

DR. TH. BILLROTH.

O PIELEGNOWANIU CHORYCH
W DOMU I W SZPITALU.

PRZEKŁAD z 2-go WYDANIA NIEMIECKIEGO.

WARSZAWA.

NAKŁADEM „KRONIKI LEKARSKIEJ.”

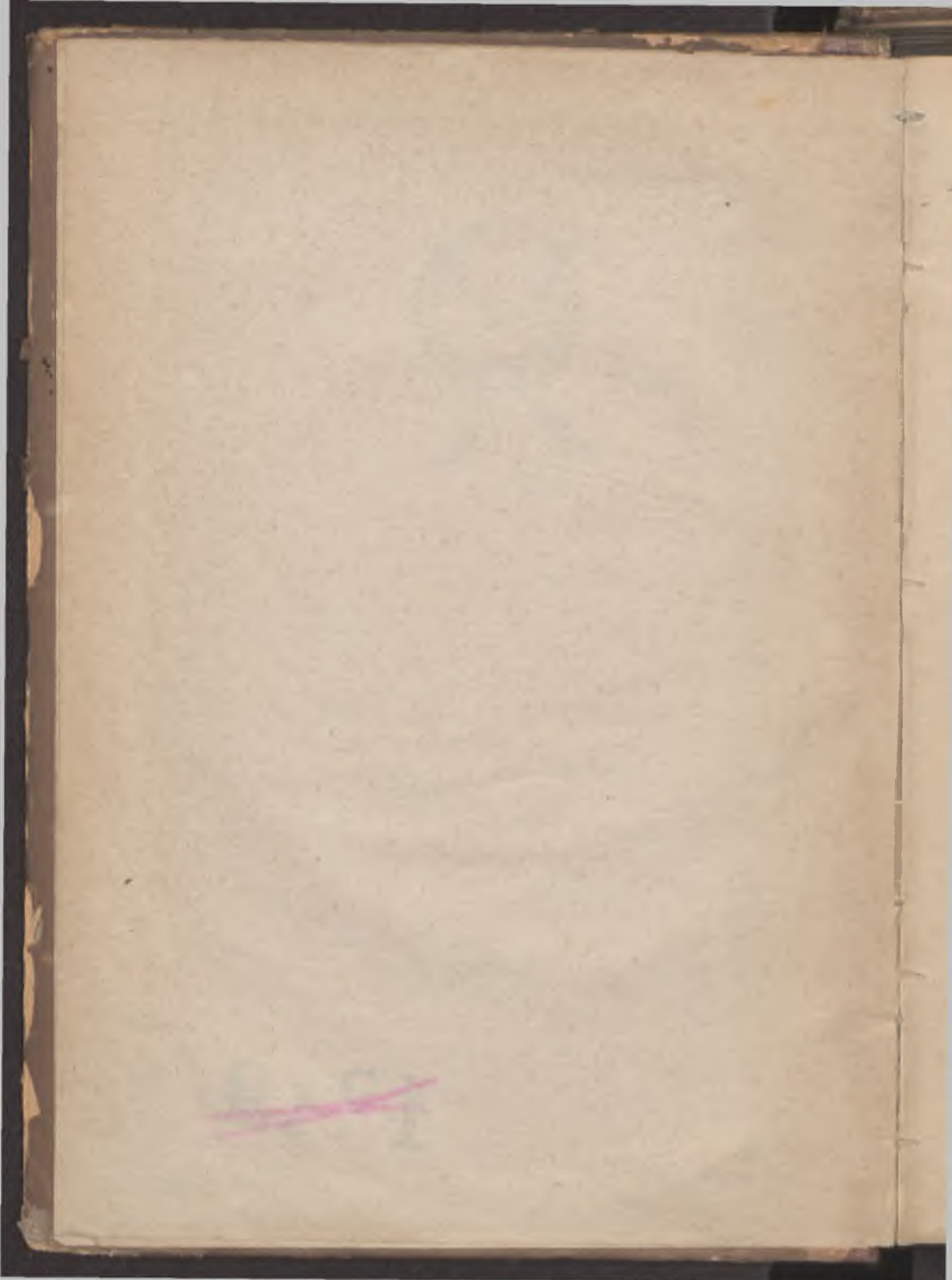
1882.



61
Bil
Opie

1339

~~1219~~

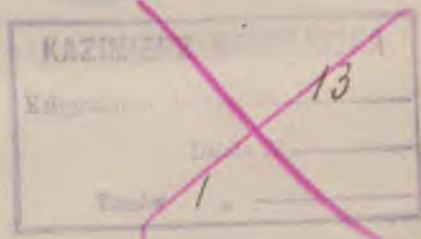


DR. TH. BILLROTH.

O PIELEGNOWANIU CHORYCH
W DOMU I W SZPITALU.

Biblioteka Miejska
we Wrocławiu

PRZEKŁAD z 2-go WYDANIA NIEMIECKIEGO.



WARSZAWA.

NAKŁADEM „KRONIKI LEKARSKIEJ.”

—
1882.

VI-586

61
Bil
Opis

1339

Дозволено Цензурою.
Варшава, 4 Мая 1882 г.



616-083

11852

Dolnośląska Biblioteka Publiczna
we Wrocławiu



14301-100228350

Przedmowa.

Istnieje dosyć znaczna liczba książek mających za przedmiot pielęgnowanie chorych przez kobiety, wszelako tylko następujące podręczniki zalecić mogę:

Dr. L. G. Courvoisier. Die häusliche Krankenpflege. Bazyleja 1876.

Florence S. Lees. Handbuch für Krankenpflegerinnen— w przekładzie Dra Pawła Schliep. Berlin 1874.

Florence Nightingale. Rathgeber für Gesundheits-und Krankenpflege— w przekładzie Dra Pawła Niemeyer'a. Lipsk 1878.

Taschenbuch für Krankenpflegerinnen. Wejmar rok 1879, 1880 i 1881.

Dr. J. Wiel. Diätetisches Kochbuch—w kilku wydaniach. Freiburg (księgarnia Fr. Wagner'a).

Dr. J. Wiel. Tisch für Magenkranke; również w kilku wydaniach. Kalsbad (u H. Feller'a).

W mojem przekonaniu, te i tym podobne książki jakkolwiek wybornie napisane, mieszczą w sobie z jednéj strony za wiele, z drugieój za mało. Za wiele z tego powodu, że mojem zdaniem, wszelkie systematyczne objaśnienia z zakresu anatomii i fizjologii, w tego rodzaju książkach są równie zby-

teczne jak systematyczne tłumaczenie przyczyn i rozpoznawania wszelakich chorób. Wszystko co się odnosi do zakresu wiedzy i sztuki lekarskiej przedstawione w krótkości w popularnej formie, musi być koniecznie czemś nieskończenie powierzchowném i niedokładném. Dla kobiety wykształconej i wysoko myślącej, będzie to za mało,—zaś dla kobiety uważającej pielęgnowanie chorych za upodobany swój zawód—jest niepotrzebne. Niepodobna jednak mówić o chorych i ich pielęgnowaniu, niewspominając o *najważniejszych* chorobach, o *niektórych* ich przyczynach i objawach. To też i w niniejszej książce znajdzie się nie jedno w tym rodzaju objaśnienie; wszelako tylko tyle, ile koniecznie potrzeba dla zrozumienia. Dozorczyni powinna nieść pomoc choremu i pomagać lekarzowi; powinna nauczyć się spełniać umiejętnie i dokładnie zalecenia lekarza, lecz nie powinna na własną rękę leczyć. Dalej,—dozorczyni powinna mieć nieograniczone zaufanie do lekarza, tak samo jak chorey; inaczej bowiem będzie usiłowała krytykować zalecenia lekarza swoją pół-wiedzą, a nawet zechce poprawiać jego czynności według własnego widzimisie. Taka dozorczyni utrudnia tylko lekarzowi wykonywanie obowiązków jego powołania, a co gorsza najwięcej na tém traci sam chorey; zachwiany przez dozorczynię w zaufaniu do lekarza, rozpoczyna raz tę, drugi raz inną kurację, a żadnej porządnie do końca nie przeprowadzając, może sobie stanowczo zaszkodzić.

Wielką zaletę przyjętego w Niemczech, zwłaszcza w szpitalach, sposobu leczenia chorych stanowi to, że starszy lekarz i jego asystenci bardzo wiele sami robią. Tyczy się to przedewszystkiem

opatrunków ran. Przy opatrywaniu chorych z ranami i operowanych, potrzeba tyle staranności i troskliwości, że niezawsze nawet młody lekarz potrafi wywiązać się dobrze z zadania, a niektórzy *nigdy* do tego nie dochodzą, gdyż brak im dostatecznego skierowania uwagi na techniczną stronę czynności. W obec dzisiejszych wymagań sztuki lekarskiej, nieślychanie wielką jest odpowiedzialność lekarza przy opatrunkach. We Francyi, w Anglii, we Włoszech i w Rosyi lekarze powierzają opatrunki prawie wyłącznie szarytkom, dozorczyńom i posługaczom szpitalnym. Ztąd to w różnych podręcznikach dla dozorczyń znaleźć można obszerne wskazówki do uskuteczniania różnorodnych opatrunków, których to wskazówek w niniejszój książce napróżno by szukano. Nie chcę bynajmniej utrzymywać, że kobieta dokładnie objaśniona nie jest zdolną nauczyć się dobrego choćby nawet skomplikowanego opatrunku, i zrobić go równie starannie i dokładnie jak młody lekarz; wszelako wiem z doświadczenia, że jest niezmiernie wiele kobiet, które z łatwością nabywają wszystkich przymiotów doskonałej dozorczyńi, a jednak nie okazują się zdatnemi do tego właśnie, czego lekarz nauczył się i co umieć powinien.

Staralem się uniknąć całego szeregu objaśnień, które mogłyby urazić delikatność kobiecą. Wiele rzeczy można się nauczyć w prędkim czasie przy łóżku chorego, i niejedno także pokonywa się stopniowo coby niewątpliwie raziło w drukowaném słowie.

Zapyta kto może co w niniejszój książce pozostać, skoro wyłączono z niej wzmiankowane rozdziały, które w innych podręcznikach dla dozorczyń

czyn tyle miejsca zajmują. Pocieszam się nadzieją, że czytelniczki mimo to znajdą tu pod dostatkiem rzeczy, których się będą mogły nauczyć i w pamięci utrwalić.

Treść tego małego podręcznika powinna zarazem, w mojem przekonaniu, stanowić przedmiot pierwszych wykładów (kursu przygotowawczego) dla osób, chcących się wykształcić na zawodowe dozorcynie chorych. Rozumie się samo przez się, że taki kurs przygotowawczy powinien być odrazu połączony z praktycznymi demonstracyjami; niemniej także, iż wykształcona dozorcyni powinna stopniowo nauczyć się daleko więcej aniżeli mieści w sobie niniejsza książka. Od lekarza zależy poruczenie szerszego zakresu działania pojedynczym, szczególnie uzdolnionym kobietom. Również lekarz oceni, która z kobiet odpowiednią będzie na nadzorczynię w szpitalu i nauczycielkę świeżo wstępujących do zakładu uczennic; w tym razie nie powinny rozstrzygać lata pełnienia obowiązków, lecz wyłącznie osobiste uzdolnienie. Do tego bowiem potrzeba nie tyle nadzwyczajnych lekarskich wiadomości, ile raczej pewnych właściwości charakteru i przymiotów osobistych. Zmysł praktyczny, jasny pogląd na rzeczy, znajomość ludzi, bezstronność, cierpliwość, uprzejmość, poczucie godności, spokój i siła charakteru,— oto są przymioty, które czynią zarówno kobietę jak i mężczyznę zdolnymi do przewodniczenia innym, więcej aniżeli rozległy zasób wiadomości. Przymiotów tych nikt nie nabędzie z książki; są one częścią wrodzone, częścią wyrobić się dają długoletniem doświadczeniem i samowychowaniem.

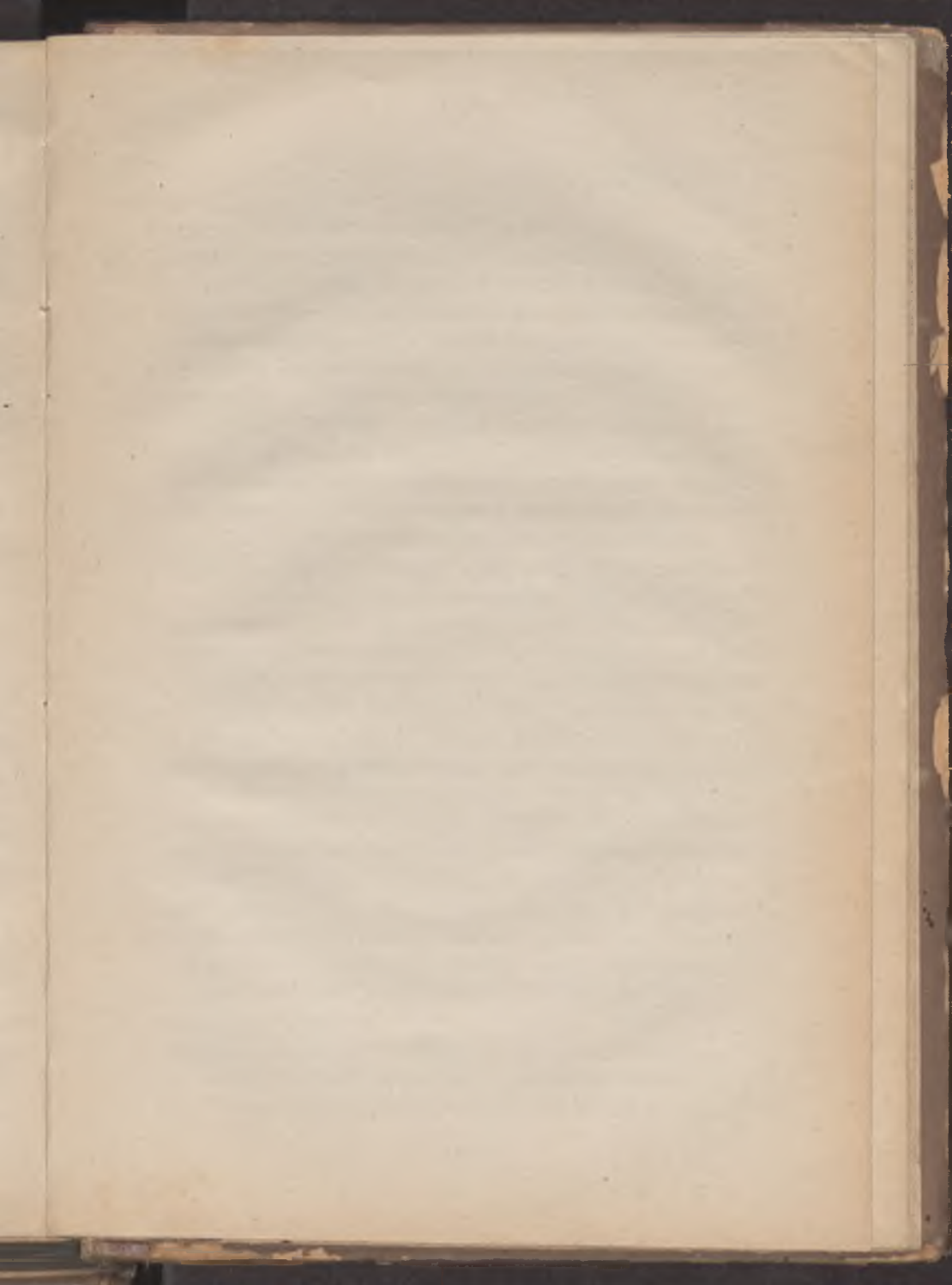
Każda kobieta bez względu na wiek, która pra-

gnie zająć się pielęgnowaniem chorych, może śmiało wziąć w rękę tę książkę i spodziewam się, że znajdzie w niej nie jedno, czém innym pomódz i wygodzić będzie mogła.

Spotka mnie może zarzut, iż pomieściłem tu wiele rzeczy, przekraczających zakres umysłowego rozwinięcia dozorczyńni chorych. Zarzut ten z ochotą przyjmuję na siebie; zdarzyło mi się bowiem słyszeć podobny, gdy pisałem książkę dla studentów,— a jednak nie mam wcale powodu skarżyć się na powodzenie owęj książki. Pominąwszy to, że pisząc niniejszy podręcznik miałem na celu nie tylko zawodowe dozorczyńnie, lecz zarazem wykształcone kobiety i matki rodzin, które chcą nie tylko uczyć się czegoś na pamięć lecz potrzebują także cokolwiek dla zajęcia myśli; pominąwszy dalej tę okoliczność, że kobiety z umysłem słabo rozwiniętym nie są w ogólności zdadne na dozorczyńnie, jestem przekonany, że w nauczaniu osiąga się praktyczne rezultaty łatwiej i prędzej za pomocą metod pewnych i stopniowego rozwijania zdolności porządnego myślenia, aniżeli przez zniżanie się do poziomu najniższéj wiedzy i umysłowego ograniczenia. Kobietom zbyt słabo inteligentnie rozwiniętym lepiej odradzić poświęcenie się zawodowi dozorczyńni chorych, nie tylko dla tego, że na mocy doświadczenia *dokładne* wypełnianie ważnych poleceń bezwarunkowo wymaga pewnego stopnia inteligencji, lecz także i z tego powodu, iż praktycznych rezultatów w zakresie pielęgnowania chorych można się spodziewać tylko wtedy, gdy dobry charakter łączy się z rozwiniętym umysłem.

Wiedeń, w Styczniu 1881.

Dr Th. Billroth.



Spis rzeczy.

| Wstęp. | <i>Stron.</i> |
|--|---------------|
| <p>Pielęgowania chorych trzeba się uczyć.— Przymioty dozorczyni chorych: zamiłowanie, wewnętrzne powołanie do pielęgowania chorych; spokojne usposobienie; szczególna zdolność, dar spostrzegawczy; zamiłowanie prawdy, zmysł porządku, stałość charakteru; uległość, przyzwoitość, obyczajność.— Zdrowie. Największe ochędóstwo. Lekka ręka. Zręczność i staranność.— Obejście się pielęgnującej z chorym i jego otoczeniem. Roztropność. Spokojna, cicha działalność. Pielęgowanie nieuleczalnych; pielęgowanie powracających do zdrowia.— Wysokie wymagania od dozorczyń.— Szkoły dla dozorczyń</p> | 1 |
| ROZDZIAŁ I. Pokój chorego. | |
| <p>Wybór pokoju dla chorego.— Przewietrzanie (wentylacja).—Ogrzewanie.— Ochładzanie.— Spokojne położenie.— Czyszczenie i sprzęty</p> | 22 |
| <p>Łoże chorego. Łóżko: żelazne, jego zalety.— Długość, szerokość, wysokość.—Materace.—Druciane materace</p> | 43 |
| <p>Pościel: materace włosiane.—Prześcieradło.—Poduszki.—Kołdry</p> | 44 |
| <p>Części dodatkowe: Wałek pod głowę.— Poduszka pod krzyż.— Oparcie dla nóg — Ruchoma podpora pod plecy.—Podpory boczne</p> | 49 |
| <p>Ustawienie łóżka w pokoju</p> | 50 |
| ROZDZIAŁ II. Ogólne zasady pielęgowania chorych leżących w łóżku. | |
| <p>Staranie o wygodne położenie i dogodności dla chorych leżących w łóżku.— Gładko rozpostarte prześcieradło. Zmiana i wstrząsanie poduszek.— Sposób podnoszenia chorych.—Zmiana bielizny.— Odzienie w łóżku.—Odwadnianie wypróżnień w łóżku.— Zmiana łóżka i prze-</p> | |

| | <i>Stron.</i> |
|--|---------------|
| ścięlanie.—Zmiana prześcieradła.—Podkłady, materyje nieprzemakalne.—Ogrzewanie łóżka | 52 |
| Odleżenie i zgorzelinowa odleżyna.—Odleżyna: środki zapobiegające, poduszeczka pod krzyż, obmywania, plasty.— Odleżyna zgorzelinowa: Przyczyny.— Łóżko wodne (poduszka wodna), jego przygotowanie.—Oczyszczanie odleżyny.— Opatrunek rany | 64 |
| Nocne światło w pokoju chorego.—Duży zegar nie bijący. Picie, jedzenie i czytanie w łóżku.— Sadzanie i podnoszenie chorego w łóżku.—Niemożliwość domowego leczenia i pielęgnowania biednych w sposób odpowiedni | 71 |
| Trafne postrzeżenia i uwagi Miss Florence Nightingale o właściwościach rozmaitych chorych i zachowaniu się dozorczyń względem nich. | 78 |
| ROZDZIAŁ III. O wykonywaniu zaleceń lekarza. | |
| 1. Podawanie lekarstw | 89 |
| 2. Wziewania. | 96 |
| 3. Wstrzykiwania. Lawatwy. Czopki stolcowe. Wkraplania | 67 |
| 4. Okłady. Pędzlowania. Wecierania. Ugniatanie (masaż). Gimnastyka. Elektryczność | 104 |
| 5. Pijawki. Gorczyczniki (synapizmy). Wezykatoryja | 112 |
| 6. Kąpiele | 115 |
| 7. Polewania (dusze). Wilgotne wycierania. Zawijanie, miejscowe wilgotne obwijania | 121 |
| 8. Dłuższe stosowanie zimna i ciepła | 124 |
| ROZDZIAŁ IV. Przygotowania do operacyi i opatrunków. | |
| Przygotowania do operacyi. Przygotowanie dozorczyni. Wybór pokoju. Oświetlenie. Przygotowanie chorego. Temperatura pokoju. Stół operacyjny. Znieczulanie. Przepisy oczyszczania gąbek i jedwabiu w pojęciu chirurgicznem. Nazwy bardziej używanych narzędzi chirurgicznych | 131 |
| Przygotowania do opatrunku przeciwnilnego.— Zatykadła.— Plaster.— Opatrywanie ran przy łóżku chorego.—Przygotowanie rozczynów kwasu karbolowego. Opatrunek maściami | 134 |
| Przygotowania do opatrunku przy złamaniach kości, zwichnięciach i skrzywieniach.— Opatrunek gipsowy, | |

| | <i>Stron.</i> |
|---|---------------|
| klajstrowy i szkłem wodném.—Rynienki gutaperkowe.— Wprawianie się w nakładaniu opatrunków i chustek opatrunkowych.—Przenoszenie chorych . . . | 151 |
| ROZDZIAŁ V. Dozorowanie i pielęgnowanie gorączkujących chorych w ogólności. | |
| Ostre i chroniczne choroby.— Podniesiona ciepłota jest najważniejszym objawem gorączki.— Mierzenie ciepłoty termometrem.— Linije krzywe temperatury.— Liczenie pulsu i oddechu.—Gorączkowe bredzenie.— Zachowanie się dozorczyń | 161 |
| ROZDZIAŁ VI. Pielęgnowanie w chorobach epidemicznych i zaraźliwych. Ochrona od zarażenia. Odwietrzanie (Desynfekcja). | |
| Tyfus brzuszny. Sposób powstawania.— Codzienne obowiązki dozorczyń przy chorych na tyfus.— Wypadki w tyfusie, na jakie dozorczyń powinna zwrócić uwagę.—Leczenie tyfusu kąpielami i zimną wodą.— Pielęgnowanie chorych w okresie zdrowienia | 173 |
| Cholera.—Dysenterya | 188 |
| Choroby bezpośrednio zaraźliwe (jednej osoby od drugiej). Tyfus plamisty, tyfus powrotny, odra, rubeola, szkarlatyna, ospa, koklusz, błonica (dyfterya). Pierwsze objawy <i>odry, rubeoli, szkarlatyny, ospy, Koklusz, —błonica (dyfterya)</i> .— Sposób występowania. Drogi zarażenia.—Leczenie miejscowe.—Krup.—Przecięcie tchawicy (tracheotomia) | 191 |
| Przepisy zachowania ostrożności w chorobach epidemicznych.—Odwietrzanie (<i>Desynfekcja</i>). | 206 |
| ROZDZIAŁ VII. Pielęgnowanie nerwowo i umysłowo chorych. | |
| Pogląd ogólny na układ nerwowy i jego cierpienia | 220 |
| I. Pielęgnowanie i niesienie pomocy przy chorobach nerwowych oraz przypadłościach mających swe źródło w układzie nerwowym. Pielęgnowanie sparaliżowanych.— Pomoc przy omdleniach;— wstrząśnieniu mózgu;—uderzeniach do głowy;— apopleksyi mózgowej;— padaczkę;—kurczach histerycznych;—kolkach; kurczach żołądka;—kurczu szpary głosowej;—duszności (astmie);—czkawce;—rwie twarzowej (tic) | 222 |
| II. Obserwacja i pielęgnowanie umysłowo chorych. | |

| | <i>Stron.</i> |
|--|---------------|
| Pogląd ogólny. 1. Zaburzenia wyobraźni.—2. Stany przygnębienia umysłu.—3. Stany pobudzenia . . . | 232 |
| Ogólne przepisy przy pielęgnowaniu obłąkanych, według Dra Ewalda Hecker'a. | 239 |
| Kilka rad dla dozorczyń pielęgnujących osoby obłąkane Dra J. Mundy: Zachowanie się przy chorych gwałtownych. Unikanie kaftana krępującego. „No restraint“. Melancholija, odmawianie przyjmowania pokarmów. Znaczenie podtrzymywania sił fizycznych u obłąkanych. Zajęcia i rozrywki obłąkanych. System familijny (Gheel) | 243 |
| ROZDZIAŁ VIII. Pomoc w wypadkach nagłych. | |
| Pomoc przy: | |
| Obrażeniach: oparzenia, odmrożenia, zgniecenia, rany, krwotoki z ran. | 258 |
| Ranach zatrutych: ukłucia owadów, ukąszenia węzłów, psów wściekłych, zakażenie zgnitým mięsem. . . . | 262 |
| Krwotokach: nosowych, płucnych, żołądkowych . . . | 264 |
| Ratowanie powieszonych i topielców | 265 |
| (O omdleniu, apopleksyi, drgawkach, patrz rozdz.VII). | |
| Pomoc przy otruciu | 269 |
| ROZDZIAŁ IX. Odżywianie i Dyjeta.—Zakończenie . . . | 271 |

W S T Ę P.

Pielęgowania chorych trzeba się uczyć. — Przymioty dozorczyń chorych: zamiętowanie, wewnętrzne powołanie do pielęgowania chorych; spokojne usposobienie; szczególna zdolność, dar spostrzegawczy; zamiętowanie prawdy, zmysł porządku, stałość charakteru; uległość, przyzwoitość, obyczajność. — Zdrowie. Największe ochędóstwo. Lekka ręka. Zręczność i staranność. — Obejście się pielęgnującej z chorym i jego otoczeniem. Roztropność. Spokojna, cicha działalność. Pielęgowanie nieuleczalnych; pielęgowanie powracających do zdrowia. — Wysokie wymagania od dozorczyń. — Szkoły dla dozorczyń.

„Doświadczenie przewyższa teorię, lecz częstokroć błędzi, kto się teorią nie rządzi.”

Pomagając innym — pomagamy sobie samym do szczęścia. Ileż to ludzi mogłoby szczęścia takiego używać, a nie wiedzą jak się wziąć do tego. Możliwość pomagania cierpiącym jest niewątpliwie jedną z najpiękniejszych zdolności, jakie człowiek posiada; lecz musi ją jako sztukę wykształcić, musi teorię z praktyką połączyć, kto chce w zupełności zadowolnić siebie i drugih. Wrodzone zdolności niewystarczają tutaj; ażeby istotny osiągnąć pożytek, należy wiedzieć, *jak* sobie w każdym wypadku postąpić. Można wprawdzie i na tém polu

własnym doświadczeniem i dociekaniem bardzo wiele się nauczyć, takie jednak szukanie po omacku częstokroć przynosi szkodę cierpiącym i niezmiernie powoli prowadzi do pożądanego celu; nadto — spokój i pewność w działaniu, ten ważny środek wzbudzenia w chorym zaufania, bardzo się późno wtedy zdobywa. Przymioty te nabyć można jedynie tylko przez praktykę przy łóżku chorego. Jest jednak wiele rzeczy, które mogą być systematycznie wyłożone w odczytach, lub książkach; książki takie służyć mogą dla wydoskonalenia się, tudzież przypomnienia sobie poprzednio nabytych wiadomości. Taki też jest cel i niniejszego dziełka; nie zawiera ono wszystkiego, co fachowo wykształcona dozorczyńni wiedzieć może i powinna, ale podaje *główne zasady pielęgnowania chorych*.

Z niniejszego dziełka można się dowiedzieć, *co* w pojedynczych przypadkach jest do zrobienia: lecz *jak* w każdym danym przypadku postąpić, tego można się tylko nauczyć *własną*, długoletnią praktyką. Kto ją posiada, ten nietylko *wie*, jak chorych pielęgnować, lecz może nadto sztukę pielęgnowania z *pożytkiem wykonywać*. Pod tym względem podobnie się dzieje z każdą naszą teorią i praktyką. Gdyśmy nasze powołanie praktycznie wykształcili — wtedy dopiero jesteśmy w możności nietylko teoryję, ale i praktykę przez czytanie odpowiednich książek udoskonalać, ponieważ dopiero wtedy możemy przedstawić sobie jasno i właściwie to, co czytamy lub słyszymy.

Wiele by się dało powiedzieć o koniecznych przymiotach dozorczyńni. Muszę jednak przedtem nadmienić, że połączenie i wykształcenie wszystkich przymiotów w człowieku, jest daleko korzy-

stniejsze przy pielęgnowaniu, jak pojedynczy przymiot wysoko rozwinięty. Tylko lekarze i chorzy którzy obserwują działalność dozorczyń, mogą osądzić, czy ta lub owa kobieta jest zdolną do tego zawodu. Jednym z najpierwszych warunków wykształcenia tak trudnego powołania, jest *prawdziwe zamięłowanie do tego rodzaju praktycznego nicsicnia pomocy*. Dozorczyńi powinna czuć w sobie nieustanny popęd do pomagania cierpiącym i przyjść do przeświadczenia, że możność czynienia dobrze jest dla niej źródłem najwyższego szczęścia. Lecz czy zamięłowanie to jest o tyle silne, ażeby wszystkie trudy, częste przykrości, nawet niebezpieczeństwa, na jakie zawód ten naraża, trwale przezwyciężyć — to się dopiero okazuje w praktyce. Jeśli dozorczyńi z każdym dniem coraz więcej doznaje szczęścia w pełnieniu obowiązków swego powołania i codzien łatwiej pokonywa nieprzyjemne jego strony, wtedy dopiero może się z ufnością kształcić w obranym zawodzie. Jeśli zaś wśród tego czuje, że się zawiodła na sile swój skłonności, — a może to i najlepszą spotkać, — niech lepij inny zawód obierze.

Kobiety, które namiętnie zapalają się do wszystkiego, co piękne i wzniosłe, które tak silne mają współczucie, że cierpienia innych, jak własne odczuwają, lub zdaje im się że odczuwają, rzadko są dobrymi dozorczyńiami; cierpienia drugich, paraliżują ich myśli i czyny. Nieraz miałem sposobność w czasie wojny zrobić spostrzeżenie, że ludzie zbyt miękiego serca, ze zbytku współczucia i współubolewania nad niedolą drugich, nic zdziałać nie byli w stanie; może chory doznaje na chwilę po-

ciechy na widok współczucia drugich, lecz wdzięczniejszy jest tym co mu pomoc niesą.

Chociażby nawet kobiety z tak gorącym współczuciem umiały siłą woli panować nad sobą, to jednakże *charaktery spokojniejsze*, mniej potrzebujące zwalczać własne uczucia, są odpowiedniejsze dla chorych. Usposobienia drugich nie tylko na nas działają, lecz i nasze usposobienie nawzajem oddziaływa na drugich; wzajemne to oddziaływanie odbywa się najczęściej bezwiednie. Chorzy są zazwyczaj bardziej czuli i wrażliwi na humor otaczających aniżeli zdrowi; to też namiętne i gwałtowne charaktery, choćby i mogły do pewnego stopnia nad sobą zapanować, nie są tak przyjemne w obejściu się z chorem, jak charaktery spokojne, łagodne i cierpliwe. Wprawdzie spotykają się także osoby tak flegmatyczne i obojętne, tak powolnie myślące i działające, że przyprowadzają chorego do niecierpliwości i stają mu się przez to nieznośnymi. Z drugiej strony, i chorzy przedstawiają różne charaktery, a nadto rozmaite choroby wywołują w nich rozmaite usposobienia. Osobiste upodobania i niezadowolenia, sympatyje i antypatyje, grają tu ważną rolę, działając bez naszego współdziałania w tak bliskim stosunku, w jakim pozostaje dozorczyńni do chorego. Dozorczyńni nie powinna jednakże nigdy zwracać uwagi na te uczucia, powinna zwyciężko wytrwać na swym stanowisku, chociażby to niekiedy z trudnością jej przyszło. Lekarz bronić jej będzie od zbyt licznych wymagań ze strony chorego i jego otoczenia. Utrzymują niektórzy, że przymioty serca i rozumu zwykle nie idą w parze. Wprawdzie zdarza się pewna wrodzona dobroć serca u ludzi ograniczonych, jak nie-

mniej, ludzie bardzo sprytni mogą mieć złe popędy; prawdziwa jednak i wytrwała dobroć serca idzie zawsze w parze z rozważą i rozsądkiem; nie wypływa z okolicznościowego tylko, chwilowego współczucia, lecz z głębi wewnętrznego przeświadczenia, że szczęście nasze nierozzerwanym węzłem połączone jest ze szczęściem naszych bliźnich, że przez dobre uczynki nietylko udoskonalamy i uszczęśliwiamy samych siebie, ale nadto dopomagamy do szczęścia drugim.

„Moralny porządek świata nie leży po za tobą. Istnieje on tylko przez ciebie. Wierz w niego, a dopomożesz do jego urzeczywistnienia.“

(Fr. Th. Fischer).

Mówiłem już poprzednio o *szczególnym talencie do pielęgnowania chorych* i muszę raz jeszcze zaznaczyć, że bardzo wiele na nim zależy, jeżeli mamy osiągnąć pomyślny rezultat. Prawdziwe zamiłowanie swego powołania, dobroć, rozsądek, spokojne usposobienie, muszą się łączyć z tym talentem, który polega na bezwiednym zwykle *darze spostrzegawczym*. Jest to dar zupełnie odrębny. Każdy ma oczy, uszy, powonienie, smak i czucie, a jednak zmysłami poznawane przedmioty tak odmiennie każdy odczuwa. Już u dzieci różnice te często bardzo wyraźnie się uwydatniają. Jedne z nich nie zwracają wcale uwagi na to, co się w koło nich dzieje i nic nie pamiętają; inne robią mnóstwo spostrzeżeń i zatrzymują je w pamięci, tak, że później przy danej sposobności zdumieni jesteśmy, że tak wiele rzeczy przyswoiły sobie, gdy nam się zdawało, że one nawet nie zwracały na to uwagi. Ten dar spostrzegawczy może być do pewnego stopnia wrodzony, lecz przy roztro-

pném kierowaniu można go odpowiedniém ćwiczeniem coraz bardziej rozwijać. Jest on niezbędny, z oczów chorego trzeba bowiem umieć wyczytać życzenie i dopomagać tym sposobem lekarzowi w jego działaniu. Dozorczyńni musi umieć obserwować chorego podobnie jak lekarz, ażeby mogła sumiennie zdać mu sprawę ze spostrzeżeń poczynionych w czasie jego nieobecności; na co zwracać tu należy uwagę, tego tylko przy łóżku chorego nauczyć się można.

*Zamilowanie prawdy, zmysł porządku, sumiennosc, powolność poleceniom lekarza, zastosowanie się do danych, niekiedy niemiłych okoliczności, są to niezbędne przymioty dozorczyńni, które muszą i powinny być nabyte własną pracą, choćby niekiedy wrodzone skłonności i wychowanie domowe utrudniały panowanie nad sobą i poddanie się obowiązkom. Czyż potrzebuje tutaj dodać jeszcze, że dozorczyńni powinna baczyć nieustannie na *przezwoitość* i *obyczajność*? byłoby to chyba zbytęczne; gdyż kto wyżej wspomniane przymioty posiada i nieustannie dąży do ich udoskonalenia, ten jest już przyzwoity i obyczajny.*

Umyślnie postawiłem na pierwszym miejscu przymioty serca i umysłu, które dobra dozorczyńni posiadać i kształcić w sobie powinna; przymioty te jednakże wtedy dopiero mogą być praktycznie spożytkowane, jeśli obrały sobie siedlisko w *zdrowém ciele*, praca bowiem dozorczyńni z powołania, jest bardzo mozolna, wytrwałość fizyczna jest więc konieczną. Wytrwałość ta rzadko nabywa się przed 20 rokiem życia i nie trwa u kobiet dłużej, jak 15—20 lat. Dla tego też epoka między 20-m a 40-m rokiem życia została w ogólności uznana

za najodpowiedniejszą dla kształcenia się w zawodzie dozorczyń. Obowiązkiem dozorczyńi względem samej siebie, jest wzmacniać swe zdrowie, inaczej zbyt wczesnie stanie się niezdolna do obranego zawodu. Posilne pożywienie, lecz nigdy za dużo na raz, a za to często w dzień, jak również i w nocy w czasie czuwania, utrzymuje w równowadze i jednostajnym napięciu siły fizyczne. Zbyteczne jedzenie na raz jakie obecnie jest w zwyczajach, przy gorączkowo przyśpieszonym życiu zawodowym, ażeby nie przerywać dziennych zajęć, jest niewłaściwe szczególnie dla kobiet; nadto sprowadza zawsze kilkogodzinną ociężałość i niechęć do pracy.

Najważniejszą rzeczą, tak dla zdrowia dozorczyńi, jak i osoby pielęgnowanej, jest *jak najwięcej ochędostwo*. Dozorczyńi obowiązana jest używać częstych kąpiei, często zmieniać bieliznę i wietrzyć swą odzież. Wyziewy i pot przenikające odzież, nietylko szkodzą własnemu jój zdrowiu, ale nadto mogą być nieprzyjemne dla chorego. Natychmiast po opatrzeniu chorego, powinna za każdym razem umyć ręce a zwłaszcza paznogie; usta, zęby i uszy, muszą być utrzymane w największej czystości. Porządek około siebie jest najlepszą rekomendacją dla dozorczyńi; jest to zarazem najważniejszy środek ochraniający od zarażenia się, tak chorego od dozorczyńi, jak nawzajem dozorczyńi od chorego. Wiadomo już dzisiaj z pewnością, że większa część chorób zaraźliwych nie powstaje wcale z powietrza, lecz że zarazki znajdują się w wydzielinach chorego, że swą zaraźliwość zachowują nawet wtedy, jeżeli wyschną i w postaci pyłu i brudu utrzymują się

w pokoju, w łóżku, odzieży chorego, lub przez skórę, błony śluzowe i większe lub mniejsze rany dostają się do organizmu. Później podamy w tym względzie szczegółowe wskazówki odnoszące się do pojedynczych przypadków.

Porządek i czystość są właśnie główną przyczyną, dla której w domach zamożnych choroby zaraźliwe rzadko tak się szerzą jak u biednych; dobre odżywianie się i wzmacnianie ciała jest również przyczyną, dla której zaraźliwe choroby u osób zamożnych, zwykle nie tak ciężko i *pomyślniej przebiegają*. A zatem czystość około siebie nie powinna być dla dozorczyńni przedmiotem próżności i środkiem przypodobania się choremu, lecz jest *niezbędnym ochronnym warunkiem* przy pielęgnowaniu chorych tak w szpitalu, jak i w pałacu.

Dla utrzymania zdrowia, prócz posilnego pożywienia, potrzebne jest koniecznie dozorczyńni świeże powietrze i ruch; nadto po nocy spędzonej na czuwaniu, kilkogodzinny w dzień wypoczynek. Od szczególnych okoliczności w każdym danym przypadku zależy, jaką porę dnia ma do tego obrać, jak również, czy przy chorym przez ten czas inna dozorczyńni, lub też ktoś z domowych w zastępstwie pozostać musi. Jakkolwiek niekiedy dozorczyńnie przedstawiają zadziwiające przykłady wytrwałości, to jednak osoba poświęcająca całe życie temu powołaniu, wkrótce stargałaby swe siły i przedwcześnie stała się niezdolną do tego zawodu, gdyby na zdrowie swoje nie zwracała uwagi.

Zaraz po objęciu opieki, dozorczyńni musi niekiedy porozumieć się z rodziną chorego, tak co do

godzin wypoczynku, jak również co do wyżywienia, zdarzają się bowiem ludzie tak nierozsądni, że nie chcą uwzględnić tych okoliczności. Do stowarzyszenia wysyłającego dozorczynię, lub do lekarza który ją zamówił, należy ułożenie się o to wszystko, przed objęciem opieki nad chorym.

Zdarza się niekiedy słyszeć szczególne pochwały dla niektórych lekarzy, lub dozorczyń, że mają nader *delikatną, lekką* rękę przy operacji, badaniu i opatrunkach. Zdawałoby się na pozór, że jestto całkiem fizyczny przymiot, a jednak przyjrząwszy się bliżej tym wsławionym rękom, przekonamy się że nie są wcale tak delikatne i miękie. Cóż to więc znaczy? Oto, zręczna i pewna ręka kierowana doświadczeniem i ostrożnością wydaje się choremu tak lekką i delikatną. Przyznaję, że jedne kobiety mogą być z natury bardziej zręczne od drugich do ręcznych i domowych zajęć; jednakże usilną pracą i wprawą, przy odpowiednim kierunku, *nabyć* można wiele zręczności. Główną rzeczą jest, by dozorczyńni przy każdej czynności jaką wykonywa myślała o tém, aby choremu nie sprawić bólu; umyślnie bowiem tego nie uczyni. Nadto powinna *wiedzieć*, jak wziąć się do tego, by przełożyć chorego, zmienić okład, zrobić wstrzykiwanie i opatrunek, nie sprowadzając bólu choremu; nie powinna w danym wypadku raz tak, raz owak postępować i w niepewności to tu, to owdzie chorego dotykać. Drażni go to bowiem, czyni niezadowolonym; nikt nie życzy sobie, by na nim robiono doświadczenia; chory zniesie chętnie nieunikniony ból, gdy się mu powie na-przód, że to lub owo zrobić potrzeba dla jego wyleczenia, lecz że to się nieda wykonać bez bólu,

który jednak szybko przeminie. Jeśli się choremu zada niespodziane cierpienie, złęknie się on i krzyknie, jeśli zaś został przygotowany na bolesną chwilę, a postąpiło się z nim stanowczo, lecz delikatnie i z pomyślnym skutkiem, wtedy często sam powie: „nie było to tak bolesne, jak sobie przedstawiałem.” — Niektóre dozorcynie przesadzają ostrożność w ujmowaniu chorego rękami, tak że tam, gdzie cała ręka czynna być musi, używają tylko końców palców. Jeśli chcemy np. kogoś, za ramiona z przodu ująwszy, wyżej podnieść w łóżku, a ujmemy tylko końcami palców, musimy je wtedy silnie wbić w ciało, przez co zbyt choro- go uciskamy; gdy tymczasem używając całej ręki, nie czynimy mu najmniejszego bólu.

Pozostaje nam jeszcze nieco powiedzieć o *zachowaniu się dozorczyńi względem chorego i jego otoczenia*. Najłatwiejsze jest obejście się z ciężko choremi; bywają oni zwykle umyślowo otepiali, mówią bardzo mało lub mającą; dozorcynie wykonywa punktualnie i w cichości polecenia lekarza, obserwuje i notuje wszystkie zmiany, jakie zaszyły u chorego, by o nich zawiadomić lekarza. Nierównie trudniejsze jest zachowanie się względem chorego, przychodzącego do zdrowia (rekonwalescenta) i z choremi, podlegającymi chorobom przewlekłym (chronicznym), czującym się często nie źle, lecz potrzebującymi pomocy. Tacy chorzy chcą zazwyczaj mieć w domu przy sobie dozorczynię, témbardziej, jeśli nikogo nie mają z rodziny, ktoby chciał, lub mógł podjąć się pielęgnowania. Jakkolwiek różne bywają charaktery ludzkie, chory myśli przedewszystkiem, a nawet niekiedy wyłącznie tylko o sobie i swojej chorobie;

jeśli się przyzwyczai i nabierze zaufania do dozorczyńni, wcześniej czy później stanie się dla niej wyłanym, gdyż czuje zawsze potrzebę mówienia o sobie i swoim cierpieniu. Codziennie zadaje niezliczone pytania dozorczyńni, a nawet często opowiada jej najskrytsze rodzinne stosunki; gdy się czuje słabym i spać nie może, wtedy bywa wzburzony, niespokojny, a nawet niekiedy szorstki. To płacze i rozpaczliwie się zryma, to znów się skarży, już to na lekarzy, już na dozorczyńnię, już nakoniec na cały rodzaj ludzki, a nawet wpada niekiedy w szalone wybuchy. Gdy się czuje lepiej, z równym zapałem wszystko chwali i za dobre uważa, wyrażając wdzięczność swoją w serdecznych słowach.

Trudne to niezmiernie zadanie dla dozorczyńni, umieć sobie postępować z tak rozmaitemi usposobieniami; można się tego tylko bardzo powoli nauczyć własnym doświadczeniem. Przedewszystkiem dozorczyńni powinna się wystrzegać *ciekawości i gadatliwości. Roztropność i cicha, spokojna, niezmordowana działalność* jest jej obowiązkiem. Jeśli chory potrzebuje pogadać, niechaj go słucha spokojnie i z zajęciem, lecz nierozgłasza tego co słyszy, przeciwnie powinna się starać jaknajprędzej zapomnieć o wszystkiém, co tylko nie tyczy się choroby. Powinna choremu chętnie i przyjaźnie przychodzić w pomoc; lecz niechaj się strzeże być zbyt poufałą; straciłaby na powadze w obec chorego, który jej już wtedy nie zechce słuchać. Dla niektórych chorych dobrze jest zmieniać dozorczyńnie, najlepsza bowiem znudzi się nieraz, jednostajnym długotrwałym zajęciem. Również i chorzy, którzy długo leżeć muszą, zyczą sobie niekie-

dy zmiany lekarza i dozorczyń: potrzebują bowiem przerwać tę wieczną jednostajność, spodziewając się czegoś lepszego z téj zmiany, która jednak znowu wkrótce im się sprzykrzy. Niech się jednak strzeże dozorczyńi osłabiać zaufanie chorego do lekarza, przeciwnie, o ile to jest w jej mocy, powinna się starać je wzmacniać. Nie można gorszej przysługi wyświadczyć choremu, jak kiedy się mu lekarza w podejrzenie podaje. Choremu wybaczyć można, gdy długą złożony chorobą sądzi, że lekarz niewłaściwie go leczy. Sztuka lekarska nie jest wszechpotężna; lecz większa część chorych sądzi przeciwnie; żaden chory nie uwierzy tak łatwo, że przyniósł już z sobą na świat zaród choroby; każdy uważa się za normalnie zdrowego człowieka i sądzi że tylko przypadek, zaniedbanie, niewłaściwe leczenie o chorobę go przyprawiło. Większa część ludzi mniema, że sami tylko jedynie znają przyczynę swój choroby w wypadkach, gdzie przyczyny téj nauka lekarska od wieków nadaremnie szuka. Jest to właściwe nietylko ludziom, lecz i zwierzętom wyższej organizacyi, że we wszystkich zjawiskach, jakie spostrzegają, upatrują przyczynę i skutek. Gdzie tylko człowiek coś spostrzeżga, czego przyczyny nie zna, woli ją sobie raczej uroić, jak powiedzieć: nie wiem dla czego to, lub owo się stało. Tak samo rzecz się ma z sądem ludzi o chorobach. Choroby muszą mieć przyczynę; gdy zdrowi jesteśmy łatwo pojmujemy, że przyczyny te nie zawsze wykazać można. Lecz niech tylko ktoś zachoruje, opuszcza go wnet to przekonanie, dotąd szpera, póki mu się nie zdaje, że znalazł przyczynę; bajka wtedy zaspakaja go, jak dziecko, a choćby najdziwniejsza, pociesza go sam

pozór prawdy. Nie trzeba się choremu w podobnych razach bardzo sprzeciwiać; w ogóle, nie trzeba się z choremi bez koniecznej potrzeby sprzeczać i naukowych dysput prowadzić; wierzą oni temu tylko, co *im* się najprawdopodobniejszym wydaje i zachwycają się tylko takimi objaśnieniami, które ich utwierdzają we własnych wyobrażeniach.

Żaden też chory nie przypuszcza nawet, że podlega chorobie nieuleczalnej. Wié on, że choroby takie istnieją, widzi swych przyjaciół i krewnych umierających na nie, lecz co do siebie upatruje i znajduje przyczynę w ubocznych okolicznościach, a nigdy w nieuleczalności choroby. Jest to szczęściem dla większej liczby takich chorych; mają oni nadzieję do ostatniej chwili i nie trzeba im jéj odbierać; ludzą się, co do stanu swego zdrowia, nie pozbawiajmy ich zatém tych złudzeń. Trudne to położenie tak dla lekarza, jak i dla dozorczyńni. Chorzy nalega, by mu szczerą prawdę powiedziano, mówiąc, że jest na wszystko przygotowany; lecz nie trzeba mu zupełnie wierzyć; zdaje mu się tylko, że ma siłę do zniesienia najstraszniejszej prawdy. Pocieszać i uspokajać chorego, choćby wbrew własnemu przekonaniu utwierdzać go w jego nadziejach, jest wtedy obowiązkiem dozorczyńni.

Gdzie nie można uleczyć, tam przynajmniej, ile możliwości, trzeba łagodzić cierpienie; nadzieja jest najlepszym złagodzeniem, balsamem na udrczenie serca, orzeźwieniem dla zwątpiałej duszy. Jeszcze raz muszę zwrócić uwagę, że nigdy nie trzeba zapominać, iż chory nieustannie myśli o sobie i o swojej chorobie; obraża go, gdy się nie zwraca uwagi na skargi, na spostrzeżenia, które nad sobą

poczynił, lub zdaje mu się, że poczynił, a które uważa za bardzo ważne; są one może zupełnie obojętne ze względu na leczenie choroby, jednak nie trzeba tego dać poznać choremu. Każdy zapatruje się na świat po swojemu, uważając siebie do pewnego stopnia za punkt środkowy około którego wszystko się obraca, a gdy go coś dotknie, musi to być coś bardzo szczególnego. Zawsze spostrzegalem, że chory czuje się nieprzyjemnie dotkniętym gdy mu się powie, że jego choroba jest całkiem zwyczajna, że już wiele tysięcy razy była obserwowana i leczy się wedle zwykłych prawideł. Chory wyobraża sobie wtedy, iż jest tylko liczbą w pośród tysiąca innych i obawia się, że niedosyć na niego zwróci się uwagi. Życzy on sobie być czemś szczególném, choroba jego, choćby bardzo zwyczajna, powinna jednak w szczególny sposób przebiegać. Pochlebia to z jednej strony jego próżności, z drugiej zaś spodziewa się, że lekarz i dozorczyńni większą na niego zwrócą uwagę. Nie trzeba chorego wyprowadzać z tego miłego mu złudzenia. Dozorczyńni nie powinna zatém chwalić się swoim doświadczeniem, choć może powiedzieć, że podobne wypadki już widziała; nigdy jednak nie powinna wspominać, że wypadki te niepomysłnie przebiegały; gdy zaś chory mówi o innych, którzy poumierali na chorobę, jakiej on podlega, dozorczyńni niechaj powie, że to musiał być inny wypadek, u niego zaś jest zupełnie co innego. Powoli, nauczyć się można wynajdywania takich uspakajających odpowiedzi, równie dobrze jak chory wynajduje coraz to nowe zapytania.

Zaznaczyliśmy tu tylko niektóre najtrudniejsze położenia, w jakich dozorczyńni znaleźć się może

z przyczyny chorego. Wszystkiego tego zresztą nauczyć się można tylko własnym doświadczeniem przy łóżku chorego. Gdzie dozorczyńni sama sobie poradzić nie umie, powinna zasięgnąć rady lekarza, choćby dla tego, żeby nie być w sprzeczności z jego poglądami. Chorzy są zwykle podejrzliwi, a to tém więcej, gdy wynajdą jakąś sprzeczność, lub zdaje im się, że ją wynaleźli; czepiają się wtedy zaraz téj myśli, że choroba ich nie została dobrze rozpoznana a więc i niestosownie jest leczona. W tych trudnych okolicznościach radzę tak postępować, jakbyśmy sobie życzyli, by z nami postępowano, gdybyśmy byli na miejscu chorego.

„Chcesz poznać siebie samego, patrz, jak inni postępują. Chcesz-li zrozumieć innych, spójrz we własne serce.”

(Schiller)

Lecz odwróćmy już oczy od tego smutnego obrazu pielęgnowania nieuleczalnych! Święty to obowiązek i nie tak znów niewdzięczny, jakby się na pierwszy rzut oka zdawało, chorzy bowiem tacy umieją ocenić każdą chwilową choćby ulgę, jaką się im przynosi. Ciężkie, przewlekłe cierpienia zniewalają w końcu, nawet najsilniejszych, najdumniejszych, do przestawania na małym. O ileż jednak przyjemniej, gdy po wielu dniach, lub tygodniach ciężkiej troski, stan chorego zaczyna się nakoniec polepszać i powoli następuje zupełne wyzdrowienie! Im smutniejsze i dłuższe były chwile pełne troski, tém większa potém radość i dla dozorczyńni, że przyczyniła się także do pomyslnego zakończenia choroby. Nieskończenie-bodługie i przykre były dni i noce! Chory rzucał się niespokojnie, prześladowany gorączkowemi przywidzeniami; twarz jego pałała, oddech był ciężki,

spalone usta z chciwością piły podaną wodę! Jakże zamglone miał oko zrana, gdy podrażniony mózg zdolano nakłonić środkami lekarskimi do krótkiego, odurzającego snu! Jakże trwożliwie patrzyła matka na swego chorego jedynaka, dotąd tak kwitnącego! Po tysiąc razy zapytywała się wzrokiem: czy on żyć będzie? Jakże drżała żona o swego męża, opiekuna rodziny; wysunęła się cichutko, wycieńczona padła na łóżko, sen ją przemógł; wtém zrywa się znowu z twarzą bladą i drżącą, prawie zdrętwiiała z bólu, widzi świątający poranek a tu jeszcze żadnej nadziei, żadnego polepszenia! Nakoniec zmienia się obraz choroby; gorączka się zmniejsza, noce przechodzą spokojnie. Orzeźwiający, naturalny sen rozpościera łagodne swe skrzydła nad chorym. Budzi się, jakby nowonarodzony, blady wprawdzie i słaby, lecz z pogodnym okiem, z dawniejszym, zdrowym wyrazem twarzy; głos jeszcze bardzo osłabiony, odzyskał już jednak dawny, luby dźwięk. Z dniem każdym coraz lepiej i lepiej. Radosna wieść, jak zbawienie rozchodzi się po całym domu. Uleczony! ocalony!—Teraz dopiero należy baczenie i troskliwie postępować, by nie nastąpił powrót choroby. Starannie wybierać trzeba potrawy mające chorego wzmacniać i orzeźwiać. Ogólna radość, gdy znowu można nowy postęp zaznaczyć. Stopniowo dopiero przychodzi chory do świadomości, jak źle z nim było; lecz nie ma jeszcze żadnych innych życzeń prócz jedzenia i spania. Powoli zaczyna się zajmować tém, co się w koło niego dzieje; przeszłość wydaje mu się długim snem, którego szczegóły kolejno sobie przypomina. Nareszcie przychodzi mu ochota wstać już z łóżka, stać, cho-

dzić; cieszy się z tego równie jak i otaczający; nie idzie mu to jednak tak dobrze, jak się spodziewano; wkrótce czuje się bezsilny i pragnie powrócić do łóżka; na drugi dzień idzie to już lepiej, na trzeci jeszcze lepiej. Nakoniec, po raz pierwszy wychodzi na świeże powietrze, siły z każdym dniem coraz więcej się wzmagają. Wreszcie chory rozstaje się z dozorczynią, lub opuszcza szpital. Nie zbraknie dozorczyńni dowodów wdzięczności od chorego i jego rodziny; najpiękniejszą jednak nagrodę sama sobie zdobyła: *przeświadczenie wewnętrzne sumiennego spełnienia obowiązku, błogie uczucie, że dobrze czyniła bliźniemu przyłożywszy się do jego ocalenia.* „Szczęśliwsza jest dawać, niżeli brać“ powiedziano w piśmie Ś. (Dzieje Apostolskie XX. 35). Nie trzeba skarbów złota, aby dawać; umieć i módz, częstokroć więcej warte od złota. Gdy dozorczyńni należycie się usposobiła w swoim zawodzie, odkryła skarb, którego nigdy nie wyczerpie lecz jeszcze doświadczeniem pomnaża; może g. cierpiącym, chorym, rannym, szczerze rozdawać to jej najwyższe szczęście. — „Szczęśliwsza jest dawać, niżeli brać!“

Może mi ktoś zarzuci, że zbyt wysokie stawiam wymagania co do przymiotów dozorczyńni i że kobieta, która tyle wrodzonych i nabytych przymiotów posiada, inny zapewne zawód wybierze, jak m. zolne pielęgnowanie chorych. Zarzut ten dawno już odparty został doświadczeniem w innych krajach i niema żadnego powodu, dla czego by u nas inaczej być miało, jeżeli nadto zyskamy trwałą podstawę przez założenie szkoły dozorczyń.



Leczyłem chorych i rannych przy pomocy doskonałych dozorczyń, odpowiadających wszelkim wymaganiom; należały one już to do katolickich zgromadzeń zakonnych, już to były diakonesami protestanckimi, inne znów nie należały do żadnego duchownego zgromadzenia, lecz wyszły ze szkół dla dozorczyń, istniejących w Niemczech; pomiędzy niemi znajdowały się kobiety i dziewice z najwyższych sfer towarzyskich, obok córek mieszczańskich i rzemieślniczych. Żadne wyznanie, żaden stan nie może sobie rościć pretensyi do wyłącznego prawa nauczania i pomagania.

Z różnych stron słyszeć można powątpiewania, aby kobiety mogły jako dozorczynie, zachować dobre obyczaje, jeżeli nie są związane religijnemi ślubami. W imieniu kobiet, muszę przeciw temu niczém nie uzasadnionemu twierdzeniu zaprotestować. I doświadczenie dowiodło już dostatecznie jak błędném jest takie mniemanie. W uznaniu tego błędu upatrywać jakąś myśl nieprzyjazną religii, byłoby niedorzecznością. Na jedno tylko kładę nacisk i zawsze powtarzać będę, choćbym nie wiem ile zarzutów przeciw sobie wywołał: *szkole dozorczyń w wielkiem mieście posiadajícím przeważnie obszerne szpitale, tylko wtedy pomyślnie rozwinąć się może, gdy połączona jest z umyślnie do tego przeznaczonym zakładem leczniczym.*

Towarzystwo diakonisek i zgromadzenia duchowne mają swoje instytucje i zakłady dla chorych; przełożone tych zgromadzeń oświadczyłyby się z pewnością jednogłośnie przeciwko oddawaniu sióstr probantek na naukę do jakichkolwiek zakładów szpitalnych, chociaż wykształcone już siostry wysyłają partyjami do najrozmaitszych szpi-

tali. Przyczyna tego leży nie tylko w regułach kościelnych, lecz także i w zasadach wychowania, które doświadczeniem tysiąckrotnie stwierdzonemi zostały.

Uznany to powszechnie fakt, że w kształceniu obyczajności i dobroczynności, jakoteż pilności i szlachetnych dążeń, nic potężniej nie działa nad przykład i nawyknienie; żadna najsurowsza nauka tego nie zastąpi. Nie można na pamięć nauczyć ani przyzwoitości, ani obyczajności, ani szlachetnego sposobu myślenia, ani życzliwości dla drugich. Jeżeli wychowuje się dzieci w przyzwoitem, obyczajnym otoczeniu, w obcowaniu z ludźmi szlachetnymi, życzliwymi, oddala się od nich wszystko złe, odczuwają wtedy dobroczynny wpływ, jaki warunki te wywierają na nich i widzą ich działanie na drugich; uczą się w tém otoczeniu czuć się szczęśliwymi i utrwalają w sobie najlepsze ludzkie przymioty; w dalszém życiu starają się zawsze, aby wytworzyć w koło siebie podobne otoczenie, jakie miały w młodości, a wszystko złe oddalają od siebie. Zapewne, że w dzieciństwie człowiek jest nadzwyczaj wrażliwy na wszelkie wpływy zewnętrzne; w dziecku przytłumić tylko trzeba wychowaniem niektóre złe skłonności; na dziecko, które wzrosło w przykładnym otoczeniu, nic jeszcze z zewnątrz nie działało. Jednakże i w późniejszych latach zawsze jeszcze działa wpływ otoczenia. Z biegiem czasu okoliczności często zmieniają gwałtownie ludzi; niektóre charaktery stają się szlachetniejsze, ich gwałtowność zamienia się w panowanie nad sobą, upór staje się wytrwałością. Lecz zdarza się także niestety, że ludzie dobrze wychowani strasznie się zmieniają w złém

towarzystwie. Kobiety szczególnie, są skłonne nastrojać się do usposobienia otaczających. Jeżeli szkoła dozorczyń połączona jest ze szpitalem, w którym pełnią obowiązki tylko dobrze wykształcone i obyczajnie wychowane kobiety, to niebawem ten błogosławiony wpływ ogarnie i nowo przybyłe siostry. Gdy raz już została przyjętą pewna metoda obchodzenia się z choremi i wzajemnego stosunku między dozorczyńiami, wtedy wywiązuje się sam przez się tryb postępowania, wywierający silną, bezwiedną władzę, jak w zakładach naukowych tak i w szpitalach. Wkrótce, wszystko idzie jakby samo przez się; jedna dozorczyńia uczy się od drugiej, od lekarza, i nie potrzeba długiego mówienia i nauczania. Przykład i przywyknienie są tutaj rzeczą główną; są tём, czём słońce i deszcz dla żyznej niwy i muszą wydać obfite urodzaje; zielsko wnet zagłuszone zostanie bujnym plonem czystego ziarna.

Gdy się dostatecznie zwiększyła liczba dobrych dozorczyń, można je wtedy nietylko pojedynczo wysyłać do pielęgowania w domach prywatnych, lecz i do innych szpitali; w ostatnim razie jednak tylko partyjami, jak to robią zgromadzenia duchowne. Takie większe lub mniejsze partyje, albo biorą pod własny zarząd mały szpital i pielęgnowają w nim chorych, lub wstępują do osobnego oddziału wielkiego szpitala; te odcięte gałązki pierwszego, silnego drzewa, mogą potem w dobrym gruncie wyrosnąć znowu na szkoły dozorczyń. Tak wzrasta ta zbawienna instytucja; z pierwotnej szkoły powstają filje i tak następnie przez wiele pokoleń, aż w końcu wszystkie szpitale zaopatrzone zostaną w dobre, ukształcone dozorczyńie. Staraj-

my się podnieść stan dozorczyń, a zjedną sobie ogólny szacunek, nie zbraknie kobiet i dziewcząt do tego najpiękniejszego zawodu, z tak szlachetnym celem, chociażby nawet ubytek przez zamążpójście był bardzo znaczny, jak tego mamy już przykłady w wielu krajach. Nie potrzebuję wykazywać, jak ważne ma znaczenie obyczajowy żywioł, który w tym ostatnim wypadku, coraz głębiej przenika w masy.

W krajach i miastach, gdzie istnieją już dawno szkoły dozorczyń, jak: w Badenie, Prusach, Saksonii, Hanowerze, Hamburgu i t. d., z małych początków rozwinęły się już najbawiennejsze skutki, a w Austrii także spodziewać się można, że przy poparciu szlachetnych niewiast i mężów, wkrótce założycie będzie można taką szkołę dozorczyń we własnym szpitalu. Instytucje takie utworzone zostały wszędzie przez stowarzyszenia.

„Działanie wspólne, gdy ma jedne cele,
Z małego tworzy wielkie, z odrobiny wiele!“

ROZDZIAŁ I.

Pokój chorego.

Wybór pokoju dla chorego. — Przewietrzanie (wentylacja). — Ogrzewanie. — Ochładzanie. — Spokojne położenie.

Czyszczenie i sprzęty.

Łoże chorego.

Łóżko: żelazne, jego zalety. — Długość, szerokość, wysokość. — Materace. — Druciane materace.

Pościelel: materace włosiane. — Prześcieradło. — Poduszki. — Koldry.

Części dodatkowe: Wałek pod głowę. — Poduszka pod krzyż. — Oparcie dla nóg. — Ruchoma podpora pod plecy. — Podpory boczne.

Ustawienie łóżka w pokoju.

W wyborze pokoju, który służyć ma dłuższy czas za miejsce pobytu dla chorego, należy przedewszystkiem baczyć, aby mógł być dobrze przewietrzany (wentylowany), ogrzewany i ochładzany, aby był sio-
neczny, nie zamyły i zaciszny.

W mieszkaniach klas średnich wielkich miast, najczęściej nie znajdujemy tych warunków połączonych razem w jednym i tym samym pokoju; niekiedy i u zamożnych napróżno się szuka dobrego pokoju dla chorego. Dawniej każde miasto musiało być fortecą; obecnie znowu, pragnienie możliwie najwyższego zysku, jest pobudką do wzno-

szenia domów wązkich a wysokich. Wprawdzie ustawy prawne wiele już w tym względzie złego poprawiły; nie robią też teraz ani zbyt wązkich ulic, ani nie stawiają zbyt wysokich domów, nadto zakładają o ile możności pomiędzy domami jak najwięcej placów wysadzonych drzewami; lecz do tak szerokiego rozpostarcia się miast na rozległej przestrzeni jak w Anglii, nie przyszło jeszcze ani w Niemczech, ani we Francyi. Nagły wzrost miast i prawne ograniczenia w zabudowaniu gruntu i przestrzeni, zmusi tak nas jak i inne narody, do urządzania coraz szybszych i tańszych środków komunikacyjnych, dla zaoszczędzenia czasu tym, którzy prowadząc interesa w środku miasta, mieszkają na jego krańcach. Wtedy i rodziny klas średnich, w wielkich miastach, będą mogły częściej posiadać własne zdrowe domy zbudowane w pośród ogrodu, jak to jest ogólnym zwyczajem w Anglii i mniejszych miastach Niemiec.

Naturalnie, nierównie łatwiej, w odosobnionym domu, mającym okna na wszystkie strony, znaleźć dobrze przewietrzany i dobrze oświetlony pokój dla chorego, jak w eleganckiem mieszkaniu, którego okna wychodzą na wązką, posępną ulicę i na ciaśniejsze jeszcze, ciemne i cuchnące podwórze. Również i szpitale powinnyby się wkrótce ze środka miasta przenieść na przedmieścia i zakupić zarazem tyle gruntu, ażeby nawet przy zabudowaniu sąsiednich placów, nie został wstrzymany przewiew powietrza w około szpitala. Z pomiędzy rozmaitych nowszych sposobów budowania szpitali, system pawilonowy (barakowy) jest już dla tego samego najlepszy, że najbardziej odpowiada głównym warunkom, jakich wymaga położenie pokojów

dla chorych, byleby tylko sąsiednie place nie zostały zbyt zabudowane.

