

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi: w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. J. PAWIŃSKI. Dusznica acetonowa (*Asthma acetonicum*). Przyczynę do nauki o acetonurii. — II. MARYJAN BORSUK. Przypadek Cholelithiasis połączonej z niezwykłą ruchomością powiększonego pęcherzyka żółciowego. — III. ZYGMUNT KRAMSZYK. O salach szpitalnych. — *Notatki lekarskie*. 10. ALFONS MALINOWSKI. Przewlekłe zwięźenie przymiotowe krtani i tchawicy u dziecka, obrzęk głośni, tracheotomia, śmierć. — 11. JÓZEF ŁYCHOWSKI. Przyczynę do leczenia niektórych objawów tyfusu brzuszego. — *Wiadomości bieżące*. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnic szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dziem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-ch do 3-ch tabletek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnież zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak najmniej okazała się skuteczną w formie mi reny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełki, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

II

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—23

FABRYKA WÓD MINERALNYCH I NAPOI GAZOWYCH,

egzystująca od lat 40, dobrze prosperująca, do sprzedania w każdym czasie z powodu rodzinnych interesów. Reflektanci zechcą składać oferty w Biurze Ogłoszeń p. p. Rajchmana i Frendlera, Senatorska 26, pod lit. A. M.

3—2

2 MIKROSKOPY

używane są do sprzedania, obejrzeć można

w Aptece J. RUTKOWSKIEGO, ul. Długa N. 16 w Warszawie.

3—3

KUMYS

wyłącznie z mleka kłaczy stepowych.

ODESKI ZAKŁAD KUMYSOWO-LECZNICZY

provisorów farmacyi A. Maja i M. Dubskiego

SEZON X-ty

Zarząd, ulica Deribasowska w Ogrodzie miejskim.

5—4

KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehiera ul. Nalewki
Borowskiego ul. Przejazd
Grabowskiego ul. Bielańska
Habielskiego ul. Stare-Miasto
D-ra Heinricha pl. Teatralny
Karpińskiego ul. Elektoralna
Kucharzewskiego ul. Miodowa
Lerowskiego ul. Marszałkowska

Lilpopa ul. Nowy Świat
Rutkowskiego ul. Długa
Sobolewskiego ul. Dzika
Turskiego ul. Karmielicka
Wendy i wiorogórskiego ul. Krak.-Przedm.
Wróblewskiego ul. Krakowskie-Przedmieście
Ziemsńskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL I GESSNER

Właściciele apteki Jerozolimska 27.

Uwaga. Grzybki do robienia kefiru sprowadzane wprost z Kaukazu apteka posiada stale świeże. Zapotrzebowania z prowineyi (na grzybki z informacją przygotowywania) natychmiast załatwiamy.

12—9

GAZETA LEKARSKA.

I. DUSZNICA ACETONOWA

(*Asthma aceticum*).

PRZYCZYNEK DO NAUKI O ACETONURII.

podał

D-r Med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Pod nazwą „acetonuria“ rozumiemy stan patologiczny, w którym mocz zawiera aceton.

Aceton [C_3H_6O] jest to płyn jasny, mieszający się z wodą, alkoholem i eterem, przyjemnego swoistego zapachu, ciężaru właściwego 0,814 przy $0^{\circ}C$, wrze przy ciepłocie $58^{\circ}C$. Powstaje on przy suchej destylacji wielu ciał organicznych: jak soli kwasu octowego, drzewa, cukru, kwasu winnego, prócz tego powstaje przy utlenianiu niektórych związków organicznych, np. kwasu cytrynowego kwasem nadmanganiowym. Z własności chemicznych acetonu zasługuje na szczególną uwagę ta, iż z jodem i potasem tworzy jodoform.

Pierwszym, który w moczu chorych na cukrzycę wykazał aceton, był PETERS w r. 1857 (*Untersuchungen über die Honigharnruhr. Prager Vierteljahrschrift 1857. Bd. 3*).

W dalszym, ciągu nad acetonurią pracowali KAULICH, BETZ, CANTANI, GERHARD, LIEBEN, KRUSKA, KUSSMAUL, MARKOWNIKOW i t. d..

W ostatnich czasach do rozjaśnienia kwestyi acetonurii najwięcej przyczynił się R. JAKSCH ¹⁾, którego dziełko p. t. „*Acetonurie und Diaceturie*“ zawiera bardzo dużo szczegółów ważnych tak pod względem chemicznym jak i klinicznym.

Pokrewną acetonurii jest *diaceturia*, t. j. stan patologiczny, w którym mocz zawiera kwas aceto-octowy [$C_4H_6O_3$]. Mocz taki posiada własność zabarwiania się na czerwono pod wpływem półtoro-chlororku żelaza, na co najprzód GERHARDT ²⁾, przy badaniu moczu chorych na cukrzycę, zwrócił uwagę.

Na mocy dotychczasowych badań okazuje się, że w stanie prawidłowym we krwi zwierząt i ludzi spotyka się niekiedy związki, które z jodem tworzą jodoform [aceton]. To samo stosuje się do wypróżnień i wydychanego powietrza. Co się tyczy moczu, to JAKSCH wykazał, że w stanie fizjologicznym zawiera

¹⁾ Ueber Acetonurie und Diaceturie von D-r RUDOLF v. JAKSCH. Berlin. 1885.

²⁾ Diabetes mellitus und Aceton. Wiener Med. Presse. 1886. Nr. 28.

on niekiedy ślady acetonu, najwyżej w ilości 0,01 grm. na dobę. Podobnie w moczu ludzi zdrowych znajdowali aceton: LEGAL i PENZOLD.

Dla lekarza klinicysty acetonuryja zasługuje głównie na uwagę ze względu na towarzyszące jej niekiedy bardzo ciężkie zaburzenia w układzie nerwowym, a zwłaszcza w przypadkach t. z. samootrucia organizmu acetonem. Ponieważ przypadki tego rodzaju należą w każdym razie do rzadkich, a z drugiej strony nie były dotychczas u nas ogłaszane, postanowiłem więc podać następującą własną obserwację:

Sobczak Julijanna, lat 22, służąca, przybyła do oddziału mego dnia 5. XII. 1887 r., skarżąc się na duszność i ból głowy. Chora opowiada, iż przed 4 dniami po przetańczonej nocy, przy froterowaniu podłogi, doznała nagle silnej duszności i bicia serca, tak, że zmuszoną była robotę przerwać i położyć się do łóżka. Wkrótce do powyższych objawów przyłączył się silny ból głowy, nudności, wzrok zaś osłabł tak, że chora, jak się sama wyraża, widziała przedmioty jakby przez mgłę. Następnego dnia wystąpił nieznaczny obrzęk powiek i kończyn dolnych i wymioty. Zwiększająca się z dniem każdym duszność i ogromny niepokój zagnęły chorą do przybycia do szpitala. Co się tyczy poprzedniego jej stanu zdrowia, to tylko tyle można było dowiedzieć się od niej, że już od kilku tygodni nie czuła się zupełnie zdrową, łatwo męczyła się przy pracy, pomimo tego pełniła jednakże służbę. Pochodzi z rodziców zdrowych, żadnych chorób ciężkich nie przechodziła.

Status praesens. Budowa i odżywianie dobre. Wzrost średni. Tkanki tłuszczowej umiarkowana ilość. Na powiekach zwłaszcza lewej nieznaczny obrzęk, jak również na kończynach dolnych w okolicy kostek. Stan bezgorączkowy: tętno 88, oddech przyspieszony, 50 na minutę, ciepłota 37,5° C.

Odgłos opukowy na całej przestrzeni klatki piersiowej odpowiadającej płucom, nietympanityczny, a oddech pęcherzykowy. W dolnych częściach obu płuc słychać nieliczne rżenia wilgotne. Chora nie kaszle, plwociny nie odpluwa. Uderzenie wierzchołkowe w 6 międzyżebrow w linii sutkowej lewej. Tępość serca powiększona nieco w obu wymiarach, więcej jednak w podłużnym; pierwszy ton u wierzchołka nie czysty, drugi ton aorty wzmocniony. Tętno 88, napięte, duże, silne.

Śledziona powiększona. Język obłożony, stolce opieszałe. Mocz wydziela się w ilości 1000 ctm. na dobę, jasny, ciężar właściwy 1006, odczyn posiada kwaśny, zawiera białko w ilości 0,4%. W osadzie znaleziono liczne drobnoziarniste cylindry nerkowe i kryształy kwasu moczowego.

R o z p o z n a n i e: *Nephritis mixta, interstitialis praevalens. Hypertrophia cordis consecutiva.*

Chorej przypisano 3 proszki kalomelu 5 grn. i olej rycynowy.

D. 6. XII. Tętno 80, oddech 52. Czuje się lepiej, duszność mniejsza. Silny ból głowy. Dzienna ilość moczu 1200 ctm.. Zalecono 12 pijawek za uszy po 6 z każdej strony.

D. 7. XII. Tętno 80 napięte, fala średnia, oddech 60. Moczu 1500 ctm. sześc. jasny, ciężaru właściwego 1006. Zawiera ciał azotowych 0,786% czyli w litrze 7,86 grm., a więc w 1500 ctm. = 11,79 grm. ClNa = 0,727%, a więc na

dobę 10,90 grm.. Kwasu fosfornego 0,195%, a więc w 1500 ctm. = 2,92 grm.. Białko znalezione w ilości 0,2%. Źrenice rozszerzone. Drugi ton aorty i tętnicy płucnej wzmocniony.

D. 8. XII. Chora niespokojna, rzuca się na łóżku, narzeka na duszność, oddech bardzo przyspieszony, przy spokojnem zachowaniu się wynosi 64 na minutę, przy podnoszeniu się, głośniejszem mówieniu dochodzi do 72. Tętno 90, napięte, pod wpływem nieprawidłowego oddechania staje się niemiarowem. Tony serca czyste, dźwięczne. Na lewej łącznicy wylew krwi. Mocz 1200 ctm. na dobę, ciężar właściwy 1008. Mocz oprócz białka zawiera aceton w niewielkiej ilości. Zapisano *Inf. sennae comp* \mathfrak{V} j + *Trae colocynth*. 3j. S. co godzina łyżkę.

D. 9. XII. Tętno 88 twarde, napięte. Oddech częsty, 60—72. Mocz 1500 ctm. sześć.. Nad ranem silny napad duszności. Podczas mej wizyty lekarskiej w oddziale około godziny 11-ej, wystąpił tak silny napad duszności, że z obawy grożącego porażenia serca i płuc zrobiono upust krwi z *V. median. basilic.* w ilości 10 uncyj. Bezpośrednio po upuście, stan chorej znakomicie się poprawił i duszność zmniejszyła się, oddechanie stało się rzadszem [40 na minutę], a tętno z 88 spadło do 72, napięcie tętnicze zmniejszyło się. Badanie moczu wykonane przez kolegę L. NENCKIEGO [przed upustem krwi], wykazało obecność acetonu i to w ogromnej ilości, bo 0,144%, czyli w 1500 ctm. — 2,16 grm. Białka ślady. Ciężar właściwy 1,008.

