

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7 półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administraeya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w roku 1898. Podali Wł. Palmirski i Z. Karłowski. — Metoda „leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung) chorych umysłowych. Napisał A. Wizel. (Ciąg dalszy). — O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej. Podał L. Kozicki. (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 8. O wpływie odjęcia szyi macicznej na przebieg ciąży i porodów następnych. 9. Gastroenterostomia u 8-tygodniowego ssawca wskutek wrodzonego przerostu odźwiernika. 10. Przypadek ostrego goścécowego zapalenia płuc w wieku dziecięcym z uwagami o działaniu ubocznem kwasu salicylowego. 11. Leczenie ukaszeń żmij 12. Ziemistości zasadowe w czerwonych ciąłkach krwi. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO.** Posiedzenie z dnia 10 listopada i 9 grudnia r. 1899 i 8 stycznia 1900 r. — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego poświęconego zwalczaniu gruźlicy. (Dokończenie). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Palmirski et Z. Karłowski — Sur la statistique des injections préventives contre la rage à Varsovie en 1898. 2) D-r A. Wizel — Sur le traitement des aliénés par la méthode d'alitement. 3) D-r S. Kozicki — Sur la valeur thérapeutique du sérum antistreptococcique.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Palmirski und Z. Karłowski — Die statistische Ergebnisse der praeventiven Infungen gegen die Tollwuth in Warschau für 1898. 2) D-r A. Wizel — Die Bettbehandlung der Irren. 3) D-r S. Kozicki — Ueber den therapeutischen Werth des Antistreptococcenserum.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

WYNIKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH WEDŁUG METODY PASTEUR'A

w roku 1898.

Podali

WŁ. PALMIRSKI i Z. KARŁOWSKI.

W roku 1898 zgłosiło się o poradę ogółem 1109 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane. Z tej liczby 131 osób nie podlegało leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez zwierzęta wyraźnie zdrowe, albo też, chociaż przez wściekłe lub podejrzane, to jednak nie do krwi, t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Następnie 18 osób przerwało leczenie samowolnie. Oprócz tego 9 osób z leczonych nie wciągnięto do statystyki z powodu, że próby na królikach nie wykazały wściekliczny. Tym sposobem w r. 1898 zaliczono do statystyki 951 osób.

Co do płci, było: mężczyzn 606, kobiet 345. Leczeni pochodzili z miejscowości następujących: Z gub. Warszawskiej 474 (w tej liczbie z Warszawy i okolic: Pelcowizny, Mokotowa, Powązek, Woli, Pragi i t. d. 163), z gub. Łomżyńskiej 35, z gub. Płockiej 29, z gub. Lubelskiej 66, z gub. Piotrkowskiej 137, z gub. Radomskiej 38, z gub. Kaliskiej 23, z gub. Kieleckiej 35, z gub. Siedleckiej 44, z gub. Suwalskiej 22, z gub. Grodzieńskiej 89, z gub. Mińskiej 21, z gub. Kowieńskiej 10, z gub. Wołyńskiej 22, z gub. Podolskiej 2, z gub. Wileńskiej 1, z gub. Witebskiej 2 i z gub. Mohylewskiej 1.

Co do wieku było dzieci: 1-letnich 6, 2-let. 13, 3-let. 22, 4-let. 34, 5-let. 45, 6-let. 29, 7-let. 46, 8-let. 43, 9-let. 29, 10-let. 41, 11-let. 33, 12-let. 33, 13-let. 22, 14-let. 41 i 15-let. 22. Starszych nad lat 15 — 492.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto leczenie, to po upływie 1—2 dni po ukąszeniu leczyło się 204 osoby, 2—5 dni — 488, 5—10 dni — 189, 10—20 dni — 53 i 20—30 dni — 17.

Pokąsanych przez psy było 878 osób, przez koty — 57, przez konie — 2, przez krowy 10, przez człowieka — 2 i przez świnię — 2.

Zwierzętami kąsającymi były: psy w przypadkach 560, koty w 27, konie w 2, krowy w 6, człowiek w 2, świnię w 2.

Oдноśnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 55, w lutym 64, w marcu 61, w kwietniu 84, w maju 123, w czerwcu 110, w lipcu 120, w sierpniu 68, we wrześniu 97, w październiku 63, w listopadzie 45 i w grudniu 61.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzę kąsające było wściekłe, dzielimy pokąsanych, wzorem PASTEUR'a, na 3 grupy:

A. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została przez szczepienie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt.

B. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została na zasadzie badania zwłok, dokonanego przez weterynarza.

C. Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekłe na zasadzie objawów, podejrzanę lub niewiadome.

Dane porównawcze z r. 1898, tyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypałów, przedstawia niżej umieszczona tablica. (Str. 72).

Z leczonych w 1898 roku zmarli:

1) Sienkiewicz Marya lat 14 z Łowicza, gub. Warszawskiej, ukąszona została przez psa, jak próba wykazała, wściekłego 19 lutego 1898 r. w prawą rękę. Na miejscu ukąszenia — wielki paluch prawej ręki — i ranka przez paznokiec. Leczenie rozpoczęto 21 lutego 1898 r., trwało dni 14. S. była szczepiona dwa razy dziennie. Ranka nie była przypalana. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 24 marca, zmarła 26 marca 1898 r. S. podczas przebiegu choroby zachowała przytomność do ostatnich chwil, płyny przetykała, chociaż z trudnością, zdradzała chęć kąsania.

2) Jasiński Józef, lat 10, z Grójca, gub. Warszawskiej, ukąszony w wargę dolną 20 maja 1898 r. przez psa, którego wścieklizna stwierdzona została przez weterynarza na zasadzie sekcji. Ranka nie była przypalana. Leczenie rozpoczęto 22 maja 1898 r., trwało dni 14. J. był szczepiony 3 razy dziennie. J. zmarł na wodowstręt 25 lipca 1898 r. w Grójcu.

3) Margulis Zuś, lat 39 z Teofipolu, gub. Wołyńskiej, ukąszony 13 sierpnia 1898 r. w lewe przedramię przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Na miejscu ukąszenia 4 ranki do krwi, w gołe ciało. Ranki były przypalane po upływie 1 godziny. Leczenie rozpoczęto 16 sierpnia 1898 r., trwało 12 dni.

M. był szczepiony dwa razy dziennie. Choroba rozpoczęła się 6. IX. 1898 r. pod postacią bólów w miejscu ukąszenia. 8. IX. 1898 r. był bardzo pobudzo-ny, 9. IX. 98 r. objawy wodowstrętu wyraźne, 10. IX. 98 r. aerofobia. 13. IX. 1898 r. zmarł w Odessie.

UWAGA. Przypalania dzielimy na: wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypalania żegadłem lub stężo-nymi kwasami mineralnymi zaraz lub po upływie kilku minut, w przeciwnym zaś razie wszelkie przypalania uważamy za nie-wystarczające.

	A			B			C		
	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.
I. Ukąszenia zadane w twarz lub głowę									
{ pojedyncze		5}	9		2}	8		9}	41
{ liczne . . .		4}			6}			32}	
Przypalania wystarczające	—			—			—		
Przypalania niewystarczające	5			2			9		
Przypalania żadne	4			6			32		
II. Ukąszenia zadane w ręce									
{ pojedyncze		51}	133		35}	82		143}	409
{ liczne . . .		82}			47}			266}	
Przypalania wystarczające	3			1			5		
Przypalania niewystarczające	39			17			81		
Przypalania żadne	91			64			323		
III. Ukąszenia zadane w tułów i nogi									
{ pojedyncze		14}	29		9}	29		70}	171
{ liczne . . .		15}			20}			101}	
Przypalania wystarczające	—			—			5		
Przypalania niewystarczające	8			4			42		
Przypalania żadne	21			25			124		
IV. Liczne ukąszenia w rozmaite okolice ciała									
Przypalania wystarczające	2		6	—		9	—		25
Przypalania niewystarczające	1			3			10		
Przypalania żadne	3			6			15		
Ukąszonych przez rozdarte ubranie		34			34			129	
Ukąszonych w nagie ciało		143			94			517	
Razem			177			128			646
Ogólna liczba pokąsanych					951				

4) Bielenkiewicz Aleksandra, lat 18, z Chełma, gub. Lubelskiej, ukąszo-na w prawą stopę 2 lipca 1898 r. przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Na miejscu ukąszenia dwie ranki do krwi, gołe, na lewej zaś stopie draśnięcie ró-wnież gołe. Ranki były przypalane na 3 dzień. Leczenie rozpoczęto 14 lipca 1898 r., trwało dni 12. B. była szczepiona dwa razy dziennie. Choroba rozpo-częła się 1 października 1898 r. bólem nóg i brzucha. 2. X. 1898 r. wystąpił niedowład nóg, później rąk. Podczas choroby była bardzo niespokojna, zmar-ła w Chełmie 5. X. 1889 r.

5) Antonikowski Aleksander, lat 33, z Chełma, gub. Lubelskiej, zgłosił się do pracowni 8. X. 1898 r. o poradę z obawy zarażenia się podczas doglą-dania swej pokojówki Bielenkiewicz, która 5. X. 1898 r. zmarła na wodowstręt. An. opowiadał, że nie odstępował od łóżka chorej przez cały czas choroby, obcierał jej z ust ślinę, i że niejednokrotnie powalał swe ręce jej śliną. Na je-dnej z rąk była niewielka świeża ranka. Wobec możliwości dostania się śliny do ranki świeżej, An. zgodził się szczepić ochronnie. Leczenie rozpoczęto 8. X. 1898 r., trwało 12 dni. An. był szczepiony 2 razy dziennie. Podczas le-

czenia An. przyznał się, że miewał stosunki z B. nawet podczas pierwszych kilku dni jej choroby, nie przypuszczając, że to jest wścieklizna. Myśl o wścieknięciu się ciągle niepokoiła An., na odjezdnem oznajmił nam, że czuje, iż pomimo leczenia wścieknie się. O ile to było w naszej mocy, staraliśmy się uspokoić An., skutek był nie wielki. Po ukończeniu leczenia straciliśmy z oczów An., dowiedzieliśmy się o nim dopiero wtedy, kiedy zachorował

O przebiegu choroby An. udzielił nam łaskawie wiadomości kol. RUDNIEW z Lublina, gdzie An. zmarł 17. XI. 1898 r. An. zachorował 13. XI. 98 r. Chory uskarżał się na osłabienie górnych i dolnych kończyn, na brak łaknienia i snu, na ból w krzyżu i nogach, przytem gorączkował. 15. XI. 98 r. An., widząc, że jest poważnie chory, zdecydował się zapisać do szpitala wojskowego w Lublinie. Jadąc do szpitala, An. zauważył, że nie może podnosić nóg. Po przybyciu do szpitala stwierdzono niedowład kończyn, oprócz tego chory uskarżał się na swędzenie tułowia, nóg i na pobudzenie narządów płciowych, częste napięcie prącia i na bezsenność, która trwała już od 3 dni. 16. XI. 98 r. ciepłota ciała $39,8^{\circ}$ C., uskarża się na ciężar w nogach, na niemożność podnoszenia ich i na ból w krzyżu. Chory podniecony, źrenice cokolwiek zwężone i słabo oddziałują na światło. Tętno 88, słabe, zatrzymanie moczu, kału, odruchy kolanowe i skórne (m. cremaster i mięśni brzusznych) zniesione. Czucie zachowane, oddziaływanie mięśni na prądy faradyczne w znacznym stopniu zmniejszone. Uskarża się na swędzenie całego ciała, szczególnie zaś prącia i podeszew. Mocz, wydobyty za pomocą cewnika, barwy czerwonej, zawiera ślady białka; przy badaniu drobnowidzowem osadu z moczu nic szczególnego nie znaleziono. Chory pił mleko, chociaż z trudnością. O godz. 6 wiecz. tegoż dnia wymioty, barwy zielonej, które powtórzyły się o godz. 9 i 10 wieczorem. Ślina wydziela się w znacznej ilości. Ciepłota ciała o godzinie 6 wieczorem $38,8^{\circ}$ C., a o 12-tej w nocy $38,2^{\circ}$ C. Tętno słabe.