Przewietrzanie (wentylacja) pokoju.

Ponieważ człowiek potrzebuje do życia powietrza, którego jedna część (tlen) przy wdychaniu łączy się z krwią, a druga zużyta, szkodliwa dla ustroju (kwas węglany) wydychaną zostaje, jasnym więc jest, że człowiek, zmuszony do przebywania w szczelnie zamkniętej przestrzeni, mając tylko ograniczoną ilość powietrza, musiałby umrzeć, raz dla tego, że przez oddychanie zużyłby powoli dobre powietrze zawarte w tej przestrzeni, powtóre dla tego, że zatrzymałby się przez wdychanie napowrót powietrza wydychanego z własnych płuc. Rodzaj śmierci spowodowany zaburzeniami w czynności oddychania, nazywa się „zaduszeniem“. Człowiek więc przebywający w szczelnie zamkniętej przestrzeni, zanimby z głodu umarł, powoli się zadusił. Szczęściem, trudno jest niezmiernie niedopuszczyć przystępu powietrza, przeciska się ono bowiem łatwiej, niżeli woda, przez wszystkie niewidzialne dla oka naszego najdelikatniejsze pory materiału budowlanego; dostaje się nie tylko przez wszystkie szpary i szczeliny, lecz nawet przez kamień, wapno, gips i marmur.

Ilość powietrza przeciskającego się w ten sposób nie jest jednak dostateczną do takiej jego odnowy w pokoju, któraby wystarczała dla utrzymania życia; gdyby nie drzwi i okna, które niekiedy bywają otwierane, musieliby ludzie, zmuszeni pozostawać dłuższy czas w szczelnie zamkniętej przestrzeni, zbudowanej ze zwykłego materiału

a pozbawionej okien i drzwi, powolną śmiercią umierać. Gdyśmy, dziećmi będąc, robili z pudełek mieszkania dla gąsienic, kazano nam nakłuwać dziurki w ścianach pudełka, aby gąsienice nie obumierały. Człowiek potrzebuje o wiele więcej powietrza, jak gąsienice i robaki, które się niekiedy wdrażają bardzo głęboko w drzewo, gdzie przedostaje się bardzo nieznaczna ilość powietrza. Wietrzenie pokoju jest właściwie zawsze *odnawianiem powietrza*. Ta odnowa musi być o ile możliwości nieustanna. Powietrze w pokoju powinno być równie czyste, jak zewnątrz domu, gdzie rozmaite rodzaje powietrza, otaczające ziemię, nieustannie mieszają się z sobą. Jeśli w zamkniętym mieszkaniu zbudowanym ze zwykłego materiału, istnieją zawsze te same warunki: ta sama liczba ludzi, te same otwory dla przystępu powietrza, ta sama szybkość przewiewu przez te otwory, to i powietrze w pokoju zawsze będzie jednostajne—t. j. stosownie do urządzenia wentylacyi, zawsze złe lub dobre. Jeżeli jednak zmieniają się warunki, w ten np. sposób, że podwójna, lub dziesięć razy większa liczba osób tę samą przestrzeń zajmuje, a przewiew nie zostanie zwiększony, to wkrótce w przestrzeni takiej powietrze ulegnie zepsuciu. Toż samo by było, gdyby przy danej liczbie osób, dla jakiej wentylacyja została pierwiastkowo urządzoną, zmniejszyć otwory służące do odnowy powietrza. Nakoniec powietrze zmienia się także we wspomnianej przestrzeni, gdy na dworze jest cieplej lub zimniej i gdy wiatr powstaje. Ciepłe powietrze jest lżejsze od zimnego; cieplejsze wznosi się w górę; stąd na granicy ciepłego i zimnego powietrza powstaje bardzo silny częstokroć prąd, powodujący

następnie szybkie pomieszanie powietrza ciepłego z zimnym; prąd z pomieszania tego wytworzony, a który powstaje zupełnie bez wiatru, uczuwamy niekiedy, jako silny przeciąg.

Z powyższych uwag jasnym jest, że *dobra wentylacja powinna być tak urządzona, aby ją można dowolnie regulować*; t. j. aby można wpuszczać dowolną ilość świeżego powietrza i wywoływać silniejszy lub słabszy przewiew. Należy wreszcie zrozumieć, że skuteczna wentylacja nie jest niczym innym, jak tylko tem, co pospolicie „przeciągiem“ nazywamy i że chodzi tylko o to, aby prądem powietrza tak kierować, iżby nie dotykał bezpośrednio chorego leżącego w pokoju.

Ponieważ przy spokojnym powietrzu, naturalna wentylacja (nazywamy tak metodę przewietrzania za pomocą stosownych otworów w pokoju) polega głównie na różnicy temperatury zewnątrz i wewnątrz pokoju, a tem samym zależy od większego lub mniejszego wiatru, jasnym jest przeto, że przy zupełnie jednakowej temperaturze zewnętrznej i wewnętrznej, bez pomocy wiatru nie byłoby wcale dopływu świeżego powietrza, przy małej zaś różnicy temperatury, nie możnaby otrzymać silnego prądu. Takie warunki zdarzają się często u nas w lecie i wtedy jesteśmy w tem szczęśliwym położeniu, że możemy wszystkie okna ciągle zostawiać otwarte. Zupełną wentylację — t. j. także samo powietrze w pokoju, jak na dworze — otrzymujemy przy jednakowej temperaturze zewnętrznej i wewnętrznej, lub przy nieznacznej różnicy temperatury, tylko wtedy, gdy otworzymy *przeciwległe okna*. Wtedy zawsze następuje ruch powietrza. Przekładam zatem pokój z prze-

ciwległemi oknami, nad pokój mający okna tylko z jednej strony; chociażby bowiem w tym ostatnim i drzwi na korytarz otworzyć, co w prywatnym domu nie zawsze da się uczynić, gdyż taki korytarz zwykle służy za sień przechodnią dla lokatorów, to stamtąd dochodzić będzie do pokoju złe powietrze z podwórza, lub z innych przyległości mieszkania. W szpitalach urządzonych całkowicie lub częściowo według systemu korytarzowego, po nad drzwiami pokoju powinny być urządzone wielkie niezamykające się otwory, opatrzone tylko siatką drucianą; a naprzeciwko nich okna z przyrządem wentylacyjnym u góry. Tak zwane sztuczne systemy wentylacyjne polegają na tём, że w podłodze i ścianach pokoju, znajdują się otwory kanałów, przez które za pomocą odpowiednich pomp wyciąga się z pokoju powietrze, albo też wprowadza świeże, za pomocą przyrządu wiatraczkowego, lub nakoniec oba te sposoby stosują się jednocześnie. Urządzenia te zbyt kosztowne, nieodpowiedziały w ogólności oczekiwaniom, a z drugiej strony przedstawiały tyle innych niedogodności, że po większej części wkrótce zarzucone zostały.

Niewątpliwą jest rzeczą, że silna wentylacja w porze zimowej tak mocno i szybko oziębia pokój, że zużyć potrzeba bardzo wiele materiału opałowego, dla dostatecznie prędkiego ogrzania napływającego zimnego powietrza i utrzymania jednostajnej temperatury. Jakkolwiek co do mnie, zdaje mi się, że tylko chłodne, czyste powietrze prawdziwie orzeźwia i odświeża, muszę jednak z własnego także doświadczenia nad wentylacją w wojskowych barakach dodać, że

zbyt szybkie oziębienie pokoju przy niskiej zewnętrznej temperaturze, nawet przez mocne opalenie z trudnością daje się wyrównać. Probowano też zastąpić w porze zimowej przewietrzanie oknami inną metodą, mianowicie przez przeprowadzenie pod podłogą kanału z zewnątrz do pieca, otoczenie tego ostatniego płaszczem (rodzaj parawanu żelaznego, lub kamiennego, przytwierdzonego do podłogi i otaczającego piec), tak aby zimne powietrze z zewnątrz przechodziło najprzód przez ciepłe warstwy w około pieca i tym sposobem się ogrzewało, zanim dostanie się do pokoju chorego. Ten dowcipny sposób przewietrzania, nie może jednak, według mego doświadczenia, zastąpić w zupełności wentylacji za pomocą okien, musiałby chyba kanał prowadzący powietrze, być dwa razy szerszy aniżeli go zwykle robią, lecz w takim znowu razie niebyłoby żadnych korzyści jakie sobie obiecywano przy tym systemie, przez zaoszczędzenie materiału opałowego.

Wszystko cośmy powiedzieli o odświeżaniu powietrza w pokoju, stosuje się i do zdrowych ludzi pragnących zdrowie to utrzymać; w pokoju chorego inne jeszcze okoliczności trzeba wziąć pod uwagę. Przewietrzanie musi tu być bardzo energiczne, albowiem czyste, świeże powietrze jest nie tylko głównym warunkiem wyzdrowienia, lecz w niektórych chorobach *najważniejszym nawet środkiem lekarskim*. Wyziwy i wypróżnienia chorych bywają często bardzo cuchnące, chodzi więc zwykle o to, by po takich wypróżnieniach, *jaknajszybciej* powietrze w pokoju odświeżyć, innemi słowy, *jak najspiczniej* nie miłą woń usunąć. Zrobić to można tylko przez otwarcie okien, przyczem w zimie

trzeba jednocześnie lepiej napalić; zwyczajne wentylatory, jednostajnie odświeżające powietrze, byłoby tutaj niedostateczne.

Upředzenia o niebezpieczeństwie odnawiania powietrza w pokoju chorego, coraz bardziej w ostatnich czasach w pośród oświeconej publiczności znikają, jednakże tu i owdzie tak są jeszcze zakoznienione, że muszę o tém słów kilka powiedzieć.

Istnieje szczególne upředzenie do powietrza nocnego, a jednak nocne powietrze, szczególnie w wielkich miastach, jest zwykle daleko czyszej-sze, aniżeli dzienne, zanieczyszczone kurzem, dymem i wyziewami kuchennemi. Należy więc właśnie polecać otwieranie w miastach okien podczas nocy, dla wpuszczenia świeżego powietrza. Gdzie się tego nie czyni, czuć zawsze z rana w pokoju sypialnym zaduch, pochodzący częścią z ciała, częścią z pościeli, w którą wsiąkają wyziewy śpiących ludzi. Zasada ta, by w nocy *nieustannie* wpuszcząć świeże powietrze do pokoju chorego, stosuje się zwłaszcza do pory letniej, przez co otrzymuje się i tę korzyść, że się pokój jednocześnie ochładza. Jesienią i na wiosnę, kiedy częstokroć zdarzają się obfite opady atmosferyczne, zwłaszcza przy zachodzie słońca, otwory dla wpuszczania świeżego powietrza powinny być bardzo małe; w zimie okno na krótko tylko powinno być otwierane, wielka bowiem różnica temperatury zewnętrznej i wewnętrznej sprawia już i tak dość silny ruch powietrza. Gdzie nie ma wcale klap wentylacyjnych, powinno być przynajmniej urządzenie tego rodzaju, aby można dowolnie otwierać *górną część każdego okna*. Niestety, brak tego w wielu porządnych nawet domach prywatnych; w pokoju chorego urządzenie takie

jest niezbędne. Chłodniejsze powietrze zstępuje przez otwartą górną część okna wprost na dół, tak, że warstwa ponad podłogą przy oknie jest najzimniejsza w całym pokoju; tutaj jest najsilniejszy ruch powietrza; chory nie powinien zatem leżeć pod oknem; również i dozorczyńni nie powinna tam siedzieć, przeziębiwszy sobie nogi, mogłaby później długo na nie cierpieć. Najgoręcej bywa zawsze w górnej części pokoju. Łatwo się o tem przekonać zimą w ogrzonym pokoju, wszedłszy na drabinę; pod samym sufitem jest nieznośnie gorąco, gdy w dolnej części pokoju jest tylko przyjemne ciepło. Jeżeli wentylatory znajdują się ponad oknami lub w górnej ich części, wtedy zimne powietrze wchodzi do pokoju i opada niżej; powstaje przez to ruch, który ciepłe powietrze unosi w górę. Opalenie pokoju musi być przeto zastosowane do siły prądu i do temperatury przyływającego powietrza.

Gdy otwory wentylacyjne umieszczone są bardzo wysoko i naprzeciw siebie, w takim razie prąd powietrza nie dosięga chorego leżącego poniżej w pokoju; lecz może to nastąpić przy otwieraniu drzwi. Dozorczyńni powinna na to wszystko uwagę zwrócić, aby stosownie do tego *ustawić łóżko*, lub też zasłonić go dużym parawanem przed zimnym prądem powietrza powstającym przy otwieraniu drzwi.

Raz jeszcze muszę nacisk na to położyć, że utrzymanie dobrego, czystego powietrza w pokoju, jest pierwszym warunkiem szybkiego wyzdrowienia chorego.

Wszyscy lekarze i dozorczyńni biorący udział w ostatniej wojnie, jednozgodnie stwierdzili, że

ranni nie zaziębiali się wcale w lekko zbudowanych i po części przewiewnych drewnianych barakach, chociaż nieraz marzli z braku ciepłych kołder. Zdanie panny Nightingale, że „chory nie zaziębia się w łóżku“ jest zupełnie słuszne i według mojego doświadczenia. Muszę jednak zaznaczyć, że zachodzi pewna różnica między rannymi żołnierzami, zahartowanymi na wszystkie zmiany pogody, a częstokroć zniewieściałymi mieszkańcami miast. Dla wielu osób, przeciąg sam przez się jest *nieprzyjemny* i mimo wszelkich zapewnień, budzi w nich obawę, że się mogą zaziębić i skutkiem tego zapaść na zdrowiu; wreszcie bywają rzeczywiście osoby z tak wrażliwą skórą, że niekiedy długi czas doświadczają bólow skutkiem zawiania. Chociaż stąd żadne poważne choroby nie powstają, jest to w każdym razie przykra rzecz dla chorego, której to przykrości dobra dozorczyńni powinna mu oszczędzić. Należy więc zamykać otwory wentylacyjne i drzwi, gdy się chorego odkrywa w celu badania, opatrunku, przesłania, lub przebrania. Natychmiast jednak potem trzeba znowu wpuścić świeże powietrze. Jeżeli zachodzi potrzeba szybkiego i silnego przewietrzania, po wypróżnieniach, opatrunkach cuchnących wrzodów, należy wtedy nakryć chorego zupełnie, nawet z głową, ażeby go prąd powietrza nie dosięgnął, lub też, gdy to możliwe, przesuwa się chorego z łóżkiem do przyległego pokoju.

W niektórych wypadkach, zamiast pokoju, gdzie się chory znajduje, przewietrza się tylko pokoje sąsiednie; jestto jednak bardzo niedostateczny środek i doświadczenie wkrótce przekonywa o niedokładności takiej pośredniej wentylacji.

Jeśli pokój jest tak mały, że łóżko chorego stoi blisko okna (co jednak być nie powinno), w takim razie poprzestać trzeba na wentylacyi sąsiedniego pokoju; lepiej jednak przenieść łóżko z małego pokoju do większego, przyległego, dającego się należyście przewietrzać.

Niektórzy mniemają, że *nakadzanie* poprawić może powietrze w pokoju chorego, równie dobrze jak przewietrzanie. Nakadzania trociczkami, proszkami i t. p. wytwarza taki dym, że się mniej zwraca uwagi na niemiłą woń. Woń ta jednakże jest mniej szkodliwa, jak ów gęsty dym, który w gruncie rzeczy jest tylko niedostatecznie spalonym węglem i popiołem, unoszącym się w powietrzu. Jeśli już koniecznie trzeba wykadzić, to nalewa się na rozgrzaną szufelkę żelazną trochę octu lub wody kolońskiej, lub też wprawia się w ruch przez czas dłuższy, zwykły aparat rozpylający (spray), najprzód z wodą zwyczajną, a następnie pachnącą.

O g r z e w a n i e.

Ogrzewanie pokoju, które w naszym klimacie trwać musi przez większą część roku, dla utrzymania przyjemnej i jednostajnej temperatury w mieszkaniu, jest tak ściśle połączone z wentylacją, że musieliśmy już poprzednio kilkakrotnie o niem wspominać. Pomijam tutaj używane dziś w wielkich szpitalach, tak zwane ogrzewanie centralne za pomocą rur, przez które przechodzi para gorąca, lub ciepła woda, dozorczyńce bowiem nie mają żadnego wpływu na takie urządzenie i w każdym danym przypadku trzeba je objaśniać, jak mają postępować z regulowaniem temperatury.

Co się tyczy *pieców*, pierwszeństwo mają piece kaflowe, których wielkość odpowiada wielkości pokoju, raz bowiem ogrzane długo trzymają ciepło, lecz za to po ostygnięciu, z trudnością się znów ogrzewają. Duże, kaflowe piece są podczas ostrzej zimy wyśmienite; na wiosnę i w jesieni, gdy wieczory, noce i ranki bywają chłodne, a dni gorące, trudno jest za pomocą kaflowego pieca szybko regulować temperaturę.

Żelazne piece są bardzo złe w pokoju dla chorych; rozpalają się do czerwoności, a chociaż można za pomocą żelaznego parawanika osłonić się od zbyt dużego gorąca, wysuszają powietrze tak, że pobyt w takim pokoju jest bardzo nieprzyjemny. Nierównie już lepsze są piece wewnątrz gliniane a tylko z wierzchu pokryte blachą żelazną; bywają one najrozmaitszej konstrukcyi. Nierównie lepiej trzymają ciepło niż żelazne i niema z niemi tyle zachołu.

Różne są zdania co do tego, czy piec w pokoju chorego winien być opalany z zewnątrz, czy z wewnątrz. Za opalaniem z pokoju przemawiać ma ta okoliczność, że otwarty piec wyciąga powietrze i wraz z dymem przez komin wyprowadza, a przez drzwi, szpary w oknach i pory ścian, świeże powietrze z zewnątrz do pokoju wchodzi; piec przeto opalany z pokoju działa jako wentylator. Zdaje mi się jednak, że ta wentylacja, którą nierównie skuteczniej zastąpić można przez klapy wentylacyjne w oknach, nie równoważy ujemnych stron, jakie palenie w piecach z wewnątrz pokoju za sobą pociąga.

Czémkolwiek się pali: węglami kamiennymi, koksami, drzewem, lub węglem drzewnym, w każdym

razie z materiałem opałowym przynosi się zawsze do pokoju znaczną ilość kurzu i brudu. Pomimo największej przezorności, nie można uniknąć ażeby pył z węgla i popiołu nie unosił się w powietrzu, żeby przy rozpalaniu w piecu nie dostało się trochę dymu do pokoju i t. p. W daleko wyższym stopniu zdarza się to przy paleniu na kominkach, które zawsze dymią podczas rozpalania na nich ognia i nigdy, bez równoczesnego palenia w piecu nie są w stanie dostatecznie ogrzać dużych pokoiów, zwłaszcza przy wielkich mrozach. Pokoje z kominkami szybko się oziębiają po wygaśnięciu ognia. Kominek jest piękną ozdobą mieszkania, bardzo przyjemnie jest siedzieć przy trzaskającym ogniu, lecz siedzący zdale od niego, zmarznąć może doskonale.

Jak wysoka temperatura powinna być w pokoju chorego? Na to pytanie nie można dać ogólnej odpowiedzi, potrzeba rozróżnić następujące okoliczności:

1) *Chory nieustannie leżący w łóżku* potrzebuje w ogólności mniej ciepła w pokoju, od chorego, który w dzień wstaje. Dla pierwszego wystarcza $12-14^{\circ}$ Réaumur (= $15 - 17\frac{1}{2}^{\circ}$ Celsiusza). Przy temperaturze 12° R. która dla gorączkujących chorych jest najprzyjemniejsza, dozorczyńni musi się już nieco cieplej ubrać; temperatura najprzyjemniejsza dla nas, w naszym klimacie, jest 14° R.; lecz przy całodzienném siedzącém zajęciu, przyjemniejsza jest 15° R.

2) Ciepłota ciała ludzkiego podlega pewnym stałym, codziennie regularnie się powtarzającym wahaniom. Przy normalnym trybie życia, między godziną 6 a 7 rano ciało nasze bywa najchłodniej-

sze, wieczór zaś pomiędzy godziną 5 a 6 najcieplejsze. Różnice te bywają jeszcze znaczniejsze u chorych. *Stąd też więcej potrzebujemy ciepła rano, niż wieczór.* W pokoju zatem chorego trzeba już w nocy palić, ażeby z rana nie było za zimno.

3) *Osoby anemiczne potrzebują więcej ciepła, niżeli zdrowe i pełnokrwiste.* Nie tylko częste a umiarkowane, lub obfite jednorazowe utraty krwi wywołują niedokrwistość, lecz przy każdej ciężkiej, gorączkowej, ostrej chorobie i przy wielu przewlekłych (chronicznych), tworzenie się krwi bywa upośledzone, częstokroć nawet przez dłuższy czas zupełnie zawieszono. Dla wszystkich takich chorych temperatura pokoju musi być wyższa od wyżej podanej. Można ją podnieść do 15—17° R. (=18³/₄ do 21° C.), stosownie do przepisu lekarza; przy długo trwających operacjach ogrzewamy pokój nawet do 20° R. (=25° C.). Po obfitych, nagłych utratkach krwi, ciepłota ciała tak szybko nieraz opada, że musimy chorego zawijać w ogrzane prześcieradła; udaje się niekiedy tym sposobem powstrzymać uciekające życie, zwłaszcza u chorych którzy z powodu głębokiego omdlenia nie mogą łykać, a przez to nie można im nic podać do wewnątrz.

4) Ludzie bardzo wrażliwi, jakoteż chorzy z cierpieniami serca, doznają niekiedy przy niskiej temperaturze pokoju przemijającego uczucia gorąca tak, że otwierają wszystkie okna; za chwilę znowu marzną; w ogólności bywa im zawsze albo za gorąco, albo za zimno. Mierząc ciepłotę ich ciała termometrem, nie znajdujemy żadnej uzasadnionej przyczyny, tego podmiotowego uczucia. Dozorczyni winna się nauczyć dobrze rozróżniać, czy

ma do czynienia z ludźmi tak wrażliwemi, nerwowemi, czy też z gorączkującemi, u których uczucie gorąca i zimna również częstym zmianom podlega. W pierwszym razie nie powinna zezwalać na nieustanną zmianę wentylacyi, na słabsze lub mocniejsze opalenie pokoju. Starać się trzeba życzenia tego rodzaju chorych zadowolnić przez zmianę ubrania, lżejsze lub cięższe przykrycie, butelki z ciepłą wodą, co jednakże wielu takich chorych nigdy nie zadawalnia; a w takim razie należy tylko mieć cierpliwość! pocieszać! uspakajać!

5) Jakkolwiek codzienne, regularne opalenie pokoju nie należy do zwykłych zajęć dozorczyńi, *jest jednak jej obowiązkiem regulować temperaturę przez dokładanie własnymi rękami materyjału opałowego, lub otwieranie wentylatorów, zawsze z uwzględnieniem wskazówek termometru.*

6) W każdym pokoju chorego *powinien się także znajdować termometr za oknem, ażeby stosownie do temperatury zewnętrznej oznaczyć ilość materyjału opałowego, jaką z rana zużytkować potrzeba.*

Ochładzanie.

Nie mniej ważném, jak ogrzewanie pokoju w zimie, jest ochładzanie go w czasie gorącego lata. Przedewszystkiem, przez całą noc okna w pokoju chorego powinny być otwarte i zamykać je należy dopiero z rana, około godziny 8-miej i to niezupełnie. W pokojach wystawionych na słońce powinny być zawsze rolety; najlepsze są takie, które jak t. zw. markizy, za pomocą drążków wysuwają się i przytwierdzają do zewnątrz. Oprócz tego, można ochłodzić pokój dużemi kawałkami lodu,

który powinien być umieszczony w płaskich kulech, ażeby przedstawiał możliwie największą powierzchnię. Również i rozpylanie wody zwyczajnej lub kolońskiej (spray), przyczynia się wiele do ochłodzenia powietrza i orzeźwienia, ponieważ jednak krótko tylko działa, trzeba więc spray taki często powtarzać, nie ciągle jednak wodą kolońską, albowiem w większych ilościach, wywiera ona odurzające działanie.

Światło słoneczne.

Pokój chorego powinien być *jasny*, nietylko dlatego, aby wszystkie zmiany zachodzące u chorego dobrze można widzieć, lecz także z powodu że światło jest istotną potrzebą człowieka. Ludzie pracujący przy słabym świetle, a zwłaszcza górnicy, wyglądają zwykle blado i nędznie, brak światła uwydatnia się jeszcze bardziej u białych, mizernych dzieci, chowanych w ciemnych suterynach; najwyraźniej jednakże występuje u roślin. Kiełki kartofli, niekiedy w piwnicach wysoko w górę strzelające; owies, posiany zimą w pokoju na wacie, zwilżonej wodą, są blade, prawie bezbarwne. Wszystkie zwierzęta żyjące w podziemnych wodach, jak np. proteus w grocie Adelsbergskiej, są zupełnie bezbarwne; dopiero wyniesione na światło, przybierają powoli barwę brudną lub czarną. *Światło słoneczne* działać jednak musi jeszcze i w inny sposób. W ogrodzie otoczonym domami, sadzić można rozmaite gatunki drzew, krzewów, kwiatów i wiele z nich przez czas jakiś bardzo dobrze się udaje, jeżeli tylko stosownie będą pielęgnowane; lecz nie wiele z nich zakwitnie,

i tylko w miejscach, gdzie przynajmniej kilka godzin dziennie świeci słońce. Trawka zrazu dobrze kielkująca pod wielkimi, rozłożystymi drzewami, powoli, z braku słońca ginie i wkrótce zastępuje ją mech, niepotrzebujący bezpośredniego działania słońca. Kwiaty zwracają się do słońca, owoców nie można się dochować w cienistym ogrodzie. Też same drzewka, które w lecie pod wpływem słońca rosną bez żadnego pielęgnowania, nierównie są wytrzymalsze na największe zimno, aniżeli podobne gatunki wyhodowane na sztucznym gruncie, w ciasnych, miejskich ogrodach, pozbawionych słońca. Światło słoneczne działa więc nie tylko na rozwój, tworzenie się kwiatu i owocu u roślin, lecz nadto czyni je silniejszymi, wytrwalszemi na zewnętrzne wpływy.

Jakkolwiek wpływ światła słonecznego na człowieka nie da się w każdym danym przypadku ściśle wymierzyć, istnieje jednak niewątpliwie; nie tylko więc pragniemy dla chorego rozweselającego działania światła słonecznego i błękitu nieba; lecz uważamy za niezbędny warunek wyzdrowienia i wzmocnienia, dostęp słońca do pokoju chorego.

Przy niewielu tylko chorobach, unikać trzeba światła, a szczególnie bezpośrednich promieni słońca. Tak np. przy niektórych chorobach oczów, lub u wielu chorych nerwowych, którzy jak np. dotknięci wodowstrętem, już na sam widok błyszczących przedmiotów dostają bolesnych kurczów.

Wielkość pokoju.

Dla szpitali ustanowiono pewne zasady co do wielkości przestrzeni powietrza, jakiej człowiek po-

trzebuje, ażeby i przy umiarkowanej wentylacji, nie narażał się na szwank przez zepsucie powietrza i nie szkodził innym, przebywającym w tym samym pokoju. Wedle tych zasad, na każdego chorego przypadać powinno około 35 — 45 metrów sześciennych powietrza *).

Pokój np. długości 10 metrów, szerokości 6 metrów (powierzchni zatem $6 \times 10 = 60$ metrów kwadratowych) i wysokości 4 metry, zawiera 240 metrów kubicznych (4×60) powietrza; można w nim więc pomieścić 5 — 6 łóżek. Służyć to może za regułę w ogólności, jakoteż być podstawą w wyborze prywatnego mieszkania dla chorego. Lecz należy tu zwrócić uwagę i na kształt danej przestrzeni, a jeszcze bardziej na możliwość dokładnej wentylacji. Dawniej wybierano chętnie kościoły na urządzenie lazaretów wojennych; przy znakomitej wysokości niektórych kościołów, przypadało częstokroć przeszło 100 metrów sześciennych na każdego rannego, wtedy nawet, gdy jedno łóżko stało tuż obok drugiego; pomimo to zawsze powietrze było cuchnące; nie było bowiem możliwości urządzenia jakiegokolwiek wentylacji; ruch powietrza w górnej części kościoła był prawie żaden, lub tak nieznaczny, że wyziewy pochodzące od rannych, ich mundurów, tornistrów i t. p. nie mogły być usunięte.

Za duży pokój, jest dla jednego chorego nieprzyjemny i za kosztowny do opalania; za mały

*) W klinice mojej przypada na każdego chorego 36 metrów sześć., lecz wliczone są już w to łóżka dwóch dozorczyń, a nadto nie zawsze wszystkie łóżka bywają zajęte. (Przyp. Autora).

znowu, trudno jest tak przewietrzać, aby chory nie był narażony na zbyt silne prądy powietrza, a nadto oddziaływa przygnębiająco na chorego. Trzeba zatem trzymać się środka.

Spokojne położenie pokoju dla chorego.

Nie masz nic przykrzejszego i bardziej drażniącego dla chorych gorączkujących lub nerwowych, jak nieustanna dzień i nocą wrzawa uliczna, lub też nieustanny ruch w przyległym korytarzu, lub po nad pokojem chorego. Każda chwila pogorsza wtedy stan chorego, a gdy się to często powtarza zaczyna on drżeć i jęczyć. Również zbytek muzyki, kucie młotami, turkot i inne rodzaje hałasu, nadzwyczaj chorych drażnią, skracają im sen, lub wcale nie pozwalają zasnąć. Trzeba się zatem starać znaleźć taki pokój, gdzieby podobne hałasy zupełnie nie dochodziły.

Czyszczenie i sprzęty w pokoju chorego.

Utrzymanie porządku w pokoju chorego jest nadzwyczaj ważne. Powietrze, światło i ciepło potrzebne są koniecznie do zachowania zdrowia; wiadomo jednakże dzisiaj, że pierwiastki zaraźliwe nie są powietrzem, ani też nie rozpuszczają się w cieczach, lecz są delikatnymi ciałkami (nasiona, czyli tak zwane zarodniki najdrobniejszych grzybów) zawieszonymi w powietrzu, lub w cieczach i dostającymi się z kurzem, lub z cieczami, mianowicie rozpylonemi, do organizmu. Kurz zatem musi być najdokładniej usuwany z pokoju chorego. W mieszkaniach prywatnych nie jest to rzeczą łatwą,

większa część bowiem wygodnych pokoi prywatnych jest tak urządzona, że zawiera mnóstwo przedmiotów, zatrzymujących w sobie kurz.

Pokój dla chorych w szpitalu powinien być tak urządzony, ażeby kurz nietylko się z trudnością czepiał, lecz nadto, żeby się łatwo dał usuwać. Dopiąć tego można w następujący sposób: Sufit, ściany, podłoga, powinny być możliwie gładkie. Najpiękniejszym materiałem byłyby tafle z naturalnego lub sztucznego marmuru, lub też polerowane tafle gliniane. Posadzki mogłyby być także mozaikowe, lub asfaltowe. Materiału tego rzadko u nas używają, już to, że jest za drogi, już to, że posadzki kamienne, jeżeli niema pod nimi rur ogrzewających, są zbyt chłodne. Można wprawdzie zaradzić temu w ten sposób, że zimą (jak to czynią we Francyi i Włoszech) rozciąga się na posadzkę dywany, a dozorcynie i chorzy nie leżący w łóżku, wdziewają obuwie filcowe. Lecz znowu ten ostatni materiał łatwo kurz zatrzymuje. Czy gładkie, gumowe dywaniki nie przepuszczają zimna od posadzki kamiennój, czy materiał ten jest o tyle trwały, by odpowiadał wysokiej swój cenie, tego nie można jeszcze orzec z dotychczasowych doświadczeń.

Materiał kamienny na posadzki, ściany, sufity, jest wprawdzie kosztowny, lecz jako nie potrzebujący odnawiania, byłby bardzo trwały. Najlepiej zastąpić go można pomalowaniem farbą olejną, którą pociąga się z wierzchu pokostem. Wprawdzie w pierwszych latach trzeba powtarzać to malowanie, lecz powoli drzewo tak przesiąka farbą i pokostem, że tworzy się powłoka twarda jak kamień,

która tylko od czasu do czasu wymaga małych reperacyj w miejscach bardziej wydeptanych.

Przeciwno malowaniu ścian olejno przytaczano tę okoliczność, że tym sposobem zniesiony zostaje prawie zupełnie przewiew powietrza przez pory murów. Powyżej już wspomniałem, że to źródło odnowy powietrza, wtedy nawet, gdy silny wiatr uderza o ściany zupełnie zresztą zamknięte, na wiosnę, w lecie i jesieni nie ma wielkiego znaczenia dla pokoju chorego.

Ściany tynkowane potrzeba przynajmniej dwa razy do roku na nowo tynkiem pokrywać; za każdym razem je malować, byłoby niepotrzebnym wydatkiem.— Tapety powinny być zupełnie usunięte z pokoju przeznaczonego stale dla chorych. To samo stosuje się do posadzek, które wymagają częstego woskowania i zupełnie nie znoszą wilgoci.

Głównym warunkiem tak dla ścian, podłóg, sufitów, jak i *dla całego umeblowania pokoju* jest, aby wszystko mogło być *myte* i na *wilgotno obcierane*; zwykle bowiem skurzenie musiałoby być kilka razy dziennie powtarzane przy otwartem oknie. Dywany i firanki musiałoby być co rano zdejmowane i trzepane, chcąc je o ile można czysto utrzymać. Wszystkie meble w pokoju chorego: szafeczki nocne, krzesła, szafy, powinny być zatem wewnątrz i zewnątrz farbą olejną malowane, by je łatwo umyć można. Później, mówiąc o dezynfekcyi w pokoju chorego, powrócimy jeszcze do tego, jak łatwo i szybko taki pokój można oczyścić i odwietrzyć, a jak trudno, a nawet niepodobna, gdyby miał tapety, sufit pięknie malowany, meble wyściełane, posadzki dywanami pokryte, a łóżka, okna i drzwi ciężkimi firankami opatrzone. Niepodo-

bieństwem jest z przedmiotów takich wytrześć drobniutki pył bez uszkodzenia ich lub zniszczenia.

Do jakiego stopnia wymaganiom tym zadość można uczynić w prywatnym mieszkaniu chorego, rozstrzygnąć to już musi lekarz i dozorczyńni. Starać się przynajmniej trzeba, aby wszystko o ile możności jak najlepiej urządzić. Niestosownym jest jednak zajmować czas dozorczyńni, której zadaniem jest wprawdzie i utrzymanie porządku w pokoju chorego, niepotrzebnym i uciążliwym trzepaniem dywanów, robi to bowiem uszczerbek w jej staraniach około chorego.

Niepraktyczną jest rzeczą sprzątać pokój w zbyt rannych godzinach, wielu chorych zasypia dopiero nad ranem i nie należy im przeszkadzać. Gdy się chory przebudzi, dozorczyńni powinna mu najprzód podać jakiś posiłek, następnie koło niego samego zrobić porządek, przenosząc go, jeśli można, do innego łóżka (najlepiej do przyległego pokoju) i wtedy dopiero może bez zrobienia przykrości choremu, zabrać się do sprząwania pokoju.

Łóżko chorego.

Któż nie spał kiedy na złym łóżku? jak często nie mogąc zasnąć, przewracamy się z boku na bok i zwalamy winę naszego niezadowolenia na łóżko! „Ten sobie dobrze posłał“ wyrażamy się o człowieku, znajdującym się w pomyślnych warunkach życia.

W szpitalach powinno być wszystko jak najlepiej urządzone dla chorego; na łóżko i pościel należy szczególną zwrócić uwagę. Niewątpliwie, główną jest rzeczą, ażeby łóżko było wygodne i na-

leżycie urządzone, potrzeba nadto, aby lekarz i dozorczynie mieli ułatwiony przystęp do chorego, aby go mogli w łóżku podeprzeć, opatrzyć i obsłużyć, a tym sposobem nie narażać go na jakiegokolwiek niewygodę.

W nowszych szpitalach znajdują się tylko *żelazne łóżka z drucianemi materacami*.

Żelazne łóżko przedstawia tę korzyść, że go najłatwiej w czystości utrzymać i przy odpowiedniej budowie najłatwiej da się przenosić; nie powinno mieć żadnych szpar, w którychby się mogło gnieździć robactwo. Długiego trzeba było czasu, zanim się do łóżek żelaznych przyzwyczajono; utrzymywano, że są zbyt przewiewne, zimne, brzydkie, bo ze wszystkich stron przejrzeć je można. Błędnem jest mniemanie, ażeby w ogólności *łóżko* służyło dla ogrzania chorego; przyznaję, że żelazne łóżko szpitalne nie jest piękne; jeżeli upiększymy je malowanemi tylnemi i bocznemi ścianami z żelaznej blachy, wtedy powstają znów te same niedogodności, co przy łóżkach drewnianych, t. j. mnóstwo szpar i zagłębień niedających się skontrolować. I dla kogóż to łóżko ma pięknie wyglądać? chyba tylko dla otaczających; chory bowiem leżący w łóżku nie widzi go, a przecież to o *niego* trzeba się troszczyć; a czyż ma się pozwolić zagryść przez tkwiące w szparach robactwo, które tylko przez rozebranie łóżka i wysmarowanie go najrozmaitszemi niemile pachnącemi tynkturami, da się usunąć—dla tego, że otaczającym łóżko jego nie wydaje się pięknem? Jeżeli chory większą część dnia przepędza poza łóżkiem, można to ostatnie osłonić dużą kołdrą.

Ważną jest rzeczą, *dlugość, szerokość i wysokość łóżka*. Łóżko dla dorosłego powinno mieć dwa metry długości i około jednego metra szerokości; rzadko potrzeba trochę dłuższego, nigdy szerszego. Najdogodniejszym jest dla chorego łóżko wysokości sofy (około pół metra), lecz znów w tak niskiem łóżku chorego obsłużyć, badać i opatrywać, jest wielce niedogodne dla lekarza i dozorczyńni, a na dłuższy czas nawet nie możliwe. Trzeba mieć niezwykle siły, aby np. chorego podnieść z tak niskiego łóżka do przesłania i ostrożnie napowrót położyć. Wzniesienie płaszczyzny na jakiej chory spoczywa, powinno wynosić około 80—85 centymetrów.

Nogi łóżka powinny mieć dość duże kółka (rolki), aby można go z łatwością przesunąć; wystarczają tu zupełnie kółka u tylnych nóg: łatwo wtedy podnieść można przedni koniec łóżka, choćby nawet wraz z chorym i przy pewnej zręczności nie trudno przesunąć go we wszystkich kierunkach. Łóżka na czterech kółkach zupełnie zarzucono, przy najłżejszém bowiem dotknięciu, zbyt łatwo się poruszają.

Tak zwane *materace sprężynowe* używane pospolicie do wyścielania mebli, są bardzo rozpowszechnione. Pokryte bywają mocną materiją lnianą lub bawełnianą, pod którą niekiedy znajduje się jeszcze warstwa włósienia, lub wełny. Tego wszystkiego unikać trzeba, gdyż łatwo zagnieżdżają się zarazki w takich materacach, trudno je ochronić od poplamienia, a przez to często je prać trzeba. To zaś jest bardzo kłopotliwe, gdyż pokrycie musi być przed praniem zdejmowane a potem na nowo przyszywane; przyczynia to niepotrzebnych trudów i kosztów; a praca jest złotem i czasem. Druciane

materace przewyższają o wiele wszystkie inne. Każde poślanie, ciągle używane, musi się w końcu zepsuć, a więc i materace druciane muszą być także od czasu do czasu świeżo pokryte, lub odnowione. Również i napięcie materacu, obliczone na średnią wagę ciała, nie dla każdego jest równie wygodne; bardzo ciężki mężczyzna wytłoczy wkrótce głęboki dół, szczupła, lekka kobieta nie wygniecie materaca. To samo się dzieje z każdym rodzajem poślania; wypełnienie sienników, wypchanie materaców, może być również tylko na średnią wagę ciała obliczone.

Na wojnie i w praktyce pomiędzy klasą ubogą, nie można uniknąć sienników jako podkładów lub nawet jako wyłączne poślanie; jest to jednak złe, twarde poślanie; gdy słoma zamoknie, poczyną gnić i cuchnąć; często zagnieżdża się w niej robactwo; w siennikach zawsze się kurz znajduje.

Na *materace zwierzchnie* (materace, na których chory bezpośrednio leży) używano rozmaitych materyjałów, jak: siana, trawy morskiej, bawełny, juty i t. p.

Dotychczas nie ma materyjału, któryby mógł zastąpić odpowiednio przyrządzony włosień. Jest to najdroższa część poślania, nie tylko przy kupnie, ale i przy późniejszym użyciu; nie można bowiem ustrzedz się od poplamienia go niekiedy; a w takim razie trzeba go pruć, prać, wietrzyć i na nowo napychać; przyczynia to dużo roboty, a zatem wiele kosztuje. Materac powinien być w środku wypuklejszy, niż z boków, inaczej prędko się dół wytłacza. Wielkiej potrzeba wprawy, aby materac tak wypchać, żeby nie był za twardy i zanadto zbity, co naturalnie musi być zastosowane do wa-

gi chorego. Pikowanie materaców jakkolwiek wymaga dużo pracy, jest niezbędne, aby zapobiedz zbyt prędkiemu wytłoczeniu i przesunięciu się włósenia na boki. Co się tyczy grubości takich materaców, wystarcza 10 — 12 ctm. na brzegach, a 14 — 16 ctm. w środku. W wielu razach dogodne są materace złożone z trzech poprzecznych części zwłaszcza dla chorych chirurgicznych, gdy chodzi o założenie pewnych narzędzi.

Na materace kładzie się *prześcieradło*, które powinno być białe i dostatecznie wielkie, aby brzegi materaca można dokładnie obesać.

Co się tyczy *poduszek*, powinny one być także włóseniem wypchane, nie zbyt twarde i pokryte białą, płócienną powłóczką. W wielu łóżkach bywa jeszcze klinowata poduszka pod głowę. Jakkolwiek może to być w ogólności odpowiednie, przedstawia jednak pewne niedogodności: poduszki takie muszą mieć powłoczki oddzielne, nadto, dla jednego chorego są za wysokie, dla drugiego za niskie.

Urządzenie łóżek na mojej Klinice wydaje mi się bardzo praktyczne. Na każdym łóżku są dwie poduszki mniej więcej szerokości łóżka i około 40 ctm. wysokie, w środku około 20 ctm. grube. Poduszki te może sobie chory sam złożyć, lub je złożyć kazać, jak mu jest wygodniej. Każda sala ma prócz tego pewną ilość nadliczbowych poduszek, które według potrzeby, mogą być choremu podkładane.

Picrnaty i poduszki pierzane uważam w ogólności za bardzo złe dla chorych; ciało się w nie zagłębia i zbyt mocno rozgrzewa. Szczególnie szkodliwe jest zagłębianie głowy w poduszkę pierzaną; głowa wtedy prawie nieustannie się poci i skóra

staje się tak wrażliwą, że chory, gdy już zaczyna wstawać z łóżka, musi jeszcze przez dłuższy czas nosić gruby czepek, aby uniknąć bólów głowy. Poduszki pierzane przepocone, wilgotne, z trudnością się czyszczą, suszą i wietrzą, a gdy się tego często nie powtarza, wydają woń nieprzyjemną.

Jako *przykrycie*, najlepsze są jedna, dwie lub trzy kołdry wełniane w zimie, a jedna lekka bawełniana w lecie. Powinny być pokryte białym prześcieradłem, na zewnątrz wyłożonem i przypiętym. W szpitalach prześcieradła te bywają téj wielkości, co prześcieradła na materac, upraszcza to bardzo podział bielizny; złożone prześcieradła służą także w danym wypadku za *podkłady*. Poduszki i powłóczki powinny być także jednakowej wielkości.

Że całe postanie powinno być *jak najsuchsze* i nie za zimne bezpośrednio przed użyciem, rozumie się samo przez się.

Niem mało trudności pokonywać musi dozorczytni, chcąc się zastosować do tych zasad w urządzeniu łóżka dla chorego, w prywatnem mieszkaniu, jakoteż w uproszczeniu sprzętów w pokoju chorego; powinna być przy tém ostrożna, aby zbyt częstymi zmianami nie zniechęcić chorego i jego otoczenia. Przy zaraźliwych chorobach, najłatwiej tego dokaże, mówiąc otaczającym chorego, że zarazki usadowić się mogą we wszelkich poduszkach, dywanach, frankach, znajdujących się w pokoju i że przedmioty te musiałyby być uszkodzone przy dezynfekcyi, lub nawet spalone. Najtrudniej zniewieściałemu choremu wyperswadować pierzane kołdry (*plumeaux*); lecz one stosunkowo najmniej szkodzą. Wprawdzie można je zastąpić doskonale kilkoma złożonemi kołdrami wełnianemi, które jednak są o

wiele cięższe. W tym razie trzeba niekiedy uleźć przywyknieniom chorego. Przywyknienie! Któż od niego nie zależy! jak trudno przychodzi odzwyczajanie się od czegoś, choćby się było mocno przekonanym o niestosowności przywyknienia.

Wypada jeszcze wspomnieć o niektórych rzeczach, mogących niekiedy znacznie polepszyć postanie chorego. Wielu chorych lubi przy średnio wysokim położeniu tułowia, trzymać głowę wysoko. Najodpowiedniejsze w tym celu są tak zwane *walki*, małe, niezbyt grube i nie zanadto wypchane włosieniem; powinny one mieć na obu końcach przytwierdzone dostatecznie długie sznury, które się albo przywiązują do tylnej ściany łóżka, lub też leżą obok chorego. Przynosi to ulgę, chłodzi kark i głowę i pozwala zmieniać jej położenie, gdy wałek taki z łatwością się przesuwają. Łatwiej to wykonać choremu z pomocą walka, jak zmieniając często poduszki, przy której to zmianie chory zmuszony jest zwykle podnosić się.

Chorzy, którzy lubią wysoko, na wpół siedzący leżeć, lub z powodu zaburzeń w oddychaniu zmuszeni są do takiej pozycji, jakoteż ludzie otyli, powinni przy zwykłym, średnio-wysokim położeniu mieć poduszkę pod krzyżem, inaczej dostają bólu krzyża. Chorzy wysoko leżący, ciężcy, jak również i osoby lekkie, niezbyt wysoko leżące, *zsuwają się* coraz bardziej *w nogi łóżka* i niekiedy znaleźć się mogą w godnym politowania położeniu. U chorych osłabionych można temu zaradzić układając ich tułowiem niżej, często podnosząc w górę całe ciało; chorego trzeba przy tém ujmować za mie-

dnicę, *nie zaś pod pachy*, o czém obszerniej pomówimy w następnym rozdziale. Chorym trochę silniejszym, kładzie się kłoc drewniany w poprzek łóżka, nieco ukośnie ścięty w kierunku podszew, aby się o niego oprzeć mogli. W braku podobnego urządzenia można użyć podnóżka, obróconego górną powierzchnią do podszew. Chorym, nie mającym tyle siły, aby oparłszy się nogami, mogli posunąć się w górę łóżka, wszystko to na nic się nie przyda; trzeba ich zawsze podnosić od czasu do czasu.

Chorych, chcących dłuższy czas siedzieć w łóżku, podpira się umyślnie w tym celu urządzoną, ruchomą, drewnianą podporą; jest to daleko lepsze od poduszek, które zawsze się osuwają.

Bardzo niespokojnych chorych trzeba pilnować, aby nie wypadli z łóżka. W tym celu wstawia się w boki łóżka, mianowicie w środkowej jego części, deski, czyli tak zwane *podpory boczne*, jakie się używają dla małych dzieci gdy się je w dużych łóżkach usypia.

Niepodobna opisać wszystkich drobnych środków pomocniczych używanych przy postaniu dla chorego. Tego trzeba się uczyć praktycznie. O niektórych wspomnimy jeszcze w następnym rozdziale.

Nadzwyczaj ważny jest *wybór miejsca w pokoju na pomieszczenie łóżka*. Dla zaoszczędzenia miejsca, stawia się zwykle łóżko wzdłuż ściany. Jest to bardzo niewygodne dla dozorczyńni, jakoteż dla chorego przy długotrwałej, obłożnej chorobie. Łóżko powinno być dostępne z obu stron, tak aby można chorego z obu stron badać i obsłużyć. Gdy pokój nie jest tak duży, aby łóżko mogło stać na środku, wtedy przysuwa się go głowami do ściany. Piec nie

powinien być za blisko łóżka, aby chory nie był narażony na zbyt duże ciepło z jednej tylko strony; łóżko nie powinno też stać w prostej linii z prądem wentylacyjnym, chyba, że wentylator bardzo wysoko jest umieszczony.

Choremu, a szczególnie powracającemu do zdrowia, bardzo jest przyjemnie, gdy może z łóżka spojrzeć w okno i widzieć zielone drzewa, lub przynajmniej trochę nieba. Przemijający blask można przyćmić ruchomymi żaluzjami.

ROZDZIAŁ II.

Ogólne prawidła pielęgnowania chorych leżących w łóżku.

Staranie o wygodne położenie i dogodność dla chorych leżących w łóżku.—Gładko rozpostarte prześcieradło.—Zmiana i wstrząsanie poduszek.—Sposób podnoszenia chorych.—Zmiana bielizny.—Odzienie w łóżku.—Oddawanie wypróżnień w łóżku.—Zmiana łóżka i prześcietanie.—Zmiana prześcieradła.—Podkłady, materyje nieprzemakalne.—Ogrzewanie łóżka.

Odleżenie i zgorzelnowa odleżyna.— Odleżyna: środki zapobiegające, poduszeczka pod krzyż, obmywania, plastry.—Odleżyna zgorzelnowa: Przyczyny.—Łóżko wodne (poduszka wodna), jego przygotowanie.—Oczyszczanie odleżyny.—Opatrunek rany.

Nocne światło w pokoju chorego.—Duży zegar nie bijący.—Picie, jedzenie i czytanie w łóżku.—Sadzanie i podnoszenie chorego w łóżku.—Niemożliwość domowego leczenia i pielęgnowania biednych w sposób odpowiedni.

Trafne postrzeżenia i uwagi Miss Florence Nightingale o właściwościach rozmaitych chorych i zachowaniu się dozorczyń względem nich.

Jakkolwiek różnorodne są choroby, w których pomoc dozorczyń jest potrzebną, to jednak można zestawić ogólne prawidła dla *wszystkich* chorych, zmuszonych długo pozostawać w łóżku. Te właśnie ogólne prawidła postaramy się podać w niniejszym rozdziale.

Dla ułżenia chorym podczas długiego pozostawania

w łóżku i dla zapobieżenia odleżynom istnieją rozmaite praktyczne przepisy.

Przedewszystkiem *prześcieradło* powinno być starannie rozpostarte i umocowane przy krawędziach łóżka, tak aby żadnych nie tworzyło fałd. Rozpościeranie i wygładzenie prześcieradła musi być wykonywane kilka razy dziennie.— Jeżeli chory może bez zbyt wielkiego wysiłku cokolwiek się unieść, (przy pomocy oddzielnego urządzenia—patrz niżej) natenczas jedna osoba będzie mogła należycie wyrównać prześcieradło najprzód z jednej, potem z drugiej strony. Gdy chory zbyt jest słaby i nie może się podnieść, wówczas potrzeba do wyrównania prześcieradła *dwoch* osób, które biorą się do tej czynności jednocześnie z obu stron; wyrównywanie prześcieradła odbywać się powinno powoli i jednostajnie, kilkakrotnie raz za razem. Prześcieradła powinny być mocne i grube; bardzo cienkie lub stare rozrywają się przy tém zbyt łatwo.

Również należy baczyć aby *koszula* na tylnéj stronie ciała chorego była często wygładzana, gdyż fałdy koszuli podobnie jak i prześcieradła sprzyjają odleżynom.

Niezmiernie orzeźwiającém dla chorego jest *zmiana i wstrząsanie poduszek*; te ostatnie bowiem nietylko się splaszczają przy leżeniu, ale także rozgrzewają i przesiakają potem. Tyczy się to przedewszystkiem poduszek leżących pod krzyżem.

Jeżeli chory leży bardzo długo na plecach, nie mogąc obrócić się z powodu osłabienia, wtedy często cierpi od gorąca na krzyżu i zachodzi potrzeba *ochładzania krzyża*. W tym celu należy chorego ostrożnie ułożyć na boku, wyrównać koszulę i potrzymać jakiś czas w tém położeniu; albo też, je-

żeli lekarz na to pozwoli, zaleca się choremu aby chwilę posiedział na łóżku, a przez ten czas odświeża się i układa poduszki i poślanie.

Wszystko to daje się bardzo łatwo wykonać, jeżeli chory może sobie choć cokolwiek sam porządzić, i w tym celu doskonałe usługi oddaje *urządzenie do unoszenia i podnoszenia się chorego*; w wielu razach obejść się może wtedy bez pomocy drugiej osoby.

Zupełnie nieodpowiednie są w tym celu sznury z rączką przytwierdzone do sufitu, gdyż w takim razie nie można zmienić położenia łóżka, co przecież często byłoby pożądanem. Natomiast wielce dogodnym okazuje się pas rzemienny przytwierdzony do żelaznego pałąka na wysokości piersi chorego; długi pionowy koniec tego pałąka umocowany jest w głowach łóżka, a sztaba żelazna musi być tak mocna, aby chory mógł się uwiesić całym ciężarem swego ciała. Skoro chory jedną lub obydwoma rękami uchwyci rączkę u rzemienia dającego się wedle potrzeby zdłużyć lub skrócić, natenczas może bez żadnego prawie wysiłku podnieść górną połowę swego ciała, a przy oparciu się piętami nawet i miednicę. Urządzenie to zaprowadziłem pierwotnie w Zurychu, a następnie i w Wiedniu.— W lazaretach wojennych radziłem sobie w ten sposób, że kazałem ustawiać w poprzek na wysokości piersi chorego rozkładaną drewnianą ramę w kształcie szubienicy, do której dopiero przymocowany był rzemienny pas z rączką do trzymania się. Przyrząd taki w przeciągu kilku godzin może przygotować każdy stolarz. Z tém wszystkiem oddaję pierwszeństwo opisanemu wyżej żelaznemu pałąkowi umocowanemu w głowach łóżka, dlatego, że

bez porównania mniej przeszkadza przy rękoczynach i opatrunku chorego; natomiast drewnianą ramę potrzeba cokolwiek odsuwać, jeżeli wypadnie coś zrobić około górnej połowy ciała chorego. Przyrządy te nie mogą jednak zawsze zastąpić *przyrządu do podnoszenia się chorego*, albowiem przy opatrunku głowy i piersi lekarzowi bardzo przeszkadzają wyciągnięte do góry ręce chorego, trzymającego za ramię. W tym razie lepiej przymocować pas w nogach łóżka, sięgający do połowy długości ciała chorego i dający się jeszcze dowolnie skrócić; na górnym końcu pasa powinna znajdować się pętla lub rączka, gdyż chory z mniejszym wysiłkiem trzymać się może, aniżeli gdy zmuszony jest pas silnie rękami ująć. W potrzebie można taki przyrząd do podnoszenia się chorego zastąpić dwoma ręcznikami złożonemi w pętlę.

Bardzo ważne i odświeżające dla chorego leżącego w łóżku, zwłaszcza przy silnem poceniu, jest *zmiana bielizny i obmywania ciała, głównie zaś krzyża*. Obmywanie odbywać się powinno przy zamknięciu otworów wentylacyjnych, w temperaturze 15—17° R. (18—21° C.), unikając maczania łóżka. Woda powinna być ciepła, jeżeli lekarz wyraźnie nie zaleci chłodnych obmywań. Do wycierania właściwsze są kosmate lecz miękie ręczniki t. zw. angielskie. Jeżeli potrzeba obmyć całe ciało, uskutecznia się to częściowo, najprzód obmywa się głowę, twarz i szyję, później piersi i brzuch, następnie ręce, a wreszcie nogi, jedną po drugiej. Do *zdejmowania koszuli w łóżku* potrzeba także pewnej zręczności i wprawy: najprzód podnosi się chorego (jeżeli sam unieść się nie jest w stanie), aby można było koszulę z pod ciała wyciągnąć i podnieść; je-

Jeżeli chory ma cierpiącą z jednej strony głowę, szyję lub pierś, albo jedną rękę, to polecamy najprzód podnieść rękę po stronie zdrowej i ściągnąć rękaw podczas cofania ręki ku ciału; następnie przekładamy koszulę nad głowę na stronę chorą a wreszcie ściągamy powoli i ostrożnie rękaw z chorej ręki. Jeżeli ręka leży w opatrunku z którego koszula z trudnością daje się zdejmować, natenczas niemożna chorego codziennie męczyć tą czynnością, lecz natomiast rozpruć rękaw w szwie. Przy wkładaniu świeżej koszuli, wszystkie przytoczone poruszenia wykonywa się w odwrotnym porządku. Najprzód wkładamy rękaw na rękę chorą, następnie przierzucamy koszulę na głowę, dalej wprowadzamy rękę zdrową— a wreszcie ściągamy koszulę na plecach tak, aby leżała zupełnie gładko na ciele.

Jeżeli ręka chorego, ranionego lub operowanego przytwierdzona jest opatrunkiem do klatki piersiowej, natenczas wkłada się koszulę najprzód na zdrową rękę i na głowę, następnie obciąga koszulę, zapina pod szyją a pusty rękaw przytwierdza się z przodu, aby nie dostał się wypadkiem z prześcieradłem za krawędź łóżka, pod poduszki lub pod plecy chorego i nie szarpał opatrunku przy ruchach pacjenta.

Dla mężczyzn leżących w łóżku nie potrzeba z *odzieży* nic prócz koszuli, tylko dla tych, którym niska temperatura pokojowa nie jest przyjemna, a chcą leżeć z odkrytą górną połową ciała, dodaje się wełniany kaftanik. Chorzy z głową łysą, zwłaszcza gdy przyzwyczajeni są do noszenia peruki, która bardzo jest niepożądana przy leżeniu w łóżku, powinni być zaopatrzeni w nocną czape-

czkę. Kobiety, których koszule są zwykle wycięte u góry, powinny w łóżku mieć na ciele kaftanik, a także częstokroć i czepek. Szczególną uwagę zwrócić powinny dozorczyńnie na włosy kobiet. Pomijam tu konieczność starannego obmycia i wyczesania robactwa u chorych przed wejściem do szpitala. Długie włosy kobiet powinny być do samej głowy splecione, warkocze zaś albo położone na piersiach, albo też zwinięte na tyle głowy i przytwierdzone; skuteczniejszą się to powinno w każdym razie przed zmianą bielizny, przed opatrunkiem i przed przesłaniem łóżka. Jeżeli zapomniemy o tych rzeczach, to włosy niesplecione lub splecione nie do samej głowy, tak się przez leżenie zwikłają, że ich nie podobna rozczesać bez narażenia chorych na przykre targanie głowy.

Ponieważ jesteśmy właśnie przy toalecie chorych, więc wspomnieć wypada jeszcze, że chorzy zarówno jak zdrowi powinni mieć *codziennie umyć twarz i ręce, usta, uszy i paznogie*; inaczey leżący w łóżku porośnie brudem i coraz będzie trudniej doprowadzić ciało do porządku bez sprawienia choremu przykrości.

Dla *oddawania kału i moczu* w łóżku, a także do *zachowywania płwociny* istnieją oddzielne naczynia przeznaczone dla mężczyzn i kobiet, których zastosowanie daje się tylko w danym razie objaśnić. Nieocenione usługi oddaje przy tém przyrząd do unoszenia się chorego. Przy sprawianiu odpowiednich naczyń, trzeba pamiętać, że użyteczne są tylko naczynia porcelanowe lub szklane, że powinny mieć szczelnie przylegającą nakrywę i nie mają posiadać żadnych rowków i zagłębień, aby z łatwością i szybko dawały się oczyszczać. Wszystkie

te wypróżnienia nie powinny w żadnym razie pozostawać w pokoju gdzie chory leży; należy je (z wyjątkiem naczyń z plwociną) natychmiast wynosić do wychodka. Płaskie kubły (baseny) cynowe lub blaszane, na które kładą wyściełany krążek, są zupełnie nie stosowne. Zimową porą należy oczyszczone próżne naczynie przed użyciem wypłukać gorącą wodą, aby chory nie doznawał przykrego uczucia zimna.

Dla chorych niezmiernie ważną jest *częsta zmiana łóżka*; dla ciężko chorych należy mieć zawsze dwa łóżka do rozporządzenia, — zmiana łóżka nie tylko orzeźwia chorego, lecz także najskuteczniej zapobiega odleżynom.

Jeżeli wszystko to, o czém mówiliśmy dotychczas w tym rozdziale, będzie wykonane około chorego w sposób pewny lecz ostrożny, stanie się dla niego dobrodziejstwem. Natomiast, gdy niezręcznie zabierzemy się do dzieła, wystawimy pacjenta na przykrość lub niebezpieczeństwo. Trudno byłoby pojąć ile niezręczności ludzie okazują nieraz przy prześcielaniu łóżka choremu — i to zarówno niezręczności umysłu jak i ciała. Wielu sądzi, że przeniesienie chorego na inne łóżko jest kwestyją jedynie osobistej siły, a tymczasem przekonać się można, że posługując się pewnymi wskazówkami i trzymając się pewnych sposobów, bynajmniej nie tak wiele potrzeba do tego siły jakby się zdawać mogło na pierwszy rzut oka.

Najłatwiej i najdelikatniej *przenieść może chorego z jednego łóżka na drugie — jedna osoba*. Dla możliwego skrócenia drogi przybliża się świeże łóżko — głowami do nóg łóżka w którém chory leży. Stajemy np. po prawej stronie leżącego chorego (po

lewój—jeżeli strona prawa jest cierpiąca); zginamy cokolwiek kolana, a ściągnawszy koszulę na nogi chorego i zdjawszy kołdrę, posuwamy prawą rękę pod chorego jak można najdalej, tak aby górna (najwyższa) część ud chorego przypadła na przedramię. Następnie podsuwamy lewą rękę pod plecy chorego na drugą stronę i polecamy mu—aby nas ujął oburącz za szyję, a przytém nie trzymał nóg sztywno, lecz owszem aby je zupełnie wolno zwiesił. Teraz podnosimy go do góry, a wyprostowawszy zgięte dotychczas kolana przeginamy się w plecach w tył, tak aby czoło chorego ułożyło się nam na piersiach. Poszedłszy do świeżego łóżka, kładziemy chorego ostrożnie na środek, uskuteczniając te same powyżej opisane ruchy w porządku odwrotnym. Po kilkakrotnych próbach z lekkimi zdrowymi osobami, zdziwi się każdy, jak ciężkie osoby potrafi z czasem przenosić w ten sposób. Ciężar cały dźwiga się tu właściwie na klatce piersiowej silnemi mięśniami grzbietu i karku. Z tём wszystkiem potrzeba dosyć znacznej siły, nie tak często trafiającej się między lekarzami i dozorczyńcami, aby średniej budowy człowieka *swobodnie* podnieść do góry, przenieść i lekko położyć na łóżko. Jeżeli chory jest bezprzytomny i nie może utrzymać głowy, ani też rękami uchwycić się za szyję przenoszącego, wtedy potrzeba aby druga osoba głowę podtrzymała. Gdy pacjent ma chorą nogę, natenczas każemy ją dozorczyńni trzymać, aby się nie zwieszała i zabezpieczoną była od uderzenia. W ogólności dogodniej jest ująć chorego z prawej strony, gdyż w tym razie silniejsza ręka prawa pewniej dźwigać może cięższą dolną część ciała pacjenta. Po-

wolne opuszczanie ciała na łóżko jest trudniejsze niż podniesienie; z tego powodu można polecić drugiej osobie stojącej po przeciwnej stronie łóżka, aby jednocześnie podłożyła swe ręce pod plecy i uda chorego i przy opuszczaniu na świeże łóżko poniekąd przyjęła go w swoje ramiona. Po przeniesieniu chorego— oddalić należy z dawniejszego łóżka całą pościel, aby ją oczyścić i przewietrzyć. Jeżeli miejsce na to nie pozwala, aby obydwa łóżka zbliżyć do siebie krótkimi bokami, to w każdym razie ustawimy je tak, aby przenoszący o ile można najkrótszą miał drogę do przebycia; baczyć on powinien przedewszystkiem na to, aby zbliżyć się do téj samej strony świeżego łóżka, z której ujął chorego. Brak zastanowienia odnośnie tego punktu sprowadza największe zamieszanie przy przenoszeniu.

Jakkolwiek jestem przekonany, że wiele dozorczyń po pewnej wprawie będzie w możności przenosić średniej nawet budowy chorych, to jednak właściwem jest wprawić się do *przenoszenia* chorych *w dwie osoby*. W tym względzie mogą służyć następujące wskazówki: Obaj przenoszący ujmują chorego z téj samej strony; jeden podprowadza ręce pod plecy pacjenta, który niosącego ujmuje za kark; drugi silniejszy podkłada ręce pod miednicę i uda. Podnoszenie, przejście i opuszczenie na łóżko powinno być skuteczniiane przez obu przenoszących równocześnie, najlepiej na komendę; ciężar ciała spoczywać może na piersiach w sposób wyżej podany. Jeżeli przenoszący czują, że im trudno podolać, natenczas trzecia osoba ujmuje głowę a czwarta nogi chorego; wszyscy jednak powinni ujmować pacjenta z téj samej strony, ina-

czćj bowiem zachodzą przy opuszczaniu ciała największe trudności i przeszkody, przez co ruchy wydawaćby się mogły nieraz komicznemi, gdyby czynność sama przez się nie była poważną. Przenoszenie przez kilka osób wymaga przedewszystkiem wprawy, gdyż jest o wiele trudniejsze niż przenoszenie przez jedną osobę. Zupełnie niedorzeczne jest obejmowanie chorego od przodu dla złożenia rąk na jego plecach; przekonać się bowiem można łatwo, że daleko większej potrzeba siły do przeniesienia człowieka w ten sposób, nawet dwóm osobom; pacjent niezręcznie ujęty często po prostu rzuconym zostaje na świeże łóżko. Przy wprawieniu się w przenoszenie chorych można się przekonać jak ważną jest odpowiednia wysokość łóżka, o jakiej była poprzednio mowa. Gdy łóżko jest za niskie, to potrzeba bardzo silnych mięśni, aby mając mocno zgięte kolana podnieść się z chorym spokojnie na nogi, gdyż przy mocnym zgięciu kolan trudno przechylać się tak silnie w tył, aby główny ciężar ciała chorego spoczął na piersiach. Jeżeli potrzeba podnieść człowieka leżącego na ziemi, to zwykle dzieje się to w ten sposób, że jeden ujmuje go za ręce lub pod pachy, drugi za nogi, i jednym zamachem rzucają na sofę lub na łóżko. Jest to sposób bardzo niewłaściwy, pominąwszy to że wygląda po barbarzyńsku. Najlepiej jest ukłęknać przy leżącym, podsunąć ręce pod jego ciało, w sposób wyżej podany i podnieść do pewnej wysokości, poczem druga osoba po przeciwnej stronie stojąca z kolanami zlekka zgiętymi dopomaga do ujęcia i dalszego przeniesienia. Gdy chory jest bardzo ciężki, to oczywiście potrzeba po dwie osoby z każdój strony.