D. 10. XII. Duszności nie ma. Oddech spokojny, około 30 na minutę. Tętno 72. Ból głowy ustąpił, natomiast chora skarży się na nadzwyczaj silne bóleści w brzuchu, tak, że jęczy i wije się na łóżku. Bóle te zjawily się w nocy bez zrobienia błędu w dyjecie. Źrenice prawidłowej wielkości. Morfina podskórnie $\frac{1}{6}$ grana.

D. 11. XII. Tętno 72—80. Chora czuje się znacznie lepiej, duszności nie ma, choć oddech jeszcze przyspieszony [45 na minutę]. Sen dobry. Dobowa ilość moczu 1500—1800 ctm. sześciennych. Ciężar właściwy od 1008—1010. Białko 0,09%.

D. 12. XII. Wskutek nieostrożnego zachowania się, a mianowicie chodzenia boso po zimnym korytarzu, chora dostała silnego nieżyty oskrzeli i kaszlu. W dolnych częściach obu płuc wystąpiły liczne drobnopęcherzykowe rżenia wilgotne, w górnych zaś częściach liczne świsty. Po zaleceniu baniek suchych, gorących okładów na klatkę piersiową i środków wykrztuśnych z dodatkiem narkotyków objawy miejscowe stopniowo ustępowały, tak że 22 Grudnia chora czując się znacznie lepiej, wypisaną została ze szpitala.

Dodać wypada, iż pomimo znacznego nieżyty oskrzeli nie doznawała ona żadnej duszności, jaka jej dokuczała w początku choroby przy braku objawów chorobowych ze strony narządu oddechania. Mocz wydzielal się ciągle w ilości dostatecznej około 1500 na dobę z zawartością 0,15% białka; w ostatnich zaś dniach nie podobna było wynaleźć w osadzie cylindrów moczowych.

Po upływie 10 dni chora powróciła znowu do oddziału, skarżąc się na wielką duszność, wymioty i bóleści w brzuchu. Opowiada ona, iż w dniu opuszczeniu szpitala, dostała wieczorem silnej duszności i wymiotów bardzo uporzycwych, które występowały w przeciągu całego tygodnia 2 razy dziennie i w nocy około

godziny 1-ej i rano na czczo. Wymioty zjawiały się niezależnie od przyjmowania pokarmów. Prócz tego chora wspomina o silnych rżnięciach w brzuchu i mocnym bólu głowy, dalej zaznacza, iż w dniu wyjścia ze szpitala, siedząc w domu na łóżku, straciła nagle wzrok. Ślepotą była zupełna, chora w przeciągu 3 godzin nic nie widziała, poczem wzrok zaczął stopniowo powracać, tak, że po kilkunastu godzinach widziała już prawem okiem dobrze, gdy tymczasem lewem nie rozeznawała dokładnie przedmiotów i kolorów. W ciągu 10 dniowego pobytu w domu, wydzielanie moczu było dostateczne.

Status praesens. Chora niespokojna, rzuca się na łóżku, duszność wielka, oddech bardzo częsty, przy spokojnem zachowaniu się 60 razy na minutę, po najmniejszym zaś ruchu dochodzi do 80. Stan bezgorączkowy. Tętno 120 dość pełne, napięte, obrzęków żadnych nie ma. W dolnej części prawego płuca nie-liczne rżenia wilgotne, u wierzchołków zaś obu płuc rżenia suche, tamże oddech pęcherzykowy zaostrozony. Tętno serca czyste, dźwięczne. Podłużny wymiar serca nieco powiększony. Język trochę obłożony. Brzuch cały mocno wzdęty i bolesny na ucisk. Stolec od 3 dni zaparty.

Badanie wzroku zawdzięczam uprzejmości kolegi KAMOCKIEGO; wykazało ono:

V o S = palce na 1' JAEGER'a N. 19, znaczne zwężenie pola widzenia od góry i zewnątrz i *dyschromatopsia*. Chora odróżnia jedynie kolor żółty, inne nazywa niebieskimi. *V o d.* = 1 pole widzenia prawidłowe, czucie barw dobre.

Zalecono 3 proszki kalomelu 5 grn. i olej rycynowy.

D. 2. I. 1888 r.. Po kalomelu było kilka wypróżnień. Chora spokojniejsza. Pod wpływem bardzo częstego oddechania rytm skurczów serca staje się nieregularnym, a tętno przybiera cechy tętna nierównego (*pulsus inaequalis, paradoxus*). Dobowa ilość moczu = 1300 ctm. sześć.. Zawiera on aceton w małej ilości, białka 0,31% i cylindry nerkowe.

D. 3. I. Silny napad duszności i ból głowy.

D. 4. I. wystąpiły silne wymioty na czczo, które zjawiały się co 2—3 dni niezależnie od przyjmowania pokarmów i stanowiły wraz z boleściami brzucha dwa najważniejsze objawy chorobowe przez kilkanaście dni. Mocz wydzielal się obficie około 1500—1800 ctm. sześciem. na dobę, ilość zaś białka wahała się od 0,18%—0,3%. W osadzie utrzymywały się cylindry drobnoziarniste i szkliste. Co się zaś tyczy acetonu, to pomimo codziennego badania moczu, pomimo najczulszych odczynników, nie podobna go było wykryć.

D. 10 Stycznia 1888 r. chora wypisała się ze szpitala ze znacznem polepszeniem, duszność ustąpiła zupełnie, wzrok zaś poprawiał się o tyle, że pole widzenia lewego oka stało się obszerniejszem, *dyschromatopsia* zmniejszyła się, chora lewem okiem rozróżnia nietylko kolor żółty ale i niebieski i pasowy, ciemno-zielonego i fioletowego nie rozeznaje. Powtórne badanie wziernikowe nie wykryło żadnych zmian chorobowych na siatkówce. Tętno 72. Oddech 26.

Chora wyjechała później na wieś do rodziców, gdzie znowu dostała napadu duszności, wśród której 20 Lutego życie zakończyła.

Epicrysis. Najważniejszym i najgroźniejszym objawem chorobowym była duszność, połączona z bardzo częstym oddechem [70—80 na minntę] i ogromnym

niepokojem. Oddechanie to podobnem było do oddechania zziąjanego psa. Duszność w pierwszych dniach przybycia chorej do szpitala była prawie ciągłą, dosięgała jednak wyższego stopnia w czasie napadów, które zjawiały się już to bez widocznej przyczyny, już to występowały po jakimś ruchu fizycznym, głośniejszej rozmowie i t. p.. Napady trwały od kilku do kilkunastu minut. Typ oddechania był żebrowy, a oddzielne oddechy pod względem czasu i siły niczem się nie różniły; typu CHEYNE-STOKES'a nie byliśmy w stanie, podczas całego przebiegu choroby, ani razu zauważyć. Duszność miała najwięcej podobieństwa do duszności, towarzyszącej ostrej gruźlicy płuc, mniej już zbliżała się do duszności, występującej w ostatnim okresie niekompensowanych wad serca, ponieważ jednak w płucach, ani w sercu [prócz przerostu lewej komórki] nie byliśmy w stanie wykryć żadnych zmian chorobowych, jak również w innych narządach, należało więc przyczynę duszności upatrywać albo w cierpieniu nerek *resp.* w zmianie krwi, albo też w zбочeniach układu nerwowego, w histeryi. To ostatnie przypuszczenie wyłączyliśmy ze względu, iż chora przed przybyciem do szpitala nie miewała żadnych przypadłości histerycznych, a badanie szczegółowe w czasie samej choroby nie wykryło w sferze nerwowej, a szczególnie uczucia, żadnych zmian właściwych histeryi [znieczulenia połowiczne, ovarialgia i t. p.], wyjąwszy zmiany wzroku (*dyschromatopsia*). Wobec więc ujemnych wyników badania na histeryję, a z drugiej strony, obecności ważnych danych ze strony narządu moczowego [białko, cylindry] najprawdopodobniejszym było rozpoznanie *asthma uraemicum*, która do rzadkich postaci mocznicy bywa zaliczaną. Ponieważ zaś duszność, jak również silny ból głowy, występowały przy obfitej, a w każdym razie dostatecznej ilości moczu [1500—2000 ctm. na dobę], należało więc źródło duszniczy mocznicowej upatrywać nie tyle w zmianach samego mięszsu, ile raczej tkanki łącznej śródmiąszkowej nerek. Kiedy 4 dnia pobytu chorej w szpitalu duszność dosięgła niezwykłego natężenia, a na twarzy i kończynach wystąpiła sinica, przystąpiliśmy do upustu krwi. Poprawa upuście bpoyla bardzo widoczna i duszność zmniejszyła się, tętno stało się pełniejszym, mniej naprężonem, sinawe zabarwienie skóry znikło, chora uspokoiła się. Mocz, zebrany przed wykonaniem upustu, przesłany został do kolegi NENCKIEGO dla szczegółowego rozbioru. Kolega N. znalazł w nim bardzo wielką ilość acetonu, bo 0,144%, czyli 1,44 na litr moczu, a na 1500 ctm. 2,16 grm.. Nazajutrz wykryto tylko ślady acetonu, a w następnych dniach nie podobna już było go wykazać. Dopiero w moczu, wydzielonym ostatniego dnia pobytu chorej w szpitalu, znaleźliśmy znowu duże ilości acetonu w moczu. W tym właśnie dniu wystąpił silny napad duszności, wymioty i utrata wzroku. W czasie powtórnego pobytu chorej w oddziale, tylko w pierwszych dwóch dniach wykryto małe ilości acetonu.

Z powyższego okazuje się, iż dwukrotnie przed wystąpieniem duszniczy znaleziono w moczu ogromną ilość acetonu, gdy tymczasem białka tylko ślady. Wobec tego zdaje się być naturalnym wniosek, że pomiędzy napadami duszniczy a występowaniem acetonu w moczu istniał pewien związek, a być nawet może, że napady duszniczy, którym zaburzenia wzrokowe towarzyszyły, zależały od zakażenia krwi acetonem (*Acetonaemia*). Przypadek nasz należałoby w takim nazie odnieść do kategorii samootrucia acetonem, jakie JAKSCH podaje, nazwać

go *asthma acetonicum* na wzór „*epilepsia acetonica*“ wspomnianego autora. Przypadek nasz śmiało do samootrucia zaliczyć możemy (*autointoxicatio*) ze względu, iż ilość acetonu, jaką w moczu znaleźliśmy, była niesłychanie wielką i wynosiła 1,44 grn. na 1000 grm. moczu i to w stanie bezgorączkowym chorej. Jak wiadomo, aceton spotykano w wielu chorobach gorączkowych [zapalenie płuc, tyfus, ostre wysypki i t. p.], ilość jego jednak, pomimo największego nasilenia gorączki, nie dochodzi nigdy tak znacznych rozmiarów jak w naszym przypadku. Ze spostrzeżeń, jakie JAKSCH poczynił nad zawartością acetonu w moczu osób gorączkujących, okazuje się, że tylko w jednym przypadku szkarlatyny znalazł on 0,193% i to przy małej dobowej ilości moczu [250 ctm.], tym sposobem całkowita ilość acetonu na dobę wynosiła 0,492 grm., gdy tymczasem w naszym przypadku dosięgła 2,16 grm. na dobę. U osób gorączkujących JAKSCH znajdował przeciętnie aceton w moczu w znacznie mniejszej ilości, a mianowicie w centigramach, w przypadkach zaś samootrucia autor nie podaje ściśle ilości acetonu wyraża się tylko, iż było go niezmiernie dużo.