17. XI. O godz. 2 w nocy niedowład języka, mówił niezrozumiale, nie mógł znaleźć sobie miejsca, prosił, żeby go podnieść, to znów położyć. Rano ciepłota $37,8^{\circ}$ C., chory nic mówić nie może, źrenice rozszerzone, na światło prawie nie oddziałują, tętno 108, o godz. 2-ej po południu An. zakończył życie.

Sądząc z przebiegu choroby, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że An. zmarł na wodowstręt. Nasuwa się pytanie, w jaki sposób An. mógł się zarazić, czy przez rankę na ręce, do której dostawała się ślina, czy też inną drogą. Jeżeli wścieklizna rozwija się po ukąszeniu w rękę, przedewszystkiem występuje ból w miejscu ukąszenia, następnie osłabienie i niedowład tej kończyny i t. d. Przebieg choroby u An. jest cokolwiek odmienny. Choroba rozwija się w taki sposób, że trudno określić miejsce, którędy jad dostał się do ustroju. Podobny przebieg choroby częściej spotykamy u osób, ukąszonych w twarz, niż w inne okolice ciała. Wobec tego nasuwa się przypuszczenie, czy An. nie był całowany podczas stosunku z B. lub nawet ukąszony przez nią. Przypuszczenie to staje się realniejszym wobec tego, że w ostatnich chwilach swego życia podobno An. wspominał o swoim ukąszeniu przez B., lecz miejsca wskazać już nie mógł.

Przypadek ten zasługuje na szczególniejszą uwagę, jest on pierwszy w literaturze, gdzie zarażenie człowieka nastąpiło od człowieka.

A zatem wszystkich osób z leczonych metodą PASTEUR'a w r. 1898 zmarło 5. Odsetka śmiertelności wynosiła 0,52%.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się zebrać wiadomości o 4 przypadkach:

1) Szymański, lat 54, ze wsi Rudzicz, gm. Ludwiń, pow. Lubartowski-go, gub. Lubelskiej, ukąszony w prawą rękę przez psa niewiadomego. Na miejscu ukąszenia drobna ranka do krwi. 19 lutego 1898 r., ból w miejscu ukąszenia, zmarł w nocy z 21 na 22.

2) Geberthus z Białegostoku, gub. Grodzieńskiej, ukąszony przez psa niewiadomego w czerwcu 1898 r., zmarł w drodze do Warszawy na st. Tłuszcz w początkach września 1898 r.

3) Ułubikow Musa, lat 29, z Sáratowskiej gub., ukąszony we Włocławku około 1 sierpnia 1898 r. przez psa niewiadomego. Pierwsze objawy wystąpiły 13 września 1898 r., zmarł 15 września tegoż roku w szpitalu Jana Bożego w Warszawie.

4) Hołub Włodzimierz, lat 14 z Pińska, ukąszony podczas lata 1898 r. w rękę przez psa niewiadomego. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 26. XI. 98 r., zmarł 27. XI. 98 r.

Przy stosowaniu leczenia według metody PASTEUR'a, posiłkowaliśmy się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniem 8-dniowym, kończąc dwu lub jednodniowym. Leczenie trwało od 10 do 14 dni; zastrzykiwano pokąsanym stosownie do ukąszenia 2—3 razy dziennie po 2 ctm. sz. dość gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarażonego jadem stałym (*virus fixe*). Rdzenie przechowywane były w ciepłocie *maximum* 12°—15° C.

Na zakończenie tego sprawozdania uważamy za stosowne nadmienić, że dla danych statystycznych pożądane jest, ażeby pokąsani przywozili ze sobą mózg zwierzęcia kąsającego. Mózg — włożony do słoika z gliceryną, służyć może do prób nawet po kilku tygodniach i może być przesyłany pocztą, lby zaś zwierząt, przywożone do pracowni, podczas drogi najczęściej ulegają rozkładowi i nie mogą być użyte do tego celu. Dążeniem naszym jest, ażeby grupa A leczonych metodą PASTEUR'a była jak najliczniejsza. Mając podobny materiał, będziemy mogli wyprowadzać wnioski na podstawie rzeczywistych danych i wyświetlić dość jeszcze ciemną sprawę.

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYŚLOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
(NA CZYSTEM).

Metoda „leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung)

chorych umysłowych.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 3).

Historia metody „leczenia w łóżku“ jest bardzo krótka. Po raz pierwszy wzmiankę o niej znajdujemy w pracach dwóch psychiatrów: GUISLAIN'a i Ludwika MEYER'a z przed 40 lat. Poglądy jednak tych autorów nie znalazły na razie uznania, i obłąkanych leczono po dawnemu. Dopiero z biegiem czasu

zaczynają psychiatrzy niemieccy tu i owdzie ostrożnie próbować metody „Bettbehandlung“, aż wreszcie w 1870 r. w Getyndze, a w 1877 r. w Bremie zaczęto ją na szeroką skalę stosować. Odtąd już sprawa idzie szybkim krokiem naprzód, i coraz większa liczba zakładów niemieckich zaczyna metodę leczenia w łóżku zaprowadzać. Jednocześnie i w literaturze zawrzała gorączkowa dyskusja, do której nader energiczny impuls dał NEISSER odczytem swym, wygłoszonym w 1890 r. na zjeździe lekarskim międzynarodowym w Berlinie.

Cóż to jest takiego metoda „leczenia w łóżku“, na czym istota jej polega?

Metoda ta polega na tem, że chorych umysłowych, nawet najbardziej niespokojnych, trzymamy w łóżku, przyczem absolutnie niczem ich nie krępujemy. Chorzy są rozebrani i leżą w ten sam sposób, jak zwykli chorzy obłożni. Chorzy przebywają w łóżku całymi tygodniami, a nawet miesiącami. Z łóżka jednak mogą parę razy na dzień wstawać, już to ażeby przyjąć posiłek, już to, gdy inna potrzeba tego wymaga. Leczenie w łóżku, które w innych działach terapii jest tylko pewnym trybem życia, nakazywanym przez naturę lub zalecanym przez lekarza, w psychiatrii staje się metodą leczniczą, dającą bardzo wielkie korzyści. O tych korzyściach będziemy mówili niżej, tutaj zaś przedewszystkiem zastanowimy się nad wskazaniem dla omawianej metody.

NEISSER ⁶⁾ wskazuje do metody „leczenia w łóżku“ widzi w następujących przypadkach: w psychozach, wynikających z wyczerpania, (w psychozach połogowych i miesięczkowych, w psychozach, rozwijających się w następstwie chorób zakaźnych), we wszystkich przypadkach zadumy (melancholii), w psychozach, cechujących się podnieceniem, wreszcie w przypadkach bezwładu postępującego.

KRAEPELIN ⁷⁾ ⁸⁾ jeszcze większy zastęp chorych do metody leżenia kwalifikuje. Leżeć winni według niego: 1) wszyscy chorzy, wymagający leżenia ze względu na swój stan fizyczny, a mianowicie: a) chorzy z najrozmaitszemi chorobami cielesnemi, b) chorzy po udarze mózgowym i dotknięci bezwładem, c) chorzy wyniszczeni i cierpiący na uwiąd, d) nieczyści, e) źle odżywiający się; 2) chorzy z ciężkim pogębieniem, a zatem melancholicy, zwłaszcza z popędem samobójczym, oraz cierpiący na osłupienie (stupor); 3) chorzy, cierpiący na *mania*, na *mania periodica* i *psychosis circularis*; 4) wreszcie chorzy, którzy z najrozmaitszych powodów winni leżeć, a zatem wszyscy, świeżo przybywający, następnie podsądni, morfimiści, kokainiści, epileptycy i inni.

Widzimy z powyższego, że zakres wskazań dla metody „leczenia w łóżku“ jest bardzo wielki. Leżenie należy stosować w tych wszystkich przypadkach, w których chodzi bądź o zaoszczędzenie sił fizycznych chorego, bądź o zaoszczędzenie sił jego duchowych, bądź o rozciągnięcie ścisłej kontroli nad chorym, bądź wreszcie o zmniejszenie podniecenia.

Metoda „leczenia w łóżku“ nie zawsze jest łatwa do przeprowadzenia. Chorzy osłabieni, wyniszczeni, niedołężni, obojętni i t. p. bez wszelkiej trudności dają się w łóżku utrzymać, inaczej się rzecz ma, gdy chodzi o chorych podnieconych, gwałtownych, szalejących. I dla tego to technika „Bettbehandlung“ wymaga jaknajszczegółowszego rozbioru.

⁶⁾ Cl. NEISSER. Die Bettbehandlung der Irren. Berl. klin. Woch. 1890. Nr. 38.

⁷⁾ KRAEPELIN. Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik. Allgem. Zeitsch. für Psych. 1895.

⁸⁾ KRAEPELIN i SIOLI. Ueber Ueberwachungsabtheilung. Allg. Zeitsch. für Psych. 1895.

By módz we wszystkich przypadkach, wymienionych powyżej, metodę leżenia przeprowadzić, należy zastosować cały szereg warunków.

Na pierwszym planie postawić należy warunek, by wszyscy niemal chorzy leżący, z wyjątkiem bardzo niewielu, mieli nieustanny nadzór nad sobą, by nieustannie czuwała przy nich służba. System ciągłego czuwania nad chorymi umysłowymi nie jest rzeczą nową. Jeszcze bowiem w 50-tych latach psychiatra francuski PARCHAPPE pisał o „quartier de surveillance continue“, jako o nieodzownej części każdego zakładu psychiatrycznego. W oddziale nieustannego czuwania PARCHAPPE uważał za konieczne umieszczać chorych, cierpiących fizycznie, chorych z popędem samobójczym, wreszcie chorych z „niemoralnymi nałogami“.

Tę samą myśl podniósł później GUDDEN⁹⁾, również uważając za niezbędne mieć nad pewną kategorią chorych ani na chwilę nieustający nadzór. Idea PARCHAPPE'a na razie nie znalazła należytego uznania. Szczęśliwszy był GUDDEN, dzięki wystąpieniu którego zaczęto tu i owdzie urządzać oddziały czuwania—„czuwalnie“ („Wachabtheilung“), przyczem zakres przypadków, kwalifikujących się do podobnych oddziałów, coraz bardziej rozszerzano. Obecnie oddziały czuwania cieszą się wielkim uznaniem i są bardzo, zwłaszcza w Niemczech, rozpowszechnione.

Z krótkiego tego rysu historycznego widzimy, że idea „czuwalni“ powstała niezależnie od idei „leczenia w łóżku“, w dalszym jednak ciągu obie te idee rozwijały się już harmonijnie, zespoliły się ze sobą i złożyły się w końcu na niezmiernie doniosłą całość terapeutyczną.

Właściwie mówiąc, czuwanie nie jest metodą leczniczą, znaczenie podobne posiada jedynie leżenie, czuwanie jest jednak niezmiernie ważne z tego powodu, że umożliwia zastosowanie metody leczenia w łóżku.