Błędnem jest mniemanie, że kobiety są o wiele mniej zdolne do dźwigania aniżeli mężczyźni. W Austrii, Węgrzech i we Włoszech głównie kobiety są używane przy budowie domów do przenoszenia ciężkich kamieni na rusztowania. Widziałem sam we Włoszech kobiety chodzące po górach ze znacznymi ciężarami; zachowywały się przytém daleko zręczniejszemi niżeli mężczyźni, którzy nie uznawali dźwigania za odpowiednią dla siebie pracę. Niejednokrotnie już podziwiano, do jakiego rozwoju sił fizycznych dochodzić mogą kobiety w niektórych wypadkach. Błędnem jest, że dźwiganie szkodzi zdrowym kobietom; niema dostatecznego powodu, dlaczegoby zdrowa dozorczyńni nie mogła tak dobrze nauczyć się przenoszenia chorych, jak mężczyzna. Do niedawnego czasu miałem zwyczaj nie tylko przenosić operowanych ze stołu operacyjnego na łóżko, ale także i z jednego łóżka na drugie, i polecam moim asystentom, aby się w to wprawiali; przekonają się, że jest to rzecz raczniej wprawy niż szczególnej siły. W szpitalu potrzeba aby lekarz czynności takie sam przy łóżku chorego od czasu do czasu spełniał, dlatego, by dozorczyńni widziały, że popierwsze, nie należy uważać żadnej usługi oddanej choremu człowiekowi za ubliżającą i powtóre, żeby przekonały się, iż w najmniejszych napozór drobnostkach lekarz zawsze więcej od nich umie i może, a przeto ma prawo je uczyć.

Jeżeli chory jest tak osłabiony, iż zachodzi obawa aby mu przeniesienie do świeżego łóżka nie zaszkodziło (nader rzadki wypadek!), lub jeżeli u rannych albo operowanych przeniesienie byłoby połączone z wielkimi trudnościami, natenczas trzeba

przynajmniej *umieć zmienić prześcieradło*, tak aby chorego *zbytecznie nie poruszać*.

W tym celu zwija się jedno zapasowe prześcieradło wzdłuż w rolkę do połowy z dwóch stron. Następnie zwijamy tak samo prześcieradło na łóżku chorego znajdujące się, lecz z jednej tylko strony, aż do ciała pacjenta; poczem na miejsce tego prześcieradła kładziemy zapasowe zwinięte w rolkę. Następnie podnosimy chorego, szybko wyciągamy z pod niego stare prześcieradło, nowe zaś podsuwamy i prędko rozpościeramy na łóżku. Jeżeli chory może utrzymać się chwilę na opisanym przyrządzie do unoszenia się, to do zmiany prześcieradła w sposób podany wystarcza *jedna* dozorczyńni.

Gdy chory jest dosyć silny aby się mógł oprzeć na rękach i unieść ciało do góry, oraz posunąć się przy pomocy oparcia piętami; wtenczas można łóżka przemienić w ten sposób, że ustawia się je wzdłuż tuż przy sobie, a następnie pomaga cokolwiek tylko choremu, który sam na nowe łóżko się przesuwają.

Częstokroć zachodzi potrzeba zabezpieczenia materaca od przemoczenia. W tym celu używane są dziś powszechnie podkłady z materyjałów *nieprzemakalnych* (zwykle mięka cerata, lub materyje napojone gutaperką), które zupełnie odpowiadają celowi, gdy są miękie, rozpostarte gładko bez fałd i często zmieniane, myte i wietrzone. Chory nie powinien leżeć bezpośrednio na takich podkładach, gdyż sprawiają uczucie nieprzyjemne; natomiast podkład nieprzemakalny pokryć należy płótnem w kilkoro złożonem lub prześcieradłem, które to dodatkowe podkłady zmieniają się często skoro

zostaną przemoczone. Zmiana podkładów powinna być uskuteczniata ostrożnie i z rozwagą, aby choremu nie sprawić przykrości i bólu.

Dozorczyni powinna zawsze przekonać się czy pościel, materace, poduszki i kołdra są *suche w chwili gdy je kładzie* na łóżko. W lecie przedmioty te nie potrzebują być ogrzewane; owszem chorym przyjemnie nawet, gdy się dostają do chłodnego łóżka. W zimie natomiast i w porze chłodnej należy *łóżko ogrzewać* przed położeniem się chorego. Materace, kołdra i poduszki powinny już leżeć przez jakiś czas w pokoju lub innem ogrzaniem miejscu. Prześcieradła powinny być wprzód pomieszczone w ogrzewalniku lub rozwieszone przy piecu, dopóki się nie ogrzeją. Ostrożnie z nimi aby się nie spaliły! Jeżeli chorzy są bardzo słabi lub wrażliwi na zimno, wtenczas należy rozpostarte na materacach prześcieradło ogrzać za pomocą butelek z gorącą wodą, lub też rozgrzanych cegieł. Chcąc pewne części łóżka np. nogi silniej ogrzać, należy butelkę z wodą gorącą zawinąć w płótno i pozostawić tam przez czas dłuższy, niech jednak dozorcyni nie zapomni wyjąć butelki przed wejściem chorego do łóżka, gdyż może on się narażić na bolesne oparzenie i słusznie zarzucać będzie dozorcyni niedbalstwo.

Przystępujemy teraz do opisu stanu, który chorym leżącym w łóżku sprawia często najprzykrzejsze dolegliwości. Mam tu na myśli *odleżyny* (*Decubitus*).

Istnieją dwa całkiem odmienne rodzaje odleżyn:

1. *Obnateńie odleżynowe* w okolicy kości ogonowej, na łopatkach i na łokciach. Dobra i staranna dozorczyńi może prawie zawsze przeszkodzić wytwarzaniu się odleżyn. Największą skłonność do odleżenia się mają osoby bardzo chude i chorzy którzy często leżą w wilgoci. Najważniejszymi zaś środkami zapobiegającymi są: częste oczyszczanie, osuszanie i przenoszenie na świeże łóżko, środki zatem o których właśnie była mowa. Zanim wystąpią pierwsze objawy odleżyny — różowa plama, której czerwonosć za naciskiem palca łatwo znika, lecz natychmiast powraca—chory zazwyczaj skarży się na palenie i bezustannie pragnie zmieniać położenie. W takim razie zaleca się obmywanie bolesnych miejsc przynajmniej dwa razy dziennie zimną wodą, gdyby jednak zimna woda była nieprzyjemną, bierzemy letnią wodę pół na pół z wodą kolońską lub octem. Doskonale także działają obmywania sokiem cytrynowym, które najprościej uskutecznić przez nacieranie zaczerwienionych miejsc soczystą cytryną na pół przekrajaną. Następnie podkładamy choremu *miękką* poduszczkę włosianą lub ochramiamy miejsca bolesne za pomocą t. zw. *poduszczynek siedzeniowych* lub *krzyżowych z otworami*. Są one wystlane włosiem lub wyrabiają się z materyi gutaperkowej i wydymają powietrzem, lecz umiarkowanie, inaczéj bowiem są zbyt twarde i niewygodne. Na poduszkach takich chory nie powinien nigdy leżeć bezpośrednio; natomiast pokrywać je należy zawsze podkładem płóciennym niezbyt grubo. Przy pojawieniu się śladów odleżyn na krzyżu, na biodrach, łokciach lub piętach, dozorczyńi powinna umieć sama przygotować poduszczyki; w tym celu szyje się z płótna wążkie

woreczki odpowiedniej długości i szerokości, wyściela włosiem lub w braku onego wełną, watą, pakułami lub muślinem i zgiąwszy obrączkowato zeszywa końcami, pozostawiając otwór takiej wielkości, aby bolesne miejsce w nim się mieściło i zabezpieczone było od ucisku.

Jeżeli mimo tych ostrożności nastąpi obnażenie (ranka) lub odrazu dostrzeżoną zostanie rana, to należy zaniechać obmywania sokiem cytrynowym, octem i wodą kolońską, gdyż płyny te sprawiają w ranie przykry ból. Natomiast zalecamy ostrożne obmywanie wodą ołowianą (t. zw. Goulard'ową), osuszamy obnażone miejsca, lekko naciskając czystym miękkim ręcznikiem i przykładamy uprzednio przygotowany plaster ołowiany. Skuteczne jest także stosowanie maści ołowianych, cynkowych i garbnikowych, lecz ponieważ miękkie te maście muszą być rozsmarowywane na płótno, aby się stykały z raną, a płatki takie łatwo się zwijają i zsuwają z rany, przeto plastry bezwarunkowo zasługują na pierwszeństwo. Jeżeli chory z odleżyną na krzyżu może część dnia przeleżeć na boku, to zagojenie przyspiesza się znacznie, zwłaszcza przy stosowaniu okładów z wody ołowianej (co $\frac{1}{2}$ —1 godziny zmienianych), chroniąc łóżko od zamoczenia. Przy powierzchniowych obnażeniach odleżynowych pomocne jest także dotykanie ranek lapisem (saletran srebra); powstaje tu cienki strupek, szybko w pomyślnych przypadkach zasychający i mocno przylegający, który po kilku dniach oddziela się bez ropienia; do czasu stanowi on powłokę, pod którą wytwarza się nowy naskórek. Niekiedy z początku przyżeganie lapisem sprawia choremu silnie palący ból na kilka godzin, wzamian za co jednak

w dniach następnych pacjent doznaje ulgi i powraca do pożądanego spokoju. Dozorczyni nie powinna takich przyżegań nigdy dokonywać bez wyraźnego zalecenia lekarza, a najlepiej gdy je lekarz sam skutecznie, inaczej bowiem chory częstokroć sądzi, że dozorczyni sprawiła mu ból niepotrzebnie lub przez niezręczne wzięcie się do rzeczy.

2. Drugi rodzaj odleżyn nazywamy *odleżyną zgorzelinową* (gangrenową); nazwy tej wszelako dozorczyni nie powinna nigdy wymawiać w obecności chorego, niektórzy bowiem usłyszawszy wyraz „gangrena“, sądzą że ich czeka śmierć niechybna. Nazwa „zgorzeli“ znaczy tylko, że skóra ulega poniekąd zgorzeniu, spaleniu i wygląda jakby była zwęglona. Temu rodzajowi odleżyny nie zawsze można z pewnością zapobiedz, gdyż przyczyna leży w chorobach, przy których głównie występować zwykła ta właśnie forma odleżyny. U chorych na tyfus, ciężkie cierpienia płucne, ospę, szkarlatynę, a także przy obrażeniach rdzenia kręgowego, ciężkich gorączkach przyrannych (posocznica i ropnica), znajdujemy na ciele pacjenta nieprzytomnego prawie lub bredzącego, przy obmywaniu lub przecieraniu, rozmaitej wielkości ciemno-sino-czerwoną plamę w okolicy kości ogonowej. Dozorczyni powinna o tem niezwłocznie uwiadomić lekarza przy najbliższej wizycie. Plama ta sinoczerwona nie znika za naciskiem palca; powstała ona bez żadnego bólu i powiększa się również bez bólu. Odleżyna taka dowodzi, że krew u danego chorego przebiega w naczyniach krwionośnych z małą siłą; ciężar bowiem ciała leżącego wystarcza do zupełnego wstrzymania krążenia krwi w odpowiedniem miejscu; krew zatrzymuje się, krzepnie i przesiąka

w skórę. Skoro tylko plama sina została dostrzeżoną, trzeba starać się wszelkimi sposobami o to, aby się nie powiększała. Skóra w daném miejscu napojona krwią, wyglądająca jakby była spalona, jest stracona; odpada ona, pozostawiając zagłębioną utratę substancyi, która bardzo powoli zagaja się, jeżeli chory powróci do zdrowia. W wypadkach takich wielce skuteczną jest, jak się przekonalem, *wodna poduszka*; jest to worek kauczukowy, opatrzony z jednej strony rurką, za pomocą której poduszka wypełnia się wodą. Po dostatecznym napełnieniu, zamyka się rurkę i podkłada poduszkę pod ciało chorego. Pomiędzy lekarzami panują rozmaite zdania o użyteczności rzeczonyj wodnej poduszki i jej skuteczności przy leczeniu odleżyny zgorzelinowej. Jedni są wielkimi jej zwolennikami—i do takich ja należę;—inni powiadają, że chorzy niechętnie leżą na takiej poduszce, gdyż jest niewygodna i chorym się zdaje, że spadają z łóżka; zarzucają też, że poduszki wodne są drogie i stają się tém droższe, że często pękają i nie dają się dobrze naprawić. Ze wszystkich tych zarzutów uznaję jeden tylko, to jest że sprawienie takich poduszek jest kosztowne, jakkolwiek nie są one bynajmniej tak znów nieprzystępne (jedna kosztuje 16—18 guldenów); inaczéj nie mógłbym mieć w szpitalu na swojej klinice kilku egzemplarzy. Zresztą głównie chodzi o to, aby umieć się obchodzić z temi poduszkami.

1) Należy wybierać tylko wielkich rozmiarów poduszki, dochodzące w kwadrat prawie szerokości łóżka, rurka powinna wisieć z boku łóżka.

2) Chcąc napełnić poduszkę wodą, kładziemy ją płasko na środku łóżka i wlewamy powoli za

pomocą lejka ciepłą wodę (około 28° R. = 35° C.). Od czasu do czasu zamykamy rurkę dla przekonania się o stopniu napięcia poduszki; właściwy zaś stopień naprężenia powinien być taki, aby za przyłożeniem obu rąk z przedramieniem i naciskaniem niemi, poduszka dawała się ścisnąć z trudnością. Wtedy zamykamy rurkę.

3) Poduszkę następnie pokrywamy podkładem, a dla wypełnienia miejsca wolnego kładziemy poduszkę zwyczajną w głowach i w nogach łóżka (pod kolana).

4) Wreszcie kładziemy chorego ostrożnie na poduszkę wodną w taki sposób, aby dolny brzeg poduszki wystawał około czterech palców poprzecznych po za pośladki ku dołowi. W takim razie części boczne i część górna poduszki wypełniają się silniej, a ostatnia wypełnia tym sposobem wygięcie krzyżowe.

5) Zbyteczne jest dolewanie gorącej wody, gdyż temperatura ciała wystarcza do utrzymania ciepła wody w poduszce.

6) Jeżeli poduszka jest zamało naprężoną, tak że chory siedzeniem zupełnie ją ścisną pośrodku, to trzeba pacyjenta podnieść i dolać cokolwiek wody. Przeciwnie gdy napięcie poduszki jest za wielkie, tak że choremu za trudno leżeć, natenczas można upuścić trochę wody, bez podnoszenia chorego. Jeżeli przy zmianie łóżka nie ma pod ręką drugiej poduszki wodnej, to trzeba tamtę ostrożnie przenieść na świeżo przygotowane łóżko.

7) Przy każdym opatrunku należy zmieniać prześcieradło pokrywające poduszkę.

8) Skoro poduszka staje się zbyteczną, opróż-

niamy ją przez otwarcie kranika i ostrożnie wyciągamy z łożka.

Nie należy *nigdy* poduszki ujmować za rurkę, chcąc ją podnieść lub przenieść. W celu wydalenia reszty wody z poduszki, kładziemy ją z otwartą rurką ku dołowi na pochylonej płaszczyźnie, aby woda sama mogła wypłynąć. Następnie poduszka przechowuje się w szafie leżąca płasko bez fałd lub zwinięta w rolkę. Poduszki wodne jak w ogóle wszystkie przyrządy kauczukowe psują się wskutek długiego leżenia w szafie bez użycia; stają się mianowicie kruche i łamliwe. W razie więc gdyby poduszka nie miała być używaną przez czas dłuższy, należałoby ją raz na miesiąc wodą wypełnić i w tym stanie pozostawić przez kilka godzin.

Trzymając się podanych tu drobnych lecz z długiego doświadczenia wynikłych prawideł, przekonamy się, że chorzy z pewnością będą zadowoleni z wodnych poduszek, które ich pewniej niż wszelkie poduszki z otworem (krzyżowe obrączkowe) chronić będą od bólu i niebezpieczeństwa. Jestem przekonany, że moi asystenci i dozorcynie ocalili życie niejednemu choremu, który z odleżyną zgorzelinową leżał na wodnej poduszce.

Samo jednak ułożenie chorych takich na poduszce wodnej nie jest wystarczające. Dokoła siniej coraz ciemniejszej, aż nareszcie czarnej plamy skórnej wytwarza się po 6—10 dniach jasno czerwona obwódka; na granicy czarnej, suchej, zupełnie martwej skóry zaczyna się pokazywać wilgoć o posokowatej woni. Rzeczą lekarza jest teraz przeznaczyć jakiś opatrunek, czekać aż obumarła skóra sama się oddzieli, lub też wyciąć martwe strzępy

tkankowe, przyczém chory prawie nic nie czuje, jeżeli ujmuje się za same strzępy. Jeżeli siły rekonwalescenta stopniowo powracają, natenczas opatrunek łatwo daje się skutecznie przy ułożeniu chorego na boku; jeżeli jednak siły są jeszcze za słabe, trzeba chorego trzymać w tém położeniu podczas nakładania opatrunku. Skoro czarna skóra i obumarłe strzępy oddzieliły się— co nazywamy oczyszczeniem się odleżyny,—wówczas ropiejąca powierzchnia opatruje się tak samo jak każda większa rana, aż do czasu zabliznienia.

Zajmiemy się teraz czémś przyjemniejszém, a mianowicie *pomocą jaką dozorczyńni udzielać ma choremu powracającemu do zdrowia, lecz jeszcze leżącemu w łóżku*. Do tego co było powiedziane, dodałbym jeszcze uwagę, że w pokoju gdzie chory leży, w nocy zawsze palić się powinno *światło*. Nie mogę przyznać, że światło gazowe w pokoju dla chorego jest szkodliwe, jak to niektórzy lekarze utrzymują. Dawniej, gdy mniej umiano się obchodzić z płomieniem gazowym, zdarzały się wypadki i w pokojach z chorem; wszelako przy zachowaniu ostrożności nie tak znów łatwo stać się może coś złego. Nie znajduję również aby przygaszony w nocy płomień gazowy wydawał przykrą woń; niech tylko dozorczyńni pamięta zakręcić kranik w razie zagaszenia małego płomienia przez prąd wiatru; inaczej bowiem — gaz wydostawać się będzie do pokoju i nietylko sprawi przykrą woń, lecz może także stać się powodem zaduszenia i wybuchu. Jeżeli płomień gazowy jest tak umieszczony, że go niemożna dostatecznie zasłonić, to należy gaz zgasić i zastą-

pić innem światłem, gdyż widok światła zwykle chorym przeszkadza, utrudnia zaśnięcie i łatwo ich rozbudza. Lampy naftowe są niestosowne dla słabego nocnego oświetlenia, gdyż po przytłumieniu światła pozostaje w pokoju przykra woń nafty. Najlepsze będą dobre lampy *olejne*, lub na oleju pływające świeczki, albo też bardzo grube świece woskowe z cienkim knotem; te ostatnie wszelako są tak rozmaite pod względem jednostajnego palenia się, że każdy gatunek należy przed wprowadzeniem w użycie wypróbować; niepożądanem bowiem jest, gdy wśród nocy światło zgaśnie i zapalić się nie da. Zupełnie niestosowne są świece łojowe z powodu silnego kopcenia i śwędu.

W każdym pokoju chorego powinien by znajdować się duży *zegar niebijący*; niektórzy chorzy nie mogą obejść się bez zegara. Dla dozorczyńni jest też łatwiej i dogodniej wypełniać punktualnie wszelkie zalecenie, gdy ma przed oczyma zegar, aniżeli gdy zmuszona jest co chwila wydobywać zegarek kieszonkowy.

Aby ułatwić choremu *przyjmowanie pokarmu* w łóżku, potrzeba mu nadać o ile można wygodne położenie. Przedewszystkiem niech każda dozorczyńni pamięta, że człowiek z głową nisko w tył przechyloną nie może dobrze pić ani polykać; przykro patrzeć, gdy chorym w tém położeniu wlewają płyny w usta. Jeśli chory nie może zmienić leżącej pozycyi, natenczas należy mu podczas picia podnieść cokolwiek nietylko głowę, ale i kark. Najlepiej w tym celu wsunąć rękę lewą pod kark chorego i podtrzymać go unosząc do góry, prawą ręką zaś podaje się napój, czy to łyżką czy małym kubkiem, lecz powoli i ostrożnie, czekając zawsze

aż poprzednia ilość połkniętą zostanie. Dla bardzo słabych chorych ilość płynu mieszcząca się na łyżce stołowej jest zbyt wielką, zwłaszcza gdy szyja jest cierpiąca i polykanie sprawia ból; w takim razie podajemy płyny łyżeczką od kawy. Jeżeli chory może i chce pić sam, to należy mu podnieść głowę i kark poduszkami w ten sposób, aby mógł wygodnie polykać. Dla chorego leżącego, kubek nie powinien być nigdy więcej jak tylko do połowy napełniony; inaczey z pewnością część się rozleje. Chorzy, którzy nie mogą głowy podnosić, a także nie mogą i nie powinni siadać, piją leżący najlepiej przez rurkę (gumową), której jeden koniec zanurzony jest w płynie, gdy przez drugi chory płyn wciąga. Dla takich chorych użyteczne są też często zwyczajne flaszeczki któremi poją małe dzieci.

Jeżeli chory zmuszony jest przez dłuższy czas jadać leżąc w łóżku, czy to z powodu dłuższej rekonwalescencyi po ciężkiej chorobie, czy też, że z powodu przewlekłej choroby lub złamania nogi potrzebuje długo leżeć, to należy zaopatrzyć go w pewne drobne przyrządy, które ułatwiają przyjmowanie pokarmów w łóżku i pobudzają przez to do wygodniejszego a tém samém i obfitszego jedzenia. Istnieją *stoły jadalne dla chorych*, złożone z dwóch desek długości 80—90 ctm. a szerokich na 35—40 ctm., które połączone są z jednej strony grubym drewnianym słupkiem. Dolna deska (podstawowa) opatrzona jest rolkami dla łatwiejszego przesuwania stołu. Przy użyciu tego stołu, podsuwamy podstawową deskę pod łóżko tak daleko, aby deska górna zajmowała całą szerokość łóżka; służąc tym sposobem choremu za stół. Na drewnianym

słupku, który powinien być tylko o kilka centymetrów wyższy od płaszczyzny na której chory leży w łóżku, znajdować się powinien mechanizm za pomocą którego słupek dawałby się wydłużyć, dla podwyższenia stołu, by go w ten sposób zastosować dogodnie do łóżka i potrzeby chorego.

Stół taki gorąco polecam dla każdego prywatnego domu. W braku stołu właściwego, można kazać przygotować mocną deskę szeroką na pół metra, a której długość wyrównywałaby szerokości łóżka. Na wąskich końcach deski przytwierdza się dwie podpórki wysokie na 40 ctm. i stawia ten improwizowany stolik na nogach chorego leżącego w łóżku. Stół powinien opierać się stale na materacu i tak być zabezpieczony, aby nie mógł usunąć się na bok.

Każdy stolarz zrobić potrafi taki stolik. Nie należy ani siebie ludzi, ani chorego pocieszać, że wkrótce łóżko opuści; choćby zresztą i przez jeden tydzień stolik musiał być używany, to już w tym czasie wielką będzie dogodnością dla chorego, a także zabezpieczy łóżko od zabrudzenia potrawami przy jedzeniu. Dozorczyńni powinna choremu przypominać, aby po każdym jedzeniu wypłukał usta, albowiem pozostawianie resztek pokarmów w niezupełnie jeszcze zdrowych ustach i przy obłożonym języku, może w pewnych warunkach być szkodliwem. Prócz tego dozorczyńni powinna obejrzeć łóżko po spożyciu pokarmów przez chorego, dla przekonania się, czy nie pozostały okruszyny z chleba, które mogą pacjentowi leżącemu bardzo dolegać.

Gdy chory o tyle przyszedł do zdrowia, że może *w łóżku czytać*, dozorczyńni powinna baczyć, aby

czytanie odbywało się przy dobrém i odpowiedniém oświetleniu; światło (dienne, gazowe, lub z lampy) powinno padać na książkę z tyłu nad głową chorego. Na stoliku do jedzenia można postawić mały pulpit na książkę. O wszystkich tych dogodnościach dla chorego należy także pamiętać, gdy jako rekonwalescent siedzieć może na fotelu; trudno uwierzyć jak dalece udogodnienia te oszczędzają i dodają sił choremu.

Przypominam też, że dozorczyńni musi wiedzieć *w jaki sposób* należy chorego w łóżku *wygodnie sadzać*. Zwykle mają zwyczaj pacjenta cokolwiek tylko w krzyżu sprostować, podpierają go poduszkami i każą mu jeść! Jeżeli chory nie skarży się, że mu niewygodnie, może i tak zostać, wszelako nie jest to siedzenie, a właściwie tylko *leżenie wysoko*. Chorego natomiast sadzamy wówczas, gdy go uchwycimy za lub pod miednicę i silnym ruchem posuniemy na łóżku ku górze, gdy następnie pacjent cokolwiek ku przodowi się nachyli, wtedy wygodnie siedzieć będzie; miednica jest teraz podniesiona, uda zgięte, a kość ogonowa i krzyżowa nie leżą na pościeli. Jeśli chory ma dosyć sił, może sam przybrać tę pozycję, należy jednak wielu ludziom objaśnić w jaki sposób najlepiej siedzieć można w łóżku. Mając u chorych w łóżku zakładać jaki opatrunek na górnej części ciała, należy pamiętać aby zawsze zmienić im pozycję z wysokiego leżenia na wygodne siedzenie; w przeciwnym razie, mimo że chory opiera się plecami, a przez to nie mało przeszkadza opatrunkowi, to jednak zmęczy się daleko więcej, aniżeli gdy wygodnie i w sposób właściwy siedzieć będzie.

Chcąc chorego leżącego, który zanadto zsunął się na

łóżku, podnieść do góry na posłanie, nie należy ujmować go pod pachy; w ten sposób bardzo trudno człowieka do góry posunąć, chorego się szarpie tylko i nie ma rezultatu z téj męki. Jeżeli dozorczyńni chce chorego podnieść do góry, powinna ręce podsunąć pod miednicę, a wtedy bez trudności dopnie swego celu, zwłaszcza gdy chory dopomagać będzie przez oparcie się nogami i rękami.

Stawiano zarzut szkołom dozorczyń a także zakonom zajmującym się pielęgnowaniem chorych, że udzielają swój pomocy właściwie tylko szpitalom i ludziom zamożnym, a wcale nie spieszą z usługami *biednym chorym* w ich mieszkaniach. Zarzut ten na pierwszy powierzchowny rzut oka wydaje się usprawiedliwionym do pewnego stopnia. Gdy jednak ci, którzy z takim zarzutem występują, zastanowić się zechcą cokolwiek, przekonają się, że ich żądania obecnie przynajmniej są niewykonalne. Jasną bowiem jest rzeczą, iż w chatach i mieszkaniach biedaków brak najważniejszych warunków dla skutecznego pielęgnowania chorych,— czystego powietrza, światła, ciepła, wygodnego posłania, dobrego pożywienia, czego wszystkiego nawet nie dostaje częstokroć i w rodzinach średniej i rzemieślniczej klasy.

Na co się przyda bezpłatne wydawanie lekarstw i ich regularne użycie, jeżeli brakować będzie wszystkiego czego potrzeba do życia w stanie zdrowia! Przyczyną która uniemożliwia pielęgnowanie chorych biednych w ich mieszkaniach nie jest obawa dozorczyń i szarytek wystawienia się na niedostatek i szkodliwe wpływy w chatach i kątach

biedaków, a także na szorstkość niższych klas społeczeństwa, lecz *przekonanie, że w takich warunkach pomoc nie na wiele się przyda*. Istnieją przecież dla tego szpitale, aby w nich biedni i niezamożni chorzy szukali pomocy. Nawet w tych sferach, w których zarobek wystarcza jako tako na utrzymanie liczniejszej rodziny pracującej, gdy wszystkim zdrowie służy, cały ład i porządek zostaje zakłóconym w domu z chwilą gdy jeden członek rodziny zachoruje. Trzeba więc, aby znikła niechęć udawania się do szpitali! Niejednemu wprowadzie przykro jest rozłączyć się na dłuższy czas z żoną, rodzeństwem, dziećmi, rodzicami, wszelako przyczyną, która wielu odstrasza od szpitala, jest także obawa szorstkich, gburowatych i chciwych dozorczyń szpitalnych, obawa tonu jaki panuje w niektórych tego rodzaju zakładach, gdzie chorych uważają tylko jako „przypadek“, jako liczby! Potrzeba doprowadzić do tego, aby szpitale były tak urządzone i chorzy tak pielęgnowani i traktowani, by nie z nędzy i konieczności tam się udawali, lecz z przekonania, że w szpitalu daleko prędzej wrócą do zdrowia, aniżeli gdy lekarz od czasu do czasu odwiedzać ich będzie w domu, i albo przekonany o niemożliwości zrobienia czegokolwiek, biednych chorych zostawi samym sobie, albo też powodowany koniecznością i spełnienia obowiązku, zaleci mnóstwo środków, których wykonanie leżeć będzie po za granicami możliwości dla osób otaczających chorego. Można biednym chorym nieść do ich mieszkają otuchę, zasitek i bezpłatne lekarstwa, lecz niepodobna ich leczyć i pielęgnować tam z widokami pomyślnego skutku, chyba że utworzone zostaną stowarzyszenia z tak znacznemi fundusza -

mi, że one wystarczą na to, by natychmiast dla chorego i jego rodziny znaleźć zdrowe mieszkanie, odpowiednie pożywienie i t. d., słowem, by ludzi biednych zamieniać na bogatych przynajmniej na czas choroby. Taki stan rzeczy byłby bęzwątpienia bardzo pożądanym, wszelako w obecnej chwili musimy się zadowolnić skromniejszymi usiłowaniami miłości bliźniego. Starajmy się więc o urządzenie coraz większej liczby i coraz dogodniejszych szpitali, z coraz lepszymi dozorczyńiami, aby i w chorych ze średniej klasy ludności pokonać wstręt do tych uzdrawiających zakładów.

**Trafne postrzeżenia i uwagi o właściwościach
rozmaitych chorych i zachowaniu się dozorczyń
względem nich,**

zebrane przez Florence Nightingale.

Książka znakomitej angielskiej dozorczyńi chorych *), zawiera wiele nader trafnych postrzeżeń i uwag o właściwościach rozmaitych chorych i o dozorczyńiach. Nie mogąc tych uwag wyrazić i streścić lepiej niż to uczyniła autorka, przytoczę niektóre własnymi słowami téj znakomitej kobiety, która tak wiele przyczyniła się do poprawienia sposobów pielęgnowania chorych.

*) Poradnik pielęgnowania chorych i własnego zdrowia przez *Florence Nightingale*. (Rathgeber für Gesundheits- und Krankenpflege, von Florence Nightingale, übersetzt von Paul Niemayer. Lipsk, 1878.

„Sztuki pielęgnowania chorych można się do pewnego stopnia nauczyć z książki, niepodobna jednak przyswoić sobie sztuki do wszystkiego, gdyż jest ona w każdym wypadku inną.“

„Niewielu zaledwie mężczyzn i kobiet pojmuje co to znaczy być za coś odpowiedzialnym, czy to w rzeczach ważnych czy drobnych. Przyczyna największych nieszczęśliwych wypadków, jak i małych codziennych, częstokroć leży w tém, że jeden człowiek nie spełnił swego obowiązku, lub przynajmniej nie pojmował odpowiedzialności swego stanowiska.“

„Odpowiedzialność bowiem nie tylko na tém polega, aby samemu wszystko należycie wypełnić, lecz także na staraniu, aby inni spełnili co do nich należy i aby nikt nie działał szkodliwie z niewiedomości lub złej woli.“

„Rodzaj hałasu i szelestu, który najprzykrzejszym się okazuje dla chorego, jest ten, który powstaje niepotrzebnie i niespodziewanie przestrasza.“

„Pierwszém prawidłem należytego pielęgnowania chorych jest to, aby chorego nigdy ze snu nie rozbudzać, czy to umyślnie, czy przez nieuwagę. Gdy pacjent obudzony został w pierwszym śnie, można być pewnym, że nie prędko napowrót zaśnie; jest to fakt dziwny ale prawdziwy, że łatwiej na nowo zasypia chory obudzony z kilkogodzinnego snu, aniżeli człowiek, którego obudzimy w kilka minut po zaśnięciu.“

„Człowiek zdrowy, który spał w przeciągu dnia,

nie śpi dobrze w nocy, inaczej rzecz ma się z choremi, bowiem im więcej śpią, tem dłużej sen u nich trwa.“

„Okrucieństwem poprostu nazwać można rozmowę szeptem prowadzoną w pokoju chorego, gdyż chory z pewnością nie potrafi wstrzymać się od przysłuchiwania, które go zmęczy.“

„Stąpienie na palcach i zmiana głosu podczas mówienia do chorego, są to rzeczy dla niego nader nieprzyjemne. O wiele lepiej mówić do chorego głosem naturalnym choćby ostrym, aniżeli po cichu lub nienaturalnie zmieniając brzmienie głosu, co pacjenta częstokroć wprowadza w nerwowe rozdrażnienie.“

„Są dozorcynie, które nie potrafią zamykać drzwi bez hałasu i wstrząśnienia całego pokoju, lub które bez potrzeby często otwierają drzwi, zapominając przynieść lub zabrać od razu wszystko co potrzebne. Na własne oczy widziałam przestraszona na twarzy pewnej chorzej, ile razy dozorczyńni wchodziła do pokoju i z hałasem zbliżała się do skrzyń z węglami.“

„Uważna dozorczyńni powinna baczyć na to, aby w pokoju chorego drzwi nie skrzypiały, aby szyby w oknach nie brzęczały, aby rolety lub zasłony nie uderzały o okna, zwłaszcza też należy o tem pamiętać, gdy chory ma pozostać sam przez noc.“

„Mówiąc do pacjenta należy zawsze umieścić się naprzeciwko niego, aby chcąc widzieć mówiącego, nie potrzebował z trudem głowy odwracać;—wiadomo przecież, że chętnie patrzymy w twarz tego, z kim mamy mówić. Jeżeli mówiący stać będzie przy łóżku chorego, natenczas pacjent będzie zmuszony patrzeć do góry; trzeba więc wśród rozmowy z chorym siedzieć spokojnie i unikać wszelkiej giestykulacyi.“

„Nie należy nigdy do chorego nagle i niespodziewanie przemawiać, a także nie wystawiać na próbę jego cierpliwości zwlekaniem z odpowiedzią i powolną mową.“

„Mając przemówić do chorego przechadzającego się, nie należy go zatrzymywać ani dobiegać do niego. Trudno sobie wyobrazić, jak uciążliwem jest dla pacjenta wracającego do zdrowia, stanie na miejscu choćby przez kilka sekund i słuchanie mowy.“

„Wszystko co się odbywa w pokoju chorego po powiedzeniu sobie „dobra noc“, przyczynia się do sprowadzenia pacjentowi złej nocy. Jeżeli chorego zupełnie rozbudzimy ze snu, narażamy go z pewnością na noc bezsenność.“

„Pamiętać także należy, że niewłaściwe jest opieranie się o łóżko chorego, siadanie na niem

i wszelkie niepotrzebne wstrząśnienia łóżka; są to rzeczy dla chorego nader przykre.“

„We wszystkim co się dotyczy chorego należy postępować stanowczo i stosownie, zwłaszcza w ustnej rozmowie. Przedewszystkiem nie należy dać poznać choremu, że się jest samemu w pewnej kwestyi niezdecydowanym, nawet w rzeczach drobnych, a bodaj zwłaszcza w takich właśnie. Wątpliwość należy zawsze zostawić dla siebie, w obec chorego zaś zachować wszelkie pozory pewności. Ludzie którzy nie mogą się pozbyć głośnego myślenia i wypowiadają zawsze wszystko za i przeciw, nie są odpowiedni do pielęgnowania i dozorowania chorych.“

„Brak stanowczości jest w ogóle nader przykry dla chorych; widząc dokoła siebie osoby nie-stanowcze, niezdecydowane, chory sam z trudem i wysiłkiem zbiera wszystkie swoje myśli, aby powziąć decyzję.“

„Przy wchodzeniu i opuszczaniu pokoju chorego zaleca się stanowczość i prędkie ruchy, z unikaniem jednak wszelkiego hałasu, który chorego przestrasza. Nie należy nigdy kazać choremu długo czekać na przyniesienie tego czego żąda, zwłaszcza, gdy się z pokoju wychodzi. W ogólności za правило postawić sobie należy prędkość i stanowczość we wszystkim, lecz bez zbytecznego pośpiechu. Co prawda, tylko ten, kto umie nad sobą w zupełności panować, znajdzie pośrednią drogę między powolnością i pośpiechem.“

„Co się tyczy czytania w pokoju chorego, doświadczenie mnie nauczyło, że gdy chory nie jest w stanie czytać samemu, to nie znosi także i czytania przez drugą osobę.

„Jeżeli potrzeba choremu coś przeczytać, należy to skutecznie powoli. Błędnym jest mniemanie, że chorego mniej zmęczy im prędzej się skończy czytanie, choćby przytém tchu braknąć miało.

„Prawdziwą męką dla chorego jest bezładne czytanie, gdy się tu i owdzie coś opuści lub później doda zdanie pominięte.“

„Jedynie tylko doświadczone dozorcynie i ludzie, którzy sami przeszli szkołę leżenia w łóżku, potrafią ocenić tę przykrość, na jaką wystawione są nerwy i zmysły chorego, w skutek tego, że zmuszony pozostawać przez dłuższy czas w jednym lub dwóch pokojach, widzi przed sobą ciągle te same cztery ściany, ten sam sufit, to samo otoczenie!“

„Nie zapomnę nigdy téj radości, jaką dostrzegałam zawsze na twarzach takich chorych pod wpływem widoku barwnych żywych kwiatów. Z własnego doświadczenia przypominam sobie, że otrzymawszy w chorobie bukiet polnych kwiatów, czułam, jak od razu zdrowie powracać mi zaczęło.“

„Dla samego chorego jest to równie przykre, jak niepojęte postrzeżenie, iż daleko łatwiej podległa smutnym myślom aniżeli wesołym i mimo usilnego starania nie może pozbyć się nieprzyjemnych wyobrażeń.“

„Chory zarówno nie może poruszyć złamaną nogą jak i nie jest w stanie zmienić myśli, jeżeli

przez urozmaicenie nie przyjdziemy mu z pomocą. Ta nieruchomość umysłu samego przez się należy do głównych przypadłości choroby wewnętrznej, tak samo jak niemożność poruszenia złamanego członka.“

„Nie dosyć więc starać się przy łóżku chorego o wygodne jedzenie i picie. Trzeba także pamiętać o uczciwem życiu chorego, starając się dlań o przyjemny widok, dostarczając pięknych kwiatów i innych ładnych rzeczy. Samo już światło wiele w tym kierunku działa; zdaje mi się przynajmniej że istniejące u wielu chorych pragnienie dnia, polega na pragnieniu światła w ogólności, albowiem możność dostrzegania rozmaitych przedmiotów rozbudza na nowo zgnębony, cierpiący umysł.“

„Należy dalej pamiętać, że każdy człowiek zdrowy przyzwyczajony jest do pewnej ręcznej roboty z wyjątkiem niektórych wielkich dam, których układ nerwowy nie jest też lepiej uposażony jak u chorych. Ponieważ sami nie wiemy jaką rozrywkę dla nas stanowi taka ręczna robótka, przeto także mało na to zwracamy uwagę, że niektórzy pacjenci powracający do zdrowia cierpią na braku takiej rozrywki.“

„Rzeczywiście wielką przyjemność sprawiać będzie choremu drobna jaka ręczna robota, pisanie i rysowanie, jeżeli czuje się dosyć silnym do tego. Mniej w tym razie jest odpowiednie czytanie, jakkolwiek często właśnie to jedno pozostaje dla chorych dostępnem.“

„Należy więc zawsze baczyć na to, aby chorego nie pozbawiać tego rodzaju urozmaicenia.“

„Nie potrzeba nawet dodawać, że zbyt wiele ręcznej roboty lub pisania albo innego jakiego

zajęcia, może chorego zarówno rozdrażniać, jak zupełny brak rozrywki.“

„Większa część osłabionych chorych nie jest w stanie przyjmować przed jedenastą godziną stałego pokarmu, nawet wówczas gdy wskutek niejedzenia siły ich są wyczerpane.“

„Wszelako łyżka rosółu, zupy, mleka z jajami, podawana co godzina, uchroniłaby chorych od głodu, przygotowując zarazem ich przewód pokarmowy do przyjmowania stałych pokarmów.“

„Jeżeli dozorczyńni ma poleczone podawać choremu co trzy godziny filiżankę jakiego płynu, a żołądek chorego nie znosi pożywienia w tej formie, natenczas trzeba próbować podawanie łyżki co godzina, a jeżeli i to nie jest możebne, to co kwadrans łyżeczkę.“

„Osłabieni chorzy częstokroć nie mogą połykać tylko z powodu osłabienia nerwów, które to osłabienie wzmagają się z chwilą gdy siły zostają ciągle wystawiane na próbę. Skoro więc chory nie dostanie jedzenia w danej chwili, zwłaszcza w czasie gdy jest wolny od innych zajęć, wtenczas zdarzyć się może, że nie będzie w stanie przełknąć pożywienia nie tylko chwilowo, lecz także w przeciągu kilku następujących godzin.“

„Zwłaszcza w przewlekłych (chronicznych) chorobach zależy na tym, aby dokładnie oznaczyć godzinę w której chory jeść może, a także godziny, w których czuje się najsłabszym, pamiętając, że jedno i drugie zmieniać się może z dnia na dzień. Potrzeba do tego daru spostrzegawczego, przezorności i wytrwałości, które to zalety posiadać po-

winna każda dozorczyńni, a wykształcenie ich więcej dobrego chorym przyniesie niżby sądzić można.“

„Jednym z najczęstszych skutków wygłodzenia jest bezsenność, gdyż zwykle chorzy śpią w tym stosunku jak przyjmują pokarm.“

„Zwyczaj praktykowany, który może zupełnie obrzydzić choremu jedzenie, polega na tém, że potrawy nieruszone przez chorego stawiają przy jego łóżku, czekając aby sam jedzenia zażądał; jest to sposób, który może wyrobić w chorym wstręt do wszelkiego pokarmu. Jedzenie powinno być przynoszone we właściwym czasie i również we właściwym czasie zabierane napowrót, bez względu na to czy chory jadł lub nie; nie należy nigdy nic zostawiać dla chorego „na później,” gdyż w ten sposób obrzydza mu się jedzenie.“ *)

„Pewną jest rzeczą, iż chory tém prędzej ułatwi się z jedzeniem im mniej mu przeszkadzać będą osoby otaczające; wraże gdy się pacjenta karmi, dozorczyńni powinna nie pozwolić mu wiele mówić, również nie zwracać do niego mowy, a przedewszystkiem najmniej mówić o samém jedzeniu.“

*) Pewna osoba opowiadała mi, że dozorczyńni obrzydziła jej żupę przez ustawiczne kosztowanie. Tego nie powinna dozorczyńni nigdy robić; potrawy powinny być przynoszone w tym stanie aby je chory mógł natychmiast jeść. Kosztowanie i wystudzenie należy skutecznie po za obrębem pokoju chorego. Jeżeli jednak wyjątkowo niemożna uniknąć tego w obecności pacjenta, niech dozorczyńni użyje innej łyżki i nie kładzie jej na talerzu po skosztowaniu, gdyż taka manipulacja może być dla niejednego chorego nieprzyjemną i wstrętną.

„Nie należy nic nigdy wylewać na spodek, który powinien zawsze być czysty i suchy. Pamiętać trzeba, że bardzo jest nieprzyjemnie dla chorego, gdy zbliżając filiżankę do ust, musi zarazem podnosić spodek, aby nie powalać odzieży i pościeli.“

ROZDZIAŁ III.

O wykonywaniu zaleceń lekarza.

1. Podawanie lekarstw.— 2. Wziewania.— 3. Wstrzykiwania. Lawatywy. Czopki stolcowe. Wkraplania.— 4. Okłady. Pędzlowania. Wcierania. Ugniatanie (masaż). Gimnastyka. Elektryczność.— 5. Pijawki. Gorczyczniki (synapizmy). Wezykatorja.— 6. Kąpiele.— 7. Polewania (dusze). Wilgotne wycierania. Zawijanie, miejscowe wilgotne obwijania.— 8. Dłuższe stosowanie zimna i ciepła.

Niema przykrzejszej rzeczy dla lekarza jak kiedy zmuszony jest ciągle powtarzać w jaki sposób wykonane być powinny zalecenia przez niego wydane. Choćby zadał sobie ten trud powtarzając z największą cierpliwością dwadzieścia razy na dzień w jaki sposób należy przyjmować przepisane proszki, jak robić wkraplania w oko, jak stosować okłady i t. d., to jednak zdarza się zwykle, że zmartwione i zaniepokojone osoby otaczające chorego jedném uchem słuchają zaledwie i lekarz dowiadyuje się nazajutrz, że wszystko co starał się wytłumaczyć jak najdokładniej, zostało źle zrozumiane lub wcale nie wykonane. Jeżeli już niemiłą jest rzeczą powtarzać informacje poraz drugi, to o wiele gorsze jest to, że nie zrobiono choremu tego co było zalecone lub uskutecznilo niewłaściwie. Zajmiemy się więc w tym rozdziale obja-

śnieniem sposobu wykonywania zaleceń lekarskich, przez osoby pielęgnujące chorego, o ile w danym wypadku nie ma do spełnienia odrębnych czynności.

1. Podawanie lekarstw.

Lekarz zalecając choremu lekarstwa raz w roztworze, drugi raz w proszkach lub pigułkach, nie postępuje według własnego widzimisię, lecz tak jak w danym razie potrzeba; zależy to bowiem częścią od ilości, częścią od rodzaju substancyj mających być wprowadzonymi do ustroju chorego w jakiej formie mają być podane, aby sprowadziły pożądaną skutek. Mówić tu będziemy najprzód o lekach wprowadzanych do żołądka przez usta, dla bezpośredniego działania na błonę śluzową żołądka i kiszki, lub też w celu wprowadzenia ich tą drogą do krwi i pośredniego działania na inne organy ciała.

Przepisując *lekarstwa w płynach* zalecamy zwykle aby je podawano w pewnych odstępach czasu, w dawkach (dozach) po łyżce stołowej, po łyżeczce od kawy, lub kroplami w pewnej liczbie. Miary te mogą wypaść cokolwiek rozmaicie z powodu niejednakowej wielkości łyżek. Zwykle liczy się w pełnej *łyżce stołowej* 15 gramów płynu, w *łyżeczce od kawy* (od herbaty) 5 gramów. Jeden gram (ciężar) wody odpowiada miarze jednego sześciennego centymetra wody. Jakkolwiek większa część lekarstw jest cokolwiek cięższa od wody, to jednak obliczenie pojedynczych dawek tak już jest dokonane, aby mały ten błąd nie przyniósł żadnej szkody choremu. Pożądanem wprowadzie byłoby, aby w powszechniejsze użycie weszła metoda odmie-

rzania pojedynczych dawek za pomocą dokładnych naczynek szklanych, przynajmniej w szpitalach, a także w domach prywatnych gdzie znajdują się dozorcynie. Należałoby wprowadzić szkła zawierające 100 centymetrów sześciennych (miara równająca się mniej więcej filiżance lub kieliszкови), na których powinny być zrobione (wyżłobione) kreski wskazujące objętość co 5 centymetrów sześciennych. Łyżki mają tę niedogodność, że po napełnieniu muszą być podawane do ust pewną nieodrżącą ręką, inaczej wylewa się lekarstwo i plami bieliznę i pościel chorego. Są wprawdzie chorzy, którzy przyzwyczajwszy się raz do brania lekarstw łyżką, może nie chcieliby ich przyjmować szklanym naczyniem. Dla takich chorych można mieć większe i mniejsze łyżki porcelanowe, zawierające więcej cokolwiek niż 5 i 15 centymetrów sześciennych, a więc które nie powinny być całkiem wypełnione dla uchronienia od wylewania się lekarstwa. Szczególniej baczności i pewnej ręki wymaga podawanie lekarstw *kroplami*. Krople puszcza się na kawałek cukru lub w naczynie z wodą. W celu wydzielania jednakowo wielkich kropli i w przepisanej dokładnie liczbie, przygotowują oddzielne *kroplomierze*; są to cienko zakończone rurki szklane w które wciąga się lekarstwo; nad górnym otworem rurki znajduje się rozpięta błonka kauczukowa, na którą naciskając, wydzielamy jednakowej wielkości krople w ilości jakiej potrzeba.

Niekiedy pozostawiamy chorym samym lub osobom otaczającym *przygotowanie naparu* (ziołek). Lekarz pisze na receptce „ziółka.“ W takim razie bierze się zwykle łyżeczkę od kawy z czubem na filiżankę wrzącej wody, pozostawia w czajniku

przez kwadrans w ciepłym miejscu lub przy ogniu unikając zagotowania się płynu; następnie płyn odcedza się przez sitko i wypija. Chcąc przyrzędzić więcej niż jedną filiżankę, bierzemy odpowiednio większą ilość ziółek, nasienia, kwiatów lub krajowych korzeni jakie lekarz zalecił. Oprócz rumianku i kwiatu bzowego, zalecane są najczęściej na ziółka koperek, kozłek (walerjana), ślaz, liście orzechowe, bratki, kwassja i liście senesowe.

Bardzo rzadko spotykamy teraz zalecenie „mchu islandzkiego“ na *Galaretę*. W celu przygotowania jej gotuje się 10 gramów mchu dobrze obmytego wodą z 300 gramami wody, do pozostałości 60 gramów (a więc do wyparowania do objętości $\frac{1}{3}$ części); dodaje się następnie 10 gramów mialkiego cukru, po jego rozpuszczeniu precedza się gorący odwar przez płótno, pozostawia do skrzepnięcia w galarecie. Ponieważ pierwiastek gorzki mchu nie zawsze jest ważny i potrzebny dla chorego, przeto można go kazać wyciągnąć i oddalić w aptecę za pomocą słabego roztworu węglanu potażu.

Dla poprawienia smaku lekarstw, lekarz dodaje często t. zw. poprawki, zwłaszcza syropy owoco we i wody aromatyczne, jeżeli tylko one nie przeszkadzają właściwemu środkowi lekarskiemu. Lekarz nie może zapytywać w każdym wypadku chorego, czy mu ten lub ów dodatek więcej do gustu przypada, a ztąd zdarzyć się może, iż smak lekarstwa jest bardzo przykry dla chorego. Jeżeli ma to miejsce w tym stopniu, że pacjent przez wstręt do lekarstwa natychmiast je wymiotuje, to dozorczyńni powinna o tém uwiadomić lekarza. Często w tym razie pomaga także namowa, jak u dzieci. Przykry smak w ustach gubi się przez popicie małej ilości

świeżej wody lub wypłukanie ust wodą z dodatkiem kilku kropli konjaku, wódki lub esencji miętownej.

Największy opór stawiają niektórzy chorzy (dorośli więcej niż dzieci) przy używaniu oleistych substancyj, jak olej rycinowy, tran i t. p. Wymyślono rozmaite sposoby dla ułatwienia przyjmowania tych lekarstw. I tak mieszają olej rycinowy z gorącym rosołem w filiżance; albo też dają choremu do zgryzienia kilka ziarek palonej kawy, lub świeżą cytrynę do wyssania, zarówno przed jak po połknięciu oleju. Kwasy a także niektóre mikstury żelazo zawierające, mają szkodzić na zęby. Przy krótkiem użyciu takich środków, nie ma to znaczenia; sądziłbym nawet, że podejrzenie o psucie zębów powstało ztąd tylko, że zęby drętwieją. Wszelako pacjentom obawiającym się o zęby należy polecić, aby płyn kwaśny za pomocą łyżki wprowadzili w tył po za język, tak aby nie zwilżyć zębów, a następnie zaraz usta wodą wypłukać; albo też zapytać należy lekarza czy nie można przepisaną dawkę wlać do szklanki wody i użyć w takim rozcieńczonym stanie. Można również używać lekarstwa działające na zęby za pomocą rurki szklanej. Prócz tego trzeba zapytać lekarza, czy lekarstwo ma być przyjmowane do żołądka pustego lub cokolwiek napełnionego; przy lekach drażniących błonę śluzową żołądka nawet w stanie rozcieńczonym (np. arsenik), bezwarunkowo właściwsze jest to ostatnie. Nader rzadko i tylko w ostrych chorobach gorączkowych zachodzi potrzeba budzenia chorych w nocy, w celu podania im lekarstwa; co do tego należy również lekarza zapytać.

Podawanie proszków skutecznia się w rozmaity sposób. Jeżeli nie chodzi tak dalece o to, czy się da cokolwiek mniej lub więcej proszku, to lekarz zapisuje aby „łyżeczkę od kawy przyjmować“ lub „łyżeczkę z czubem“. W pierwszym razie nabieramy łyżeczkę i nadmiar usuwamy grzbietem noża; w drugim razie podajemy pełno z czubem nabraną łyżeczkę. Większa część proszków w ten sposób zapisywanych powinna być przyjmowana po rozpuszczeniu lub rozmięszaniu z połową lub z całą szklanką wody. Gotowe *proszki burzące* (w których części składowe zmieszane są już przez aptekarza), powinny być przechowywane w naczyniu szklanem z dużym otworem (w słoiku) ze szlifowanym korkiem szklannym, w suchém miejscu, inaczej bowiem proszek przyciąga wilgoć z powietrza i przestaje się burzyć przy rozpuszczeniu w wodzie. Ostrożność tę lepiej zachować ze wszystkimi proszkami w które wchodzi cukier a zwłaszcza z proszkami z *K a l i b r o m a t u m*, tak powszechnie teraz używanymi. Przy podawaniu choremu proszków burzących bierzemy trzecią część szklanki wody, wsypujemy szybko proszek *suchą* łyżeczką nabraną z czubem, szybko również mięszamy i polecamy choremu aby wypił podczas burzenia; chodzi tu bowiem właśnie o to aby chory połknął razem z plynem gaz (kwas węglany) wydzielający się przy burzeniu. Ponieważ proszki burzące zmieszane z sobą na dłuższy czas przed użyciem, mimo największych ostrożności przyciągają jednak wodę, przeto zapisują często proszki w ten sposób, że jedna część (kwas winny) zawinięta jest oddzielnie, druga (dwuwęglan sody) także w oddzielnej misce się paczce; paczka zwykle zawiera tyle proszku

ile potrzeba na jedną dawkę do szklanki wody. W aptece zawijają zwykle jeden proszek w papier biały, drugi w niebieski. Bierzemy więc, jak wyżej powiedziano, szklanke wody, (można dla smaku dodać trochę cukru), wsypujemy dwuwęglan sody, czekamy póki się nie rozpuści, a następnie sypimy drugi proszek (kwas winny), poczem mieszamy łyżeczką i dajemy choremu do wypicia podczas burzenia.

Zalecenie podawania proszku „na koniec noża“ jest samo przez się jasne; miara nie jest dokładna, należy przeto zapytać lekarza, czy potrzeba podawać większą czy mniejszą ilość.

W razach gdy chodzi o dokładnie oznaczoną ilość proszku na dawkę, rozdzielania dokonywa aptekarz i przygotowuje oddzielnie zawinięte proszki.

Najprostszy sposób zadawania, bezwątpienia polega na wsypaniu proszku wprost na język i popiciu wodą, póki cały proszek nie zostanie połknięty. Są jednak chorzy tak niezręczni, że w ten sposób przyjmować proszków nie mogą, również w taki sposób nie można podawać proszków ciężko chorym oraz dzieciom; w tym razie rozpuszcza się proszek w wodzie lub przynajmniej miesza z wodą na łyżce za pomocą pałeczki szklanej lub w braku oniej za pomocą trzonka od łyżeczki. Nigdy dozorczyńni nie powinna używać w tym celu palca, gdyż jest to wstrętne dla każdego chorego.

Proszki mające bardzo przykry smak (np. chininę) zadaje się w *opłatku* *). Wycina się kawałek

*) Opłatków dostać można w każdej aptece a także w cukierniach; na wsi jednak, gdzie nie ma ani apteki ani cukierni, można w razie potrzeby używać proszki w *cieniutkiej angielskiej bibułce* zmoczonej w wodzie.

opłatka mający 5—6 centymetrów w kwadrat, kładzie na łyżce, zwilża kilku kroplami wody, wysypuje proszek na środek opłatka i zawija go; zwitek kamienny choremu położyć na tylnej części języka i dajemy popić wodą dla połknięcia.

Wielu chorych bardzo trudno *polyka pigulki*; należy je położyć daleko na tylnej części języka i popić wodą.

Nie potrzebujemy chyba dodawać, że *naczynia potrzebne do zadawania lekarstw powinny być jaknajczystsze i natychmiast po użyciu wymyte najdokładniej*.

Kilka słów jeszcze o *pomocy udzielanej przy wymiotach* i o zadawaniu środka wymiotnego. Zwykle zapisuje się kilka dawek środka wymiotnego w postaci proszku lub w płynie, z objaśnieniem „do obfitych wymiotów.“ Jeżeli chory wymiotuje bardzo prędko po pierwszej dawce, tak że wyrzuci zarazem większą część środka wymiotnego, to należy wkrótce podać drugą dawkę. Jeżeli żołądek szybko się opróżni, a wstrząśnienia wymiotne trwają dalej, to przynosimy ulgę choremu podając za napój rumianek. Podczas wymiotowania przyjemnie jest chorem, gdy im się podtrzymuje głowę rękoma przyłożonemi do czoła i tyłogłowia. Gdy wymioty trwają dłużej niż potrzeba, zadaje się 5 — 6 kropli opium (*tinctura opii*) i przykładą gorący ręcznik na dołek.

Środki przeczyszczające, działające szybko, jak senes (trunek wiedeński), wody gorzkie i lawatywy, zadaje się z rana lub w południe, inaczéj bowiem chory narażony jest na niespokojną noc. Powolnieéj działające środki czyszczące jak rabarbar, aloes, olej rycinowy, można podawać wieczorem, aby skutek wystąpił nazajutrz z rana lub w południe.

2. Wziewania.

Wziewania (wdychania) środków lekarskich dopiero w nowszych czasach weszły w coraz większe użycie. Dla wziewania środków bardzo lotnych, jak amoniak, eter octowy, woda kolońska i t. p. nie potrzeba żadnych oddzielnych przyrządów; przykłada się choremu do nosa flaszeczkę napełnioną temi substancjami lub nalewa je na chusteczkę i każe się wciągać przy oddychaniu. Mniej lotne lub wcale nie lotne wodne roztwory leków rozpyla się w mgłę za pomocą oddzielnych przyrządów (rozpylacze, pulweryzatory, ręczne i parowe do wytwarzania mgły [spray]), która to mgła zwróconą zostaje w kierunku ust i nosa pacyjenta. Dozorczynie powinna się wprawić w użycie tych przyrządów, tak aby nie tylko umiała nastawić je i stosować, lecz także aby w danym razie rozpoznała, dla czego przyrząd nie dobrze działa.

Małe aparaciki parowe do rozpylania stosują się najczęściej w chorobach dróg oddechowych. Rozpylacza ręcznego używamy często do odświeżenia i ochłodzenia powietrza w pokoju chorego przez rozpylanie zimnej wody lub wonnych wód alkoholicznych. *Wziewania terpentyny* w braku przyrządu specjalnego (inhalatora) skutecznia się w ten sposób, że nalewa się wody gorącej w garnek, dodaje kilka kropli terpentynowego olejku, stawia na garnek dudkę ze sztywnego papieru szerokim otworem, odcina na jej górnym końcu kawałek dla zrobienia otworu, który następnie każemy choremu wziąć w usta, lub trzymać przed nosem, tak aby przy głębokich wdychaniach wciągał olejek terpentyno-

wy zmieszany z parą wodną. Przy wzięwaniach przyrządy ustawione być powinny tak, aby chory nie potrzebował się wysilać w czemkolwiek. Lekarz powinien objaśnić, jak długo wzięwania mają być stosowane i jak często powtarzane.

3. Wstrzykiwania. Ławatywy. Czopki stolcowe. Wkraplania.

Dla oczyszczania jam ciała lub wprowadzania do nich środków lekarskich rozpuszczonych w wodzie używane są *strzykawki* lub *przyrządy duszowe*. Dobrzeby było, gdyby można obejść się bez strzykawek, gdyż potrzeba zawsze pewnej staranności, aby je utrzymać w porządku. Strzykawki ciągle używane dobrze zwykle działają, potrzeba tylko od czasu do czasu tłok oliwą napuścić. Jeżeli strzykawka rzadko się używa, natenczas tłok zasycha, trzeba go więc z rurki zupełnie wyciągnąć i włożyć na pewien czas do wody, dopóki nie napęcznieje dostatecznie, tak aby szczelnie wchodził. Do wstrzykiwań do ucha i nosa można bardzo wygodnie używać strzykawek balonikowych; w tym celu ściska się balonik gumowy, do którego zastosowana jest cienka kanka z kości słoniowej, za murza koniec kanki w płynie i puszcza z ręki balonik, który w ten sposób sam się wypełnia. Zwykle balonik nie wypełnia się całkowicie, tak że cokolwiek powietrza w nim zostaje; dla tego przed użyciem, należy to powietrze wydalić przez ściśnięcie, poczem można już płyn wstrzykiwać. Potrzeba pewnej wprawy w użyciu jednostajnego, mniej lub więcej silnego ciśnienia, z jakim chcemy płyn wprowadzać do odpowiedniej jamy ciała.

Przy wyborze strzykawek należy zwrócić uwagę, aby kanka była gładko zaokrąglona, nie ostra lub spiczasta, gdyż w tym razie można łatwo zranić przy wstrzykiwaniu.

W wypadkach gdzie potrzeba wstrzykiwać większą ilość płynu, używa się małe pompki, które się wstawia w miednicę z wodą, a sam chory bierze w rękę tłok i wstrzykiwanie skuteczniejsza; albo też pompki napełniają się za pomocą kolbki i następnie same opróżniają z umiarkowaną siłą (t. zw. klizopompy).

W nowszych czasach zastępują strzykawki *przyrządami duszowcami*, których ciśnienie dowolnie zmieniać można. Są to przyrządy nader proste. Składają się z cylindrycznego naczynia wysokiego na 25 ctm., a w średnicy około 10 ctm. mającego, zrobionego z lakierowanej blachy (wewnątrz emaliowane) i opatrzonego pokrywką; u dołu tuż przy dnie naczynia znajduje się krótka rurka, na którą nakłada się odpowiedniej grubości rura gumowa długa na 1 metr. Na drugim końcu rury znajduje się kościana kanka, zamykana na kranik. Przy górnym brzegu zbiornika powinno się znajdować grube kółko, aby można było w razie potrzeby przyrząd zawiesić.

Chcąc używać takiego przyrządu np. do przestrzykiwania nosa (dusze nosowe), zawieszamy aparat na ścianie nad umywalnią na takiej wysokości, aby pacjent stojąc z głową cokolwiek naprzód pochyloną (by woda spływała na miednicę), mógł z łatwością wprowadzić do nosa kankę umieszczoną na końcu gumowej rury. Za otworzeniem kranika woda wpływa do nosa z umiarko-

waném ciśnieniem, które możemy dowolnie zmieniać przez mniej lub więcej zupełne odkręcenie kranika, lub też przez zawieszenie zbiornika wyżej lub niżej. W podobny sposób postępujemy, chcąc użyć przyrządu do przestrzykiwania oczu, przy czém używane bywają kanki rozmaitego kształtu, a także z sitowými otworami.

Ważną jest rzeczą dokładnie wypytać się lekarza, czy płyn używany do wstrzykiwania ma być bardzo zimny lub ciepły, chłodny czy letni, a także czy ciśnienie wody ma być silne, czy słabe lub umiarkowane, albowiem stosownie do temperatury płynu i ciśnienia z jakim on wypływa do nosa, oka lub ucha, działanie duszu będzie rozmaite. Strzedz się należy przedewszystkiem, nadto zimnych lub gorących wstrzykiwań do ucha, do których też osoby nieznające się na rzeczy powinny używać bardzo słabego strumienia.

Szczególne ostrożności zachować należy przy *wstrzykiwaniach do kiszek stolcowej*. Czynność tę nazywają daniem ławatywy. Nikt nie powinien zabierać się do tój małej operacyi, póki nie zobaczy jak ją uskutecznia osoba znająca się na rzeczy. Zdarzały się już często przy dawaniu ławatywy zranienia, a nawet całkowite przedziurawienia kiszek stolcowej, które mogą być bardzo niebezpieczne, nawet śmiertelne. O wiele łatwiej uniknąć można zranienia, gdy chory *sam sobie* wprowadza kankę od klizopompy i sam wstrzykiwanie uskutecznia, w ten lub ów sposób stosownie do rodzaju przyrządu.

Wstrzykiwania do kiszek stolcowej dokonywane bywają w rozmaitych celach. Najczęściej mamy

KAZIMIERZ ...

...

na celu wprowadzić kiszkę stolcową w ruch przez rozszerzenie jęj płynem, aby kiszka wydalila nie tylko wstrzyknięty płyn, ale zarazem i zawarty w niej kał. Nazywają to „*lawatywą wypróżniającą*“. Używa się do tego woda letnia 28° R. (35° C.) z dodatkiem małej ilości oliwy (1—2 łyżek). Ilość wstrzykiwanej wody nie powinna być większą od 200 — 300 centym. sześciennych u osób dorosłych (u dzieci 50 c. sz., u dzieci przy piersi 25 c. sz.), inaczéj płyn za prędko zostaje wydalony. Wstrzykiwanie skuteczniczać się powinno powoli. Konieczność użycia na raz nie nadto wielkiej ilości płynu jest tém większa, gdy zwyczajne lawatywy nie skutkowały i z zalecenia lekarza dodane zostają do wody pewne środki, które powinny dłużej działać na opieszalą kiszkę stolcową. Do takich środków należą olej rycinowy, odwar liści senesowych, miód, sól kuchenna, mydło. Jeżeli i te środki pozostają bez skutku, natenczas używają się niekiedy wstrzykiwania bardzo znacznej ilości wody, przyczém chodzi o to, aby woda nie tylko do kiszki stolcowej się dostala, ale aby znacznie wyżej przeniknęła do kiszek. Wstrzykiwania takie robią się tylko z zalecenia lekarza, a skutek tylko wtedy jest pewny, gdy lekarzowi uda się wprowadzić choremu daleko do kiszki długą giętką rurkę z końcem w kształcie oliwki, przyczém chory powinien leżeć na boku lub opierać się kolanami i łokciami na łózk. Do rurki wystającej z otworu stolcowego przystosowyywa się następnie na metr długą rurę gumową, podnosi ją do góry i wprowadza w jęj otwór duży lejek. Przez ten lejek dopiero osoba stojąca na stołku wlewa wodę powoli. Ponieważ woda wypływa tu obficie z kiszki obok rurki, lub w każ-

dym razie po jój wyjęciu, przeto należy chorego tak ułożyć, aby woda mogła spływać do podstawionego w odpowiedniem miejscu naczynia (kubła, cebrzyka i t. p.). Łóżko i podłogę przy łóżku należy zabezpieczyć od przemoczenia przez pokrycie nieprzemakającym materyjałem. Potrzeba także zabezpieczyć się, aby można było czém ogrzać chorego, który mocno zostaje ochłodzony tą nieboleśną wprawdzie, lecz w każdym razie nieprzyjemną operacją.

