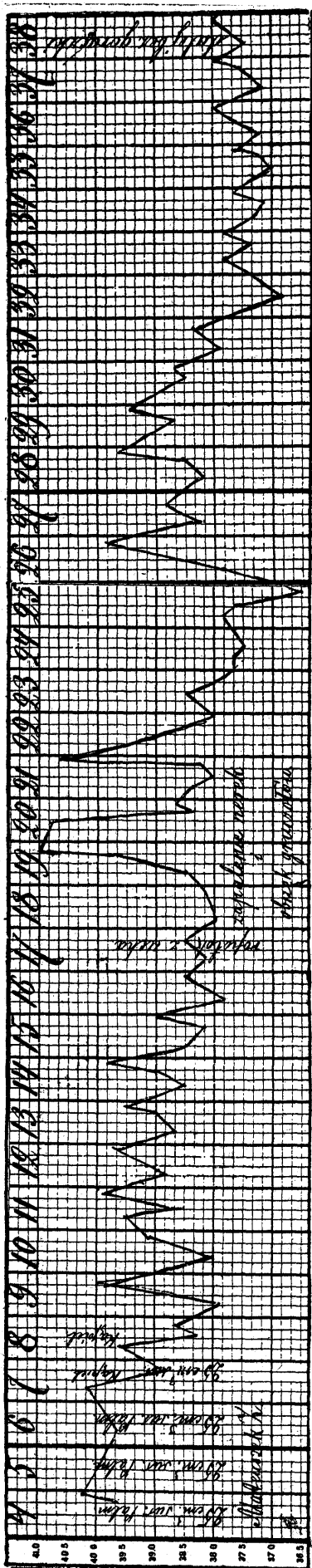
XXIII. t°. 39,2° — 38,2°. Ropotok z ucha większy. W okolicy prawego ucha większy pakiet *gruczołów* miernie zbity niebolesny, 6½×4 cm. *Gruczoły pachowe* i *pachwinowe* — *groch*. Z nosa wydzielina śluzoworopna.

XXIV. t°. 38,5 — 37,8. L. t. 114, słabo napełnione. Pakiet *gruczołów* za uchem prawym nie tak twardy jak wczoraj 6×4 cm. Ilość moczu 100, c. g. 1022, bez białka.

XXVII. t°. 39,4° — 39,9° — 38,2°. Ilość moczu 60, ślad białka. *Gruczoły za uchem lewym* wielkości *orzechów laskowych*, ku przodowi nieco mniejsze, prawe, ku przodowi, duże *orzechy laskowe*, pod kątem szczęki nieco większy, twardey pakiet, *pachowe* i *pachwinowe* — duży *groch*.

XXXIII. t°. 37,2° — 37,8. *Gruczoły pod szczęką prawą* tworzą pakiet, wielkości *jaja kurzego*, pod lewą — *orzecha*

Mateuszek Z.



włoskiego; pachowe, pachwinowe—groch, niebolesne.

XXXIX. t. prawidłowa. Z ucha nieznaczny ropotok. Pod szczęką lewą guz wielkości orzecha włoskiego, dosyć miękki, złożony z pojedynczych gruczo-

łów, w kącie szczęki prawej, w okolicy wyrostka sutkowego — guz wielkości jaja kurzego, na szczycie tego guza skóra zaczerwieniona, z otworu sączy się ciecz surowico-ropna. Powłoki blade. Przy próbach chodzenia chwieje się na nogach.

Dnia	Karkowe	Podszczękowe		Pachowe		Pachwi- nowe		
		prawe	lewe	prawe	lewe			
"	V.	fasola	jajo	małe jabłko	groch		groch	
"	VI.		jajo	cytrynka			"	
"	XIV.		orzechy włoskie		fasole	orzech laskowy	"	
"	XVI.		fasole				"	
"	XVII.		znacznie mniejsze		jajo gołębie	orzech włoski	"	
"	XVIII.				groch	jajo gołębie	"	
"	XX.		ledwo w głębi macalne	orzech laskowy	fasole		bez zmian	
"	XXIII.		$6\frac{1}{2} \times 4$ cm.		groch		"	
"	XXIV.		6×4 cm.					
"	XXVII		duży orzech laskowy	orzech laskowy	groch		groch	
"	XXXIII.		jajo kurze	orzech włoski				
"	XXXIX.		bez zmian sączy się ciecz suro- wicz- ropna	"				
"	XLVII.		gruczoły zmniejszyły się					
"	LIV		orzech laskowy	orzech włoski				

XLIII t^o prawidłowa, L. t. 114, miarowe. W moczu ślad białka i liczne walczki szkliste, ziarniste i cylindroidy. Niewielki obrzęk stóp i twarzy. Cera woskowo biała. Skóra sucha. Gruczoły bez zmian.

XLVII. t^o 38,7^o—37,8^o—37,3^o. Ilość moczu 800, ślad białka, ciała czerwone. Od dwóch dni obrzęk ogólny dosyć znaczny. Granice serca lekko przesunięte na prawo. Gruczoły podszczękowe zmniejszają się.

LIV. W moczu ślad białka. Obrzęki zmniejszają się. Z ucha prawego ropotek. *Gruczoły za uchem prawym wielkości orzecha laskowego, w kącie pod szczęką — duże jajo gołębie, po stronie lewej pakiet w całości nie większy od orzecha włoskiego.* Prawa granica serca przekracza na palec linię środkową, tony niezupełnie czyste, tętno niezupełnie prawidłowe.

LVI. Wstał po raz pierwszy z łóżka.

LXII. Ślad białka.

Opuścił szpital LXVI d. choroby.

IV, V, VI i VII zastrzyknięto ogółem 100 cm.³ surowicy. Mniej więcej normalna ciepłota dopiero XXXII d. choroby.

Sensorium: V d. „cokolwiek bredzi“, VII. w nocy bredził, VIII. na pytania odpowiada dosyć przytomnie, stan ogólny ciężki.

XVII. Ropotek z prawego ucha.

Od III-go tygodnia poczynając, ciężkie przez VII tygodni prawie trwające zapalenie nerek. Zmiany w mięśniu sercowym. Powrót do zdrowia bardzo powolny.

Na uwagę zasługują zmiany w gruczołach chłonnych, które należy uważać jako odczyn na surowicę (Serumkrankheit).

(c. d. n.)



Zasady walki ze śmiertelnością niemowląt.

Podał Dr. St. Nowak (Częstochowa.)

(Dokończenie.)

Wyżej zaznaczono, że ilość środków życiowych wzrasta między innymi, dzięki postępowi stosunków społeczno-politycznych i postępowi w organizacji pracy; pewne określone stosunki społeczno-

ekonomiczne i prawno-polityczne i pewna określona organizacja pracy, sprzyjając ogólnemu wzrostowi środków życiowych, jednocześnie jednak mogą wywoływać pozorny brak środków, bądź gromadząc je zbyt u jednych jednostek i pozbawiając ich drugie, bądź też skierowując pracę ludzką w takim kierunku, że wynikiem jego staje się pozorny brak najpierwszych środków życiowych. Wysoka śmiertelność niemowląt może być jedynie wyrazem pozornego braku środków życiowych; jeżeli więc chce się podjąć zadania w kierunku zwalczania olbrzymiej śmiertelności niemowląt, należy przede wszystkim przedstawić zasadniczy postulat: dążenie do zmian stosunków prawno-społecznych społeczeństw ludzkich i w związku z niem dążenie do kulturalnego podniesienia narodów; ponieważ jednak pewne formy prawno-społeczne społeczeństw ludzkich są wytworem szeregu lat, zmiana więc ich może być dziełem, dłuższego czasu, rezultatem pewnych stopniowych przeobrażeń; nie wynika bynajmniej z tego by do czasu radykalnych przeobrażeń społecznych zaniechać wszelkich usiłowań, mających na celu łagodzenie różnych niepożądanych zjawisk społecznych; siły jednostki są jednak zbyt słabe, by podejmować z powodzeniem pewne praktyczne zadania społeczne i kulturalne; powodzenie w wykonaniu zależy od ujęcia i zrozumienia danej sprawy przez całe społeczeństwo.

Walka z śmiertelnością niemowląt dopiero wówczas może wydawać owoce, gdy ujmie je w swe ręce społeczeństwo. Obecnie rozpatrzyć należy nieco bliżej główne zasady owej walki, które winny stać się podstawą tych zadań społecznych, jakie mają na celu ochronę od przedwczesnej śmierci tak wielkiej ilości niemowląt.

Społeczeństwo, chcąc otoczyć swą opieką niemowlę, winno ją rozpocząć już w czasie ciąży, gdy najrozmaitsze szkodliwe wpływy mogą w zarodku zwichnąć zdrowie dziecka. Zajęcie matki ma wpływ bardzo ważny na rozwój płodu; ciężka praca fizyczna, szczególnie fabryczna i rękodzielnicza, złe warunki higieniczne, w jakich się zazwyczaj owa praca odbywa, wpływają niekorzystnie na rozwój płodu; u takich kobiet wypadki poronień i porodów przedwczesnych są znacznie częstsze, niż u innych kobiet; szczególnie szkodliwym jest chroniczne zatrucie ołowiem, rtęcią i fosforem; wiele dzieci ginie więc przedwcześnie.

U pracujących kobiet bardzo wiele dzieci donoszonych są słabo rozwinięte; przeciętna waga takich dzieci jest niższa od przeciętnej wagi dzieci zrodzonych z kobiet niepracujących fizycznie; oczywiście przyczynia się tutaj i wpływ złego odżywiania matki, jako skutku nędzy, zmuszającej jednocześnie ciężarną do pracy do końca ciąży. Znanym jest ogólnie fakt, że dzieci kobiet, które choćby na kilka tygodni przed porodem zostały przyjęte na stały pobyt do kliniki i zakładów położniczych są zazwyczaj lepiej rozwinięte i cięższe; przyczem obserwacje wykazały, że im w wcześniejszym okresie ciąży kobiety wstępowały do zakładów, tem wyższą była przeciętna waga dziecka, jednym słowem, że spokój i lepsze warunki życia są koniecznymi warunkami dobrego rozwoju płodu; różnica między wagą dzieci kobiet pracujących do końca ciąży i kobiet zwolnionych od pracy w ostatnich dwóch miesiącach przed porodem wynosi mniej więcej 300 grm. na korzyść ostatnich. Pierwszym więc obowiązkiem społeczeństw jest przedsięwzięcie pewnych kroków, mających na celu ochronę życia dziecka już w okresie ciąży; należy tutaj prawodawcza ochrona kobiet pracujących w czasie ciąży i stworzenie bądź specjalnych zakładów, bądź odpowiednich oddziałów przy zakładach położniczych, przeznaczonych dla biednych ciężarnych; w Szwajcaryi istnieje już ochrona kobiet ciężarnych pracujących, polegająca na zwalnianiu ciężarnych od pracy na dwa miesiące przed porodem; w Paryżu istnieje zakład przeznaczony specjalnie dla ciężarnych imienia Pauliny Roland.