Rola czuwającej służby jest nader ważna, zwłaszcza, gdy chodzi o chorego niespokojnego. By chory taki leżał, posługacz winien ciągle przy nim się znajdować. O ile chory na łóżku się rzuca, winien perswazyą nakłaniać go do leżenia, wyskakującego napowrót do łóżka prowadzić, układać go i kołdrą okrywać, w razie większego podniecenia usiąść przy nim i od gwałtowniejszych ruchów powstrzymywać. Zadanie to, oczywiście, winien posługacz spełniać z całą sumiennością i delikatnością. Tak trudnego zadania byle komu powierzać nie można, to też lekarz winien bardzo oględnie służbę dobierać i dużo pracy włożyć w to, aby ją odpowiednio wyćwiczyć.

Drugi warunek, na który silny nacisk kładą autorowie, jest ten, aby chorzy zaraz z samego początku, t. j. z chwilą przybycia do zakładu, byli poddawani metodzie leczenia w łóżku. Im później metodę tę zastosować, tem trudniej chorego do leżenia nakłonić, a chorzy, którzy lata całe spędzili w szpitalu bez leżenia, zazwyczaj bardzo mu się opierają. Przywykli do ciągłego ruchu, nie łatwo przechodzą do wręcz przeciwnego trybu życia. Dla tego to w oddziale swym trzymam się tej zasady, iż każdego nowo-przybywającego chorego zaraz do łóżka kładę. Oczywiście, jeżeli w którym przypadku leżenie uważam za zbyt czynne, chorego po paru dniach obserwacji oswobadzam. Ci zaś, którzy ze względu na swój stan psychiczny wymagają leżenia, pozostają nadal w łóżku.

W większości przypadków chorzy, o ile zaraz na wstępie zostali do łóżka położeni, uspokajają się i do leżenia przywykają. W niektórych jednak

⁹⁾ GUDDEN. Allg. Zeitsch. f. Psych. 1886.

przypadkach chorzy nie przestają być podnieconymi, i wówczas lekarz jest zmuszony uciec się, celem zmniejszenia podniecenia, do rozmaitych pomocniczych środków. Z tych przedewszystkiem na uwagę zasługują zabiegi hipnotyczne.

Chorem bardzo niespokojnym należy stosować ciepłe, długotrwałe wanny albo koce. Te ostatnie są nawet, zdaniem mojem, bardziej kojące i łatwiej zastosować się dają. To też w moim oddziale wszyscy bardzo podnieceni chorzy, o ile tylko fizyczny stan ich zdrowia na to pozwala, koce otrzymują. W kocach leżą od 1—3 godzin, dzięki czemu prawie zawsze ogromnie się uspokajają. Są tacy, którzy z koców wyrwywają się, nic łatwiejszego jednak, jak choremu w tem przeszkodzić. Podczas leżenia w kocu niektórzy chorzy do tego stopnia uspokajają się, że nawet zasypiają, inni znów zasypiają po kocu.

Niektórzy psychiatrzy zarzucają kocom, że są środkiem również brutalnym, jak kaftan. Zarzut ten jest, zdaniem mojem, zupełnie niewłaściwy. Koce wszak stosujemy i u osobników psychicznie zdrowych, jako zabieg leczniczy, a więc już przez to samo traci on charakter jakiegokolwiek przymusu. Po wtóre, kaftan nakłada się jedynie w tym celu, by unieruchomić chorego, gdy tymczasem koce stosujemy w celu uspokojenia chorego. Różnicę pomiędzy kaftanem i kocem sami chorzy doskonale odczuwają. Żaden nie oburza się na to, że mu zrobiono koc, — o ile nie jest pozbawiony zupełnie świadomości, rozumie, że koc to pewien środek leczniczy, a wyzdrowiawszy, nigdy nie ma pretensyi do lekarza za to, że mu koc zalecił. Godność jego osobista nic na tem nie ucierpiała.

Następnie ważnym środkiem pomocniczym są leki kojące i narkotyczne. Wszystkie odnośne przetwory farmaceutyczne mają tu zastosowanie z tą wszelako różnicą, że przy leżeniu chorych w łóżku znacznie mniej się ich używa. Wszyscy psychiatrzy, stosujący metodę „Bettbehandlung“, stwierdzają, że środków kojących i nasennych wychodzi w ich zakładach znacznie mniej, niż dawniej, gdy metody tej jeszcze nie stosowali. Tak np. WATTENBERG¹⁰⁾ wykazuje, że w 1895 roku chorzy jego potrzebowali bromu $\frac{1}{6}$, chloralu $\frac{1}{4}$, morfiny $\frac{1}{22}$, *extr. opii* $\frac{1}{10}$, paraldehydu $\frac{1}{21}$, sulfonalu $\frac{1}{2}$ tego, co zużyli w 1893 roku. A zatem, dzięki metodzie leczenia w łóżku i „przymus chemiczny“ (chemische Zwangsmittel), jak go nazywa NEUMANN, staje się o wiele słabszym.

Co do mego oddziału, to tak pięknymi wynikami nie mógłbym się pochwalić, jednakże i moi chorzy od czasu wprowadzenia metody „leczenia w łóżku“ mniej środków kojących i narkotycznych używają. Tak np. w ostatnim miesiącu potrzebowano o 29 gramów mniej sulfonalu, o 60 grm. mniej chloralu, o 160 grm. mniej bromu, o 5 grm. mniej makowca, aniżeli w tym samym przeciągu czasu pół roku temu; nadto nie zalecono wcale morfiny, wyciągu makowca, ani paraldehydu, gdy pół roku temu w ciągu miesiąca użyto prócz wyżej wymienionych leków: 2,72 *extr. opii aqu.*, 0,52 morfiny oraz 20,0 paraldehydu.

Oto są najogólniejsze dane, dotyczące techniki metody leczenia w łóżku, co do których wszyscy psychiatrzy są ze sobą w zgodzie. Istnieje wszakże pewna kwestya, wchodząca w zakres metodologii, co do której zdania psy-

¹⁰⁾ WATTENBERG. Sollen wir isoliren? Allg. Zetschr. für Psych. 1896.

chiatrów są podzielone. Kwestya ta jest następująca: czy chorych umysłowych, leżących w łóżku, umieszczać we wspólnych, czy też w oddzielnych pokojach?

NEISSER¹¹⁾, lekarz naczelny zakładu w Leubus, jeden z pierwszych apostołów metody Bettbehandlung, utrzymuje, że należy zawsze usiłować trzymać chorych we wspólnych pokojach, — zdaniem jego „doświadczenie stwierdza, iż w olbrzymiej większości przypadków, przy bardzo nawet znacznej agitacyi, udaje się przyzwyczaić chorych do leżenia we wspólnych pokojach“. Niechęć swą względem umieszczania chorych w oddzielnych pokojach uzasadnia tem, iż izolowanie chorego człowieka, nawet wówczas, gdy następuje ono wskutek wielkiej burzliwości chorego i celem zabezpieczenia otaczających go osób, jest zawsze okrucieństwem. NEISSER przyznaje, że zdarzają się wprawdzie przypadki, w których chorego żadną miarą uspokoić, ani nakłonić do leżenia we wspólnym pokoju nie można, i że nie pozostaje wówczas nic innego, jak tylko chorego izolować, przypadki takie jednak, przy stosowaniu metody leczenia w łóżku, są niesłychanie rzadkie (w Leubus upływają nieraz całe tygodnie i miesiące bez izolacyi) i nie powinny w niczem ogólnej zasady zmieniać, a zasadą tą jest: chorych, nawet niespokojnych, w ogólnych salach trzymać.

HEBOLD¹²⁾, lekarz zakładu w Sorau, również zwolennik metody „leczenia w łóżku“, nie potępia tak surowo izolacyi. Utrzymuje on, że są chorzy, którzy, leżąc w łóżku, póty nie uspokajają się, póki przebywają razem z innymi chorymi, i że dość przenieść ich do oddzielnego pokoju, aby się momentalnie uspokoiili. Następnie HEBOLD zwraca uwagę, iż bywają chorzy, którzy, ze względu na swe dawne stanowisko społeczne oraz nawyknięcia domowe, niechętnie razem z innymi leżą i wolą przebywać sami. Z tych to względów HEBOLD protestuje przeciwko nazywaniu izolacyi „okrucieństwem“, zwłaszcza gdy pokój, służący do izolacyi, ma wszystkie cechy pokoju sypialnego, posiada dobre powietrze i dostateczne rozmiary.

SCHOLZ¹³⁾ dyrektor zakładu w Bremie, jest tak samo, jak NEISSER, przeciwnikiem wszelkiej izolacyi, — zdaniem jego, metoda leczenia w łóżku czyni odosabnianie zbytecznym. Ale i ten autor przyznaje, że zdarzają się wyjątkowe, niezmiernie rzadkie przypadki, w których chorego z powodu nadzwyczajnej gwałtowności utrzymać we wspólnym pokoju niepodobna, i że wówczas nie pozostaje nic innego, jak tylko odosobnić go. Ale, izolując chorego, należy umieszczać go nie w „celi“, lecz w zwykłym pokoju, za posłanie należy mu dawać nie trawę morską, lecz łóżko, wreszcie nie samego pozostawiać go należy, lecz w towarzystwie posługacza, czyli, jednym słowem, że pokój izolacyjny winien być urządzony według wszelkich zasad „swobodnego leczenia“, i chory, przebywający w nim, winien być leczony metodą „Bettbehandlung“.

(C. d. n.).

11) Cl. NEISSER. Noch einmal die Bettbehandlung der Irren. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1894.

12) HEBOLD. Bettbehandlung und Zelle. Allg. Zeitsch. für Psychiatrie. 1891.

13) SCHOLZ. L. c.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
I Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ D-RA PALMIRSKIEGO W WARSZAWIE.

O WARTOŚCI LECZNICZEJ SUROWICY PRZECIWPACIORKOWCOWEJ.

Podał

L. KOZICKI.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 3).

Spostrzeżenie IV. E. D. obywatelka wiejska lat 57, zamężna od lat 35, rodziła 11 razy, ostatnio przed 16 laty; przed 15 laty przechodziła różę na twarzy i głowie, i podczas tej choroby nastąpiło poronienie. Przed 3 miesiącami wytworzył się na karku ropień, który pękł i zabił się bez pomocy lekarskiej. Wogóle zawsze była zdrowa.

W nocy 27. I. 1897 roku chora poczuła dreszcze wstrząsające, poczem zauważono gorączkę wysoką z bredzeniem; nad ranem dostrzeżono na nosie opuchnięcie i zaczerwienienie skóry, bolesne przy obmacywaniu. Przez dni następne zaczerwienienie szerzyło się z nosa na twarz. Czwartego dnia choroby lekarz miejscowy stwierdził różę twarzy i zapalenie płuc prawostronne, zalecił bańki suche, środki przeciwgorączkowe i wykrztuśne, na zaczerwienioną zaś skórę twarzy smarowanie ichtyolem. Przez następne 2 tygodnie róża, szerząc się dalej i niknąc na miejscach dawnych, zajęła stopniowo część głowy uwłosioną, kark i plecy, czemu towarzyszyły dreszcze codzienne i wysoka gorączka. Stan ten trwał do dnia 15. II., poczem ciepłota obniżyła się, róża nie pojawiała się na nowych miejscach i przybladła na dawniejszych, chora cierpiała tylko na uporczywe wzdęcie brzucha, które ustąpiło po paru dniach przy stosowaniu lawatyw.