Zachodzi teraz pytanie, jaki wpływ wywiera aceton na ustrój a zwłaszcza na układ nerwowy? W przypadkach, w których aceton występował w moczu w przebiegu chorób gorączkowych różnej natury, nie zauważono żadnych objawów ze strony układu nerwowego, oczywiście, że i ilość acetonu była wtedy nieznaczna. Tam jednak gdzie aceton wydzielal się obficie z moczem, spostrzegano bardzo wydatne objawy, a głównie pod postacią silnego pobudzenia nerwowego. Występuje ono w t. z. samootruceniu acetonem. Przypadki tego rodzaju należą do bardzo rzadkich, a JAKSCH, rozporządzający obszernym materiałem klinicznym w przeciągu lat 5 spostrzegal zaledwie 5 przypadków i takowe drukiem ogłosił. Najciekawszym z nich był opisanym pod tytułem „*Epilepsia acetonica*“¹⁾: 24-letni, czeladnik kowalski, dostał w kilka godzin po zrobieniu błędu w dyjecie silnych wymiotów, poczem stracił przytomność. Po przybyciu do szpitala odzyskał wkrótce przytomność i zaczął się uskarżać na silny ból głowy. Ciężota 38, tętno 96, oddech 24. Przy badaniu narządów wewnętrznych nie znaleziono żadnych zmian chorobowych. Mocz zawierał nieco białka, cylindrów nerkowych w osadzie nie znaleziono. 3 dnia pobytu w szpitalu wystąpiły u chorego drgawki epileptyczne, które jeszcze w następnych dniach powtarzały się. Występowały one w postaci napadów, w przerwach zaś pomiędzy nimi chory odzyskiwał przytomność, był jednakże niespokojnym, krzyczał. Ilość moczu była dostateczną. Dopiero 5-go dnia znaleziono w moczu duże ilości acetonu, białko zaś znikło. Zawartość acetonu zaczęła się stopniowo zmniejszać, w miarę jak drgawki epileptyczne stawały się rzadszemi, wreszcie znikł zupełnie, chory zaś wyszedł ze szpitala zupełnie zdrowy. JAKSCH w powyższym przypadku wykluczył samoistną epilepsję, jak również zapalenie nerek, jakkolwiek sądząc z obecności białka, licznych czerwonych ciałek krwi, cylindrów szklitych, a zwłaszcza drobnoziarnistych, choć nielicznych, które w podczas pobytu chorego w szpitalu wystąpiły, nie po-

¹⁾ *Epilepsie acetonica*, ein Beitrag zur Lehre von den Autoinxicationen. von D-r RODOLF v. JAKSCH. Deutsch. Archiv f. klin. Ned. Bd. X. pag. 362.

dobna w zupełności zgodzić się z autorem i wykluczyć w tym przypadku pewne zajęcie nerek. Na uwagę zasługuje ta okoliczność, iż w dniu w którym chory miał aż 17 napadów padaczkowych, białko z moczu znikło zupełnie, później zaś pokazały się jego ślady.

W naszym przypadku wyrazem oddziaływania acetonu na układ nerwowy była dusznica, o której powyżej już wspominaliśmy i z a b u r z e n i a w z r o k u. Te ostatnie przedstawiały się w postaci ślepoty (*amaurosis*), niedoślepu (*ambliopia*) i *dyschromatopsyi*. Ślepotą wystąpiła w towarzystwie innych objawów chorobowych, jak silnej dusznicy, wymiotów i bólu głowy, była obustronną, lecz krótkotrwałą. Niedosłép zaś dotyczył głównie lewego oka, jak również i *dyschromatopsia* i utrzymywał się w przeciągu całego pobytu chorej w szpitalu, pod koniec tylko zaczął się zmniejszać. Przyczyną zaś podobnych zaburzeń było porażenie czułości na światło i barwę elementów nerwowych, a prawdopodobnie ośrodków mózgowych wzroku, gdyż badanie wiernikowe [kol. KAMOCKI] dna oka dało wynik ujemny.

Ponieważ prócz tego w czasie badania niedosłép i *dyschromatopsia* były jednostronne, zachodzi więc pytanie, czy w danym przypadku zaburzenia wzroku nie były historycznej natury? I w rzeczy samej powszechnie utrzymują, że niedosłép, powstające w skutek zmian w składzie krwi, np. w blednicy, mocznicy a więc i w acetonemii, bywają zwykle obustronne; w naszym przypadku mieliśmy nawet obustronną ślepotę, lecz krótkotrwałą, po której dopiero wystąpiły jednostronny niedosłép i *dyschromatopsia*. Prócz tego nie mogliśmy zaburzeń wzroku policzyć na karb historyi z powodu, iż ani anamneza, ani też stan obecny nie dostarczył nam danych właściwych tej chorobie. Zmiany w wielkości pola widzenia i rozróżnianie barw zdarzają się zwykle u historyczek w oku, odpowiadającym stronie ciała znieczulonej, występowanie zaś i znikanie takowych pozostaje zwykle w związku z napadami historycznymi, gdy tymczasem w naszym przypadku ani znieczuleń ani drgawek nie było, a zaburzenia wzroku poprzedzone były bólami głowy, wymiotami, dusznością. Z drugiej znowu strony i to nadmienić wypada, że *amaurosis hysterica* może dotyczyć obu oczów [BRIQUET, CHARCOT¹⁾], choć w ogóle zdarza się to rzadko; podobnie i *dyschromatopsia* historyczna zajmuje niekiedy oba oczy, lecz w nierównym stopniu: po stronie znieczulenia jest silniejszą, po stronie zaś zdrowej słabszą. Wreszcie CHARCOT zwraca uwagę na to, że objawy właściwe ambliopii historycznej zdarzają się także przy zaburzeniach ogniskowych mózgu, mających swe siedlisko w tylnych częściach *capsulae internae*, a nawet w takich razach *dyschromatopsia* dotyczyła niekiedy obu oczów, choć głównie występowała w oku przeciwnym siedlisku ogniska w mózgu, słowem, że wydatnych różnic pomiędzy znieczuleniem historycznym a mózgowym nie ma. Z powyższego okazuje się, że jednostron-

¹⁾ Des troubles de la vision chez les hystériques. [Leçons sur les maladies du système nerveux par CHARCOT]. Paris. 1880.

ny niedoślep lub *dyschromatopsia* nie może być uważany za pewny dowód pochodzenia histerycznego. Zresztą zakończenie opisanego przypadku śmiercią nie przemawia także na korzyść histeryi. [D. n.]

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA MATLAKOWSKIEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

II. PRZYPADEK CHOLELITHIASIS POŁĄCZONEJ Z NIEZWYKŁĄ RUCHOMOŚCIĄ POWIĘKSZONEGO PEČHERZYKA ŻÓLCIOWEGO.

Podał

Maryjan Borsuk
asystent oddziału.

W ostatnich czasach ukazały się liczne prace chirurgów angielskich, niemieckich i francuzkich [LAWSON-TAIT, LANGENBUCH, BOECKEL, WINIWAR-TER, MASSER i inni], zachęcające do leczenia operacyjnego kamieni pečherzyka żółciowego, powodujących zebranie się płynu surowiczego lub ropnego. Oprócz trudności czysto technicznych przy leczeniu podobnem, mogą się często nastężyć także trudności rozpoznawcze. Z tego względu sędzę, że przypadek niniejszy, spostrzegany przezemnie, nie będzie pozbawiony interesu.

Felte Maryjanna, 56 lat licząca, żebraczka przybyła do wspomnianego oddziału 22 Sierpnia 1887. Chora opowiada, że od 18 lat cierpi na rozmaite, wogóle zaś łatwo przemijające bóle w całym ciele, które jednak umiejscawiają się przeważnie w obu podżebrzach; od niejakiego czasu chora stopniowo traci siły, tak, że obecnie tylko z trudnością może podnosić się z łózka. 7 lat temu, bez widocznych przyczyn, wzrok chorej zaczął słabnąć, i w trzy miesiące potem nastąpiła zupełna ślepotą. Żadnym innym poważniejszym cierpieniem chora nie podlegała. Obecnie skarży się ona na ból w okolicy lędźwiowej i na bolesne oddawanie moczu; ostatnie wystąpiło przed dwoma tygodniami.

Badanie podmiotowe dało co następuje: osobnik mocno wyniszczony, małego wzrostu; skóra sucha, prawie pozbawiona sprężystości, brudno żółtawa, charłacza. Klatka piersiowa przedstawiła ślady przebytej krzywicy — [mocno występujący *pectus carinatum*, *scoliosis sinistra*]. W płucach, oprócz nielicznych wilgotnych rżężeń, nic więcej nie znaleziono. W sercu wyraźny szmer zamiast drugiego tonu aorty.

Przez wiotkie ściany brzuszne, *in decubitu dorsali*, w podżebrzu prawem, oraz pod mięśniem prostym prawym wyczuwa się guz prawie wielkości pięści, jajowato podłużny, elastyczno twardy, gładki, równy, którego granicę dolną

i boczne można było wyraźnie wymacać; co się tyczy ku górze, to tu guz przedłużał się w twór węższy, który trudno było wysledzić, z powodu, że wchodził pod wątrobę ku tylnej ścianie jamy brzusznej. Takie było położenie guza najczęstsze, ale nie jedyne; nie łatwiejszego jak guz przesunąć zupełnie na lewo od kręgosłupa w podżebrze lewe, na prawo — aż pod ostatnie żebra, oraz odprowadzić go, wepchnąć w głąb pod wątrobę do tylnej ściany brzusznej; przy ruchach oddechowych guz nie poruszał się wyraźnie; przy badaniu nie sprawiał bólu i wogóle chora na niego się nie skarżyła.

Ponad to w jamie brzucha nie znaleziono nic nieprawidłowego, trawienie było prawidłowe, łaknienie dobre. Badanie narządów moczopłciowych dało co następuje: *atrophia senilis uteri et vaginae*. Oddawanie moczu bolesne. W dzień chora zmuszoną jest oddawać mocz często i w niewielkiej ilości, w nocy zaś w czasie snu może go dłużej i więcej zatrzymywać. Sam mocz mocno zabarwiony, kwaśny, zawiera sporo białka, ciężar gatunkowy jego 1025. Barwników żółciowych zarówno jak i cukru nie znaleziono. Badanie drobnowidzowe wykryło krew i sporo komórek z głębszych warstw błony śluzowej pęcherza, a ewentualnie z moczowodów.

Chora była zupełnie ślepą, chociaż oczy jej pozornie były zdrowe, łącznica, rogówka, tęczówka, soczewka nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Badanie oftalmoskopem oczu chorej nie dokonano. Na radzie, w której oprócz piszącego i ordynatora oddziału, wzięło udział kilku kolegów, a między nimi kol. DUNIN, opierając się na ruchliwości, bezbolesności i odprowadzalności guza ku tyłowi w okolicę nerki, oraz głównie na zmianach w moczu, przechylono się do rozpoznania nerki wędrującej, chociaż pewne dane przemawiały przeciw temu przypuszczeniu, a mianowicie, że guz jakby częścią węższą przedłuża się w podżebrze prawe, dalej, że jest jajowaty, maczugowaty, a nie ma charakterystycznej formy nerkowej. Przeciw guzowi pęcherzyka żółciowego głównie zdawały się przemawiać niezwykła przesuwalność guza, jego jednostajna, elastyczna konsystencja.