Dalszym etapem walki z śmiertelnością niemowląt jest opieka nad matką i dzieckiem w czasie porodu i położu. Brak dostatecznej pomocy fachowej w czasie porodu szczególnie w miasteczkach i wsiach, jest bardzo często powodem śmierci dziecka przy porodzie tam, gdzie życie dziecka winno być uratowane; w Warszawie ilość nieżywo urodzonych dzieci w r. 1867 — 1901 wynosiła 4,8%, w Częstochowie w latach 1903 i 1904 3%. Brak pomocy zawodowej po części bywa rezultatem niedostatecznej ilości akuszerki; po części ciemnoty i wynikającej z niej nieufności względem lekarzy i akuszerki, po części — nędzy i niemożności wskutek tego korzystania z pomocy lekarzy i akuszerki. Zadaniem społeczeństwa jest więc z jednej strony wykształcenie odpowiedniej ilości facho-

wych akuszerki, z drugiej strony danie możności korzystania z tej pomocy całej ludności. W Europie Zachodniej w niektórych miejscowościach jak np. w kantonie Lucernie, wprowadzono odpowiednie przepisy, mocą których każda ciężarna kobieta winna zameldować o tem, że znajduje się w ciąży, w zarządzie gminy na 30 dni przed porodem i wezwać akuszerkę; ostatnia ze swej strony zawiadamia również o powyższem gminę; jest to prawo bardzo rozumne, jakkolwiek zwrócić należy uwagę, że w zasadzie stworzone zostało głównie w tym celu, by uniemożliwić matce zabójstwo lub porzucenie dziecka. Kobiętom biednym winna gmina przychodzić z pomocą i wskazując im odpowiednią akuszerkę, przyjąć na swe barki choć część zobowiązań materyalnych względem akuszerki; podobny zwyczaj zaprowadziła komuna Villiers-le Duc we Francji. W tych miejscowościach, gdzie istnieją zakłady położnicze, każda kobieta której fundusze nie pozwalają opłacić akuszerki, winna odbyć poród w zakładzie. W roku 1891 w Prusach korzystało z pomocy zakładów 0,95% wszystkich kobiet ciężarnych, w Austrii w r. 1890, 1,72%; w Częstochowie w r. 1903 i 1904 5,5%.

Opieka społeczeństwa w pierwszych miesiącach życia niemowlęcia polega przede wszystkim na tem, by dać możność matce karmić swe dziecko piersią; ideałem jest do którego dążyć się winno, by każda matka karmiła swe dziecko i od tego obowiązku były zwalniane jedynie te matki, którym stan zdrowia nie pozwala spełniać tego obowiązku.

Zajęcie matki nie powinno być przeszkodą dla karmienia niemowlęcia i dlatego kobiety pracujące winny być zwalniane od zajęcia na pewien określony przeciąg czasu po porodzie; w wielu państwach istnieją już odpowiednie przepisy w prawodawstwie fabrycznem; w Lipsku 24,5% niemowląt niekarmionych piersią matki nie mogły karmić matki wskutek rodzaju swego zajęcia. Matki biedne, karmiące, które w czasie bezczynności swej w pierwszych tygodniach po porodzie nie mogą liczyć na żadne zapomogi ze strony zakładów fabrycznych, powinny znajdować schronienie w specjalnych zakładach dla położnic lub też otrzymywać zapomogi od gmin; w Paryżu istnieje specjalny zakład dla położnic.

W niektórych państwach istnieją bardzo liczne stowarzyszenia, mające na

celu pielęgnowanie biednych położnic i opiekowanie się noworodkami; tam, gdzie rodzina jest liczna i biedna, i gdzie położnica nie może podolać swym obowiązkom rodzicielskim, mając kilkoro drobnych dzieci, tam pomoc towarzystw tego rodzaju ma bardzo doniosłe znaczenie.

Dzieci biednych matek, nie mogących karmić z powodu jakiegokolwiek choroby powinny być przyjmowane do zakładów dla biednych położnic i matek, i tam karmione piersią; po upływie pewnego czasu, zależnie od rozwoju i zdrowia niemowlęcia, powracałoby ono do matki. Zakłady dla ssawców, jakie istnieją w różnych krajach niestety przeznaczone są przeważnie dla podrzutek, dla dzieci opuszczonych i nieprawych, z którymi matki zrywają na zawsze więzy, oddając je opiece publicznej. Chcąc zaopiekować się niemowlętami należałoby stworzyć zakłady dla położnic, biednych matek i ssawców, i szkoły dla pielęgniarek i zorganizować stowarzyszenia mające na celu opiekę nad położnicami i noworodkami.

Nadzwyczaj ważną sprawą jest sprawa opieki nad dziećmi nieprawymi i nad dziećmi mamek; znanym jest ogólnie fakt znacznie wyższej śmiertelności dzieci nieprawych niż prawych; ilość noworodków nieprawych w różnych państwach waha się od 1,2% (Grecya w r. 1876—1880) ogółu noworodków do 1,49% (Austria w r. 1890—1892); w miastach jest ona zazwyczaj wyższa niż na wsiach; w Warszawie w r. 1901 wynosiła ona 10,5%, w Częstochowie w r. 1903—1904 6%; w Monachium r. 1890 31,6% etc. etc.

Procent noworodków martwych wśród dzieci nieprawych jest wyższy niż wśród prawych, np. w Berlinie wśród prawych jest martwych 2,9%, wśród nieprawych 4,9%.

Wyższa śmiertelność niemowląt nieprawych jest w przeważnej ilości wypadków rezultatem braku opieki nad dzieckiem, bądź wypływającym z nędzy, bądź czerpiącym źródło w pojęciach etycznych i prawnych społeczeństw ludzkich.

Rozwiązywanie kwestyi dzieci nieprawych znajduje się z jednej strony w uregulowaniu prawnego stosunku ojca względem swego dziecka i jego matki, z drugiej strony w uregulowaniu obowiązków społeczeństwa względem dzieci nieprawych i ich matek. Uregulowanie stosunku ojca do nieprawego dziecka zasa-
dzać się winno na zupełnem zrównaniu

praw dzieci nieprawych i prawych na możliwości korzystania pierwszych z wszelkich praw opieki ojcowskiej, dziedziczenia majątku, używania nazwiska etc. Zrównanie praw dzieci nieprawych z prawnymi i prawne zobowiązanie ojca do opieki nad swem dzieckiem nieprawem wpłynęłoby prawdopodobnie na zmniejszenie się ilości dzieci nieprawych, gdyż w każdym wypadku stosunku niesłubnego skutki tego stosunku nie padały by już wyłącznie na matkę, lecz obciążałyby i ojca; w tych wypadkach, gdzie dochodzenie ojcostwa byłoby niemożliwe, wskutek niemożności dowiedzenia go, opiekę nad dzieckiem i matką objąć winna gmina, która bacząc, by dziecko było karmione piersią matki, w razie niemożności matki przejmowałaby następnie opiekę nad dzieckiem.

Wprowadzenie społecznej ochrony macierzyństwa usunęłoby w znacznym stopniu to wysoce anormalne zjawisko, że matka z nędzy, chcąc ratować swe dziecko i nie mogąc znaleźć odpowiedniego zajęcia, porzuca własne dziecko i przynosi je w ofierze cudzemu, godząc się za mamkę; drogą systematycznej kontroli społeczeństwa nad dziećmi nieprawymi, i ich matkami, ilość mamek rekrutujących się przeważnie z matek dzieci nieprawych, zmniejszyłaby się znacznie; niejedna matka, uchylająca się świadomie od karmienia swego dziecka, byłaby zmuszona do pewnego stopnia karmić je własną piersią; w Kolonii 88% kobiet inteligentnych nie karmi, zaś 60% ogółu kobiet; w Solingen 75% kobiet nie karmiących nie karmi z powodu mniemanego braku pokarmu, obawy utraty piękności etc.; w Lipsku 24,5% kobiet niekarmiących nie karmi z powodu rodzaju zajęcia uniemożliwiającego karmienie.

Niekarmienie niemowląt własną piersią, ma swe źródło w dwóch krancowościach: primo w modzie, lekceważeniu swych obowiązków, chęci pozbycia się kłopotów związanych z karmieniem dziecka, secundo — nędzy i ciężkiej pracy, zmuszającej matkę do pracy i do przebywania cały dzień po za domem. Chcąc ułatwić karmienie niemowląt matkom, zmuszonym do przebywania cały dzień po za domem, należałoby tworzyć żłobki, które znajdowałyby się w pobliżu różnych zakładów przemysłowych; każda matka karmiąca dziecko i pracująca jednocześnie w zakładzie fabrycznym, przynosiłaby dziecko swoje na czas pracy do żłobku i powinna by mieć zabezpieczoną prawnie możliwość karmienia swego dziecka, otrzymując co

kilka godzin pozwolenie wyjścia z zakładu dla nakarmienia dziecka; podobny żłobek istnieje w Linden pod Hanowerem; francuskie ministerium finansów obiecało urządzić podobne żłobki w francuzkich państwowych zakładach fabrycznych.