Chorą widziałem po raz pierwszy, będąc wezwany na wieś; stwierdziłem, co następuje. Wzrost dobry, budowa prawidłowa, odżywianie niezłe, osłabienie znaczne, gdyż chora z trudnością podnosi się na łóżku; podług słów otoczenia stan sił o wiele lepszy, niż dni poprzednich. Ciepłota $37,8^{\circ}$, tętno 100 prawidłowe, słabe. Język podsychnięty, obłożony nalotem szarym. Na twarzy, karku i plecach naskórek łuszczy się obficie, barwa skóry w tych miejscach ma odcień sinawy, świeżych ognisk róży nie widać. W narządach wewnętrznych zmian widocznych nie stwierdziłem. Chorej zaleciłem lekką dyetę wzmacniającą i leżenie w łóżku. Na drugi dzień stan chorej uległ znacznemu pogorszeniu, pojawiły się dreszcze, ciepłota wahała się między $38,6^{\circ}$ w południe i 40° wieczorem.

25. II. chorą widziałem powtórnie; znalazłem osłabienie o wiele większe, ciepłota $38,8^{\circ}$, tętno 100 prawidłowe, lecz słabe, język suchy, obłożony nalotem szarym. W części górnej brzucha skóra ma zabarwienie czerwone, ostrościęte, szczególnie od dołu i po bokach. Ze strony narządów wewnętrznych brak zmian widocznych.

Stwierdziwszy różę wędrującą, wobec długotrwałej już choroby i upadku sił groźnego dla życia w razie przedłużania się cierpienia, radziłem spróbować leczenia surowicą przeciwpaciorkowcową i, otrzymawszy pozwolenie rodziny, zastrzyknąłem tegoż dnia w południe 10 ctm. sz. surowicy MARMO-

REK'a pod skórę brzucha. Wieczorem tegoż dnia ciepłota $39,3^{\circ}$, samopoczucie bez zmiany. Przez kilka dni następnych chorej nie miałem sposobności widzieć; stosowano u niej jedynie środki podniecające i przeciwgorączkowe; otoczenie zapewniało, że od drugiego dnia po zastrzyknięciu surowicy nastąpiła pewna poprawa samopoczucia, chora sypiała nieco lepiej, ciepłota jednak wieczorami wahała się w granicach $39,3^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$. Róża posuwała się wciąż po skórze brzucha, łędźwiach i klatce piersiowej ku dołowi; każdorazowo świeże ognisko było poprzedzone ziębieniem i nasileniem ciepłoty. Miejscowo stosowano okłady sublimatowe.

Od dnia 2. III. chorą aż do końca choroby odwiedzałem na wsi codziennie i od tego też czasu rozpocząłem stałe leczenie surowicą.

2. III. Ciepłota $37,9^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$, tętno 112 prawidłowe, słabe, oddechów 42 na minutę; osłabienie, brak łaknienia; róża, szerzy się prawie po całym brzuchu i łędźwiach. Skóra w tem miejscu jest silnie zaczerwieniona, nieco świerzbiąca. Język suchy, obłożony, brak łaknienia, pragnienie, zaparcie stolca. Z tyłu na stronie prawej klatki piersiowej stępienie odgłosu wypukowego, osłabienie oddechu i drżenia klatki piersiowej. Zastrzyknięto pod skórę brzucha 10 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej. Zalecono kofeinę po gr. III — 4 proszki dziennie; lawatywę. O godzinie 8 wieczorem tętno 116 prawidłowe, słabe; stan ogólny bez zmiany. Zastrzyknięto powtórnie 10 ctm. sz. tejże surowicy.

3. III. Ciepłota 37° — $38,8^{\circ}$. Nad ranem tętno arytmiczne. W ciągu dnia chora czuła się o wiele lepiej; tętno 120 prawidłowe; język suchy. Z tyłu od kąta dolnego łopatki prawej ku dołowi stępienie odgłosu wypukowego, oddech osłabiony, lecz wyraźniejszy, niż dnia poprzedniego, skąpe rżenia wilgotne; na stronie lewej rżenia obfitsze. Wieczorem zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy, zalecono okład rozgrzewający na klatkę piersiową, *t-ra strophanti* 3 razy dziennie po 5 kropel i kamforę po gr. $\frac{1}{3}$ co 3 godziny proszek.

4. III. Ciepłota $37,3^{\circ}$ — $36,6^{\circ}$ tętno 104 prawidłowe; na skórze brak wszelkich objawów zapalnych; stępienie odgłosu wypukowego na stronie prawej mniej wyraźne, oddech wyraźniejszy, rżenia wilgotne nieobfite. Chora czuje się o wiele lepiej, chętniej rozmawia, zażądała i spożyła nieco mleka zsiadłego. Zalecono *t-ra strophanti* i *liq. Ammonii anis.* osobno 3 razy dziennie po 5 kropel i 4 proszki dziennie kofeiny po gr. III.

5. III. Od rana kaszel męczący, płwocina skąpa. W południe dreszcze wstrząsające przez $\frac{3}{4}$ godziny, ciepłota $39,2$, tętno 134. Wieczorem ciepłota $37,9^{\circ}$, tętno 110 prawidłowe. Przytomność zupełna, w płucach stan bez zmiany. Na górnej $\frac{1}{2}$ powierzchni zewnętrznej uda prawego skóra mocno zaczerwieniona, obrzmiała; zaczerwienienie owo wyraźnie ograniczone. Zastrzyknięto pod skórę brzucha 10 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej, na udo prawe nałożono okład karbolowy, na klatkę zaś piersiową rozgrzewający, *t-ra strophanti* po 8 kropel i *liq. Ammonii anis.* 3 razy dziennie po 5 kropel.

6. III. Ciepłota $36,1^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$, tętno 110 prawidłowe. Sen i samopoczucie o wiele lepsze. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy, okład na klatkę piersiową, leki, jak dnia poprzedniego.

7. III. Ciepłota $35,2^{\circ}$ — $35,7^{\circ}$. Tętno 110 arytmiczne, słabe. Przytomność zupełna, osłabienie duże; w ciągu dnia 1 raz wymioty; przyjmuje tylko wino i herbatę. Zaczerwienienie charakterystyczne skóry wyrażone słabo, posunęło się cokolwiek ku dołowi. Kaszel niezbyt częsty; płwocina gęsta, śluzo-

wo-ropna. Stępienie odgłosu wypukowego na stronie prawej tylko w wąskim pasie dolnym, powyżej prawie do grzebienia łopatki odgłos z odcieniem bębnowym. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy, zalecono środki podniecające i wykrztuśne.

8. III. Ciepłota $36,7^{\circ}$ — $35,8^{\circ}$, tętno 112 prawidłowe, pełniejsze, język wilgotniejszy, stan sił nieco lepszy. Zaczerwienienie charakterystyczne szerzy się na powierzchniach zewnętrznej i tylnej uda prawego; prócz tego pojawiło się ono w górnej $\frac{1}{3}$ ramienia prawego na powierzchniach przedniej i zewnętrznej. Kaszel mniej dokuczliwy, odpływanie lżejsze. Stępienie odgłosu wypukowego wyraźne nad grzebieniem łopatki prawej, oddech na stronie prawej nieco zastrzony. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy, zalecono wino, kofeinę, *strophanthus*.

9. III. Ciepłota $35,8^{\circ}$ — $36,1^{\circ}$. Całą noc spała dobrze, tętno 108 prawidłowe. Chora rześwieszona, język podsycający, w ciągu dnia wypila 3 szklanki mleka. Zaczerwienienie skóry słabnie, w płucach stan bez zmiany. Wieczorem zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy — zalecono wino, kawę czarną z koniakiem, kofeinę, *strophanthus. liq. ammonii anis*.

10. III. Nie gorączkuje, czuje się wiele lepiej, język wilgotny ze skłonnością jeszcze do podsykania. Kaszle rzadko, odpływanie łatwe. Ze strony płuc stępienie na stronie prawej mało wyrażone, oddech wyraźny, niezaostrzony. Zaczerwienienia skórne blednieją. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy, środki podniecające i wykrztuśne, okład rozgrzewający na klatkę piersiową.

11. III. Nie gorączkuje, samopoczucie i stan sił o wiele lepsze, tętno 104 prawidłowe. Stępienie z tyłu pod grzebieniem łopatki prawej wyrażone słabo, oddech w tym miejscu nieco osłabiony. Zaczerwienienia skóry znacznie przybladły. Pod obojczykiem prawym obrzmienie skóry wielkości orzecha włoskiego, chęłbocące, bolesne, skóra w tym miejscu sinawa, błyszcząca. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy. Zalecono wino.

12. III. Stan bezgorączkowy, tętno 94 prawidłowe; chora o własnej sile siada na łóżku. Charakterystyczne dla róży zaczerwienienia znikły zupełnie. Otwarto ropień pod obojczykiem prawym.

13—16. III. Stan zupełnie dobry, siły powracają.

17. III. Wieczorem ziębienie. Ciepłota $38,6^{\circ}$, kaszel przy leżeniu na boku prawym, rana ziarninuje dobrze.

18. III. Ciepłota $37,6^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$, tętno 108 prawidłowe. Stolca nie było od trzech dni; język wilgotny. Łaknienie małe, uskarża się na kaszel przy leżeniu na boku prawym, bóle w stawach, szczególnie kolanowych. Przy opukiwaniu na stronie prawej klatki piersiowej lekkie stępienie, oddech wyraźny, pęcherzykowy. Brzuch dosyć wzdęty, na miejscu jednego z ostatnich wstrzyknięć surowicy na brzuchu stwardnienie mało bolesne. Zalecono olej rycynowy.

19. III. Nie gorączkuje, uskarża się na bóle w stawach, na obu kończynach dolnych wysypka w postaci drobnych plamek czerwonych, o średnicy mniej więcej 2 milim., nie swędzących. Łaknienie dobre, stan sił z dnia na dzień poprawia się widocznie.

W ciągu następnego tygodnia w stanie chorej nastąpiła poprawa znaczna, bóle stawowe i wysypka znikły po kilku dniach; na stronie lewej w dolnej części brzucha omawiane nacieczenie tkanki podskórnej przeszło w ropienie; ropień wielkości dużego orzecha włoskiego sam otworzył się nazewnątrz i zagoił się szybko, nie sprawiając większych dolegliwości. Chora wkrótce przyszła zupełnie do zdrowia. Rana pod obojczykiem prawym zablizniła się,

zostawiając przetokę, przez którą sączyła się ropa kroplami. Chorą miałem możność widzieć po upływie czterech miesięcy. Przybyła ona do Warszawy w celu poddania się operacji z powodu guza rakowego prawej sutki; guz ów wytworzył się w okolicy omówionego wyżej ropnia podobojczykowego. Sutekę prawą usunięto wraz z gruczołami chłonnymi pod pachą, w stanie chorej nastąpiła poprawa znaczna, lecz w połowie jesieni tegoż roku zmarła ona na wsi przy objawach napadu apoplektycznego. Wywiady co do ostatnich dni życia chorej nasuwają podejrzenie, iż przyczyną śmierci było wytworzenie się ogniska rakowego w mózgu.

Wobec zalecanego niedawno sposobu leczenia guzów złośliwych szczepieniem róży, nie bez znaczenia jest przypadek E. D.; widzieliśmy bowiem, że przebyta świeżo róża niemal całej powierzchni ciała nie była w stanie uchronić od wytworzenia się raka.