Co się tyczy bólów, wędrujących po całym ustroju, to przyczyny ich szukano w teźże wędrującej nerce, która, jak wiadomo, wywołuje odruchowo bóle w najrozmaitszych narządach. Ponieważ jednak, jak przypuszczano, mogły być one pochodzenia gościcowego lub przymiotowego, zastosowano więc jodek potasu, a następnie salicylan sodu. Gdy inne środki okazały się bezskutecznymi, a bóle wspomniane trwały dalej, zwrócono się do podawania na noc małych dawek przetworów makowca, które w części łagodziły cierpienia. Nadto zalecono wzmacniającą strawę i przemywanie pęcherza moczowego 2% roztworem kwasu bornego.

Po kilkotygodniowym podobnym leczeniu stan chorej znacznie się poprawił; wspomniane bóle stały się mniejszemi i chora czuła się mocniejszą, bolesność i częstość oddawania moczu ustąpiły, chociaż mocz w niczem się nie zmienił i był jak przedtem krwawy. Na raz po zażyciu proszku *liquiritae comp.* nastąpiły wymioty, silne rozwolnienie, bóle się wzmogły w podżebrzach, co wszystko trwało w przeciągu paru dni. Użycie makowca, ciepłych okładów i t. d. nieco uspokoiło te objawy, wymioty i rozwolnienie ustało, lecz bóle przeważnie w prawem

podżebrzu silnie męczyły chorą; przytem widocznem było, że chora z każdym dniem traci siły. W tym czasie pewnego dnia, badając brzuch chorej, zauważono, że guz wyżej wspomniany zmniejszył się do wielkości kurzego jaja, był poddawnemu ruchomy, lecz o wiele mniejszy; przytem wyraźnie można było wyczuć, że guz był połączony za pomocą grubej szypuły z dolną powierzchnią wątroby, oraz wypełniony kamieniami. Wszystko to zmuszało zmienić pierwotne rozpoznanie i przechylić się na stronę przypuszczenia, że omówiony guz był pęcherzykiem żółciowym wypełnionym kamieniami. Jedynie tylko krwawego moczu nie można było powiązać z powyższem rozpoznanem. Stopniowo siły chorej upadały, chęć do jadła zmniejszyła się, nastąpiło znowu rozwolnienie i nakoniec chora zmarła 30. X. 1887.

Ogłędziny pośmiertne, dokonane przez D-ra PRZEWÓSKIEGO, dały co następuje: niedokrwistość powłok mózgowych i samego mózgu. Oprócz rozedmy płuc i rozpoczynającego się tętniaka *aratae descendens* w klatce piersiowej nic ważniejszego nie wykryto. Wątroba zmniejszona, niedokrwista, pęcherzyk żółciowy zupełnie ruchomy, wielkości kaczego jaja, zawiera kilka kamieni i żółć ze śluzem. Ścianka pęcherzyka zgrubiała. *Diverticulum Vateri* jako i *ductus hepaticus* bez zmiany. Błona śluzowa *ductus cystici et choledoci* jest trochę zgrubiała i pokryta śluzem, światło przewodów nie zatkane. Żołądek i kiszki — blade. W nerkach — *nephritis chronica* i nieznaczne *hydronephrosis*. Błona śluzowa moczowodów zgrubiała, zaczerwieniona i pokryta śluzem. Pęcherz moczowy skurczony, błona śluzowa zgrubiała, pokryta ropno-śluzowym płynem, szczególnie na *trig. Lieutaudii*, gdzie znaleziono owrzodzenia z dnem nierównem i takiemż brzegami. W niektórych miejscach owrzodzenia były pokryte błonami dyfterycznymi. W narządach płciowych *atrophia et fibromyoma in fundo uteri subserosum* wielkości grochu.

Sekcja więc stwierdziła ostatnie rozpoznanie guza. Co zaś do przebiegu całej choroby, to można twierdzić, że był następujący: pęcherzyk żółciowy mocno powiększony wskutek wypełnienia kamieniami, wypełnił się płynem, być może z powodu zatkania światła przewodu żółciowego śluzem. W ten sposób zmieniony pęcherzyk żółciowy zupełnie miał pozór nerki wędrującej; ku takiemu rozpoznaniu skłaniały zwłaszcza objawy ze strony moczu, oraz nadzwyczajna ruchomość guza, rzadko spotykająca się przy cierpieniach pęcherzyka żółciowego. Dopiero, gdy przeszkoda w opróżnieniu się pęcherzyka znikła, obrzęk ustąpił, a guz i jego odporność zmieniła się, można było dokładniej rozpoznać istotę guza. Brak charakterystycznych objawów ze strony choroby pęcherza moczowego, a również brak tychże cech ze strony samego moczu, nie pozwoliły prawidłowo rozpoznać istoty dróg moczowych, znalezionych przy sekcji.

Przypadek powyższy pod względem klinicznym nie jest pozbawiony ważnego interesu. Przy objawiającej się dzisiaj dążności do operacyjnego leczenia kamieni pęcherza żółciowego, świadczy on, że w pewnych razach i bez zabiegu operacyjnego puchlina pęcherzyka może ustąpić, przewód może się odezłukać, i dlatego do wskazań operacyjnych zamała jest samej obecności w pęcherzyku kamieni, jeżeli brak jest innych objawów, jako to bóleści, wymiotów, wyni-

szczenia chorego, lub objawów zapalnych tej okolicy, od czasu do czasu do czasu się pojawiających. To też było powodem, w połączeniu ze zmianami w moczu i upadkiem odżywiania, że chorej nie uskuteczniiono operacyi w opisanym przypadku.

O SALACH SZPITALNYCH.

Odczytane na posiedzeniu komisji sanitarnej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Przez

Zygmunta Kramsztyka.

Zdarzało mi się nieraz w ostatnich czasach rozmawiać z nielekarzami o szpitalu, a mianowicie o obszerności sal szpitalnych. Przekonałem się, że w tych sferach wielkie sale wcale nie mają sympatyi, publiczność bardzo niechętnie patrzy na takie sale. Nie potrzeba zapewne kierować się poglądami profanów, ale wziąć je pod uwagę możemy i musimy; wszakże ta publiczność właśnie dostarcza szpitalom lokatorów i szpitale dla publiczności się budują. Ta niechęć do wielkich sal musi mieć swoje przyczyny, a nietrudno je odgadnąć. Ludzie niechętnie w ogóle udają się do szpitalów i każdyby wolał, gdyby mógł tylko, leczyć się w domu. W szpitalu znajduje inne warunki, innych ludzi, nie czuje się u siebie. Należy, o ile można, oszczędzać chorym tego przykrego uczucia i szpital urządzić w ten sposób, aby w nim chorzy bardziej po domowemu się czuli. Wielka liczba chorych, obcych sobie, ludzi, z których każdy cierpi, a każdy inaczej, stanowi dla chorego najprzykrzejszą może stronę szpitala. Kiedy chory w szpitalu napotka kilku tylko współtowarzyszów, wtedy łatwo może się z nimi oswoić i zawrzeć nawet pewien rodzaj czasowej przyjaźni; niewątpliwie w takich warunkach pobyt w szpitalu mniej jest przykrym.

Gorszem, niż obecność większej liczby chorych, jest ich zachowanie. Jakże często chory jest przykrym dla swego otoczenia, a cóż dopiero, gdy to otoczenie bezustannie, przez całą noc, razem z nim przebywa. Chory niespokojny, kaszlący, krzyczący, musi niezmiernie dokuczać swoim towarzyszom, drażni ich, spać im nie pozwala; jest dla nich poprostu nieznośnym. Kiedyś w Meranie miałem sąsiada, który przez całą noc kaszlał i umiem odczuć przykrość takiego sąsiedztwa. Toż samo zupełnie odnosi się do chorych, którzy nie na zmysł słuchu, lecz na powonienie przykry wpływ wywierają, albo których choroba oszpeciła mocno. Kolega DUNIN, tak zdeklarowany stronnik sal wielkich, żąda dla zakaźnych chorych pokojów oddzielnych. Między motywami takiego żądania i ten przytacza, aby oszczędzić chorym np. na dyfteryt, wstrętnego widoku chorych, których twarz pokryta jest strupami ospowemi ¹⁾. Nie widzę powodu, dla czego mniej uwzględnić mamy wrażliwość chorych innych oddziałów, gdzie także spotykają się oszpeccenia z powodu ran, nowotworów, oparzeń rozległych twarzy i t. d..

Heż razy znowu pobyt w szpitalu wystawia chorego na istotne moralne tortury. Można sobie wyobrazić, jakie wrażenie robi śmierć na niejednym, który jej się lęka, przeczuwa i w męczarniach sąsiada widzi obraz swoich przyszłych męczarni. Na sali szpitalnej kolegi DUNIŃA leżał przed rokiem młody, a sławny już, rzeźbiarz Mularski, który wkrótce po tem zmarł; cierpiał on na suchoty.

¹⁾ Gazeta Lekarska 1887. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala żydowskiego.

Kiedym go odwiedził w szpitalu, najbardziej na to się skarżył, że często patrzeć musi na konających i właśnie na konających suchotników. Znalazł on w szpitalu takie warunki i taką opiekę, jakich w domu mieć nie mógł, ale i to widoczne, że pobyt jego był zatruty. Prawda, nawet w niewielkich salach, jeżeli tylko kilku będzie chorych, już na te same przykrości będą narażeni, ale daleko rzadziej. I stronnicy sal wielkich rozumieją dobrze tę przykrą stronę szpitala, gdy idzie mianowicie o trupiarnię i o pogrzeby. Nietylko usuwa się trupiarnię na najbardziej odległy kraniec szpitala, czego już wreszcie i warunki sanitarne wymagają, ale otacza się budynek drzewami, aby go ukryć przed oczyma chorych, a w każdym szpitalu znajdziemy troskliwą pamięć o tem, aby pogrzebów chorzy nie widzieli i nie słyszeli. A o ileż mniejsze wrażenie musi sprawiać pogrzeb, aniżeli zgon w całej naturalnej swej grozie. Potrzeba się starać, aby chory zapomniał, o ile można, że w szpitalu ludzie umierają.

Prawie toż samo powtórzyć można ze względu na operacje. W obszernej dyskusji, jaka się rozwinęła w Towarzystwie Medycyny Publicznej w Paryżu nad konstrukcją szpitalów, postawiono kwestyję, czy ma być wspólna sala operacyjna dla oddziału męskiego i żeńskiego, czy też należy dwie takie sale urządzić. Najmocniejszym argumentem, który za dwiema salami przemawiał, był wzgląd na wrażliwość chorych. Do wspólnej sali należałoby chorych przenosić z pawilonu oddalonego; chory, który może wkrótce sam temu losowi podlegnie, maż widzieć poprzedników swoich, gdy ich niosą do sali operacyjnej i gdy ich, zbłądłych, osłabionych, odnoszą z powrotem? Uwaga zupełnie słuszna; ale z jeszcze większą słusnością da się zastosować do towarzyszy z jednej sali, dobrych znajomych, których los wzajemny blisko obchodzi.