Na oddzielną wzmiankę zasługują *lawatywy z krochmalu*. Używają się one z dobrym skutkiem niezadko z dodatkiem roztworu lapisu (saletran srebra) z zalecenia lekarza, zwłaszcza u dzieci przy niezżytach (katarach) kiszki stolcowej. Bierze się w tym celu pełną łyżkę krochmalu rozmięsanego w małej ilości zimnej wody i dodaje powoli 100 gramów wody gorącej; następnie dolewa się przepisaną ilość roztworu lapisu, pozostawia płyn do ostudzenia, aby był letni, wciąga w strzykawkę (która powinna być szklana lub gumowa) i wstrzykuje 50—60 gramów do kiszki stolcowej. Dla dorosłych ilość krochmalu i wody powinna być dwa razy większa.

Niewielką jest liczba środków lekarskich jakie wprowadzone zostają do kiszki stolcowej za pomocą strzykawki. Są to roztwory substancyj ściągających jak ałun, tanina, octan ołowiu, dalej środki przeciwkurczowe i kojące ból, jak kozłek (walerjana), rumianek, opium, belladona, chloral. Wszystkie te środki mogą być zadawane jedynie z polecenia lekarza.

U chorych, którzy żadnych pokarmów i napojów nie mogą zatrzymać w żołądku, lub którzy

nie są wstanie nic wprowadzić do żołądka z powodu zwężenia, lub całkowitego zamknięcia przełyku, trzeba wstrzykiwać substancyje pożywne do kiszki stolcowej. Te *żywiące lawatywy*, które wchłonięte być mają przez kiszkę stolcową, powinny być małe (100 gramowe), inaczej bowiem zostają zaraz wydalone. Używa się w tym celu mleko, mocny rosół (bulion), wyciąg słodowy, wino. W nowszych czasach zaczęto wprowadzać do kiszki stolcowej sztucznie nawpół strawione białko i mięso (roztwory peptonowe). Odżywcze działanie tych lawatyw nie jest jednak bardzo wielkie, wielu też chorych nie znosi ich, z powodu, że rozwija się bolesność i niezżytowy (kataralny) stan kiszki. Bądź co bądź niekiedy można w ten sposób utrzymać człowieka przy życiu przez pewien czas, dopóki inna pomoc nie przybędzie.

Rzadziej niż dawniej używają się obecnie, zwłaszcza w praktyce dziecięcej t. zw. *czopki stolcowe*. Ze zwyczajnego twardego mydła wycina się kawałek długi na 3—4 centymetrów, grubości ołówka, zaostrza się go na jednym końcu i wprowadza powoli do otworu stolcowego, zanurzwszy wprzód w oliwie. Czopek taki wywołuje lekkie mechaniczne drażnienie na ściany kiszki i pobudza ją do kurczenia się i wydalenia kału, przyczem zarazem i mydło wydalonem zostaje. Czopki używane są także niekiedy w celu wprowadzania środków lekarskich (morfina, belladona, tanina i t. p.), działających na organy brzuszne, lub na cały ustrój. Czopki te przygotowywane w aptece składają się zwykle przeważnie z masła kakaowego; cienki koniec czopka macza się w oliwie i wprowadza do otworu stolcowego, gdzie się rozpuszcza; masło ka-

kaowe wraz ze środkiem lekarskim zostaje wchłonięte przez błonę śluzową kiszek.

Niekiedy używają się *wkraplania* roztworów środków lekarskich do oka (właściwie powiedziećby należało — do worka łącznicy) i do ucha (do przewodu słuchowego zewnętrznego). Podczas *wkraplania do oka*, chory leży na plecach, a dozorczyńni wlewa płyn z flaszeczki lub kroplomierza w otwarte oko w okolicę kąta wewnętrznego; gdy chory mimowolnie potem oko zamknie, to płyn pozostanie w kąciuku wewnętrznym oka w postaci jeziorka, potrzeba więc, aby chory pozostał w położeniu leżącym i znowu otworzył oko, a wówczas płyn dostaje się do worka łącznicy. Jeszcze prostszy sposób polega na tem, że bierzemy nie wielki pędzelek, maczamy go mocno w wodzie do oczów i zbliżamy końcem do wolnego brzegu dolnej powieki cokolwiek ku dołowi jeszcze pociągniętej; w chwili zbliżenia pędzelka, woda spływa do oka. Ponieważ wody oczne, używane w tych razach, stanowią zwykle bardzo słabe roztwory środków lekarskich, tak że niewiele na tem zależy czy więcej lub mniej dostanie się do worka łącznicy, przeto można polecić także choremu, aby *czysty* palec zanurzył w płynie i położywszy się wznak, zwilżał nim oko przez czas dłuższy, przyczem powinien oko otwierać i zamykać, aby woda dostała się do worka łącznicy. Przy *wkraplaniach do ucha* chory kładzie się na boku zdrowym, pozostaje w tem położeniu jakiś czas i po wprowadzeniu płynu na chwilę przynajmniej zatyka ucho watą, aby płyn nie wylewał się na szyję.

4. Okłady. Pędzlowania. Wecierania. Ugniata- nie (masaż). Gimnastyka. Elektryczność.

Wilgotne okłady używają się w nader rozmaitych celach. Często mają one tylko służyć, aby pewną część ciała ogrzać lub ochłodzić; o tém zaś będzie mowa w rozdziale traktującym o miejscowym użyciu ciepła i zimna. Najczęściej zalecane bywają okłady z *wody ołowianej* (t. zw. Goulard'owej), czy to na części w stanie zapalnym będące, czy też na rany. Przy okładach wszelkich trzeba o tém pamiętać przedewszystkiem, aby nie wysychały i aby bielizna, odzież i łóżko chorego nie było zmoczone. Mając stosować okłady, bierzemy złożone płótno lub perkal w taki sposób, aby ośm warstw leżało na sobie, a wielkości takiej, aby okład wystawał na cztery przynajmniej centymetry na wszystkie strony po za część ciała pokryć się mającą. Można także użyć do okładów lekką tkaninę bawelnianą, z której powszechnie robią się opatrunki (gaza opatrunkowa, muślin i t. p.); potrzeba jednak złożyć te tkaniny w dwanaście warstw. Również można używać angielskiej tkaniny (zwanej lint, pulchniej i szorstkiej, podobnej do flaneli), złożonej we dwoje lub we troje.

Materyjały te złożone w *kompresy* zanurzamy w wodzie opatrunkowej, lub zwilżamy nią, powinny one być nawskroś namoczone, gdy jednak mają być stosowane na skórę niezranioną i pozostawać przez czas dłuższy, należy je wycisnąć tak, aby z nich woda nie ściekała. Na taki kompres kładzie się następnie kawałek materyjału nieprzemakalnego (ceratka lub cienka gumowa blaszka,

a także t. zw. papier gutaperkowy), tak aby również wystawał dokoła na 4 centymetry po za kompres; wreszcie okład cały zawiązuje się suchą chustką lub opaską, aby się nie zsuwał. Jeżeli lekarz nie rozporządzi inaczej, to okład taki zmienia się co dwie godziny.

Przy stosowaniu okładów na rany lub wrzody, nie potrzeba kompresów wyciskać ani przytwierdzać opaską, jeżeli chora część ciała może pozostawać okrytą i leży; pokrycie nieprzemakalne kładzie się tylko na kompres i zmienia ten ostatni stosownie do zalecenia lekarza, co kwadrans lub co pół godziny. Jeżeli nie potrzeba tak częstej zmiany okładu i chory ma z nim chodzić, to należy okład przytwierdzić w sposób wyżej podany. Ponieważ w tych razach kompresy zanieczyszczają się ropą, przeto należy mieć w zapasie przynajmniej trzy: jeden (A) leżący na ranie i który po zdjęciu kładzie się zaraz do czystej wody dla opłukania; drugi (B) leżący w wodzie opatrunkowej, który kładzie się bezpośrednio na ranę i trzeci (C) który zanurza się w wodzie opatrunkowej.

Pędzlowania zalecane bywają:

a) na nieuszkodzoną skórę. Najczęściej przepisuje się *nalewka jodowa* (nazywana pospolicie „jodyną“), czysta, rozcieńczona lub mocniejsza stosownie do zamierzonego działania. Skóra różnych osób jest *w rozmaitym stopniu wrażliwą* na działanie nalewki jodowej i niemożna nigdy na pewne powiedzieć jaki skutek wystąpi; w ogólności wrażliwsze są w tym względzie dzieci i blondynki z białą cerą, aniżeli osoby starsze i bruneci. Pędzlowania jodowe zalecane bywają zwykle w celu wywołania rozejścia zewnętrznych chronicznych

(przewlekłych) nabrzmień. Środek ten stosuje się przez czas dłuższy, nie powinien więc wywoływać szybkiego zapalenia ani bólu. Przekonałem się, że najwłaściwiej jest mięszać nalewkę jodową pół na pół z nalewką galasową i uskuteczniać pędzlowania przez trzy dni z trzydniowymi przerwami. Pędzlowanie powinno być robione *raz jeden* (wieczorem), przez trzy wieczory zrzędu, potem następuje przerwa trzydniowa, następnie znowu pędzlowanie przez trzy wieczory i tak dalej, tygodniami i miesiącami nawet. Część ciała powinna być za każdym razem tak długo pędzlowana nalewką jodową, póki nie przybierze barwy ciemno brunatnej. Jeżeli miejsce na to pozwala, pokrywa się część zapędzlowaną kawałkiem cienkiej gumowej materyi i przytwierdza opaską, w tym celu aby jod niestart się przed wniknięciem w skórę i aby nie plamił bielizny. (Niebieskie plamy jodowo-krochmalowe na bieliźnie wypierają się mydłem przy zwyczajnym praniu; powalane nalewką jodową palce oczyszczają się łatwo amoniakiem w wodzie rozpuszczonym).

Czasami razem z pędzlowaniem nalewką jodową zalecane bywają wilgotne owijania chorągłej części ciała. Wtedy należy miejsce zapędzlowane pokryć materiałem nieprzemakalnym, a dopiero na wierzch stosuje się wilgotny okład, który jeszcze pokryć należy większym kawałkiem gumowej materyi. Cały opatrunek przytwierdza się dużą chustką lub opaską.

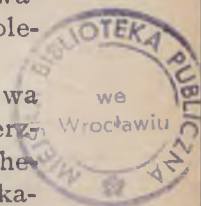
Przy opisanym pędzlowaniu nalewką jodową, naskórek ciemnobrunatno zabarwiony staje się coraz twardszym, skórzastym i połyskującym; następnie pęka, a gdy przez te pęknięcia dostanie się

nalewka do głębszych warstw naskórka, to często spowodowuje silne palenie. W tym razie trzeba poczekać kilka dni, póki suchy naskórek nie da się zdjąć płatkami, następnie rozpoczynamy na nowo pędzlowanie.

Jeżeli przy tym sposobie stosowania nalewki jodowej, działanie zamierzone przez lekarza jest za słabe, to w takim razie zaleca się użycie czystej nalewki. Zbyt silne działanie jodu objawia się tём, że po pierwszych trzech pędzlowaniach rozwija się bolesne palenie skóry nietylko w miejscu zapędzlowaném, ale i dokoła, i części sąsiednie obrzmiewają i stają się wrażliwe. Jeżeli lekarz nie chce umyślnie tego wywołać, to należy zaprzestać pędzlowania i stosować zimne okłady na obrzmiałą i bolesną skórę.

Mocniejsza (angielska) nalewka jodowa używa się w celu wywołania szybko silnego powierzchownego zapalenia skóry z wytworzeniem pęcherzy, naksztalt tych jakie sprawia plaster weżykatoryjny. W Niemczech rzadko z takim celem używają nalewki jodowej.

Pędzlowania kolloidjonem najczęściej używają się do powlekania pasków plastra angielskiego lub gazy, aby je umocować na skórze. *Collodium* jest gęstawym płynem, z którego po napędzlowaniu eter szybko się ulatnia i pozostaje cienka, poły-skująca i mocno przylegająca błoneczka, która nie-daje się zmyć, a tylko ściągnąć w całości lub ze-trzeć. Przed pędzlowaniem kolloidjonem, skóra po-winna być bardzo starannie osuszona, gdyż inaczej kolloidion nie przylega. Przy zasychaniu kolloidion ściąga się mocno, używa się więc także do wywo-łania lekkiego ucisku np. na części ciała zaczerwie-



nione, na znamiona u dzieci. Stosowanie przy odleżynach nie uważam za właściwe. Niekiedy kolloidion tak silnie ściąga skórę, że opodal pojawiają się drobne pęcherzyki; nie należy też np. powlekać palca grubo kolloidionem w kształcie obrączki, gdyż następuje tak silne uciśnięcie skóry, że koniec palca staje się siny, bolesny i traci czucie.

Niekiedy rozpuszczają się w kolloidionie środki lekarskie (np. jodoform), dla połączenia działania rozdzielającego (rozprowadzającego) z uciskiem. *Z kolloidionem nie należy zbliżać się do światła, gdyż łatwo się zapala.*

b) *Pędzlowania błon śluzowych.* Zalecane bywają pędzlowania dziąseł, języka i błony śluzowej gardzieli. Pędzlowania worka łącznicy dokonywa zwykle sam lekarz. Do nosa wprowadza się miękkie maści za pomocą pędzelka. W tym celu używają większych i mniejszych miękkich pędzelków lub też przygotowuje się samemu pędzelki ze skubanki (z szarpi); można także posługiwać się małymi kawałeczkami gąbki, przywiązanymi mocno do pałeczki drewnianej.

Aby rozpuszczony zwykle w miodzie lub w wodzie środek lekarski (np. boraks, lapis lub kwas solny) przylegał do cierpiącego miejsca na błonie śluzowej, należy tę ostatnią wprzód osuszyć; następnie zapędzlować i polecić choremu aby przez czas pewien trzymał usta otwarte, by płyn wsiąkł w błonę śluzową. Pędzlowania takie powinny być często powtarzane jeżeli mają być skuteczne.

Do pędzlowania w gardzieli przy długotrwałych nieżytach (katarach) (do czego używają się: ałun, lapis, nadmanganian potażu, a także nalewka jodowa), potrzeba osadzić pędzelek na długim

pręciku drewnianym. Dla oddalenia śluzu przylegającego do błony śluzowej, zalecamy aby chory gardło wprzód wyplukał; następnie zwracamy wzrok stale na cierpiący punkt, np. na jeden lub drugi migdałek w gardle, wprowadzamy pędzelek, dotykamy nim szybko chore miejsce i wysuwamy pędzelek z jamy ustnej. Czynność tę należy powtarzać kilkakrotnie raz za razem. Dłuższe zatrzymanie pędzelka w gardzieli wywołuje u wielu osób ruchy zwrotne, krztuszenie a nawet wymioty. O pędzlowaniach gardła przy błonicy (dyfteryi) mowa będzie później.

Chcąc miękką maść wprowadzić głęboko do nosa, polecamy choremu aby trzymał głowę prosto i wsuwamy pędzelek (z maścią na koniec nabraną) zupełnie poziomo do jamy nosowej na 4—5 centymetrów; następnie ściskamy nozdrze, wysuwamy pędzelek i polecamy choremu aby wciągnął maść w nosie pozostałą. Czynność cała musi być szybko wykonana aby chory nie kichnął i tym sposobem nie wyrzucił maści na zewnątrz.

Wcierania maści, tłuszczu (słoniny) i olejów uskuteczniają się wtedy, gdy chcemy suchej i pomarszczonej skórze nadać sztucznie powłokę tłustą, aby jej tym sposobem powrócić giętkość i zmniejszyć napięcie, albo też gdy mamy zamiar wprowadzić w skórę środki lekarskie połączone z tłuszczem. Najlepiej nabrać trochę maści lub oliwy na kawałek flaneli kulisto złożony i wcierać z umiarkowanym naciskiem w miejsce przez lekarza wskazane tak aby choremu nie sprawiać bólu. Zwłaszcza na częściach dotkniętych zapaleniem należy delikatnie nacierać, inaczej bowiem skóra zanadto się rozgrzewa i dra-

żni. W pewnych razach, przy użyciu rtęci *), jodu, belladonny i t. p. łączonych częstokroć z tłuszczem w postać maści, zbyt częste wcieranie i użycie zbyt wielkiej ilości, może być szkodliwe miejscowo, a także i ogólnie trujące; potrzeba więc aby lekarz nie tylko oznaczył częstość wcierań, ale także i ilość maści na raz wetrzeć się mającą. Miejsca natarte maścią powinnyby być zawsze pokryte płótnem, lub watą, które należy opaską przytwierdzić, inaczej bowiem bielizna zanieczyszcza się maściami, a plamy bardzo trudno się wypiera-
ją. **)

Innego sposobu używamy przy *wcieraniach płynów alkoholicznych i rzadkich tłuszczów* (linimentum). Chodzi tu zwykle o silne pobudzenie skóry aż do jej zaczerwienienia i póki pacjent nie dozna uczucia ciepła i palenia w miejscu nacieranem. Na większy kawałek flaneli nalewamy trochę płynu i mocno nacieramy nim skórę silnie naciskając, aż wystąpi wspomniany skutek.

W tych alkoholicznych wcieraniach samo nacieranie jest równie ważne jak substancycja, którą wcieramy; mimo to jednak środki te nie przenikają głęboko w skórę, chyba gdy ze spirytusem lub tłustym płynem (zwykle miészanka czyli emulsja z tłuszczem) połączone zostały środki kojące ból, jak chloroform, morfina, weratryna.

*) Przy zetknięciu rtęci ze złotem i pierścionkami, te ostatnie bieleją jak srebrne wskutek wytworzenia się amalgamatu, który jednak daje się łatwo oddalić przez mocne wytarcie skórą i proszkiem do czyszczenia.

**) Plamy od lapisu (saletranu srebra) usuwają się z bieliżny mocnym roztworem jodku potasu (K a l i u m j o d a t u m), a lepij jeszcze cyankiem potasu.

Z samego pocierania, gładzenia, miąszenia i opukiwania, z wykluczeniem wszelkich leków, utworzono oddzielną metodę postępowania, zwaną *masażem*. Metodę tę od dawien dawna znaną i jako środek ludowy powszechnie używaną, zaczęto w ostatnich czasach w rozmaity sposób zastosowywać, przyczem w odpowiednich przypadkach okazała się nadzwyczaj skuteczną. Nieodpowiednie jednak jój użycie może być bardzo szkodliwem. Stosuje się ją przy podbiegnięciach krwi (siniakach), wypocinach płynnych lub zakrzepłych i przy zgrubieniach (infiltratach), aby je rozdzielić na drodze mechanicznej i sprowadzić w ten sposób prędsze wessanie; w innych razach, staramy się przy jój pomocy wzmocnić i zahartować te części ciała, które uległy zwątleniu i stały się bardzo wrażliwemi.

Dla dopięcia tak jednego jak i drugiego celu potrzeba, o ile możności, pobudzić najdrobniejsze naczynia krwionośne (naczynia włosowate); idzie w tym razie nie tylko o to, by przez ugniatane części przepływało więcej krwi, ale także by same ściany naczyń stały się bardziej przenikliwemi, a żywotna działalność tkanek bardziej energiczną; jedném słowem, aby sposobem mechanicznym ożywić tak zwaną przeróbkę materji, przyczem złogi chorobowe w tkankach zostają wessane i usunięte. Rozumie się, że dla wywołania tych skutków potrzeba siły i wytrwałości, a w wypadkach zastarzałych kuracyja musi trwać całe miesiące i lata. Tylko lekarz, posiadający dłuższe doświadczenie co do działania i rozmaitych odcieni téj metody, jest w stanie orzec, kiedy kuracyję przerwać, czy posiedzenia odbywać kilka razy

dziennie, czy też tylko kilka razy na tydzień i jaki sposób masażu zastosować w danym przypadku. Mylą się też ci, co sądzą, że każdy może skutecznie wykonywać masowanie, chociażby tylko przypadkiem o metodzie tej zasłyszał, a nie znał wcale licznych dzieł o niej traktujących, ani też praktycznie się tém nie zajmował. W ogólności, niewielka tylko liczba kobiet zajmujących się pielęgnowaniem chorych, nabyć może dostatecznej siły w palcach i ramionach, dla przeprowadzenia kuracyi tą metodą, albowiem nawet bardzo silni mężczyźni męczą się po kolkogodzinném wykonywaniu masażu.

W każdym razie obznajmienie się z tą metodą możliwe jest tylko przy jednoczesném praktyczném jej stosowaniu.

To samo odnosi się *do gimnastyki*. Kobiety mogłyby bardzo dobrze prowadzić gimnastykę leczniczą, ale nie każda z nich posiada konieczną w tym razie siłę, wytrwałość, cierpliwość i konsekwencję.

Kobiety również obeznać się mogą ze sposobami stosowania *elektryczności*, ale w każdym przypadku lekarz powinien dokładnie podać siłę strumienia, długość i częstość posiedzeń. Rozumie się, że zajmująca się tém kobieta, musi się także obeznać z samym przyrządem elektrycznym, aby mogła w danym razie usuwać niewielkie uszkodzenia.

5. Pijawki. Gorczyca. Wezykatoryja.

Z przeróżnych dawniej używanych metod miejscowego upustu krwi, zachowały się dotąd prawie wyłącznie pijawki, jakkolwiek i ich użycie do pe-

wnego stopnia ograniczono. Dwa gatunki pijawek są w użyciu: szara, czyli niemiecka i zielona, czyli węgierska. Przy kupnie pijawek należy zwrócić uwagę, aby były zdrowe i świeże, aby przy najlżejszym nacisku kurczyły się przybierając kształt jajka i aby nie były już używane. Dla przystawienia wkłada się pijawkę do rurki szklanej, mającej jeden centymetr w średnicy i około dziesięciu centymetrów długości; można bardzo wygodnie posiłkować się w tym celu rurkami używanymi dla rozbiorów chemicznych t. j. tak zwanymi epruwetkami. Część ciała do której pijawka ma być przystawioną, obmywa się czystą gąbką, a następnie otwór rurki przykłada się szczelnie do odpowiedniego miejsca. Jeżeli pijawka nie chce się zaraz ucześcić, miejsce to należy zwilżyć mlekiem, roztworem cukru albo krwią. Pijawka dopóty ssać powinna, dopóki sama nie odpadnie. Jeżeli chodzi o to, by ranka dalej krwawiła, przykłada się czyste gąbki w letniej wodzie zmaczane. Gdy zaś chodzi o zatamowanie krwi, gąbki maczają się w zimnej wodzie i przyciskają przez dłuższy przeciąg czasu do miejsca krwawiącego. Gdyby pomimo to, niektóre ranki jeszcze dalej silnie krwawiły, przykłada się kawałeczek hupki, która przylepia się do ranki. Aby ranki ustrzedz od tarcia lub zanieczyszczenia, pokrywa się je przez dni kilka kawałkiem płótna, przytwierdzonym za pomocą chustki lub bandaża.

Papka gorczycowa. Plaster gorczycowy. Mąkę gorczycową (utłuczone albo roztarte nasiona gorczycy białej lub czarnej) zarabia się na talerzu z wodą zimną albo letnią na gęstą papkę, którą się grubo nożem rozsmarowuje na kawałku cienkiego płótna

lub gazy, a następnie pokrywa się jedną warstwą téjże saméj materyi. Tak przyrządzony plaster przykłada się do ciała i trzyma się go dopóty, dopóki nie nastąpi uczucie silnego palenia. Skóra ma być tylko silnie zaczerwienioną, a do utworzenia się pęcherzy dojść nie powinno. Czas potrzebny do wywołania czerwonosci, zależy częścią od świeżosci i siły mąki gorczycowej, częścią od wrażliwości saméj skóry; niekiedy widzimy skutek już po pięciu minutach, a niekiedy i kwadrans czasu nie wystarcza. Przez dodanie octu lub rozartego świeżego chrzanu, działanie staje się silniejszym, dodatek zaś zwyczajnej mąki osłabia je. Tak zwane „papierki gorczycowe“ sprzedawane w aptekach nie działają tak jednostajnie jak świeżo przyrządzona papka gorczycowa.

Gdy idzie o wywołanie pęcherzy, używa się tak zwanéj wezykatoryi (pryszczydła), czyli *plastra kantarydowego*, który się przyrządza w aptece przez zarobienie utłuczonych kantaryd z woskiem, terpentyną i olejem. Plaster taki jest mało lepiący się i dla tego najlepiej rozsmarować go odrazu na przygotowanym już plastrze lepkiem, tak jednak, by brzegi tego ostatniego na szerokość dwóch centymetrów były zupełnie wolne. Brzegami temi przytwierdza się wezykatoryję do ciała i wówczas po upływie ośmiu do dziesięciu godzin (cokolwiek prędzej gdy skóra jest wrażliwą) występują pęcherze napełnione cieczą. Ból przytém jest niewielki, tak że można choremu plaster taki położyć wieczorem, nie sprowadzając bezsenności.

Można także wezykatoryję rozsmarować na kawałku zwyczajnego płótna lub grubego papieru, a następnie przytwierdzić ją do ciała za pomocą

kilku pasków plastra lepkiego albo też opaski (bandaży).

Po odjęciu wezykatoryi pęcherze nakłuwa się zwyczajną cienką igłą. Gdy ciecz w zupełności wypłynie, kładzie się kawałek czystej waty, która po pewnym czasie odpada wraz ze strupem. Na miejsca jątrzące się, należy przyłożyć maść cynkową.

6. Kąpiele.

Odróżniają:

Kąpiele całkowite. Kąpiący się siedzi w wannie, a woda sięga mu aż po szyję. Na wannę, stosownie do jej wielkości, potrzeba 250—300 litrów ($2\frac{1}{2}$ —3 hektolitrów) wody. Dla dzieci wystarcza 100, 150—200 litrów.

Kąpiele połowiczne. Pozycja kąpiącego się jest takąż sama, lecz woda sięga mu tylko do pępka, a górna część ciała pozostaje niezanurzona. Ilość wody wynosi 150—200 litrów ($1\frac{1}{2}$ —2 hektolitrów).

Kąpiele nasiadowe. W wannie odpowiedniej budowy, kąpiący się, zgiąwszy uda, siada w ten sposób, że górna część ciała i nogi aż do samych kolan pozostają niezanurzone. Ilość wody wynosi 50—60 litrów.

Kąpiele nożne. Woda sięga aż do kolan, do czego potrzeba waniń odpowiednio zbudowanych. Zwykle jednak zanurza się nogi tylko do kostek, a potrzebne w tym celu naczynia znajdują się w każdym gospodarstwie. Ilość wody wynosi 20—30 litrów.

Kąpiel ramion. Przedramię zgięte w łokciu wraz z ręką zanurza się w wodzie; do tego używane są

wanny oddzielnej budowy. Ilość wody wynosi 15—20 litrów.

Kąpiel ręk. W wodzie zanurza się na czas pewien tylko sama ręka. Do tego może być użyta każda większa miednica.

Obecnie do kąpeli używa się prawie wyłącznie woda (*kąpiele wodne*), do której dodają się rozmaite środki lekarskie, stosownie do rozporządzenia lekarza. Poprzednio zaś będące w użyciu kąpiele z bulionu, mleka lub wina zupełnie zarzucono.

Kąpiele dzielą się jeszcze na *gorące, ciepłe i zimne*. Zarówno w Niemczech jak i u nas, temperaturę wody tak samo jak i powietrza oznaczają zwykle według skali Réaumur'a. Nie wystarcza jednak powierzchowne zanurzenie termometru, lecz należy postąpić w sposób następujący: Przedewszystkiem woda zimna z gorącą muszą być dobrze zmieszane za pomocą odpowiednio zbudowanych drągów drewnianych; następnie zanurza się w wodzie termometr i gdy rtęć przestanie się już podnosić, odczytuje się na nim temperaturę, nie wyjmując go jednak z wody. Istnieją tak zwane *termometry kąpielowe*, które są przytwierdzone do deszczułki korkowej w taki sposób, że pływają po powierzchni wody w położeniu pionowem. Bardzo dobrze jest zaopatrzyć się w takie termometry, gdy zachodzi częstsza potrzeba przyrządzania kąpeli.

Kąpiele gorące powinny posiadać temperaturę 30° Réaum. (= 37 $\frac{1}{2}$ ° Cels.), a zatem odpowiadać mniej więcej ciepłocie krwi u człowieka zdrowego. Używać się winny tylko w razie wyraźnego rozporządzenia lekarza. Gdyby kąpiel taka była z początku dla chorego za gorącą, można rozpocząć od

28° R. (=35° C.) i dodawać powoli gorącej wody dopóki się nie dojdzie do właściwej temperatury. Jeżeli w takiej kąpeli twarz chorego silnie się czerwieni i występuje uczucie ciśnienia i zawrotu głowy, to na głowę stosują się okłady (kompresy) z zimnej wody. Gdy pomimo to objawy te nie ustępują, należy kąpiel natychmiast przerwać.

Kąpiele ciepłe (letnie) mają temperaturę od 26 do 28° R. (32½ do 35° C.); w *kąpielach zimnych* temperatura wody może być obniżoną aż do 15° R. (=18½° C.).

W *pokoju kąpielowym ciepłota powietrza* powinna wynosić przynajmniej 15° R.

Podczas przyrządzania kąpeli trzeba zawsze pamiętać, czy temperatura jej oznaczona jest według skali Réaumur'a, czy też według skali Celsiusza, gdyż pomyłki w tym względzie już nieraz dały powód do bardzo przykrych wypadków, a nawet sprowadziły śmierć.

Trwanie kąpeli, jeżeli niema wyraźnych wskazówek lekarza, zależne jest zwykle od ich temperatury. Kąpiele zimne i gorące nie powinny trwać dłużej nad 5 minut. Ciepłe mogą trwać ¼—½ godziny, a nawet dłużej, zwłaszcza jeżeli się do nich dodaje środki lekarskie. Aby woda przez ten czas się nie oziębiała, pokrywa się wannę grubą kołdrą wełnianą, tak że tylko głowa pozostaje nie nakrytą; następnie od czasu do czasu dolewa się niewielkie ilości wody gorącej.

Chorym osłabionym, nie mogącym sobie radzić, powinna pomagać dozorczyńni zarówno przy wchodzeniu jak i przy wychodzeniu z kąpeli, wycieraniu i ubieraniu się. Dzieci muszą być wnoszone i wynoszone z kąpeli. Dorostym zaś, obłożnie chorym przysta-

wia się wannę do krawędzi łóżka, aby mogli wprost z niego wejść do kąpeli. Niektórym chorym wielką nieprzyjemność sprawia zetknięcie się ich ciała z drzewem lub metalem wanny; tę ostatnią wyściela się w takim razie prześcieradłem (w zakładach kąpielowych wiedeńskich jest to w ogólném użyciu). Chorym z odleżynami podkłada się kolistą poduszkę kauczukową. Przy wnoszeniu i wynoszeniu chorych, którzy nie są w stanie się poruszać, należy postępować w sposób następujący: Jeżeli się tem zajmuje tylko *jedna* osoba, to po wlaniu wody do wanny, wkłada się w nią prześcieradło w taki sposób, żeby końce jego można było przymocować do kółek znajdujących się na końcach wanny; prześcieradło powinno być wyprężone naksztalt hama-ka, tak aby ciężar chorego zanurzał je tylko do połowy wysokości wanny. Rozumię się, że należy użyć takiej ilości wody, iżby ta dochodziła aż po szyję chorego ułożonego w powyższy sposób. Przenoszenie chorego z łóżka na prześcieradło i napowrót do łóżka, odbywa się sposobem poprzednio opisanym. Potrzebaby człowieka bardzo wielkiej siły, chcąc chorego aż na samym dnie wanny ułożyć, a następnie z niej wynieść. Jeżeli jest więcej osób do pomocy, można przenieść chorego do kąpeli w prześcieradle, dobrze jest, jeżeli przy tém jeszcze trzecia osoba podtrzymuje miednicę i tułów chorego; w takiż sam sposób wyjmuje się chorego z wanny. Pierwsza z opisanych metod jest jednak prostszą i przyjemniejszą dla chorego.

Podczas gdy chory się kąpie, dozorczyńni przyrzędza łóżko i rozpościera na niem dużą kołdrę wełnianą, w którą zawija się chorego po kąpeli. Dla wywołania potów, zamiast jednej używa się

kilku kółder i nakazuje choremu, aby leżał spokojnie. Po półgodzinném poceniu się chorego (transpiracyi, przeziewu skórnegó), przystępuje się do usunięcia kółder w taki sposób, że naprzód obnaża się tułów i wytarłszy szorstkim (angielskim) ręcznikiem, ubiera się chorego w kaftanik albo wygrzaną koszulę; następnie tak samo wyciera się inne części ciała i usunąwszy zupełnie kółdry, układa się wygodnie chorego.

Ponieważ u wielu osób po ciepłej kąpeli pojawia się uczucie zmęczenia, bardzo dobrze jest podać choremu filiżankę bulionu albo trochę wina, poczem następuje zwykle przyjemny i orzeźwiający sen. Wówczas dozorczyńi zaciemnia pokój i stara się, by nikt choremu spać nie przeszkodził.

Kąpiele z dodatkiem środków lekarskich.

Poniżej *podajemy na wagę lub miarę, ilość środków jakie się dodają do kąpeli dla dorosłych; dla dzieci stosuje się połowę, a przy kąpielach nożnych i ramion, tylko czwartą część téj ilości.*

Kąpiele solankowe. Używa się 1—3 kilogramów soli kuchennéj lub morskiéj, albo téż odpowiednią ilość lugu, który zawiera bardzo zmienne ilości soli. Ponieważ przez ogrzewanie bardzo niewielkie ilości soli ulatniają się, w domach więc prywatnych jedną i tę samą kąpiel można użyć kilkakrotnie, odgrzewając ją.

Kąpiele borowinowe mogą być przygotowane sztucznie przez zarobienie Francensbadzkiéj borowiny z wodą gorącą. Na kąpiel całkowitą potrzeba 30 kilogramów borowiny. Najczęściej jednak używa się tych kąpeli tylko na ręce lub nogi i wówczas wystarcza 6, 8 do 10 kilogramów. Kąpiele borowinowe można także odgrzewać kilkakrotnie.

Do *okładów borowinowych* używają płaskich poduszek odpowiedniej wielkości. Wypełnia się je do połowy borowiną, zagrzewa, a następnie maczając co dwie godziny w wodzie gorącej, wyżyma się i przykładą jak kataplazm (przyparka).

Kąpiele żelaziste przyrządza się zwykle z gałek zawierających żelazo (globuli martiales), a wyrobianych w aptece. Każda taka gałka waży 30 gramów według farmakopei austryjackiej. Na jedną kąpiel używa się 3—4 gałek.

Kąpiele alunowe używają się tylko jako nasiadowe, na jedną kąpiel wystarcza 20 gramów (4 drachmy) zwyczajnego alunu.

Kąpiele siarczane zazwyczaj przyrządzają się przez dodanie 50 do 100 gramów ($1\frac{1}{2}$ do $3\frac{1}{2}$ uncyj) wielosiarku potasowego (Kalium sulfuraturn pro balneo).

Kąpiele aromatyczne. Bierze się z apteki 1 kilogram (3 funty aptekarskie) ziół aromatycznych (*species aromaticae*), nalewa się je 10 litrami (kwartami) wody i po piętnastominutowém trzymaniu pod nakryciem, precedza się płyn przez chustkę i dodaje do kąpeli. W niektórych aptekach mają przygotowany spirytus aromatyczny, którego na jedną kąpiel bierze się 50—100 gram. ($1\frac{1}{2}$ do $3\frac{1}{2}$ uncyj). Dla przygotowania *kąpeli z rumianku lub tataraku*, przepisywanéj zwykle dzieciom, bierze się $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ kilogram. ($\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{4}$ funta) wysuszonego kwiatu rumiankowego lub pociętego tataraku i dodaje się do kąpeli, albo wprost, albo sparzywszy poprzednio gorącą wodą. Napar taki przed użyciem precedza się jeszcze przez chustkę.

Kąpiele iglicowe przygotowują się sztucznie przez dodanie wyciągu (ekstraktu) z igieł sosnowych.

Wyciągi te przyrządzane są w sposób rozmaity i rozumie się, że słabszego wyciągu (ekstraktu) trzeba użyć więcej aniżeli mocnego (bardziej stężonego). Niepodobna jest w tym względzie podać ogólnej miary; zresztą na flaszkach w których ekstrakty te sprzedają się, umieszczony jest zwykle przepis użycia.

Kąpiele słodowe stosują się bardzo często w praktyce dziecięcej. Na jedną kąpiel dziecięcą bierze się (z browaru) 1—2 kilogr. ($2\frac{1}{4}$ — $4\frac{1}{2}$ funtów) tartego suchego siodu, gotuje się go w garnku przez pół godziny z 4—8 litrami (kwartami) wody, a następnie płyn przecedzony przez chustkę, wlewa się do kąpeli. Jeżeli można dostać z browaru wyciąg siodowy, dodaje się go do kąpeli zamiast powyższego odwaru w ilości 1—5 litrów (kwart).

Kąpiele parowe wymagają odpowiednich urządzeń, nie dających się tak łatwo zaprowadzić w domach prywatnych. Przedewszystkiem w pokoju napełnionym gorącą parą, naciera się chorego i masuje, następnie daje mu się natrysk (douche), albo kąpiel całkowitą, zawija w wełniany koc i po wystąpieniu silnych potów wyciera na sucho. Jest to jeden z dosyć energicznych sposobów działania na ustrój i dla tego nie powinien być nigdy stosowany bez rozporządzenia lekarza.

7. Oblewania (natryski, dusze), mokre wycieranie, zawijanie, częściowe mokre opaski.

Do tych wszystkich procedur używa się wody chłodnej lub ciepłej; wszystkie one stanowią istotną część składową *leczenia wodą (hydroterapii)*, przy którym ważną jeszcze rolę odgrywa odpowiednia

dyjeta, ruch na świeżem powietrzu i wykluczenie wszelkich napojów oprócz wody.

Oblewania dokonywają się w przeróżny sposób i w rozmaitych celach. Jeżeli chory nie przywykł jeszcze do zimnej wody, stosowanej wprost, dobrze jest, aby najprzód obmył sobie zimną wodą piersi, pachy i głowę.

Przy oblewaniach całego ciała większemi ilościami wody, chory powinien znajdować się w wannie. Niekiedy zaleca się oblewanie głowy u chorych obłożnych, znajdujących się w stanie bezprzytomnym. W tym razie chorego się obnaża, głowę jego przechyla się za krawędź łóżka, okrytego materją kauczukową, a przed łóżkiem ustawia się dużą płytką wannę, aby woda miała gdzie ściekać. Samo polewanie dokonywa się powoli z odległości mniej więcej ćwierć metra i przez przeciąg czasu oznaczony przepisem lekarskim.

Podobnym, lecz znacznie silniejszym, jest działanie tak zwanych *natrysków strumieniowych*, przy których kieruje się na pewną część ciała strumień wody rozmaitej siły, wypływający z otwartej rury. Wykonanie tego możebnem jest tylko w odpowiednio urządzonej kąpielowni.

Najczęściej używają się *natryski kropliste*, które działają rozmaicie, zależnie od temperatury wody i od wysokości, z której spada. Natrysk taki można urządzić nad wanną, albo też w oddzielnej tak zwanej szafie natryskowej.

Jeżeli natrysk ma działać np. wyłącznie na ramię lub kolano, podstawią się płytką wannę, pozostałe części ciała pokrywa się i obwija materją nieprzemakalną, a część chorą polewa się za pomocą zwykłej koneweczki zaopatrzonej w sito. Po-

lewanie dokonywa się przez 3—5 minut z wysokości $\frac{1}{4}$ metra.

Po każdej takiej procedurze należy polewaną część ciała wytrzeć do sucha szorstkim ręcznikiem.

Mokre wycieranie liczne ma zastosowania w celu zahartowania skóry, szczególnie u osób skłonnych do katarów i reumatyzmu. Wycieranie najlepiej robić rano, zaraz po wyjściu chorego z łóżka. Grube prześcieradło zmaczane w wodzie i dobrze wyżęte, ujmuje się za dwa rogi i rozpostarwszy, zarzuca się na chorego; aby prześcieradło się nie obsuwało, okręca się w około szyi, poczem przez kilka minut mocno się wyciera przednią i tylną stronę ciała. Następnie po zdjęciu mokrego prześcieradła, zarzuca się na chorego suche, duże i szorstkie i wyciera niém ciało do sucha. Osoby anemiczne, które nawet rano w łóżku nie wiele ciepłika posiadają, muszą się poprzednio sztucznie rozgrzać albo przez nakrycie grubemi kołdrami wełnianemi (nie należy jednak wywoływać potów), albo przez uprzednie wytarcie skóry na sucho aż do zaczerwienienia. Potém zwilża się piersi, brzuch i pachy, a prześcieradło mające służyć do wycierania, macza się w wodzie letniej i dobrze wyżyma. W ten sposób wycieranie nie działa tak energicznie, ale za to umożliwia się zastosowanie go u osób nieznoszących zimna.

Zawijania w mokre prześcieradło skutecznia się w sposób następujący: na łóżku rozkłada się dużą kołdrę wełnianą, a na nią prześcieradło zmaczane w wodzie i dobrze wyżęte. Po ułożeniu chorego, zawija go się w prześcieradło tak, żeby zarówno kończyny (ręce i nogi), jako też całe ciało dobrze były okryte, poczem obwija się szczelnie koł-

dra, pozostawiwszy swobodną tylko głowę. Zwykle mamy przy tém na celu wywołanie potów, co można przyspieszyć przez silniejsze ogrzanie pokoju i użycie kilku kołder wełnianych. Jeżeli idzie o oziębienie ciała, zawijanie powinno trwać krótko. Po zawijaniu robi się zwykle suche nacieranie.

Bardzo często zalecają się mokre opaski na pojedyncze części ciała (opaski hydropatyczne, opaski Priessnitz'a, opaski pobudzające); w tym celu składa się ręcznik odpowiedniej długości, macza się go w wodzie temperatury pokojowej i wyławszy, opasuje niém chorą część ciała (np. szyję, piersi, brzuch, kolano, łokieć, rękę); z wierzchu zaś pokrywa się materiją nieprzemakalną (albo grubą chustką wełnianą) aż po za brzegi i przytwierdza do ciała za pomocą chustek albo bandaża. Opaskę taką zmienia się co dwie godziny.

8. Dłuższe stosowanie zimna i ciepła.

a) *Zimno*. Aby chorą część ciała utrzymać przez czas dłuższy w możliwie niskiej temperaturze, nie dosyć jest przykładać kompresy od czasu do czasu w zimnej wodzie maczane; sposób ten może być dostatecznym w większości przypadków, jeżeli jednak chodzi o silniejsze działanie, koniecznie musimy użyć lodu. Do tego używa się pęcherzy kauczukowych, które wypełnia się potłuczonym lodem i kładzie na chorą część ciała. Bardzo ważną jest rzeczą sposób wykonania tego.

Przedewszystkiem nie powinno się nigdy przykładać pęcherza wprost na skórę, lecz pokryć ją

najprzód kawalkiem płótna, złożonym w czworo lub sześcioro, w przeciwnym bowiem razie, silne zimno wywołuje nieznośny ból, a czasami nawet odmrożenie. Następnie trzeba wybrać pęcherz odpowiedniego kształtu, by dobrze przystawał do danej części ciała. Nadto samo zamknięcie pęcherza wymaga wiele staranności. Często nawet zawiązanie szpagatem albo tasiemką nie wystarcza, owszem, niekiedy pęcherz się przez to nadcina. Do pęcherzy gumowych lub z kauczuku wulkanizowanego, posiadających otwór obszerny, najlepiej jest użyć płaskich korków drewnianych (3 centymetry wysokich), które na zewnętrznej powierzchni są cokolwiek wyżłobione, tak że kauczuk da się do nich przywiązać szeroką tasiemką. Nadto w handlu znajdują się oddzielne klamry służące do zamykania pęcherzy wypełnionych lodem. Pęcherz przytwierdza się bandażem do chorej części ciała, aby przeszkodzić ciągłemu obsuwaniu się. Gdy odpowiednia część ciała jest już silnie obandażowaną (np. przy złamaniu kończyny), tak że sam ciężar pęcherza z lodem staje się dokuczliwym, można ten ostatni zawiesić nad złamaną kończyną, aby nie całym ciężarem uciskał.

Należy mieć zawsze dwa pęcherze do zmiany: gdy w jednym lód się stopi, napełnia się i przykłada drugi.

Kilka uwag co do *wypełniania pęcherzy lodem*. Kawalek lodu zawinięty w czystą grubą chustę i umieszczony na mocnej podkładce, rozbija się na kawalki wielkości orzecha. Robić to trzeba na pewien czas przed samem wypełnieniem, aby ostre brzegi kawalków odtajały. Następnie napełnia się pęcherz tylko do połowy i przed zatkaniem obci-

ska się go dobrze wkoło lodu, aby wypędzić całą ilość zawartego powietrza.

Z pewnemi trudnościami połączone jest przykładanie lodu na grzbiet albo tylną powierzchnię kończyn u chorego znajdującego się w łóżku. Jeżeli bowiem pewną część ciała układa się na pęcherzu wypełnionym lodem, to powietrze i woda zbierają się w górnej części pęcherza i nadzwyczaj prędko ogrzewają, tak iż oziębiające działanie lodu zupełnie ginie. Żeby więc powietrze i woda mogły się z pęcherza wydalić, wprowadza się węń i przywiązuje cewnik (kateter elastyczny), a ten ostatni łączy się z rurą kauczukową, prowadzącą do podstawionego naczynia.

W konieczności, zamiast pęcherza kauczukowego, można użyć pęcherza świńskiego albo téż woreczków pargaminowych. Pierwszy jednak bardzo prędko nabiera nieprzyjemnej woni, a drugie tracą wkrótce swą nieprzemakalność.

Dla chorych z ranami mózgowia lub cierpiących na zapalenie mózgu, wyrabiają z kauczuku kaptury, na których umieszczony jest woreczek do lodu. W konieczności można zamiast tego wziąć zwyczajny czepek nocny, do którego się przyszywa woreczek, a włożywszy węń pęcherz z lodem, zawiązuje się jak zwykły kapciuch. U chorych niespokojnych nadzwyczaj trudno utrzymać pęcherz w jedném miejscu, obsuwa się on to na jedną to na drugą stronę i w takim razie nie pozostaje nic innego jak cierpliwie poprawiać jego położenie.

Czasami przy wielkiej wrażliwości cierpiących części ciała, nie znosi się nawet ciężar lodu drobno utłuczonego. W takim razie, złożone w kilkoro

ręczniki oziębia się na bryłach lodu i przykłada do części uległych zapaleniu co 3—5 minut *).

Istnieją jeszcze dwie formy dłuższego stosowania zimna t. j. *dlugotrwałe zimne kąpiele* w oddzielnie zbudowanych i wstawianych do łóżka wannach, szczególnie na nogi i ramiona—i *dlugotrwałe zimne oblewania* (irrygacje). Do tych ostatnich także potrzebne są oddzielne przyrządy, znajdujące się zwykle w szpitalach. Sposób użycia tych przyrządów w każdym danym przypadku musi być wskazanym dozorczyńni.

b) *Ciepło*. Może być stosowane także przez czas dłuższy w formie długotrwałych ciepłych kąpiele. Częściej jednak używają się *ciepłe okłady*. Robi się je ze złożonego w kilkoro ręcznika, który się macza w wodzie gorącej, wyżyma i przykłada na chorą część ciała; okład taki pokrywa się po za brzegi materiją nieprzemakalną i przywiązuje chustkami lub bandażem. Zmienia się co $\frac{1}{2}$ godziny. Takie *kataplazmy z wody ciepłej* wystarczają w większości przypadków. W ogóle jednakże przy kataplazmach przyrządzanych metodą dawniejszą, ciepło działa bardziej jednostajnie, a zarazem trwałej. Dla przygotowania takich *kataplazmów* (placków), używa się papki z mąki siemienia lnianego, kaszy lub chleba. Mąkę albo kaszę gotuje się z wodą na gęstą papkę i pozostawia w ciepłej rurze od pieca lub na ciepłym kominie; poczem nakłada się łyżką na duży kawał płótna, którym się papkę obwija i do

*) W ostatnich czasach mechanik wiedeński Leiter wynalazł przyrząd, który daje się daleko wygodniej zastosować i nie droższy jest od pęcherza. (Są to cienkie, tuż przy sobie ułożone rurki cynowe, przez które przepływa strumień zimnej wody).

chorój części przykłada. Aby uniknąć przypalenia się tych kataplazmów, bierze się niezbyt wysokie naczynie blaszane i ułożywszy na dnie jego parę niewielkich kawalków drzewa, wypełnia się wodą gorącą, do której wstawia się garnek z papką kataplazmową; przystawiwszy tak przyrządzoną kąpiel wodną do ognia, można papkę dobrze ogrzać bez przypalenia. Jeżeli kuchnia jest zbyt oddaloną od pokoju, kataplazmy można wtedy przyrządzać na fiaskach wypełnionych wodą gorącą, służących do ogrzewania chorego. W niektórych miejscowościach posilkują się chętniej chlebem (czarnym lub białym), który się moczy w gorącym mleku, zawija w płótno i do chorój części przykłada.

Istnieje niewinny przesąd ludowy, że dodatek cebuli i miodu wyciąga materję (ropę) z miejsc uległych zapaleniu. Dla tych, którzy wierzą tylko w środki przyniesione z apteki, lekarz przepisuje *species emollicntes*, które tak samo jak mąka lub kasza zarabiają się z niewielką ilością wody gorącej na gęstą papkę.

Ważnem jest bardzo, aby kataplazmy nie były zbyt gorące, albowiem mogłyby spowodować oparzenia lżejszego stopnia. Nie potrzeba używać w tym celu termometru, lecz dozorczyń przykłada kataplazm do policzka dla wypróbowania, czy nie jest zbyt gorący. Przyrządzanie i przykładanie kataplazmów powinno się odbywać z wielką starannością i czystością. Przypalenie się ich i kiśnienie powodowało dawniej po szpitalach szczególnego rodzaju zaduch. Kataplazm pokryty nieprzemakalną materją i wełnianą chustą, utrzymuje ciepło przez przeciąg dwóch godzin; przed odjęciem jednego,

drugi powinien być już przygotowany. Papka z pierwszego kataplazmu może być powtórnie ogrzana, jeżeli go tylko nie zdjęto z wrzodu pokrytego ropą; w każdym razie płótno, w które papka była zawinięta, należy poprzednio wyprać w czystej wodzie.

Przy dłuższem używaniu wilgotnego ciepła, szczególnie na kończynach, pęcznienie grubego naskórka wywołuje bardzo nieprzyjemny ból. Unika się go, posmarowawszy uprzednio odpowiednią część ciała olejkiem migdałowym, albo czystą oliwą. Na skórze delikatnej, przy dłuższem stosowaniu wilgotnego ciała powstają także niekiedy małe grudki i pęcherzyki; zapobiega się temu w ten sam sposób.

W wielu razach (np. przy kolkach) wystarcza w zupełności stosowanie *suchego ciepła*. Najlepiej użyć do tego woreczków napełnionych otrębami lub śrutowanym owsem i szybko ogrzanych w niezbyt gorącym piecu lub rurze. Używają też w tym samym celu płytek marmurowych nieco wklęsłych, około 2 centymetr. grubych, wielkości dostatecznej do pokrycia brzucha; ogrzewa się je tak jak woreczki z otrębami, obwija ręcznikiem i przykładą.

ROZDZIAŁ IV.

Przygotowania do operacji i opatrunków.

Przygotowania do operacji. Przygotowanie dozorczyni. Wybór pokoju. Oświetlenie. Przygotowanie chorego. Temperatura pokoju. Stół operacyjny. Znieczulanie. Przepisy oczyszczania gąbek i jedwabiu w pojęciu chirurgicznem. Nazwy bardziej używanych narzędzi chirurgicznych. — Przygotowania do opatrunku przeciwnielego. — Zatykadła. — Plaster. — Opatrywanie ran przy łóżku chorego. — Przygotowanie rozczyńców kwasu karbolowego. — Opatrunek maściami. — Przygotowania do opatrunku przy złamaniach kości, zwichnięciach i skrzywieniach. — Opatrunek gipsowy, klajstrowy i szkłem wodnym. Rynienki gutaperkowe. — Wprawianie się w nakładaniu opatrunków i chustek opatrunkowych. — Przenoszenie chorych.

Bezpośrednia pomoc przy operacji, może być dozwolona tylko takim dozorczyniom, których roztropność i staranność dostatecznie są wypróbowane; powierzenie opatrywania rany, powinno być dla niej dowodem wielkiego zaufania ze strony lekarza. Pomimo to każda dozorczyni powinna umieć zrobić niezbędne przygotowanie do operacji, znać najczęściej używane narzędzia chirurgiczne, jakoteż umieć przygotować wszystko, co do nałożenia różnych opatrunków może się okazać potrzebnem.

Wiadomości te zdobywają się szybko przez pra-

tkę w szpitalu przy odpowiedniej pojętności. Ustny wykład połączony z demonstracjami może także w krótkim czasie wiele nauczyć, gdy tymczasem opis nawet najdokładniejszy nie jest w stanie wszystkiego uczynić zrozumiałem. Dla tego też ograniczę się tutaj na przytoczeniu tylko tych wiadomości, które dozorczyńni przez kilkakrotne odczytanie powinna sobie dobrze utrwalić w pamięci.

Przygotowania do operacji.

Przedewszystkiem dozorczyńni musi przygotować odpowiednio siebie samą i swe ubranie. Musi włosy uczesać i dobrze je umocować, ręce i przedramiona jak najczyściej wymyć mydłem, a paznokcie szczoteczka. Następnie powinna włożyć płócienną narzutkę, świeżo przed każdą operacją wypraną, narzutka ta powinna u góry ściśle okalać szyję i z przodu zapięta, sięgać aż do dołu sukni. Rękawy narzutki mają się kończyć na szerokość ręki powyżej napiętki, i tu być zapięte haftkami lub *zapinkami gumowemi*. Taką narzutkę nakłada operator i jego asystenci, celem jej jest ochronić ranę od wszelkich szkodliwych substancyj znajdujących się w sukniach lekarzy i dozorczyń, którzy mają zwykle do czynienia z wielu na raz choremi; drugim jej przeznaczeniem jest ustrzedz ubranie od zaplamienia.

Pokój, przeznaczony dla wykonywania większych operacji musi być widny, najlepiej wybierać taki, który tylko na jednej ścianie opatrzony jest wysokimi i szerokimi oknami. Jeśli operacja ma być wykonana w nocy, byłoby bardzo do życzenia aby cały pokój był jasno oświetlony kilku

płomieniami gazowemi. Jeden świecznik gazowy umieszczony nad stołem operacyjnym jest niewygodny, gdyż przy takim oświetleniu powstają cienie, bardzo przeszkadzające podczas operacji. Jeżeli w danej miejscowości nie ma płomieni gazowych, to można zastosować oświetlenie kilkoma, umyślnie na ten cel przygotowanemi, latarkami. Trzeba się jednak zapewnić, że osoby, którym powierzono te latarki do trzymania, nie zemdleją podczas operacji. Bardzo dobre oświetlenie można otrzymać tym sposobem, że się skręca 4—6 kawałków stoczka, z których każdy ma 40 ctm. długości, a tak otrzymaną pochodnię woskową zapala się z jednego końca. Kilka takich pochodni daje bardzo jasne światło. Opisane tu pochodnie woskowe, chociaż się dość szybko wypalają, mają jednak tę przewagę nad woskowemi i stearynowemi świecami, że nie tylko dają jaśniejsze światło, lecz nadto dają się giąć dowolnie, a więc umożliwiają skierowanie światła tam gdzie go operator najbardziej potrzebuje. Trzymający te pochodnie powinni zwracać uwagę, aby chorego, operatora, lub też jego asystentów nie poparzyć i gorącym woskiem nie pokapać; dla ustrzeżenia się od tego bardzo jest pożytecznie przełożyć pochodnię przez kawałek cienkiej tektury, w której wykrojono odpowiednią dziurę, tektura taka doskonale gra rolę profitki. Jeżeli jeszcze z tyłu tej pochodni umieścimy wklęsłe lustro (które doskonale zastąpić można błyszczącym talerzem porcelanowym lub metalowym), to takie oświetlenie może śmiało ze światłem dziennym rywalizować.

Trzeba przygotować dostateczną ilość czystej wody i kwasu karbolowego, jako też wielkie na-

czynnie dla wylewania wszelkich nieczystości. Operator i każdy asystent powinni mieć swą osobną miednicę i po dwa ręczniki; kilka dzbanków z wodą, jeden z wodą gorącą, dwa większe naczynia dla opłukiwania gąbek, dwie wielkie miednice z kwasem karholowym (jedna dla opłukiwania rąk przed samą operacją i podczas jej trwania, druga dla zanurzenia instrumentów), płaska miska na przypadek jeśliby chory w czasie odurzenia chloroformowego dostał wymiotów,—wszystko to musi być przygotowane przed każdą operacją.

Dawniej trzymano się zasady, że chorego trzeba przez dłuższy czas *przygotowywać do operacji* z pomocą odpowiedniego leczenia. Obecnie czas przygotowywania znacznie został skrócony. Jeśli lekarz tego wyraźnie nie zakazał, dobrze jest, aby chory w przeddzień operacji dostał ciepłą kąpiel, gdyż prawdopodobnie przejdzie wiele czasu nim takowa po operacji dozwoloną mu będzie. Kanał pokarmowy powinien być opróżniony za pomocą środka czyszczącego. Na dwie godziny przed operacją chory nie powinien już nic jeść. Jeśli operacja odbywa się rano, to na 1½—2 god. przed tem chory powinien wypić trochę kawy lub herbaty (podług zwyczaju) z kawałkiem chleba. Dozorczyni nie powinna nigdy przestraszać chorego, przeciwnie powinna pocieszać go, choćby naprzykład opowiadaniem o podobnych wypadkach których zejście było pomyślne. Niektórym chorym przynosi wielką ulgę widzenie się i rozmowa z osobami, którzy szczęśliwie wyzdrowieli po operacji podobnej do tej, której poddać się muszą.

Jeśli przypuszczamy, że operacja potrwa długo i będzie połączona ze znaczną utratą krwi,

w takim razie pokój powinien być ogrzany do $+ 20^{\circ}$ R ($+ 25^{\circ}$ C.). Nogi operowanego powinny być zawinięte w kołdry wełniane. Łóżko, w którym się chorego po operacji ułoży, powinno być ogrzane; trzeba też mieć w pogotowiu kilka butelek z gorącą wodą, owiniętych ręcznikami, aby w razie potrzeby sztucznie rozgrzewać chorego (w zakładach leczniczych zwykle służą ku temu piecyki gazowe, szybko się rozgrzewające). Gorąca mocna kawa, mocne wino i koniak powinny też się pod ręką znajdować. Zastanie łóżka, ułożenie poduszek i t. d. musi być zawsze zastosowane do danego wypadku, w każdym jednak razie na miejsce, w którym ma spoczywać członek operowany, trzeba położyć dość duży podkład nieprzemakalny. Jeszcze przez kilka godzin po operacji trzeba mieć w pogotowiu miednicę, gdyż operowany może jeszcze dostać wymiotów już po obudzeniu z odurzenia chloroformowego.

W szpitalach wykonywają się operacje na stołach, specjalnie na ten cel zrobionych, są one zwykle wąskie i tak zbudowane, iż bardzo łatwo można nadać choremu najrozmaitsze położenie. Stół taki jest zwykle pokryty cienkim matercem obitym skórą lub płótnem gutaperkowym, aby łatwo mógł być oczyszczony. Tym samym materiałem pokryty wałek służy dla nadania głowie wymaganego położenia. W praktyce prywatnej, niepodobna takiego stołu prznosić od jednego chorego do drugiego i dla tego trzeba się umieć obchodzić tem co się w daném miejscu znajdzie pod ręką. Trzeba jednak zawsze przestrzegać zasady, aby nigdy nie wykonywać większych operacyj w tém samym łóżku w którym chory ma być uło-

żony po operacji, gdyż prawie nigdy nie uda się ochronić pościeli od zawalania krwią i przemoczenia. Chory podlegający operacji powinien korzystać jak najobszerniej z dobrodziejstw jakie daje odurzenie chloroformowe, dlatego też trzeba go zachloroformować jeszcze wtedy gdy się znajduje w łóżku, dopiero w stanie zupełnej bezprzytomności trzeba przenieść chorego na stół operacyjny; podczas całej operacji a nawet nakładania opatrunku odurzenie podtrzymywać należy i dopiero po przeniesieniu operowanego do czystego, świeżo zasłanego łóżka, powinno go się z narkozy obudzić. W szpitalach nie zawsze jest to możliwe, w prywatnej praktyce przeciwnie, sposób powyżej zalecony zawsze da się przeprowadzić, przezeń oszczędzimy operowanemu najdrażliwszej chwili—wstępowania na stół operacyjny. Samo się przez się rozumie, że *żadnych przygotowań do operacji w obecności chorego* robić nie należy, nie powinien on też widzieć żadnych instrumentów, opatrunków i innych przyrządów. Bardzo bojaźliwe kobiety można pozostawić nawet w ich rannym ubiorze, trzeba tylko rozluźnić zawiązki spódnic dla ułatwienia oddychania i dopiero po nastąpieniu odurzenia, obnaża się część podlegającą operacji.

Na zwykłej sofie z oparciem nie da się wykonać żadna większa operacja, gdyż dostęp do operowanego z jednej strony jest zupełnie niemożliwy; daleko lepsza w takich razach jest sofa bez oparcia (chaise longue) lecz i ta przedstawia dla operatora i jego asystentów wiele niedogodności z tego mianowicie powodu, że chory na niej ułożony leży za nisko, a wiadomo powszechnie, że nawet najwytrzymalszy człowiek, jeśli długo znajduje się w zgiętej po-

zycy, dostaje nieznośnych bólów krzyża i uderzeń krwi do głowy. Niedogodności te wpływają bez zaprzeczania na usposobienie przyjmujących udział w operacyi, czynią ich niespokojnymi i nerwowymi; dodajmy do tego naprzykład niedostateczne oświetlenie lub jakie niespodziewane utrudnienia w wykonaniu samej operacyi, to niezawodnie wszystko to odbije się na operowanym przez dłuższe trwanie operacyi, większą utratę krwi i t. d. Szybkość i pewność operacyi, jakoteż mała utrata krwi zależą po największej części od tego, aby wszystko było należycie przygotowane, aby żadne cięcie, żadne podwiązanie naczynia nie zawiodło, jednym słowem, aby po każdym, podczas operacyi przedsięwziętym rękoczynie następował naprzód już z matematyczną ścisłością obliczony skutek.

Dla wykonania większych operacyj w praktyce prywatnej trzeba sobie wyszukać stół odpowiedni. Okrągłe stoły są tu zupełnie bezużyteczne, najlepszym byłby stół mający dwa metry długości a 75 ctm. szerokości, zasłany cienkim materacem z klinową poduszką, które można sznurami do stołu przymocować. Długie stoły obecnie po domach używane, są za szerokie; dla tego też lepiej użyć dwa krótsze stoły, które mocno związane dadzą nam wygodny stół operacyjny. Jeżeli przy operacyi w domu prywatnym okaże się potrzebnym wysoko podnieść górną połowę ciała, albo nawet utrzymać chorego w pozycyi ukośnej, to często lekarz znajdzie się w kłopotcie jak ma to uskutecznić. Jeżeli chodzi o jedną tylko chwilę, to dostatecznym będzie podłożyć kilka poduszek i kazać je podtrzymywać obecnym przy operacyi, inaczej się rzecz ma, gdy musimy utrzymać chorego w téj

pozycyi podczas dłuższej operacyi, wtedy trzeba nam daleko pewniejszej podpory. W takim razie najlepiej użyć do tego zwykłego krzesła, które górnym brzegiem siedzenia i górnym brzegiem oparcia kładzie się na stole przeznaczonym do operacyi, w tém położeniu przymocowuje się je odpowiednio do stołu, a tylną ścianą oparcia, zwróconą do pleców operowanego, pokrywa poduszkami. Nim wszystko do tego potrzebne będzie zebrane i należycie umocowane, tak aby nie rozleciało się podczas operacyi, przechodzi dosyć czasu. Wszyscy biegają dla dostarczania rozmaitych potrzebnych przedmiotów, operator, asystenci, dozorczy nie bezpotrzebnie się niepokoją i rozdrażniają; przypuśćmy dalej, że osoba podlegająca operacyi jest gospodynią domu, że wśród dręczącej ją obawy musi dawać wskazówki gdzie wynaleść żądane od lekarza sztuki bielizny, a łącno pojmiemy, dlaczego chirurg, który często podobne męczące sceny przebywał, jest nieprzyjacielem wszelkich tego rodzaju prostych urządzeń i improwizacyj, które, pomimo największych starań, nigdy nie mogą nawet w części zastąpić najprostszego lecz umyślnie na ten cel zbudowanego stołu operacyjnego.

Zdarza się często, iż dywany lub poduszki podczas operacyi zaplamiają się krwią lub zaleją kwasem karb., pomimo osłonięcia prześcieradłami lub płótnem kauczukowém; a choć *przed* operacyją z chęcią wszystko poświęcano dla pacyjenta, to po jej ukończeniu otaczający zwykle znajdują, że nie było z chorym tak źle jak się wydawało i panowie lekarze mogli więcej zwracać na to uwagi, aby nie zaplamiać otaczających mebli i dywanów.

Ponieważ przy obecnie używanej metodzie ope-

racyjnej zużywa się bardzo dużo roztworu karbolowego, częścią dla rozpylania a częścią dla oblewań, trzeba więc części sąsiadujące z miejscem, w którym się wykonywa operację, ochronić od wpływu kwasu karbolowego, przez zakrycie ich płótnem kauczukowém. Samo pole operacyjne musi być dobrze wymyte mydłem i szczotkami, jeśli jest pokryte włosami to je trzeba zgolić, a ostatecznie całe pole operacyjne splukać wodą karbolową.