Pomimo jednak możliwie najszerszej pojętego obowiązku karmienia własną piersią, pomimo najlepiej urządzonych zakładów dla położnic, matek, i ssawców, pozostanie zawsze znaczna liczba dzieci, które matki bądź zupełnie nie będą w stanie karmić, wskutek jakiegokolwiek cierpienia, uniemożliwiającego karmienie, bądź też karmić będą tylko przez czas krótki—decyzja o niemożności karmienia należeć winna zawsze do lekarza,—pozostanie również pewna ilość niemowląt, których matki umierają w czasie porodu lub położu; część tych dzieci mogłaby być przyjęta do odpowiednich zakładów i tamże karmiona piersią, pozostała zaś musiałaby być karmioną sztucznie. „Krople mleka“ są owemi instytucjami, które mają zaradzić brakom sztucznego karmienia. Ponieważ szkodliwe skutki sztucznego karmienia, pomijając wpływ różnic mleka kobiecego i ew. krowiego w składzie chemicznym i co do pewnych fermentów, ułatwiających trawienie, wywołane są przeważnie przez zepsucie lub zafałszowanie mleka, stworzono szereg instytucyi, działalność których polega na wydawaniu pasteryzowanego lub wyjałowionego mleka, bądź bezpłatnem, bądź za niewielką opłatą, biednym matkom, które nie karmią dziecka własną piersią. Instytucye tego rodzaju są dość już rozpowszechnione; tam gdzie sztuczne karmienie uprawiane jest na wielką skalę i gdzie śmiertelność niemowląt wskutek tego jest bardzo znaczna, wprowadzenie instytucyi „Kropli mleka“ przyczyniało się do zmniejszenia śmiertelności niemowląt. Sztuczne karmienie niemowląt winno być jednak jedynie smutną koniecznością i usiłowania społeczeństw winny być skierowane przede wszystkim w stronę szerzenia myśli o obowiązkowym karmieniu niemowląt piersią matki. „Krople mleka“ mogą być wyłącznie instytucjami pomocniczymi i nie mogą zastąpić naturalnego karmienia; „Krople mleka“ powinny być przeznaczone wyłącznie dla tych dzieci, które rzeczywiście nie mogą być karmione piersią. Donioślejsze znaczenie ma kontrola społeczeństwa nad dzieckiem i zdrowiem jego, polegająca na peryodycznym przynoszeniu dziecka do odpowiedniego zakładu, wazeniu go

tamże, badaniu stanu zdrowia, udzielaniu matce odpowiednich rad i wskazówek, ewentualnie, w razie niemożności karmienia wydawaniu pasteryzowanego mleka. Powyższą kontrolę zapoczątkowały niektóre paryskie zakłady położnicze (Maternité, Tarnier). Śmiertelność dzieci przynoszonych regularnie do Ch ar it é wynosi 73‰, w Tarnier 46‰, podczas gdy w całym Paryżu 210‰; jednocześnie zmniejsza się znakomicie ilość przypadków niezytu kanału pokarmowego; 96% kobiet przynoszących swe dzieci do ogledzin do Tarnier karmi dzieci swe własną piersią; wogóle zauważono zarówno w Paryżu, jak i w innych miastach francuzkich, które poszły za przykładem Paryża i zaprowadziły w swoich zakładach stałą kontrolę niemowląt, że powyższa kontrola wpływa dodatnio i na matki i że wiele matek, które poprzednio nie karmiły swych dzieci, zaczynają je karmić własną piersią. Powszechną kontrolę niemowląt zaprowadziła komuna Villiers-le-Duc, gdzie między innymi przepisami, istnieje przepis, że każde dziecko chore na biegunkę lub drogi oddechowe winno być zameldowane w merostwie, jako chore, w przeciągu 24 godzin. Oczywiście, w walce z śmiertelnością niemowląt, bardzo ważne znaczenie ma ogólny poziom kulturalny narodu; tam, gdzie kultura jest wyższa, ludność szybciej zrozumie korzyści, płynące z pewnych zarządzeń społeczeństwa i z pewnych usiłowań jednostek, większem obdarzać będzie zaufaniem zarówno instytucye, jak i funkcyonaryuszow społeczeństwa.

Przechodząc do skreślenia planu racjonalnej walki społeczeństwa z śmiertelnością niemowląt, przede wszystkim zaznaczyć należy, że dwie bardzo ważne sprawy, sprawa zrównania praw dzieci nieprawych i prawych i sprawa obowiązkowego zwalniania kobiet pracujących w czasie ostatnich miesięcy ciąży i pierwszych miesięcy po porodzie, wraz z obowiązkowym wynagradzaniem ich za ten czas, wymykają się na razie z pod wpływu społeczeństwa; pierwsza sprawa wymaga zasadniczych reform w prawodawstwie cywilnem, druga zależy od ogólnej polityki państwa na polu prawodawstwa fabrycznego, zależnej zresztą od pewnego ugrupowania sił społecznych różnych klas ludności, przyczem napewno spotkałaby się z silnym oporem ze strony przedstawicieli wielkiego przemysłu i prawdopodobnie na razie spowodowałaby niechętnie przyjmowanie kobiet do fabryk; obie kwestye mogą być rozstrzy-

gnięte jedynie drogą głębokich przeobrażeń pojęć prawnych i etycznych i drogą reform społecznych.

Zorganizowanie walki z śmiertelnością niemowląt winno być obowiązkiem zarządów miejskich i wiejskich. W każdej gminie wiejskiej winna mieszkać fachowa akuszerka, w każdej zaś wsi babcia, któraby nauczyła się w odpowiednim zakładzie zasad aseptyki, położnictwa i pielęgniarstwa położnic i niemowląt. W powiecie, w osadach i miasteczkach lub w braku ich w ludniejszych wsiach winien stale przebywać lekarz.

W każdej gminie z udziałem lekarza, lub w braku jego bez niego, powstaje komitet, mający na celu opiekę nad położnicami i ssawcami; działalność komitetu polegałaby na systematycznej kontroli wszystkich ssawców, przyczem szczególnszą uwagę zwrócić by należało na niemowlęta sztucznie karmione, na niemowlęta nieprawe i na niemowlęta, znajdujące się u zawodowych karmielek i wychowawczyń cudzych dzieci. Każde niemowlę powinno być przedstawiane w odpowiednich terminach, ważne i poddane dokładnym oględzinom: niemowlęta sztucznie karmione otrzymywałyby mleko pasteryzowane lub wyjłowione; w razie zaśłabnięcia niemowlęcia, matka lub opiekunka winna natychmiast zawiadomić o tem komitet. Każda kobieta znajdująca się w ciąży winna zawiadomić o tem komitet, po skończonym zaś porodzie akuszerka lub babka, która była przy porodzie, zawiadamia o tem komitet, który po obejrzeniu dziecka wciąga je na listę niemowląt, podlegających opiece komitetu; w razie jakichkolwiek powikłań w czasie porodu, akuszerka lub babka obowiązana wezwać lekarza; w wypadku zakażenia położowego lub wogóle ciężkiej niemocy matki, uniemożliwiającej karmienie dziecka i opiekowanie się niem, komitet deleguje odpowiednio uzdolnioną pielęgniarkę do łóża chorej. Członkowie komitetu od czasu do czasu urządzają pogadanki dla matek, wyjaśniając im najrozmaitsze kwestye dotyczące ciąży, porodu, porożu, karmienia dziecka, pielęgnowania go, matkom biednym przychodzą z pomocą, dostarczając im wypraw położniczych, środków lekarskich i opatrunkowych na czas porodu, bielizny dla niemowląt; matkom zaś dzieci nieprawych, karmiących swe dzieci i troskliwie opiekującym się nimi, udzielają odpowiednich zapomóg.

Członkowie komitetu we wszystkich wątpliwych sprawach zwracają się do le-

karza który raz na rok urządza dla członków komitetu krótki kurs pielęgniarstwa położnic i ssawców i udziela wskazówek, w jaki sposób rozciągać kontrolę nad niemowlętami. W osadach i wsiach szczególnie tam, gdzie istnieją zakłady fabryczno-przemysłowe, winny być utworzone żłobki, w żłobkach zasadą przewodnią winno być bądź karmienie niemowlęcia piersią matki, bądź piersią obcych przychodzących kobiet, otrzymujących za to odpowiednie wynagrodzenie, z tem jednak zastrzeżeniem, by na tem nie cierpiało własne ich dziecko. W miastach opieka nad położnicami i ssawcami winna być oparta na tych samych zasadach i miasta podzielone na rewiry. Tutaj dodać należy, że wszelka porada lekarska i pomoc akuszerki, babki, pielęgniarki winna być, aczkolwiek tania, lecz płatna, wszyscy ci funkcyonaryusze służby zdrowia publicznego winni jednak otrzymywać odpowiednie zapomogi, bądź od gmin, bądź od zarządów miejskich.

W miastach posiadających mniej więcej dziesięć tysięcy mieszkańców, lub w większych ogniskach przemysłowych winny istnieć zakłady dla rodzących z oddziałem dla ciężarnych i ze szkołą dla babek i pielęgniarek, któreby pobierały naukę na koszt gminy lub miasta; co kilka lat każda babka i pielęgniarka winna pewien czas przepędzić w zakładzie w celu powtórzenia kursu.

W dużych miastach winny istnieć zakłady dla rodzących z oddziałem dla ciężarnych, ze szkołą dla akuszerki i pielęgniarek i zakład dla położnic, matek i ssawców; do ostatniego zakładu przyjmowane by były na pewien określony czas: primo, biedne położnice wraz z niemowlętami, jako rekonwalescentki; secundo, biedne matki i położnice, które bądź utraciwszy własne dziecko, zechciały karmić obce dziecko, bądź też posiadając i karmiąc własne dziecko, jednocześnie zdecydowały się karmić obce dziecko, nie mające możliwości być karmione piersią matki; tertio, niemowlęta bez matek, bądź jako dzieci porzucone, bądź też jako dzieci biednych matek, które nie będąc w stanie karmić własnego dziecka, oddawałyby je czasowo do zakładu, z tem jednak zastrzeżeniem, że tam karmione będą piersią. Dzieci zrodzone w jakimkolwiek zakładzie położniczym i matki ich, znajdując się winny przez cały rok na opiece zakładu, jednym słowem zakład położniczy odgrywałby wobec nich rolę komitetu gmin-

nego lub miejskiego. Wszyscy funkcyjnarjuszycie wszystkich zakładów winni otrzjmywać zapomogi od zarządów gminnych i miejskich, wszelka zaś pomoc w zakładach winna być płatna, lecz tania; za wszelką pomoc, udzielaną kobietom pracującym w fabrykach i dzieciom ich, winny płacić zarządy fabryczne.

Powyżej wyłuszczone zasady zwalczania śmiertelności niemowląt wpłynęły by bezwarunkowo na znakomite zmniejszenie się jej; jeżeli „Krople mleka“ w oderwaniu od innych zarządzeń, zdolne są zmniejszać znacznie śmiertelność niemowląt, tem większe znaczenie miałby całokształt środków, gdzie „Kropla mleka“ byłaby tylko częścią owych

zarządzeń; sprzyjał by on jednocześnie wzrostowi ogólnego poziomu kulturalnego i etycznego ludności, wiążąc ściślejszymi węzłami matkę i dziecko i przyznając równe prawo do życia każdej ludzkiej istocie.

Walka z śmiertelnością niemowląt jest jednym z ogniw w ogólnem dążeniu społeczeństw ludzkich do postawienia spraw tyczących się życia i zdrowia jednostki na pierwszym miejscu w szeregu różnych zadań społecznych; nie można jej więc traktować w oderwaniu od innych zadań, tyczących się zdrowia publicznego, nie można ochraniać życia niemowlęcia w tym jedynie celu, by mu pozwolić ginąć w kilka lat później.



Korespondencye.

Szanowny Panie Redaktorze!