Choroby, śmierci, operacje, są to wrażenia przykre dla każdego człowieka, ale wszakże chorzy są najbardziej wrażliwi i tę nadmierną wrażliwość uwzględnić trzeba koniecznie. Jest rzeczą dla mnie prawie niezrozumiałą, gdy stronnicy sal wielkich nawet i ciężko chorych, gorączkujących i tych, którzy wielkim operacjom podlegli, na wspólnych, obszernych salach chcą pomieścić. Wszak każdy choć raz w życiu przebywał jakąś ciężką chorobę i wie dobrze, jak go raził, gniewał i niecierpliwił każdy szept, każde skrzypnięcie drzwi. Czyż to pragnienie spokoju nie dowodzi zarazem jego potrzeby i czyż „*quies absoluta*“, pierwszy warunek leczenia chorób ostrych, gorączkowych i ran podług dawnych zasad terapeutycznych, już zupełnie stracił całe swe znaczenie? Dla operowanych spokój już ze względów czysto mechanicznych jest koniecznym; wszakże każdy ruch gwałtowniejszy, każdy głośny wyraz, może rozdzielić brzegi spajającej się rany; a chcąc chorego w spokoju utrzymać, potrzeba go koniecznie ciszą otoczyć; na sali wspólnej, gdzie wielu ludzi bezustanku chodzi i rozmawia, w spokoju pozostać nie podobna.

Kiedy w mieszkaniu prywatnem ktoś ciężko choruje, poznamy to odrazu. Dla człowieka zamożnego połowę ulicy pokrywają słomą, dzwonek u drzwi zdjęto, a na drzwiach czytamy ostrzeżenie, ażeby nie pukać głośno, wszyscy chodzą na palcach, szepcą zaledwie, drzwi od pokoju chorego otwiera się ostrożnie i prócz jednej czy dwóch osób nikt tam prawie nie wchodzi. Wszystko to zarządzono z polecenia lekarza. Dlaczegoż taka różnica pomiędzy temi, co się leczą w domu, a choremi w szpitalu?

Czasem stopień wykształcenia człowieka i warunki, w jakich żył zawsze, czynią mu przykrym pobyt w liczmem i nie zawsze dobranem gronie. Nie chcę na tę okoliczność zbyt wiele nacisku i wywoływać długich dyskusyj, ale wszakże chorzy podobni znajdują się w każdym oddziale szpitalnym i każdy ordynator odczuwał nieraz pewną przykrość z tego powodu.

Leczenie chorych wymaga rozmaitych nieraz warunków, których we wspólnej sali dostarczyć im nie można bez wielkiej dla wszystkich innych przykrości. Jeżeli chcemy chorego, albo kilku chorych trzymać w ciemności, to musimy ich

pomieścić w oddzielnym małym pokoju, a w takim przypadku znaleźć się mogą nie tylko chorzy na oczy, ale i gorączkujący i syfilitycy i dotknięci sprawami chorobowymi ośrodków nerwowych; słowem, gdy do chorób ogólnych ciężkie cierpienia oczu się przylączają. Często dziś stosuje się metodę leczniczą, polegającą na umieszczeniu chorego na czas dłuższy w atmosferze, jakim lotnym lekiem napojonej: czyż podobna dokładnie i bez wielkiej dla innych chorych przykrości, a może i szkody, leczenie takie na sali ogólnej przeprowadzić? Nie sądzę też, aby wszyscy chorzy, jakkolwiek dotknięci chorobą, potrzebowali takiego samego stopnia ciepłoty. Wreszcie nie wiadomo jakie warunki dla leczenia przyniesie przyszłość, a oczywiście mniejsze sale dają bezporównania większą możność nagięcia się do tych rozmaitych warunków, niż sale obszerne, dla wielu chorych przeznaczone.

Na te wszystkie zarzuty, jakie można zrobić wielkim salom, ich zwolennicy mają łatwą odpowiedź. Pierwszem i najgłówniejszem zadaniem szpitala jest wyleczyć chorych. Dobrze jest zapewne osłodzić ich dołę, ale tylko o tyle, o ile byśmy przez to nie zmniejszyli prawdopodobieństwa wyzdrowienia. A że w salach wielkich bez porównania lepsze są warunki higieniczne i daleko pewniej i prędzej chorzy do zdrowia przychodzą, więc wszystkie względy, na korzyść mniejszych pokojów przemawiające, muszą na dalszy plan ustąpić. Gdyby to zdanie można było oprzeć na dowodach przekonujących, gdyby ono istotnie było prawdziwem, nikt by naturalnie odmiennego poglądu nie wygłaszał. Ale wszystkie argumenty, którem czytał i słyszał, nie zdają mi się dosyć przekonującymi.

Stronnicy sal wielkich wypowiadają nieraz swe przekonanie bezwzględnie, stanowczo; wierzą, że po za salami wielkimi nie ma zbawienia; na pochwałę sal wielkich i na oczernienie małych używają wyrażen dosadnych. A że mocna wiara przekonywa i bez argumentów, więc nie podobna zaprzeczyć, że ich mowy i rozprawy wpływ wywierają. Ale nie należy się wszakże poddawać samej formie wypowiedzianych myśli, trybom rozkazującym i kodeksowemu sposobowi przedstawiania rzeczy.

Obok tej stanowczości powołują się jeszcze na inne szpitale: „wszyscy“ obecnie przemawiają za salami większemi i żaden nowy szpital z małych pokojów się nie składa. I ten взгляд jeszcze nie stanowi dowodu. Jest wyraźnem niebezpieczeństwem dla każdego postępu, nie chcieć robić inaczej niż wszyscy. Ale ten взгляд bardzo pilnie należy wziąć pod uwagę. Jeżeli istotnie „wszyscy“ w pewien sposób postępują, to muszą mieć dobre do tego powody i jeżeli taki powszechny zwyczaj chcą zmienić, to wolno mi tylko po długim namyśle i przy bardzo dostatecznych powodach.

To przekonanie o powszechności sal wielkich i pięt pojedynczych jest bardzo przesadzonym. Zdawałoby się, czytając podobne zdania, że stare szpitale na małe dzieliły się pokoje, a obecnie panuje dążenie do powiększania sal, do pomieszczenia wspólnego coraz większej liczby łózek. Tymczasem rzecz ma się wcale odwrotnie. Dawniejsze szpitale miały najczęściej sale olbrzymie, obecnie właśnie znacznie je zmniejszono. Przemawiając za pokojami o kilku łózkach, nie występujemy przeciwko dzisiejszemu kierunkowi, ale w tym kierunku dalej idziemy. Prawda, że przeważna ilość nowych szpitalów posiada sale przeznaczone mniej więcej na 20 łózek, ale powszechnym i wyłącznym nie jest ten zwyczaj. Od Szanownego prezesa naszego komitetu dowiaduję się, że najnowszy szpital, jaki obecnie budują w Paryżu, szpital Świętego Józefa, posiada sale przeznaczone na 6 łózek; szpital dla gorączkowych w Londynie posiada sale jeszcze daleko mniejsze, a można być pewnym, że, zbierając pilnie wiadomości, więcej by się takich zakładów znalazło. Istnieją pewne kategorie szpitalów, czy oddziałów szpitalnych, które zawsze i wyłącznie z małych sal się składają. Przedewszystkiem wymienię domy zdrowia dla chorych płacących, gdzie w każdym

pokoju jedno. a najwyżej dwa łóżka się znajdują. Pojmuję w zupełności przyczyny, które do tego skłaniają, ale gdyby naprawdę warunki sanitarne w salach wspólnych były o tyle lepsze, toby i chorzy płacący na wspólnych tylko salach leczyc się chcieli i domy zdrowia urządzonoby w ten sposób. Prześliczny mały szpital w Döbling pod Wiedniem, urządzony podług wskazówek BILLROTH'a, składa się z baraku dla biedniejszych i pawilonu dla zamożnych. W pawilonie znajdują się jedynie małe pokoje. a nikt nie sądzi, aby bogatsi chorzy w tym szpitalu pod względem wyników leczenia gorszą stanowili rubrykę.

Pojmuję, że ten przykład łatwo będzie osłabić i mam też daleko mocniejsze. Oddziały dla chorych zaraźliwych, o ile przekonać się mogłem, są zawsze, albo prawie zawsze przedzielone na małe pokoje. Sam kolega DUNIN żąda, aby barak dla zaraźliwych rozdzielono na kilka części. Bardzo słusznie jednocześnie powiada kolega DUNIN, że chorzy tego rodzaju jeszcze więcej powietrza, niż inni, potrzebują. Dla mnie w tych zdaniach znajduje się sprzeczność najwyraźniejsza. Jak to? powietrze może być świeżem i czystym jedynie w salach wielkich, na wszystkie strony otwartych; chorzy zaraźliwi tego dobrego powietrza najbardziej potrzebują, a ich właśnie kolega DUNIN radzi pomieszczać w pokojach mniejszych, w rozdzielonych na części barakach.

Idźmy dalej. Chyba ze wszystkich kategorii lokatorów szpitalnych położnice najbardziej są narażone na wpływ szkodliwy niedość higienicznych warunków pomieszczenia. I rozumowanie i doświadczenie aż nadto przekonują o tej prawdzie. Tymczasem nawet w szpitalach, które z wielkich sal się składają, oddziały dla położnic są podzielone na małe pokoje, przeważnie o jednym łóżku; tak się rzeczy mają na przykład w szpitalu Tenona w Paryżu.

Nie mówię o szpitalach ocznych, które może istotnie mniej wybredniami być mogą, ale specjalne szpitale akuszeryjne i ginekologiczne mają najczęściej małe pokoje. Heidelberg otrzymał nowe wspaniałe zakłady szpitalne i kliniczne. Dla chorych wewnętrznych i chirurgicznych zbudowano baraki i pawilony o salach wielkich, gdy oddział ginekologiczny z położniczym pomieszczono razem w osobnym trzy piętrowym gmachu, a pokoje, dla chorych przeznaczone, zawierają tylko po 2 łóżka. Dyrektor kliniki jest zupełnie z wyników leczenia zadowolonym: od czasu postawienia nowego gmachu nie było ani jednego przypadku gorączki połogowej, pomimo połączenia, które mogłoby się wydać niewłaściwym, pomimo wielopiętrowego budynku i małych pokojów. A skoro warunki podobne nie szkodzą położnicom i tym chorym, które najczęściej operacjom chirurgicznym uległy, chorym po owaryotomii, to można też śmiało przypuścić, że warunki te będą odpowiedniami i dla leczenia innych chorych.

Więc z tej strony możemy być spokojni; nie wszystkie nowsze szpitale z wielkich sal się składają i szpital o mniejszych pokojach nie będzie stanowił wyjątku.