Szczególniejszej staranności potrzeba przy wyborze, przygotowaniu i przechowaniu *gąbek* używanych przy operacji. Nawet najpiękniejsze, miękkie, białe gąbki, kupowane w najlepszych składach, zawierają jeszcze materyje, które mogą wywołać w ranie złośliwe zapalenie i stać się przyczyną śmierci operowanego. Aby te szkodliwe materyje (suche zarodki gnicia) zniszczyć, a tym sposobem *gąbki chirurgicznie czystemu* uczynić, trzeba je poddać następującym manipulacyjom, przez które nawet gąbki gorszego gatunku staną się białymi i miękkimi, a więc zupełnie zdatnymi do użytku. Przedewszystkiem gąbki, nie zawierające w sobie kamyczków, kładzie się do worka i wytrzępuje się je tak długo, dopóki nie wydalimy z nich wszystkiego piasku, następnie kładziemy je do zimnej wody i wyzymamy dopóki woda zupełnie mętnieć przestanie, co może potrwać kilka godzin. Jeżeli chcemy gąbki wybielić, układamy je w naczyniu glinianém i nalewamy po same brzegi roztworu nadmanganianu potasowego ($\frac{1}{2}$ ‰), w roztworze tym gąbki powinny przeleżeć trzy godziny. Po upływie tego czasu zlewa się płyn, który się zrobił zupełnie przezroczystym, gąbki

się wyzymają i nalewają czystą wodą w której pozostają następne 24 godzin. Potem jeszcze raz trzeba wyjąć gąbki, wodę wylać a na jej miejsce nalać dwuprocentowego roztworu podsiarkanu sodowego. Na jeden litr tego ostatniego dodaje się 20 — 30 kropli stężonego kwasu solnego i pozostawia się w nim czarne gąbki dopóki nie zbieleją, to jest około 20 minut. Gdy to nastąpi, trzeba gąbki szybko wyjąć z płynu i doskonale wymyć, wtedy są już zupełnie białe i miękie, kładzie się je do 5% roztworu kwasu karbolowego, i w nim pozostają aż do użycia. Gąbki użyte przy operacyi trzeba w przeciągu dwóch dni następnych wymoczyć w wodzie; najlepiej postawić je w garnku lub dużej szklance napełnionej wodą w miejscu ogrzaném; po dwóch dniach trzeba przełożyć gąbki do roztworu karbolowego i pozostawić w nim co najmniej przez dni 14 przed powtórném użyciem. Pięcioprocentowy roztwór kwasu karbolowego w którym się gąbki przechowuje, musi być zmieniany zupełnie przynajmniej dwa razy na miesiąc, gdyż kwas karbolowy wyparowuje. *Powinno się zawsze tylko takich gąbek używać, które po dwu lub trzydniowym pobycie w wodzie, przynajmniej 14 dni przeleżały w roztworze kwasu karbolowego; dla użycia bierze się je bezpośrednio z roztworu w którym przebywały, wyciska i kładzie przed operacyją do miednicy napełnionej jednoprocetowym roztworem kwasu karbolowego. Gąbki, użyte przy ranach lub wrzodach posokowatych, przy dyfteryicy lub zgorzeli szpitalnej, trzeba kazać spalić zaraz po operacyi.*

Nie mniej ważnem a wcale nie łatwem zadaniem jest *oswobodzenie od zarodków gnicia jedwabiu, służące-*

go do podwiązywania krwawiących naczyń i do zszywania rany. Najprędzej daje się to skutecznie przez gotowanie jedwabiu nawiniętego na szpulki w 5% roztworze kwasu karbolowego, do którego podczas gotowania dodaje się jeszcze cokolwiek kwasu karbolowego czystego. Do gotowania można użyć kuchenki naftowej, będącej w stanie działać przez półtorej godziny; czas ten wystarcza do pozbycia jedwabiu zarodków gnicia. Można też użyć w tym celu kuchenek gazowych. Tak wygotowany jedwab przechowuje się w słoikach z szeroką szyjką i szlifowanym korkiem, napełnionych pięcioprocentowym roztworem kwasu karbolowego; dla użycia wyjmuje się go bezpośrednio z tych słoików.

Jest to dowodem największego zaufania, gdy operator powierza dozorczyńni utrzymywanie w czystości i dezynfekcję gąbki i jedwabiu, nie tylko bowiem szybkie wyzdrowienie bez ropienia, lecz bardzo często życie operowanego od ich czystości zawisło; największa zręczność operacyjna, największa staranność w leczeniu następczém na nic się nie przydadzą, jeżeli podczas wykonania operacji, na ranę przeniesione zostały szkodliwe materyje za pomocą gąbek, narzędzi, jedwabiu lub nieczystych palców.

Dozorczyńniom może też być powierzone przygotowanie narzędzi do operacji. Rozumie się, że obznajmić się z różnemi narzędziami można tylko stopniowo przez wprawę, przytaczam więc tu tylko opis najczęściej używanych narzędzi chirurgicznych.

Noże operacyjne rozróżniają się podług swój

wielkości lub formy, często dla oznaczenia noża używa się łacińska nazwa „scalpel“. Francuzkie „bistouri“ oznacza nóż, którego ostrze się składa, jak w scyzoryku. Noże mające grzbiet i ostrze zupełnie proste i zakończone guzikiem nazywają się „guziczkowatemi“ lub od nazwiska wynalazcy (Percival Pott), „nożami Pott'a“.

Nożyczki są też różnej wielkości, tępe lub ostre na końcach stosownie do potrzeby, używają się też często nożyczki wygięte (Hohlscheeren). Dla chwytania części podlegających przecięciu, posługujemy się najrozmaitszymi narzędziami, do nich należą: kleszczyki, haczyki, szczypczyki. Wielkość ich też bywa rozmaita, *kleszczyki* mają albo końce poprzecznie nacinane (*anatomiczne*) lub też są zakończone jednym lub kilkoma małemi haczykami (*kleszczyki haczykowate*). *Haczyki* bywają *pojedyncze*, *podwójne* lub wielozębne,— *tępe* lub *ostre*. *Szczypczyki* bywają albo tępe i na końcu poprzecznie nacinane (*korncangi*), lub też zakończone ostremi haczykami, te ostatnie od swego wynalazcy zowią się: „*szczypcami Museux*“.

W celu tymczasowego uchwycenia naczyń krwawiących, przed ich *podwiązaniem*, używa się szczypczyków zaciskających (*zaciskaczy*) lub *kleszczyków zasuwkowych*, zamykających się za pomocą przesuwającej się zasuwki do nich przytwierdzonej.

Dla wypuszczania płynów zawartych w jamach ciała używamy narzędzia zwanego „*trójgrańcem*“; składa się on z pręta stalowego odpowiedniej grubości, opatrzonego rączką i trójgraniasto zaostroszonego na końcu i z rurki nasadzonej na pręt

stalowy i ściśle do niego przylegającą; przy wkłó-
waniu trójgrańca rurka wraz z prętem wsuwa się
do jamy, a po usunięciu tego ostatniego (stilet),
pozostawia się dopóki płyn z jamy wypływa.

W celu usuwania części zwyrodniałych drogą
przyżegania, używamy obecnie prawie wyłącznie
aparatu wymyślonego przez Paquelin'a. Istotną
część aparatu stanowi kawałek platyny, który się
najprzód nad lampką rozgrzewa, a następnie za
pomocą wdmuchiwanego eteru naftowego, przez czas
nieokreślony może być utrzymany w stanie roz-
żarzenia. Dobrze jest jeśli dozorczyjni umie aparat
w ruch puścić.

Dla rozdzielania kości używają się *piły* i *dluta*.
Rozróżniamy piły amputacyjne czyli kabłączaste,
pilki kończaste, łańcuszkowe i okrągłe czyli tre-
pany.

Dla badania przetok (fistul) w celu wyśledzenia
jak są głębokie i dokąd prowadzą, używa się prę-
cików metalowych dających się łatwo giąć i za-
kończonych guziczkiem, pręciki te zowiemy *zgle-
bnikami* (sondami). Jeżeli jaką przetokę lub pod-
minowanie przeciąć chcemy zwykle wprowadzamy
doń najprzód zglebnik opatrzonej na jednej
stronie rowkiem, tak zwany *zglebnik rowkowany*.

Dłuższe giętkie pręciki lub rurki używają się
albo dla rozszerzania różnych kanałów (*bougies*)
albo dla wstrzykiwania lub wypuszczania różnych
płynów. Długie cienkie elastyczne rurki, opatrzo-
ne u góry małym lejkiem, które przez usta lub nos
wprowadzamy do żołądka, aby tą drogą dostar-
czyć mu płynnych pokarmów, zowiemy *zglebnika-
mi przelykowemi* lub *żołądkowemi*. *Kateterami* zaś

nazywamy rurki zrobione z metalu, lub substancyi elastycznej (płótno napojone rodzajem lakiery), a służące do wypuszczania moczu z pęcherza.

Zwierciadłami nazywamy nie tylko takie przyrządy za pomocą których otrzymujemy zwierciadlany obraz części głęboko leżących, jak to ma naprzykład miejsce w *zwierciadle krtaniowem*, lecz i te aparaty, które umożliwiając dostęp światła do części głęboko położonych, czynią je tém samém widocznymi bezpośrednio dla naszych oczu. Te ostatnie zwierciadła — tak zwane *wzierniki* (*specula*) są to różnego kształtu rury, lub połowy rur lub też blaszki żelazne, które za pomocą śruby mogą być odpowiednio od siebie oddalone np. *wziernik ustny*. Taki wziernik ustny powinien być w pogotowiu przy każdej operacyi, dla umożliwienia szybkiego rozsunięcia szczęk, które się podczas odurzenia chloroformowego często konwulsyjnie zaciskają.

Wyżej już przytoczyliśmy powody dla których trzeba się jak najbardziej wystrzegać użycia wszelkich *strzykawek*, lecz zastępować je o ile to jest możebnem przez *natryskiwacza* (irrygator); przyrząd ten powinien się znajdować przy każdej operacyi i być napełnionym, stosownie do potrzeby wodą lub roztynem kwasu karbolowego.

Przy każdej operacyi powinna też być przygotowana szklanka z roztynem kwasu karbolowego, w którym leżą tak zwane „*sączki*“ (*dreny*). Są to rurki kauczukowe różnej grubości, w których po bokach wycięto pewną liczbę dziurek podług wskázówek operatora. Sączki przed użyciem powinny tak jak gąbki przynajmniej w ciągu dwóch dni być

wymoczone w wodzie, a potem 14 dni przeleżeć w pięcioprocentowym roztworze kwasu karbolowego.

Wszystkie narzędzia użyte przy operacji, muszą być *jak najstaranniej oczyszczone* po jej ukończeniu. Kleszczyki i piły powinny być oczyszczone szczotką, rurki zaś przestrzyknięte i należyście wysuszone, zanim się je schowa do pudełka.

Przeciwnilny opatrunek ran.

Chociaż materiały używane dotąd przy opatrywaniu ran są jeszcze bardzo rozmaite, to jednak zasady, które nami przy opatrywaniu kierować powinny są dosyć ustalone i prawie ogólnie przyjęte.

Przedewszystkiem kładzie się na ranę kawałek cieniutkiej woskowanej kitajki, lub papieru gutaperkowego, który się zowie „osłonką ochronną“ (*protectiv*). Następnie kładzie się na ranę preparowany *muślin opatrunkowy*. Chociaż obecnie prawie wszędzie można dostać takiego muślinu, który przygotowują liczne fabryki, ważném jest jednak, aby dozorczyńni sama umiała go przygotować. Do tego używa się rzadkiego bawełnianego materiału: gazy, muślinu, perkalu. Materiał ten trzeba najprzód wyprać, aby go pozbawić pyłu i brudu, potem zamaczać aż do zupełnego napojenia w następującej mieszance: Spirytusu dwa litry, tłuczonej kolofonii 400 grm., gliceryny 100 grm. kwasu karbolowego 100 grm. (Jeżeli się przygotowuje większe ilości opatrunkowego materiału to rozumie się, że liczby tu podane podwoić a nawet

potroić wypadnie). Po napojeniu muślinu płynem, wyżyma go się trochę, a następnie rozwiesza na sznurze w miejscu wolném od kurzu aż do wysuszenia, na co potrzeba około kwadransa czasu. W szpitalach zwykle znajduje się aparat za pomocą którego napojony muślin nawija się na kołowrot, na którym wysycha. Ważną jest rzeczą aby tak przygotowany muślin przechowywać w dobrze zamkniętych pudłach blaszanych, raz dla tego aby go od pyłu ochronić, powtóre aby uniknąć szybkiego wyparowania kwasu karbolowego.

Materyjał opatrunkowy nakłada się na ranę albo bez żadnego porządku pod postacią zmiętych kawalków, lub też przygotowuje się ośmiowarstwowy pokład muślinu, którego wielkość za każdym razem przez lekarza oznaczoną być powinna, i przykłada się na ranę w ten sposób, aby ze wszech stron przechodził po za jęj brzegi. Następnie pokrywa się wszystko warstwą materyjału nieprzemakalnego, którego celem jest przeszkodzić, aby sącząca się krew lub inna wydzielina rany nie przeniknęła odrazu nawskróś całego opatrunku. Bardzo często kładą „makintosh“ to jest materyjał nieprzemakalny między siódmą i ósmą warstwę muślinu.

Tak nałożony opatrunek utrzymuje się za pomocą bandaża muślinowego; starać się koniecznie trzeba, aby opatrunek ze wszystkich stron dokładnie przylegał. Wszystkie zagłębienia powinny być wypełnione *watą opatrunkową* (wata Bruns'a), wystające kości powinny też być watą pokryte. W szpitalach ze względów oszczędności często zamiast waty używają *jutę*. Niektórzy chirurgowie posługują się często watą lub jutą, które

poprzednio były nasycone roztworem kwasu salicylowego a następnie wysuszone.

Jeżeli opatrunek ma pozostać czas dłuższy na jednym miejscu, dobrze jest utrzymać go za pomocą bandaża z *muslinu nakrochmalonego*, który przed samem nałożeniem macza się w wodzie, bandaż taki wkrótce wysycha, a wtedy stanowi jakby rodzaj cienkiego pancerza pokrywającego opatrunek. Można też użyć *bandaży elastycznych*, aby brzegi opatrunku dokładnie przylegały do ciała.

Często dla wypełnienia jamy rany używa się tak zwanych *zatykań* (*tampon*). Są to większe lub mniejsze kulki zrobione z waty lub muslinu opatrunkowego, do których przywiązano jeden koniec przeciwnie jednej jedwabnej lub lnianej nitki, drugi zaś koniec nitki wisi na zewnątrz, tak że pociągając zań możemy łatwo zatykać napowrót wydobyć.

Szarpi obecnie prawie zupełnie się nie używa, gdyż nigdy nie można być pewnym, że są dość czyste. Przypuszczenie, że mniej drażnią ranę i łatwiej wysysają wydzielinę rany niż wata opatrunkowa, jest przesądem tylko, gdyż wata opatrunkowa przez wygotowanie w roztworze potażu, nabiera też własności szybkiego pochłaniania płynów.

Bardzo ważną jest rzeczą, aby dozorcynie miały dobrze nasmarowywać *plaster lepki* na płótno lub perkal, gdyż tylko świeżo nasmarowany plaster dobrze przylega. Najlepiej zanurzyć najprzód kawałek plastra w gorącej wodzie, potem dobrze go wygnieść a następnie rozsmarowywać na

plótnie rozciągniętém na stole. Tak nasmarowany plaster przylega lepiej niż plaster przygotowywany przez aptekarzy za pomocą maszyny.

W chirurgicznej praktyce *plaster angielski* rzadko się używa, dla domowego jednak użytku jest on bardzo dobry, można go dostać w każdej aptece. Plaster ten daje się długo przechowywać z warunkiem jednak, aby nie podlegał wpływowi wilgoci.

Opatrunek ran przy łóżku chorego.

Dozorczyńni może znakomicie skrócić czas trwania zmiany opatrunku, której się chorzy tak bardzo, choć często bez żadnego powodu, obawiają; do tego trzeba tylko, aby wszystko, co przy zmianie opatrunku może się okazać potrzebném, było naprzód przygotowane. Wskazaniem dla zmiany opatrunku w zwykłych razach służy pojawienie się krwi lub wydzieliny rany na granicy nieprzemakalnego materiału, pokrywającego większe warstwy opatrunku. Zdejmowanie teraźniejszych opatrunków dokonywa się w ten sposób, że twardy pancerz, który powstał z wyschnięcia bandaża krochmalowego, rozcina się za pomocą odpowiednich nożyczek lub mocnego noża i wtedy opatrunek się zdejmuje, nie odrazu lecz w 2-ch lub 3-ch częściach. Dopiero ten ostatni akt wymaga posadzenia chorego, albo też uniesienia jego nogi lub ramienia. Zdjęty opatrunek, który w szczęśliwych wypadkach może być zupełnie bez zapachu, pomimo że całe dnie a nawet tygodnie pozostawał na ranie, odkłada się tymczasowo na bok. Jeśli ropienia w ranie nie ma, to trzeba zaraz nałożyć opa-

trunek przeciwnilny taki jakieśmy go wyżej opisali; dozorczyńni musi więc uciąć ośmiowarstwowy pokład gazy odpowiedniej wielkości wraz z makintozem, przygotować osłonkę ochronną, muślin zmięty w kuleczki, watę opatrunkową, bandaże z miękiego i krochmalonego muślinu, jakoteż mocne, duże *nożyce*, na wypadek jeśliby trzeba było zmniejszyć lub przyciąć którykolwiek z materiałów opatrunkowych. Ponieważ jednak przed zdjęciem opatrunku nie można z pewnością powiedzieć czy w ranie jest ropienie lub go nie ma, trzeba więc i na ten wypadek wszystko mieć w pogotowiu, i tak:

a) Kleszczyki anatomiczne, korncańg, nożyczki i zgłębnik powinny leżeć w płaskiej miednicy napełnionej roztworem kwasu karbolowego ($2\frac{1}{2}$ —3%).

b) W drugiej miednicy lub płaskiej miseczce napełnionej również kw. karb. powinny leżeć porobione z waty kuleczki służące dla oczyszczania rany. Przy łóżku chorego gąbek zupełnie się nie używa.

c) Trzeba też przygotować jedną prózną miseczkę, w którą się składa zużyte kuleczki waty, wyjęte nitki, zatykadła, dreny i użyte narzędzia.

d) Niezbędna też jest strzykawka lub irygator dla przemycia wyjętych drenów, które napowrót założyć mamy, lub dla przepłukania samej ropiącej rany jeśli się to niezbędnem okaże.

e) Szklanka z drenami powinna także być w pogotowiu na wypadek jeśli lekarz zechce nowy dren założyć.

f) Czasami skóra pod opatrunkiem jest silnie zaczerwieniona, swędzi i piecze; doświadczenia moje wykazały, że ten przykry stan najłatwiej za po-

mocą posypywania proszkiem cynkowym (mieszana kwiatu cynkowego i krochmalu w równych częściach) usunąć się daje.

Po zmianie opatrunku chory powinien być przeniesiony do świeżego łóżka. Jeżeli to nie jest możebnem, to łóżko powinno być na nowo zastlane, prześcieradło należyce rozprostowane, chorego trzeba ułożyć jaknajwygodniej; dobrze jest też podać mu zaraz po opatrunku trochę buljonu lub wina i pozostawić go na jakiś czas w spokoju.

Chociaż w opisie wszystkie te rękoczyny wydają się bardzo złożone, to jednak w praktyce okazują się one daleko prostszemi od rękoczynów niezbędnych przy dawnych metodach opatrywania. Gdyby nawet nowa metoda była daleko bardziej złożoną niż jest w rzeczywistości, musielibyśmy oddać jęj pierwszeństwo przed wszystkimi poprzednio używanemi metodami, a to dla tego, że nie tylko znakomicie zmniejsza cierpienia chorego podczas zmiany opatrunku, że umożliwia rzadszą zmianę opatrunku, lecz co najglówniejsza, że doprowadza rany do zagojenia w 3 lub 4 razy krótszym przeciągu czasu, niż pod wpływem dawnych opatrunków.

Zużyty materiał opatrunkowy powinien być spalony. W szpitalach ze względów oszczędności, płótna nieprzemakalnego nie wyrzuca się zaraz po pierwszym opatrunku, trzeba go tylko wymyć czysto mydłem, a potem kwasem karbolowym, i po wysuszeniu przechować do następnego opatrunku; taki kawałek makintoszu powinien być jakiś

trunek przeciwnilny taki jakieśmy go wyżej opisali; dozorczyńni musi więc uciąć ośmiowarstwowy pokład gazy odpowiedniej wielkości wraz z makintozem, przygotować osłonkę ochronną, muślin zmięty w kuleczki, watę opatrunkową, bandaże z miękiego i krochmalonego muślinu, jakoteż mocne, duże *nożyce*, na wypadek jeśliby trzeba było zmniejszyć lub przyciąć którykolwiek z materiałów opatrunkowych. Ponieważ jednak przed zdjęciem opatrunku nie można z pewnością powiedzieć czy w ranie jest ropienie lub go nie ma, trzeba więc i na ten wypadek wszystko mieć w pogotowiu, i tak:

a) Kleszczyki anatomiczne, korncang, nożyczki i zgłębnik powinny leżeć w płaskiej miednicy napełnionej roztworem kwasu karbolowego ($2\frac{1}{2}$ —3%).

b) W drugiej miednicy lub płaskiej miseczce napełnionej również kw. karb. powinny leżeć porobione z waty kuleczki służące dla oczyszczania rany. Przy łóżku chorego gąbek zupełnie się nie używa.

c) Trzeba też przygotować jedną prózną miseczkę, w którą się składa zużyte kuleczki waty, wyjęte nitki, zatykadła, dreny i użyte narzędzia.

d) Niezbędna też jest strzykawka lub irygator dla przemycia wyjętych drenów, które napowrót założyć mamy, lub dla przepłukania samej ropiącej rany jeśli się to niezbędnem okaże.

e) Szklanka z drenami powinna także być w pogotowiu na wypadek jeśli lekarz zechce nowy dren założyć.

f) Czasami skóra pod opatrunkiem jest silnie zaczerwieniona, swędzi i piecze; doświadczenia moje wykazały, że ten przykry stan najłatwiej za po-

mocą posypywania proszkiem cynkowym (mięszanina kwiatu cynkowego i krochmalu w równych częściach) usunąć się daje.

Po zmianie opatrunku chory powinien być przeniesiony do świeżego łóżka. Jeżeli to nie jest możebnem, to łóżko powinno być na nowo zasłane, prześcieradło należyce rozprostowane, chorego trzeba ułożyć jaknajwygodniój; dobrze jest też podać mu zaraz po opatrunku trochę buljonu lub wina i pozostawić go na jakiś czas w spokoju.

Choć w opisie wszystkie te rękoczyny wydają się bardzo złożone, to jednak w praktyce okazują się one daleko prostszemi od rękoczynów niezbędnych przy dawnych metodach opatrywania. Gdyby nawet nowa metoda była daleko bardziej złożoną niż jest w rzeczywistości, musielibyśmy oddać jej pierwszeństwo przed wszystkimi poprzednio używanemi metodami, a to dla tego, że nie tylko znakomicie zmniejsza cierpienia chorego podczas zmiany opatrunku, że umożliwia rzadszą zmianę opatrunku, lecz co najgłówniejsza, że doprowadza rany do zagojenia w 3 lub 4 razy krótszym przeciągu czasu, niż pod wpływem dawnych opatrunków.

Zużyty materiał opatrunkowy powinien być spalony. W szpitalach ze względów oszczędności, płótna nieprzemakalnego nie wyrzuca się zaraz po pierwszym opatrunku, trzeba go tylko wymyć czysto mydłem, a potem kwasem karbolowym, i po wysuszeniu przechować do następnego opatrunku; taki kawałek makintoszu powinien być jakiś

czas przed powtórnyużyciem zamoczony w roztworze kw. karb. Wata i juta, których nie przemoczyła wydzieliną rany, mogą też być użyte przy następnym opatrunku do wypełnienia nierówności. Po każdym opatrunku lekarz i dozorczyńni powinni obmyć ręce; narzędzia trzeba również obmyć i włożyć do roztworu kwasu karbolowego, przed użyciem ich do następnego opatrunku.

Pożądanem jest, aby *dozorczyńni umiała sama przygotowywać rozczyńni kwasu karbolowego różnej mocy*. W szpitalach rozczyńni takie przechowują się w wielkich butlach, które bardzo łatwo mogą uleść rozbiciu przy ciągłym przenoszeniu do apteki i napowrót, oprócz tego aptekarz każe, rozumie się, płacić za oczyszczanie butli, za odmierzanie i mieszanie płynu, przyklepienie etykiety i t. d.; sumienna dozorczyńni może łatwo podjąć się tej roboty i oszczędzić w ten sposób szpitalowi nie mało wydatków.

Aby przygotować rozczyńni kwasu karbolowego żądanej mocy, trzeba przedewszystkiem mieć pod ręką następujące naczynia: 1^o Wysoki szklanny cylinder, mogący pomieścić kilkaset gramów i mający podziałkę, pozwalającą wymierzyć ilość płynu doń wlanego i 2^o Wielką, około 5 litrów mieszczącą flaszkę, również z podziałką, na pojedyncze litry. Kw. karb. sprzedaje się zwykle w ciemno-niebieskich butelkach i przedstawia się pod postacią ciała twardego, łatwo rozplywającego się przy ogrzewaniu. Dla przygotowania więc rozczyńni, trzeba pogрузić butelkę zawierającą kw. karb. do naczynia z ciepłą wodą, dopóki nie zrobi się płynnym, wtedy odmierzamy za pomocą wyżej opisanego cylindra 50 grm. kwasu karbolowego i mieszamy go z 1000 grm.

(1 litrem) wody nalanéj do dużej butli, w ten sposób otrzymamy roztwór zawierający 5% kwasu. Jeżeli chcemy przygotować więcej jak litr roztworu, to bierzemy tyle razy po 50 grm. kwasu ile litrów wody wleliśmy do dużej butli. Jeżeli potrzebujemy roztworu zawierającego 1,2 lub 3 procent kwasu karbolowego, to zamiast 50 grm. na 1 litr wody bierzemy 10, 20 lub 30 grm. kwasu.

Jeżeli w późniejszych okresach przebiegu gojenia się rany przepisano opatrunek za pomocą maści (np. maść ołowiana, cynkowa lub z azotanem srebra), to maść taką trzeba za pomocą noża (nigdy zaś za pomocą palca) rozsmarować na kawałku płótna, który poprzednio trzeba przykroić odpowiednio do wielkości rany.

Przygotowania do opatrunków nakładanych przy złamaniach, zwichnięciach i skrzywieniach.

Opatrunki z *leszczotkami drewnianymi, blaszanymi lub skórzanymi* używają się obecnie nadzwyczaj rzadko i to tylko jako opatrunek tymczasowy; można je przygotować z deszczulek z pudełek od cygar, z kory i t. d., służą one do unieruchomienia podczas transportu odłamków kostnych złamanego członka. Przed zastosowaniem takich leszczotek trzeba obwinąć cały członek płóciennym, bawełnianym lub flanelowym bandażem, same szyny powinny być grubo obwinięte płótnem lub watą, przytwierdzoną do leszczotki paskami z lepkiego plastra, aby uniknąć zsunięcia się. Same leszczotki odpowiednio do złamanego członka

przyłożone, utrzymują się za pomocą zwykłego bandaża. Aby chory czuł jaknajmniej bólu podczas nakładania lub zdejmowania takiego opatrunku, pomocnik utrzymujący kończynę, musi posiadać sporą dozę wytrzymałości, wielką zręczność i spokojną a silną rękę.

Obecnie dla unieruchomienia złamanych, zwichniętych lub skrzywionych członków, używamy opatrunków które wkrótce po nałożeniu twardnieją i zwykle dłuższy czas pozostają na miejscu.

Z biegiem czasu namnożyło się tyle rozmaitych twardniejących opatrunków, że obecnie niepodobna prawie wypróbować wszystkich modyfikacyj drukiem ogłoszonych. Przyzwyczajenie, zadowolenie z własnego wynalazku — oto są główne pobudki skłaniające lekarza do przełożenia jednego opatrunku nad drugi.

Białko, krochmal, klój, szkło wodne, sér z wapnem, gips, szellak, bandaże z najrozmaitszego materiału, paski płócienne, gutaperka, flanela, filc i wiele jeszcze innych materiałów w najróżnorodniejszych kombinacjach znalazły tu swe zastosowanie, a prawdopodobnie i nadal nie przestaną być używane.

Podług moich doświadczeń *gipsowy opatrunek* wystarcza w większości wypadków. Dla lżejszych opatrunków z korzyścią można użyć *krochmalu* lub dobrego *szkła wodnego*, przy czém można też zastosować leszczotki *tekturowe* lub *gutaperkowe*.

Opatrunek gipsowy.

Do opatrunku należy używać tylko najlepszy gatunek gipsu, bardzo mialko proszkowany. Pro-

szek gipsowy przechowywa się w szczelnie zamkniętych blaszanych puszkach i w zupełnie suchém miejscu.

Wszystkie aparaty, przeznaczone do nagipsowywania bandaży, jakie zakupiłem dla swojej kliniki, na nic się nie przydały; dozorczyńie wkrótce odkładały je na bok i powracały do pierwotnego sposobu nagipsowywania za pomocą rąk. Wykonywa się to w następujący sposób: na długim stole rozciąga się kawałek zwiniętego bandaża muślinowego i posypuje się go suchym proszkiem gipsowym, który za pomocą ręki lub noża rozpóściera się jednostajnie; tak nagipsowany kawałek bandaża zwija się dość luźno, a nowy kawałek niegipsowanego rozwija się na stole i znowu posypuje gipsem i t. d. aż dopóki cały bandaż nie zostanie nagipsowanym; długość tych gipsowanych bandaży nie powinna przechodzić 3 do 4 metrów. Pewną ilość bandaży nagipsowanych można mieć zawsze w pogotowiu, a przechowywać je należy w téj saméj puszcze co i gips.

Przy nakładaniu opatrunku, w górnym i dolnym jego końcu należy obwinąć kończynę operowaną kawałkiem płótna zmaczanego w wodzie. Część kończyny znajdująca się między temi dwoma kawałkami płótna, powinna być otoczona warstwą waty, najlepiej *pociąć watę na kawałki mające szerokość dłoni* i otaczać niemi jak bandażami część kończyny, która ma być zagipsowana; wata utrzymuje się za pomocą bandażów muślinowych. Odpowiednio pociętą watę i bandaże muślinowe trzeba też mieć w zapasie. Jak tylko zaczniemy obwijać kończynę bandażami utrzymującemi watę, trzeba włożyć bandaże nagipsowane

do głębokiej miednicy napełnionej zimną wodą; jeśli nie były za tego zwinięte, to będą dostatecznie napojone wodą właśnie w chwili gdy ukończymy nakładanie bandaży muślinowych niegipsowanych. Wtedy łóżko i podłogę pokryć należy prześcieradłami lub jaką nieprzemakalną tkaniną, aby uniknąć powalania gipsem. Jeśli chcemy przyspieszyć stygnięcie gipsu, trzeba dosypać stołową łyżkę alunu na 1½ litra wody, w której maczamy bandaże nagipsowane; należy się jednak wystrzegać nadmiaru alunu i bandaży gipsowanych nie powinno się długo pozostawiać w wodzie, gdyż przez to gips staje się bardzo kruchym. Jeżeli tak nałożony opatrunek okaże się nie dość trwałym, można go wzmocnić przez nasmarowanie *ciastem gipsowem*. Ciasto takie powinna przygotowywać dozorczyńni w następujący sposób: do miski lub miednicy wsypuje potrzebną ilość gipsu i dolewając po trochu wody, miesza bez ustanku dopóki się nie utworzy dość rzadkie ciasto gipsowe. Ciasto tak otrzymane nakłada się na opatrunek łyżką lub ręką i rozsmarowuje się na nim jednostajnie. Wszystko to musi być wykonane dość szybko, w przeciwnym bowiem razie gips w misce zastygnie i już wtedy nie rozpuszcza się w wodzie. Wprawa w przygotowywaniu ciasta gipsowego i zdobycie niejakiego doświadczenia co do szybkości z jaką zastyga, szczególniejszą są potrzebne, jeżeli mamy nałożyć taki opatrunek gipsowy, w którym odpowiednio przykrojone kawałki płótna lub flaneli nie są nagipsowane suchym proszkiem, lecz nasmarowane ciastem przykładają się do kończyny i utrzymują bandażem. Modyfikacyj w sposobie nakładania opatrunku gipsowego posiadamy ilość niezmierną.

Jeśli zaniedbano przed zaczęciem roboty posmarować ręce jakimkolwiek tłuszczem, to gips silnie przystaje do skóry, szczególnie naokoło paznokci. Ręce po nałożeniu opatrunku trzeba opłukać, a następnie poczekać aż wyschnie gips znajdujący się pod paznogciami i w porach skóry, wtedy paznokcie najlepiej oczyścić odpowiednim pilnikiem, a ręce porządnie szczoteczką wyszorować. Jeśli nakładano z rzędu kilka gipsowych opatrunków, to zaledwie następnego dnia ręce przychodzą do normalnego stanu, a paznokcie pozbawiają się obwódki gipsowej.

Dozorczynie musi się też wprawić w *rozciniwanie opatrunku gipsowego*. Wymyślono do tego odpowiednie nożyce podobne do nożyc służących do obcinania gałęzi; nożyce takie oddają dobre usługi, jeśli opatrunek nie jest za gruby; ja znajduję, że najprościej jest rozcinać opatrunek za pomocą *mocnego*, bardzo *ostręgo* noża, formą przypominającego nóż ogrodniczy; najlepiej przecinać ukośnie z zewnątrz na wewnątrz, przyczém przecinający powinien pod opatrunek podłożyć palec. Naturalnie trzeba uważać, żeby przy tém nie zranić ani siebie, ani chorego i aby kończyzna z której zdejmujemy opatrunek nie była nadto poruszana. Nóż wyżej wspomniany najlepiej się też nadaje do wycinania dziur czyli okien w opatrunku gipsowym; dla należytego wykonania potrzeba pewnej wprawy, najlepiej wycinać okna w 2 lub trzy godziny po nałożeniu opatrunku. Okno takie musi być obłożone (obrębione) kawałkiem płótna, który najlepiej utrzymać w miejscu za pomocą ciasta gipsowego lub kollandium.

Opatrunek klajstrowy.

Jakkolwiek można nakładać lżejsze gipsowe opatrunki pacjentom, którzy muszą z niemi chodzić, są one jednak w takich razach bardzo nietrwałe, i dla tego też zaczęto łączyć proszek gipsowy z innymi substancjami (np. klój, guma i t. d.). Długi czas przed zastosowaniem gipsu nakładano bardzo lekkie a jednak bardzo trwałe opatrunki, posługując się klajstrem introligatorskim. Klajster ten przygotowuje się w następujący sposób: mięsza się 150 grm. mąki krochmalowej z $\frac{1}{2}$ litra zimnej wody i dodaje się mieszając ciągle $1\frac{1}{2}$ litra gorącej wody.

Dla opatrunku tego używa się najczęściej bandaży bawełnianych lub płóciennych; przed samem nałożeniem przeciąga się rozwinięty bandaż przez przygotowany klajster, zwija go się następnie i zaraz nakłada; klajstrowy opatrunek sam przez się nawet po wyschnięciu (w 36 lub 48 godzin) nie byłby dosyć twardy, i dla tego zwykle wzmacniamy go za pomocą leszczotek; poprzednio używano w tym celu *dość grubój tektury*, z której wykrawywano odpowiednie leszczotki, pogrążano je w wodę dopóki nie rozmokły a następnie nasmarowywano klajstrem. Przy nakładaniu opatrunku trzeba, tak jak przy opatrunku gipsowym, najprzód otoczyć kończynę watą, następnie bandażami gazowymi; potem dopiero nakłada się leszczotki tekturowe, a na ostatku nakrochmalony bandaż. Opatrunek taki przylega doskonale i jest bardzo lepki; jedną tylko ma wadę, że zastyga bardzo powoli, ztąd też, jeżeli odłamy kości w danym razie

mają skłonność powracania do anormalnego położenia, to na opatrunek klajstrowy trzeba jeszcze nałożyć tymczasowe mocne szyny drewniane, które można usunąć dopiero po dwóch dniach, to jest po zaschnięciu opatrunku klajstrowego. Trochę więcej mocy będzie miał opatrunek zaraz od początku, jeśli zamiast tekturowych leszczotek użyjemy cieniutkich drewnianych (Schusterspahn— *widry szewckie*), którym się nadaje więcej giętkości przez zanurzenie w wodzie. Używano też *pasów z blachy żelaznej*, lub w kilkoro złożonego *drutu telegraficznego*, szczególnie na wojnie gdzie potrzeba często zmusza do posługiwania się tém co się w danej chwili znajdzie pod ręką.

Najlepszym materiałem na leszczotki przy opatrunku klajstrowym są *pasy gutaperki* odpowiedniej długości i szerokości. Wycina się je za pomocą ostrego noża z walcowanej gutaperki lub też używa się w tym celu pasów gutaperkowych, służących w fabrykach do poruszania wielkich kół. Jak tylko wata a następnie bandaż muślinowy zostały nałożone, pogrąża się przygotowaną leszczotkę gutaperkową, uchwyciwszy ją korncangiem, w wodzie wrzącej w której leszczotka pozostaje dopóty, póki nie stanie się zupełnie miękką, tak że się daje giąć i rozciągać na wszystkie strony. Tak rozmiękczoną leszczotkę przykładają do kończyny i przytrzymuje nakrochmalonym bandażem. Gdy gutaperka ostygnie, twardnieje jeszcze szybciej jak gips, tak że opatrunek klajstrowy z leszczotkami gutaperkowymi wyrugowałby prawdopodobnie wszystkie inne z użycia, gdyby gutaperka nie była tak droga, gdyby nie potrzeba było za każdą razą na nowo klaj-

stru gotować i gdyby dla rozmiękczenia gutaperki nie było potrzeba tak wielkiej ilości gorącej wody. Zresztą opatrunek gutaperkowy jest trochę cięższy od opatrunku z leszczotkami tekturowymi, a w dodatku tém droższy, że leszczotkę gutaperkową można użyć tylko raz, a najwyżej dwa razy, gdyż przy częstszym użyciu staje się łamliwą. W bogatych szpitalach i praktyce prywatnej nie zwraca się na to uwagi, inaczéj się rzecz ma na wojnie i u biednych, i dla tego gipsowy opatrunek jako najtańszy wyrugował wszystkie inne z użycia.

Podobnie jak klajster używamy też do opatrunku *krzemianu potasowego* — *szkła wodnego*, którego w większych miastach można dostać w każdym składzie materyjałów aptecznych. Szkiełem wodnem smaruje się bawełniane lub płócienne bandaże podczas ich nakładania za pomocą wielkiego pędzla, jakiego używają malarze pokojowi. Jeżeli szkło wodne nie jest za rzadkie, to opatrunek taki zasycha kilka godzin wcześniej niż opatrunek klajstrowy. Opatrunek ten, równie jak klajstrowy, sam przez się bez założenia leszczotek nie jest dość mocny, aby się oprzeć przemieszczaniu się kostnych odłamów. Często też opatrunek wcale się nie udaje z powodu, że użyte szkło wodne nie było dość dobre.

Jeżeli jaką część ciała chcemy ochronić za pomocą trochę sztywniejszego opatrunku, to w takim razie zupełnie wystarczą 3 lub 4 warstwy bandaża z krochmalnego muślinu (*muślin organtynowy*).

Chociaż nakładanie opatrunków przy złamaniach kości nie jest rzeczą dozorczyńni, gdyż ta ostatnia nie może i nie powinna przyjmować na się odpowiedzialności za prawidłową pozycję odłamów kostnych, powinna jednak zdobyć sobie pewną *wprawę w nakładaniu zwykłych bandaży*, gdyż wprawa ta może się jój przydać w wielu razach. Każda dozorczyńni powinna umieć nakładać bez zarzutu opaski na kończynę górną aż do pachy i dolną do stawu biodrowego, na głowę samą, na głowę i szyję, na klatkę piersiową, na pachy i pachwinę, przyczem opaska powinna ściśle przylegać ale nie uciskać. Przy nakładaniu opaski dużo zależy od materiału, z którego ją zrobiono, innego naprężenia potrzebuje opaska bawełniana, innego płócienna lub elastyczna. Ważną jest rzeczą umieć dobrze poznać podatność materiału z którego opaska zrobiona, jak również podatność części ciała na które ją mamy nakładać; wtedy dopiero z góry powiedzieć można jak mocno trzeba nałożyć opaskę, aby odpowiadała w zupełności swemu celowi.

Dozorczyńni powinna też być obznajmiona z użyciem *trójkątnych* lub *czworokątnych chustek opatrunkowych*, które w wielu rodzajach opatrunków łatwiej i szybciej zastosować się dają niż zwykłe opaski. Zwracam tu szczególną uwagę na wyuczenie się nakładania temblaka (mitella); często niełatwo tak nałożyć temblak aby i ręka wygodnie spoczywała i szyja nie zanadto odczuwała ciężar na niej zawieszony. Nie powinny też być obce dozorczyńni różne aparaty używane dla unieruchomienia obrażonej kończyny (naprzykład: worki z piaskiem, różne rynienki, tak zwane buty Pe-



tit'a, (równie pochyle), powinny być jój znane przynajmniej o tyle, aby je umiała podawać w miarę żądania, przygotować do bezpośredniego użytku i poprawiać ich położenie gdy takowe się zmieniło.

Jeżeli złamania kości są powikłane ranami, wymagającymi przeciwnilnego opatrunku, dozorczyńni powinna przygotować wszystkie materiały niezbędne do jego nałożenia, podług wyżej podanych wskazówek.

Przenoszenie chorych.

Najczęstszem zadaniem dozorczyńni jest towarzyszenie chorem lub rannym przy przenoszeniu ich z domu do szpitala i odwrotnie. Przy tém trzeba zwrócić uwagę, aby chorego ostrożnie podnoszono z łóżka, powoli niesiono po schodach i z należytą oględnością wsadzano do odpowiedniego wozu lub wagonu na kolei żelaznej.

Dla tego też dobrze jest żeby dozorczyńni obznajmiła się ze wszystkimi używanemi w nowszych czasach aparatami służącemi dla przewożenia lub przenoszenia chorych.

ROZDZIAŁ V.

Dozorowanie i pielęgnowanie gorączkujących chorych w ogólności.

Ostre i chroniczne choroby.—Podniesiona ciepłota jest najważniejszym objawem gorączki.—Mierzenie ciepłoty termometrem.—Linije krzywe temperatury —Liczenie pulsu i oddechu.—Gorączkowe bredzenie.—Zachowanie się dozorczyńni.

Gorączka pojawia się przy wielu różnorodnych chorobach. Chorobę nazywamy gorączkową, jeżeli chory prawie ciągle jest rozgrzany (w gorączce); takie choroby zwykle nie trwają dłużej nad kilka tygodni, przebieg ich jest gwałtowny, szybki, „ostry“, w przeciwieństwie do innych chorób, trwających całe miesiące i lata, których przebieg nazywamy przewlekłym „chronicznym“. Różnica nie zawsze jest zupełnie wyraźną; choroba, która pierwotnie wystąpiła jako ostra, może przejść w chroniczną i odwrotnie. Chociaż ostre choroby bez gorączki są nadzwyczajną rzadkością, za to bardzo często się zdarza, że chory na chroniczną chorobę mocno gorączkuje zwłaszcza pod wieczór. Obserwowanie gorączki jest ważnym zadaniem dozorczyńni, obowiązkiem jej nadto jest zdawać sumienne sprawozdania ze swych spostrzeżeń lekarzowi. Stopnie

gorączki mogą być najrozmaitsze; *miarą* wysokości gorączki jest ciepłota ciała i częstość uderzeń serca i pulsu.

Mianem *ciepłoty właściwej* oznaczamy temperaturę, którą ciało ma samo przez się; odpowiada ona zupełnie ciepłocie krwi. Od ciepłoty właściwej odróżniamy ciepło nadane ciału sztucznie od zewnątrz przez przypadkowe lub umyślne podniesienie temperatury środka w którym człowiek przebywa (gorące powietrze, gorąca woda, gorące okłady). Ta temperatura zewnętrzna nie ma żadnego znaczenia przy rozwiązywaniu pytania czy chory gorączkuje, lub nie.

Ażeby zmierzyć *temperaturę głębszych części ciała i krwi*, trzeba kulę termometru wprowadzić albo do jakiegokolwiek jamy ciała dla nas dostępnej (jama ustna, odbytnica), lub też przez zamknięcie jamy pachowej albo przegubu pachwinowego tworzymy sobie sztuczną jamę, w którą się wkłada termometr. Najczęściej mierzymy *temperaturę pod pachą*. Używa się w tym celu termometru Celsiusza, którego każdy stopień jest podzielony na 10 części. Gdyby taki termometr potrzebował wskazywać wszystkie stopnie od punktu zamarzania aż do wrzenia wody, jak to ma miejsce w termometrach pokojowych, musiałby być niepomiernie długi. Dla tego też podziałka (skala) takiego termometru zawiera tyle tylko stopni ile ich potrzeba dla oznaczenia najniższej i najwyższej temperatury krwi żywego człowieka. Należy wybierać taki termometr, którego skala jest możliwie najwyraźniejszą, tak żeby ją i przy świetle sztuczném dokładnie odczytać było można. Z początku niejaką trudność sprawia dozorczyńni dokładne oznaczenie

granicy słupa rtęci, wkrótce jednak trudność ta przez codzienną wprawę pokonać się daje. Dla takiej wprawy dozorczyńi zupełnie nie potrzebuje męczyć chorego, doskonale może się wprawić zamknąwszy kulkę termometru w swęj własnej ręce, zobaczy wtedy wznoszenie się słupa rtęci i zauważy jego powolne opadanie, gdy kulkę puści, a uchwyci za górny koniec termometru.

Mierzenie temperatury pod pachą odbywa się w ten sposób: wprowadza się termometr w kierunku pionowym do jamy pachowej, którą się zamyka przybliżając zgiętą w stawie łokciowym rękę chorego do klatki piersiowej, przyczém naturalnie zważać należy, żeby kulka termometru nie wysunęła się ku dołowi. Ponieważ choremu niewygodnie trzymać długo rękę w tém położeniu, trzeba mu więc położyć poduszkę do oparcia, lub obrócić go nieco na drugi bok. Rtęć z początku wznosi się szybko, potem coraz wolniej; w 10 do 15 minut dochodzi zwykle do największej wysokości; zasadą jest, żeby notować temperaturę dopiero wtedy gdy słup rtęci przez pięć minut na tęg samej wysokości się utrzymuje.

Większości pacjentów nie drażni wcale takie przymusowe, spokojne leżenie przez krótki przeciąg czasu potrzebny dla zmierzenia temperatury. Niektórzy jednak niecierpliwiają się i niepokoją i dla tego pomysłało o metodzie, któraby pozwoliła skrócić czas mierzenia ciepłoty. W tym celu trzyma się kulkę termometru czas jakiś w rękę, a gdy się ogrzeje do stopnia temperatury ręki, kładzie się ją prędko w jamę pachy i notuje temperaturę, gdy przez trzy minuty wysokość słupa rtęci nie ulega żadnej zmianie.

Na wypadek, gdyby nikt z otoczenia chorego nie był w stanie odczytać temperatury, zrobiono termometr, w którym górna część słupa rtęci oddzielona jest od dolnej przez małą ilość powietrza. Ta górna część zatrzymuje się na najwyższym stopniu do którego rtęć dochodzi, chociażby nawet termometr znajdował się później w zimniejszym powietrzu. Jest to *tak zwany termometr maksymalny*. Wyjmuje się go z pod pachy po 15 minutach; zanim się go powtórnie użyje, trzeba za pomocą wstrząsających ruchów obniżyć część słupa rtęci, która się wysoko zatrzymała. Ponieważ jednak przy tém termometr łatwo się psuje, lepiej żeby dozorczyjni pozostawiła to lekarzowi.

Ponieważ termometry nie zawsze się zgadzają, przyjęto za zasadę, że dla jednego chorego zawsze ten sam termometr się używa.

Liczne badania na zdrowych ludziach dowiodły, że ciepłota właściwa jednego i tego samego człowieka przedstawia pewne wachania w ciągu doby, tak że różnica może dojść do jednego stopnia; rano między 6-tą a 7-mą ciepłota jest najniższa ($36,5^{\circ}$ C.), wieczorem najwyższa $37,5^{\circ}$, u wielu jednak zdrowych ludzi, temperatura ranna wynosi tylko $36,0^{\circ}$ C., gdy tymczasem wieczorna dochodzi do 38° C.; ponieważ zaś zwykle nie znamy temperatury jaką chory miewał w stanie zdrowia, przyjęto więc tylko wtedy stan chorego za gorączkowy uważać, jeżeli temperatura wieczorem przechodzi 38° C.; przeciwnie poranna temperatura dochodząca do 38° powinna być uważana jako chorobliwie podniesioną. Silny ruch może temperaturę krwi znacznie podnieść, ale zawsze tylko chwilowo. Mierząc tem-

peraturę chorego należy mieć ten wzgląd na uwagę tylko wtedy, jeżeli poprzednio chory podlegał silnym konwulsyjom.

W chorobach temperatura może dochodzić do 42° C., lub też opadać do 35° C. Wysokość ciepłoty właściwej jest, jak to zauważyliśmy, miarą wysokości gorączki, a wielka gorączka jest zawsze bardzo niepożądanym objawem w chorobie, chociaż z drugiej strony jedno lub kilkorazowe znaczne wzniesienie ciepłoty nie jest jeszcze wcale dowodem niebezpieczeństwa, jak to czasem profani sądzą. Tylko gorączka utrzymująca się dniami całemi na jednej i téj samej wysokości jest dowodem, że choroba jest ciężką. Potrzeba dużo doświadczenia, żeby zawsze symptomata właściwie ocenić dla rozpoznania choroby (diagnoza) i dla przepowiedzenia jej przebiegu (prognoza). Dozorczynie strzedz się powinna od udzielania otoczeniu chorego lub co gorsza jemu samemu swych przypuszczeń dotyczących grożącego mu niebezpieczeństwa, należy to wyłączenie do lekarza.

Jeżeli z jakichkolwiek bądź powodów temperatura ma być mierzona w odbytnicy, to chory powinien być ułożony na boku w pozycji skulonej, tak aby naoliwiona kulka termometru mogła być wsunięta do odbytu jak to się robi z kanką lawatywy. *Temperatura w odbytnicy* jest prawie o cały stopień wyższa od ciepłoty mierzonej pod pachą, a więc rezultaty otrzymane obu drogami mogą być tylko porównywane ze sobą, lecz nie można naprzemian używać jednej lub drugiej metody mierzenia, chyba że za każdym razem istniejącą różnicę będziemy brać w rachubę. Jeżeli lekarz uzna za potrzebne aby ciepłota ciała była mierzona czę-

ściej niż dwa razy na dzień, to sam oznaczy o jakich porach dnia lub nocy mierzenie to należy wykonać.

Aby łatwiej objąć jednym rzutem oka cały przebieg temperatury podczas danej choroby, przedstawia się ją zwykle pod postacią linii krzywój składającej się z wstępujących lub zstępujących linii, stosownie do wznoszenia się lub opadania temperatury. Dla takiego graficznego przedstawienia temperatury są już gotowe szematy kratkowane, w których linije poziome oznaczają stopnie temperatury, pionowe zaś oddzielają jeden dzień choroby od drugiego. Zaraz po odczytaniu temperatury na skali termometru oznaczamy ją w odpowiedniej kratce szematu punktami, a z połączenia tych punktów otrzymamy linję krzywą, zowiącą się *krzywizną gorączki*. Jeśli nie mamy takich szematów pod ręką, to trzeba temperaturę notować na kawałku papieru, w ten sposób aby zawsze temperaturę ranną pisać pod ranną a wieczorną pod wieczorną.

Że mierzenie temperatury w celu oznaczenia wysokości gorączki tak szybko znalazło ogólne zastosowanie, przyczyny tego należy szukać częścią w tém, że profanom daleko łatwiej dokładnie zmierzyć temperaturę niż należycie policzyć puls, częścią w tém, że gdy temperatura wcale nie zależy od stanu umysłu, to na ruchy serca może ten ostatni wielki wpływ wywierać. Mierzenie temperatury wcale jednak nie uwalnia od *wyczuwania i liczenia pulsu*. Doświadczony lekarz może wyciągnąć bardzo ważne wnioski z szybkości i rodzaju pulsu, często nawet puls wskaże mu lepiej niżeli temperatura zbliżające się niebezpieczeństwo. Ponieważ

jednak przytém trzeba mieć ciągle na uwadze cały obraz choroby i dotychczasowy jój przebieg, samo zaś zachowanie się pulsu jako objaw oderwany prawie nigdy nie ma rozstrzygającego znaczenia, więc profan, który by chciał sam pewne wnioski z zachowania się pulsu wyciągnąć, daleko bardziej by się mylił niż gdyby wnioskował o stanie chorego z wysokości jego ciepłoty. Pomimo to może być pożądaném dla lekarza, aby obliczano częstość pulsu podczas jego nieobecności, i dla tego dozorczyńni powinna umieć liczyć puls. Powszechnie wiadomo, że puls się liczy trochę powyżej napięstka na przedramieniu, po stronie wielkiego palca, tam gdzie tak zwana tętnica szprychowa leży zupełnie powierzchownie. Tylko demonstracyja może nauczyć jak się samo liczenie pulsu wykonywa i jak się można od różnych omyłek uchronić. Zwykle oblicza się liczbę uderzeń pulsu w ciągu jednéj minuty, u dorosłego zdrowego człowieka wynosi ona od 60 do 80 uderzeń na minutę. Puls dzieci jest częstszy, starców rzadszy, u żwawych ludzi częstszy jak u powolnych. Każde pobudzenie umysłowe, poprzednie badanie, opatrunek, ból i t. d. mogą już w obecności lekarza powiększyć częstość pulsu o jakie 20 do 30 uderzeń na minutę. Liczba uderzeń może się tak zwiększyć, a fala może się stać tak trudno wyczuwalną (małą), że pulsu zliczyć niepodobna. W takich razach dozorczyńni lepiej zrobi, przyznając wprost, że pulsu zliczyć nie mogła, niż podając lekarzowi jakieś zmyślane niedokładne liczby. W większości chorób zachodzi pewien określony stosunek między częstością pulsu i wysokością temperatury, bywają jednak wyjątki od tego prawidła, i tak naprzykład

przy ciężkich długotrwałych chorobach często się zdarza, że bardzo niska temperatura i nadzwyczaj częsty puls pojawiają się równocześnie.

Człowiek rozgrzany, z podniesioną działalnością serca, *oddycha też częściej niż zazwyczaj*. Normalnie, dorosły człowiek, leżąc spokojnie oddycha 18 razy na minutę, w gorączce liczba oddechów jest większą, jeśli jednak przytém cierpią organa oddechowe, a szczególnie płuca, to liczba oddechów na minutę znakomicie się powiększa i wtedy nie może już być użytą jako miara dla oznaczenia wysokości gorączki. Oddech liczy się w ten sposób, że trzymając w jednej ręce zegarek, drugą przykładamy lekko do klatki piersiowej i obliczamy wiele razy wzniesie się ta ostatnia podczas jednej minuty. Liczenie oddechu trzeba powtarzać przez kilka minut z rzędu chcąc otrzymać prawdziwą liczbę, a to dla tego, że chory zauważywszy, iż jest obserwowany, zwykle będzie z początku oddychał za prędko albo zatrzymywał oddech.

Częstość pulsu i oddychania można także przedstawić pod postacią *linii krzywój*, porobiwszy odpowiednie szemata; rzadko się to jednak robi, chyba przy czysto naukowych poszukiwaniach.

Poeci i romansopisarze wspominają często o *widzeniach, snach lub bredzeniach gorączkowych*.—Prawdą jest, że u silnie gorączkujących powstają najróżnorodniejsze urojenia, często jednak nawet przy bardzo podniesionej ciepłocie, nie ma ich zupełnie. Bredzenie gorączkowe jest to skutek po-

drażnienia mózgu, które więcęj zależy od szybkiego następowania po sobie przekrwienia i niedokrwistości mózgu i od chorobliwych domieszek do krwi (zatrucie krwi), niż od wysokiego stopnia ciepłoty właściwej. W każdym jednak razie zupełnie prawdziwém jest spostrzeżenie, że chorzy gorączkujący stają się daleko pobudliwsi niż w stanie zdrowia, dla tego też powinniśmy usuwać od nich wszystko coby ich pobudzić mogło, jako to: jaskrawe światło, hałas, natężenie umysłu i t. d. Chorzy gorączkujący szczególnie są wrażliwi na zmiany temperatury. Jeśli gorączka szybko przychodzi, to jest jeśli naprzykład w przeciągu pół godziny temperatura podniesie się o kilka stopni, wtedy chory doznaje uczucia jakby wszystko około niego było bardzo zimném, zaczyna się trząść i dzwonić zębami (dreszcz wstrząsający gorączkowy) i to tém bardziej, im więcęj się porusza lub im bardziej jest okryty. Jeżeli w tym okresie gorączki zmierzmy temperaturę, to się okaże, że nie jest ona obniżoną, jak się choremu wydaje, lecz przeciwnie, bardzo podniesioną. Po pewnym przeciągu czasu (od kilku minut do 1/2 godziny) zjawia się *okres suchego piekącego gorąca*, ciepłota jest bardzo wysoka, zwykle najwyższa na początku tego okresu, uczucie chorego stało się już teraz prawdziwém, czuje bowiem, że to nie zrobiło się zimniej w pokoju lecz że on sam rozgrzał się bardzo.

Jeśli ciepłota wznosi się powoli wtedy nie przychodzi do dreszczów wstrząsających, lecz odrazu powstaje wzmagające się uczucie gorąca, do którego często dołączają się ciągnące bóle w krzyżu i plecach.

Jeśli napady gorączki powtarzają się w prawidłowych odstępach czasu jak to ma miejsce w tak zwanej „gorączce przepuszczającej“ lub „zimnicy“, to po okresie gorąca, trwającym niekiedy całą godzinę i więcej, zjawia się *okres potów*. W okresie tym temperatura szybko opada, a chory czuje znaczną ulgę.

Przy ciężkich, długotrwałych chorobach gorączkowych, pot się nie pojawia, okres rozpalenia trwa nieprzerwanie i dopiero pod koniec choroby, przy przejściu w wyzdrowienie, występuje pot obfity wraz z polepszeniem stanu ogólnego. Nie zawsze jednak pojawienie się potu jest dowodem, że chory zdrowieje, gdyż nawet umierający może się pocić.

Co się tycze *urojeń* (bredzeń) powstających podczas gorączki, przedstawiają się one najczęściej pod postacią sennych marzeń, takich jak te, które powstają podczas snu u ludzi zupełnie zdrowych lecz łatwo pobudliwych; chorzy mówią do siebie półgłosem, robią poruszenia jakby we śnie; można ich jednak łatwo od tych sennych marzeń oderwać; jeśli przemawiać do takich chorych, to zwykle z początku się przestraszają, szybko przychodzą do zupełnej przytomności, wkrótce jednak powracają do poprzedniego stanu. Takie spokojne bredzenie zdarza się bardzo często przy gorączce. Bardzo rzadko zdarzają się omamienia zmysłów u silnie gorączkujących, którzy zresztą wydają się być zupełnie przytomnymi; chorzy tacy widzą ludzi, których w danej chwili niema, słyszą ich mowę, kłócą się z nimi, zdaje im się, że ich napadają, chcą się bronić, zrywają się z łóżka, chcą uciekać i t. d. Powiadamy wtedy, że chory uległ „obłądowi

gorączkowemu“ zupełnie podobnemu do objędu pojawiającego się w skutek nadużycia alkoholu lub chloroformu, objęd taki ustępuje dopiero wtedy gdy nasilenie gorączki się zmniejszy.

Często trudno jest utrzymać takich chorych w łóżku, gdyż nawet u najsłabszych rozwija się podczas takiego bredzenia ogromna siła. Prawie zawsze po silniejszej gorączce występuje mocne osłabienie połączone z uczuciem tępego bólu w głowie, jakiego doznaje zdrowy człowiek obudzony ze snu ciężkiego.

Zwykłym objawem każdej gorączki jest *wielkie pragnienie*. Podniesiona ciepłota ogólna i oddychanie z otwartymi ustami, spowodowane potrzebą częstszego oddychania sprawiają, że jama ustna u gorączkujących szybciej wysycha, co jest znów powodem pojawienia się niczém nie dającego się zaspokoić pragnienia, jakie u takich chorych spostrzegamy. Zwykle chorzy tacy piją tylko zimną wodę lub lykają kawałeczki lodu. Jeśli jednak choroba się przedłuża, to pożądana jest zmiana napoju. Podczas leczenia gorączkujących, dozorczyńni może zadosyć uczynić niektórym ich życzeniom i tak naprzykład może ich ciepło okryć gdy mają dreszcze, a gdy im gorąco pokój trochę ochłodzić; trzeba jednak zważać aby go z nadto nie oziębić, gdyż choremu spoconemu będzie się wydawać za zimno w pokoju. Jeśli chory gorączkujący skarży się na ból głowy, można mu położyć na czoło zimny okład. Gdy mocno się poci, trzeba to przeczekać, następnie zmienić mu bieliznę, szybko go obetrzeć (naturalnie w dobrze ogrzonym pokoju) i zmienić pościel. Nie potrzeba wcale, a nawet nie jest dobrze, chorego

gorączkującego rozbudzać w czasie lekkiego bredzenia. Gdy jest bardzo niespokojny i dostaje napadów obłądu gorączkowego i szaleństwa, dozorczyńni powinna mieć kogoś do pomocy, dla zapobieżenia by nie wyskoczył z łóżka lub z okna.

ROZDZIAŁ VI.

Pielęgnowanie w chorobach epidemicznych i zaraźliwych. Ochrona od zarażenia. Odwietrzanie (Dezynfekcja).

Tyfus brzuszny. Sposób powstawania. — Codzienne obowiązki dozorczyń przy chorych na tyfus. — Wypadki w tyfusie, na jakie dozorczyńi powinna zwrócić uwagę. — Leczenie tyfusu kąpielami i zimną wodą. — Pielęgnowanie chorych w okresie zdrowienia.

Cholera. — Dysenterya.

Choroby bezpośrednio zaraźliwe (jednej osoby od drugiej). Tyfus plamisty, tyfus powrotny, odra, rubeola, szkarlatyna, ospa, koklusz, błonica (difterya). — Pierwsze objawy *odry, rubeoli, szkarlatyny, ospy.* — *Koklusz. — błonica* (difterya). — Sposób występowania. — Drogi zarażenia. — Leczenie miejscowe. — Krup. — Przecięcie tchawicy (tracheotomia).

Przeplwy zachowania ostrożności w chorobach epidemicznych.

Odwietrzanie (Dezynfekcja).

B występujących i ciągle się powtarzających u nas chorób epidemicznych, *tyfus brzuszny* i *dysenterya*, oraz przynoszona do nas od czasu do czasu *cholera* nie są zaraźliwe bezpośrednio (jedna osoba od drugiej), a natomiast pierwiastek chorobowy zarażający rozwija się, w pewnych często pojawiających się okolicznościach, w wydzielinach, zwłaszcza w wydzielinach kiszkowych, z kąd może dostawać się do ustroju innych osób i wywoływać chorobę.
Tyfus plamisty i powrotny (gorączka powrotna)

(obie choroby bardzo rzadko występujące w Austrii), a dalej *ospa*, *odra*, *szkarlatyna* i *blonica* (difterya) są zaraźliwe bezpośrednio. Pierwiastek zarażający może nawet, jak sądzę, w pewnych wypadkach, przenosić się za pośrednictwem osób, a głównie ich odzieży, przyczém te osoby same nie zapadają na odpowiednią chorobę.

Zimnica (malaria, gorączka bągienna) nie przenosi się nigdy przez osoby cierpiące na tę chorobę, ani też przez ich wypróżnienia. Choroba ta nie jest nigdy zaraźliwa i można na nią zapaść tylko tam, gdzie pierwiastek zarażający z ziemi powstaje.

Tyfus brzuszny.

Choroba ta, nazywana krótko „tyfusem,” pojawia się w całej Europie i jest najczęstszą ze wszystkich chorób zakaźnych. Pierwiastek chorobowy tyfusu jak i innych wyżej wymienionych chorób przenika do ustroju ludzkiego zawsze od zewnątrz i choroba powstaje w skutek tego, że do krwi wnikają niezmiernie drobne nasionka (zarodniki) najdrobniejszych grzybków, dostrzegalnych zaledwie przy użyciu najmocniejszych szkieł powiększających to jest mikroskopu. Zarodniki te kiełkują i rozmnażają się częścią w samej krwi, częścią zaś w innych tkankach ustroju (bezwątpienia także w dolnym odcinku kiszek, gdzie stają się przyczyną owrzodzeń); przy tém bujaniu—grzybki odciągają krwi i tkankom ważne części składowe, których do swego życia potrzebują, a oprócz tego podczas swego wzrostu wytwarzają z siebie pierwiastki nadzwyczaj szkodliwie działające na krew, na kształt soków roślin trujących. Jeżeli chory nie

umrze w skutek zatrucia pierwiastkami wytworzonymi przez grzybki przy ich wzroście i rozmnażaniu, to one same (grzybki) giną wcześniej lub później i następuje wyzdrowienie, jeżeli tylko zniszczenia spowodowane w rozmaitych organach przez grzybki nie staną się przyczyną śmierci, co niestety zdarza się dosyć często właśnie w tyfusie.

Na podstawie naukowych badań z lat ostatnich możemy uważać za rzecz niemal pewną, że wszystkie wymienione wyżej choroby epidemiczne i zaraźliwe w taki sposób powstają i znikają, że zatem podstawą każdej z tych chorób, a prócz tego i innych jeszcze, są zarodniki grzybków odznaczające się swoistymi własnościami. Człowiek staje się wypadkowo tylko jednym z licznych miejsc osiedlenia się tych zabójczych roślinek; przez towarzyskie życie i skupienie ludzi w domach, wsiach i miastach, choroby w mowie będące szerzą się i zamieniają na epidemije.