Wielce Szanowny kol. Biegański przed kilku miesiącami poświęcił kilka uwag projektowi mojemu urzędzenia samorządnej pomocy lekarskiej dla szerokich warstw społecznych. Różnica poglądów kol. B. była raczej ilościowa, niż jakościowa, i dla tego głównie na artykuł kol. B. nie odpowiadałem, przypuszczałem bowiem, że dla samej sprawy pomocy lekarskiej polemika nasza za mało była by rzeczowa. Pomijając bowiem wrażliwość na wzór, którym ja się kierowałem, a który, zdaniem kol. B. rzekomo ma być wadliwy, pomijając następnie pewną niezgodność na tworzenie gubernialnych małych zakładów dla umysłowo-chorych, których zwolennikiem jest kol. B., w rzeczywistości projekt kol. B. w rozwinięciu dalszem istotnie od mojego się nie różni. Może kol. B. ma rację, a nawet napewno ma rację, jeżeli na wprowadzenie reform w dziedzinie pomocy lekarskiej zapatruje się z praktycznego punktu widzenia. O to spierać się nie myślałem, pod tym względem gotów jestem przyznać kol. B. znacznie większą znajomość potrzeb kraju.

Inaczej jednak zrozumiał mój projekt kol. L. Lidmanskowski (z Zagórowa) i przeciwko takiemu przedstawieniu sprawy muszę gorąco zaprotestować.

Według kol. L., wzorując się na pomocy lekarskiej ziemstw w Rosyi, grzeszę zupełną nieznajomością stosunków prowincyi. Ponieważ do małej znajomości praktyki prowincjonalnej sam się przyznałem (patrz Gaz. Polska), więc za grzech ten zgóry czytelników przeproszałem i dla tego prosiłem o dyskusję nad projektem.

Prosząc jednak o zdanie kompetentnych kolegów, nie przypuszczałem, że krytykę opierać będą na pobieżnej znajomości samego projektu.

Niestety, po przeczytaniu słów kol. L., zaczynam żałować, że więcej i szerzej a samym projekcie nie pisałem.

Kol. L. zarzuca mi, że: 1-o opieram całą praktykę lekarzy okręgowych na systemie ambulansowym lub dojazdowym, 2-o że pragnę tworzyć tylko szpitale powiatowe i gubernjalne, 3-o że dla marnej pomocy obliczam budżet krajowy zbyt wielki, 4-o że wynagrodzenie kolegów okręgowych projektuję zbyt małe.

Zasadnicze zarzuty są tylko 2 pierwsze, gdyż 3-ci i 4-ty będą mogły być dyskutowane dopiero wtedy, gdy zasada będzie rozstrzygnięta.

Kol. L. zapewne przeoczył najważniejszą część mego projektu, skoronie wspomina, że na rozwoju małych wiejskich szpitali opieram cały program reformy; proponuję najwyżej na 3 okręgi lecars-

kie tworzenie szpitala o 10—20 łóżek, że do szpitali powiatowych i gubernjalnych proponuję odsyłać tylko takich chorych, którzy wymagają specjalnej opieki, jakiej okręgowy szpital dać im nie może.

Wolno się spierać, czy na lekarzy okręgowych ma być włożony obowiązek przestrzegania sanitarnych postanowień, nie wolno jednak przemilczeć, że w projekcie moim uwzględniłem szeroki dozór higieniczny, który lekarz okręgowy będzie miał możliwość utrzymać, mając pod ręką wykwalifikowaną pielęgniarkę, rozrzuconą po całym okręgu (1 pielęgniarka na 300 osób).

Finansowa strona mego projektu, jako obliczona na daleki dystans, może przerażać wielu. Zdaniem moim, obliczenie moje jest skromne i nie tak rażąco odbiega od wyliczeń kol. Biegańskiego, jeżeli się weźmie pod uwagę całokształt urządzeń, które ja proponuję, a które kol. B. na razie pozostawia na boku. Gdyby kol. Lidmanowski zechciał ze statystyką w rękę spojrzeć na rozkład własności ziemskiej według zamożności, prawdopodobnie nie cenił by tak nisko dodatku 35 proc. za porady od zamożniejszych i pobierania wynagrodzenia od zamożnych. Prawdopodobnie w okolicy, gdzie praktykuje kol. L. zestawienie takie wypada źle i jeżeli tak jest, to zupełnie zrozumiałym jest protest jego przeciwko wynagrodzeniu lekarza okręgowego. Kol. L. przyznać jednak musi, że przy najidealniejszym zaprojektowaniu szerokiej pomocy lekarskiej będą miejsca lepsze i gorsze, że, tworząc

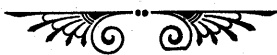
szeroki projekt, usterki tego rodzaju stanowią drugorzędną lub dalszą nawet sprawę, o której będziemy dyskutowali dopiero wtedy, gdy mieć będziemy centralną organizację pomocy lekarskiej. Takie drobiazgi nie nadają się do polemiki, gdybyśmy nawet wychodzili z zasady, że dla tej lub innej jednostki stanowić mogą one ważne życiowe zagadnienie. Zasada musi być jedna: najbiedniejszy członek polskiego społeczeństwa winien mieć zabezpieczoną taką samą pomoc, jak i zamożny. Samorządne instytucje nikogo krzywdzić nie mogą i nie powinny.

Z biegu przewodniej myśli kol. L. mam prawo wnioskować, że wielkiej różnicy w poglądach naszych na istotę pomocy lekarskiej dla ludu nie ma. Jest pewna różnica w pojmowaniu zadań samorządu, jako całości, i udziału w nim poszczególnej jednostki. Omawianie tych zagadnień nie nadaje się do podnoszenia w niniejszem sprostowaniu, sądzę jednak, że i bez bliższych wyjaśnień, będę miał prawo prosić kol. L., by zechciał zapoznać się bliżej z moim projektem i po zapoznaniu się może zechce zapytać świątliwszych włościan, czy trwać będą w dotychczasowym mniemaniu.

Mają rację obywatele wiejscy, skoro protestują przeciwko projektowi, który im był przedstawiony; na szczęście, głośno wyznać muszę, że projekt taki nie powstał w mojej głowie.

Racz przyjąć Szanowny Redaktorze wyrazy poważania i uznania od

Karola Rychlińskiego.



Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Tow. Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie z d. 16/XII 1905 r.

Przewodniczący kol. Jan Przychodzki.

Obecnych 22 członków.

Przed porządkiem dziennym kolega Szczepaniak przedstawił zebrany *silnik* poruszany za pomocą elektryczności i dający się zastosować do wszelkich rodzajów masowania jak: wtrząsanie, muskanie, uderzanie i t. p. Silnik powyższy działa dokładniej, niż ręka masaży-

sty i stosuje się wszędzie, gdzie jest wskazanie do zwykłego masażu.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zakomunikował, iż z początkiem roku 1906 ustępują w myśl § 12 Ustawy z Zarządu: Prezes i Bibliotekarz, zaś w Komisji Rewizyjnej prow. Łagodziński. *Postanowiono:* zarządzić wybory na powyższe urzędy na najbliższym Ogólnym Zebraniu Członków Towarzystwa.

III. W sprawie prenumeraty czasopism lekarskich na rok 1906 *postanowiono* zaprenumerować dla czytelników Towarzystwa wszystkie pisma lekarskie, jakie były prenumerowane w tym celu w roku 1905.

IV. Dyskusję nad „projektem organizacji zawodowej lekarzy gub. radomskiej“ — odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie ukończono.

za Prezesa: H. F i d l e r,

Sekretarz: W. C e m i e r e.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Sprawozdanie Komisji w sprawie szpitala Czerwonego Krzyża w Łodzi.

Zarząd Towarz. Lekarskiego Łódzkiego otrzymał w dniu 28.XI 05 od b. ordynatora szpitala fabrycznego Czerwonego Krzyża w Łodzi, d-ra D r u e b i n a, następującą odezwę:

Do Zarządu Towarzystwa Lekarskiego w Łodzi.

W szpitalu Czerwonego Krzyża pracowałem od Stycznia roku bieżącego, jako ordynator oddziału ginekologicznego. Skonstatowałem jednakże, że praca lecznicza i operacyjna w szpitalu tym jest niemożliwa z powodów następujących:

1) Brudy i nieporządki na sali operacyjnej, nieczyste materiały opatrunkowe i częsty ich brak.

2) Brutalne obchodzenie się sióstr miłosierdzia z chorymi.

3) Niewykonywanie przez siostry poleceń lekarzy i niezgodne z jakimikolwiek pojęciami o przyzwoitości zachowanie się ich względem ordynatorów.

4) Bardzo złe odżywianie chorych, które wywoływało z ich strony prawie codziennie skargi.

5) Marznienie chorych wskutek wadliwego ogrzewania.

6) Obojętność względem spraw szpitalnych pełniącego obowiązki naczelnego lekarza.

7) Nieobecność częsta personelu lekarskiego przy dostarczaniu chorych do szpitala.

8) Niechlujstwo w utrzymywaniu chorych, pozostawianie ich przez długi czas w brudnej bieliznie i na zgnitych siennikach.

9) Zaniedbanie zupełne laboratorium, biblioteki i gabinetu Roentgenowskiego, uniemożliwiające korzystanie z nich.

10) Dotkliwie braki w urządzeniu np. rolet, wskutek czego, podczas lata, roje much dokuczają w straszny sposób chorym.

11) Brak najniezbędniejszych instrumentów, pomimo wielokrotnego upominania się o nie i t. p. i t. p.

Doszedłszy do przekonania, że dalsza praca w tej instytucji jest niemożliwa i niezgodna z sumieniem lekarskiem, usunąłem się dobrowolnie ze szpitala, o czym zawiadomiłem naczelnego lekarza we czwartek d. 23 b. m. *przed południem*. Gdy notatka o mojem ustąpieniu wydrukowana została w „N. Łódz. Zeitung“, komitet Czerwonego Krzyża ogłosił w temże piśmie, że ja uwolniony zostałem z obowiązków ordynatora na posiedzeniu z dnia 23 (wieczorem prawdopodobnie) i, że komitet po zbadaniu szczegółowem zarzutów moich *przez wybraną z łona tegoż komitetu komisję* wyjaśni sprawę publicznie.

Na skutek tego zwracam się do Zarządu Tow. Lekarskiego, jako instytucji, której obowiązkiem jest czuwanie nad sprawami szpitalnictwa i rozstrzyganie spraw etyczno-lekarskich, by zechciał:

1) Zbadać na miejscu stan szpitala, gdyż rezultat badania przeprowadzonego przez komitet Czerwonego Krzyża daje się z góry przewidzieć,

2) przesłuchać świadków z pośród chorych i lekarzy, znających stosunki w Czerwonym Krzyżu i

3) zaopiniować, czy zarzuty moje względem instytucji, która istnieje kosztem ofiar społecznych i podlegać powinna kontroli społeczeństwa, są uzasadnione.

Ponieważ wersja, podana przez komitet, że ustąpienie moje nie było dobrowolnem, może być źle zrozumiane i uwłaczać może honorowi memu, proszę o skonstatowanie istotnego przebiegu wypadków.