Hygieniści powołują się często na swoje wrażenia. Tak TOLLET, gorący zwolennik sklepień gotyckich w salach szpitalnych, powiada, że sale wielkie, a tylko na 5 metrów wysokie, wywierają na niego wrażenie przygniatające, że sufity zdają się go cisnąć i dusić; tak DUNIN mówi gorąco o rozkosznym wrażeniu, jakiemu uległ w szpitalach barakowych z ich domkami, rozproszonemi wśród ogrodu, z ich obszernymi, widnemi salami. Trzeba ostrożnie podawać takie dowody, bo każdy ulega pewnym wrażeniom i na dowód słuszności swych poglądów może je przytaczać. Co do mnie, nie wielkie sale, ale wielka liczba łóżek w sali nagromadzonych, jest mi nieprzyjemną. Człowiek nie może spędzać życia w licznej, obcej sobie gromadzie, a przedewszystkiem człowiek chory; wielkie sale szpitalne robią właśnie wrażenie takiego niemiłego gromadnego życia i przypominają koszary.

Ale jest jeden, bo sądzę, że tylko jeden, istotny argument, na którym stronnicy sal wielkich opierają się przedewszystkiem. Człowiek potrzebuje, aby

być zdrowym, dużo powietrza i światła, a właśnie chory potrzebuje ich najbardziej. Okna, z obu stron wielkiej sali umieszczone, dają największy dostęp światłu, a gdy będą na przestrzał otwarte, najlepiej oczyszczą powietrze. Ściany, kąpiąc się w powietrzu ze wszystkich stron, umożliwiają ciągly przewiew i ciągle odświeżanie powietrza, w pokoju zamkniętego. Tymczasem w sali niewielkiej, światło tylko z jednej strony dochodzi; choć okna będą otwarte, powietrze zewnętrzne nie łatwo wejdzie, bo nie czuje się nawet w tych warunkach przewiewu; ściany środkowe, między jedną a drugą salą leżące, powietrza odświeżać nie mogą; a samo to mnóstwo ścian, kątów, załamek, utrudnia swobodny ruch powietrza, który za najważniejszy warunek leczenia podają.

Z tego poglądu można przedewszystkiem usunąć to, co się odnosi do światła. Prawda, że człowiek nie może być zdrowym w ciemnej piwnicy, a skoro raz zachorował, z trudnością w tych warunkach może powrócić do zdrowia. Ale też człowiek nie jest rośliną zwrotnikową, która żyć może tylko pod prostopadłymi promieniami słońca. Nie znam, a sądzę, że i nie ma, prac żadnych, któreby dowiodły, że światło, przez obszerne okna z jednej strony padające, nie wystarcza. Ze światła dwustronnego mniej mamy korzyści, aniżeli kłopotu, aby się od zbytznego blasku uchronić.

Co do powietrza i jego odświeżania, spraw kapitalnych dla wszystkich miejsc zamkniętych, w których ludzie przebywają, a już najbardziej kapitalnych dla szpitalów, to nie chcę rozbiorem tych pytań uprzedzać trudnych i długich niewątpliwie rozpraw, jakie z kolei nam się nasuną. Czy mamy się starać, aby ściany sal były przewiewne, czy też od ich przewiewności się bronić? Czy pożądanę są wszelkie prądy świeżego powietrza, czy dbać musimy o pewien stały kierunek tych prądów? Te wszystkie pytania dopiero na następnych posiedzeniach mamy rozstrzygnąć. Dziś chcę poddać rozbiorowi najważniejszą wentylacyjną korzyść sal wielkich, łatwość oczyszczania powietrza przez otwarcie okien na przestrzał. Jest rzeczą oczywistą, że w ten sposób dokładniej i prędzej daleko odmieni się powietrze w sali. Ale czy codziennie, czy często, będzie można korzystać z tego sposobu odwietrzania? Zdaje mi się, że bardzo rzadko, że prawie nigdy. Jedno z dwojga: albo będziemy musieli okna z jednej strony zasłonić, aby się bronić przed słońcem, albo zrobimy to samo z powodu wiatru, deszczu i zimna. U nas niewiele takich dni naliczymy, gdzieby temperatura dosyć była ciepłą, aby można przebywać w tak otwartym pokoju. Można, zadawalając się teorią pasorzytniczą, odmawiać zimnu wszelkiego wpływu na powstawanie chorób, ale sądzę, że jest jeszcze zawcześnie, abyśmy to przekonanie praktycznie i do tego w szpitalu, chcieli urzeczywistnić. Powiem więcej, że, ze względu na wrażliwość chorych, nie zawsze, nawet stosunkowo rzadko, będziemy mogli przez czas dłuższy mieć w sali szpitalnej okna otwarte tylko z jednej strony. I pod tym nawet względem widzę w małych pokojach szpitalnych przewagę nad wielkimi. Ażeby okna mogły być systematycznie i na czas dłuższy otwierane, potrzeba, aby chorych w sali nie było. Pod tym warunkiem i w dnie słotne i w zimie można trzymać okna otwarte. Choć warunek ten nigdy nie będzie bezwzględnie możliwym do osiągnięcia, ale urzeczywistni się bezporównania częściej przy małych właśnie pokojach.

Po większej części chorzy nie potrzebują, a nawet nie powinni bezustannie leżeć na łóżkach; będą mogli czas jakiś spędzać w pokojach bawialnych, czy stołowych. Na śniadania, obiady, wszyscy tacy chorzy z sal wyjdą; będzie to pora właśnie na otwarcie okien.

Obłożnie chorego będzie można usunąć wraz z łóżkiem na piękny, obszerny, ciepły korytarz, czy werendę, albo od czasu do czasu przenieść do innego, sąsiedniego pokoju. Prawda, że zdarzą się i nieraz, przypadki, że to skutecznie się nie da, a w ten sposób nie wszystkie pokoje dadzą się codziennie do-

kładnie przewietrzyć; ale w sali wielkiej przynajmniej jeden taki chory zawsze się znajdzie i przeszkodę będziemy mieć wiecznie.

Jest pewna chwila najszkodliwsza w sali pod względem sanitarnym, czas zamykania i oczyszczania sali. Zawsze przytem kurz wzbija się i chorych otacza; a dla dokładnego oczyszczenia pokoju potrzeba sprzęty usunąć i okna po otwierać. I znowu potrzeba na tę chwilę chorych wszystkich oddalić, a w sali, dla 30 czy to dla 20 chorych przeznaczonej, nie dojdziemy nigdy do tego.

Każda sala szpitalna powinna być od czasu do czasu dokładnie oczyszczoną. Ściany i sufit należy wtedy wytrzeć i obmyć podłogi odświeżyć i okna przez parę dni pozostawić otworem. Potrzeba w tym celu mieć salę próżną już nie na parę godzin, ale na kilka dni, a właściwie na parę tygodni. Jeżeli mamy tylko wielkie sale, jak na przykład w obecnym szpitalu Starozakonnych w Warszawie, potrzeba na ten czas zamknąć oddział dla chorych; a powtarzać się to powinno, choć się nie powtarza, przynajmniej raz na rok. Wiemy dobrze, jak trudno dojść do tego, jak rzadko skutkiem tego oddziały nasze szpitalne podlegają gruntownemu odświeżaniu i jak niewłaściwym jest zarazem i to rzadkie oczyszczanie sal i ta zupełna na czas pewien przerwa w działalności oddziału. Przy małych salach sprawa będzie bez porównania łatwiejszą; będzie można znaleźć od czasu do czasu okres swobodniejszy, gdzie się pewną część oddziału oczyści, a w najgorszym razie oddział zmniejszy liczbę swych chorych, ale nie będzie zupełnie zamkniętym.

Staralem się przedstawić wszystkie powody, które, po dokładnej rozwadze, skłoniły mnie do tego, że pokojom, na kilku chorych obliczonym, daję stanowcze pierwszeństwo przed salami wielkimi, gdzie kilkudziesięciu chorych się mieści. I spokój chorych i ich uczucia i różnaitość warunków, jakich potrzebują i możność łatwiejszego utrzymania czystości, wszystko na korzyść małych sal przemawia. Nie dotknąłem jeszcze tylko jednej strony — usługi. Utrzymują, że usługa w salach mniejszych jest daleko trudniejszą, a z tąd liczbą służących, koszta i trudność administracyi wzrastają nadmiernie. Zdaje mi się, że pogląd taki jest przesadzonym, że różnica w usłudze nie będzie tak wielką. Ale chociażby w istocie więcej służby potrzeba, to wcale na nasze postanowienie wpłynąć nie może. Szpital nie istnieje dla wygody administracyi, tylko dla chorych; stawiając nowy gmach, musimy myśleć tylko o tem, aby chorzy zdrowieli i aby pobyt w szpitalu był dla nich możliwie dogodnym i przyjemnym; wszystkie inne względy i cała usługa, musi się do tych warunków zastosować.

NOTATKI LEKARSKIE.

10. Przewlekłe zwięzenie przymiotowe krtani i tchawicy u dziecka, obrzęk głośni, tracheotomija, śmierć.

W d. 24 Kwietnia 1887 r. wezwany zostałem przez kolegę Rogozińskiego na naradę do dziecka. Mały chory liczący rok i 3 miesiące, przebywał przymiot dziedziczny w pierwszych miesiącach życia i poddany był odpowiedniemu leczeniu ze skutkiem. Był to chłopczyk dobrze odżywiany z obfitą tkanką tłuszczową, cera biała, głowa duża, rachityczna jak i cały szkielet. Od urodzenia oprócz przymiotu innych chorób nie przebywał. Od początku 1887 r., a zatem od 4 blisko miesięcy u chorego zaczęły występować napady duszności z kaszlem podobnym do krupowego, napady te przemijały szczęśliwie, od tego jednak czasu w przerwach pomiędzy niemi oddechanie dziecka stawało się coraz trudniejszym, pomimo że nie doszło do silniejszego zwięzenia dróg oddechowych. Przed kilku dniami, zapewne wskutek nasilenia niezytu dróg oddechowych po wiosen-

nej przechadzce, mały chory dostał napadu duszności, lecz stan jego nie był widocznie bardzo groźny, gdyż w dniu 23. IV. zaniesiono go jeszcze do kolegi R. na poradę. Nazajutrz jednak wystąpiło utrudnienie w oddechaniu, kaszel krupowy i inne objawy zwięzienia, przy ciepocie wcale nie podwyższonej. Przy badaniu znalazłem co następuje. Dziecię oddecha z trudnością, około 40 razy na minutę, oddech chrapliwy, słyszalny z trzeciego pokoju, kaszel podobny do krupowego, mniej jednak dźwięczny. Twarz blada. W płucach oddech osłabiony równomiernie. Przy oddechaniu dołek nadmostkowy nie zakłęśnięty, wciąganie za to pod mostkiem bardzo wyraźne. Jama gardzielowa w stanie obostrzonego nieżyty. Migdały tak znacznie powiększone, iż z trudnością można pomiędzy nimi wprowadzić najmniejsze lusterko krtaniowe N. I. Jama gardzielowa wypełniona pianistym śluzem. Przy badaniu lusterkiem widać krtani obrzmiałą, bladą.

Na zasadzie powyższych objawów oraz powolnego przebiegu choroby, rozpoznaliśmy przewlekłe zwięzienie tchawicy i krtani, obrzęk krtani. Zwięzienie tchawicy uważaliśmy za rozlane, t. j. nie ograniczone do jednego miejsca, lecz zależne od zmian specyficznych w błonie śluzowej, mianowicie od przerostu i zgrubienia.