Co się tyczy szczególnego sposobu powstawania i szerzenia się *tyfusu*, wiemy o tem co następuje. Grzybek będący przyczyną tyfusu zdaje się gnieździć w górnych warstwach ziemi prawie wszędzie w Europie i ztamtąd szerzy się z wielką łatwością. Grzybek tyfusowy dostaje się do człowieka z pyłem który wdychamy i połykamy, z wodą którą pijemy, z roślinami które pożywamy. Zarazek tyfusowy znajdujący się w powietrzu, wodzie i ziemi nie daje się poznać węchem; żaden zresztą z wymienionych zabójczych grzybków nie zdradza się wonią; są one tylko widzialne przy pomocy silnie powiększających szkieł mikroskopu, lecz i tu nie dają się odróżnić ani od siebie, ani od zwyczajnych grzybków wywołujących gnicie. Nikt nie może

ustrzedz się przyjęcia zarazka (zarażenia) za pośrednictwem ziemi; jest to dar przyrody jak wiele innych, a tylko dla życia nieprzyjazny. Naród jako całość również nie może ustrzedz się tego sposobu zarażenia; niema bowiem niekiedy innéj wody jak tylko ze studzien i człowiek musi ją pić choćby wiedział, że go czeka choroba lub śmierć. Nie każde miasto może być zaopatrzone w wodociągi doprowadzające z gór źródlaną wodę; z tém wszystkim jednak państwo może wiele zdziałać w celu zabezpieczenia obywateli w tym kierunku. Dziś, kiedy w Europie cierpiane są tylko stale osiadłe ludy i tacyż ludzie, nie może być mowy o tém, aby cały naród lub jego szczep opuścił niezdrową ziemię i osiedlił się dalej o kilka dni drogi. Również niewielką jest liczba osób, które są w możności opuszczenia choćby czasowo miejsc w których rozwijają się choroby epidemiczne.

Jedno wszelako źródło szerzenia się i roznoszenia tyfusu daje się usunąć: można zniszczyć zarazek chorobowy powstający w chorym organizmie i wydalający się z wypróżnieniami kiszkowemi. Zarazek ten dostaje się do kloak; ztamtąd przechodzi w części do domów z cuchnącemi gazami, albo zasycha i z pyłem dostaje się do powietrza, albo wreszcie wnika w ziemię i tą drogą dochodzi do studzien. Człowiek sam w ten sposób wytwarza nowe ogniska tyfusowe. O sposobach zapobiegania temu mówić będziemy później.

Zarazek tyfusowy zwykle wykształca się (kielekuje i rozmnaża) dopiero w 2—3 tygodni po wniknięciu w organizm człowieka (okres wylegania choroby—inkubacja). Choroba zaczyna się właściwie dopiero od chwili wykształcenia się zarazka.

Jeżeli do ustroju ludzkiego dostanie się mała tylko ilość słabo działającego zarazka, lub gdy dany człowiek nie stanowi dobrego gruntu dla rozwoju grzybka (a rozmaite osoby zachowują się w tym względzie zupełnie tak samo jak różne gatunki ziemi względem różnych gatunków roślin),— w takim razie nie rozwija się choroba wcale, albo też tylko krótko trwająca i szybko przemijająca. Wypadki tego rodzaju nazywają lekarze, częstokroć dla uspokojenia chorych, — gorączką „gastroyczną“.

Tyfus w całym rozwoju trwa zwykle 3—4 tygodni, lecz może przeciągnąć się znacznie dłużej w skutek pewnych ciężkich powikłań (kompliakcyj) (zepalenie płuc, mózgu, nerek, ślinianek), których przebieg wymaga również pewnego czasu. Zdrowienie (rekonwalescencyja) po tyfusie często trwa bardzo długo, a nie rzadkie są powroty choroby w skutek działania pozostałego w ustroju i później jeszcze rozwijającego się zarazka.

Codzienne obowiązki dozorczyń pielęgnujących chorych tyfusowych.

Wszystko co było powiedziane w rozdziale pierwszym i drugim o urządzeniu pokoju dla chorego i o pielęgnowaniu chorych leżących w łóżku, stosuje się tu w zupełności.

Dla chorego tyfusowego powinny być do rozporządzenia zawsze *dwa łóżka*, a jeśli możebne nawet *dwa pokoje*, aby można było chorego przemieścić, wygodnie ułożyć i wentylację urządzić jaknajdokładniej.

Chory tyfusowy powinien *ciągle leżeć w łóżku* od

samego początku choroby, aby się wstrzymał od wszelkiego zajęcia umysłowego i fizycznego, a także od niepotrzebnej rozmowy. Chory nie powinien wstawać nawet dla oddania moczu i stolca, choćby mu na to siły pozwalały. W pokoju chorego powinna się znajdować jedna tylko osoba pielęgnująca, o ile można nikt więcej.

Ciepłota w pokoju powinna w zimie dochodzić 12—14° R. Światło dzienne należy złagodzić zasłoną i baczyć, aby w sąsiednich pokojach panował spokój.

Jeżeli w jednej rodzinie kilka osób zapadnie na tyfus, to nawet w obszernych pokojach mieszkań prywatnych nie powinno nigdy leżeć w jednym pokoju więcej nad dwóch chorych.

Nader ważne jest utrzymanie chorego *w czystości*. Przedewszystkiem należy usta myć kilka razy dziennie, a gdy chory jest przytomny, zalecać aby często usta płukał, zwłaszcza po jedzeniu. Wymywanie ust, oczyszczanie języka i oddalanie śluzu z zębów uskutecznia się najlepiej nawiniętym na palec płatkami płóciennym zmaczanym w glicerynie mocno rozcieńczonej wodą. Codziennie obmywać należy letnią wodą twarz, ręce, szyję, nos, uszy, pośladki, pachy i pachwiny, a także za przyzwoleniem lekarza, często dawać zwykłą kąpiel ciepłą. W pewnych okresach tyfusu chorzy oddają niekiedy pod siebie mocz i kał; wtedy oczywiście potrzeba częstego obmywania ciała i prześcielania, a pod prześcieradło kładzie się duży kawał nieprzemakalnej materji dla ochrony materaca od przemoczenia. Jeżeli chory położony na świeżem łóżku może być przeniesiony do innego pokoju, aby pokój w którym leżał przewietrzyć dokładnie

po usunięciu nieczystej pościeli, będzie to daleko bardziej pożądane aniżeli kadzenia, z których tylko kadzenia octem mogą być dozwolone.

Niezmiernie ważną jest rzeczą aby *wypróżnienia chorych tyfusowych* natychmiast były wynoszone z pokoju i dezynfekowane, gdyż jak powiedziano, wypróżnienia właśnie są roznośicielami zarazy. Najwłaściwiej wlewać do naczynia przed jego użyciem silny roztwór siarczanu żelaza, po użyciu zaś, oczyszczeniu i ułożeniu chorego, dodać do tego jeszcze około 100 gramów zwyczajnego kwasu solnego. Przy wlewaniu tych na wielką skalę używanych niedrogich środków dezynfekcyjnych, strzedz się należy zbryzgania pościeli, gdyż powstają przez to nie tylko trudno wypierające się plamy, ale i dziury na bieliźnie. Niektórzy lekarze zalecają wsypywać do naczynia chlorek wapnia przed i po jego użyciu. Również mocne roztwory nadmanganianu potasowego niszczą zarodek tyfusowy w wypróżnieniach zawarty, a zarazem bardzo szybko znoszą woń; ciemne plamy na bieliźnie od nadmanganianu potasowego usuwać się dają za pomocą podsiarkanu sodowego i kw. solnego (p. str. 138 o oczyszczaniu gąbek). Jeżeli przez dolanie wody do stolców, zmieszane one zostały dokładnie ze środkami dezynfekującymi, natenczas zarazek przenoszący chorobę jest zniszczony i można już bez obawy wylać wypróżnienia do dołu kloacznego. Bezpieczniej jednak będzie wylewać wypróżnienia do oddzielnego dołu, gdzie nasypało chlorku wapnia, a następnie ziemią przysypywać. Z natychmiastowem niszczeniem i wylewaniem wypróżnień wstrzymać się można wtedy tylko, gdy lekarz poleci zostawić stolce w celu ich obejrzenia. W tym razie potrzeba, aby przy-

krywa kubła jaknajdokładniej przylegała; kubek jednak powinien być wyniesiony do wychodka. Po obejrzeniu wypróżnień przez lekarza natychmiast zdezynfekować je należy. W każdym razie dozorczyńni powinna spojrzeć na oddane świeżo stolce, aby umiała objaśnić lekarza o ich wyglądzie, a zwłaszcza zwrócić powinna uwagę na to, czy wypróżnienia nie zawierają krwi, strzępków śluzowych lub innych domieszek niezwykłych. Po wypłukaniu kubła, wymywa się go trzyprocentowym roztworem kwasu karbolowego.

Bielizna *powalana* kałem przez chorego powinna być natychmiast wkładana do naczynia z ługiem sodowym i oddawana do pralni.

Baczną zwrócić należy uwagę na *ułożenie chorego*. Jeżeli pacjent nie doznaje duszności, natenczas może leżeć dosyć nisko, co z wielu względów jest pożądanę; albowiem przy wysokim leżeniu (które jest nieuniknione przy współcierpieniu płuc), chory łatwo zsuwa się na pościeli, głowa opada na piersi; brzuch zgina się, a przez to oddychanie zostaje w wysokim stopniu utrudnione. Należy w tym razie chorego często posuwać do góry i polecieć, aby głęboko oddychał. W razie nieprzytomności chorego należy często zmieniać położenie i rozpościierać dokładnie prześcieradło, gdyż w żadnej chorobie nie powstają tak łatwo zgorzelinowe odleżyny jak właśnie w tyfusie. Pacjent nie powinien bezustannie leżeć na grzbiecie, a natomiast naprzemian na jednym i drugim boku, a nawet niekiedy w połowie lub zupełnie na brzuchu. Wszelkie podane wyżej (str. 65) przepisy ostrożności zapobiegające odleżynom powinny być zastosowane.

W obec częściowej lub całkowitej nieprzyto-

mności chorych tyfusowych napróżno czekalibyśmy na żądanie, aby im dano pić lub jeść. Dozorczyńni zatem sama powinna się zajmować żywieniem chorego. Jeżeli chory nie śpi mocno, należy mu podawać co pół godziny cokolwiek napoju. Przedewszystkiem chory tyfusowy potrzebuje przyjmować dużo wody z powodu wysokiej gorączki. Woda jednak nie wystarcza, a natomiast dawać należy w regularnych odstępach czasu cokolwiek rosołu, mleka, jaj i wina. Ponieważ pacjent przyjmuje na raz kilka łyżek, a niekiedy zaledwie kilka łyżeczek, przeto zachodzi potrzeba częstszego karmienia, które w pewnych razach tygodniami się przedłuża. Tym sposobem unikamy najpewniej wysychania ust i pękania języka.

W ciężkich długotrwałych wypadkach tyfusu siły jednej dozorczyńni nie wystarczą; potrzeba ich kilka, aby się zmieniać mogły.

Ciężkie przypadłości w przebiegu tyfusu, na które dozorczyńni zwracać powinna uwagę.

Zbyt wysoka lub niska ciepłota (temperatura) ciała.
Bardzo ważną rzeczą jest kontrolowanie w tyfusie ciepłoty ciała za pomocą termometru. Jeżeliby ciepłota wzniosła się wyżej nad 41° C., lub spadła niżej 36° C., to należy ze szczególną starannością przemierzać temperaturę, trzeba zwrócić uwagę czy słup rtęci w termometrze nie jest przerwany; wymierzanie należy częściej powtarzać i dłużej niż zwykle termometr pozostawić, aby wszelką omyłkę wyłączyć. Albowiem zbyt wysoka i nadto niska ciepłota ciała posiada zawsze szczególne znaczenie. Dozorczyńni nie powinna żadnych wiado-

mości udzielać osobom otaczającym chorego, a tylko lekarzowi, aby on jeden wyprowadzał wnioski z tego stanu; lekarz też powinien oznaczyć czy temperatura powinna być wymierzona częściej niż zwykle (zrana między godziną 7-ą a 8-ą, wieczorem między 5-ą i 6-ą godziną).

Zajęcie umysłu chorego tyfusowego może się wznieść do *zupełnej nieprzytomności* (zwłaszcza w 3 i 4 tygodniu choroby), mogą także wystąpić *bredzenia z niepokojem, rzucaniem się* i gwałtownością, jakkolwiek niekoniecznie już zagrażać ma blizkie niebezpieczeństwo. Przy chorych gwałtownych, nie dających się uspokoić łagodną namową, dozorczytni sama nie powinna nigdy pozostawać, gdyż nie będzie w stanie utrzymać rzucającego się pacjenta w łóżku i nie zdoła przeszkodzić, aby chory w przystępie obłądu nie uciekł z łóżka, nie wyskoczył oknem, lub nie zadał sobie rany, albo dozorczytni nie skaleczył leżącymi na stole przedmiotami, nożem, nożyczkami i t. p. Zwykle chory daje się uspokoić po pewnym czasie; lekarz tylko zalecić może zimne zlewanie ciała, wilgotne zawijania i środki uspakajające.

Chorzy tyfusowi niekiedy bardzo prędko *opadają z sił*; ręce i nogi, nos i uszy stają się chłodne, sinawe, wyraz twarzy nabiera wyrazu trupiego; przyczém ciepłota krwi może pozostać dosyć długo jeszcze wysoką. Taki *upadek sił* występuje po krwotokach (kiszkowych, żołądkowych, nosowych, płucnych), po wymiotach, po silném rozwolnieniu, po przedziurawieniu kiszek przez wrzody tyfusowe (co zwykle połączone jest z nagłym bólem w brzuchu), daléj, po kąpieli zbyt zimnej lub za długo trwającej, po nagłym lub zadługim siedzeniu na

łóżku. Stan taki nie jest zbyt bezpieczny, może bowiem niekiedy prowadzić do śmierci wskutek porażenia serca. Dozorczyńni powinna natychmiast podać wina i ciepłego napoju (kawy, mleka, herbaty, bulionu), zawinąć ręce i nogi w ogrzane płaty, a łóżko ogrzać butelkami z gorącą wodą. Jeżeliby wkrótce stan chorego nie poprawił się, należy niezwłocznie wezwać lekarza. Gdy pokażą się *krwawe stolce* należy je zostawić by lekarz obejrzał i jeżeli brzuch staje się przytém bolesny, a niema upadku sił, można stosować na brzuch zimne okłady.

Przy *krwotoku z nosa* dozorczyńni podaje ocet z wodą (w równych częściach) dla wciągnięcia do nosa; jeżeli krwawienie nie ustaje potrzeba przywołać lekarza.

Pod nazwą *pleśniawek* czyli *ast* w ustach rozumieją drobne mlecznobiałe plamki na błonie śluzowej ust i gardzieli jakoteż na języku i dziąsłach, których przyczyną są pewne pleśniowe grzybki. Dozorczyńni powinna zwrócić uwagę lekarza, gdy dostrzeże to w ustach chorego przy ich oczyszczaniu. Zaleca się w tym wypadku częste płukanie ust środkami przez lekarza przepisanimi, wycieranie białawych plam łopatką lub kawałkiem suchej czystej gąbki, a także częste pędzlowania lekarstwem złożonem z rozcieńczonego kwasu solnego (1 gran) i miodu (20 granów), albo też roztworem boraksu (1 na 20).

Przylączające się *zapalenie płuc* lub *krtani* zdradza się ciężkim oddechem, kaszlem i wyrzucaniem plwociny; ta ostatnia może być krwawa i powinna być zachowana dla lekarza.

W razie *obrzmienia nóg* należy zachować mocz chorego do zbadania przez lekarza.

Z *ucha* może się pokazać *ropiasty wypływ*; objawia się to naprzód nieprzyjemną wonią z ucha i plamami na poduszce.

Nierzadko rozwija się w tyfusie *zapalenie ślinianki przyusznój* po jednej lub obu stronach twarzy, a zdradza się bolesnym obrzmieniem i bólem przy otwieraniu ust. Również na innych częściach ciała pacjenta mogą się pojawić obrzemia przechodzące w ropienie (t. zw. abscesy), które nie zawsze sprawiają ból i dla tego przezorna dozorczyń często pierwej je dostrzeże niż sam pacjent.

Na wszystkie te okoliczności dozorczyń powinna zwrócić uwagę lekarza, który nie może za każdym razem obejrzeć całego ciała chorego.

Leczenie tyfusu kąpielami i zimną wodą.

Zarazek tyfusowy wywiera niekiedy tak szybko wpływ rozkładający na krew, że wszelkie leczenie pozostaje bezskuteczne; wszelako zdarza się to rzadko. Większa część chorych pokonywa zaburzenia wywołane we krwi przez jad tyfusowy, jeżeli uda się zmniejszyć występującą przytém gorączkę, t. j. trwale podniesienie ciepłoty krwi i ciała i podtrzymać siły za pomocą odżywiania tak długo, dopóki jad tyfusowy nie zostanie wydalonym z ustroju i cierpiące organy nie powrócą do prawidłowej czynności. Z pomiędzy środków zmniejszających gorączkę, największy skutek przynoszą chłodne kąpiele i inne metody ochładzania ciała za pomocą zimnej wody, i to nie tylko dla utrzymania życia w ogóle, lecz także dla zapobieżenia ciężkim

przypadłościom i chorobom następczym o których była wyżej mowa. Jakkolwiek kierunek kuracyi zimną wodą należy do lekarza, to jednak czynność główna polega na dozorczyńni, której wydano szczególne rozporządzenie—i na której wielka w tym razie ciąży odpowiedzialność; za to jednak *dozorczyńni ma prawo i zadowolenie, iż w wypadkach takich znaczna część pomyślnego skutku i wyzdrowienie, jej zawdzięczyć należy.*

Podajemy tu wskazówki do kuracyi zimną wodą według *Liebermeister'a*.

Dla *dorostych* najodpowiedniejsze są *zimne kąpiele całego ciała*, mające 16° C. (20° C.); dla jednego chorego można użyć téj saméj wody do kilku kąpielei; wanna pozostaje w odstępach między kąpielami napełnioną a ciepłota odpowiadająca przybliżeniu temperaturze pokojowéj, może być doprowadzona do żądanego stopnia przez dolanie gorącej wody. Kąpiel trwa zwykle 10 minut. Jeżeli bardzo słabi pacjenci czują się niedobrze w kąpielu, nie mogą się po kąpielu rozgrzać lub opadają z sił, natenczas kąpiel ogranicza się do 7 lub 5 minut tylko. Krótkotrważąca taka kąpiel w każdym razie więcéj działa aniżeli długa kąpiel letnia. Bezpośrednio po kąpielu chorego zostawia się w spokoju i w tym celu bez wytarcia kładzie się go w łóżku zawiniętego w suche prześcieradło, które powinno być w nogach zwłaszcza cokolwiek ogrzane; przykrywszy chorego lekko, dajemy mu kieliszek wina, a dopiero po pewnym czasie kładziemy koszulę. Słabym chorym można podać wina także i przed kąpielą. U bardzo osłabionych pacjentów zaczyna się kąpiele od 28° R. (35° C.); a następnie obniża ciepłotę przez dodanie zimnej

wody, dopóki kąpiel nie zostanie doprowadzoną do 18° R. (22° C.).

W ciężkich wypadkach potrzeba wymierzać temperaturę ciała co dwie godziny (w dzień i w nocy) i powtarzać kąpiel skoro tylko ciepłota pod pachą podniesie się wyżej 39° C. Doświadczenie przekonało, że zmniejszające gorączkę działanie kąpeli najprędzej objawia się w tym czasie, w którym ciepłota ciała i bez kąpeli obniża się, a więc pomiędzy godziną 7 wieczorem i 7 zrana; w tym czasie niektórzy lekarze zalecają kąpiele już wtedy, gdy ciepłota pod pachą wzniesie się wyżej 38,5° C. Równie korzystnym dla działania kąpeli jest czas między 11 i 2 godziną w ciągu dnia. Dla osób otyłych kąpiel może być zimniejsza i dłuższa aniżeli dla szczupłych.

Dla *dzieci* przygotowuje się kąpiele mniej chłodne lub krócej trwające, a także przedewszystkiem dla nich kąpiele stopniowo ochładzane.

Większa część chorych doznaje w chłodnej kąpeli dosyć nieprzyjemnego wrażenia — tak że w wielu razach potrzeba namowy i rozsądnego przełożenia ze strony lekarza, aby chorego do takich kąpeli nakłonić, a zwłaszcza aby kąpiele byłybrane tak często jak tego potrzeba. Stopniowo jednak chorzy przyzwyczajają się, a osoby otaczające również przychodzą do przekonania, że kąpiele działają pomyślnie; zdarza się nawet, że sami pacjenci później domagają się częstych kąpeli.

Mówiliśmy już na str. 118 w jaki sposób należy osłabionych chorych kłaść i wyjmować z kąpeli.

Zimne zlewania i zimne obmywania są dla chorych o wiele przykrzejsze aniżeli kąpiele, a zarazem działanie ich pod względem ochładzania ciała

jest bardzo nieznaczne i przemijające. Natomiast skutecznymi okazują się *zimne zawijania* trwające 10—20 minut i jeżeli są prędko jedno za drugim kilkakrotnie powtarzane, będą mogły zastąpić chłodne kąpiele zwłaszcza u dzieci i osłabionych chorych. Przytém należy zawijać tylko tułów, nogi zaś zostawić wolne i przykryć je wełnianą kołdrą.

Bardzo *zimny napój*, zwłaszcza częste polykanie kawałeczków lodu, przyczynia się także do obniżenia ciepłoty ciała.

Pielęgnowanie chorych tyfusowych w okresie zdrowienia (rekonwalescencji).

Tyfus można uważać za ukończony, gdy chory cały tydzień przebył bez gorączki. Powrót do zdrowia czyli zdrowienie (rekonwalescencja) odbywa się niezmiernie powoli po ciężkich wypadkach tyfusu, często jednak również i po wypadkach lżejszych. *Człowiek wracający do zdrowia po tyfusie potrzebuje wyjątkowo haczego pielęgnowania*; zbyt wczesne i za długie siedzenie, dłuższa zabawa, silny łoskot, jaskrawe światło,—wszystko to mu szkodzi. Nie można pozwolić aby sam wstawał z łóżka lub sam wychodził do kloaki; zdarzały się bowiem wypadki ciężkich omdleń, nawet śmierci wskutek porażenia serca z powodu wysilenia przy chodzeniu lub nadymaniu się przy oddawaniu stolca. Mózg i serce rekonwalescentów po tyfusie potrzebują często długiego czasu zanim powrócą do pierwotnego stanu i wzmocnią się należycie. Nierzadko zdarzają się lekkie bredzenia bez gorączki, zwłaszcza wieczorem przed zaśnięciem i niekiedy także

w okresie zdrowienia po tyfusie rozwijają się nagle obłądy z nieprzepartą skłonnością do samobójstwa, nieuzasadnione uczucia obawy, których rekonwalescenci starają się uniknąć nieraz przez wyskoczenie oknem, a nawet zupełny obłąd tygodnie i miesiące trwający, który jednak zawsze ustępuje.

Przedewszystkiem baczyć należy na dyjetę rekonwalescentów, u których pojawia się niekiedy szalony głód, tak że jedliby wszystko co im w ręce wpadnie. W tym razie zaburzenia trawienia mogą pociągać za sobą nader zgubne następstwa: mogą pojawić się krwotoki kiszkowe i rozwolnienia, sprządzające na nowo wycieńczenie sił.

Wiele części ciała a zwłaszcza mięśnie (mięso) oraz tłuszcz ulegają w przebiegu tyfusu przez rozpad częściowemu zniszczeniu, tak że podczas rekonwalescencji muszą się na nowo wytworzyć. Nierzadko się zdarza, że ludzie młodzi, wąтли, po szczęśliwem przebyciu tyfusu nabierają ciała i tłuszczu i stają się tęższymi niż byli przed chorobą, a nawet niekiedy zyskują na żywości i humorze.

Cholera.

Cholera azjatycka zarówno jak tyfus nie jest zaraźliwa bezpośrednio; zarazek wywołujący chorobę rozwija się dopiero w wypróżnieniach stolcowych i wymiocinach. Każda kloaka do której wylano nieodwietrzone (niezdezynfekowane) wypróżnienia choleryczne, może stać się źródłem zarazy dla wielu osób, zwłaszcza w źle utrzymanych hotelach, restauracjach i stacjach drogi żelaznej; osoby które podległy wpływowi zarazka,

swojami wypróżnieniami zarażają znowu inne wychodki i w ten sposób rozszerza się choroba, której jad również jest wytworem niezmiernie drobnych roślinek („grzybków“), widzianych zaledwie przy pomocy mikroskopu. Szerzenie się choroby odbywa się nieraz nader szybko w miastach i dzielnicach gęsto zaludnionych.

Gdyby każdy człowiek stanowił równie dobry grunt dla owych grzybków cholerycznych, natenczas daleko obszerniej i szybciej rozprzestrzeniłyby się epidemiczne wypadki cholery, które najczęściej występować zwykły letnią porą. Zarazek choleryczny kiełkuje daleko łatwiej i prędszej (w 2 — 3 dni) aniżeli zarazek tyfusowy (ten bowiem rozwija się w 2 — 3 tygodni); zachowują się one pod tym względem jak nasiona rzeżuchy i trawy. Większe niebezpieczeństwo rozszerzania się cholery leży także w tem, że wypróżnienia chorych na cholere są częstsze i rzadsze (podobne do wody ryżowej), a prócz tego chorzy bardzo wiele wymiotują. Jad choleryczny rozszerza się również i w wymiocinach (w chwili oddania wymiocin nie ma go tam jeszcze, lecz powstaje po 1 — 2 dni, podobnie jak w wypróżnieniach stolcowych). Z powodu, że wypróżnienia choleryczne górami i dołem są bardzo rzadkie (płynne), przeto przy oddawaniu łatwo rozbrzgują się na pościeli i dokoła łóżka, — a że u ludzi biednych nie można pościeli ciągle zmieniać, przeto wypróżnienia te wysychają, a w tym stanie z pyłem unoszą się w powietrze i nader często zarażają zwłaszcza praczki biorące bieliznę do prania.

Z tego co powiedziano wynika samo przez się, w jaki sposób należy zapobiegać szerzeniu się cholery, lecz zarazem okazuje się, dla czego w obec

niemożności zastosowania odpowiednich ostrożności, całe rodziny i domy zapadają i nawet wymierają na cholere.

Wszystko co w tym względzie było powiedziane przy tyfusie, zastosowane być powinno w cholercze z podwójną energiją; ważną nader jest rzeczą, aby zanieczyszczona bielizna natychmiast wkładana była w naczynie z ługiem.

Cholera występuje niekiedy nagle i zaczyna się silnemi wymiotami i rozwolnieniem, którym towarzyszy niestosunkowo szybki upadek sił. Dla uspokojenia wymiot najskuteczniejszymi okazało się połykanie kawałeczków lodu i picie zimnej wody gazowej (wody sodowej), a w braku tego proszki burzące z wodą lodową; chorego kładziemy do łóżka; rozgrzewamy, podając przytęm wino, koniak z zimną wodą sodową, krople Hoffmann'a i t. p. Dalsze leczenie należy już do lekarza.

Cholera występuje z bardzo rozmaitem natężeniem, raz nader lekka i przemijająca, to znowu bardzo ciężka zabijająca w kilka godzin. Jeżeli człowiek przebył ciężką cholere, to jad choleryczny sprowadza niekiedy w jego organach podobne zniszczenia jak jad tyfusowy i w tym razie z cholery rozwija się stan podobny do tyfusu (tyfus choleryczny), chorzy tacy muszą być pielęgnowani z nadzwyczajną troskliwością, według wskazówek podanych przy tyfusie.

Dysenteryja.

Dysenteryja występująca u nas zwłaszcza w gorącej porze roku z przyczyn niezawsze wiadomych, jest zapalnym cierpieniem dolnego odcinka kiszek.

Nie jest ona również bezpośrednio zaraźliwa i rozszerza się prawdopodobnie w takiż sposób jak cholera i tyfus za pośrednictwem wypróżnień. Do bardzo szerokiego rozpostarcia się dysenteryi potrzeba jednak niezmiernie gęstego skupienia ludzi i nader niepomyślnych stosunków pogody i odżywiania, jakie występują zwykle np. w wojskach podczas wojny.

Odwietrzanie (dezynfekcja) wypróżnień odbywać się powinno w sposób podany wyżej. W nagłych wypadkach dysenteryi, rozpoczynających się silnemi często boleściami brzucha i bezustannem pozywaniem na stolec, przyczem za każdym razem wydała się bardzo mała ilość złożona ze śluzu, krwi, ropy, mas podobnych do sago i zgorzelinowych strzępków,—należy chorego położyć do łóżka i zalecić mu zupełny spokój. Ciepłota w pokoju powinna wynosić 15 — 16° R. Pożądane są dwa łóżka na zmianę. Za napój podaje się letni klejek jęczmienny i owsiany, emulsyję migdałową (orszadę); w braku apetytu i przy wymiotach nic innego. Jeżeli nie ma wymiot i łaknienie się pojawi, można także podawać mleko, mocny rosół, żółtko jaja. Silne boleści brzucha (kolki) łagodzi się gorącemi okładami; przy bolesnem pozywaniu na stolec i wydymaniach skutecznie działają ławatywy krochmalowe z kilkoma kroplami opium (*Tinctura opii*). Dalszém leczeniem kieruje lekarz.

Choroby zaraźliwe bezpośrednio (jednej osoby od drugiej).

Do nich należą: *Tyfus płamisty*, *Tyfus powrotny*, *odra*, *rubcola*, *szkarlatyna*, *ospa*, *koklusz* i *bionica* (difteryja).

O pielęgnowaniu chorych zapadłych na wymienne choroby nie mamy wiele do powiedzenia, z wyjątkiem błonicy, o której jeszcze oddzielnie będzie mowa. Są to choroby mniej lub więcej ciężkie, ostre, z gorączką połączone, które powstają wskutek dostania się do ustroju pyłkowatych zarazków (prawdopodobnie także najdrobniejszych grzybków) i w których jad chorobowy ciągle wytwarza się na nowo w pokoju chorego, przez co zaraźliwość tych chorób i zdolność szerzenia się jest bardzo wielka. Można się nawet dziwić raczej temu, że choroby o których mowa niekiedy zupełnie ustają, aniżeli temu, iż się szerzą. Możliwym jednak jest, że po upływie pewnego czasu grzybki będące przyczyną chorób tracą zdolność dalszego rozmnażania się. Ponieważ człowiek nie stanowi właściwie gruntu do rozwoju owych roślinek, przeto możliwą jest rzeczą, iż dalsze ich generacje, zmuszone żyć ciągle tylko sokami człowieka, stają się coraz słabszemi i nakoniec zupełnie tracą zdolność rozmnażania się.

Chwilowo zostawiamy na boku błonicę (dyfteryję), która, jak powiedziano, wiele przedstawia odrębności. Wiadomą jest rzeczą, iż rubeola i szkarlatyna najczęściej napadają dzieci i szczególnie łatwo także dzieci zarażają; wiemy także, iż wiek nie zabezpiecza od tyfusu plamistego, powrotnego i ospy. Niemniej téż wiadomo, że te same osoby nietłw zapadają drugi raz na chorobę już przebytą, czyli że jednorazowe przebycie jednej z chorób w mowie będących, chroni do pewnego stopnia od ponownego jej wystąpienia.

Dozorczyni która sprawiała obowiązki swego powołania w oddziałach dzieciennych, z własnego do-

świadczenia będzie posiadała pewne wiadomości o tych chorobach.

Matki rodzin zapewne chciałyby cokolwiek usłyszeć o sposobie rozpoczynania się *odry*, *rubeoli*, *szkarlatyny* i *ospy*. Otóż wiedzieć najprzód powinny, że rozpoznanie tych chorób w samych początkach nie jest rzeczą tak prostą jakby się komu zdawać mogło. Wszystkie bowiem te choroby zaczynają się mniej lub więcej silną gorączką; we wszystkich pojawiają się najprzód czerwone plamki na skórze i nawet doświadczony lekarz może znaleźć trudności w rozpoznaniu z którą z tych chorób ma w razie danym do czynienia, jeżeli nie będzie się kierował innemi w swój praktyce jednocześnie zdarzającemi się wypadkami. Za ogólne prawidło uważać należy, że każde dziecko mające gorączkę—powinno być do łóżka położone.

W *odrze* pojawia się wkrótce po wystąpieniu gorączki zaczerwienienie oczu, łzawienie, wrażliwość na światło, częste kichanie, nieżyt nosa („katar“), kaszel; w 4 lub 5 dni po wystąpieniu gorączki pokazuje się wysypka w postaci drobnych czerwonych plamek i maleńkich guziczków, najprzód na twarzy, następnie na tułowiu, rękach, a nareszcie na nogach.

Objawy w *rubcoli*, najłżejszej i najprędzej przemijającej ze wszystkich ostrych wysypek skórnych, są bardzo podobne do objawów *odry*, wszelako czerwone plamki występują prawie jednocześnie z lekką zwykle gorączką; czasami zupełnie gorączki niema. Dzieci zwykle tak mało cierpią, że nie potrzeba ich kłaść do łóżka.

Jakkolwiek wiele wypadków *szkarlatyny* przebiega bardzo lekko, to jednak choroby tej najwię-

cój się obawiają zarówno u dzieci jak i u dorosłych osób, mianowicie z powodu nierzadkiego jój powikłania z błonicą (dyfteryją). Gorączka początkowa jest zwykle bardzo silna w szkarlatynie i towarzyszą jej kłujące bóle w gardle, silny ból głowy, senność lub bezsenność, niekiedy wymioty i drgawki (konwulsyje). Plamiste zaczerwienienie twarzy pojawia się zwykle już w pierwszym, najpóźniej w drugim dniu gorączki, najprzód na szyi, piersiach, rękach, udach, później rozpościera się na całe ciało i połączone bywa często z silnym paleniem i swędzeniem skóry. W nowszych czasach zaczęto stosować w szkarlatynie to samo leczenie kąpielami, chłodnemi zawijaniem, polewaniami i obmywaniami, jak w tyfusie, odsyłamy więc czytelnika do odpowiedniego paragrafu (str. 184). Bardzo przykre niekiedy swędzenie ciała łagodzi się częstemi obmywaniami, częstą zmianą bielizny, częstym zmienianiem łóżka. Niektórzy lekarze zalecają częste nacierania słoniną i oliwą, co ma także łagodzić swędzenie. Nacierania te jak i obmywania wykonywać należy kolejno na różnych częściach ciała. Jeżeli wystąpi błonica (dyfteryja) w nosie i w gardle, to należy postępować jak w innych wypadkach samoistnej błonicy, o czém później.

U człowieka występują rozmaite rodzaje *ospy*, mianowicie lekka forma—*ospa wietrzna* (*varicella*), *ospa cięższa* (*variolois*) i najcięższa forma *ospy „naturalnej“* (*Variola*).

Ospa wietrzna jest lekką chorobą. Gorączki i objawów zwiastunowych („prodromów“) brak często zupełnie; drobne czerwone rozsiane i nieliczne plamki pojawiają się na piersiach, szyi, twarzy, rękach

i nogach, zamieniając się drugiego dnia na drobne pęcherzyki, które na czwarty lub piąty dzień już przysychają. Niekiedy w całym przebiegu nie pojawia się gorączka, w innych wypadkach podniesienie się ciepłoty ciała jest nieznaczne, pojawia się przemijający ból gardła i po kilka pęcherzyków na podniebieniu i języku. Dzieci mające ospę wietrzną powinny pozostać w domu, lecz nie potrzebują leżeć w łóżku, jeżeli nie ma gorączki.

Jeżeli kto uległ zarażeniu jadem prawdziwej (*naturalnej*) ospy, to początkowa gorączka zwykle występuje dopiero po 10—13 dniach, wszelako już w tym czasie wylęgania się choroby (inkubacyjny okres) może wystąpić zawrót głowy, rozłamanie, bóle głowy i krzyża. Nierzadko choroba rozpoczyna się silnym dreszczem wstrząsającym, lub powtarzającymi się mniejszemi dreszczami (ziębieniami) przy wysokiej ciepłocie ciała; przytem istnieje brak apetytu, nudności, odbijania, nawet wymioty, stale silny ból głowy i krzyża, niekiedy bredzenia i ciągnące, szarpiące bóle w rękach i ramionach. W pewnych wypadkach już w tym okresie choroby pojawiają się czerwone plamki na skórze podobne do odrowych lub szkarlatynowych, niekiedy także drobne rozsiane krwawe punkciki (*petecie—petechiae*). Około trzeciego dnia po wystąpieniu gorączki pokazuje się wyraźna wysypka ospowa, mianowicie czerwone guziczki najprzód na twarzy, potem na tułowi, a następnie na innych częściach ciała występujące, które zamieniają się na pęcherzyki, a wreszcie na pryszczę ospowe ropiaste.

Ospa naturalna może przebiegać bardzo rozmaicie; w pewnych wypadkach ilość pryszczów jest nader nieznaczna, w innych znowu tak wielka, że

zaledwie można rozróżnić granice jednego pryszcza od drugiego; pryszcze oddzielne mogą także zagłębiać się w skórę mniej lub więcej, od czego zależy, iż pozostają po ospie głębokie dolki t. j. bliźny („dzioby“), albo płaskie zagłębienia lub też żadne ślady nie zostają. Leczenie ospy kąpielami i wilgotnemi zawijaniem ciała znajduje obecnie wielu zwolenników między lekarzami.

Mamy w naszej mocy ważny, jakkolwiek nie zawsze absolutnie pewny środek ochronny od ospy a tym środkiem jest *szczepienie krowianki*. Tylko ten kto nie zna historyi zabójczych epidemij ospy przed wprowadzeniem ogólnego szczepienia i przez to nie jest w możności ocenienia i porównania obecnego daleko mniejszego niebezpieczeństwa tej choroby, — tylko ten, powtarzamy, może w zaślepieniu występować przeciwko szczepieniu. Siłę ochraniającą szczepienia oceniają na przeciąg 7 lat. Dozorczyńie i lekarze mający wiele zetknięcia z chorem na ospę, nie łatwo zapadają na tę chorobę.

Chorobą przeważnie występującą u dzieci, ale przenoszącą się nietylko na dzieci, lecz i na dorosłych, jest *koklusz* (krztusiec). Dotychczas nic pewnego nie wiemy, jakiego rodzaju jest zarazek kokluszowy; wielce jednak jest prawdopodobne, że wykaszlany i zwymiotowany śluz (plwocina) zawiera w sobie ów zarazek, z którego to powodu bezpieczeństwo nakazuje nie używać zanieczyszczonych chustek należących do chorego na koklusz. Wszelako trudno byłoby dowodnie przekonać, że zarazek przywiązany jest tylko do plwociny. W początkach choroby dzieci kaszlą tak jak przy zwy-

czajnym „katarze“, t. j. kaszel nie odznacza się szczególnymi właściwościami; okres ten początkowy trwa 1—3 tygodni. Później występują właściwe napady kokluszowego kurczowego kaszlu, połączonego ze szczególnym dźwiękiem i kończącego się zazwyczaj krztuszeniem i wymiotami, przyczem wydalony zostaje lepki gęsty śluz. Dzieci w takich napadach okazują przerażenie i doznają duszności, sinieją na twarzy, przyczem nawet oczy podbiegają krwią; również do śluzu wykaszlanego może być przymieszana krew. Powodem napadów kaszlu bywa prędkie jedzenie i polykanie, krzyk, bieganie, wszelako napady występują również w nocy i wywołane zostają zapewne przez ślinę i śluz dostający się z ust do krtani. Zwykłą rzeczą jest 20—30 napadów kaszlu w przeciągu dnia, wszelako na szczycie choroby może ich występować nawet 60—80. Okres kurczowy koklusz trwa zwykle 4—5 tygodni, poczem jeszcze przez 1—2 tygodni przeciąga się choroba stopniowo ustępując.

Do lekarza należy zalecić odpowiednie środki apteczne. Pragnęłoby się najwięcej przynieść ulgę dzieciom podczas strasznych napadów kaszlu, a jednak niewiele można wtedy zdziałać. Należy dziecku głowę podtrzymać, dla ułatwienia krztuszenia i wymiot, a także chustką wydobyć śluz gęsty z jamy ustnej. Większym dzieciom zakazujemy krzyczeć i dokazywać — w ogóle wszystkiego co może wywoływać napady kaszlu. W nocy urządzamy dziecku pościel z głową wysoko leżącą. Osoby dorosłe uczą się własnem doświadczeniem skrócenia napadów kaszlu przez jaknajradsze i powierzchniowe oddychanie (wdychanie) w samym początku napadu. W razie grożącego zaduszenia pod-

czas napadu wprowadza się palec głęboko do ust chorego i naciska nasadę języka ku dołowi. Koluszk zazwyczaj przebiega bez gorączki i dla tego lepiej dzieci nie więzić w łóżku, a przeciwnie wprowadzać je na wolne świeże powietrze i prócz tego kilka razy zmienić miejsce pobytu.

Szczególnie troskliwe i baczne pielęgnowanie konieczne jest u chorych na *blonicę* (dyfteryję). Choroba ta, występująca samoistnie, a także w połączeniu ze szkarlatyną, rzadziej zaś z odrą, tyfusem, rozszerzyła się w ostatnich latach dosyć znacznie i w Wiedniu, jednakże o wiele mniej rozległe aniżeli w innych wielkich miastach (Berlin, Paryż, Petersburg, Londyn).

Żaden wiek nie jest zabezpieczony od błonicy, ani chata biedaka, ani pałace nie są pod tym względem wyłączone, wszelako najczęściej podlegają tej chorobie dzieci rodzin żyjących w skupieniu w złych i wilgotnych mieszkaniach, gdzie nie-rzadko dwoje lub troje dzieci sypia w jednem łóżku na zgnitłej słomie. W takich złych warunkach zaraza szerzy się najłatwiej i zabijająco; dzieci źle żywione, nieczysto utrzymane najslabiej opierają się chorobie.

Wykluczyć z naszego opisu jesteśmy zmuszeni błonicę występującą na ranach, a zajmiemy się tylko *blonicą gardła, krtani i nosa*. Zarazek błonico-
wy stanowią również najdrobniejsze, tylko przy pomocy mikroskopu widzialne zarodniki grzybkowe (grzybki), które znajdują pomyślny grunt do swego kiełkowania i rozwoju, przedewszystkiem w gardle, na t. zw. zastronie podniebiennój i na

migdałach. Choroba ogranicza się z początku do tych najprzód zarażonych miejsc; następnie w kilka godzin lub dopiero po kilku dniach występuje gorączka i inne zjawiska, dowodzące, że jad wytworzony przez grzybki błonicowe przy ich wzroście przenikł do krwi. Są jednakże wypadki, w których wcale nie występują objawy ogólne i choroba pozostaje czysto miejscową. Zarazek czepia się przedewszystkiem łatwo dzieci, a mianowicie osadza się na błonie śluzowej gardła zupełnie dotychczas zdrowej; prócz tego jednak usadawia się i u dorosłych osób, zwłaszcza gdy błona śluzowa gardła nie jest zupełnie zdrową. Wydzieliny błon śluzowych zajętych błonicą są w wysokim stopniu zarażające; stąd to przez rozbryzganie śluzu i śliny przy kaszlu, przez zetknięcie w pocałunku z dzieckiem chorą na błonicę, zarazek przenosi się na innych członków rodziny. Niemniej także śluz wypływany w chustkę lub na łóżko zachowuje *niekiedy* siłę zarażającą i zaschnięty dostawszy się do powietrza, a stąd w *większej ilości wciągnięty* przy oddychaniu, może *prawdopodobnie* wywołać błonicę. W ten sposób zdawałoby się, że choroba ta nigdy wygasnąć nie może i że jej rozprzestrzenienie powinno być rozleglejsze niż jest w rzeczywistości; i tak byłoby bezwątpienia, gdyby nie ta okoliczność, że niezliczoną liczbę razy błonicowy zarazek zostaje z ust wypłukany, połknięty, strawiony i wydalony na zewnątrz zanim jest w stanie uczepić się w gardle, i gdyby nie to, że, jak w innych chorobach zaraźliwych, potrzeba szczególnych właściwości osobistych do tego, by zarazek osiadł i znalazł sprzyjające warunki do dalszego rozwoju we krwi. Dotychczas niewiadomo na czem polega

osobista wrażliwość, a z drugiej strony osobista odporność na działanie zarazków. Wielu lekarzy i dozorczyń (matek, krewnych i zawodowych dozorczyń) padło ofiarą poświęcenia przy spełnianiu obowiązków swego powołania wskutek zarażenia się błonicą,—wszelako trudno nie przyznać, że niejedną popełniono nieostrożność, zwłaszcza zanim się przekonano, że możebne jest zarażenie przez dotknięcie ustami. Gdyby zarażenie przez rozpylony zarazek błonicowy było łatwe, musielibyśmy spotykać o wiele rozleglejsze rozprzestrzenienie tej choroby, a przedewszystkiem powinnyby zarażać się najprzód lekarze i dozorczyńie;—tymczasem ma to miejsce daleko częściej w tyfusie płamistym i powrotnym aniżeli w błonicy (dyfteryi).

O ogólnych prawidłach ochrony od chorób zaraźliwych będziemy jeszcze mówili później. Tu jednak odnośnie błonicy musimy zaznaczyć, że w obec pewnych wiadomości jakie nauka zdobyła we względzie sposobu osadzania się zarazka (c o n t a g i u m), można nie jedno zdziałać dla ochrony osób nie mogących uniknąć zetknięcia z choremi na błonicę. Tu należy przedewszystkiem *unikanie bezpośredniego dotykania się własnymi ustami ust chorego* i zachowanie ostrożności, aby do naszych ust nie dostało się cokolwiek przy zakaszaniu się lub kichnięciu chorego na błonicę. Gdyby taki wypadek się zdarzył jednak, należy niezwłocznie wypłukać usta roztworem kwasu salicylowego (1 cz. na 100 cz. wody), nadmanganianu potasowego (rozpuszcza się 2—3 kryształków w szklance wody), lub też chloranu potasowego (5 na 100). Nawet nie będąc wystawionym na bezpośrednie zetknięcie z chorym, dobrze jest robić płukania takie co dwie go-

dziny, jeżeli mamy potrzebę znajdowania się w jego towarzystwie.

Czytelniczki zapewne chciałyby dowiedzieć się po czém się poznaje początki błonicy, albowiem na mocy tego co było powiedziane jasnym jest, iż w chorobie której pierwszy punkt zaczepienia się w ciele jest tak widoczny jak w błonicy, zwalczanie choroby w samym początku jest możebne i wielkie posiada znaczenie.

Przy typowym rozwoju błonicy dostrzegamy w początkach białawe plamki na podniebieniu, w gardle lub na migdałkach; na kilka tylko godzin przedtém występują niekiedy słabe kłujące bóle w gardle; gorączka początkowa może nie istnieć wcale lub też może być nieznaczna w ciężkich nawet wypadkach. Plamki zrazu srebrzysto białe, prawie przeświecające, stają się wkrótce mętno białemi, mlecznemi i rozszerzają się, następnie bł. śluzowa dokoła plam przybiera ciemno czerwone zabarwienie, plamy zaś oddzielają się później w postaci mniej lub więcej grubych błonek. Podczas gdy wypadki tego rodzaju z łatwością dają się rozpoznać, zdarzają się inne bardzo trudne do rozpoznania jako błonica, a nawet niemożebne do określenia, gdyż przy wniknięciu do gardła małej ilości zarazka niezbyt silnego, u człowieka mało usposobionego do błonicy, choroba cała może się ograniczyć na lekkim plamistem zaczerwienieniu błony śluzowej gardła i lekkich kłujących bólach. Możliwe jest także że i później nie występują wcale białe plamy i chory przychodzi do zupełnego zdrowia po kilku dniach na pozór zwykłego lekkiego zapalenia gardła. Jeżeli coś podobnego zdarzy się u osób mających do czynienia z cho-

remi na błonicę, to zawsze jest wielce prawdopodobnym, że mamy do czynienia z lekkim zarażeniem.

Rozstrzygnięcie pytania czy takie zapalenie gardła jest pochodzenia błonicowego czy też zależy od prostego zaziębnienia, będzie dla samego chorego rzeczą obojętną, ale nie dla osób otaczających, albowiem te lekkie wypadki nie są zgoła mniej zaraźliwe aniżeli wypadki ciężkie. Dla bezpieczeństwa potrzeba zatem, aby chory na „kataralną błonicę“ przy zetknięciu ze zdrowymi, zwłaszcza przy dotykaniu się ustami, zachowywali te same ostrożności co pacjenci z wyraźną błoniastą i plamistą dyfteryją; trzeba im więc zalecić staranne i częste płukanie ust, nietylko dla ochrony własnego zdrowia, lecz także aby na inne osoby zarazka nie przenieśli. W wypadkach takich zaleca się wszelkie ostrożności raz dla tego, że z zaniedbanego kataralnego zapalenia gardła przy dłuższem jego trwaniu i przyłączeniu się innych szkodliwości (jak ciągle mówienie, krzyk, zaziębnienie) może po kilku dniach rozwinąć się ciężka forma zapalenia błonicowego,— drugi raz dla tego, że proste zaczerwienienie gardła bez widocznych plam nie wyłącza, iż złowrogie plamy i błony nie znajdują się po za zasłoną podniebienia wysoko w gardle i w tylnych nozdrzach (otworach nosowych tylnych), z kąd dopiero później mogą się rozszerzyć na przednią stronę zasłony podniebiennój. Takie ukryte siedlisko błonicy zdarza się szczególnie często przy szkarlatynie.

Głównem zadaniem dozorczyńi jest *oczyszczanie gardła i ostrożne oddzielanie błon rozwijających się z białych plam i skłonnych do szybkiego rozpadu* (gni-

cia). Środkami do tego zmierzającymi są: oczyszczanie i pędzlowanie miejsc zajętych błonicą, częste płukanie gardła bez wysilania organów szyjowych przez zbyt forsowne ruchy przy płukaniu; dalej wstrzykiwania do nosa w celu wydalenia gromadzącego się tam śluzu, wziewania (inhalacje) pary wodnej w celu rozmiękczenia tkanek stężałych w skutek zapalenia, przez co ułatwia się oddzielenie błon dyfterytycznych.

O tém wszystkiem była mowa już w rozdziale trzecim. Ważną rzeczą jest w błonicy gardła strzedz się poranienia i rozkrwawienia zajętych miejsc przy manipulacjach w gardle przedsiębranych. Narzędzia używane do opatrunku powinny być ciągle zanurzone w 3^o/_o roztworze kwasu karbolowego, a po użyciu oplukane i znów włożone do takiegoż kwasu; zanieczyszczone gąbki i watę należy natychmiast palić.

Lekarzowi pozostawia się zalecenie środków aptecznych używać się mających do płukania, pędzlowania i wstrzykiwania. Dodamy tylko kilka uwag dotyczących tego przedmiotu. Nie brak środków do usunięcia choroby w samych jej początkach, wszelako najsilniejsze z tych środków są zarazem środkami mocno żrącymi (kaustycznymi) i mają być używane z wielką tylko ostrożnością do przypalania i pędzlowania pędzelkiem dobrze wyciśniętym lub kawałeczkami gąbki; albowiem w razie gdyby kropla takich żrących środków wpadła do krtani lub tchawicy (co zdarzyć się może prędzej w tych warunkach z powodu sztywności i trudnej ruchliwości organów, aniżeli w stanie zdrowia)— mogłaby wywołać bardzo groźne zapalenie tych części, a zatem spotęgować jeszcze niebezpie-

czeństwo. Do płukania gardła i do wstrzykiwań do nosa, jakoteż do wziewań (inhalacyj) można używać tylko tak słabych roztworów owych środków żrących, aby nie przyniosły żadnej szkody, nawet w tym razie gdyby cośkolwiek z nich dostało się do tchawicy;—co przy wziewaniach zawsze ma miejsce, a nawet w pewnych wypadkach tak być powinno. Nadzwyczajne trudności, niekiedy nie dające się pokonać przedstawia miejscowe leczenie błonicy gardła u małych dzieci. Już bowiem u dorosłych potrzeba zręczności, by przy pomocy zgiętych cążków utrzymujących kawałeczki gąbki lub kulkę z waty, oczyścić przestrzeń po za zasłoną podniebienną, sięgając przy tém ku górze w kierunku przejścia zasłony w tylne nozdrza. Niemniej trudności przedstawia przyzwyczajenie dorosłego chorego, aby przy wstrzykiwaniach do nosa język ku tyłowi wcisnąć, by płyn nie dostawał się do gardzieli i tchawicy a tylko do jamy ustnej spływał i ztąd na zewnątrz mógł być wydalany. U dzieci wszystko to jest niemożliwe do skutecznienia. Ponieważ, jak było powiedziane, używać można przy błonicy tylko słabych roztworów skutecznych środków lekarskich, przeto pożądaną rezultat otrzymać się daje jedynie przez *bardzo częste stosowanie* tychże, to znaczy w odstępach pół—jedno i dwugodzinnych, stosownie do natężenia choroby w danym wypadku. Dla chorego jest to rzecz bardzo przykra, a matki, którym przychodzi wykonywać te operacyje, nie tylko prędko same się męczą zwłaszcza gdy nie widzą natychmiastowej pomocy, lecz także często nie mogą się zdecydować sprawiać tak często przykrość swemu ukochanemu dziecięciu, opuszczają ręce i straciw-

szy nadzieję poddają się beczynnój rozpacz. Obowiązkiem jest sumiennój dozorczyńi zarówno jak i lekarza, do ostatniej chwili życia pacyenta robić wszystko co wedle doświadczenia może pomódz, jakkolwiek nagrodą za trudy i usiłowania w tój jak i innych równie ciężkich sprawach chorobowych bywa częstokroć tylko przeświadczenie o sumienném spełnieniu obowiązku.

Jeżeli błonica gardła i nosa kończy się śmiercią, to przyczyną jest zatrucie krwi, które spowodza zejście fatalne (niekiedy wskutek nagle następującego porażenia serca przy objawach upadku sił), jeżeli nie rozwinęło się zabójcze zapalenie mózgu lub płuc. Zdarza się jednak inna jeszcze przyczyna śmierci, którą możemy niekiedy usunąć przez szybką i energiczną pomoc. Przyczyną tą jest *zaduszenie przy przejściu błonicy gardła na krtani i tchawicę*, przyczém drogi te powietrzne zatkałe zostają błonami o jakich była mowa.

W takim wypadku, który tylko lekarz ocenić może, zapobiega się zaduszeniu przez rozcięcie dróg powietrznych (tracheotomija) usunięcie błon i włożenie rurki (kaniuli); operacją tą można niekiedy dziecko uratować, jeżeli jego organizm oprzeć się potrafi zatruciu krwi lub jeżeli nie nastąpi śmierć wskutek rozszerzenia się błonicy na płuca. Po wykonaniu tracheotomii dozorczyńi ma do spełnienia ważne czynności. Włożona rurka tracheotomiczna przez którą chory oddycha dopóki drogi powietrzne w górze nie staną się wolnemi, zatyka się łatwo niewykaszanemi błonami i zasychającym śluzem. Otóż przy oczyszczaniu rurki, złożonej z dwóch części wsuwających się jedna w drugą, wyjmuje się rurka wewnętrzną, oczyszcza chorągiewką pió-

ra, przestrzykuje 3% roztworem kwasu karbolowego i wkłada napowrót. Tworzeniu się twardych bryłek śluzu w rurce zapobiegają częste wzięwania gorących par, zaś dostęp pyłu do rurki wstrzymać się daje za pomocą gazy na rurkę położonej. Jeżeli mimo kilkakrotnego oczyszczenia rurki oddychanie nie staje się swobodnym, to należy przywołać lekarza.

Zdarza się jeszcze mniej ciężka forma błonicy nazywana *krupem*, który zaczyna się w krtani i połączony jest ze szczególnym szczekającym kaszlem. Stopniowo rozwija się duszność a nareszcie obawa zaduszenia; przytém gardło może być niezajęte błonicą i pozostać takim. Krup zabiera wiele ofiar z pomiędzy dzieci, zwłaszcza wskutek rozprzestrzenienia się zapalenia na płuca; — niebezpieczeństwo zatrucia krwi jest jednak w krupie o wiele mniejsze aniżeli w ciężkich wypadkach błonicy gardła, i dla tego chorych na krup często można uratować operacją przecięcia tchawicy (tracheotomija).

Przepisy zachowania ostrożności w chorobach epidemicznych i zaraźliwych.

Odkąd nauka zdobyła więcej wiadomości o sposobie zarażania się, można też o wiele dokładniej sformułować przepisy zachowania się w celu uniknięcia zarazy. Zapobieżenie nowopowstawaniu epidemij i ich roznoszeniu w części tylko leży w mocy władz państwowych; w wieku bowiem kolei żelaznych i osobistój swobody niepodobna myśleć o bezwarunkowém odosobnieniu czyli zamknięciu wszystkich ognisk zarazy. Jeżeli pomimo to faktem jest, że epidemije najcięższych chorób nigdy w naszych czasach nie sprowadzają takich zniszczeń

jakie morowa zaraza (dżuma) i „czarna śmierć“ w wiekach średnich sprawiała niejednokrotnie, to powodem są głównie lepsze stosunki sanitarne miast, a także racjonalne przepisy i środki jakich chwytają się władze oraz pojedyncze osoby w walce z owymi najdrobniejszymi roślinkami czyli grzybkami, które sprowadzają choroby zaraźliwe. Wszyscy jesteśmy poddanymi przyrody. Istota jedna walczy z drugą o swój byt, o pożywienie. W ogólności dotychczas człowiek wychodził zwycięsko z tej walki, i dlatego nazywają go panem stworzenia.

Kto chce być zdrowym nie wybierze miejsca zamieszkania w okolicy, w której panuje gorączka bazienna (malaryja); jeżeli naturalnie może dowolnie wybierać. Podobnie ludzie zamożniejsi opuszczają miasto, w którego gruncie rozwija się mnóstwo grzybków tyfusowych i wydostaje na powierzchnię. Kto chce uniknąć cholery powinien opuścić miasto w którym choroba ta panuje i nie wracać dopóki zupełnie nie wygaśnie. Chcąc uniknąć zarażenia się odrą, *rubeolą*, szkarlatyną, ospą, błonicą, kokluszem, należy trzymać się zdala od domów a zwłaszcza od mieszkań w których znajdują się chorzy na te choroby. Wszystko to jest tak jasne jak rada, żeby w celu ustrzeżenia się od kuli nie chodzić tam gdzie kule latają.

Inaczej rzecz się ma z ludźmi, których stosunki przywiązują do miejsca i zmuszają do obcowania z chorem na choroby zaraźliwe— a więc z lekarzami, dozorczykami. Co do tego mówiliśmy już o najważniejszych środkach ostrożności przy opisie oddzielnych chorób, wszelako streścimy je tu raz jeszcze.

Zarażenie następuje zawsze najłatwiej za pośrednictwem świeżych lub wilgotnych jeszcze wydzielin i wypróżnień chorych. Osoby bezpośrednio stykające się z chorem powinny tedy strzedz się, aby wydzieliny te nie zetknęły się z błonami śluzowymi (ust, nosa, oczu), lub ze zranionymi miejscami na skórze. Tyczy się to przedewszystkiem wypróżnień i wydzielin przy tyfusie, cholercie, błonicy i koklusz.

Musimy tu jeszcze wspomnieć o jednym punkcie, którego niemieliśmy dotychczas sposobności dotknąć— mianowicie o przenoszeniu ropy, posoki, odpyłów macicznych w gorączce poługowej, i błon dyfterytycznych na *zranione miejsca skóry*. Pierwiastki te wnikają w zranione miejsca z niesłychaną szybkością a niekiedy nawet przez zdrową zupełnie skórę dostają się obok drobnych włosków wgląd aż do samej tkanki skóry. Zdarzało się już wielokrotnie, że chirurgowie zarażali się w ten sposób przy operacjach i opatrunkach jadami gnilnymi i chorobliwymi i padali ofiarą swego powołania. Wzmiankowane pierwiastki dostawszy się do krwi wywołują bardzo złośliwą gorączkę (ropnica, posocznica — *p y a e m i a, s e p t i c a e m i a*), ogólne zatrucie krwi, które rzadko tylko kończy się wyzdrowieniem. Ostrożność więc nakazuje aby w wypadkach podejrzanych, a nawet zawsze, ręce pomazać oliwą oraz wetrzeć ją w skórę, jeżeli będąc lekarzem nie można uniknąć zetknięcia z ogniskami ropnymi lub posokowatymi. Jeżeli mamy rany na palcach lub zadry około paznogi, należy je zalepić angielskim plasterkiem przed przystąpieniem do operacji chirurgicznej lub opatrunku ran, a oprócz tego plasterek powlec grubą warstwą ko-

lodionu; ręce należy też zawsze natrzeć oliwą.— Gdyby dozorczyńni zraniła się przypadkiem podczas operacji, powinna palec włożyć do wody na kwadrans lub pół godziny, aby ranka wykrwawiła, następnie ręce obmyć 3% roztworem kwasu karbolowego a dopiero potem ranę zalepić angielskim plastrem. Tak samo postąpić powinna kucharka, gdyby się skaleczyła przy oprawianiu niezupełnie świeżego mięsa (zwłaszcza dziczyzny). Jeżeli mimo to skóra dokoła rany obrzmiewa, staje się bolesną i ból rozszerza się aż do ramienia, należy bezzwłocznie zasięgnąć rady lekarza.

Rak nie jest chorobą zaraźliwą, wszelako wydzielnina rozpadających się nowowtorów rakowatych, może w pewnych wypadkach zarażać tak samo jak inne zgniłe płyny.

Suchoty płucne w ogólności nie są uważane za zaraźliwe, wszelako nie powinno się pozwalać osobom młodym aby sypiały w jednym pokoju z suchotniczym chorym, albowiem w nowszych czasach okazało się wielce prawdopodobnym na podstawie różnorodnych doświadczeń, iż płwocina suchotnicza zawiera pierwiastki zdolne do wywołania téj samej choroby w pewnych przynajmniej warunkach.

Wracając jeszcze do pierwiastków zarażających, chorób takich jak *tyfus*, *cholera* i *dysenterya*, trzeba pamiętać, że w chorobach tych *niewątpliwie wykazanem zostało zarażenie za pośrednictwem kloak, do których dostały się wypróżnienia odpowiednich chorych*. Ponieważ zaś w miastach posiadających kanalizację, wszystkie kloaki połączone są między sobą za pośrednictwem systemu kanałów, a tych

ostatnich niepodobna tak zbudować, aby z nich nie przedostawały się pierwiastki zarażające do ziemi, a ztąd do studzien, przeto wynika z tego, jak trudną jest rzeczą, a w wielu razach niepodobną, przecięcie i odgraniczenie źródła zarazy. Najskuteczniejszym środkiem jest bezwątpienia zniszczenie pierwiastków zarażających zawartych w wypróżnieniach przed ich wprowadzeniem do dołu kloacznego. Jeżeli ten przepis będzie sumiennie wykonywany w szpitalach i domach prywatnych, to już niezmiernie wiele się przyczyni do ograniczenia zarazy. Pozostaną wprawdzie i w tym razie wypadki, w których ludzie niewiedząc jeszcze na co są chorzy, przed położeniem się do łóżka, oddają do wychodków wypróżnienia nie odwietrzone (nie zdezynfekowane); ponieważ jednak pod względem szerzenia się choroby zaraźliwej główne znaczenie posiada *ilość* i *pomnożenie* zarazka wprowadzonego do kanałów, przeto już i tak dosyć ważną rzeczą będzie, gdy ograniczymy źródło złego przez zdezynfekowanie tych przynajmniej wypróżnień, które pochodzą od chorych znajdujących się pod opieką lekarzy. Ważnem również jest, gdy można rozporządzać w mieście wielką ilością wody służącej do przepłukiwania kanałów i gdy zawartość kanałów przy odpowiednim spadku będzie poruszana z taką siłą, iż masy kałowe zostaną szybko usunięte z miasta i wprowadzone do rzeki z szybkim prądem wody. Przeto pierwiastki zarażające zostają mocno rozprowdzone (rozcieńczone), a przedewszystkiem *pod wpływem wody tak dalece się zmieniają*, że przestają być zaraźliwymi. Probowano także niszczyć zarazki w dołach kloacnych i kanałach przez wlewanie do nich chemicznych

preparatów (kwas karbolowy, siarczan żelaza, chlorek wapna). Zarzucano temu sposobowi, że ilość używanych w tym celu preparatów chemicznych nie może wystarczyć na zniszczenie takiej masy i tak wytrzymałych zarodników, tém więcej, że nie mięsza się jednostajnie z zawartością dołów kloaczych. W ogólności jest to słuszne; wszelako wystarcza już samo opóźnienie kielkowania tych zarodników dopóki nie zostaną zaniesione po za obręb miasta strumieniem wody; cel zaś ten może być osiągnięty przez codzienne pod nadzorem urzędników lekarskich, dokonywane odwietrzanie w czasie epidemii, z warunkiem, aby wszystkie kloaki były codziennie przepłukiwane i aby spadek w kanałach był znaczny.

Co się tyczy studzien jako ognisk zarazy, to podejrzwać można o szkodliwość studnie ze złą muirowaną cembrowiną, niegłębokie i niewiele wody zawierające. Wiadomo bowiem, że zarodniki grzybkowe, wywołujące choroby w skutek dłuższego pozostawania w wodzie czystej, już po kilku dniach tracą swe szkodliwe własności; natomiast mogą się one utrzymywać bez zmiany własności, w szlamie na ścianach i dnie studni się znajdującym. Tym sposobem studnia może się stać źródłem zarazy, gdy mało zawiera wody i gdy jest tak płytka, że przy pompowaniu szlam na dnie łatwo zostaje wzruszony.

Jeszcze raz przypomnieć tu wypada, że gazy złowonne jako takie nie są źródłem choroby; przeciwnie nawet, im więcej się tworzy takich gazów (amoniak, siarkowodór), tém prędszej pod ich wpływem giną grzybki chorobotwórcze. Tylko przy parowaniu i ulatnianiu się cieczy (zwłaszcza gdy ró-

wnocześnie tworzą się pęcherzyki gazowe i pękając rozbryzgują płyn), niektóre grzybki zdolne do kiełkowania zostają porwane i uniesione w powietrze, gdzie z powodu nieskończonej lekkości mogą długo się utrzymywać zanim opadną i wyschną. Zarodniki grzybkowe, które unoszą się w powietrzu ze złowonnymi gazami mogą więc w pewnych warunkach dostawać się do płuc człowieka przy oddychaniu, a ztąd z powietrzem oddechowem do krwi.

Mniej łatwo następuje *zarażenie przez zarażki chorobowe wysuszone w postaci pyłu*; wątpią nawet, czy to w ogóle jest możebne dla cholery, tyfusu i dysenteryi. Wszelako odnośnie odry, rubeoli, szkarlatyny, ospy i błonicy ten sposób zarażania się nie pozostawia najmniejszej wątpliwości.