Rezultaty zbadania sprawy Towarzystwo Lekarskie raczy ogłosić publicznie, a opinja jego niewątpliwie będzie miarodajną dla szerokiego ogółu.

Nie wątpię, że Zarząd Towarzystwa Lekarskiego nie uchyli się od spełnienia tego obywatelskiego obowiązku.

Dr. Druebin.

Po otrzymaniu powyższej odezwy Zarząd Towarzystwa Lekarskiego w dniu 22.XII 05 listownie zapytał, czy Zarząd szpitala Czerwonego Krzyża w Łodzi zgadza się na poddanie sprawy wniesionej przez d-ra D r u e b i n a rozpatrzeniu.

niu przez Towarzystwo Lekarskie, na co w dniu 29/16.XII, 05 od członka Zarządu szpitala Czerwonego Krzyża otrzymał na urzędowym blankiecie list, który w dosłownym przekładzie podajemy:

„Do Tow. Lekarskiego Łódzkiego.

Powołując się na Szanowną odezwę Waszą z dnia 22 grudnia (now. st.) r. b. w sprawie pośrednictwa z powodu nieporozumień, jakie wynikły między lekarzami szpitala, Zarząd wyraża Wam, Panowie, swą wdzięczność za wyrażone przez Was życzenie załatwienia tej sprawy.

Komunikujemy jednocześnie, że na zasadzie postanowienia w dniu 3/16 grudnia r. b., i za zgodą d-rów Beckmana i Wassermana, Zarząd postanowił zwrócić się, właśnie do W. Panów, jako do Instytucji kompetentnej w danej sprawie.

Nadto Zarząd najuprzejmiej prosi:

1) Aby wysadzonej przez Towarzystwo komisji uczestniczył przedstawiciel Czerwonego Krzyża;

2) aby czynności komisji ograniczyły się do zarzutów postawionych przez p. Druebina;

3) aby protokoły komisji były pisane w języku rosyjskim, gdyż p. Druebin i większość członków Czerwonego Krzyża źle włada językiem polskim.

Członek Zarządu (podp.)

A. Wańkow“.

W odpowiedzi na powyższy list p. Wańkowska, Towarzystwo Lekarskie zakomunikowało:

1) że zwiedzanie szpitala Czerwonego Krzyża przez Komisją odbędzie się w obecności przedstawiciela Czerwonego Krzyża;

2) zakres dociekań komisji ograniczy się do szczegółowego zbadania zarzutów postawionych przez d-ra Druebina;

3) że protokoły i zeznania mogą być zawsze tłumaczone na język rosyjski.

Na list ten 7/20.I 06 na urzędowym blankiecie i w języku urzędowym odpowiedział naczelny lekarz szpitala Czerwonego Krzyża, dr. Beckman. List w dosłownym przekładzie przytaczamy:

„Do Towarzystwo Lekarskiego
Łódzkiego.

Zarząd szpitala fabrycznego Czerwonego Krzyża w Łodzi upoważnił mnie do wniesienia prośby, aby Towarzystwo Lekarskie zawiadomiło na dwa dni wcześniej, kiedy można się spodziewać zej-

ścia do szpitala delegatów Towarzystwa, aby przy oględzinach mógł być obecny członek komitetu Czerwonego Krzyża.

Zarząd szpitala prosi nadto o wyznaczenie na zwiedzanie szpitala czasu po godzinie 7 wieczorem, do tego bowiem czasu członkowie komitetu zajęci są sprawami z ich zawodem związanymi.

Dr. Beckman“.

Na zasadzie całej tej korespondencji Komisya wysadzona z łona Towarzystwa Lekarskiego w d. 26.II 06 zajęła się sprawdzeniem na miejscu słuszności zarzutów czynionych porządkiem szpitalnym przez b. ordynatora szpitala Czerwonego Krzyża, d-ra Druebina.

Wskutek wyjazdu niektórych członków komisji dopiero 5.V 06 po uprzednim wysłuchaniu wyjaśnień d-ra Druebina postanowiono zawezwać na posiedzenie d-ra Beckmana, na co w dniu posiedzenia otrzymano odpowiedź, w której dr. Beckman przybycia na posiedzenie odmawia, prosi natomiast o zakomunikowanie mu na piśmie materiałów zebranych przez komisję.

Na posiedzeniu Tow. w d. 16.V 06, kol. Brudziński odczytał wyniki badania Komisji, treści następującej:

„Komisya wybrana przez Tow. Lekarskie, a składająca się z kol. M. Cohna, Fankanowskiego, Kaufmana, Goldmana i Brudzińskiego, dla zbadania sprawy dr. Druebina na podstawie czynionych przez tegoż zarzutów szpitalowi Czerwonego Krzyża w Łodzi. Po rozpatrzeniu zarzutów kol. Druebina i ustaleniu, którymi z nich będzie mogła zająć się, czy to ze względu na to, że niektóre tyczą się przeszłości i trudne są do sprawdzenia, czy też ze względu, iż tyczą się rzeczy osobistych — postanowiła na miejscu zbadać sprawę i w dn. 26 lutego, po uprzednim zawiadomieniu na 2 dni wcześniej lekarza naczelnego d-ra Beckmana — stosownie do jego żądania, o 7 $\frac{1}{2}$ wieczorem, również zgodnie z życzeniem Zarz. Czerw. Krzyża, zwiedziła szpital, pomieszczenia gospodarskie, szpitalne w obecności inspektora fabrycznego p. Wańkowska; lekarz naczelny przy oględzinach nie był obecny.

Komisya, zaznaczając, iż oględziny odbywały się po zawiadomieniu na 2 dni przedtem i w porze wieczornej, najzupełniej w myśl zarządu szpitala Czerwonego Krzyża, czyni to dla uwydatnienia należytego treści wniosków, które ze zbadania sprawy wysnuwa. W dniu 5.V gdy mogli się zebrać nanowo w komplecie

wszyscy członkowie komisji, postanowiono poprosić na posiedzenie kol. Druebina, co też uczyniono i objaśnień jego wysłuchano, poczem postanowiono dla ostatecznego wyjaśnienia sprawy poprosić na posiedzenie następane w dniu 7.V naczelnego lekarza szpitala Czerw. Krzyża d-ra Beckmana. Po otrzymaniu w dniu posiedzenia odpowiedzi odmownej, postanowiono po naradzie, zważywszy charakter odpowiedzi, przestać na stwierdzeniu faktu odmowy co do osobistego porozumienia się i przystąpić do sformułowania wyników pracy komisji podług zarzutów postawionych przez d-ra Druebina.

1) W szpitalu niema stałego lekarza miejscowego, lekarze ordynujący bywają, według relacji p. Wańkowa od 11-ej do 4-ej; po za temi godzinami szpital pozbawiony jest pomocy lekarskiej stałej. W chwili zwiedzania szpitala przez komisję nie było w szpitalu żadnego lekarza.

2) Na salach chorych komisja zastała pajęczynę na suficie i ścianach, podłogi nie malowane, wentylatory nie działają, łańcuszki od wentylatorów poobrywane, spluwaczki brudno utrzymane; przy wejściu na salę wycieraczki słomiane, brudne. Na sali chorych t^o 9-ej wiecz. 13^o R. Okrywki na szczytach łóżek, tam gdzie są, brudne. Sienniki po chorych nie bywają zmieniane. Sprawa przeniesienia i przechowywania brudnej bielizny nie jest odpowiednio uregulowana.

W klozetach zastała komisja nieporządku; powietrze zepsute, nagromadzenie ogarków z papierosów w zlewach, wymiociny w naczyniach i jakies zanieczyszczone szklane naczynia.

Nieporządku zastała komisja i w pokojach kąpielowych; pod chodnikami robactwo.

Na korytarzach nad kaloriferami ściany zakopcone, piece do ogrzewania centralnego niemalowane, zakurzone. Przy zlewach wszędzie ściany niemalowane, zabrudzone.

Na sali operacyjnej przy wentylatorze ogarki od papierosów, urządzenie do obmywania sali operacyjnej nie działa.

Szczotki do mycia rąk zupełnie zużyte, brudno utrzymane.

Na sali operacyjnej kobiecej żadnych zapasów opatrunkowych nie stwierdzono.

3. Pawilony nie posiadają kuchenki do ogrzewania potraw, przynoszonych z kuchni dość odległej.

4. Komisja nie mogła stwierdzić wartości pożywienia ze względu na porę

dnia, w jakiej pozwolono jej oglądać szpital, ogledziny jednak kuchni pozwalają wnioskować o żywieniu chorych.

Kuchnia nie odpowiada wymaganiom stawianym przez higienę nawet dla niezamożnej rodziny; wymagań higieny szpitalnej nie uważa komisja za możliwe zastosować do kuchni w szpitalu Czerw. Krzyża. Podłoga z desek, popsuta, zewsząd mnóstwo robactwa, naczynia kuchenne nieczysto utrzymane, w niedostatecznej ilości. Palenisko samo miejscami zrujnowane, snuje się po niem robactwo. Kotły i duże garnki nadzwyczaj brudno utrzymane. Żadnego urządzenia do zmywania naczyń niema. Niema pokoju do rozdawania porcyj, wszystko to odbywa się w kuchni. Sufit w kuchni w stanie zupełnej rujnacyi, tynk obłata całymi kawałami, sufit brudny.

5. Narzędzi operacyjnych zapas duży, ale leżą w szafach nierozsegregowane, nowych i specjalnych narzędzi brak.

6) Aparat Roentgena do użytku w celach dyagnostycznych, tembardziej leczniczych, na razie nie zdalny, znać że zupełnie zaniedbany. Wprawdzie w działanie można aparat, ale do użytku celowego bez naprawy nie nadaje się.

7). Laboratorium w chwili zwiedzania nie urządzone w żadnym specjalnym pomieszczeniu. Stwierdzono zapas aparatów, nawet kosztownych, wszystko to jednak rozrzucone w różnych pomieszczeniach, tak że praca w laboratorium bez gruntownego uporządkowania laboratorium szpitalnego, zdaniem komisji, jest niemożliwa.

Komisja, jak już zaznaczyła, przestaje na stwierdzeniu tych faktów; nie porusza tych zarzutów kol. Druebina, które tyczą się przeszłości i nie mogą być na razie sprawdzone, lub też jako skierowane do osób, nie podlegają, zdaniem komisji, jej kompetencji.

Wraz z ustaleniem faktów powyższych, jako materiału do orzeczenia, czy zarzuty kol. Druebina czynione „instytucji która istnieje kosztem ofiar publicznych i podlega powinna kontroli społeczeństwa są uzasadnione“ (wyjątek z odezwy kol. Druebina do Tow. Lek.), komisja uważa swoje zadanie za ukończone i wnioski swoje przedstawia do uznania Tow. Lekarskiemu.