Zaleciwszy leczenie przyczynowe i objawowe, zastrzeżyliśmy możliwość potrzeby leczenia operacyjnego, której dalszy przebieg choroby choremu nie oszczędził.

W dniu następnym wystąpiło pogorszenie, zwięzienie doszło do wysokiego stopnia, obrzęk krtani się wzmagał, chory stał się sennym, mało kaszlał, gardziel napełniła się pianistym śluzem. Zaproszony do operacji kol. JASŃSKI w dniu 26. IV. wieczorem zrobił tracheotomię, przyczem rozpoznanie nasze w zupełności potwierdził. Tchawica okazała się zwięzłą do wysokiego stopnia, tak, że najmniejsza rurka tracheotomiczna z trudnością mogła być wprowadzoną do niej. Błona śluzowa zgrubiała w stanie przerostu, tak że oddzielnych pierścieni tchawicowych odróżnić nie można było. Nieżyt przerostowy krtani, obrzęk krtani.

W nocy z d. 26 na 27 Kwietnia, pomimo pomyślnie dokonanej operacji, dziecie zmarło.

Przypadek powyżej opisany stwierdza możliwość wytworzenie zwięzienia przymiotowych krtani u dzieci, wskutek przewlekłego nieżyty kończącego się przerostem i stwardnieniem błony śluzowej, która wtedy traci swój charakter z powodu zaniku gruczołków śluzowych i zmian w pokrywającym ją nabłonku. W ogóle dzieci po przebyciu przymiotu dziedzicznego odznaczają się skłonnością do nieżyty gardzieli krtani i tchawicy, a skłonność tkanek śluzowych, gruczołowych do zapaleń przerostowych wyraża się powiększeniem migdałów i nieżytem ciągłym jamy gardzielowej. Dzieci takie przez pierwsze 2—3 lata życia kilka lub kilkanaście razy do roku chorują na krup fałszywy, do którego usposobienie zmniejsza się i ustępuje przy energicznym leczeniu przeciwzółzowem [użycie jodu, tranu, żelaza kąpieli i t. p.]. Jeżeli jednak w pierwszym roku błona śluzowa tchawicy i krtani wskutek częstych nieżyty ulega przerostowi dośrodkowemu, zwięzienie dróg oddechowych powoli ale stopniowo staje się coraz większem i doprowadza w końcu do zwięzienia, przy którym jako *ultimum remedium* stosować musimy tracheotomię. Tracheotomija jednak choćby najwprawniejszą ręką wykonana, nie zdoła już dziecka ocalić, gdyż zwięzienie jest tak wielkie, iż utrudnia wprowadzenie dość obszernej rurki, małe zaś zostają zatkane wydzielinami. Dołączający się obrzęk krtani i płuc jeszcze bardziej utrudnia leczenie.

Rokowanie więc w tej postaci zwięzienia przewlekłych nie jest pomyślnie, na leczenie bowiem przeciw przymiotowe czasu nie wystarcza, a przytem chorzy udają się zbyt późno do lekarza.

Rozpoznanie zwożeń rozlanych i odróżnienie ich od krupu i błonicy krtani i tchawicy, przy dokładnej anamnezie nie jest trudnem. Przerostowy niezbyt gardzieli oraz zachowanie się klatki piersiowej przy wdechu będzie tu ważną wskazówką, że przeszkoda w oddechaniu nie jest ograniczoną, lecz na znacznie-szej przestrzeni. Rozpoznanie zaś ściśle ważnem jest jeszcze z tego względu, abyśmy mogli uprzedzić zawczasu rodziców chorego, że operacyja nie zawsze dziecię ocali, oraz uprzedzić operującego, że po przecięciu tchawicy obszerne zwożenie napotka.

Alfons Malinowski.

II. Przyczynę do leczenia niektórych objawów tyfusu brzuszego.

W przebiegu tyfusu brzuszego i plamistego bardzo są przykre dla otoczenia chorego i dla lekarza objawy zajęcia mózgowia, a mianowicie: majaczenie, rozdrażnienie i niemotywowane skargi chorego.

Zanotowałem około 60 przypadków ciężkiego tyfusu, gdzie stale występowały objawy mózgowie.

Lód na głowę, chłodne kąpiele, spore dawki środków przeciwgorączkowych (*antipyrinum, antifebrinum, antitherminum* i inne) nie przynosiły moim chorym żadnej ulgi lub tylko chwilową. Zauważyłem natomiast, że środki przeczyszczające a przedewszystkiem ławatywy, usuwały majaczenie na czas dłuższy. Spostrzegalem również, że silniejszym stopniom objawów mózgowych towarzyszyły zawsze nader cuchnące wypróżnienia. Im więcej było kału, im dłużej takowy pozostawał w kiszkach, tem silniej bredził chory, tem nieznośniejszy zapach wydawały stolce. Mając to na uwadze, zacząłem każdemu z moich chorych tyfusowych stosować kilka razy dziennie ławatywę z czystej przegotowanej wody ciepłoty pokojowej. Już po kilku dniach można było zauważyć dobry skutek powyższego zabiegu, gdzie bez ławatyw było kilka lub kilkanaście cuchnących wypróżnień, gdzie przy tem bredzenie dochodziło do znacznego stopnia, po ławatywach, stosowanych 3—4 razy dziennie, wypróżnienia stawały się mniej cuchnącemi, bredzenie zmniejszało się lub prawie ustępowało. Chory dotychczas gadatliwy, narzekający, stawał się spokojniejszym, apatya znów i obojętność u innych ustępowała miejsca mniej więcej prawidłowemu stanowi ducha. Doświadczenia kontrolujące były przeprowadzone z możliwą skrupulatnością. Pozostawiałem chorego na jeden, dwa dni bez ławatyw, objawy silniejszego zajęcia mózgu zjawiały się na nowo.

Już w r. 1886 prof. GUSSENBAUER (*Prdg. Med. Wochensch. N. 31*) zwrócił uwagę na możność doszczętnego wyleczenia nerwobólu twarzowego regulowaniem wypróżnień za pomocą ławatyw, przyczynę niedokrewności zaczęto obecnie upatrywać w stałych zaparciach stolca. Wessanie gazów, wydobywających się z kału nagromadzonego w kiszkach, powoduje rozkład morfologicznych składników krwi, *resp.* samo otrucie osobnika, usuwanie więc tej *causam efficientem* przez częste ławatywy dobroczynnie wpływa na stan chorego.

W dalszym ciągu zamiast czystej wody zacząłem stosować środki przeciwnilne i odwanające. Najlepszym wydał mi się trzyprocentowy roztwór nadmanganianu potasu, którego odtąd stale używam.

Naftalina, podawana do wewnątrz, może wywołać uporeczywe wymioty, co niekorzystnie oddziaływa na serce i siły chorego.

Dr. Józef Eychowski

[z Chmielnika Podolskiego].

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W r. b. mija lat 30, gdy doktor JÓZEF DYMICKI stale osiadł w Busku, jako lekarz zakładu kąpielowego. Poszedł on za radą Profesora DIETLA, który utrzymywał, że tylko lekarz stale osiadły w Busku i wyłącznie zakładowi kąpielowemu czas swój i pracę poświęcający, może Busko podnieść do tego znaczenia, jakie mu się należy ze względu na jego zdrojowiska, położenie i t. d.. Dzięki energii i usiłowaniom D-ra DYMICKIEGO chorzy, i to przeważnie przymiotem dotknięci, zaczęli coraz bardziej nabierać zaufania do leczenia się kąpielami słono-siarczanemi i gdy w r. 1858 ilość kuracujuszów wynosiła 433 osób, w roku przeszłym (188k), wzrosła do 1400. W ciągu swej 30-letniej działalności w Busku D-r DYMICKI ogłosił drukiem 30 sprawozdań rocznych z czynności lekarskiej u zdrojowisk buskich, i 11 prac kazuistycznych. D-r DYMICKI po dziś dzień działalność swą dalej rozwija z prawdziwym pożytkiem dla cierpiącej ludzkości.

Lwów. V Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Oprócz wymienionych już odczytów zgłoszone jeszcze zostały w ostatnich dniach następujące: **D-r Dobiński ze Lwowa:** O uczuciach i popędach wyrodopłciowych ze stanowiska klinicznego; tenże: Ten sam temat ze stanowiska sądowo-lekarskiego. **W. Satke z Tarnopola:** Nowy pogład na przyczyny epoki lodowej. **D-r Mars z Krakowa:** O nowym zabiegu celem wydobycia płodu w położeniu miednicowem; tenż: Miednica skóśnie ścięśniona skutkiem złamania [demonstracyja]; tenże: Kilka instrumentów ginekologicznych własnego pomysłu [demonstracyja]. **D-r H. Schramm ze Lwowa:** O całkowitem wycięciu macicy. **D-r Feistenburg ze Lwowa:** Antyseptyka w położnictwie. **D-r Sielski ze Lwowa:** Demonstracyja instrumentów ginekologicznych własnego pomysłu; tenże: Demonstracyja operacji perineoplastycznej wedle LAWSON TAIT'a. **D-r Stroynowski ze Lwowa:** O zastosowaniu masowania przy wypadnięciu całkowitem macicy, według metody THURE-BRANDT'a, z oemonstracyjami; tenże: Postępowanie w trzecim okresie porodowym. **D-r Ołtuszewski z Warszawy:** Przyczynek do rozpoznawania i leczenia kiły krtani. **Profesor d-r Cybulski i docent d-r Gluziński z Krakowa:** O parciu ościennem w żyłach i sposobach oznaczenia tegoż. **Czapliński i Rosner, studenci medycyny z Krakowa:** O drogach, któremi tłuszcz i mydło z jelit dostają się do ogólnego obiegu. **A. Beck, student medycyny z Krakowa:** O pobudliwości różnych miejsc tego samego nerwn. **Prof. d-r Cybulski z Krakowa:** O ciałkach nerwowych prof. ADAMKIEWICZB. **M. Dobrowolski z Krakowa:** Rzut oka na ważniejsze lekowzory. **D-r S. Braun z Krakowa** przedstawi kilka ciekawszych przypadków z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. MADUTOWICZA. **D-r Prus ze Lwowa:** O regeneracyi tkanki mózgowej; tenże: O zmianach wątroby pod wpływem środków termicznych i chemicznych; tenże: O zapaleniu nerwów powstałem wskutek nadużywania napojów wysokowych; tenże: COHNHEIM'a teoryja zapalenia w świetle nowszych badań; tenże: O osłabieniu nerwowem (*neurastenia*). **D-r Wehr ze Lwowa:** O przeszczepialności raka; tenże: Przedstawienie chorych preparatów po wycięciu jelit zgorzelinowych. **D-r Barącz ze Lwowa.** O chirurgicznym leczeniu epilepsyi za pomocą podwiązania tętnic kręgowych [z demonstracyja 3 chorych]. **D-r Rajkowski z Ciechanowa:** O leczeniu czarnej krosty olejkim terpentynowym. **D-r Rejchman z Warszawy** odczyta zamiast poprzednio podanych tematów inne dwie prace, a mianowicie: „O trawieniu trzustkowem w żołądku zastosowanem do celów leczniczych“ i „O związku pomiędzy pewnymi objawami żołądkowemi a cierpieniami gardzieli“. **Prof. d-r Kadyi ze Lwowa:** O niektórych nieprawidłowościach korzeni nerwów krzyżowych u człowieka z okazaniem preparatów; tenże: Przyczynki do anatomii porównawczej zwierząt domowych, a mianowicie: a) O powierzchniach stawowych stawu łokciowego, b) O mięśniach tułowiowo-barkowych, c) O zginaczach palców odnoża przedniego, d) O tętnicach przedramienia. **D-r Kulczycki ze Lwowa.** Tętnice skóry u psa [z demonstracyjami]. **Józef Ulanowski z Lublina:** Pomyślnie skutki zastrzykiwań pod skórę antypiryny w zadumie, szczególnie czynnej (*Melancholia agitata furens*); tenże: Poronne leczenie płonicy (*curatio abortiva scarlatinae*); tenże: Nastój jodowy (*Tinctura jodi*) jako wyborny środek rozpoznawczy i lek niepośledni w wielu chorobach ostrych we wszystkich okresach wieku ludzkiego. **Prof. D-r Rydygier z Krakowa.** O leczeniu wola przez podwiązanie tętnic tarczokowych z okazaniem sposobu podwiązania tętnicy tarczokowej dolnej podług DROBNIKA; tenże: Kilka uwag o ciąży podbrzusznem wewnątrztrzewnowem (*sectio alta intraperitonealis*); tenże: temat zastrzeżony. **D-r Rolle z Kamieńca Podolskiego.** O cieletniku i detrycie.