Surowicę przeciwpaciorkowcową stosowano u E. D. późno, gdyż dopiero w 29 dniu choroby. Zastrzykiwania wykonano w trzech seryach. Pierwszy raz zastrzyknięto 10 ctm. sz., i, jakkolwiek podług słów otoczenia nastąpiła pewna poprawa w samopoczuciu chorej, jednakże gorączka nie ustępowała i wytwarzały się nowe ogniska róży. Po sześciodniowej przerwie, mając możność odwiedzać chorą codziennie, wznowiłem zastrzykiwania, wprowadzając w ciągu pierwszej doby 20 ctm. sz., zaś na drugi dzień 10 ctm. sz. Po ostatniej dawce chora nie gorączkowała całą dobę, w stanie jej nastąpiła poprawa znaczna. Sądząc, iż sprawa zakaźna jest już przecięta, zaniechałem surowicy, lecz po upływie doby, wobec pojawienia się nowego ogniska róży wraz z ziębieniem i gorączką, rozpocząłem trzecią seryę zastrzykiwań przez 7 dni po 10 ctm. sz. na dobę. Jakkolwiek w tym okresie choroby sprawa zapalna posuwała się dalej po skórze pomimo codziennych zastrzykiwań, jednakże nie dostrzegaliśmy jej wpływu ujemnego na stan ogólny; róża przebiegała bez gorączki, siły chorej zaczęły stopniowo wracać. Surowicę usunięto zupełnie w 3 dni od czasu pojawienia się ostatniego ogniska róży. Ogółem chora otrzymała 110 ctm. sz. surowicy w ciągu 17 dni. Działanie ujemne surowicy przejawiało się w 5 dni po ostatniej dawce w postaci wysypki na kończynach dolnych i bólu umiarkowanego w stawach, objawy te jednak znikły po upływie kilku dni.

Po rozpoczęciu zastrzykiwań surowicy, dostrzegamy u E. D. trzykrotnie poprawę stanu ogólnego jednocześnie z zastrzykiwaniami i pogorszenie wraz z przedwczesnem usunięciem tego środka; dla tego też skłonni jesteśmy w tym przypadku przypisywać surowicy wpływ dobroczynny. Surowica nie dawała nam tak efektownego wyniku, jak w spostrzeżeniu II, zdaje się jednak bardzo prawdopodobnem, iż znosiła ona cięższe objawy zakażenia, pomimo szerzenia się sprawy na skórze, jak to widzieliśmy wyraźnie w trzeciej seryi zastrzykiwań.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

8. S. Pozzi. **O wpływie odjęcia szyi macicznej na przebieg ciąży i porodów następnych.** W marcu i kwietniu roku zeszłego w paryskim towarzystwie ginekologicznem toczyły się rozprawy nad wpływem zabiegów ginekologicznych wogólności, a na szyi macicznej w szczególności, na przebieg następnych ciąży i porodów.

Dyskusję wywołał przedstawiony przez prof. PINARD'a przypadek pęknięcia macicy przy porodzie, po uprzedniej operacji na szyi macicznej i sklepieniach. Alarm, podniesiony przez PINARD'a, powinien, jakby się zdawało, zdyskredytować wszelkie zabiegi operacyjne na szyi macicznej, ze względu na możliwość smutnych następstw w przebiegu późniejszych porodów. To też autor występuje w obronie tych zabiegów; z całą stanowczością utrzymuje on, że wina nieszczęśliwych przypadków, w rodzaju opisanego przez PINARD'a, leży nie w samych zabiegach, jako takich, lecz raczej w wadliwym ich wykonywaniu. Mianowicie, często po odjęciach szyi lub innych zabiegach, bądź skutkiem wadliwej techniki operacyjnej, bądź niedostatecznej aseptyki, operatorowie nie otrzymują dobrego ujścia zewnętrznego; niedostateczne zaś ujście, zwłaszcza z bliznami — tworzy przy porodzie znaczną przeszkodę, gdyż nie pozwala szyi należycie się rozciągnąć. Aby uniknąć tej możliwości i otrzymać ujście zewnętrzne prawidłowe, a szyję maciczną elastyczną i podatną, autor uważa za konieczne przy operacjach na szyi zwracać uwagę na następujące 4 warunki plastyczne. 1) Należy dokładnie zamknąć powierzchnię okrwawioną tak, aby powierzchnie te we wszystkich punktach znalazły się w bezpośrednim zetknięciu z sobą; płaty należy wycinać klinowate, nie za krótkie, nie za długie, w miarę grube. 2) Szew winien połączyć z sobą całkowicie płaty; należy przeto nakładać szwy głębokie, przeprowadzając je pod powierzchnię rany (w przeciwnym razie rana goić się może *per secundam*, dając blizny). 3) Ujście zewnętrzne powinno być dostatecznie otwarte i drożne; operatorowie przeciwnie w przeważnej ilości bez miary je zwężają (op. EMMET'a, w miejsce jej sam autor używa amputacji dwustożkowej). W końcu nie należy zostawiać w szyi nitek, jak się to nieraz praktykuje, lecz wyjąć je całkowicie, gdyż, pozostawszy, wywołać mogą one stwardnienie następne szyi.

Jeżeli zwrócimy uwagę na te cztery wskazówki, przy zastosowaniu bezwzględnej aseptyki w czasie i po operacji, nie będziemy mieli nigdy sposobności uskarżania się na szkodliwość naszych zabiegów. Ze sposobów odjęcia szyi, jakie są praktykowane, za najmniej praktyczny Pozzi uważa sposób SCHRÖDER'a, gdzie całkowite zbliżenie płata do śluzówki szyi jest dość trudne, a szycie bardzo subtelne. Więcej już czyni zadość wyluszczonej warunkom otrzymania giętkiej szyi z dostatecznym ujściem operacja dwustożkowa (z dwoma płatami SIMON'a MARCKWALD'a, gdzie zamknięcie powierzchni nie jest trudne do wykonania, a szycie łatwe). Również odpowiedni jest sposób operowania na szyi, podany przez autora; (zabieg ten często łączyć można z amputacją dwustożkową dla utrzymania doskonałego ujścia).

Operacja polega na dwustronnem przecięciu ujścia i na wycięciu z 4-ch powierzchni okrwawionych małych klinów, pozwalających w tych 4-ch punktach doskonale zamknąć śluzówkę zewnętrzną z wewnętrzną. Jeżeli rozważyć wszystkie przyczyny, które wywołują niedokładne spojenie powierzchni

okrwawionych oraz nieodpowiednie uformowanie ujścia zewnętrznego, nie będziemy się dziwili, że amputacja szyi, tak często nadużywana przez niedoświadczonych chirurgów, może mieć przykre następstwa.

Często autor spostrzegał zwężenia lub całkowite zarośnięcia ujścia zewnętrznego po operacjach na szyi i zmuszony był następnie stosować plastyczne rozszerzenie lub nawet uciekać się do wyłuszczenia samej macicy z powodu *haematometra, haematosalpinx!* Pomimo to zabiegów operacyjnych na szyi wyrzec się nie możemy: w ściśle określonych przypadkach są one niezaprzeczenie dobroczynne, a umiejętnie wykonane nieszkodliwe. Cóż np. jest w stanie zastąpić operację odjęcia w przewlekłych zapaleniach miększu szyi z zwyrodnieniem błony śluzowej szyi macicznej? Cóż jest w stanie zastąpić plastyczne rozszerzenie ujścia w szyjach stożkowatych o wąskim ujściu z bezpłodnością i bolesnym miesiączeniem?

Nie należy tedy, powtarza w końcu autor, złych następstw operacji upatrywać w nich samych, a raczej winę przypisać własnej technice operacyjnej, nie czyniącej zadość warunkom przywrócenia operowanej szyi mniej więcej normalnego wyglądu i elastyczności.

Stanisław Anteckci.

9. W. ABEL. **Gastroenterostomia u 8 tygodniowego ssawca wskutek wrodzonego przerostu odźwiernika.** Przypadki zwężenia odźwiernika wskutek wrodzonego przerostu wogóle nie często się zdarzają, zaś w piśmiennictwie lekarskim dotąd bardzo mało ogłoszono takich przypadków, już to wskutek nienależytej oceny omawianego cierpienia, już to dla tego, że objawy za życia są mało charakterystyczne, tak, że zazwyczaj dopiero na stole sekcyjnym przyczyna zostaje wyjaśniona. NEURATH niedawno zestawiał w Centralbl. f. die Grenzgebiete d. Med. und Chir. wszystkie do roku 1899-go ogłoszone przypadki wrodzonego zwężenia odźwiernika w liczbie zaledwie 41. W większości tych przypadków dzieci umierały wcześniej lub później z powodu następstw niedrożności odźwiernika, w niektórych (HEUBNER, HENSCHEL, SENATOR) ścisła dyeta wraz z systematycznym przemywaniem żołądka usunęła wszystkie objawy chorobowe, wreszcie w innych dwóch usiłowano usunąć przeszkodę na drodze operacyjnej, z ujemnym jednak wynikiem (MELTZER, STERN). Przypadek autora jest więc pierwszy, w którym zabieg chirurgiczny, wykonany w tak młodym wieku przy zwężeniu, odźwiernika wskutek wrodzonego przerostu, zakończył się wyzdrowieniem dziecka (analogiczny przypadek u 6-letniego dziecka ogłosił w zeszłym roku ROSENHEIM w Berlin. klin. Wochenschrift).

Mały pacjent ABEL'a pochodził z rodziny zdrowej, po urodzeniu ważył 4500 grm., w pierwszych 3 tygodniach dziecko rozwijało się prawidłowo, żadnych objawów chorobowych ze strony przewodu pokarmowego nie można było u niego zauważyć. Choroba datuje dopiero od czwartego tygodnia, odkąd matka zauważyła u dziecka częste burczenie w brzuszku, zwłaszcza w pół godziny po picciu. W owym czasie wystąpiło również silne zaparcie stolca, z trudnością zwalczane za pomocą środków czyszczących. W końcu 4-go tygodnia przyłączyły się wymioty, które odtąd powtarzały się kilka razy dziennie. Nieraz wymiociny były bardzo obfite, zaś nigdy nie zawierały barwników żółciowych. Pomimo uregulowania diety oraz różnych leków, dziecko chudło coraz więcej, wymioty występowały częściej, dziecko cierpiało na uporczywe zaparcie. Od czasu do czasu matka spostrzegała u dziecka wyraźne wzdęcie górnej połowy brzucha, które po wymiotach znikało.

W oddziale oprócz powyższych objawów można było u dziecka od czasu do czasu widzieć w górnej połowie brzucha idący w kierunku poprzecznym guz

o odgłosie bębenkowym. Dolna granica owego guza sięgała na 2 ctm. poniżej linii pępkowej poziomej. Dalej można było zauważyć wzmożone ruchy robaczkowe w kierunku z prawej strony na lewo (ruchy antyprystalyczne). W głębi można było wymacać twardą rezystencję, nie dającą się ściśle odgraniczyć. Położenie oraz postać guza odpowiadały w zupełności poprzecznicy, dopiero badanie za pomocą zgłębnika oraz rozdymanie żołądka za pomocą powietrza wykazały, że siedliskiem guza był żołądek. Jeszcze w 3½ godz. po ostatnim pokarmie otrzymywano z żołądka resztki pokarmowe. Wolnego kwasu solnego nie było nigdy w zawartości żołądka, natomiast otrzymywano zawsze wyraźny odczyn na kwas mleczny.

Na zasadzie objawów i badania przedmiotowego rozpoznano zwężenie odźwiernika wskutek wrodzonego przerostu. Podczas operacji znaleziono guz odźwiernika na 3½ ctm. długi i takiej również grubości. Zwężenie było dość wysokie, odźwiernik nie przepuszczał sondy o 3 mm. średnicy. Wykonana według metody WOELFLER'a gastroenterostomia uwieńczona została pomyślnym skutkiem.

STERN odróżnia klinicznie wrodzone zwężenie odźwiernika względne i bezwzględne. Ostatnie ma miejsce wówczas, gdy światło odźwiernika będzie miało mniej niż 3 mm. średnicy.

PFAUNDLER powątpiewa, czy wogóle bywają przypadki wrodzonego przerostu odźwiernika. Zdaniem tego autora, we wszystkich przypadkach wrzecowego przerostu odźwiernika mamy raczej do czynienia ze zwężeniem skurczowem, z kurczem odźwiernika. Zdanie to może być słuszne dla niektórych przypadków, zwłaszcza dla tych, gdzie leczenie wewnętrzne daje dobre wyniki, natomiast w innych musimy przyjąć wrodzoną anomalię odźwiernika.