W dyskusji, jaka się wywiązała, kol. Handelsman żąda załączenia wyniku badań do protokołu Tow. Lek. i ogłoszenia drukiem w pismach ogólnych, ze względu na stosunek szpitala Czerw. Krz. do in-

nych zakładów w mieście; Czerw. Krzyż pochłania taką moc środków, że innym pozostają nikłe resztki.

Kol. Saks próbuje zdanie poprzedniego mówcy. Sądzi, że opinia komisji winna być przyjętą i zaprotokulowaną bez dyskusji.

Kol. Brudziński stawia wniosek, by w druku został dodany do protokołu, złożonego przez komisję, wstęp historyczny, malujący dzieje szpitala Czerwonego Krzyża; publiczność bowiem nie zna dokładnie dziejów tej instytucji.

Kol. Wisłocki jest przeciw ogłoszeniu w pismach ogólnych.

Kol. Goldman podkreśla fakt nieprzyjmowania do szpitala Czerwonego Krzyża chorych z tych fabryk, które płacą za łóżka, dla braku łóżek lub braku wśród personelu odpowiedniego ordynatora.

Kol. Handelsman, wbrew zdaniu kol. Wisłockiego, sądzi, że T. L. obowiązane jest wystąpić. Do szpitala Czerw. Krzyża nie przyjmują chorych szkarlatynowych, nie przyjmują wenerycznych, brak bowiem odpowiednich oddziałów. Wystąpić należy w prasie tym bardziej, że prasa, częściowo przynajmniej, jest po stronie Czerwonego Krzyża.

Kol. Wisłocki i przytacza fakty, że ogół jest niezadowolony ze szpitala Czerwonego Krzyża. Z jednej fabryki chorzy wprost odmówili pójścia do szpitala Czerw. Krzyża.

Kol. Saks sądzi, że sam wynik badań Komisji zrobi wrażenie, dodawanie zaś komentarzy będzie rzeczą niewłaściwą dla T. Lek.; później lekarze, o ile zechcą, mogą jako jednostki dodać w prasie komentarze. Proponuje tedy wynik badań Komisji drukować ze wstępem, bez komentarzy.

Kol. Grabowski jest zdania, że T. L., będąc instytucją naukową, nie powinno się wdawać w działalność agitacyjną przeciwko pewnej instytucji, choćby przeciwko Czerw. Krzyżowi. Wystarczy dać sprawozdanie w „Czasopiśmie Lek.“. Tow. Lek. nie powinno wszczynać agitacji. Wystarczy z godnością stwierdzić wymowne fakty, dla tego też łączy się ze zdaniem kol. Wisłockiego.

Kol. Brudziński w odpowiedzi kol. Saksowi mówi, że chodzi mu nie o komentarze do wymownego i bez nich wniosku badań, lecz o wstęp w kilku słowach. Codo pism ogólnych, można będzie podać nie jako komunikat T. L.

Kol. Sterling: Gdybyśmy—jako Tow. Lekarskie—mieli wystąpić z oskarżeniem przeciw szpitalowi Łódzkiego od-

działu Rossyjskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, natenczas śmiesznie drobną częścią tego oskarżenia byłyby fakty przez komisję zebrane, ponieważ komisji wyznaczono wązkie ramki działalności. Całe powstanie tego szpitala, zyskiwanie członków przez przymus polityczny, zbieranie składek na budowę szpitala, którego właściwie nie wybudowano, zabieranie od miasta zapomóg (około 200 tys. rub.) na korzyść szpitala robotniczego, t. j. takiego, na który li tylko fabrykanciłożyć powinni, zbieranie (recte: ściąganie) od ludności ofiar na ten cel—wreszcie krzyczące bezprawie ostatnich dni: kasowanie łóżek, zmniejszenie cudzego (boć miasto i fabrykanci są prawnymi właścicielami) szpitala — cała skandaliczna gospodarka powinna być ujawniona. Przyjdzie na to czas i wtedy wystąpimy. Obecnie stawia wniosek: ogłosić na razie jako sprawozdanie z czynności Tow. Lek.

Kol. Handelsman sądzi, że należałoby wywrzeć nacisk na fabrykantów, by oni wszczęli sprawę przeciw szpitalowi Czerw. Krzyż.

Kol. Sterling mówi, że cała ta sprawa musi się w końcu o sąd oprzeć, na razie jednak lepiej poczekać.

Postanowiono: wydrukować całkowity materiał w „Czasopiśmie Lekarskiem“, jako organie Towarzystwa.

Przed wydrukowaniem całe sprawozdanie uchwalono przesłać d-rowsi Beckmanowi, aby można było ewentualne wyjaśnienia tegoż d-ra Beckmana dołączyć do postanowienia. Członek-sekretarz Towarzystwa, dr. Skalski, przesłał d-rowsi Beckmanowi kopię sprawozdania komisji w dniu 30.V.06.

W odpowiedzi w dniu 23.VI dr. Beckman, zamiast wyjaśnień lub rzeczowej krytyki relacji komisji, zwrócił do Towarzystwa Lekarskiego sprawozdanie i odezwę członka-sekretarza Towarzystwa wraz z listem następującej treści.

„Do Towarzystwa Lekarskiego
Łódzkiego.

Powróciwszy do Łodzi, przeczytałem z rumieńcem wstydu za jego autorów ten politowania godny elaborat, w dodatku pod niewłaściwym adresem przysłany; zwracam go przeto Towarzystwu Lekarskiemu.

23.V.06 Dr. med. R. Beckman.

Zarząd Tow. Lekarskiego Łódzkiego, otrzymawszy powyższą odpowiedź, postanowił ją dołączyć do materiału sprawozdawczego i ogłosić drukiem.

Sekretarz: S. Skalski.

KRONIKA.

(№ 111) — Na jesieni 1905 r. za prywatną inicjatywą kółka ludzi, uprawiających naukę i zajmujących się sprawą szerzenia wiedzy w społeczeństwie, w chwili, która zdawała się po raz pierwszy wskazywać jakiś przeblisk nadziei, że wykład naukowy systematyczny będzie przez władzę tolerowany, Komitet Muzeum Przemysłu i Rolnictwa podjął starania w celu zorganizowania systematycznych wykładów wyższych pewnej liczby przedmiotów z dziedziny wiedzy ścisłej, (z matematyki i z nauk przyrodniczych), a także wykładu psychologii. Pozwolenie na prowadzenie wykładów matematycznych i przyrodniczych otrzymano z początkiem roku bieżącego; zarząd muzeum ogłosił natychmiast zapisy, a od d. 15 stycznia rozpoczęły się wykłady systematyczne 9-ciu przedmiotów w zakresie uniwersyteckim, od 1 lutego r. b. przybyły jeszcze dwie katedry przyrodnicze: od 15 marca rozpoczętym został kurs psychologii. Na te przedmioty, razem 12-cie katedr, zapisało się 808 osób; największą liczbę zapisów pozyskały katedry: biologii ogólnej (p. Sosnowski), psychologii (p. Mahrburg), fizyki (p. Kalinowski); wykładano nadto: zoologię (p. Tur), botanikę (p. Woycicki), embryologię (p. Tur), fizjologię (p. Sosnowski), chemię nieograniczoną (p. Miłobędzki) i organiczną (p. Bielecki), geologię (p. Lewiński), mineralogię (p. Weyberg), geometryę analityczną (p. Zarzecki), analizę algebraiczną (p. Dickstein); astronomię (p. Banachiewicz). Przeciętnie zapisanych słuchaczy na każdy wykład było około stu. Tak znaczna frekwencja zapoczątkowanych pod egidą Muzeum Przemysłu i Rolnictwa wykładów, za wpływem interesujących się tą sprawą osób, była pobudką dla Stowarzyszenia techników do ogłoszenia, po uzyskaniu pozwolenia władz odnośnych, w marcu r. b., szeregu wykładów z dziedziny wiedzy technicznej. Wykładów zapowiedziano 27, lecz wobec zbyt małego napływu słuchaczy — co w części przypisać należy spóźnionej porze na rozpoczęcie pełnego semestru — do skutku doszło tylko 16 systematycznych wykładów z 256 słuchaczami (przeciętnie 25 na jeden wykład). Wykładano mianowicie: Rachunek różniczkowy i całkowity (p. Straszewicz), mechanikę techniczną (p. Radziśewski), zarys elektrotechniki (p. Pożaryski), zajęcia praktyczne z wytrzymałości materiałów (p. Szczeniowski), statystykę budowlaną ogólną (p. Grabowski), konstrukcję budowlaną (p. Domaniewski), historję architektury starożytnej (p. Tołwiński), ogrzewanie i przewietrzanie (p. Ogrębowicz) i powtórzenie kursu matematyki średniej. Wszystkie wykłady, zarówno w Muzeum jak i Techników, szły i idą dotąd regularnie, najdoskonalej ku pożytkowi i zadowoleniu słuchaczy, a niemniej ku wielkiemu zadowoleniu wykładających.

Zamiarem inicjatorów kursów naukowych od samego początku było zawiązać oddzielne Towarzystwo, któreby się prowadzeniem wykładów o wyższym poziomie dla możliwie szerokich warstw społecznych stale, energicznie zajmowało. Nawet w tych krajach bowiem, gdzie kwitnie państwowa mocna i dobrze zorganizowana nauka uniwersytecka i tam jeszcze dla warstw pożądaných światła wiedzy, a nie mogących uczęszczać do uniwersytetów i t. p. zakładów o ścisłe wytniętych i ujętych w całkowity systemat naukowy ramach, zakładane są dziś wszędzie luźne ogniska wykładów, tak zwane „wolne uniwersytety“, które dla

zupełnie innych niż uniwersytet przeznaczone jednostek, nie mogąc i nie chcąc dać im całokształtu wiedzy, w wielu bardzo razach szeroki przyrósł pożytek. Cóż dopiero u nas, gdzie od lat kilku podjogę świętyń nauki są zamknięte, a przez całe lat dziesiątki, choć istniał i „działal“ uniwersytet rządowy, wyższa nauka społeczeństwu wydzielaną była skąpo, trudno i tylko pod flagą polityki? System oświecania w tych warunkach zrobił swoje: nauka prawdziwa u nas zamarła, pochodnie jej zgasy, a kapłani jej pomknęli, o ile mogli, w świat szeroki, do swoich i do obcych; — nielicznie ledwie szczątki, istne niedobitki ciężkiego boju o wiedzę w cmentarnym kraju pozostały. W tych warunkach wielokrotnie istotniejszy ciężar nasze społeczeństwo obowiązek wytworzenia siłami prywatnymi ogniska nauki, bez której dobrze społeczeństwu dźiać się nie może. Trzeba ufać, że kraj wkrótce posiadzie wszechnicę polską, która mu się należy, ale bez względu na to, kiedy to nastąpi, kursy systematycznej nauki, dla warstw przygotowanych do ich słuchania, winny być organizowane, teraz jeszcze, gdy uniwersytetu niema, również dobrze jak później, gdy otworzą się dla studentów mury własnego krajowego uniwersytetu.