Kraków. W d. 30 Czerwca r. b. nastąpiło tu uroczyste poświęcenie kamienia węgielnego pod budowę kliniki chirurgicznej. Z powodu tej uroczystości i z inicjatywy prof. RYDYGIERA ostatni Numer [26] „Przeglądu lekarskiego“ zawiera same prace chirurgiczne dokonane w klinice chirurgicznej tutejszej, a mianowicie: RYDYGIER. Osteodermoplastyczna amputacja stopy. BOSSOWSKI. Krótki pogląd na rozwój antyseptyczny traktowania ran i sposób ich leczenia w klinice chirurgicznej krakowskiej w obecnej chwili. SONDERMAJER. Mięsak kości ramieniowej, odjęcie całej odnogi górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka, wyleczenie. GROSS. Transplantacja jelit według pomysłu NICOLADONIEGO. GABRYSZEWSKI. Przyczynek do rezeceji szczyki górnej. ROŚCISZEWSKI. Wycięcie II i III gałęzi nerwu trólistego przy otworze okrągłym i jajowatym sposobem KRÖNLEIN'a.

Paryż. Konsystorz żydowski tutejszy pod prezydencją głównego rabina zwołał komisję złożoną z lekarzy D-rów DUMLAY, PÉRIER, MARC SÉE, WORMS, KLEIN i LEVEN dla przejrzenia regulaminu [datującego od r. 1854] w kwestyi obrzezania i poczynienie w nim zmian zgodnych z nowoczesnymi wymaganiami naukowymi. Komisja ta 5 głosami na 6 orzekła, iż wysysanie (*mezzizah*) jest bezskutecznym, niebezpiecznym i że należy je zupełnie porzucić, a nadto poleciła ona D-r DUPLAY napisanie podręcznika o wykonywaniu tej operacyi i leczeniu rany pooperacyjnej.

Petersburg. W dniu 21 Stycznia r. b. zmarł tu w 59 roku życia PIOTR W. RUDANOWSKIJ, który pozyskał rozgłos w świecie naukowym przez prace swe nad fizyologiją i patologiją systematu nerwowego. Paryzka akademija nauk wybrała go na swego członka, uniwersytet Kazański, którego był wychowawcem, udzielił mu stopień doktora medycyny bez egzaminu i rozprawy, a rossyjska akademija nauk przyznała mu nagrodę konkursową. Mając w ten sposób w stolicy drogę otwartą do kariery profesorskiej, RUDANOWSKIJ poprzestał jednak, aż do końca życia, na skromnym stanowisku lekarza zakładów górniczych w Niżnim Tagilu na Uralu, gdzie jako dzielny lekarz i zacny człowiek, zjednał sobie miłość ludu roboczego, do którego szczerze się przywiązał. Nad zwłokami zmarłego, które kosztem mieszkańców przewiezione zostały do Niżniego Tagilu, przemówił w Permie D-r W. WYSZYŃSKI [z Warszawy], jako kolega, przyjaciel i świadek pożytecznej pracy zmarłego.

Berlin Zmarł tu w 77 r. życia D-r ABELMANN b. prof. chirurgii i oftalmologii w Dorpacie.

Nadesłano do Redakcyi.

S. KRÓLIKOWSKI i M. NENCKI. Ueber des Verhalten der o — Oxychinolin carbonsäure und deren Derivate im Organismus. [Odb. z Roczników Akademii Nauk w Wiedniu Marzec. 1888].

KUNZ [z pracowni prof. NENCKIEGO]. Bacteriologisch-chemische Untersuchungen Spaltpilzarten [ibid.].

J. STEINHAUS [z Warszawy]. Ueber Becherzellen im Dünnaarmepithel der Salamandra maculosa. [Odb. z Arch. f. Anat. et Physiologie].

WARYŃSKI [z Genewy]. Contribution à l'étude du bec de lièvre Simple et complexe. [Odbitka z VIRCHOW'S Arch.].

PACANOWSKI. Ein Fall von constantem Fehlen der Salzsäure [und Pepsin] in Magensaft. [Odb. z Wien. med. Presse].

WICHERKIEWICZ. Przypadek otrucia pilokarpinem i kilka uwag nad działaniem tego środka.

FINGER. Die Blenorhoe der Sexudorgane und ihre Complicationen. Wien 1888.

KOZŁOWSKI. O leczeniu wodobojaźni po metodzie prof. Pasteura. Kiew 1888.

— Słuczaj wroźdennago szejno-głosocznago swiszca (*fistula colli congenita*). Kiew, 1888.

— Słuczaj osteosarkowy legkich [Odb. z Med. Obozrenje 1888. N. 6].

— Zagriaznienie poczwyy g. Kiewa wsasywajuszczymi poczwiiennymi kołodcami. Kiew 1888.

SZADEK. Ueber die therapeutische Verwendung der Quecksilbersalicylats in der syphillidologischen Praxis [Odb. z Monatshefte f. prakt. Dermatologie].

Sprawozdanie szóste z czynności komitetu zarządzającego kasą pomocy imienia Mianowskiego za r. 1887. Warszawa 1888.

Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN**, na Szląsku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

OBERBRUNNEN

(Źródło alkaliczne pierwszorzędne znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odznacza się wyborowym smakiem i zawartością przewyborowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, pedogrze i t. d.)

Wysyłkę uskuteczniają w każdej porze roku

Salzbrunn na Szląsku

Furbach i Striebold.

26—15

BARWNIKI

Z pracowni **D-ra G. Grüblera w Lipsku**

oraz wszelkie przetwory do celów fizjologicznych i mikroskopowych poleca

Apteka **J. Rutkowskiego** dawniej **E. Wernera** w Warszawie,
ulica Długa N. 16.

12—11

FABRYKA WÓD MINERALNYCH

MAGISTRA FARMACYI

W. Karpńskiego

w **WARSZAWIE**

poleca.

WODY ŻELAZO-ARSENICALNE
LEVICO I RONCEGNO.
Używa się ich podług wskazań lekarza od jednej do 5 łyżek dziennie, a sprzedaje się tylko za receptami Doktorów.

UWAGA.

Każda łyżka wody Levico zawiera tyle soli arsenikalnej co 10

kropeł Liquor. arsenicalis Pearsonii, a Ron-

cegno tyle co 15 kropeł — buteleczka zawiera 18 do

20 łyżek stołowych — Cena 40 kop.

10—5

Z D R O J O W I S K O

CIEPLICE-SCHÖNNAU

w Czechach

(Od wieków znane termy gorące alkaliczno-solankowe 29,5 — 39° R.)

Kuracja trwa rok cały.

Wskazane z powodu swej skuteczności w pedogrze, reumatyzmie, paraliżach, newralgijach i innych chorobach nerwowych; w skutkach wynikających z chorób stawów, skrzywień, złamań kości i t. p.

Wszelkich objaśnień udziela i zamówienia na mieszkania przyjmuje: Dla Cieplic inspekcja kąpielowa w Cieplicach, dla Schönau urząd burmistrzowski w Schönau.

4—4



FABRYKA WÓD MINERALNYCH

Magistra Farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w WARSZAWIE

ulica Mirowska Nr. 3.

OSTRZEŻENIE.

Pragnąc zapobiedz licznym niedogodnościom jakie powstają w skutek zamiany syfonów, bądź to z powodu podobieństwa syfonów jednych do drugich. lub złej woli, z dniem 6 Maja zaprowadziłem syfony specjalne do wód mineralnych, znacznie większe od tych jakie używane są w Warszawie. Każdy syfon opatrzony jest napisem w szkłe **Woda wyrobu fabryki W. Karpińskiego — Syfon własność fabryki.** Panowie więc fabrykanci, którzyby pomimo tak wyraźnych cech używali wspomnianych syfonów do sprzedaży w nich swoich wyrobów do odpowiedzialności sądowej pociągnięci zostaną.

10—8

W. Karpiński.

Przetwory fermentowane z mleka krowiego:

KUMYS I KEFIR

D-ra Przystańskiego.

Kontrola i ocena chemiczna produkcji powierzona została S. Milicerowi,
Magistr. Nauk Przyrod.

WARUNKI WYROBU:

Mleko z krów zdrowych, karmionych odpowiednio świeżą paszą na wsi.

Mleko oczyszczone, i wolne od tłuszczu za pomocą centrifugi. Sterylizowane dla zniszczenia chorobotwórczych drobnoustrojów, i ułatwienia peptonizacji.

Grzybki fermentacyjne jako zczyn dla przeprowadzenia fermentacji mleczej i alkoholowej, lasecznik kwasu mlecznego, i komórki drożdżowe.

Zakład wyrabia zimą i latem kumys i kefir w następujących gatunkach:

Kumys zwyczajny świeży N. 1, trzydniowy średni N. 2, i dla amatorów stary.

Kefir zwyczajny (odtłuszczony) świeży N. 1 i średni trzydniowy N. 2 — jako środek odżywczy częściami składowymi odpowiadający wszelkim wskazaniom.

Niezależnie od powyższych gatunków typowych, stale produkowanych przygotowuje się kumysy i kefiry z dodatkiem środków leczniczych, jak żelaziste lub z solami wapiennymi, na żądanie i według wskazań lekarzy, jak również kefir nieodtłuszczony i kefir z mleka sterylizowanego.

Ważenie chorych używających kumys i kefir, bezpłatne.

Przedaż kumysu i kefiru, latem w ogrodzie Saskim w altanie właściciela zakładu, zimą w zakładzie Królewska N. 23.

Lekarz A. Przystański
Właściciel Zakładu.

6—3