(*Munch. med. Woch.* 1899. Nr. 48).

S. Mintz.

10. SCHMEY. **Przypadek ostrego goścowego zapalenia płuc w wieku dziecięcym z uwagami o działaniu ubocznym kwasu salicylowego.** Zapalenie płuc jest jedną z najcięższych komplikacji ostrego gościca stawowego. Zdarza się ono w granicach między 0,64 i 12,23%.

Autor spostrzegł je u 29-letniego silnego mężczyzny i 15-letniej anemicznej dziewczynki. Ten ostatni przypadek opisuje dość szczegółowo.

Jako charakterystyczną cechę goścowego pochodzenia zapaleń płuc, uważa on brak kaszlu i wykrztuszania przy innych typowych objawach.

W czasie stosowania salicylanu sodu wewnątrz i pod postacią salicylowo-terpentynowej maści wystąpiły objawy silnej atonii żołądka, przyczem był on silnie wzdęty, że aż wpływało to na zmianę położenia serca, dziecko zaczęło cierpieć na bezsenność; w czasie snu bowiem w przeciągu jednej nocy budziło się ono ze strasznym krzykiem, który matce chorej wydawał się podobnym do wycia, lub jęku, przynajmniej 20 razy. Gdy wypadkowo przez zapomnienie nie dostało ono proszków salicylowych, wszelkie te objawy w zupełności znikły. Autor uważa owe wzdęcia żołądka i objawy wzmożonej pobudliwości psychicznej za zależne od działania ubocznego salicylanu sodu.

(*Kindlerarzt. Heft 10.* 1899).

B. K. Daszkiewicz.

11. V. KROMENACKER. **Leczenie ukąszeń żmij.** Chociaż ukąszenia jadowitych żmij należą u nas do rzadkości, warto jednak rozpowszechnić i wypróbować bardzo prosty sposób, podawany przez autora, a polegający na ugotowaniu kilku jaj na twardo, wyjęciu z nich żółtek i pocięciu ich na grubsze plasterki, które dopóty przykładają się na miejsce ukąszenia, dopóki czernieją. Gdy już plasterki nie

zmieniają barwy, wówczas cały jad został przez nie wessany, objawy zatrucia (zaburzenia wzrokowe, zasypianie, odurzenie i gorączka) ustępują, a po trzech godzinach ukąszony powraca do zdrowia. Podobno żaden jad żmij, nawet najniebezpieczniejszych, nie może oprzeć się temu leczeniu!

(*Gazette médicale de Paris. 1899.*)

L. Wolberg.

12. M. LITTEN. **Ziarnistości zasadowe w czerwonych ciałkach krwi.** Od czasu, gdy A. LAZARUS stwierdził je w r. 1896 w szeregu przypadków ciężkiej małokrwistości, sprawą tą żywo zajęli się i inni badacze. Wszyscy spostrzegali je w przypadkach chorobowych u ludzi, mianowicie w małokrwistości, posocznicy, białacze, czyli tam, gdzie ciałka krwi giną w krótkim czasie. Według ENGEL'a ziarnistości pochodzą z rozpadu jądra erytroblastów; jeden tylko PLEHN widzi w nich pasorzyty zimnicy.

Autor spostrzegł je w 9 przypadkach z rodzaju powyższych, nigdy zaś u zdrowych. Ciałka czerwone z ziarnistościami liczebnie zwiększały się przy polepszeniu, nie znikwały jednak jeszcze dość długo podczas zdrowienia; ilość ich oraz gęstość samej ziarnistości bardzo bywa różna. Ciałka takie pozbawione są większego znaczenia rozpoznawczego, spotykają się nie tylko w pierwotnych, ale, wbrew LAZARUS'owi, i we wtórnych anemiach. Również nie można na nich opierać i rokowania. Ziarnistości barwią się wszystkimi barwnikami jądrowymi, najpiękniej zaś barwnikami grupy błękitu metylenowego, toluidinblau i tioniną.

W sprawie znaczenia ziarnistości ciałek czerwonych nasuwają się dwie możliwości: sprawy karyolityczne (rozpad jądra) lub też zwyrodnienia zawierającej hemoglobinę zarodzi ciałek. Tego ostatniego zdania jest GRAVITZ, twierdząc, że, gdyby ziarnistości owe były wynikiem odbywającego się we krwi rozpadu jąder, t. j., że wskutek nadmiernego wytwarzania przez szpik kostny do obiegu krwi dostawałyby się niedojrzałe (jądrowe) krążki, w takim razie znalazłyby się we krwi chorych i postaci przejściowe, t. j., że byłyby i krążki z nienaruszonym jądrem, i takie, gdzie obok ziarnistości istniałby jakiś ślad jądra. A takich właśnie obrazów GRAVITZ nie zauważył.

Autor godził się w zupełności ze zdaniem powyższym, gdy podczas badań natrafił na ciężki przypadek małokrwistości złośliwej, w którym i krew i otrzymany po badaniu pośmiertnym szpik kostny zawierały krążki z ziarnistościami obok krążków o całych jądрах, o jądрах ząębionych, nierównych, źle barwiących się — słowem krążki, w których można było oznaczyć niejako różne stopnie rozpadu jądra. To ostatnie przypuszczenie ma za sobą jeszcze i badania ENGEL'a, który u zarodków myszy spostrzegł bezpośrednio powstawanie ziarnistości z jądrowych krążków czerwonych. Jeżeli jednak droga ta jest normą fizyologiczną u rosnącego zarodka, to we krwi dorosłego ustroju w małokrwistości złośliwej na takiej drodze powstałe krążki w końcu giną. Ten powrót do typu zarodkowego stanowi, być może, cechę choroby; oprócz tego, krążki krwi pozbywają się swego jądra nie *in toto*, jak to dotychczas uważano, lecz na drodze ziarnistego rozpadu, przez fragmentację. W ten sposób nie ulega wątpliwości, że do obiegu krwi wpadają normoblasty, które nie zdążyły utracić jądra w szpiku kostnym, i tam dopiero przebywają okres rozpadu jądra ostateczny.

(*Deut. Med. Wochenschr. Nr. 44. 1899.*)

Luxenburg.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny wychowawczej z dnia 10 listopada i 9 grudnia r. 1899.

- 1) Kol. BARSZCZEWSKI powtórzył swój odczyt o wpływie gorsetu na ustrój kobiecy w świetle rentgenografii, miany na posiedzeniu wydziału biologicznego.
- 2) Kol. HIGIER wygłosił referat w sprawie reformy wychowania s: kolnego ze stanowiska higieny i pedagogiki, rozbierając poszczególne braki i szkodliwość szkolnictwa u nas i zagranicą. Do badania stanu zdrowia i sprawności umysłowej potrzebne są jednostki miary dla pracy i znużenia—natury fizycznej i umysłowej. Śród metod obiektywnego badania tych stanów prelegent zaleca: 1) metodę dyktowania (Sikorskiego), 2) dodawania cyfr (Kraepelin'a), 3) uzupełnienia zgłosek wyrazów w tekście (Ebbinghaus'a), 4) określenia zdolności pojmowania i postrzegania (Bartels'a), 5) estezyometryczną (Griesbach'a) i 6) ergograficzną (Mosso-Kempsies'a). Wszystkie te badania różnych autorów do jednego prowadzą wniosku, że wyczerpanie umysłowe w szkołach jest niezmierne. *Optimum* i *maximum* pracy dają dwie pierwsze godziny szkolne. Najwyższy współczynnik znużenia umysłowego dają gimnastyka i matematyka, najmniejszy — geografia i historia.

Najlepszych przykładów prawidłowego rozkładu zajęć dostarczają nam szkoły angielskie, z niemieckich w Jenie i Lubece. Objawy zmęczenia dają się poznać u wychowañców szkolnych nawet po wypoczynku nocnym („zmęczenie patologiczne“). H. zgadza się z zarzutem prof. EULENBURG'a, że najczęściej niepowołani kierownicy postępują z młodzieżą, jakby z wiwisekcyjnym materiałem pedagogicznym. „Zmęczony rozpoczyna nasz uczeń swój dzień szkolny, znużony zabiera się po niestrawionym obiedzie do zajęć domowych, wyczerpany kładzie się spać, niewypoczęty opuszcza łóżko“. Kwestya ilości godzin pracy, metody wykładów, egzaminów, snu, pożywienia i t. p. wymagają rychłej rewizyi.

Prelegent, omawiając szczegółowo doświadczenia, przeprowadzone na sobie samym (i innych) w różnych porach dnia i nocy przy odpowiedniej zmianie warunków (przy dobrem i niedostatecznym pożywieniu, po wywczasowaniu i nocy bezsennej, przy zmęczeniu i po częstych wypoczynkach) i demonstrując odnośne wyniki, dotyczące sprawności umysłowej, na liczbach i krzywych, — wypowiada przekonanie, że w przyszłości uczeń poddawany będzie tylko dwóm badaniom: *a)* klinicznemu — ze strony lekarza i *b)* psychologicznemu — ze strony pedagoga. Wtedy, zamiast cenzury, uda nam się ułożyć dla każdego ucznia rodzaj metryki ze ścisłym rysopisem duchowym, ze szczegółową charakterystyką właściwości umysłowych, metryki, dla dalszego kształcenia niemniej miarodajnej od świadectwa lekarskiego z wymiowaniem wagi i długości ciała, stanu serca i płuc, siły wzroku i słuchu, usposobienia neuropatycznego i t. d. Przyszłość to daleka, należy do rzędu niedoścignionych ideałów, kiedy i inne dezyderaty higieny wychowawczej będą bliższe urzeczywistnienia: kiedy szkoły urządzone będą w parkach i ogrodach, kiedy wraz z halami gimnastycznymi będą dosyć obszerne, znakomicie oświetlone, ogrzewane i wentylowane, kiedy zdrowie cielesne, rozwój fizyczny i wychowanie etyczne nie będą upośledzone na korzyść pierwiastku naukowego.

Dalej H. rozpatruje kwestyę przeciążenia ciała nauczycielskiego, której skutkiem bywa wyczerpanie umysłu, w następstwie rutyna, automatyzm, niechęć,

zanik samodzielności i wogóle oplakany stan zdrowotny; np. na 25 członków pewnej rady pedagogicznej znalazł GRIESBACH 8 ciężkich neurasteników. Lepsze wyposażenie nauczycieli zapobiegłoby w pewnej mierze złemu.

Że większość młodzieży, mimo wybitnego znużenia, nie pada ofiarą newrozy, da się to wytłumaczyć nieuwagą uczniów i nudą nauczycieli, temi dwiema naturalnymi „klapami bezpieczeństwa“. W związku ze sprawą przeciążenia umysłowego H. omawiał jeszcze 3 kwestye zasadnicze szkolnictwa, mianowicie: 1) czy w gimnazyjach potrzebne są języki starożytne, 2) czy pożądane jest wprowadzenie do programu wiedzy ścisłej, nauk przyrodniczych, nauki stosowanej, wreszcie 3) czy zachowanie 2-ch typów szkół, czy też utworzenie mieszanego jest w dobie obecnej najodpowiedniejsze. (Dokończenie odczytu naznaczono na posiedzenie w dniu 13. I. 1900).

3) Kol. PODOLSKI (z Węgrowa) przedstawił dane statystyczne co do higieny szkół ludowych. Na 1035 kwestyonaryuszy otrzymał jednak tylko wiadomości o 100 szkołach z 11-u powiatów (6 gubernii). Wynik tej ankiety jest następujący.