W kwietniu r. b., skoro tylko wyszły przepisy prawa o związkach i stowarzyszeniach, inicjatorowie kursów naukowych, którzy czekali z upragnieniem na sposobną chwilę, wystąpili do władzy z doniesieniem o zawiązaniu, w myśl ogłoszonych przepisów, Towarzystwa kursów Naukowych. Towarzystwo zostało zawiązane i zarząd, który na pierwszym walnym posiedzeniu wybranym został z początkiem roku szkolnego 1906/7 t. j. we wrześniu roku bieżącego otworzył szereg wykładów naukowych ze wszystkich dziedzin wiedzy: Historia, językoznawstwo, filozofia, sztuka, pedagogika, prawo, nauki ścisłe, technika i jej odgałęzienia — wszystko to o ile materialne środki i siły naukowe dopiszą, ma wejść w program działalności projektowanych kursów wyższego nauczania.

Do zrealizowania tych pięknych celów potrzeba jednak znacznych środków materialnych. Wykłady, prowadzone w półroczu próbnym, za jakie uważać można czas od stycznia do marca r. b. kosztowały (wraz z tem, co ma być jeszcze z konieczności wydatkowanem), około 9500—9600 rb., przyczem nie można było zakupić najkonieczniejszych przyrządów, tak, że niektóre wykłady wcale nie mogły być prowadzone, inne musiały być w przeprowadzeniu swem ograniczone. Na pokrycie tego budżetu użyto przeważnie opłaty z wpisów, pobranej od słuchaczy (prawie 9000 rb.); niedobór pokryto z wpływów osobistych od członków zawiązanego świeżo Towarzystwa. Z jednej strony jednak chciałyby się dążyć do obniżenia opłaty wpisowej za słuchanie kursu (za każdą godzinę wykładu w tygodniu przez semestr pobierano mniej więcej po 3 ruble), z drugiej strony rzeczą jest konieczną wydatkować szerzej na niezbędne pomoce naukowe, a z czasem dojść do własnych pracowni, laboratoriów i zbiorów, może do biblioteki naukowej i t. d., oczywiście zupełnie nie zależnych od pracowni i bibliotek i wogóle od urządzeń uniwersyteckich, ale o ile możliwości w wyposażeniu swem do tego poziomu zbliżonych. Ogromna więc potrzeba zjednania środków dla nowego Towarzystwa. Składka od członków wynosi minimalnie po 10 rubl. rocznie; na członka przyjętym być może każdy na przedstawienie dwu innych członków, (o ile Zarząd przedstawienia te-

go nie odrzuci). Zapisy na członków. składki i ofiary przyjmują pp. członkowie Zarządu: Chęłchowski Kazimierz, Chrzanowski Ignacy, Drzewiecki Piotr, Eberhardt Julian, Kryński Leon, Osuchowski Antoni, Ruskie wicz Tomasz i Świętochowski Andrzej, a także kancelarya Stowarzyszenia Techników gdzie dotychczas Towarzystwo ma swą siedzibę. Tam też dowiedzieć się można o projektowanych na zimę r. b. 1906/7 wykładach i zgłaszać się z przedwstępnym na dany przedmiot zapisem. Wreszcie potrzebną jest w najszerszych kołach, nie tylko w Warszawie, ale w kraju całym, wiadomość o powstających kursach, aby wszyscy pożąający wiedzy poważnej pracownicy, obojętci, młodzi i starzy, mogli z tego nowego źródła nauki wyższej jak najobficiej korzystać. Z tego względu prasa powołana jest do rozpowszechniania wiadomości o projektowanym semestrze 1906/7, mającym się rozpocząć we wrześniu r. b. Program wykładów i listę wykładających wkrótce już może będzie można na łamach pism naszych ogłosić. Tymczasem na wykładających projektowani są, prócz wymienionych na wstępie uczonych, pp. Babiński, Bouffał, Biernacki, Chrzanowski, Dziekoński, Heurich, Hollewiński, Jenike, Kętrzyński, Kochanowski, Korzon, Kozłowski, Kryński, Kontkiewicz, Lisiecki, Miklaszewski B., Miklaszewski S., Mańkowski, Okolski, Ruśkiewicz, Smoleński, Sioma, Szyller, Stołychowo, Wachowski i Wasutyński, a także wielu innych, z którymi wypadnie nawiazać o to rokowania.

(№ 112) — „Rocznika Lekarskiego“, wydane go przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, pod redakcją Prof. Ciechanowskiego wyszedł zeszyt I-szy, Tomu I-go.

Treść tego zeszytu stanowi praca Docentów: D-ra St. Droby i Dr. P. Kucery, p. t. Badania epidemii zapalenia opon mózgorzeniowych w Galicyi w r. 1905.

Ten zeszyt jest ozdobiony pięciu tablicami mikrofotograficznymi (jedenaście mikrofotogramów), mapą powiatów dotkniętych epidemią i mapą ilustrującą tezę autorów, że pośrednikami przenoszącymi zarazek, byli w zeszlórecznej epidemii w Galicyi robotnicy, wracający z pracy ze Ślązka pruskiego.

Cena tego zeszytu 3 korony.

(№ 113) — Z inicjatywy d-ra Mikolajskiego, redaktora czasopisma „Głos lekarzy“, Izba lekarska wschodnio-galicyska uchwaliła z d. 1-go października r. b. utworzenie bezpłatnego biura porady i obrony prawnej dla lekarzy, które będzie obejmowało działy: 1) informacji prawnej w stosunkach lekarzy do publiczności, instytucji pracodawczych (kasy chorych, gminy), władz autonomicznych i rządowych, 2) podatkowy, 3) sądowy (ściąganie honoraryów od dłużników, obrona lekarzy w sprawach cywilnych i karnych), sanitarno-administracyjny (obrona przeciw bezprawnym zarządzeniom administracyjnym), 5) prasowy (obrona prawna przeciw niesłusznym zarzutom dziennikarskim).

(№ 114) — Z wydanego świeżo „Sprawozdania z działalności kasy wsparcia podopiecznych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych za r. 1905“ w Warszawie dowiadujemy się, iż kasa z końcem roku 1905 miała członków 904

iż z przychodu funduszu obrotowego wraz z rezerwową z r. 1904, wynoszącego rb. 1012 kop. 31, udzieliła wsparcia 108 osobom w sumie rb. 6533 kop. 54. Majątek kasy wynosi rb. 83158 kop. 20.

(№ 115) — Zarządy szpitali warszawskich otrzymały w tych dniach z kancelaryi general-gubernatora zawiadomienie, że „ponieważ Najwyżej zatwierdzona w r. 1842 ustawa szpitali cywilnych w Królestwie polskiem, pozwalająca ordynatorom szpitali pisać karty szpitalne w języku polskim, nie była w drodze prawodawczej zmieniona, karty te i nadal mogą być pisane w języku polskim“.

„De facto“ karty szpitalne lekarze w szpitalach warszawskich już od listopada 1905 roku piszą się po polsku. (Gaz. Lek.).

(№ 116) — W Warszawie od lipca r. b. zaczęło wychodzić nowe czasopismo „Kronika dentystryczna“ pod redakcją lekarza dentysty M. Krakowskiego. Będzie to miesięcznik poświęcony wszystkim gałęziom dentystryki, chorobom jamy ustnej oraz sprawom zawodowym.

(№ 117) — Ku uczczeniu 35-letniego jubileuszu pracy dla kraju ustępującego inspektora szpitali krajowych, dr. Jana Stelli-Sawickiego we Lwowie, urządził utworzony w tym celu komitet prymaryuszy w dniu 24 czerwca r. b. uroczysty obchód przy licznym udziale lekarzy z całej Galicyi. Wobec tłumnego zgromadzenia w sali Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odczytał prezes komitetu dyr. dr. Józef Starzewski niemilknącymi oklaskami przyjęty adres.

(№ 118) — Towarzystwo lekarskie warszawskie, nie mogąc przeprowadzić wyborów z powodu trudności zgromadzenia prawomocnej liczby członków, wybrało czasowo wiceprezesa d-ra Gabszewicza.

(№ 119) — Koło obywateli Jałty zakupiło willę i przeznaczyło pewną sumę na urządzenie w niej domu zdrowia, w którym leczyć się mają darmo osoby wypuszczone z więzień, a uwięzione z powodów politycznych.

(№ 120) — W sprawie wzajemnego wynagradzania się lekarzy.

W sprawie, czy lekarze powinni wzajemnie się wynagradzać, zdania są bardzo podzielone, co nas dziwić nie powinno, boć od lekarzy wymaga się tyle usług bezpłatnie. Haseł humanitarnych nadużywają laicy, aby rozszerzyć zakres naszego działania humanitarnego bez najmniejszych wobec nas zobowiązań, ale lekarze sami dobrowolnie coraz to nowe ciężary na kolegów nakładają. W pobudki tu bliżej wchodzić nie chcę, przypomnę tylko słuszne utyskiwania na ambulatorya kliniczne i szpitalne, w których ma mieć prawo do leczenia nie tylko biedak, ale i majątny.

Chory jest samolubem, a lekarz chory różni się tem od laika chorego, że jest samolubem do kwadratu. A jeżeli się zastanowimy nad stanem psychicznym chorego lekarza lub jego rodziny, dojdziemy do przekonania, że jest on równie nieufnym, skłaniającym się do próbowania szczęścia u partaczy, znachorów i d. Wymagania od umiejętności lekarskich są bowiem równie przesadne i nierozsądne w rodzinach lekarzy, jak u laików. Idzie za tem, że w rodzinach lekarzy musi lekarz wyżyć więcej pracy; po przebyciu cho-

roby czyni się za wynik niepomysłny i w rodzinach lekarzy odpowiedzialnym lekarza; w przypadkach pomysłnych zaś, mówi się, że natura choremu pomogła.

Jak się zaś postępować powinno w przypadkach, gdy lekarz lub jego rodzina użyje pomocy lekarskiej, czy lekarz powinien przyjmować wynagrodzenie za swe trudy, na to brzmień musi odpowiedzieć: i „tak“ i „nie“. Zależy to od bardzo wielu okoliczności. W takich przypadkach, w których pomoc lekarska nie była połączona z większym trudem, a ograniczyła się do jednej lub kilku wizyt, do drobnego zabiegu i t. d., zarówno żądający pomocy przyjąć ją może od kolegi z całym spokojem, jak i druga strona udzielić jej może bez żadnego uszczerbku dla siebie. Gdyby zaś żądający pomocy żadną miarą nie chciał jej przyjąć bezpłatnie, wtedy można od niego przyjąć bardzo skromne wynagrodzenie i przeznaczyć je na jaki cel humanitarny. Wiem, że tak bardzo wielu kolegów postępuje.