Nie wiemy jeszcze dokładnie, które organy ciała najsilniej przyjmują w siebie i przechowują zarazek chorobowy we wzmiankowanych ostrych wysypkach skórnych. Tylko co do ospy wiadomo na pewno, że pierwiastek szkodliwy zostaje przyjętym przy oddychaniu w postaci pyłu, lub też że może być dalej roznoszony przez przeniesienie zawartości pęcherzyka ospowego na skórę innego człowieka (*szczepienie*). Przy tém ostatniem sztucznem, umyślnem zarażeniu (do którego używa się, jak powiedziano na str. 196 nie ludzka lecz krowia ospa), chorobie ulega nie tylko miejsce skóry na które jad ospowy przeniesionym został, lecz jad ten dostaje się do krwi i przechodzi w cały organizm, co się okazuje z dosyć znacznej niekiedy gorączki rczwijającej się u szczepionego. Wiemy dalej, że jad ospowy mimo przyschnięcia pęcherzyków i strupów, zawarty jest w tych ostatnich, a

one przecież nie znikają bez śladu, lecz muszą zamieniać się w jakiś sposób na pył. Wiemy zresztą, że można osiągnąć skuteczne szczepienia za pomocą masy otrzymanej przez rozprowadzenie strupów ospowych w wodzie; *takie jednak szczepienia rzadko tylko się udają*, jakkolwiek staramy się o jaknajpomyślniejsze warunki dla zarażenia przenosząc jad bezpośrednio *w skórę* za pomocą lancetu; przy naturalnem zarażeniu się ospą oczywiście takich warunków nie dostaje.

Ponieważ niewątpliwem jest, że w ospie jad chorobowy w każdym razie tkwi w skórze i dochodzi do powierzchni ciała (do skóry), przeto w obec wielkiego powinowactwa jakie istnieje między ospą a odrą, rubeolą, szkarlatyną i błonicą, pod względem ich pojawiania się i szerzenia, wielce prawdopodobnem jest, że *i w tych ostatnich chorobach* *) *pierwiastek zarażający mieści się również w skórze, stąd dostaje się na powierzchnię ciała, być może także wychodzi z potem, a w każdym razie z powierzchni skóry przechodzi ostatecznie w postaci pyłu na bieliznę, odzież i w powietrze otaczające chorego*. Ponieważ choroby te kończą się zawsze silnem i suchem łuszczeniem się naskórka, przeto z całą słusnością uważają odnośnych chorych za zaraźliwych tak długo, dopóki łuszczenie się nie ukończy, dopóki skóra kapielą się nie oczyści i bielizna nie zostanie zmienioną.

Jakkolwiek tedy pierwiastek zarażający w chorobach o których mowa z pewnością tkwi w skó-

*) Do tych chorób możnaby jeszcze zaliczyć i *różę*, jakkolwiek zaraźliwość jej jest bardzo nieznaczna i nader warunkowa.

rze, to jednak nie wynika ztąd, że jad nie może być zawarty w innych częściach ciała chorego. Dla tego ostrożność nakazuje strzedz się wszelkiego zetknięcia z wypróżnieniami i wydzielinami takich chorych i odwiezrać je w sposób podany wyżej.

Niewiadomo dotychczas *kiedy* rozpylony pierwiastek chorobowy traci zdolność kielkowania, a nawet czy w ogóle kiedykolwiek ją traci w zwykłych warunkach na powierzchni ziemi. Ponieważ jad ten jest drobnutkiem, suchém nasionkiem roślinném, przeto zapewne może tak długo zachowywać swe utajone życie jak ziarna pszenicy, które Egipcyjanie złożyli przed tysiącami lat w piramidach, a które dziś zasiane, wschodzą i wydają plon, tak samo jak ziarna zebrane z pola przed rokiem zaledwie. Co więc, wiadomo, że wysokie stopnie ciepła i zimna, które niszczą większą część substancyj wchodzących w skład ciała zwierzęcego i roślinnego, nie są w stanie zniszczyć żywotności i zdolności kielkowania najdrobniejszych tych zarodników grzybkowych.

Gdzież więc i w jaki sposób uchronić się od tego szkodliwego pyłu? Podczas choroby może on się unosić dokola nas, może pokrywać naszą skórę, włosy, sprzęty domowe, ściany pokoju, odzież, bieleznię! Jakże ochronić należy siebie i innych?

Zanim przejdziemy do praktycznych wskazówek w celu ustrzeżenia się zarazy tą drogą, chcielibyśmy przytoczyć kilka uwag dla uspokojenia trwożliwych umysłów

1. Aby pyłkowe zarodniki grzybków mogły się rozwinąć, potrzeba im usadowić się na czas dłuż-

szy w ciele, w miejscu takim, gdzie znajdują obficie plyn wodnisty dla napęcznienia i wykielkowania konieczny. Na suchej powierzchni naszej skóry wysuszone zarodniki w ogóle kiełkować nie mogą, mogą zaś *tylko* dostawać się z powietrzem do *ust* i *nosa*, a ztąd do płuc i do żołądka. Tym więc sposobem wrota dostawiania się pierwiastków zarażających są małe w porównaniu z powierzchnią skóry.

2. Wielce jest prawdopodobnym, że większa część zarodników chorobowych nie może kiełkować w kwaśnym soku żołądkowym, w śluzie żołądka i w papce pokarmowej; łatwiej już chyba zarodniki te będą mogły się usadowić w dolnym odcinku kiszek, zwłaszcza w małych miejscach zranionych. Wiemy przecież, że drobne grzybki wywołujące gnicie, których miliardy znajdujemy w kawałeczku ostrego gnijącego sera, żadnej nie przynoszą szkody za wprowadzeniem do naszego żołądka i kiszek. Z tém wszystkiem niewiadomo, czy niezmiernie odporne i wytrzymałe grzybki tyfusowe, choleryczne i dysenteryczne, które dostały się do papki pokarmowej i do kiszek, nie mogą rozwijać się dalej i przenikać ztąd do krwi razem z wessaniami sokami odżywczeimi; możebnym by to było jednak. W każdym razie radzą podczas epidemii cholery, tyfusu i dysenteryi nie zmieniać trybu życia i unikać trudno strawnych pokarmów, oraz obfitszego spożywania owoców; równieź stosownem jest *nie pozostawać przez czas dłuższy o czczym żołądku*, to jest aby przewód pokarmowy nie był całkiem pusty. Zaleca się także umiarkowane użycie dobrego wina czerwonego i białego.

Co się tyczy chorób w mowie będących, jest

co najmniej wielce prawdopodobnym, że ich zarodniki dostają się do krwi za pośrednictwem płuc; wrota więc przeniknięcia zarazka są dosyć ograniczone, chociaż po większej części otwarte, gdyż powietrze wnika do płuc przy każdym oddechu. Grzybek dyfterytyczny usadawia się najłatwiej w jamie ustnej, zwłaszcza w ustach nieczystych, w miejscach, które małemu ulegają ruchowi podczas mówienia, żucia i polykania. Szkarlatyna łatwo dotyka osoby zranione, jeżeli ulegną działaniu zarazka.

3. Wielkie znaczenie praktyczne posiada dalej następująca okoliczność: Na powierzchni ziemi nawet w chwilach gdy żadnego na pozór nie ma wiatru, ruch powietrza jest jednak znaczny z powodu ciągłego wyrównywania się temperatury z drugiej strony zarodniki grzybków są nieskończenie lekkie i rozprawdzają się w powietrzu w rozmaitych kierunkach z niezmierną również łatwością i szybkością, przez co rozprawdzenie to dochodzi wkrótce do nieskończoności. Badania w tym kierunku przekonały, że w litrze złowonnego powietrza trupiarni, zawartych jest około dziesięciu zarodników grzybków gnilnych, gdy tymczasem w kropli gnijącego płynu roi się tyle grzybków, że wyrażenie „miliardy“ nie daje nam nawet przybliżonego wyobrażenia o ich ilości. Uwzględnijmy dalej jak łatwo znajdują się warunki dla dalszego rozwoju grzybków silnie już bujających, a jak trudno natomiast o wszystkie warunki potrzebne do kiełkowania suchych pyłkowych zarodników, — a przekonamy się o ile niebezpieczniejsze są wilgotne pierwiastki zarażające w porównaniu z suchymi pyłkami. O tém wszystkim wie zapewne każdy

oddawna; nikt przecież nie lęka się przejść obok domu w którym leży chory na szkarlatynę; obawa nasza zaczyna się dopiero z chwilą wejścia do sieni tego domu i wzrasta z każdym krokiem zbliżającym nas do pokoju chorego, aż w bezpośrednie zetknięcie z tym ostatnim. Instynkt ludowy w tym razie umie zachować właściwą miarę.

Im częstszą jest zmiana powietrza w pokoju chorego za pomocą silnej wentylacji, tém lepiej nie tylko dla samego chorego, lecz także tém znaczniejsze następuje poniekąd rozcieńczenie zarazka, tém mniejsze prawdopodobieństwo zarażenia się osób otaczających chorego, tém mniej gromadzić się będzie zarazek chorobowy na sprzętach, na pościeli, odzieży, tém mniejsze prawdopodobieństwo zarażenia dla innych mieszkańców domu. Czytelnika odsyłamy zresztą do tego co było powiedziane o przewietrzaniu i oczyszczaniu pokoju chorego (str. 24 i następne); wychodzi na to, że należy unikać wytwarzania się pyłu, który powinien być na mokro ścierany, aby się na nowo nie wzbijał w powietrze; niemniej także pożyteczne jest osadzanie pyłu za pomocą sztucznej mgły wilgotnej (spray).

Przystępujemy teraz do objaśnienia co zozumieć należy pod nazwą *odwietrzania (dezynfekcji)*. Mamy tu na myśli uwolnienie powietrza, odzieży, bielizny, powierzchni ciała, łóżek i t. d. od pierwiastków zarażających, z czém łączy się cel zniszczenia zarazków. Powiedzieliśmy już w inném miejscu (str. 210) w jaki sposób uskutecznia się dezynfekcyja w cholerze, tyfusie i dysenteryi. Kilka słów

jednak dodamy jeszcze o *odwietrzaniu bielizny zanieczyszczonej wypróżnieniami ciała*. Poprzednio radziliśmy (str. 180), aby bieliznę świeżo zanieczyszczoną natychmiast wrzucać do kubła z wodą, do której dodano cokolwiek ługu, tak aby plamy nie mogły wysychać. Mamy tu na celu, aby zarodniki grzybków nawet w razie gdyby w wodzie ługowej wykiełkować zdołały, straciły jednak wkrótce swoje specyficzne choroby wywołujące własności i aby w tym stanie rozwodnienia zostały bezwarunkowo zniszczone przez gotowanie pół godziny trwające. Bielizna zatem zostanie napewne odwietrzoną, gdy praczka nie wyjmując bielizny zanurzonej w kubie z ługiem wrzuci ją razem z tym płynem do kotła z wodą stojącego na ogniu i zagotuje ją przez pewien czas. Ten sam skutek osiągnąć się daje przez wymoczenie bielizny w wodzie przez 48 godzin i następane pozostawienie jej przez 14 dni w 5 procentowym roztworze kwasu karbołowego — podobnie jak radziliśmy postępować z gąbkami (str. 138). Sposób ten jednak jest dla bielizny niepraktyczny, gdyż trzeba by mieć bardzo wielki zapas bielizny na zmianę. Powłoczki materaców, włosie, odzież, którym gotowanie nie szkodzi, najlepiej odwietrzać wilgotną drogą w sposób wyżej podany.

Wszystkie dotychczas zastosowywane sposoby *niszczenia* pyłkowych wysuszonych zarazków w odzieży i bieliznie zawartych, niewielkie przyniosły rezultaty; jeżeli przedmiotów w ten sposób zakażonych nie można bez zniszczenia wyprać, a nie chcemy ich palić, niepozostaje wtedy nic innego, jak tapety szczołką wyczyścić, wyskrobać lub kazać odnowić (ściany malowane farbą olejną poprostu się zmywa), meble, dywany, poduszki i odzież, wy-

trześć na wolnym powietrzu. Kto czynności te wykonywa, powinien na nos i usta przywiązać sobie trochę waty, przez którą filtruje się wdychane powietrze. Gdy pokój chorego był zawsze dobrze przewietrzony, przedmioty będące w bezpośrednim zetknięciu z chorym, często zmieniane i oczyszczane, w takim razie wystarcza to do dezynfekcji. Wykadzania parami chloru, kwasem siarkowym, suche ogrzewanie za pomocą umyślnie ku temu zbudowanych pieców dezynfekcyjnych (w wielu szpitalach obecnie używanych) zabija wprawdzie robactwo, nie niszczy jednak zdolności kiełkowania zarazków; jeżeliby zaś użyć tak wysokiego ciepła i takiego przesycenia wspomnianymi parami, aby cel ten osiągnąć, pozostałyby wtedy i z odzieży i t. p. tylko szczątki, a w takim razie lepiej ją całkiem spalić. Łachmany, pokrywające najbiedniejszych chorych szpitalnych, nie warte są zresztą wszystkich tych procedur; jeżeli nie wytrzymają prania, daje się wychodzącym ze szpitala proste, czyste odzienie; pominąwszy, że przez to wyświadczą się przysługę choremu, jest to zarazem najlepszy środek ochrony dla ludzi, którzy mogliby się później od odzieży takiej zarazić.

ROZDZIAŁ VII.

Pielęgowanie nerwowo i umysłowo chorych.

Pogląd ogólny na układ nerwowy i jego cierpienia.

I. Pielęgowanie i udzielenie pomocy przy chorobach nerwowych oraz przypadłościach mających swe źródło w układzie nerwowym.

Pielęgowanie sparaliżowanych.— Pomoc przy omdleniach;— wstrząśnieniu mózgu;— uderzeniach do głowy;— apopleksyi mózgowój;— padaczkę;— kurczach historycznych;— kolkach;— kurczach żołądka;— kurczu szpary głosowój;— duszności (astmie);— czkawce;— rwie twarzowój (tic).

II. Obserwacja i pielęgowanie umysłowo chorych.

Pogląd ogólny. 1. Zaburzenia wyobraźni.—2. Stany przygnębienia umysłu.—3. Stany pobudzenia. Ogólne przepisy przy pielęgowaniu obłąkanych, według Dra Ewalda Hecker'a. Kilka rad dla dozorczyń pielęgnujących osoby obłąkane Dra J. Mundy. Zachowanie się przy chorych gwałtownych. Unikanie kaftana krępującego. „No restraint.“ Melancholija, odmawianie przyjmowania pokarmów. Znaczenie podtrzymywania sił fizycznych u obłąkanych. Zajęcia i rozrywki obłąkanych. System familijny (Gheel).

Mózg, mlecz pacierzowy i nerwy znajdują się w nierozzerwanym związku i tworzą razem układ nerwowy naszego ciała. Układ nerwowy zaznaja nam nie tylko ze światem zewnętrznym, gdyż dzięki jemu, posiadamy wzrok, słuch, czucie, smak, i powonienie, lecz powoduje także ruchy, częścią *bez naszej interwencji* (ruchy serca, kiszki), częścią *siłą naszej woli* (ruchy dowolne). Cały ten układ

musi być silnie zbudowany, jego części składowe muszą być w nieprzerwanym związku pomiędzy sobą i pełnić dobrze swoje funkcje, jeśli bez zaburzeń, przez długi nieraz okres życia ludzkiego, prawidłowo wykonywać ma swą pracę. Niezbędnym do tego warunkiem jest, aby był odżywiany przez dostateczną ilość zdrowej krwi. Aby zaś krew była zdrową, pożywienie winno być odpowiedniem, oraz funkcja płuc dostateczną. Do tego znowu potrzeba zdrowych narządów trawienia i oddychania. Serce wreszcie winno przez prawidłowe (rytmiczne) wciąganie w siebie i wypychanie krwi, przesunąć ją przez wszystkie rurki (naczynia) krwionośne, tak aby wszystkie narządy otrzymywały wciąż odświeżaną przez oddychanie krew. Również i serce wprowadzonem bywa w ruch przez siłę wychodzącą z mózgu, a dochodzącą do serca przez osobne nerwy. Zadaniem mózgu jest nietylko przyjmowanie wrażeń zewnętrznych i wytwarzanie siły ruchu, lecz jest on zarazem siedliskiem naszych wyobrażeń, naszej „duszy.“

Objaśnienia powyższe będą trudne do zrozumienia nawet dla ludzi wykształconych; mają one wszakże tylko na celu wykazanie, jak skomplikowaną jest sprawa, którą pokrótce „życiem“ nazywamy i z jak wielu stron czynność (funkcja) układu nerwowego naruszoną być może.

Zaburzenia te są w ogóle trojakiiego rodzaju: zaburzenia *odczuwającej, ruchowej oraz duchowej czynności mózgu*. Jest ona:

I. *za bardzo wzmózona*; i objawia się:

1) w dziedzinie wrażenia jako wzmózona wrażliwość, ból;

2) w dziedzinie ruchu jako kurcz;

3) w dziedzinie czynności duchowej jako obłąd wyobrażeń, bredzenie;

II. *osłabiona lub zupełnie zniesiona* i objawia się:

1) w dziedzinie wrażenia jako nieczułość.

2) w dziedzinie ruchu jako częściowy lub zupełny bezwład (paraliż);

3) w dziedzinie czynności psychicznej jako otępienie, ogłupienie.

Przy wszystkich tych okolicznościach, układ nerwowy znajduje się w stanie chorobliwym, jakkolwiek nie koniecznie pierwsza przyczyna cierpienia leży w samym układzie nerwowym, lecz zmiany w krążeniu oraz własnościach krwi mogą być powodem owych zaburzeń. Jeśli zaburzenie pochodzące z owych zmian jest przemijającym, wtedy i zбочzenie w czynnościach nerwowych szybko przemija; jeśli zaś jest trwałym lub wzmacnia się, wtedy i cierpienie nerwowe będzie się stale wzmacniać.

Jakkolwiek choroby nerwowe i umysłowe ściśle ze sobą są związane, jednakże ze względów praktycznych pożytecznym jest oddzielnie pomówić o pielęgowaniu jednych i drugich chorych.

Pielęgowanie i tymczasowa pomoc w chorobach nerwowych oraz przypadłościach pochodzących głównie z układu nerwowego.

Ostre (z mocną gorączką połączone, szybko przebiegające) zapalenia mózgu i rdzenia należą u dorosłych do rzadkości; w skutek obrażeń wszelako, choroby te w każdym wieku powstać mogą. O pielęgowaniu tych chorych nic szczególnego powiedzieć nie można; stosują się do nich też same zasady co przy pielęgowaniu chorych gorączkują-

cych. Co się zaś tyczy powoli przebiegających (chronicznych) chorób wzmiankowanych narządów, to dłuższe pielęgnowanie wtedy tylko jest potrzebném, gdy powstają porażenia (paraliże); ostatnie powstać mogą stopniowo lub też nagle. Gdy porażenie nóg jest zupełne, gdy do tego przyłącza się jeszcze porażenie mięśni zwieraczy pęcherza i кишки stolcowej, w skutek czego nieszczęśliwi ci chorzy zanieczyszczają się bezwiednie— wtedy staranne pielęgnowanie wiele przyczynić się może do podtrzymania życia, z wyjątkiem przypadków, w których szybko przebiegająca choroba mózgu jest przyczyną porażenia. Gdy przy nienaruszonym mózgu, cierpi mlecz pacierzowy (w skutek obrażenia lub choroby), wtedy grozi choremu niebezpieczeństwo odleżenia się, głównie odleżyn zgorzelinowych. Wszystkie prawidła podane wyżej (str. 65) w tym względzie, powinny tu znaleźć ścisłe zastosowanie. Rzadko porażenie mięśni zwieraczy jest odrazu tak zupełne, by pewna ilość moczu i kału nie pozostawała niewydzielaną. Wypuszczając więc mocz za pomocą kateteru co 3 godziny, można chorego przez czas pewien utrzymać w czystości. Kał wydziela się w tych wypadkach wtedy tylko, gdy jest rzadkim, prawie płynnym. Gdy zaś jest stały (co bywa częściej), wtedy wydalaniem być musi za pomocą lewatyw, lub nawet mechanicznie, według wskazówki lekarza.

By uchronić chorego od odleżenia się, należy nie tylko często prześcielać łóżko, lecz o ile można przez dłuższy czas trzymać chorego w fotelu w pozycji siedzącej, aby też same miejsca nie ulegały ciągłemu uciskowi przez ciężar ciała. Od tego wyłączycy jedynie należy chorych, którzy ulegli obra-

zeniu mlecza lub kręgosłupa, których nie powinno się zbyt poruszać, lecz wcześniej przenieść na łóżko wodne.

Zdarza się cały szereg przypadków, zależących częścią od mniej lub więcej szybko przemijających, częścią też od stałych zmian w czynności i własnościach mózgu; w przypadkach tych natychmiastowa pomoc nie tylko jest pożądaną, lecz nieodzownie potrzebną.

Najczęstszym z tych wypadków jest „*omdlenie*.“ Przy uczuciu zawrotu, mdłości i osłabienia, następuje utrata przytomności; mdlejący pada, twarz jego pokrywa trupia bladość, tętno staje się drobne, oddech powierzchowny i powolny, a członki i całe ciało wiotczeją, czasami występują kurcze w całym ciele, jako też wymioty i silny pot, mianowicie w okresie powracania do przytomności. Czas trwania omdlenia bywa różny, zarówno jak i stopień zwiotczenia ciała i zaburzenia świadomości.

Uspodobienie do omdleń u różnych ludzi bywa różne; nie tylko słabe kobiety podlegają omdleniom, lecz równie często przytrafia się to silnym i dobrze zbudowanym mężczyznom; największą siłą woli nie można się temu oprzeć. Silne wrażenia duchowe, również nagle powstający gwałtowny ból, są najczęstszymi przyczynami u zdrowych zresztą ludzi; prócz tego znaczne utraty krwi, powodują częstokroć bardzo poważne omdlenie.

Omdlenie powstaje w skutek częściowego porażenia serca i większych żył wnętrza ciała; ściany tych ostatnich nagle wiotczeją, do tego stopnia, iż prawie cała krew nagromadza się w dużych naczyńach i tylko nieznaczna jej ilość przepływa przez powierzchnię ciała, mięśnie i mózg. W sku-

tek tak nagłego zmniejszenia się zawartości krwi, mózg natychmiast przestaje funkcjonować; nagła niedokrwistość mózgu w skutek częściowego porażenia serca jest więc bezpośrednią przyczyną szeregu zjawisk, które zowiemy „omdleniem.“ Gdy stan taki potrwa dłużej niż kilka minut, wtedy staje się niebezpiecznym, może nawet życiu zagrażać. Częściej jednak omdleli przy stosownej pomocy przychodzą do siebie; serce i naczynia otrzymują napowrót swe normalne napięcie, mózg zaś swą krew, tём samém przytomność powraca. Chory otwiera oczy, poznaje wkrótce swój stan, bładniebieskawe wargi barwią się znowu czerwono, następują ruchy dowolne, omdlały podnosi się, z początku jest jeszcze smutny, skłonny do wymiotów, osłabiony; lecz wkrótce po przejściu napadu nie czuje już żadnych skutków omdlenia. Szczególnie często przytrafiają się omdlenia w praktyce chirurgicznej, nietylko u osób mających być operowanymi i u operowanych, lecz częściej nawet u osób otaczających chorego. Jeśli operowani życzą sobie, by któryś z ich krewnych lub znajomych był obecnym przy operacji, niemam nic przeciwko temu, dopóki chory jest uśpionym. Lecz jeśli kto z własnego doświadczenia niewie, czy może spokojnie przypatrywać się krwawej operacji, tego nie należy zostawiać w pokoju operacyjnym; gdy bowiem w ważnej chwili operacji zemdleje, należy mu udzielić pomoc, przez co przeszkadza się operacji. W każdym niemal półroczu zdarza się widzieć w klinice chirurgicznej, jak ten lub ów młody, silny słuchacz medycyny, który przywykł już do przykrego widoku sali sekcyjnej, omdlewa na widok krwi tryskającej z żywego człowieka.



Osobę omdlałą należy przedewszystkiem ułożyć poziomo z głową nisko zwieszoną, dopóki nie powróci do przytomności. Częstość poznac można z twarzy, że ktoś jest blizki omdlenia; a wtedy zapobiedz temu można przez szybkie poziome ułożenie. Na twarz puszcza się strumień wody, ubranie utrudniające oddech należy porozpinać. Najskuteczniejsze jest trzymanie przed chorym roztworu amoniaku lub oleju zwierzęcego (amonium carbonicum pyrooleosum), niemając tego pod ręką, należy skronie rozcierać wodą zimną, octem lub wódką francuską. Zastosowanie znacznej ilości wody zimnej na głowę jest nieodpowiednie. Jeśli omdlały jest w stanie połykać, daje mu się nieco wina, koniaku lub kawy, 10—15 kropli Hoffmana (spiritus aethereus). Gdy nie połyka, należy dać lawatywę z wina. Jeśli omdlenie trwa dłuższy czas, trzeba w każdym razie przywołać lekarza. Że przy omdleniach powstałych w skutek utraty krwi, należy przedewszystkiem zatrzymać krwotok, rozumie się samo przez się.

Do omdlenia bardzo podobnym jest stan *wstrząśnienia mózgu* i tak zwanego „shok“ jaki występuje po ciężkich obrażeniach głowy (np. spadnięcie ze znacznej wysokości, znaczne zmiażdżenia i t. p.) nawet bez zewnętrznych lub wewnętrznych krwotoków.

Również bardzo znaczne i nagłe *przepelnienie mózgu krwią* (kongestyja mózgowa) może spowodować utratę przytomności, jak to się zdarza przy niektórych chorobach płuc i serca. U chorych takich twarz i głowa są wtedy sinoczerwone, nabrziałe, oczy występują na zewnątrz; tętno (puls) pełne, zazwyczaj drobne, oddech czasami chrapli-

wy. W tych razach wskazane jest wysokie umieszczenie głowy, zimno na głowę, gorąca kąpiel nóg, przystawienie synapizmów do łydek, zanim nadejdzie lekarz i nie poczyni dalszych rozporządzeń.

Podobnież jak przy tylko co opisanym stanie, rzecz się ma przy t. zw. napadzie *apoplektycznym*. Jakby silném uderzeniem rażony chory pada, często przez czas krótki poprzedzały mdłości, uczucie osłabienia, ból głowy. Napad apoplektyczny polega częścią na nagle występującem i dłużej trwającem zaburzeniu w krążeniu jednej lub drugiej połowy mózgu, częścią na rozdarciu kilku pomniejszych lub jednego większego naczynia krwionośnego, krew miażdży masę mózgową w okolicy pękniętego naczynia, niszczy więc istotę mózgu i uciska go jednocześnie ku wewnętrznym ścianom czaszki. Bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia przy napadzie apoplektycznym jest różne, zależne od wielkości wylewu krwi i od części mózgu zniszczeniu podległej. Niekiedy śmierć następuje prawie natychmiastowo; w niektórych przypadkach bezprzytomność trwa tylko kilka minut, w innych kilka godzin; po napadzie pozostają porażenia bądź pojedynczych narządów, bądź też całej połowy ciała. Niekiedy ruchy w porażonych częściach ciała powracają całkiem lub częściowo, podczas gdy w innych przypadkach następuje chroniczne cierpienie (rozmiękczenie mózgu). Przy chorym rażonym apopleksją, należy zachować się zupełnie tak samo jak przy silnej kongestyi do mózgu.

Drgawki z utratą przytomności pojawiają się przy *padaczkę* (epilepsy) i są bardzo różnorodne. Niekiedy chorzy uczuwają zbliżanie się napadu drgaw-

kowego; często jednakże napad występuje nagle; po przebyciu go, chorzy wiedzą tylko, że byli nieprzytomni i omdleli. Wielu epileptyków przedstawia podczas napadu przerażający widok; napad rozpoczyna się nierzadko krzykiem przenikliwym oraz ruchem obrotowym całego ciała. Twarz wykrzywiona, u niektórych blada, u innych zaczerwieniona, szczególnie gdy mięśnie oddechowe biorą udział w drgawkach, kończyny górne i dolne drgają, ręce zaciśnięte, z ust toczy się piana, tułów wije się lub wykrzywia.

Niema środka na skrócenie tych napadów, trzeba więc tylko uprzętnąć wszystko z drogi, czém nieszczęśliwi pokaleczyć by się mogli, najlepiej położyć ich na szerokiem łóżku, na dywanie lub szybko podsuniętych materacach. W powszechném użyciu będące otwieranie zaciśniętych rąk nic nie pomaga, jak również opryskiwanie, oblewanie wodą, środki pachnące, tarcie. Należy dać temu wszystkiemu pokój i dopilnować jedynie ruchów. Jakkolwiek strasznym jest widok takiego napadu epileptycznego i zdaje się, iż nieszczęśliwy natychmiast skona, to jednak bardzo rzadko się zdarza by epileptycy umierali podczas napadu.

Drgawki histeryczek mogą mieć wielkie podobieństwo do drgawek epileptyków, jednakże histeryczki nie tracą przytomności, doznają bólu w skutek silnych skurczów mięśni, jakkolwiek nie cierpią tyle, co podlegający tężcowi (tetanus), szczękościskowi (trismus) oraz wścieklicznie (lyssa). I przy histerycznych drgawkach niekiedy zdaje się, że chory kona, jednakże wypadki śmierci podczas histerycznego napadu drgawkowego, prawie wcale się nie zdarzają. Skutecznymi są w tych razach

niekiedy środki pachnące, opryskiwanie wodą, nacieranie skroni wodą kolońską.

Pod nazwą *kolek* rozumiemy *bolesne kurcze w jamie brzusnej*. Bywają kolki kiszkowe, wątrobowe i nerkowe. Ból, (który tu najczęściej oznaczonym bywa jako „kurcz“, jakkolwiek tylko przez kurcze spowodowanym zostaje) może być tak silny, iż wywołuje omdlenie, zimny pot i uczucie zbliżającej się śmierci; na bóle takie najlepiej pomaga ciepło. Ciepłe, nawet gorące okłady na brzuch, zmniejszają i znoszą najprędzej bóle. Również synapizmy na brzuch (str. 113) są niekiedy pomocne. Najpewniej działa zastrzyknięcie roztworu morfiny pod skórę, co jednak tylko przez doświadczoną dozorczynię i za zezwoleniem lekarza dokonaniem być winno.

To co zowią kurczem żołądka, bywa najczęściej kolką wątrobową (w skutek kamieni żółciowych), zdarzają się jednak i bolesne kurcze żołądka, przy owrzodzeniach tego ostatniego, jakoteż u małokrwistych młodych dziewcząt. W wypadkach takich połączonych zwykle z krwotokami żołądka i wymiotami krwawymi, użycie ciepła mogłoby być szkodliwem, dozorczyńni nie powinna tu nic samodzielnie stosować. O pomocy przy wymiotach (jest to także rodzaj nieprawidłowych ruchów żołądka) wspominaliśmy już wyżej mówiąc o stosowaniu środków wymiotnych (str. 95).

Do najprzykrzejszych przypadków należą *kurcze oddechowe*. Dotknięci tymi ostatnimi instynktownie podnoszą się wysoko, doznają bowiem uczucia, jakby udusić się mieli.

Powodem *kurczu szpary głosowej*, zdarzającego się u osób zdrowych lecz drażliwych, jest złe przetknięcie, spłynięcie niewielkiej ilości śliny do krta-

ni, również głośna mowa i kaszel przy katarze strun głosowych. Kto już nieraz na to cierpiął, przeczyna niejednokrotnie przy wspomnianych okolicznościach, iż kurcz nastąpić może; musi przeto spokojnie się zachować; nie mówić, nie śmiać się i nie krzakać, oddychać spokojnie i powierzchownie, dopóki oddech nie stanie się znowu swobodnym i wtedy jeszcze przez czas pewien spokój jest koniecznym. Gdy kurcz następuje, chory robi wrażenie, jakby miał się dusić, przy każdym uśiłowaniu oddychania przedostaje się tylko mała ilość powietrza, niekiedy z syczącym szmerem; obawa się wzmacnia, im dłużej kurcz trwa; nadzwyczaj rzadko jednak sprowadza on rzeczywiste uduszenie, najczęściej stopniowo się zmniejsza. Jednakże chory powinien jak już wyżej wspomniałem, zachowywać się spokojnie; opryskiwanie wodą, nacieranie czoła i skroni, skraca niekiedy czas trwania kurczu, choć niejednemu jest przykre; kurcz taki trwa rzadko dłużej nad 1—2 minut, powraca jednak z łatwością, jeśli czas jakiś po napadzie, chory nie zachował się zupełnie spokojnie.

Inną odmianą kurczu oddechowego jest *astma*, *napad astmatyczny*. Kurcz ten występuje tylko przy pewnych cierpieniach serca i płuc. Chorzy w czasie takich napadów doznają śmiertelnej obawy, wskutek czego zachodzi potrzeba ciągłego koło nich krzątania się. Należy natychmiast zdjąć wszelkie krępujące suknie, chorego pozostawić w pozycji siedzącej, jaką sam obierze. Podawać bardzo *mocną* kawę, albo od czasu do czasu małe porcje lodów owocowych, wycierać piersi olejkiem terpentynowym, kłaść synapizmy na piersi, łydki, ramiona, wreszcie stosować gorące kąpiele rąk i nóg;

w jednym wypadku pomaga jeden, w drugim inny środek. Chorzy sami na sobie usiłują wykonać doświadczenia, aby się przekonać, jakie przyczyny wywołują napady. Niektórzy w nocy są wolni od napadów tylko wtedy, gdy w pokoju pali się światło, inni muszą zostawiać drzwi otwarte od przyległego pokoju. Dla wszystkich astmatyków zalecanym być winien pobyt w suchém powietrzu (gdy natomiast dla cierpiących na katary i usposobionych do suchot, nierównie lepszym jest wilgotne i ciepłe powietrze), unikanie wiatru, kurzu i dymu; umiarkowane życie, niezbyt długie sypianie.

Wreszcie wspomnieć jeszcze należy o jednej odmianie kurczu narządu oddechowego, o t. zw. „czkawce“ (singultus). Jest to, występujące napadami nagłe ściągnięcie (kurcz) przepony, które powstaje niekiedy po długim, usilnym śmiechu, lub przy podrażnieniu żołądka. Szczególniej dzieci łatwo cierpieniu temu podlegają; zaleca się wtedy spokój i podaje nieco wody czystej lub ocukrzonj do wypicia, również kilka kropli octu w łyżeczce od kawy napełnionej cukrem, bywa często skutecznym środkiem. Długie wstrzymywanie oddechu, jest często także pożytecznym. Gdy czkawka dni kilka trwa, należy uciec się do środków jakie lekarz zaleci.

Silne, napadami występujące bóle, które niekiedy powstają w nerwach twarzowych, nazywają się *nerwobólami* (tic). Sprawiają one najokropniejsze męczarnie; wyobraźmy sobie tylko straszny ból wszystkich zębów jednej strony nagle jak błyskawica występujący, a będziemy mieli pojęcie o okropności cierpienia, które często bywa nieuleczal-

ném. Nieszczęśliwi ci chorzy znajdują ulgę tylko przy mocném uciśnięciu całą ręką bolącej połowy twarzy. Gdy wszystkie środki już wyczerpane, wtedy użyteczną jest nieraz operacyja przecięcia nerwu.

Obserwacyja i pielęgnowanie umysłowo chorych.

Prawie każda choroba ostra może być połączona z zaburzeniami psychicznemi; zdarza się to szczególnie (choć nie wyłącznie) przy wysokiej gorączce lub chorobie zakaźnej, jak o tém powyżej (str. 161) wspomnieliśmy. Jednakże i bardzo wiele cierpień chronicznych jakichkolwiek części ciała, może, przy ścisłym związku wszystkich narządów i czynności ustroju, wywołać podrażnienie tych części mózgu, w których umiejscowione są władze duchowe, a przez to sprowadzić choroby umysłowe. Wreszcie mogą owe części mózgu samodzielnie uleść cierpieniu. Choroby więc duszy i umysłu mają najbliższą swą przyczynę w zaburzeniach czynności duchowych mózgu; lecz zaburzenia te nie zawsze biorą początek w mózgu, lecz wywołane być mogą chorobami tego lub owego, często oddalonego narządu. Że poznanie takiego związku, nadzwyczaj ważném jest dla leczenia, nie ulega wątpliwości.

Często bardzo zaburzenia ruchów i czucia, łączą się z zaburzeniami czynności duchowych. Najczęściej pojawiają się niezupełne porażenia ruchów warg i języka niezbędnych dla mowy; prócz tego, epilepsyja (padaczka, zob. str. 228), i porażenia członków, przyłączają się niekiedy do osłabienia władz umysłowych (otępienia, głupoty).

Do pielęgnowania obłąkanych, znajdujących się w zakładach, winny być użyte dozorzynie, które z tą gałęzią pielęgnowania najbardziej są obznajmione. Każda zaś dozorzyni, choćby nawet nie miała być specjalnie dozorzynią obłąkanych, jak również każda wykształcona kobieta, powinna mieć dokładne wyobrażenie o istocie chorób umysłowych, gdyż właśnie co do tych chorych szczególnie krążą najrozmaitsze fałszywe pojęcia, które niestety tu i owdzie prowadzą do złego obchodzenia się z tymi nieszczęśliwymi chorymi.

Ponieważ sam nie posiadam dostatecznego doświadczenia w tych chorobach, aby praktycznie obznajmić z nimi dozorzynie, przeto podaję tu najważniejsze przepisy

Obserwacyi obłąkanych

jako wyjątki z doskonałej pracy: „Pielęgnowanie obłąkanych“ napisanej przez Dra Ewalda HECKERA a zamieszczonej w Wejmarskim podręczniku dla dozorzyn z roku 1880. Dr Ewald HECKER pisze:

Tak zwane duchowe (psychiczne) oznaki chorób umysłowych dają się w ogóle podzielić na 3 grupy, które jednak nie są ściśle od siebie odgraniczone, lecz łączą się w najróżnorodniejszy sposób. Pierwszą grupę stanowią oznaki, znamionujące zaburzenie wyobrażeń (treści wyobrażeń), druga grupa zawiera wszelkie zjawiska wyrażające powstrzymanie lub zmniejszenie się (depresyja) czynności duchowych, zaś trzecia grupa obejmuje stany pobudzenia czynności duchowych (pobudzenia psychiczne).

1. Zaburzenia wyobrażeń (treści wyobrażeń i wyobraźni).

Zaburzenia wyobrażeń, które nazywają *pomieszczeniem*, łączyć się mogą ze stanami pobudzenia i przytępienia władz duchowych, mogą jednakże występować i przy zupełnym spokoju i pozorniej równowadze życia duchowego. Zależnie od charakteru leżącego w usposobieniu, wyobrażenia błędne mają rozmaite cechy. Gdy melancholijnie usposobiony chory mniema, iż jest prześladowany, oczerniany, zrujnowany materyjalnie, przeciążony grzechami, oszukany też co do życia przyszłego, usposobiony wesoło utrzymuje, iż posiada niezliczone skarby, wysokie tytuły, ordery, wyższą mądrość, siłę fizyczną i t. p.

Źródłem z którego idee błędne czerpią treść swą, jest właśnie chorobliwie pobudzony stan mózgu. Drugą bardzo częstą podstawę wyobrażeń błędnych stanowią t. zw. *złudzenia zmysłowe (halucynacje i iluzyje)*. Dotyczyć one mogą wszystkich zmysłów, czucia, powonienia, smaku, wzroku i słuchu i polegają na podrażnieniu, w mózgu się znajdujących końcowych narządów odpowiednich nerwów. W skutek przyzwyczajenia, chory przenosi owe pobudzenia, znane mu jedynie jako powstające z zewnętrznych wrażeń, na zewnątrz i przypuszcza przy halucynacjach czucia, iż ciało jego podlega męczarniom, biciu, krajanui, wpływowi prądów elektrycznych, prześladowaniu przez nieprzyjaciół lub jest siedliskiem obcej istoty; albo też przy halucynacjach powonienia i smaku, iż pokarmy są zatrute, powietrze zadżumione, sam zaś przeniknięty na wskroś wstrętną chorobą. Podlegający halucynacyjom wzroku widzi bądź przyje-

mne, bądź nieprzyjemne, pochlebiające mu lub grożące postacie i sytuacje; również i halucynacje słuchu mają treść różnorodną. Chory już to słyszy pojedyncze (zwykle obelżywe) wyrazy, to znowu całe zdania i mowy, które są odpowiedzią na jego pytania, lub też pomimo jego woli bezustannie go dręczą i zachęcają do pewnych czynów, często przeciwnych naturze. Niekiedy halucynacje różnych zmysłów łączą się z sobą tworząc tęp więcej zatrważający obraz. Chory widzi mordercę, który na niego napada i słyszy strzał, który go rani i t. p.

Przy t. zw. *iluzyjach* mamy do czynienia z zapoznawaniem lub odmienném tłumaczeniem rzeczywistego wrażenia zmysłowego. Chory uważa osoby otaczające za obce mu, widzi postać osoby bliżkiej przeistoczoną w diabła, spostrzega w obłoku postać Boga, czyta w gazecie zdania zupełnie odmiennie od napisanych tamże, w świergotaniu ptasząt, w szumie wiatru, w odgłosie dzwonów lub w odległych, zazwyczaj niezrozumiałych rozmowach, słyszy określone wyrazy i t. p.

W większej części wypadków nietrudno jest stwierdzić istnienie złudzeń zmysłowych, niekiedy jednakże chorzy wcale o nich nie wzmiankują a nawet wprost im zaprzeczają. Wtedy potrzeba umieć z całego zachowania się chorego wywnioskować, czy podlega on halucynacyjom, lub nie. Oznaki *pozwalające przypuszczać zjawiska halucynacyjne* są: wsłuchiwanie się przy wstrzymanym oddechu w oznaczony punkt, wzrok nieruchomo utkwiony w pewnym kierunku, zatykanie uszów, zakrywanie twarzy, nagłe na stronie wypowiedziane słowo obelżywe, zatykanie szpar w ścianach i

podłogach przy jednoczesnym wsłuchiwaniu się i t. p. Również i użycie nowoutworzonych wyrazów, czasowa niemota i wstręt do jadła, mogą służyć za wskazówkę do rozpoznania halucynacyj. Należy też koniecznie wiedzieć i o tém, iż halucynacje stanowią najczęstsze źródło niespodzianych i w sprzeczności z charakterem chorego zostających *czynów gwałtownych*, jakoteż *samobójstw*.

Zdarzają się wypadki, że *halucynacje* występują u *zkażinąd zdrowych umysłowo* osobników, którzy też świadomi są chorobliwości owych zjawisk. Zdarza się również nierzadko, postać choroby umysłowej, w której rozsądnemu zresztą choremu nasuwają się bezustannie pewne wyobrażenia, najczęściej idee obawy, iż to lub owo popełnił lub mógłby popełnić. Poznaje on jasno, iż obawy te niczem nie są uzasadnione, nie może się jednak od tych *przymuszonych wyobrażeń* uwolnić. Niekiedy występuje w skutek tego bojaźń i wstręt dotykania się osób i przedmiotów a chorzy wpadają tym sposobem w stan godny pożałowania.

Idea błędna, jakkolwiek często występuje jako objaw choroby umysłowej, nie stanowi jednak niezbędnej charakterystycznej jej oznaki. Wielu jest obłąkanych, nieopanowanych żadnymi wyobrażeniami błędnymi, a których choroba, nie będąc mimo to, ani mniej ciężką, ani mniej niebezpieczną, przejawia się jedynie w następujących stanach depresji lub egzaltacji.

2. Stany depresji umysłowej.

Objawy depresji dotyczą przedewszystkiem sfery uczuciowej i wyrażają się tak zwaną *melancho-*

lija. Stanowiąc pierwszy okres wszystkich chorób umysłowych, melancholija oznacza, jak to nazwa sama wskazuje, smętny nastrój duszy wraz z ustaniem zwykłego toku uczuć i wyobrażeń. Tylko dręczące uczucie żalu, bólu, zmartwienia, zazdrości, niepokoju i obawy opanowuje chorego, gdy tymczasem wyobrażenia sprawiające zazwyczaj radość i przyjemność, przechodzą bez śladu, lub też przeistaczają się w przeciwne. Często towarzyszą owemu przygnębieniu idee błędne, niekiedy jednakże brak ich zupełnie. W każdym razie czynność umysłowa chorego jest w mniejszym lub większym stopniu sparaliżowaną, zwykłe swe czynności wykonywa z trudnością lub wcale, myśli wloką się niedbale i obracają wyłącznie w około jednego punktu. Czynność woli omdlewa także. Chory siedzi beczynnie i obojętnie, podobny często do idioty u którego powstrzymanie czynności duchowych polega na wygaśnięciu władz umysłowych. Tylko wtedy, gdy nader męczący, często napadami występujący objaw strachu łączy się z melancholiją, chory znajduje się w wielkim niepokoju. Głośno płacząc i krzycząc, zalamując ręce, rozrywając na sobie ubranie, rozdrapując skórę na ciele, czepiając się każdego kto się do niego zbliży, biega niespokojny dzień i noc, przedstawiając obraz najwyższego strachu i cierpienia duszy. U wszystkich melancholików należy być przygotowanym na wystąpienie *pojędów samobójczych*, o których chorzy niekiedy wspominają, lub które często występują bez zwiastunów jako owoc dokładnego wyrachowania i przebiegłości. Nierzadkim środkiem samobójczym jest wstrzymanie się od przyjmowania pokarmów, które jednak pochodzić może z innego

rodzaju wyobrażeń błędnych, głównie wskutek halucynacyj z obłędem otrucia.

W pozornej sprzeczności z cechą melancholii będące, a t \acute{e} m godniejsze uwagi, s \acute{a} *czyny gwałtowne* popełnione przez chorych na otaczających. W chwilach najwyższego strachu, pod wpływem malancholijnym idei błędnych i halucynacyj, wielu takich chorych wymordowało ju \acute{z} nieraz nawet swych najbliższych.

Do stanów cechujących depresyją umysłu, nale \acute{z} ą r $\acute{o$ wnież *stany osłabienia duchowego, pomięszanie i ogłupienie*, stanowiące okres ko \acute{n} cowy rozmaitych postaci chor \acute{o} b umysłowych. Pozbawieni wszelkiego głębszego uczucia i pobudzenia duchowego, z bezpłodnemi wyobrażeniami, chorzy pędz \acute{a} żywot, z bezpłodnemi wyobrażeniami, chorzy pędz \acute{a} żywot, opanowani cz $\acute{e$ sto nieprawidłowemi popędami (popęd do zbierania, kradzieży i t. p.).

3. Stany pobudzenia.

Stany pobudzenia psychicznego w najwyższym stopniu, przedstawiają obraz *szaleństwa*, w któr \acute{e} m chory bezmyślnie mówiac, krzycząc i śpiewając, wesoło lub gniewnie usposobiony, niszczy swe ubranie i sprzęty i czynnie napada na otaczających. Cz $\acute{e$ sto opanowują go halucynacje i nieustannie zmieniające się idee błędne; nadto, co właściwem jest naturze choroby, idee te przybierają charakter obłędu wielkości.

Nie zawsze jednak pobudzenie dosięga tego najwyższego stopnia. S \acute{a} postaci chorobne, cechujące się jedynie szczególną pobudliwością czynności mózgowych, jak \acute{a} spostrzega się u niezupełnie pijanego. Chorzy okazują się dowcipniejsi i zręczniejsi

si aniżeli za zdrowia i umieją swe liczne bezcelowe, dziecinne lub nawet przestępne czyny z wielką zręcznością wytłumaczyć i wymotywować. Łatwo zrozumieć, iż chorzy tacy u profanów uchodzą często za zdrowych i tém większą przez to wyrządzają szkodę. Choroba ich w samej rzeczy przedstawia się na pozór jako zboczenie charakteru lub moralne spaczenie i dla tego też postać tę nazwano *obląkaniem moralném*. Chorzy z prawdziwym artyzmem kompromitują swe rodziny niedelikatnymi doniesieniami, odgrywają komedję z otaczającymi, szykanują, sięją niezgodę i wreszcie wszystko wprowadzają w zamęt i wzburzenie. Umieją oni doskonale, z zaostrzoną w skutek choroby zdolnością spostrzegawczą, wybadać słabostki i błędy innych oraz je zużytkować; to też pielęgnowanie tego rodzaju chorych, jest nadzwyczaj trudne i wyczekujące i li tylko dla takiej dozorczyńni możliwe do wykonania, która nie zapomina nigdy, że ma rzeczywście do czynienia z obląkanym.

Często bardzo spostrzega się u tych chorych napady melancholii i pobudzenia, peryjodycznie naprzemian występujące, a w przerwach między napadami okres pozornego zdrowia.

Na tém kończymy zajmujące poglądy Dra E. Hecker'a co do głównych objawów u obląkanych.

Ogólne przepisy pielęgnowania obląkanych.

Należy mieć wciąż na uwadze, że choroby umysłowe są też chorobami ciała i jak wszystkie inne polegają na zmianach narządów ciała a przede wszystkim mózgu.

Dla profana nie jest to łatwe do zrozumienia,

za bardzo bowiem przyzwyczajeni jesteśmy uważać duszę za coś niezależnego od ciała. Dozorczynie obłąkanych powinna zawsze mieć na myśli, iż ma do czynienia z fizycznie chorymi, chociażby nic więcej chorobliwego prócz błędnej mowy u nich nie zauważyła.

Dr E. Hecker mówi w tym względzie:

„Dozorczynie łatwiej wtedy zniesie różne przeciwności, jakich doświadczać musi przy pielęgnowaniu obłąkanych; nie utraci swego spokoju i łagodności, słysząc chorego mówiącego lub robiącego rzeczy, obrażające jej uczucia. Nawet gdy osobiście, z obliczoną napozór złośliwością, zostanie przez chorego wyśmiana, obrażona lub nawet czynnie zelżona, nie wywoła to w niej uczucia niezadowolonia lub goryczy, lecz tylko uczucie litości. Wie bowiem, iż *obłąkany nie jest odpowiedzialnym* za to co czyni i mówi, jest bowiem opanowany przez chorobę, która może spowodować zupełną zmianę charakteru jak również całego sposobu myślenia i działania. Dotąd delikatnie odczuwający, z głębi przekonania unikający wszelkiej nieprzyzwoitości, staje się teraz nieprzyzwoitym; przygnębiony staje się rozpustnym, bojaźliwy hardym, taktowny niezwracającym na nic uwagi i t. p. Nie pomaga tu żadne kazanie, przekleństwo, nauczanie: *obłędu niepodobna wyperswadować*. Choroba umysłowa ze wszelkimi swemi objawami, polega przecież na cierpieniu mózgu, nie daje się przeto przez żadne wmawianie, dysputy i rozprawy znieść lub nawet zmniejszyć podobnie jak paraliż lub ból cielesny. Przeciwnie, ciągłe sprzecznienie się z chorym co do jego idei błędnych, działa podobnie jak bezustanne szarpanie rany; dotknięte

chorobą miejsce w mózgu podlega jeszcze większemu podrażnieniu, a w skutek tego idee błędne, złudzenia zmysłowe, obawy, stają się tém silniejsze i szerzą się coraz to więcej.

„Jakie jest więc właściwe zachowanie się względem chorego z obłądem?” zapytuje w dalszym ciągu Dr Hecker. „Czy dozorczyńni ma się zgadzać z ideałmi chorego i umacniać go przez to w obłądzie? Bynajmniej! Czy krótko i ostro ma go odprawić lub wyśmiewać się z niego? Także nie! Istnieje jednak pewien sposób, zastosować się dający do rozmaitych okoliczności i osób, sposób łagodnej perswazyi, którą niekiedy w lekki żart obrócić można, wskazanie przyszłości, która chorego czegoś lepszego nauczy, odwoływanie się do zdania lekarzy i wiele innych środków, które pozostawić należy delikatnemu taktowi dozorczyńni, przez co uniknie ona dotykania idei błędnych i niepodrażni chorego. W każdym wypadku powinna się tak zachować, aby chory czuł, że los jego serdecznie ją obchodzi. Drobne niewinne grzeczności, chętne czynienie zadość nieszkodliwym żądaniom i t. d. będzie dowodem jój współczucia w danej chwili i tym sposobem pozyska zaufanie chorego. Niepożyczalny stan chorego, nie powinien jój nigdy upoważniać do zaniedbywania *względów towarzyskich* należnych jemu stanowisku, albowiem wielu chorych, zachowuje nawet w najcięższych okresach choroby wysoką wrażliwość na wszystko co się nazywa towarzyskim taktem.

„Nierozsądną i niesłuszną jest rzeczą, zyskiwanie sobie zaufania chorego przez *klamstwa*, uspakajanie go fałszywemi obietnicami, wywoływanie dobrego usposobienia nieszczeremi przyrzecze-

niami. Mogłoby to dozorczynię postawić w niewłaściwem świetle i wywołać zupełną nieufność ze strony chorego. Nie wyłącza to jednak z drugiej strony pewnej *wstrzemiętlivości i ostrożności w rozmowie*, aby chory nie dowiedział się o tém co go może rozdrażnić i zaniepokoić. Dozorczyini powinna przytém pamiętać, że umysłowo chorego razi często wiele rzeczy, rozdrażnia rozmowa, która zdrowemu wydaje się zupełnie niewinną; zupełnie tak samo jak człowiek z chorą ręką, doznaje bólu przy najlżejszém dotknięciu, które w normalnym stanie zaledwie dochodzi do jego świadomości. Co więcej, często nawet to co zdrowemu jest przyjemne, na umysł chorego działa całkiem przeciwnie. Wesole opowiadania czynią melancholika jeszcze więcej smutnym i rozdrażnionym, chory opanowany ideą prześladowania, widzi w niewinnych i przyjacielskich słowach naigrawanie się i często trudno dozorczyini znaleźć właściwy ton i treść do rozmów. Pomagać jej tu musi dobra obserwacja i delikatny takt. Często rozum nakaże jej milczenie zupełne.

„Rozumie się samo przez się, że powinna się starać i o to aby wspomniane podrażnienia nie działały na chorego i w inny sposób, np. wskutek nieodpowiednio wybranych książek do czytania. Rzecz jasna, że np. opowiadania o okropnościach, przejmujące obrazy ludzkiego nieszczęścia, morderstw i samobójstwa, nie są odpowiednie dla wystraszonych melancholików i dla tego też dozorczyini nie powinna dawać choremu żadnej książki, której poprzednio sama nie przeczyta. Spostrzeże przytém, że niektóre napozór zupełnie niewinne opowiadania dla ludu i młodzieży, nie są właściwe

dla niektórych chorych. Toż samo stosuje się do książek treści religijnej, które już wiele szkody przyniosły, jako też do gazet, które powinny być zupełnie usunięte z pokoju chorego. Nadto, niektórym chorym nie można dawać nic do czytania, albowiem wszystko co czytają inaczej tłumaczą i stosują do samych siebie.

„W podobny sposób mogą szkodliwie wpływać *listy i odwiedziny*; dozorczyńni nie powinna oddawać choremu listu nieprzejrzanego przez lekarza i nie powinna dopuszczać żadnej wizyty, na którą nie ma od niego wyraźnego pozwolenia. W najczęstszych przypadkach, a mianowicie w razie świeżo powstałej choroby umysłowej, należy przede wszystkim przenieść chorego z dotychczasowego otoczenia, albowiem chorobliwe myśli i uczucia, w początkach są prawie zawsze tak ściśle związane z rozmaitemi przedmiotami, miejscowością i osobami otaczającymi, że ich widok rozbudza je na nowo. Jasną przeto jest rzeczą, że nawet i w przypadkach gdzie nie ma gniewu, nieufności, zazdrości, nienawiści względem bliskich, i gdy się jest pewnym, że nie trzeba się obawiać ze strony odwiedzających niewłaściwych wiadomości i rozdrażniających rozmów, wizyta w niewłaściwym czasie przez krewnych złożona może bardzo szkodliwie wpłynąć na chorego.”

Przytoczę jeszcze kilka słów instrukcyi dla dozorczyń, którą zawdzięczam uprzejmości mego kolegi Dr. J. v. Mundy.

„Chociaż faktem jest, że tysiące obłąkanych, idjotów, kretynów i t. d. nie mieszka we właściwych zakładach, ale wśród własnych lub cudzych,

wynagradzanych za to rodzin, jednakże nie można wątpić, że większość tych chorych nie doznaje opieki, wymaganéj przez dzisiejsze naukowe i humanitarne zasady; wielu doznaje zaniedbania a często i złego obchodzenia się. Opieka nad chorym lub rannym jest pod bardzo wielu względami różną od opieki nad obłąkanym. W pierwszym razie, ma się zwykle do czynienia z człowiekiem przy zdrowych zmysłach, prawidłowo myślącym, sądzącym, mającym wolną wolę i mogącym wedle swych sił czynić zadość żądaniom dozorczyńni. Przytém chory taki nie jest niebezpieczny ani dla siebie ani dla drugich. Wszyscy otaczający chorego mogą pomagać dozorczyńni, mogą ją w danym razie zastąpić.

Rzecz się ma zupełnie inaczej z opieką nad obłąkanym. Członkowie rodziny i domownicy są sami zakłopotani i przerażeni; objawy choroby wybuchają właśnie najgwałtowniej, gdy ktoś z rodziny przybliży się do chorego i zacznie z nim mówić. Obłąkani są często niebezpieczni dla innych lub dla siebie samych, zawsze więc powinni być pod strażą, nigdy samym sobie pozostawieni: do takich chorych rozmowa, napomnienie, słowo pociechy, nie ma przystępu. Bywają oni często bardzo niechlujni, należy ich ciągle wstrzymywać i bronić od złych i szkodliwych nałogów i niedorzecznych czynów. Często nie chcą przyjmować jadła i napoju a szczególnie lekarstw. Dokazują, rozbijają, niszczą wszystko w około siebie, wyją, tłuką, wrzeszczą, płaczą, modlą się, przeklinają, uważają się za prześladowanych, wyklętych, zatrutych, rzucają się o ziemię, obnażają się i rozdzierają swe suknie. Albo też posępni, siadają na

podłodze, zamykają oczy i zakrywają głowę chustką, mówiąc, że słyszą głosy, widzą osoby, do których mówią, którym odpowiadają; mówią też i do siebie, często tak głośno, że aż chrzypną, zdaje im się, że im brak jakichś członków, albo, że im je zamieniono, że odmarzły i spaliły się, albo znowu, że zostały do ciała przymocowane; uważają się za obce osoby, albo bogów, djabłów, królów i t. d., za bardzo bogatych, lub bardzo biednych, za oszukanych, niesłusznie pozbawionych swobody i t. d.

Dozorczyni przede wszystkim bywają przez takich chorych posądzane, nienawidzone, oczerniane, przeklinane, okłamywane, a często i czynnie napastowane. Niektórzy obłąkani zdają się wprawdzie być zupełnie zdrowi i rozsądni, dopóki nie zostanie dotknięty słaby punkt ich chorój wyobraźni, który często występuje jako określone szaleństwo (*idea fixa*) i aż do śmierci chorego nie znika. Najczęściej obłąkani chorują także cielesnie; potrzeba im więc jeszcze oddzielną cielesną opiekę; cierpią np. na kurcze, częste zemdlenia, częściowe i ogólne porażenia członków, nie mogą się często bez pomocy poruszać, mają słabe lub niewłaściwe wrażenia dotyku, słuchu, smaku, węchu lub wzroku, świeże lub zastarzałe rany lub wrzody na ciele, nie mogą bez pomocy odbywać potrzeb naturalnych, ani ubierać się i rozbierać i t. d.

Już z tego pobieżnego szkicu pojąć można wielką różnicę jaka zachodzi pomiędzy zwykłą opieką nad chorem a opieką i pielęgowaniem obłąkanych. Zdarzają się jednak wypadki które czynią tę różnicę jeszcze wydatniejszą i opiekę nad obłąkanym tak trudną, że do szczęśliwego pokonania tych trudności, potrzeba specjalnego i długiego

doświadczenia. W wielu przecież rodzinach zdarzają się od czasu do czasu przypadki rozmaitych chorób, o których członkowie rodziny a nawet służący, przyjaciele i odwiedzający coś słyszą, poczęści przyjmują udział w opiece nad chorym i przyzwyczajają się, a nawet dochodzą do pewnego choć niedokładnego pod tym względem doświadczenia. Zwiedzanie i pobyt w szpitalach, oraz poznanie zachowywanych tam przepisów, uczy również klasy niezamożne pewnych szczegółów obchodzenia się z chorymi w domu.

Inaczej rzecz się ma z chorymi umysłowo, rzadziej bowiem się napotyka, niż zwykli chorzy, mniej czasu przebywają na łonie rodziny, a dostęp do szpitala obłąkanych jest bardzo utrudniony. Wskutek tego, zarówno pojedyncze osoby chcące się przygotować do opieki nad obłąkanymi, jak również szersze koła publiczności, nie mają sposobności nauczania się w specjalnych zakładach lub poza nimi, tego trudnego działu pielęgnowania chorych.

Zastanówmy się w krótkości tylko, nad jedną częścią opieki nad obłąkanymi, mającą bliższy związek z opieką domową albo rodzinną.

Pierwszemu zadaniem dozorczyń przywołanej do obłąkanego, zanim wejdzie do jego pokoju, jest dowiedzenie się dokładne o stanie obecnym chorego. Najlepiej aby sam lekarz jej to przedstawił, w jego nieobecności dozorczyń powinna w tym celu wybrać najrozsądniejszego członka rodziny, usuwając innych, aby przerywaniem opowiadania rzeczy nie zaciemniali i nie wiktali. Łatwo wtedy poznać czy przypadek jest zastarzałym (chronicznym) czy też świeżo powstałym (ostrym); okaże się też

z którym z poprzednio przedstawionych obrazów choroby będzie miała do czynienia, czy istnieją głównie zaburzenia w sferze wyobraźni, czy stany przytłumienia lub podniecenia umysłu i wreszcie jakie cielesne niemoce łączą się z owemi stanami.

Wyjątkowo tylko wzywana bywa nagle dozorczyńni do spokojnego obłąkanego. Zwykle żądają jej pomocy w świeżych (ostrych) przypadkach, w których podbudzenie chorego doszło do tak wysokiego stopnia, że nikt z domowników rady sobie z nim dać nie może.

Nieszczęśliwy obłąkany, który w przypadkach podobnych często bardzo gwałtownie krzyczy, wszystkiemu zagraża, wszystko niszczy, przeraża do tego stopnia domowników i sąsiadów, że nikt nie śmie się do niego zbliżyć; obezwładniona rodzina najczęściej pozostawia go samemu sobie i trzyma zamkniętego w mieszkaniu.

Pierwszym więc obowiązkiem dozorczyńni zaraz po przybyciu do mieszkania jest okazanie odwagi, spokoju, cierpliwości i wydanie oględnych rozporządzeń, a tym sposobem ośmielenie otaczających do podobnego zachowywania się i postępowania ze spokojem i cierpliwością.

W tym przypadku dozorczyńni powinna przede wszystkim opróżnić jeden pokój w mieszkaniu i zakryć okna materacami, pościelą, deskami (z łóżek lub z tylnych ścian szafy) do wysokości niedostępnej dla chorego.

Do pustego pokoju wnosi się tylko materac, albo zaszyty siennik. Następnie dozorczyńni każe, o ile można powoli i bez hałasu wywiercić małą dziurkę w rogu drzwi prowadzących do pokoju;

przez tę dziurkę (nie zaś przez dziurkę od klucza, przez którą zwykle chory z podejrzliwością wypatrzuje), powinna obserwować chorego; gdy się uspokoił, powinna otworzyć drzwi i skłonić go do opuszczenia pokoju. Gdy jeszcze szaleje, niech dozorczyńni uważa, czy nie ma w ręku lub nie schował jakiegoś niebezpiecznego przedmiotu (broni, ostrego narzędzia, haka, drewna, żelaza, stali), którym chce zadać cios wchodzącemu. Taki przypadek zdarza się *raz na sto*, ale ostrożność nakazuje zawsze tak postępować, jak gdyby rzeczywiście groziło niebezpieczeństwo. Jeśli istotnie grozi, dozorczyńni nie powinna otwierać pokoju *wcześniej* nim zapewni sobie pomoc przynajmniej dwóch odważnych mężczyzn. Powinni oni otworzyć drzwi ostrożnie, lecz nie wchodzić do pokoju, a starać się aby go chory dobrowolnie opuścił. Dozorczyńni w tym przypadku powinna się trzymać w *bezpiecznym* oddaleniu, dopóki, w razie wzbraniania się chorego opuszczenia pokoju, nie uda się silnym ludziom zbliżyć do szaleńca, odebrać mu przedmiot niebezpieczny i przemocą ale delikatnie zapanować nad nim. Wtedy dozorczyńni każe zaprowadzić chorego do przygotowanego poprzednio pustego pokoju i zamyka go w nim. Przez małą dziurkę wywierconą w drzwiach tego pokoju, będzie mogła zauważyć, że nieszczęśliwy obłąkany staje się coraz to spokojniejszym i wreszcie kładzie się dla odpoczynku na improwizowanej pościeli. Naturalnym bowiem rzeczy porządkiem, po strasznym podnieceniu i nadzwyczajnym wyęczeniu wszelkich mięśni podczas szaleństwa, następuje *stan zwolniczenia i wyczerpania*, nawet omdlenia. Jeśli nastąpi to ostatnie, należy zastosować środki wspomniane na str.

224. Najlepszym środkiem zupełnego uspokojenia i zabezpieczenia szalonego od szybkiego powrotu napadu jest *posilenie go*. Dozorczyni powinna więc natychmiast zarządzić wszelkie przygotowania, aby w chwilach spokoju chory dostawał ciepłą herbatę lub kawę, albo też mocny ciepły rosół a potem pokarmy stałe i napoje chłodzące. Nawet wino, arak, koniak daje się takim chorym w małych ilościach, gdy napływ krwi do mózgu nie jest zbyt silny. U obłąkanych zaś z krwią wodnistą lub posiadających krwi za mało, umiarkowane dawki napojów spirytusowych są nawet niezbędne.

Podobnie postępować winna dozorczyni, gdy zawezwaną zostanie do chorego na obłąd pijacki (*Delirium tremens*). I ci chorzy zachowują się jak szaleni, ale jednocześnie uskarżają się na silne ściskanie w piersiach, ściąganie w gardle, zdaje im się, że są prześladowani przez myszy, szczury i inne małe zwierzątka, że widzą ogień, dym, błyskawice i t. d. Tu należy według przepisu lekarza zastosować także wilgotne obwijania, zimne oblewania i wilgotne okłady na głowę i piersi, a później głównie wzmacniające pokarmy i napoje spirytusowe. Zabezpieczenie chorego od niebezpieczeństwa osiąga się najlepiej za pomocą takiego urządzenia pokoju jak dla szalejącego.

Toż samo stosuje się i do *epileptyków*, którzy często doświadczają napadów z gwałtownymi, na wszystkie strony rzucającymi ciałem kurczami (p. str. 228). Przygotowanie łoża na podłodze, złożonego z kilku obok siebie położonych materaców, jest w tym razie konieczne, dla tego, że chory gdy wypadnie z łóżka może się skaleczyć o ostre jego krawędzie lub o jaki przedmiot stojący w pokoju.

Rozumie się samo przez się, że z pokoju cierpiących na obłąd pijacki (do trzymania których potrzeba silnych ludzi) i epileptyków podczas napadu, dozorczyńni wydalać się nie powinna i musi mieć dla siebie stół i krzesło w pewnym oddaleniu od chorego. Jeśli po przejściu napadu, lekarz zaleci kąpiel, dozorczyńni nadzwyczaj starannie powinna zważać na temperaturę i czas trwania kąpeli i w żadnym razie nie powinna opuszczać pokoju.