W tych 11 powiatach szkółek było w r. 1895 — 299 (ludność — 1,124,500).

Do 100 szkół uczęszczało 7600 dzieci.

Wysokość izb szkolnych przeważnie nieco przekraczała 4 łokcie.

Ilość powietrza tylko w 9 szkołach dochodziła do możliwego *minimum*; w niektórych nie wynosiła nawet $\frac{1}{4}$ części tegoż.

Wentylatory były w 19 szkołach, w innych lufciki, a w 14 szkołach nie było nawet i lufcików.

Oświetlenie niedostateczne i wadliwe (małe okna i nieodpowiednio umieszczone).

Ustępy zimne, brudne, odległe; w 21 szkołach brak ich zupełny.

Gimnastyka istniała tylko przy 4-ch szkołach.

Placu do rekreacji brak przy 56 szkołach.

Ławki porobione bez żadnego systemu, nieodpowiednie do wzrostu ucznia i t. d.

Temperatura wynosiła przed lekcją 14° R, później podnosiła się do 18° i wyżej, a powietrze stawało się dusznem.

Sufit gładki i tynkowany w 18 szkołach, w innych zaś belki i deski.

W dyskusyi Przewodniczący wyraził życzenie, ażeby 1) jeszcze raz rozesłać kwestyonaryusz PODOLSKIEGO przez Towarzystwo Higieniczne po uzyskaniu pozwolenia władzy oraz 2) rozesłać regulamin higieniczny, opracowany przez kol. DOLIŃSKIEGO.

Kol. DOLIŃSKI jest zdania, że tylko rozkaz władzy może skutecznie podziałać na gminę.

Kol. TCHÓRZNICKI akcentuje potrzebę lekarzy szkolnych i wykładów popularnych higieny.

Kol. PODOLSKI proponuje 1) stworzenie „opiekunów“ honorowych szkół, oraz 2) aby przy budowie szkoły liczyć się ze zdaniem osoby kompetentnej (lekarza powiatu).

J. P.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 8 stycznia r. 1900.

D-r BARTKIEWICZ odczytał rzecz o kąpielach w Warszawie. Dzięki kanalizacji liczba wanien po domach prywatnych w ostatnich latach znakomicie wzrosła. B. przypuszcza, że jest ich z 10 tysięcy. Niestety wanny te nieraz służą za skład brudnej bielizny, rupieci i t. p. Szpitale i lecznice prywatne wydają niezna-

czną liczbę kąpielni, może około 100 tysięcy. Mykwy żydowskie, o ile wiadomo, mają znaczenie raczej obrzędowe, niż higieniczne. Zakłady natryskowe dla robotników przy fabrykach Bormana i Szwedego oraz Hantkego wydają jakieś 20 tysięcy kąpielni rocznie.

Właściwych łaźni publicznych Warszawa posiada 24; w tem jeden zakład natryskowy, 2 łaźnie, 4 łaźnie połączone z wannami. Zakłady te wydają rocznie 262 tysiące wanień, 716 tys. łaźni parowych i 35 tys. natrysków. Przeciętnie więc mieszkaniec Warszawy kąpie się w wannie raz na 28 miesięcy, w łaźni raz na 10 miesięcy — wogóle zaś raz na $7\frac{1}{2}$ miesięcy. W porównaniu więc z danymi, otrzymanymi przez ankietę towarzystwa lekarskiego z r. 1862, (patrz Nr. 45 Medyc. z r. z.) postępu na pozór nie widać, chyba dopiero po uwzględnieniu wielkiej liczby łaźni w mieszkaniach prywatnych. I liczba wanień w łaźniach publicznych niezbyt znacznie wzrosła: wynosi dziś 337.

Z kąpielni daleko częściej korzystają mężczyźni, niż kobiety. W łaźniach, zwłaszcza tańszych wielki procent kąpiących się stanowią żołnierze.

Cena kąpielni w wannie wynosi 10—55 kop., w łaźni ogólnej 5—50 kop., w osobnej 1—2 rs., w natrysku 3—15 kop. Do tej ceny zwykle dodać trzeba dopłatę za bieliznę i napiwek. Przeważna większość kąpielni warszawskich grzeszy brakiem czystości i wygod. W tańszych łaźniach rzuca się w oczy oddzielenie parówki od rozbieralni i ustępów długim zimnym korytarzem. Tylko dwie łaźnie otrzymują parę przez polewanie rozpalonych kamieni, reszta posługuje się parą z kotła.

Wszyscy, korzystający z łaźni, zawsze i wszędzie oddają pierwszeństwo parze z rozpalonych kamieni przed parą z kotła. B. przypuszcza, że pierwszy rodzaj pary działa orzeźwiająco dzięki wywiązywaniu się tlenu z wody, która ulega rozkładowi przy zetknięciu z kamieniami, rozżarzonymi do b. wysokiej temperatury.

Największy zakład kąpielowy warszawski czerpie wodę niefiltrowaną z Wisły.

Zakłady kąpielowe warszawskie skupiają się w śródmieściu w pobliżu Wisły, całe dzielnice miasta obwodowe oraz Praga nie mają wcale kąpielni. To też raz już należałoby wykonać dawny projekt POLAKA: zużytkowanie na wielki zakład kąpielowy ogromnej ilości ogrzanej wody i pary kondensacyjnej przy stacyi filtrów.

Pożądanym byłoby, żeby magistrat obniżył opłatę za wodę właścicielom zakładów kąpielowych, jako odbiorcom wody hurtowym. W zamian możnaby się domagać udogodnień i obniżenia ceny kąpielni.

W nowych zakładach kąpielowych należy tworzyć osobne oddziały męskie i żeńskie, zapobiegłoby to prostytucyi w łaźniach.

Wobec widocznego wstępu naszej ludności do kąpielni, tem większe poparcie należy się kąpielom ludowym przy tow. dobroczynności.

W rozprawach zwrócono uwagę (TCHÓRZNICKI), że nie tylko przy stacyi filtrów, ale i przy wszystkich fabrykach możnaby zużytkować parę na kąpiele dla robotników.

D-rowsa SAWICKA nadesłała dane, dotyczące czystości ludu wiejskiego w różnych okolicach Królestwa. Niestety dane te są niemal jednobrzmiące ze smutnymi danymi z gub. płockiej (patrz Nr. 49 Med. z r. z.).

Prócz dwóch łaźni wiejskich (w Sterdyni i Olbiciu), zamkniętych już dziś dla braku kąpiących się, nadesłało wiadomości o dwóch jeszcze. W Swierszczowie pod Łęczną p. Zbyszewski urządził łaźnię z wanną przed 8 laty kosztem 300 rb. (nie licząc materiału drzewnego); korzystają z niej głównie wyrostki, starsi

przychodzą bardzo rzadko. Pan Kowerski z Józkowa pod Bychawą ma łaźnię dla służby od lat kilkunastu, postawioną kosztem 300 rb. Łaźnia funkcjonuje co z tygodnie; cała służba kąpie się i chętnie i często. Koszt opału wynosi rocznie $\frac{1}{8}$ sążnia drzewa. Do listu p. K. dołączył plan swej łaźni.

W paru miejscach gub. płockiej rozpoczęto próbę z wypożyczaniem wanny włościanom do domu przed większemi świętami. W jednej wsi, choć to już było po świętach Boż. Nar., cała niemal ludność skorzystała z wanny. Woleli ją brać do siebie, niż korzystać z izby, gorącej wody i wylewania zużytej wody, ofiarowanych przez dwór. Niestety, prawie zawsze matka, córki i dzieci drobne kąpały się w jednej wodzie, nie zmieniając jej, a tylko dla ojca i synów przygotowywano nową kąpiel.

Jakkolwiekby, fakt ten zachęcałby do dalszych podobnych prób, tembardziej, że koszt ich jest daleko niższy, niż budowanie łaźni wiejskich, na co stać tylko bogatszych właścicieli.

Kąpieli publicznych w miastach, jak się zdaje, po za łaźniami żołnierskimi i żydowskimi, jest u nas nader mało, co najwyżej chyba w 20 większych miastach Królestwa. Nawet w takim Zgierz, liczącym do 20,000 mieszkańców, łaźienki publiczne nie mogły się utrzymać. Więcej już zapewne znalazłoby się kąpieli dla robotników przy fabrykach.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU MIĘDZYKARODOWEGO, poświęconego zwalczaniu gruźlicy.

(Berlin 24—27 maja r. 1899).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 3).

Prof. PFEIFFER (Berlin). O zakażeniu mieszanem. Gruźlica wogóle, a zwłaszcza gruźlica płuc, nie ulega powikłaniu przez czas względnie krótki. Już wkrótce do ogniska gruźliczego dostają się inne drobnoustroje, głównie łańcuszkowce, które przenikają tu z górnego odcinka dróg oddechowych. Obecność ich objawia się zwykle pod postacią gorączki wyniszczającej, powodowanej przez produkty życia tych drobnoustrojów. Ponieważ chorzy, dotknięci zakażeniem mieszanem, stają się do pewnego stopnia niebezpiecznymi dla innych, przeto należy ich odosabniać; dla tego też wczesne rozpoznanie zakażenia mieszanego posiada znaczenie niepoślednie, a częstokroć wpływa w sposób wybitny na rodzaj leczenia tych chorych.

Prof. LÖFFLER (Greifswald). Dziedziczność, odporność i usposobienie. W sprawie dziedziczenia gruźlica ojca nie posiada żadnego znaczenia. Gruźlicę wrodzoną spotykano do dziś tylko w tych przypadkach, kiedy matka cierpiała na gruźlicę ogólną, albo kiedy gruźlicą dotknięte były narządy rodne. Dotychczas nie jest napewno dowiedzione, czy istnieje zupełna odporność (Immunität) względem gruźlicy; zarówno nie posiadamy danych pewnych, przemawiających za istnieniem usposobienia wrodzonego. Natomiast nie ulega najmniejszej wątpliwości, że osoby, cierpiące na inne choroby, a zwłaszcza dotknięte cierpieniami narządów oddechowych, jakoteż osobniki źle rozwinięte fizycznie, o węższej budowie i wycieńczone stosunkowo łatwiej ulegają gruźlicy. Z tego wynika, że przedewszystkiem należy niszczyć zarazek gruźlicy wszędzie, gdzie on tylko istnieje.

W bardzo ożywionych rozprawach, powstałych na tle tych odczytów prof. BIRCH-HIRSCHFELD (Lipsk) mówił o najpierwszym okresie rozwoju suchot. Na

podstawie badań własnych, obejmujących 32 przypadki gruźlicy utajonej, w których badanie zwłok osób zmarłych nagle wykazało ledwie zaczątkowy okres rozwoju cierpienia, mówca twierdzi, że sprawa chorobowa posiada punkt wyjścia nie w ogniskach zapalnych zserowaciałych, położonych w najdrobniejszych oskrzelach, jak powszechnie sądzą, lecz na błonie śluzowej oskrzeli od 2-ej do 5-ej kategorii. Ta pierwotna gruźlica oskrzeli umiejscawia się przeważnie w części tylnej szczytu płucnego i to bez porównania częściej po stronie prawej, niż po lewej. Pochodzi to ztąd, że rozgałęziające się tu oskrzela wskutek swego położenia i małego udziału w oddechaniu mogą zaledwie z trudnością pokonywać przeszkody mechaniczne. Nawet i u ludzi dorosłych zdarza się częstokroć, że oskrzela te są bardzo źle rozwinięte, co zależy od złych warunków życiowych w okresie dojrzewania, kiedy rozwój płuc jest najsilniejszy.