Jeśli zaś udzielenie pomocy wymagało większych trudów, połączonych z wielkim uszczerbkiem materyalnym dla lekarza z tą pomocą spieszącego, wtedy rzecz przedstawia się nieco drażliwiej. W tych razach uwzględnić się musi położenie materyalne obu stron. Jeżeli lekarz spieszący z pomocą jest początkującym, lub ma rodzinę, którą wyżywić musi, a nie ma majątku, wtedy lekarz dobrze majątkowo uposażony nawet powinien za te trudy wynagrodzić kolegę, a ten wynagrodzenie przyjąć musi bez zrzekania się go na cele humanitarne. „Prima charitas ab ego“.

Zdarza się atoli, że obie strony znajdują się w złem położeniu majątkowym. Wtedy kolega spieszy z pomocą bezinteresownie, a w nagrodę za to bardziej się zniszczył materyalnie, aniżeli kolega, którego dom choroba nawiedziła. Ten bowiem może się powołać na nieszczyście, które go spotkało i koledzy lub stowarzyszenia humanitarne pospieszą mu z pomocą. Lekarz zaś, który tygodniami czuwał nad lożem chorego, zaniedbał swoją praktykę i popadł w nędzę. W tych przypadkach stowarzyszenia humanitarne tem bardziej pomocy udzielić powinny, a pomoc ta powinna przybrać cechy zaszczytnej nagrody za poświęcenie. Rzeczą zaś kolegi, któremu sąsiad pospieszył z pomocą, być winno, aby o tem zawiadomił, kogo należy i tym sposobem spłacić dług wdzięczności u kolegi zaciągnięty.

Jakże się dzieje w rzeczywistości? Rozmaicie. Zależy to od taktu i od szlachetności kolegi. Kolega mającyny znajdzie tysiące sposobów okazania swej wdzięczności drugiemu koledze i skłonienia go do przyjęcia honorarium. Popęłniłby zaś ogromny nietakt, gdyby po chorobie doń napisał: „Kolego! wzywałem Waszej pomocy, której mi nie odmówiliście, proszę o rachunek“. Takie listy boją i goryczą napełniają. Rozrywają one brutalnie stosunki przyjaźni, które poprzednio kolegów łączyły, a lekarz altruista nie tylko nie otrzyma wynagrodzenia za trudy, bo rachunku nie pośle, ale nadto straci przyjaciele.

Rozlicznych tych odcieni przyjmowania i świadczenia przysług należycie nie oceni wzięty lekarz stołeczny, intratną praktykę mający, ale przyjrzyć się trzeba mrowczej pracy lekarza prowincjonalnego. Przynajmniej mu bezwzględnie prawo do pobierania wynagrodzenia za pracę, z której żyć musi. Jeżeli postawimy rzecz jasno, że kolega koledze trudy ma wynagrodzić, wtedy i szersza publiczność nie będzie lekarzy wyzykiwać. („Przeg. Lek.“).

(№ 121) — W sprawie Mayówniej, zmarłej w szpitalu św. Łazarza w Krakowie z powodu krwo-

toku następowego po operacji wola, skazał sąd D-ra C z a j k o w s k i e g o, który wezwany jako lekarz dyżurny nie pośpieszył z pomocą do chorej, na 100 koron grzywny.

(№ 122). *Lekarze kolejowi, a wolny wybór lekarzy.* Lekarze kolejowi południowoniemieccy uchwalili nie tylko nie sprzeciwiać się wolnemu wyborowi lekarzy w zakresie służby kolejowej, ale nawet ruch w tym kierunku popierać.

(№ 123) — Jedna z największych niemieckich księgarń nakładowych dzieł lekarskich A. Hirschwalda w Berlinie, wydała w dwu obszernych tomach w tłumaczeniu A. Fabiana „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“ (Klinik der Brustkrankheiten) Alfreda S o k o ł o w s k i e g o, nagrodzone przez krakowską Akademię Umiejętności. Po Herynga laryngologii jest to drugie dzieło polskie z działu piśmiennictwa podręcznikowego, które w ciągu roku zostało przetłumaczone na język niemiecki.

(№ 124) — „Żurnal Obszcz. Russkich Wracej Pirogowa“ przytacza kopię oryginalnej depezy, którą wysłał generał-lejtnant P a r c z e w s k i do komenderującego 12 wschodnio-syberyjskim pułkiem: „Bydło podejrzone jako zarażone dżumą, chcąc oszczędzić kasie państwowej („kaźnie“) strat, pozwalam użyć do karmienia żołnierzy“.

Tak więc wyglądała „sanitarya“ armii na Dalekim Wschodzie.

(№ 125) — W Prusach od 1 stycz. do 30 czerwca r. b. zachorowało na nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 1661 osób, z tych zmarło 745. Na Szlaku zachorowało 897 (zmarło 407), w prowincji Nadreńskiej zachorowało 266 (zmarło 149). Najsilniejsza epidemia była w okręgu Opolskim (Oppeln): zachorowań 804, śmierci 354. („Gaz. Lek.“ № 31).

(№ 126) — *Do ograniczenia korzystania z bezpłatnych ambulatoryów* zmierza regulamin szpitalny ułożony przez namiestnictwo dolnoaustriackie, a do potwierdzenia ministerium spraw wewnętrznych przedłożony. Nowy regulamin, który dawniejsze „zasadnicze postanowienia“ uzupełnia, zawiera przedewszystkiem przepisy normujące w przyszłości korzystanie z ambulatoryów. Bezwzględnie potrzebna pomoc lekarska nie może być odmówiona. Chory powinien przedłożyć albo legalne świadectwo ubóstwa albo potwierdzenie przez radcę ubogich. Świadectwo to względnie potwierdzenie należy choremu odebrać a dać mu za nie „kartę ambulatoryjną“ (Ambulatoriumskarte). Wyjątkowo należy poniechać żądania dowodów niezamożności, a mianowicie jeżeli w pewnym przypadku musi się stosować nowe sposoby leczenia i to takie sposoby, jakimi dotąd nie rozporządzają prywatne ordynacje (radium etc.), dalej jeżeli chodzi o ambulatoryjne doleczanie chorych, którzy się leczą w tych samych zakładach na trzeciej klasie, wreszcie, jeśli chodzi o nadzwyczajne długotrwałe leczenie ambulatoryjne, które wymaga specjalnych wiadomości. Wtedy jednak należy w każdym poszczególnym przypadku uzyskać na to zezwolenie dyrekcji szpitalnej. Chorzy, podlegający obowiązkowi ubezpieczenia, są na ogół wykluczeni od leczenia ambulatoryjnego, chyba że przyniosą od lekarza kasowego pismo z odpowiedniem uzasadnieniem. Poszczególne punkty regulaminu tyczą się obowiązku chorych przestrzegania czystości, niepalenia tytoniu,

nie plucia po podłogach i innych spraw porządku domowego. Osoby, które ruch ambulatoryjny uszkadzają przez nadużycia, mogą być wydalane z ambulatorium. Chorzy mają być w przyszłości załatwiani ściśle wedle porządku, jak się zjawiali, z wyjątkiem nagłych przypadków. Leków, opatrunków ani narzędzi chirurg. nie wolno chorym dawać do domu, wolno ich używać tylko na ambulatorium. Wykluczeni od leczenia ambulatoryjnego są chorzy zakaźni albo dotknięci chorobami, o których należy władzy donieść. Świadczeń lekarskich wystawiać nie wolno. Dalsze paragrafy zawierają przepisy dla lekarzy ambulatoryjnych w sprawie odkażania i prowadzenia protokołu. Nowym jest przepis obowiązujący lekarzy do donoszenia o przypadkach podejrzanych zbrodni i karygodnych skaleczeń. Dalej wydano przepisy obowiązujące na wypadek wydarzenia się zejścia śmiertelnego w ambulatorium. Przy każdym zjawieniu się w ambulatorium ma chory mieć z sobą kartę ambulatoryjną. *E. S.* (Przeg. Lek. 1906. № 33).

(№ 127)—Opór bierny lekarzy d.-austriackich (p. № 94) trwa dalej, a trwa już 4½ miesiąca, pomimo że publiczność, pouczona o istocie walki, jakoteż wiele gmin wyraźnie oświadczyło się za lekarzami. Prawdopodobnie i dolno-austriacki wy-

dział krajowy wreszcie ustąpi. Nie bez wpływu jest walka lekarzy w Austrii dolnej na sąsiednie kraje koronne. Jedną z najmłodszych organizacji lekarskich, a mianowicie styryjska, już bez walki zdobyła sobie to, że w najbliższej sesji sejmowej krajowa ustawa sanitarna, opracowana przez organizację, wpłynie na porządek dzienny.

Ostatnimi czasami wydał kierownik organizacji lekarzy d. a. następujący okólnik: 1) Nie wolno żadnemu lekarzowi w zastępstwie lekarza rządowego podejmować kontroli publicznego szczepienia. 2) W dowód zaostrożenia oporu biernego należy odtąd na doniesieniach o chorobach zakaźnych pisać tylko: „choroba zakaźna” i nie podawać żadnego rozpoznania (nawet nie zaznaczać przypuszczenia swego w pewnym kierunku). 3) Ponieważ nie ma nikt obowiązku prowadzić spisów tygodniowych przypadków, w których przypuszcza się zakażenie, należy odtąd wstrzymać się z wygotowywaniem sprawozdań tygodniowych z tych przypadków, w których jeszcze lekarz rządowy nie interweniował.

Jak wiadomo, grożą lekarze walczący złożeniem równoczesnym wszelkich posad i akcyę w tym kierunku już rozwinięto. Dotąd złożyło na piśmie słowo honoru, że na żądanie kierowników swych w jednym dniu gremialnie złożą posady, 345 lekarzy gminnych i 161 nie-gminnych lekarzy — z 42 powiatów sądowych. (Przeg. Lek.).

OGŁOSZENIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

1. Badania doświadczałne z dziedziny trofiki mięśni, (wpływ zmian cyrkulacyjnych i in-nervacyjnych na mięśnie);
2. Bakteryologia krwawej biegunki;
3. Porównawcze określenie żelaza, hemoglobiny i liczby krążków czerwonych we krwi, przy blednicy i niedokrwistości;
4. Badania nad swoistością *Spirochaete pallida* (Schaudinn-Hoffman);
5. Zmiany w nadnerczu przy arteriosclerosis;
6. Patogeneza t. zw. *mycosis pharyngis*;
7. Fermenty mleka i znaczenie ich dla sprawy żywienia niemowląt.



Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1907 r. Za najlepsze dwie prace napisane na wybrane tematy, z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone zostały dwie nagrody po rubli 300.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Tow. Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Tow. Lek. Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsca ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

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.