Zastanowić się tu wypada nad pytaniem czy dozorczyńni powinna przy wyżej opisanych napadach u obłąkanych, uciec się do *kaftana krepującego* albo też innego środka przymusowego. Ten tak znienawidzony przez chorych, tamujący swobodne krążenie krwi aparat przymusowy, został już przed 40 przeszło laty w Anglii *prawem zakazany*, jakkolwiek w samych zakładach angielskich leczono od owego czasu przeszło 100,000 obłąkanych. Posługują się tam właśnie wysłanemi celami dla szaleńców, a w szczególnych przypadkach zastępują kaftany siłą muskułów dobrze wyuczonych i dobrze płatnych licznych posługaczy. Dla tego też ta metoda oznaczaną zwykle bywa wyrażeniem angielskiem „no restraint“ (bez przymusu).

Przy prywatnem pielęgowaniu obłąkanego należy się bezwarunkowo trzymać tych samych zasad, a chociaż niestety metoda ta nie została jeszcze wprowadzoną do wszystkich zakładów Europy i Ameryki, to przynajmniej przy pielęgowaniu prywatnem w rodzinach zamożnych, usunąć należy kaftany, gdyż łatwiej jest trzymać dla jednego chorego przez noc i dzień cały personel posługaczy, aniżeli w zakładach rządowych, rozporządzających środkami bardzo ograniczonemi i ma-

jących do obsługi znaczną liczbę pacjentów. Stan rozdrażnienia obłąkanego przemija zawsze daleko prędzej, gdy się hamuje jego chorobliwe ruchy siłą mięśni, niż przy użyciu kaftana, który tylko napad powiększa; gwałtowne ruchy w tym aparacie powodują nieraz starcie skóry oraz inne obrażenia, jakoteż zapalenia organów piersiowych i brzusznych; są także przykłady, że w skutek silnego skrępowania następowały apopleksyje z natychmiastową śmiercią. Dla tego ostrzegamy przed użyciem kaftana, krępowaniem sznurami, chustkami, pasami. Ludzie trzymający szaleńca powinni to czynić zręcznie i z względnością i nigdy dozorczyńci ścierpieć nie powinna, aby się w podobnych przypadkach posługiwano nogami lub kolanami, lub gnieciono piersi lub brzuch rzuconego na podłogę pacjenta. Jeden z posługaczy powinien trzymać ramiona lub ręce szalonego, drugi i trzeci nogi, a czwarty, w ciężkich przypadkach, jeszcze barki i głowę. Potrzeba tu pewnej wprawy, której też nabyć można przy napadach szaleństwa u osób poddanych chloroformowaniu. Doświadczenie uczy, że chory zwykle stosunkowo prędko się uspokaja, gdy tymczasem w kaftanie szaleje całymi godzinami i dniami, odrzuca wszelki pokarm i przeraża cały dom i sąsiadów ciągłym wrzaskiem. Zasada „no restraint“ choć powoli, jednak coraz bardziej się przyjmuje. W dolno-austryjackim krajowym zakładzie dla obłąkanych, dyrektor zakładu Prof. Dr. Schlager dowodnie wykazał, że można obejść się bez kaftana i osiągnąć przytém jak najlepsze rezultaty.

Dla zapobieżenia *usiłowaniom ucieczki* zdarzającym się często przy podbudzonym stanie obłąka-

nego i nie będących rzadkością przy innych formach obłądu, dość jest również zarządzić straż nieustającą. Dla tego też nigdy dozorczyńni nie powinna zostawiać pacyenta samego, a gdy się musi oddać, powinna powierzyć zastępstwo osobie na której można polegać.

W obec obłąkanych cierpiących na *melancholię*, zadanie dozorczyńni jest bardzo ograniczone. Jeśli pacyenci nie są niepokojeni, jak się to niekiedy zdarza, stanami rozdrażnienia i zaburzeniami w sferze wyobraźni, to pielęgnowanie prawie wyłącznie odnosi się tylko do ciała. W ogóle dozorczyńni nie powinna zbyt wiele oczekiwać od swego moralnego i umysłowego wpływu na powierzonych jej obłąkanych. *W milczeniu pełnić obowiązek, troszczyć się wyłącznie tylko o chorego*, to są najpierwsze zasady, według których postępować należy przy każdej formie obłądu. Czy obłąkany opanowany przez uczucie strachu i sądząc się być prześladowanym, wyje, płacze, narzeka i mruczy, w podnieceniu ciągle po pokoju kroczy, siada na podłodze i nie chce się podnieść, wymawia pojedyncze wyrazy, miewa przemowy, czy pyta się, czy też ciągle milczy, czy mogąc mówić nie daje się skłonić do wymówienia „tak” lub „nie”—to zawsze spokojne, poważne, milczące zachowanie się dozorczyńni najwięcej w takich razach jest skuteczne.

Drugą ważną radą dla dozorczyń jest, żeby *pozornie* uważały obłąkanego za „zdrowego na umyśle” a także aby, *lecz tylko pozornie* tak go traktowały jak zdrowego. Utrata pamięci i władzy przypominania sobie, czyni obłąkanego po więk-

szej części niezaradnym i zakłopotanym (mianowicie w świeżo powstałych wypadkach). Dozorczyni więc musi myśleć za chorego i pod każdym względem przychodzić mu w pomoc delikatnie i prędko. I tak np. ogólnie choć niezupełnie sparaliżowany, słyszy za sobą turkot powozu, ale nie czyni usiłowania aby się usunąć, gdyż wraz z pamięcią stracił świadomość o niebezpieczeństwie. Niekiedy zdaje mu się, że dozorczyni jest jego bratem lub dawno umarłą siostrą. Wiele rzeczy, a niekiedy wszystko wydaje mu się być zagadkowym, tajemniczym, niepojętym. Nawet dozorczyni wydawać mu się może jakimś nadzwyczaj dziwnym stworzeniem.

Rzeczą jest jasną, że nadzór należy podwoić, gdy się ma do czynienia z cierpiącymi na manję *sanobójstwa* lub *kaleczenia się* i nie wierzyć chytrym przedstawieniom chorych, którzy zdradzają nieraz zadziwiającą wynalazczość. Należy często rewidować odzież i pościel takich chorych— a w ogóle wszystkich— obłąkanych, należy z pokoju usunąć palne materiały, światło (ogień) dostępne, wszystkie sprzęty, któremi można zadać ranę. Potrzebne lekarstwa powinna mieć zawsze dozorczyni pod kluczem. Wtedy tylko można pozwolić choremu się golić, gdy używa tak zwaną brzytwy bezpieczeństwa. Jeśli chorzy nie są niechlujni, to można im pozwolić zapuścić zarost, w przeciwnym razie powinni być goleni przez specjalnych dozorców.

Bardzo ciężkim jest zadanie dozorczyni, gdy chory nie chce przyjąć pokarmu i długo trzyma się swego postanowienia. „Namawianie“ wcale tu nie pomaga, albowiem niechęć do jadła jest wła-

śnie specjalną formą choroby umysłowej, polegającą na chorobliwym stanie wyobraźni (iluzyje, halucynacyje), na stanach przytłumienia lub na popędzie zniszczenia własnego bytu. Wielu podobnym chorym zdaje się, że są za ubodzy aby zapłacić za jadło, inni sądzą, że w pokarmach jest trucizna (złudzenia węchu, smaku, manija prześladowcza); wielu obawia się, że brak im sił do żucia i połknięcia pokarmów i t. d. W podobnych razach często udaje się skłonić chorego do jedzenia, przez pozorne roztargnienie i niedbalstwo, a mianowicie, jeśli dozorczyńni sprzątnie ze stołu niektóre jadło i napoje i postawi je w kącie pokoju lub w szafie; naturalnie trzeba w takim razie od czasu do czasu świeże pokarmy przyrządzać. Chory bywa niekiedy tak męczony głodem, że gdy dozorczyńni udaje, że nie widzi, chciwie sięga po pokarmy i nasycy się niemi. Rzadko kiedy, a może nigdy nie udaje się dozorczyńni namową lub przykładem skłonić chorych do jedzenia. Niestety, w podobnych razach uciekać się częstokroć wypada do sztucznego żywienia za pomocą rurki wprowadzonej do żołądka; czyni to przedewszystkiem lekarz, ale zręczna dozorczyńni może się i tego nauczyć.

Również w obec wszelkich *zaburzeń w sferze wyobraźni*, a mianowicie przy złudzeniach zmysłów, najlepszą metodą jest zachowywanie się spokojne, z pozoru obojętne. Wszelkie przeczenie, wszelkie przekonywanie, pada jak groch na ścianę. I tak np. nieszczęśliwy, który się uważa za króla i pokrył swą pierś orderami, nawet wtedy nie przestanie się za króla uważać, gdy go ubierzemy w łańchmany. Tak samo chorego, który sądzi, że

jest opętany od diabła, niepodobna uspokoić modlitwami.

Gdy jednak umysłowy i moralny stosunek dozorczyńni do chorego polegać może tylko na starannym dozorze i obserwacji, to z drugiej strony musi ona rozwinąć szeroką działalność ze względu na pielęgnowanie cielesne, przedewszystkiem na czystość powierzonego jój chorego. Obląkani, idjoci, sparaliżowani, epileptycy są zwykle bardzo niechlujni. Tu przed dozorczynią roztacza się szerokie i bardzo ważne pole działalności. Musi ona chorego ubierać (co się zwykle dzieje z przymusem), myć, czesać, obcinać mu paznogie (aby sobie skóry nie rozdrapał), ucierać nos, żywić, przyzwyczajając jak dziecko, w stałych odstępach czasu do wypróbnień, pomagać mu przytém, zmieniać często kilka razy na dzień zbrukaną bieliznę, prowadzić go, towarzyszyć mu podczas przejażdżki, jedném słowem postępować jakby z dorosłym niemowlęciem. Jest to zadanie, które właśnie najlepiej spełniają kobiety, posiadające jedną z najwyższych cnót, odwagę i chęć poświęcania się. Jest to punkt kulminacyjny, do którego może wznieść się człowiek dla dobra drugiego. Umrzeć za kogoś, na to potrzeba tylko jednej chwili, szybkiego zdecydowania się; ale całemi latami cierpieć dla nieszczęśliwego i wspólnie z nim, to zaiste czyn wzniosły i szlachetny, témbardziej, że niewynagrodzony uznaniem; poświęcający się, dokonywając najcięższego z obowiązków, znajduje nagrodę tylko we własnym sumieniu.

Należy dotknąć jeszcze jednej strony pielęgnowania obłąkanych, mającej związek z ważną kwestyją spokoju i zajęcia tych nieszczęśliwych. Pod tym względem dozorczyńni powinna, — jak i w każdym innym przypadku odnoszącym się do przepisów dyjetetycznych — pytać się za każdym razem lekarza. Jeśli forma obłąkania wymaga bezwarunkowo cielesnego i duchowego spokoju, albo gdy siły chorego nie starczą do wykonywania jakiejś pracy, lub gdy chory zupełnie jest obojętny na wszelki rodzaj rozrywki, a témbardziej gdy jest ona przy danym stanie choroby szkodliwą, w takim razie nie może być mowy o pracy i zadaniem dozorczyńni jest tylko staranie się o spokój tak potrzebny dla chorego.

W innych razach dozorczyńni powinna, według przepisu lekarza, usiłować dowiedzieć się jakie jest ulubione zajęcie chorego, ułatwiać je, mieć nad niem nadzór, zachęcać go do pracy i podczas wszelkich jego zajęć i rozrywek (czytania, pisania, rysowania, szycia, haftowania, gry w karty i t. d.) stać na boku i przyjmować udział w podobnych rozrywkach. We wszystkich nowych zakładach dla obłąkanych, przyjęto za główną zasadę, że powinny być przy nich warsztaty, gospodarstwa rolne, ogrody, a to w tym celu aby nietylko zdolni do pracy obłąkani zajęci byli w warsztatach, w polu, ogrodzie i kuchni, ale nadto, aby chorzy z lepszych stanów bawili się o ile podobna piórem, pędzłem, dłutem i aby się rozrywali tańcem oraz śpiewem.

Zajęcie i praca są najważniejszym środkiem wzmocnienia ciała i należytego skierowania umysłu chorych obłąkanych. Chociaż powyżej wyka-

załem, że pielęgnowanie obłąkanych w rodzinie bardzo jeszcze wiele pozostawia do życzenia, muszę jednakże wspomnieć, że w Belgii, o trzy godziny drogi od Brukselli, znajduje się szczególna miejscowość (Gheel), w której już od bardzo dawna, w 13 wsiach i jedném mieście, na przestrzeni dziewięciu mil, żyje swobodnie, bez przymusu, kilkaset umysłowo chorych z najrozmaitszymi formami obłąkania (obecnie przeszło 1200) pielęgowanych w rodzinach tamtejszych mieszkańców. I w Gheel także, obok pielęgnowania w rodzinie i swobody, głównym środkiem przyczyniającym się do wyzdrowienia lub polepszenia stanu chorych, jest praca w polu, łąkach, warsztatach, jako też inne rodzaje zatrudnienia (pilnowanie dzieci, zajęcia w kuchni, pranie, szycie, robota koronek etc).—Z wyjątkiem chorób, mających swe źródło w dziedziczności lub powstałych przypadkowo, zwykłą przyczyną chorób umysłowych i cielesnych są: smutek, troski, nędza i straty, złe nałogi, jak pijaństwo, gra i inne namiętności; dla tego też regularne zajęcie się odpowiednią pracą, regularny tryb życia i umiarkowane rozrywki, pewien stopień fizycznego zmęczenia konieczny dla wywołania zdrowego snu, najbardziej przyczyniają się do powolnego wprowadzenia wykołajonego, chwiejącego się umysłu, na właściwe tory i nadania mu odpowiedniego, właściwego kierunku.

ROZDZIAŁ VIII.

Pomoc w wypadkach nagłych.

Pomoc przy:

Obrażeniach: oparzenia, odmrożenia, zgniecenia, rany, krwotoki z ran.

Ranach zatrutych: ukłucia owadów, ukąszenia węzów, psów wściekłych, zakażenie zgnilim mięsem.

Krwotokach: nosowych, płucnych, żołądkowych.

Ratowanie powieszonych i topielców.

(O omdleniu, apopleksyi, drgawkach, patrz rozdz. VII).

Pomoc przy otruciu.

Kilkakrotnie już nadmieniliśmy, że osoba pielęgnująca chorych nie powinna odgrywać roli lekarza, lecz tylko wypełniać jego zlecenia. Zdarzają się jednak wypadki nagłe lub choroby, przy których osoba ta po części z własnego popędu, po części z nagłona do tego przez otoczenie, działać zechce samodzielnie; jeśli sama pomódz nie potrafi, przynajmniej przez doświadczenie swoje nie pozwoli na to, aby do czasu przybycia lekarza, zrobiono coś szkodliwego dla chorego. Przez pobyt swój w szpitalu przyzwyczajają się do widoku chorych i rannych i z daleko większym spokojem i pewnością robi to, co potrzeba, niż ci, którzy z przestachu potrafią tylko jęczeć i rozpaczać.

Obrażenia.

Oparzenia wywołują albo zaczerwienienie skóry albo pęcherze, albo też strupy. Jeśli się na człowieku zapaliły suknie, trzeba go natychmiast okryć kołdrą i zawinąć w nią, następnie oblać wodą; jeśli w ten sposób ugaszono płomień i oziębiono gorącą odzież, wtedy zdjąć ją trzeba z ciała. Jeśli ktoś został oblany gorącym płynem, oblać go należy natychmiast zimną wodą. Jeśli ktoś oparzony został kwasami (witryol) lub ługiem, miejsca oparzone również oblać trzeba wielką ilością wody, aby przez znaczne rozcieńczenie tych substancyj, dalsze ich działanie żrące uniemożliwić. Następnie pomyśleć trzeba o łagodzeniu gwałtownych bólów wywołanych przez oparzenie. Najlepiej da się to skutecznie przez zimne okłady. Jeśli się utworzyły pęcherze, to cieniutką igłą w kilku miejscach nakłóć je trzeba, lecz w ten sposób aby nie kaleczyć ciała pod pęcherzem. Skoro tylko wypłynie z pęcherzy ciecz jasno-żółta (woda), zmniejsza się natychmiast naprężenie skóry i uczucie palenia. Po kilku godzinach, gdy pierwszy ból silny przeminie, dobrze jest niekiedy posmarować grubo miejsca oparzone olejkim migdałowym lub świeżą oliwą, pokryć na grubość palca watą i lekko ją bandażem przytwierdzić. Jeśli oparzenie było tak głębokie, że utworzyły się strupy, wezwać koniecznie wypadła lekarza. W innych wypadkach, na czwarty dzień przestaje się smarować oliwą, skórę ostrożnie osusza się watą i posypuje pudrem; na wierzch kłaść trzeba przez dzień jeden lub dwa, cienką warstwę waty, dopóki nie oddzieli się zeschnięta skóra.

Oparzenia powstać mogą także od *uderzenia piorunu*; jeśli są jeszcze ślady życia, leczyć rażonych wypada jak omdlałych, a oparzenia na skórze jak zwyczajne oparzenia.

Przy wyższych stopniach *odmrożeń* tylko lekarz zdecydować może, co czynić wypada.

Zwyczajne odmrożenia z powodu nieznośnego swędzenia, występującego szczególnie w nocy w łóżku, bardzo są dokuczliwe; prócz tego szpecą jeszcze ręce. Swędzenie to ustępuje niekiedy, jeśli dwa razy dziennie wymoczyć ręce lub nogi po poprzednim dodaniu do kąpieli $\frac{1}{3}$ do 1 uncji (1 lub 2 łyżek stołowych) zwyczajnego kwasu saletrzanego. Po obsuszeniu skóry w wypadkach lżejszych wysmarować można świeżo wyciśniętym sokiem z cytryny; w wypadkach zaś cięższych pędzluje się miejsca zaczerwienione jodyną, lecz niezbyt mocno i tylko raz dziennie, rano lub wieczorem; po zaschnięciu jodyny włożyć trzeba pończochę lub rękawiczki. Pędzlowania powtarzać co drugi dzień.

Przy wszystkich zapaleniach skóry, mniejszych ranach i owrzodzeniach, użyć można z korzyścią zwyczajną, w każdej aptece sprzedawanej *maści cynkowej*, która bardzo często działa dobrze, nigdy nie szkodzi, dla tego też w każdej domowej apteczce znajdować się powinna.

Przy ciężkich obrażeniach nawet bez ran, choroby niekiedy znajdują się w stanie silnego omdlenia i aż do czasu przybycia lekarza, jak omdlałym pomoc dać wypada (str. 226).

Jak chorych takich podnosić i przenosić potrzeba patrz str. 60.

Przy *lżejszych zgnieceniach* bez ran i bez naruszenia kości i stawów najlepiej robić okłady z wo-

dy lodowej, obwijania zimne lub też okłady z wody ołowianej (Goulardowej);—wodę taką przygotować sobie można w domu przez dodanie łyżki stołowej octu ołowianego, który w aptece kupić można, do kwarty wody; uważać należy, ażeby nic się nie dostało przypadkiem do oczu lub ust.

Przy *zranieniach*, główną uwagę zwrócić należy na krwotok. Baczyć trzeba na to, aby rany przedewszystkiem nie zanieczyszczano rozmaitemi używanymi środkami ludowemi (pajęczyna, glina, uryna, gnój krowi). Najlepszym środkiem tamowania krwotoku jest przyciśnięcie rany palcem, byle tylko czystym; przyciskać trzeba aż do przybycia lekarza, szczególniej jeśli krwawią tętnice (arteryje), co poznać można niekiedy potém, że krew z rany strzyka, bryzga. Jeśli rany ręką przycisnąć nie można, dozorczyńni powinna wiedzieć (nauczyć się w szpitalu), jak i w którym miejscu naciskać trzeba główne tętnice, doprowadzające krew do miejsca zranionego. Jeśli krwotok nie jest zbyt silny, często wystarcza przykładanie do rany kawałków czystego lodu lub też kompresów z czystej wody studziennej często zmienianych. Przy powierzchownych nieznacznych zranieniach skóry, po ustaniu krwotoku, osusza się starannie okolice rany, a ranę zalepia angielskim plasterkiem, który później posmarować można kolodium, przez co plasterek przy myciu nie odpada.

Jeśli na lekarza długo czekać wypada, a dozorczyńni zmęczona jest przyciskaniem długotrwałem rany, i gdy niema pod ręką nikogo któremu by ta czynność przyciskania powierzona być mogła, wtedy nałożyć trzeba podwiązkę na miejsce krwawiące i ścisnąć dopóty, dopóki krwawić nie przestanie.

Powinna jednak zrobić to tylko w ostatecznym razie, i lepiej jest nakładać podwiązkę powyżej rany (między raną a tułowiem) niż na samą ranę.

Następnie obmywa się ranę i sąsiednią skórę, a jeśli się ma pod ręką trochę roztworu kwasu karbolowego (w ostatecznym razie nawet wodę gulardową lub trochę ałunu) napoić trzeba tym roztworem kawałek waty lub czystego płótna, pokryć ranę i zabandażować nogę lub rękę od palców aż do miejsca, gdzie poprzednio nałożono podwiązkę. Opatrunek taki nie powinien leżeć dłużej nad 4 godziny i nie powinien być nałożony za mocno, w przeciwnym bowiem razie wystąpić może gangrena. W ogóle wtedy tylko tak postępować można, jeśli na lekarza długo czekać wypada i gdy chory jest bardzo osłabiony, co poznać można po bledności twarzy, omdlewaniu chorego i po drobnym pulsie.

Rany zatrute.

Zwykle przy nazwie téj na myśl przychodzą ukąszenia żmij, niedźwiadków (skorpionów) i t. p. Ale należą tu także ukłócia pcheł, pluskiew, much, pszczoł i os; skaleczenia przez nie wywołane są tak drobne, że nie miałyby żadnych następstw, gdyby równocześnie z ukłóciem nie wprowadzone zostały pod skórę właściwe substancje silnie drażniące. Przy ukłóciach od pszczoł i os użyć trzeba okładów zimnych, następnie maści cynkowej i innych środków, jak przy oparzeniu; przy silném zaczerwienieniu, obrzmieniu i bolesności, wetrzyć nieznaną ilość maści szarój, co sprowadza często znaczną ulgę i zmniejsza zapalenie.

Ukąszenia węzów zdarzają się rzadko, gdyż w naszym kraju mało jest węzów jadowitych; ukąszenia też te nie są tak niebezpieczne, jak w strefach gorących. Bardzo odpowiednim jest środek ludowy w takich razach używany t. j. trzeba rany takie natychmiast wyssać (jeśli na błonie śluzowej ust lub żołądka nie ma skaleczeń, jad nie zostaje wessany), a powyżej miejsca ukąszenia nałożyć trzeba mocną podwiązkę; postępowanie to jest tylko skuteczne bezpośrednio po ukąszeniu. Wyssanie jeszcze w taki sposób wykonać można, że do rany przykładą się kawałek cukru. Następnie ranę taką przemyć należy mocnym octem lub gęstym roztworem soli i lekko zabandażować. Jeśli się ma pod ręką troszeczkę amoniaku, napuszcza się kilka kropel na miejsce ukąszenia.

Tak samo postępować trzeba przy pokąszeniach przez wściekłych psów i kotów. Przedewszystkiem uspokoić należy chorych co do następstw, gdyż na setki ludzi pokąsanych, kilku zaledwie na wściekliznę zapada. Jeśli rany takie krwawią, to krwi się nie tamuje, a w następstwie przemywa się ranę i nakłada luźny opatrunek.

Często zdarza się u kucharek, rzeźników i wędliniarzy (porównaj str. 209), że sok z mięsa cokolwiek nadpsutego wnika w małe zadry na palcach, szczególnie przy paznogciach i wywołuje silne zapalenie z obrzmieniem gruczołów pod pachą i wysoką gorączką. Niekiedy zaraz potem czuje się silny ból i palenie, przez co dopiero zwróconą zostaje uwaga na istnienie podobnej zadry. Wstrzymać można rozszerzenie się tego jadu przez natychmiastowe wymycie palca, okładania dwuprocentowym roztworem kwasu karbolowego lub też

wodą gulardową, zawieszenie ręki i zupełny spokój. Jeśli jednak rozszerza się zaczerwienie i obrzmienie, wcierać należy maść szarą. Gdyby zapalenie takie palca (zastrzał) trwało dłużej niż 3 dni, wezwać należy koniecznie lekarza; podobne zakażenie zgnilém mięsem spowodować może nie tylko silne cierpienia, ale też utratę palca lub ręki, a nawet i życia.

Krwotoki.

Z krwotoków powstałych bez zranień najczęściej zdarzają się krwotoki z nosa, szczególnie u ludzi młodych i dzieci. Nie uważam za właściwe stawianie chorego z głową nachyloną nad miednicę, gdyż przez postawę tę odpływ krwi do serca z głowy jest utrudniony. Najłatwiej daje się osiągnąć równomierny obieg krwi, jeśli ułożyć chorego spokojnie na grzbiecie, z głową cokolwiek podniesioną; wprawdzie przy takim położeniu część krwi dostanie się z nosa do gardzieli, lecz nic to nie szkodzi. Chory powinien wciągnąć w nos zimną wodę, do której dodać można cokolwiek octu lub alunu (tyżeczkę od kawy na kwartę wody). Energicznie zakazać trzeba wycierania nosa, wyciskania i t. p., natomiast zalecić choremu głęboko oddychać. Jeśli krwotok nie ustaje, wezwać wypada lekarza.

Krwotoki płucne—Plucie krwią. Poznać można, że krew pochodzi z płuc, albo dróg oddechowych z tego, że jest jasno-czerwoną i zostaje wyrzuconą z kaszlem, zwykle niezbyt silnym, niekiedy jednak i gwałtownym. W tym razie posłać trzeba natychmiast po lekarza. Przedewszystkiem chory bezzwłocznie położyć się powinien do łóżka z gór-

ną częścią ciała cokolwiek podniesioną; leżeć spokojnie, nie mówić, niezbyt głęboko oddychać, unikać wszystkiego, co do kaszlu pobudzić może. Jeśli chory nie jest zbyt osłabiony, położyć mu trzeba okład zimny na piersi, dawać łykać lód. Następnie daje się mu 1 lub 2 łyżeczki od kawy soli z trochę wody; prócz tego lawatywę z dodatkiem 2 łyżek octu.

Chorzy podobni zwykle są bardzo zaniepokojeni, należy ich uspokoić, gdyż krwotoki płucne, choćby się nawet często powtarzały, są śmiertelnymi tylko w ostatnich okresach suchot.

Krwotoki żołądkowe, wymioty krwawe. Krew wyrzucona w takich razach zwykle jest ciemną, czarną jak kawa palona. Chorych położyć trzeba do łóżka, daje im się do łykania lód w kawałkach, okład zimny na okolicę żołądka. Gdyby nastąpiło omdlenie nie trzeba zadawać środków do wewnątrz, natomiast nacierać skronie wodą kolońską, dać lawatywę z winem, synapizmy na łydki.

O krwotokach z kiszek patrz przy tyfusie str. 183.

Przy innych krwotokach z organów brzusznych (kiszki odchodowej lub t. p.) trzeba do czasu przybycia lekarza wsuwać kawałki lodu lub też wstrzykiwać wodę lodową.

Ratowanie powieszonych i topielców.

Próby przywrócenia do życia mają widoki powodzenia tylko wtedy, jeśli ciało powieszzonego i następnie odciętego, lub topielca wydobytego z wody, jest jeszcze cokolwiek ciepłe (gdy termometr w kiszce odchodowej wskazuje 27° C., jest to nie-

zawodną oznaką śmierci) lub gdy przy przyłożeniu ucha słyszeć się daje bicie serca. Jako pewna oznaka śmierci, stwierdzić się dająca nawet przez nielekarzy, oprócz wspomnianych służyć może jeszcze to, że przy pocieraniu skóry lub napuszczeniu laku *roztopionego* nie wywoła się na niej zaczerwienienia (próbę lakiem zrobić trzeba na udzie lub brzuchu, nigdy zaś na piersi lub na twarzy, gdyż w razie, gdyby człowieka takiego do życia przywrócić się dało, pozostałyby blizny szpecące). Za oznakę śmierci może służyć również: że po zaciśnięciu palca sznurkiem, palec nie sinieje, a następnie bruzda pozostała po zdjęciu sznurka nie czerwieni się, lecz pozostaje białą.

Topielców przedewszystkiem natychmiast ułożyć trzeba na boku i podnieść za nogi, aby woda mogła wypłynąć z ust i dróg oddechowych. Gdyby wykazać się dały choć ślady oddychania lub bicia serca, starać się trzeba wywołać ruchy takie jak kichanie, wymioty lub kaszel, przez trzymanie przed nosem amoniaku, obryzganie wodą zimną, łechtanie nosa chorągiewką od pióra, łechtanie gardła palcem, tarcie skóry i przez innego rodzaju drażnienie. Przez ruchy takie pobudzone zostaną ruchy serca i ruchy oddechowe. Gdyby to nie skutkowało, starać się trzeba *wywołać sztuczne oddychanie*. Wedle mego doświadczenia da się to najlepiej skutecznie przez regularne wdmuchiwanie powietrza do płuc z następnym naciskaniem klatki piersiowej. Dozorczyni, która się kształciła w szpitalu widziała zapewne, że wdmuchiwanie powietrza najskuteczniej robić się daje przez rurę wsuniętą do krtani, lub grubą rurkę przez otwór sztuczny

w tchawicę założoną; lecz i bez instrumentów wdmuchiwanie często z dobrym skutkiem wykonać można. Usta swoje przyłożyć trzeba do ust pozornie zmarłego, zatykając jego nos, następnie wdmuchiwać silny strumień powietrza. Poznać można, że powietrze w rzeczy samej dostaje się do płuc, po wzniesieniu się klatki piersiowej. W tej samej chwili ktoś inny klatkę piersiową z boków objąć powinien i mocno ścisnąć; powtarza się to ciągle w odstępach czasu oddychania zdrowego człowieka. Postępować trzeba w podobny sposób przez kwadrans i dłużej, a zaprzestać nie trzeba bezwarunkowo, gdyby podczas tych prób pozornie zmarły zrobił jakikolwiek ruch oddechowy, choćby raz westchnął; wtedy przez chwilę się wyczekuje, czy oddychanie nie odbywa się dalej samodzielnie. W takim razie przystępuje się do wyżej wspomnianych sposobów drażnienia amoniakiem, piórkami, dopóki przytomność nie wróci zupełnie. Zarzucano tej metodzie, że przy niej daleko więcej powietrza wchodzi do żołądka niż do płuc. Zarzut ten nie jest sprawiedliwy. W jednym wypadku widziałem co prawda, że żołądek rozszerzył się znacznie przez wpędzone doń powietrze, wystąpiły jednakże potem obfite wymioty, a następnie także ruchy oddechowe i serca. Ponieważ płuca, serce i żołądek otrzymują gałęzie z jednego i tego samego nerwu czaszkowego, to rzeczą bardzo naturalną jest, że drażnienie któregokolwiek bądź rozgałęzienia nerwu oddziała na główny pień i korzenie w mózgu, a stamtąd i na inne gałązki tego nerwu. Ze spostrzeżenia tego wypada, że wdmuchiwanie powietrza do żołądka w przypadkach śmierci pozornej pomódz może, nigdy zaś nie zaszkodzi. Nie widziałem ni-

gdy dobrych skutków z innéj metody oddychania sztucznego t. z. MARSHALL HALLA, polegającej na tém, że ciało pozornie zmarłego w regularnych odstępach, odpowiadających zwykłemu oddychaniu przewraca się z boku na piersi. Natomiast dobrym mi się wydaje sposób sztucznego oddychania podług SYLWESTRA i PACINIEGO: pozornie zmarłego układa się na stole w ten sposób, żeby głowa prawie zwieszala się z jednego końca stołu; staje się z tyłu po za chorym, obejmuje się ramiona zaraz poniżej łokcia i jednym szybkim ruchem pociąga w górę i w tył z obu stron głowy (I tempo-wdychanie), następnie znowu jednym ruchem obsuwa się ramiona na klatkę piersiową, przyciskając równocześnie ramionami i łokciami (chorego) dolną część klatki piersiowej z obu boków (II tempo-wydychanie); powtarza się to regularnie w równych odstępach z szybkością zwykłych ruchów oddechowych. Przy należytem wykonywaniu tych ruchów wyraźnie słyszeć się daje, jak powietrze wchodzi do płuc i wychodzi. Dozorczyni powinna koniecznie nabyć wprawy w téj metodzie, gdyż z powodu prostoty daje się ona łatwo zastosować bez obcej pomocy.

Niekiedy przy jedzeniu lub téż u dzieci przy zabawie *pokarmy* lub téż inne *ciała obce* (groch, paciorki, monety, guziki, pestki) dostają się i utkwic mogą w gardzieli, przetyku lub w krtani i tchawicy. Występuje wtedy dławienie i ruchy na wymioty, którym dopomódz trzeba przez wprowadzenie palca do gardła; przez wymioty połączone zwykle z kaszlem, ciała obce zostają wyrzucone nawet z dróg oddechowych. Gdyby to nie nastąpiło natychmiast lekarza wezwać trzeba.

Jeśli dzieci wsuną sobie dla zabawki obce jakie

ciało do nosa lub ucha, nie należy nigdy zabierać się samemu do wydobywania takich, lecz bezzwłocznie do lekarza się udać, przez nieumiejętne bowiem wydobywanie takich ciał, zostają one zwykle głębiej jeszcze wepchnięte; nic nie szkodzi jeżeli pozostaną one w nosie lub uchu godzinę dłużej.

O pomocy przy omdleniu, apopleksyi, napadach kurczowych, mówiliśmy już wyżej (rozdział VII str. 226).

Otrucia.

Nie zawsze łatwo jest rozpoznać, czy pewne objawy chorobowe wystąpiły przez nieświadome lub też utajone przyjęcie trucizny, a rozpoznanie takie przez lekarza tylko zrobione być może. Zdarzają się jednak wypadki, gdzie przypadkowo zażyto truciznę, a rodzaj przyjętej trucizny rozpoznany być może zaraz.

We *wszystkich wypadkach*, gdy połkniętą została trująca substancja zwykle w stanie płynnym się znajdująca, do czasu aż przybędzie lekarz lub też z apteki przyniesioną zostanie t. z. przeciwtrutka, starać się trzeba o jak najszybsze wydalenie z żołądka przyjętej trucizny, a część, któraby w żołądku pozostać mogła, uczynić nieszkodliwą przez znaczne rozcieńczenie i zmięszanie z olejem lub też istotą klejkowatą. Przedewszystkiem więc trzeba wywołać *wymioty*; da się to skutecznie przez lechtanie gardzieli palcem lub chorągiewką od pióra, następnie przez zadanie choremu ciepłej oliwy zmięszanej z wodą. (Tylko przy otruciu fosforem oliwy używać nie można). Następnie choremu pić się daje w znacznych ilościach wodę, albo co lepiej mleko; nie zaszkodzi to bowiem nigdy. Zdarza

się często, że w kuchni dzieci wypijają ług lub kwas siarczany (witryol); myśląc, że to woda. Choć zwykle po pierwszym łyku butelkę odrzucają, wystarczy to jednakże dla wywołania rozległych oparzelizn w gardzieli, które spowodować mogą śmierć, albo co najmniej znaczne zwiężenia przełyku.

Przy otruciu *kwasami* (kwas siarczany, saletrzany); daje się: krede, paloną magnezyję na wodzie, mydliny, mleko.

Przy otruciach *arszenikiem*: rdzę z żelaza zmieszaną z wodą, mleko, jajka.

Przy otruciach *grynszpanem* (miedzią): dużo cukru i jajka, unikać octu!

Przy otruciach *fosforem* unikać olejów (oliwy), natomiast dać dużo magnezyi i wody.

Przy otruciach *opiūm* lub *morfina*: w znacznej ilości czarną kawę, wino czerwone, cierpkie.

Przy otruciach *kwasem pruskim* (migdały gorzkie, pestki: od wisien, brzoskwiń, moreli) i *cyankiem potasu*: kawę czarną, polewanie głowy zimną wodą.

Przy otruciu *jagodą wilczą* (belladonna): środki wymiotne, oblewanie głowy zimną wodą, sok z cytryny na wodzie, kawa czarna.

Przy otruciu (zaczadzeniu) *gazem węglanym* lub też *służącym do oświetlenia gazem*, chorych przedewszystkiem wynieść trzeba z pokoju w którym ten gaz się znajdował; następnie tak cucić jak przy śmierci pozorniej: oblewać zimną wodą, nacierać, dać lawatywy z octem, synapizmy; sztuczne oddychanie stosowane przez czas dłuższy w wypadkach podobnych szczególniej dobrze działa.

ROZDZIAŁ IX.

Odżywianie i Dyjeta.—Zakończenie.

Prakomite dzieła Dra J. WIELA („Diätetisches Kochbuch“ „Tisch für Magenranke“), które w każdym szpitalu i w każdej rodzinie znajdować się winny, zwalniają mnie od obowiązku zajmowania się w tym rozdziale drobnostkowym oznaczeniem dyjety przy rozmaitych chorobach jak również sposobem przygotowywania oddzielnych potraw dla chorych. Gospodyni znająca się dobrze na kuchni i spiżarni z łatwością zastosuje się do przepisów zawartych we wspomnianych książkach; dama salonowa lub dozorczyń, która się nigdy kuchnią nie zajmowała, bez praktycznej nauki gotowania, z książki nie nauczy się i tak nigdy téj tak ważnej dla chorego sztuki.

Nie od rzeczy jednakże będzie zwrócić w tém miejscu uwagę na niektóre punkta, które służą za podstawę dla nauki o wyborze odpowiednich pokarmów (dyjetetyka).

Odżywianie u wszystkich istot żyjących, to jest organizmów tak roślinnych jak zwierzęcych jest sprawą bardzo zawikłaną, zależną od bardzo wielu okoliczności. Każda istota żywa, aby wzra-

stać i utrzymać się mogła przez pewien czas na tym świecie, musi przyjmować z zewnątrz rozmaite substancyje; z substancyj tych utworzyć części składowe swego organizmu, a przy wzrastaniu części te jeszcze rozmnażać. Człowiek przyjmuje przy oddychaniu przez płuca powietrze, a przez żołądek i kiszki— ciała roślinne i zwierzęce jak również mineralne (pod formą tak zwanych soli mineralnych). Aby przyjęty pokarm mógł przejść w krew, części jego składowe o ile nie przyjętemi zostały już w stanie płynnym, do takowego doprowadzone być muszą. Wtedy części składowe miękie i stałe naszego organizmu z przebiegającą przez nie krwi przyjmują substancyje potrzebne do swego utrzymania i wzrostu.

Aby wszystko to odbyć się mogło w sposób właściwy, potrzeba przedewszystkiem, żeby pokarm przez pokrajanie jeszcze niedostatecznie rozdrobniony, został przez *żucie* zamieniony w papkę i *zmieszany ze śliną* nim dostanie się do żołądka. Już w tym akcie często leżeć może źródło złego trawienia i złego odżywiania. Ludzie, którym brak zębów, głównie starcy, cierpią często na zaburzenie w trawieniu, z tego tylko powodu, że połykają kęsy duże niedostatecznie przeżute. Dzieci często są zaleniwe, żeby żuć dość długo lub też są za żywe, za bardzo roztrzepane i również nie długo sprawą żucia się zajmują. Dla chorych bardzo osłabionych żucie jest tak samo rzeczą męczącą, jak gdybyśmy im kazali podnieść szybko w górę rękę 50 razy z rzędu. Ludzie bez zębów pomagają sobie przez wprawienie sztucznych lub też przez drobne pokrajanie lub siekanie mięsa. Chorym można, gdyby koniecznie potrzebowali przyjmować po-

karmy stale, także krajać lub siekać takowe, z dziećmi sprawa jest trudniejsza; główną rolę grać tu powinno wychowanie. Chorym nie można dawać ciągle mięsa siekanego, gdyż z jednej strony prędko się im obrzydzi, z drugiej zaś przez przyjmowanie takiego pokarmu za mało pobudzonem zostaje wydzielanie śliny tak niezbędnej dla należytego strawienia, szczególnież zaś pokarmów mącznych: chleba i kartofli. Osobom zbyt słabym lub zbyt leniwym do żucia, chleb daje się pod formą sucharka lub biszkoptu; w ustach rozdrabniają i rozplývają się one szybko; jeśli je zamoczyć w mleku, herbacie lub buljonie, w żołądku szybko się rozpuszczają. Gdyby zaś podano osobom takim dużo świeżego i miękiego chleba, w żołądku utworzyłyby się zbite kluski, na które soki trawiące bardzo wolno i bardzo trudno działaćby mogły. Dzieci wskutek złego przyzwyczajenia niekiedy napychają sobie całe usta i policzki potrawą, wysysają takową, wtedy z trudnością, albo téż wcale nie mogą przełknąć przyjętych kęsów; zle to przyzwyczajenie przez surowy nadzór przy jedzeniu usunięciem być musi.

Po dostaniu się do żołądka pokarmy podlegają działaniu soku żołądkowego, a w dalszym ciągu i soku kiszkowego. Soki te nie mające nic wspólnego ze śluzem, wydzielane zostają przez błonę wewnętrzną (tak zwaną śluzową) żołądka i kiszek, przeprowadzają większą część przyjętych pokarmów w stan galaretowaty, następnie płynny; w stanie takim przechodzą do kiszek, a stąd za pomocą naczyń chłonnych błony śluzowej kiszek zostają pochłonięte, i przeprowadzone do krwi; przedtém jednakże muszą jeszcze przejść przez bardzo cienkie

sita t. j. gruczoły krezkowe. Zboczenia, które przy sprawie téj miejsce mieć mogą, są bardzo różne a mianowicie:

1. Wydzielony został sok żołądkowy w zbyt małej lub w zbyt wielkiej ilości lub też sok słabo działający. Zależć to może od rozmaitych przyczyn. Dla wytworzenia prawidłowego soku żołądkowego, potrzeba przedewszystkiém dostatecznego przyprływu zdrowej krwi do żołądka, żywego obiegu krwi w naczyniach krwionośnych żołądka i nareszcie, aby i *nerwy żołądkowe* należycie działały. Osoby niedokrwiste, chorzy gorączkujący, wycieńczeni lub też ze słabemi nerwami nie wydzielają odpowiedniej ilości soku żołądkowego; u chorych tyfusowych wydzielanie śliny i soku żołądkowego niekiedy zupełnie jest zniesione. Przy chorobach błony śluzowej żołądka, błona ta nie będzie wydzielać, rzecz prosta, prawidłowego soku. W wielkiej ilości dzieł traktujących o dyjetetyce bardzo mało zwracają uwagi na wpływ nerwów. Jest rzeczą znaną, że już wążchanie smakowitych potraw, nawet sama myśl o nich wywołuje szybkie i znaczne wydzielanie śliny, prawdopodobnie i soku żołądkowego. Wiadomém jest, jak oddziaływa na apetyt usposobienie umysłu. Znaczną także odgrywa rolę instynkt naśladowczy człowieka przy wspólném jedzeniu, każda gospodyni nieraz stwierdzić może fakt, jak obecność przy stole kilku wybrednych gości źle oddziaływa na apetyt pozostałych. Z drugiej strony zauważyć się daje często u dzieci, którym zwykle każdy kęs wmuszać trzeba, że zjadają one podwójną, a nawet potrójną porcyję, jeśli ambicyja ich zostaje pobudzoną przez obecność innych dzieci należycie jedzących. Wiado-

mo, jak pobudza apetyt ładne, apetyczne przyprawienie potraw, przybranie stołu, stołowego pokoju, wygodne siedzenie. Użycie w miarę tak zwanych potraw ostrych, jest dozwolone, jednakże w każdym wypadku braku apetytu, należy zasięgnąć rady lekarza, czy i o ile żołądek takiego chorego pobudzić należy przez podobnego rodzaju potrawy. Niektórym chorym wstrętnym się wydaje zapach potraw, szczególnie ciepłego mięsa; chory tacy przyjmą chętniej kawałek zimnego rostbefu lub szynki, niż najpiękniejszą pieczeń na ciepło. Trzeba zawsze do pewnego stopnia uwzględnić przyzwyczajenia i osobiste upodobania chorych. Nie trzeba zmuszać chorego np. do pieczeni, jeśli jej nie lubiał, gdy był zdrowym.

2. *Sok żołądkowy musi dokładnie zostać zmieszany z pokarmem.* Jest to niemożliwe, jeśli żołądek jest przepelniony bądź wielką ilością płynów, bądź papką pokarmową; również niemożliwem, jeśli przy cierpieniach żołądka zawiele śluzu w nim się wydziela. Potrzeba jeszcze, aby żołądek należycie się kurczył, w ten sposób męszał pokarmy, i przesunął dalej pewną ich część, aby następnie działać na inną. Dla tego też jeśli ściany żołądka są wiotkie lub zupełnie prawie nieruchome (jak np. przy rozszerzeniach żołądka), stać się mogą przyczyną złego trawienia i odżywiania.

3. Jeśli przyjęto do żołądka *zawiele pokarmów*, zostają one przez czas dłuższy w żołądku, fermentują, oddziaływując szkodliwie na błonę śluzową żołądka i na własności żołądkowego soku.

4. *Od czynności i ilości naczyń chłonnych* w tak zwanych kosmkach kiszki zależy, ile z płynnych pokarmów do krwi wessanem zostanie. Czyn-

ność ta zależy od tych samych wpływów, co i czynność błony śluzowej żołądka.

5. *Jeśli gruczoły krezkowe*, przez które płyn odżywczy z naczyń chłonnych przejść musi, zatkane będą, co się u dzieci dość często zdarza, człowiek umrzeć musi z głodu lub wyniszczenia, gdyż z soku tego bardzo mało lub nic do krwi się nie dostanie.

6. *Doprowadzenie do rozmaitych części składowych naszego organizmu krwi, zatwierdzając sok odżywczy* nie miałoby żadnego wpływu na te organa, gdyby one nie były w stanie przyjąć tego, co do nich doprowadzonem zostało i przerobić na to, z czego się składają same, to jest na mięśnie, tłuszcz, tkanki łączne (błony), gruczoły, mózg, nerwy, naczynia. Właściwa więc istota życia tkwi tak samo w tych częściach (składających się głównie z włókien), jak i w czynności mózgu, nerwów, oddychania i serca. Żadna z tych czynności bez drugiej istnieć nie może, najmniejsza cząstka żyje również. Można by wynaleść sposób, aby do martwego ciała wpędzić przez serce krew i sok odżywczy. Ciało by jednakże nie odżyło, gdyż oddzielne jego części życie utraciły.

Jakże to wszystko zawikłane i trudne do zrozumienia. Czytelniczka moja nie potrzebuje się też starać o to, aby wszystko zrozumieć. Krótki ten rzut oka na małą część nauki o życiu (biologija, fizyologija) ma nauczyć ją, że nie jest to rzecz tak prosta zrobić z człowieka chudego—tłustego, ze słabego—krzepkiego lub też z otyłego—chudego. Jest to rzeczą lekarza trudzić się nad tém, aby wynaleść w każdym wypadku, przyczynę zaburzenia w odżywianiu i sposób zaradzenia temu.

Na zakończenie kilka jeszcze uwag. Z tego cośmy w tym rozdziale i wyżej w rozdziale o chorobach gorączkowych powiedzieli, wypada, że *istnieją pewne naturalne granice odżywiania chorych*. Trzeba zarzucić myśl zaradzenia każdemu wychudnieniu i każdemu osłabieniu przez natychmiastowy dowóz pokarmów w ilościach znacznych bez wyboru, choćby nawet chorych do tego zmuszać wypadało. W bardzo wielu wypadkach działać by to mogło szkodliwie na chorego, nawet śmierć jego spowodować; z drugiej strony dostarczanie chorym z podupadłym trawieniem pokarmów w znacznej ilości miało by ten sam skutek, jak wlewanie do ust automatowi najlepszego obiadu.

Na szczęście zupełny upadek czynności organów trawienia zdarza się rzadko; nawet przy najcięższych chorobach, organizm przyjąć jeszcze może najważniejszy dla siebie pokarm t. j. wodę i niektóre inne płynne i odżywcze pokarmy. Dziwi to niekiedy profanów, jak długo utrzymać można przy życiu w sposób taki ludzi, którzy, jak się to zdarza przy tyfusie, leżą tygodniami całymi bez przytomności, bez poczucia głodu i pragnienia, a którzyby niechybnie zginęli, gdyby im wspomnianych pokarmów nie dostarczono.

Wiadomym jest każdemu badaczowi przyrody, że człowiek żyjący w warunkach dobrych a przytym wstrzemięźliwy, przyjmuje cztery i sześć razy więcej pokarmów niżby potrzebował dla spełnienia swój pracy dzienniej. Człowiek różni się od zwierzęcia, że nie je tylko, aby żyć, lecz dla tego, że jedzenie rozkosz mu sprawia. Bardzo rozpowszechnionym jest błędne mniemanie, że dzieci słabowite i chorych osłabionych, szyb-

ko do sił przywrócić można przez dostarczenie im bardzo pożywnych płynnych pokarmów. Najczęściej nie udaje się to już z tego powodu, że chorzy sami ze wstrętem odwracają się od najsmaczniejszych buljonów; chorym takim zwyczajny nasz rosół za mocnym już się wydaje. Z wyjątkiem soli mineralnych, które zwykle przez naturę samą do pokarmów naszych domieszane zostały; niema pokarmów, które by bez domieszki śliny, soku żołądkowego i kiszkowego, i bez odpowiednich ruchów żołądka i kiszki wessane być mogły do krwi. Bez tych domieszek i bez tych ruchów pokarmy obciążają tylko organizm. Pomiedzy tą zupełną bezczynnością organów trawienia, a zdrową normalną ich działalnością istnieje tyleż stopni pośrednich, ile między ciężką chorobą, a zupełnym zdrowiem. Są to właśnie te nieznaczne a liczne stopnie względnego zdrowia, względnej siły i względnej czynności, po których tak niechętnie zstępuje człowiek, bo czuje instynktownie, że po zejściu z jednego z nich trudno mu będzie wrócić do téj wysokości, na której stał poprzednio. Jeśli przez zrzędzenia losu lub własną nieoględność na raz z kilku stopni zepchniętym zostanie, nie może on jednym skokiem wrócić do poprzedniej wyżyny ale wdrapywać się musi powoli ze stopnia na stopień, jak małe bezsilne dziecko. Chory osłabiony wrócić musi prawie do pożywienia dziecięcego i zwyczajów dzieci; strawi on z korzyścią pożywienie tylko wtedy, jeśli mu je podamy często, w niezbyt wielkich ilościach i w formie rozcieńczonej stosownie do siły jego trawienia. Rekonwalescent codziennie czuć się będzie silniejszym i z prawdziwą rozkoszą przyjmować będzie swoje pożywienie,

jeśli mu damy co godzinę lub co dwie godziny troszeczkę rosolu z kury, gołębia lub cielęciny, następnie herbatę ze sucharkiem i t. p. Wszystkie te potrawy posiadają tak zwaną siłę odżywczą niewielką. Natomiast gdybyśmy mu raz lub 2 razy tylko na dzień podali najbardziej zgęszczony buljon wołowy, zupę żółtą i t. p., które dla zdrowego człowieka znaczą prawie to samo, co mięso w stanie płynnym, i które przez dodanie rozmaitych substancyj mogą mieć największą siłę odżywczą, jaka tylko możebną jest w płynnym pożywieniu,— to chory gwałtownie opierać się będzie przyjęciu choć jednej łyżki (wstrętnym dla niego jest już sam zapach silny i aromatyczny tych potraw, tak ponętny jednak dla zdrowego); a gdyby i przyjął taki pokarm, jak ołów ciążyć mu będzie w żołądku, a korzyści nie przyniesie mu żadnej. W ogóle pamiętać trzeba przy karmieniu i dyjeście chorego o tém, że człowiek cywilizowany urządził życie swoje tak, a nie inaczej (np. że jada 2 lub 3 razy dziennie i na raz wiele) nie dla tego, że życie takie uważa za najzdrowsze dla siebie, lecz dla tego, że najmniej przy tych warunkach traci czasu, tak mu potrzebnego dla zarobku i życia. Przyjrzyjmy się bliżej, czy istnieją gdzie ludzie, którzy się pytają: jaki kraj, jakie miasto, jakie zajęcie lub też jaki sposób życia jest najpomyślniejszy dla zdrowia? Bardzo mała jest liczba takich ludzi, którzy w ogóle o to dbają! Ludzie zwykle żyją tak, jak ich okoliczności do tego zmuszają. Jeśli ciało ich cierpi przy tych warunkach życia, jeśli po latach długiej pracy tu lub owdzie, zdrowie ich sterane nie pozwala im już pracować, tak jak przed tém, oto wtedy pomódz ma lekarz. Gdybyśmy

wtedy zapisali lekarstwo choćby najdroższe, chory je nabędzie i regularnie zażyje; ale jeśli lekarz choremu wytłomaczyć zechce, że tak a nie inaczej żyć powinien, że jest tylko względnie zdrowym i przy tém względném zdrowiu utrzyma się tylko wtedy, jeśli to robić będzie, a czego innego unikać, chory zaledwie zważać będzie na to, co mu się mówi, i albo wprost oświadczy, że trybu życia zmienić nie może lub niechce, albo że mylimy się, uważając go za chorego: „proszę mi zapisać tylko skuteczny środek na ból głowy i na ściskanie w żołądku, a będę tak zdrów, jak przedtém.“ Że zaraza (epidemia) lub inna jaka choroba człowieka zabić może, rozumieją to wszyscy. Lecz zrozumieć nie chcą, że zarodkiem chorób może być słaby rozwój tej lub owej części ciała, że zupełne bezwzględne zdrowie ciała i ducha tak samo rzadko się spotyka, jak zupełną piękność, i że niestety nie należą i oni do owych stworzeń zupełnych, i że przez całe życie takimi pozostaną. Nie trzeba też tego i od nich wymagać; myśl ta, że wszyscy są sobie równi, jest owém błogosławioném złudzeniem przez które świat cywilizowany, a szczególnież wiek nasz ciągle się kształci i uszlachetnia. Jest ona źródłem niezmiernego szczęścia dla tysiąca ludzi, gdyż z myślą tą związane jest żądanie równouprawnienia dla wszystkich, równouprawnienia, które jest podstawą bytu obecnego naszego społeczeństwa. Nie targajmy się na to złudzenie, lecz wiédzmy o tém, że tak jest, a nie inaczej, gdyż wtedy dopiero odnaleść będzie można środki właściwe dla wyrównania tych braków, które natura bądź co bądź ciągle wytwarza. Że te braki występują tu lub owdzie wtedy dopiero, gdy siły człowieka zużyły się już przez pewną pra-

cę; jeśli człowiek choćby najsilniejszy, przez zbytnią pracę wcześniej lub później staje się niezdolnym do dalszego istnienia, jest to przeświadczenie smutne, do którego z rezygnacją przyzwyczać się musimy.

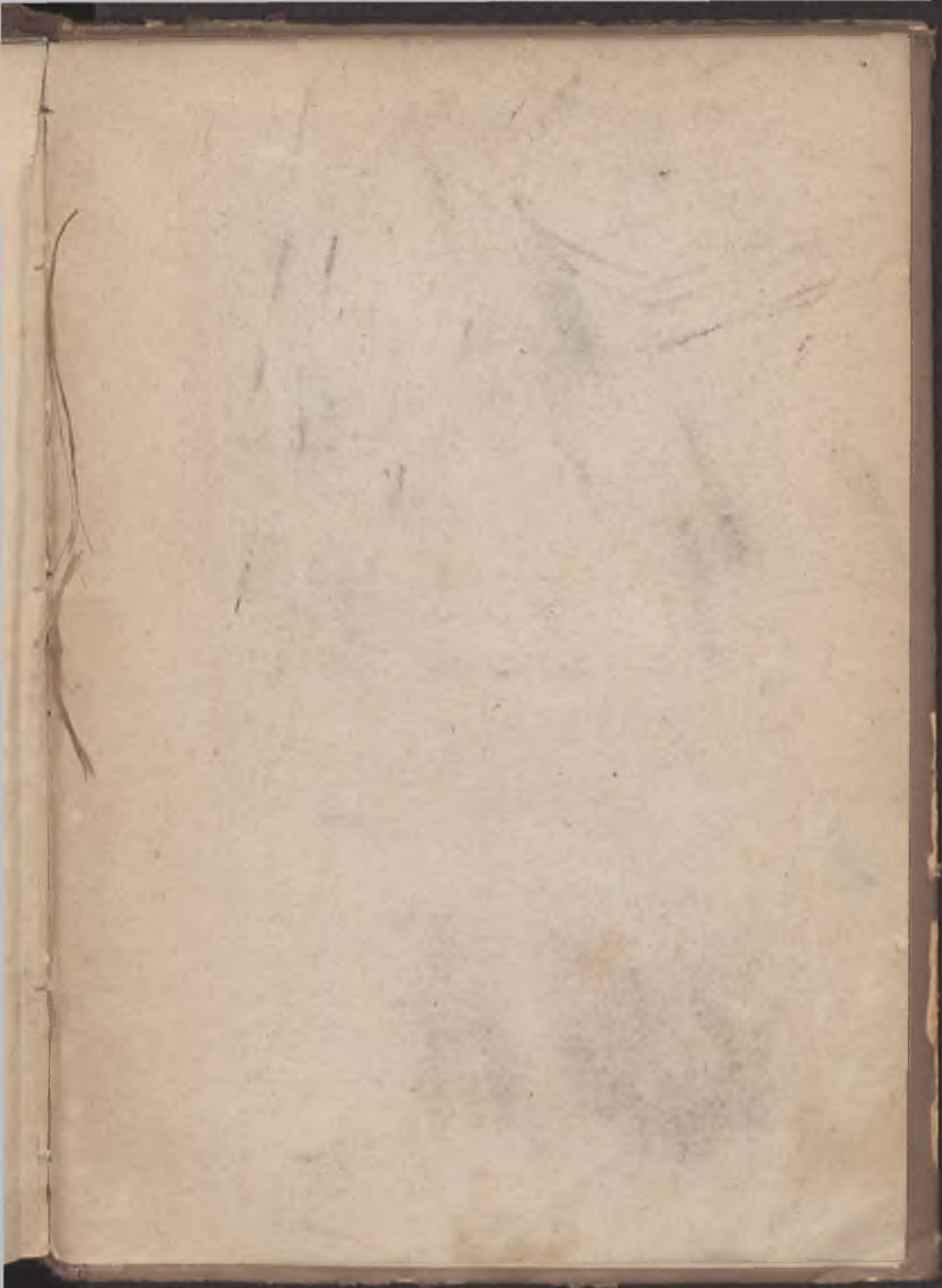
Jest to niezawodnie nieszczęściem, dla człowieka chorego lub słabowitego, jeśli żyć musi już tylko życiem niepełnym, nie pracować i nie używać. Lecz również jest bolesnym dla lekarza i dla dozorczyń, jeśli niewiele, lub też wcale pomódz nie może.

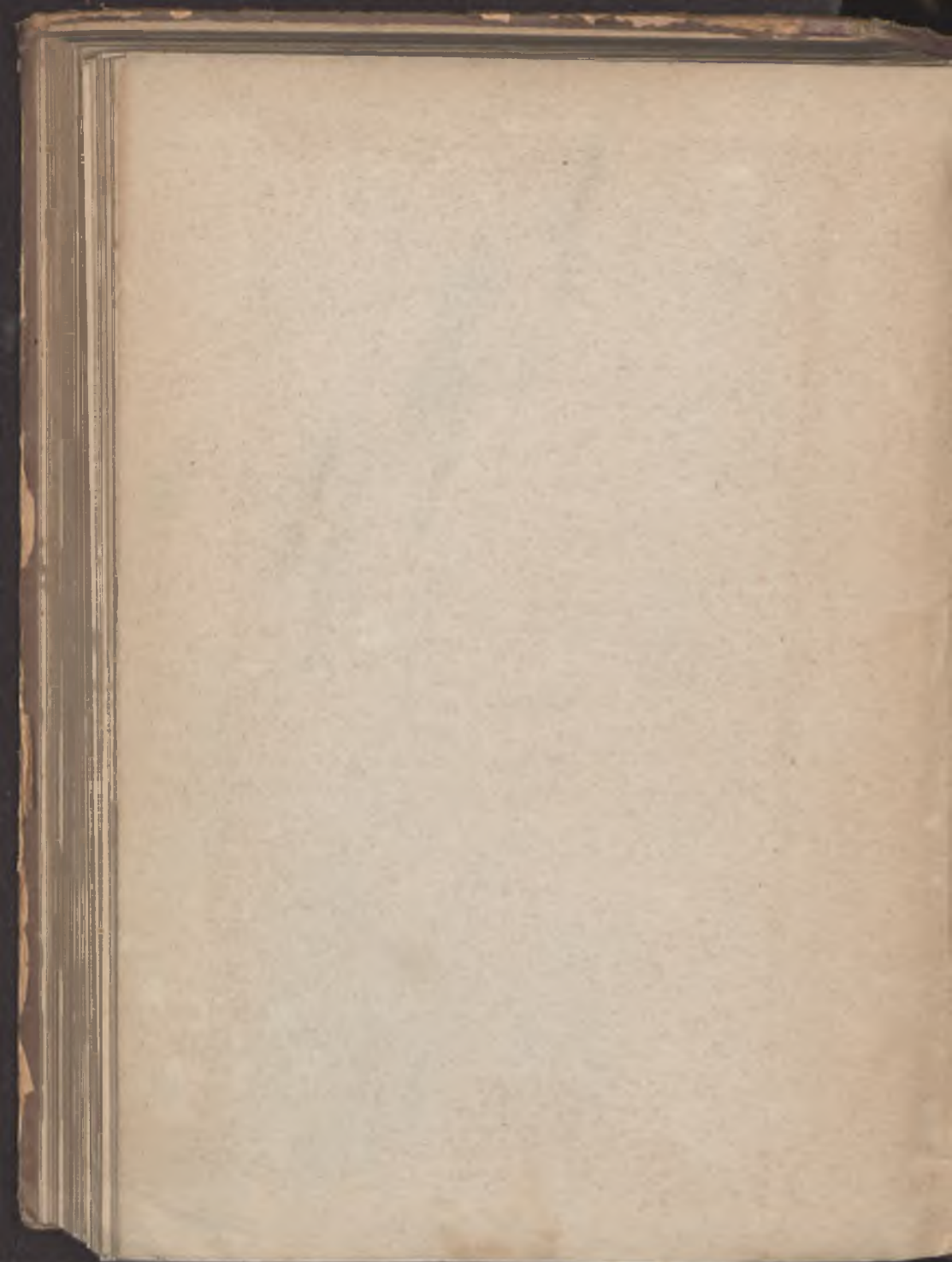
W tém położeniu pocieszyć nas tylko może to przeświadczenie, żeśmy spełnili wszystko co nam nakazywało sumienie i nauka.

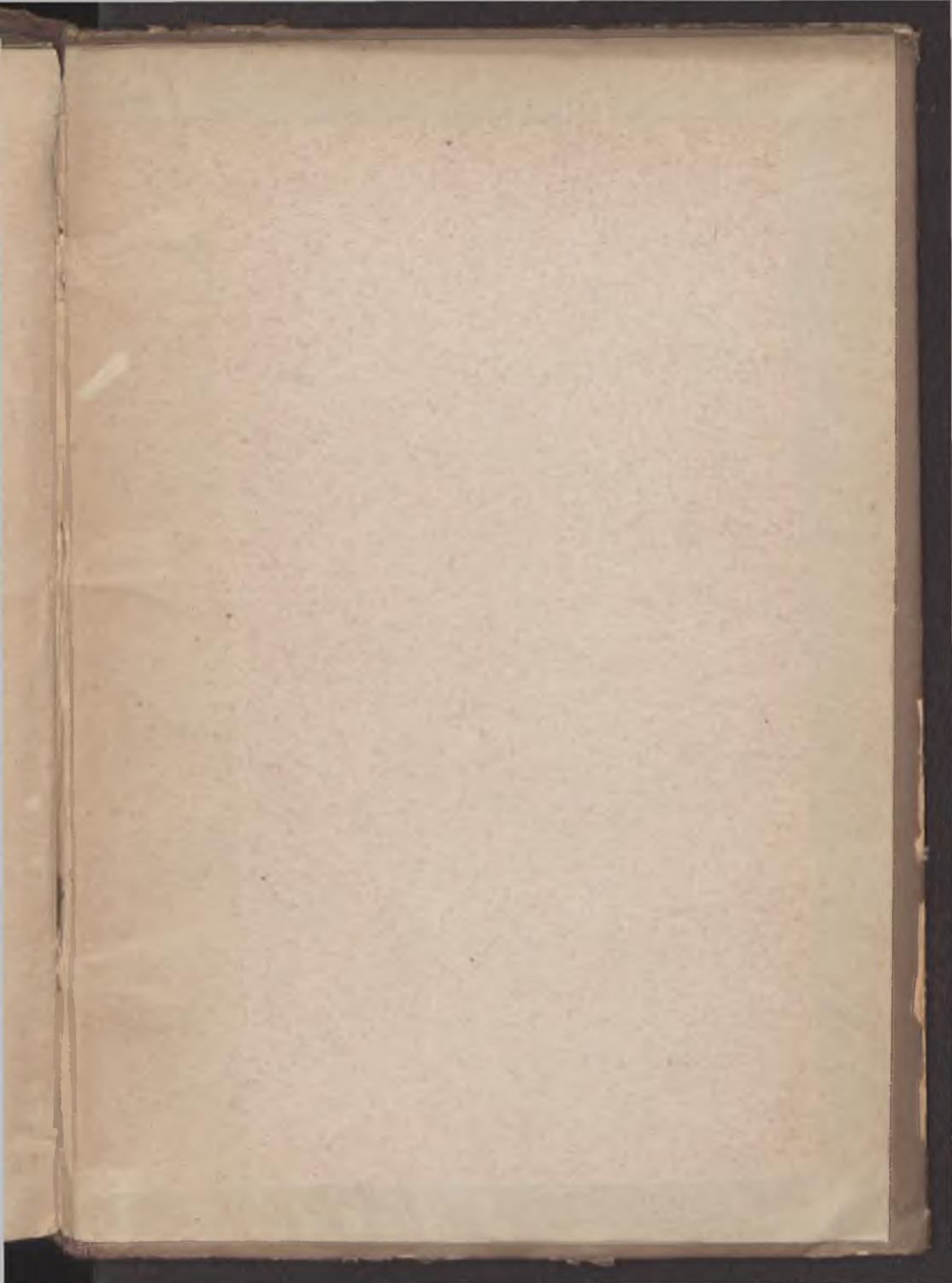


**Biblioteka Miejska
we Wrocławiu**

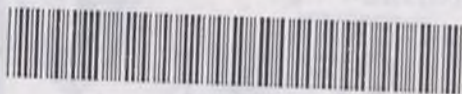








Dolnośląska Biblioteka Publiczna we Wrocławiu



100228350