Prace sekcji trzeciej o zapobieganiu gruźlicy rozpoczął odczyt d-ra ROTH'a (Poczdam) pod tytułem: Ogólne środki, zapobiegające szerzeniu się gruźlicy. Za środek najważniejszy pod tym względem poczytywać należy dążenia, skierowane do uczynienia nieszkodliwymi plwocin suchotników i do zabezpieczenia otoczenia od drobnych kropel plwociny, rozpryskujących się podczas kaszlu. Z tego też względu wczesne rozpoznawanie gruźlicy i oddawanie takich chorych pod opiekę lekarską stanowi rzecz wielkiej wagi, zarówno jak i rozpowszechnianie wśród publiki krótkich, lecz możliwie wyczerpujących wiadomości o istocie i szkodliwości gruźlicy. We wszystkich miejscowościach, gdzie przebywa znaczniejsza liczba osób, należy starać się o odosobnianie suchotników; a osobom, w których plwocinie stwierdzono obecność laseczników gruźlicy, nie należy pozwalać zajmować się przygotowaniem pokarmów. Nakoniec należałoby leczyć gruźlicę od samego początku, kiedy objawy chorobowe znajdują się w początkowych okresach rozwoju, a mieszkania, w których suchotnicy dłuższy czas mieszkali lub zmarli, poddać gruntownemu odkażeniu, zanim one ponownie zostaną zamieszkane. To samo dotyczy sukien i innych rzeczy codziennego użytku.

Prof. HEUBNER (Berlin). O zapobieganiu gruźlicy w wieku dziecięcym. Gruźlica w wieku dziecięcym jest prawie zawsze nabyta, a niezmiernie rzadko odziedziczona. Przynajmniej mówca wśród 800 dzieci w swej klinice nie znalazł gruźlicy u żadnego dziecka w pierwszych czterech latach życia, natomiast pomiędzy dziećmi od lat 4-ch do ośmiu 26% było dotkniętych gruźlicą. Należy więc troskliwie chronić dzieci przed zakażeniem. Zakażenie następuje za pomocą wdychanego powietrza, a wyjątkowo za pośrednictwem pokarmów. Zapewne nie mała część suchotników, w wieku późniejszym spotykanych, zawdzięcza swe cierpienie zakażeniu, nabytemu w dzieciństwie. Z tego powodu należy zwracać baczną uwagę na zakłady wychowawcze, w których znaczna liczba dzieci przebywa razem przez czas dłuższy, a do tych należą pensjonaty, szkoły i t. d. Podatność na zarażenie jest u dzieci rozmaita, lecz największą odznaczają się dzieci, obarczone dziedzicznie. Wrażliwość tę możnaby było znacznie zmniejszyć za pomocą rozmaitych urządzeń, które miałyby na celu polepszenie warunków higienicznych, pożywienia, dostarczenie dzieciom możliwości przebywania na świeżem powietrzu i t. d.

Prof. KIRCHNER (Berlin). Niebezpieczeństwo zawierania małżeństw pomiędzy osobnikami gruźliczymi.

Zawieranie małżeństw pomiędzy osobnikami gruźliczymi posiada podwójne niebezpieczeństwo: z jednej strony grozi ono zawsze chorym osobom, a wzmaga się zwłaszcza podczas ciąży, kiedy dotychczas ukryta gruźlica wybucha częstokroć nagle, z drugiej zaś zagraża dzieciom i słuźbie, a takie przeniesienie choro-

by spostrzegano już nie raz. To niebezpieczeństwo jest tem większe, im bliższe są stosunki, wśród których te osoby żyją. Niebezpieczeństwo to można do pewnego stopnia zmniejszyć, a w tym celu nie należy pozwalać osobnikom gruźliczym wstępować w związki małżeńskie w wieku zbyt młodym, a z drugiej strony nie wcześniej, niż po upływie dwóch lat od czasu, kiedy objawy gruźlicy przycichły. Rzecz prosta, że nie uda się osiągnąć celu zamierzonego za pomocą przepisów policyjnych, lecz jedynie przez wtajemniczenie osób interesowanych i pouczanie ich co do stanu ich zdrowia i natury choroby. Dalej, jeżeli jedno z małżonków jest dotknięte gruźlicą, to należy go objaśnić o zaraźliwości plwociny i skłonić do przedsięwzięcia odpowiednich środków dla uczynienia plwociny nieszkodliwą, do zachowywania bezwzględnej czystości, odkażania bielizny, a nakoniec zwrócić uwagę na dostateczną ilość światła i powietrza w mieszkaniu. U ludzi, żyjących w nieodpowiednich warunkach higienicznych, trzeba dążyć do tego, ażeby chorego osobnika umieścić w zakładzie leczniczym na czas tak długi, dopóki w plwocinie nie zginą laseczniki. Zachowywanie tych przepisów ma na celu nie tylko zabezpieczenie zdrowych członków rodziny, lecz i ulgę w cierpieniach osobnika chorego, ewentualnie przedłużenie jego życia.

Prof. RUBNER (Berlin). Zapobieganie gruźlicy w mieszkaniach, salach zajęć i w stosunkach codziennych.

Polepszenie mieszkań dla klasy robotniczej i biednej posiada znaczenie bezwzględnie wielkie, jeżeli chodzi o zapobieganie szerzeniu się gruźlicy. Należy więc wydać pewne przepisy prawne co do mieszkań i pilnować ścisłego ich wykonywania. Najbardziej szkodliwe dla zdrowia są sypialnie na większą liczbę osób, gdzie częstokroć na głowę wypada zaledwie 3—4 metr. sz. powietrza. To samo powiedzieć można o salach zajęć, w których powietrze jest stale zanieczyszczone przez kurz. Dla tego też, nie wdając się bliżej w opis urządzeń, służących do odświeżania powietrza, mówca kładzie nacisk na to, ażeby sale zajęć, a tem samem i zakłady przemysłowe urządzać po za obrębem dużych miast, zwłaszcza, że wtedy można będzie lepiej uwzględnić potrzeby mieszkaniowe pracowników. Urzędy inspektorów fabrycznych należy powierzyć lekarzom. W ten sposób łatwiej uda się zapobiedz lekceważeniu przepisów higienicznych w fabrykach, ochraniać osobniki skłonne do gruźlicy od samego cierpienia i nie pozwolić na to, ażeby robotnicy, dotknięci gruźlicą, pracowali razem ze zdrowymi. Należy również ściśle przestrzegać, ażeby zakaz płucia na podłogę był ściśle wykonywany. W zakładach publicznych (restauracye, teatry i t. d.) należy zwrócić uwagę na czystość podłogi. Pod tym względem wiele może zdziałać przyuczenie publiczności do przestrzegania zasad czystości i porządku; w wagonach kolejowych, zwłaszcza w przedziałach sypialnych, musi panować jak największa czystość, (nie brudy, jak to u nas dotychczas się dzieje), a pamiętać również należy o spluwaczkach i odkażaniu plwociny.

Prof. v. LEUBE (Würzburg). Zapobieganie gruźlicy w szpitalach. Pomijając to, że chorzy powinni pluć w odpowiednie naczynia, trzeba im zalecać, ażeby podczas kaszlu zasłaniaли usta kawalkiem waty w tym celu, ażeby plwocina nie rozpryskiwała się na wszystkie strony. Wielką wagę przywiązywać należy do odkażania podłogi i bielizny. Doświadczenie wykazało, że zakażenie przez dotknięcie następuje daleko rzadziej, aniżeli przez oddechanie. Pomimo to jednak należy przestrzegać wielką czystość wśród chorych, osoby zaś, które mają z nimi ciągłą styczność, powinny pamiętać o odkażaniu przynajmniej rąk, jeżeli nie ubrania. Zpełne odosobnianie suchotników nie jest niezbędne, wystarcza, ażeby takich chorych umieszczać w oddzielnych salach, na które nie powinno się dopuszczać chorych z innymi cierpieniami. Sale dla suchotników powinny być

przestronne, powinny posiadać dużo światła i powietrza a za pomocą odpowiednich urządzeń należy udostępnić chorym nawet w szpitalu korzystanie z dodatkowych wyników przebywania na świeżem powietrzu.

Nakoniec prof. VIRCHOW (Berlin) wygłosił odczyt: O zapobieganiu gruźlicy ze względu na produkty spożywcze. Wśród pokarmów, mięso zajmuje pierwsze miejsce, na drugim stoi mleko, na końcu zaś ptactwo. Ostatnie najmniej zasługuje na uwagę, ponieważ gruźlica ptasia różni się znacznie od ludzkiej. Co do mięsa wołowego, to istniejące przepisy zupełnie wystarczają, zwłaszcza dla bydłobójni, znajdujących pod odpowiednią kontrolą, natomiast baczną uwagę zwrócić należy na mięso, pochodzące z innych źródeł; to też ilość takiego mięsa trzeba możliwie ograniczyć na rynku. Dalej byłoby pożądaną, ażeby nie sprowadzać bydła z zagranicy, jeżeli ono nie zostało poddane szczepieniu tuberkuliny, i nie wpuszczać sztuk, u których tuberkulina wywołuje odczyn. Najniebezpieczniejszym jednak przenosicielem gruźlicy jest mleko; może ono zawierać laseczniki nawet wtedy, kiedy na wymieniu nie można wykryć najmniejszych oznak gruźlicy. Dla tego też mleko powinno być używane tylko po dokładnem przegotowaniu. Co się tyczy mięsa wieprzowego, to i tu kontrola powinna być dokładniejsza, ponieważ wśród trzody chlewnej gruźlica spotyka się znacznie częściej, niż to powszechnie przypuszczają. Tu mianowicie najczęściej dotknięte chorobą są boczne gruczoły na szyi, po odrzuceniu których mięso może służyć do użytku. W końcu mówca zabiera głos w sprawie dziedziczności gruźlicy. Według jego badań anatomicznych, dokonanych na wielkiej liczbie płodów i noworodków, gruźlica nigdy na pewno nie znaleziono, skąd wniosek, że zakażenie następuje dopiero po urodzeniu, a czasem, rzeczywiście, nawet w pierwszych dniach życia.

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= KOSTKIEWICZ badał wpływ starczego ustania miesiączki na przebieg chorób serca u 27 chorych, z których u 15 znajdował w wywiadach wyraźne wskazówki pogarszania się objawów ze strony serca po 40-ym roku życia. U 2 chorych istniało zwężenie lewego otworu żylnego, u 2 niedomykalność zastawki dwudzielnej, u 2 obie wady połączone, u 5 niedomykalność zastawek aorty, u 4 miażdżycę. Przed okresem przekwitania chore te w czasie miesiączki doznawały duszności i bicia serca. Przedwczesne ustanie miesiączki, zdaniem autora, również szkodliwie wpływa na istniejącą wadę serca. (Wrac. 34—99).

= LACROIX opisuje chorobę, cierpiącą na silne zawroty głowy od roku, występujące przy najmniejszym porusze-

niu. Wszelkie sposoby leczenia okazały się bezskutecznymi; dopiero usunięcie z nosa 3 polipów śluzowych uleczyło chorą doszczętnie. (Wien. med. Pr. 20. 8. 99).

= WEST zwraca uwagę na związek pomiędzy chorobami nerek a cierpieniem skóry. Najczęściej spostrzega się wysypki przy istnieniu nerki ziarnistej: są one nader uporczywe, szerzą się na znacznej przestrzeni i stanowią prawie zawsze objaw niepomyślny. Z 8 przypadków autora w jednym istniał rumień rozlany, w 2 — *pityriasis rubra*, w 2 — *dermatitis exfoliativa*, w 3 liszaj guziczkowy; we wszystkich tych przypadkach wysypka skórna pojawiła się wkrótce przed śmiercią. (Brit. Medic. Jour. 22. 4. 99).

P.