

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHEMICZNEGO INSTYTUTU MEDYCyny DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

I. PRZYCZYNEK

DO NAUKI O SOKU ŻOŁĄDKOWYM I SKŁADZIE CHEMICZNYM ENZYMU.

Podali

M. Nencki i N. Sieberowa.

Dopiero od czasu ukazania się prac profesora J. PAWŁOWA i pani Dra SZUMOW-SIMANOWSKIEJ ¹⁾, którzy wykazali, iż przy pozornem karmieniu psów, na których dokonano gastro—i oesophagotomii, oddziela się odruchowo czysty sok żołądkowy w znacznej ilości, jesteśmy w stanie otrzymywać istotnie czysty, wolny zupełnie od domieszek sok w ilościach dowolnych. Wkrótce po ogłoszeniu pracy PAWŁOWA i SZUMOW-SIMANOWSKIEJ, ta ostatnia otrzymany przez się tym sposobem sok poddała analizie chemicznej w naszym laboratorjum ²⁾. Korzystała przytem za spostrzeżenia, że sok podobny, ochłodzony do 0°, tworzy amorfny, ziarnisty osad, w tym celu, aby przez zwyczajne filtrowanie przy niskiej ciepłocie odizolować od soku żołądkowego główny składnik czynny. Oprócz dokonania rozmaitych analiz świeżego soku, badała pani SZUMOW-SIMANOWSKA również ten osad ziarnisty, który energicznie trawi substancje białkowe i na który ona, na podstawie swoich badań, patrzy jako na czynny ferment *resp.* mieszaninę fermentów soku żołądkowego. Znalazła ona, że osad ten składa się z pewnego szczególnego ciała białkowego, zawierającego chlor. W popiele, otrzymanym z niego, wykazała, prócz minimalnych ilości żelaza, również kwas fosforowy. Do jakiej grupy ciał białkowych należy ta tak zwana ziarnista pepsyna, nie określiła pani S. bliżej, tembardziej, że dalszemu ciągowi badań przeszkodziła jej, niestety, choroba. Chociaż opublikowanie prac PEKELHA-

¹⁾ Wracz. 1890. № 41.

²⁾ Archiv f. exper. Pathologie und Pharmacologie. Z. 33, str. 336.

RING'a¹⁾ i HAMMARSTEN'a²⁾ pobudziło nas do podjęcia w dalszym ciągu prac nad badaniem fermentów soku żołądkowego, i chociaż czysty ten sok był dla nas łatwo dostępny, jednakże z pewnych powodów, dopiero w jesieni 1899 r. mogliśmy przystąpić do urzeczywistnienia naszego zamiaru.

Nim przejdziemy do opisu naszych własnych dociekań i rezultatów, uważamy tu za stosowne, dla łatwiejszego zrozumienia rzeczy, w krótkości streszczyć wyniki pracy PEKELHARING'a.

Blonę sluzową żołądka świni poddawał on działaniu 0,2%-go HCl, filtrował pod zmniejszonym ciśnieniem i dyalizował przesącz w worku pergaminowym pod strumieniem wody bieżącej przez 15—20 godzin. Kwaśność zawartości worka spadała przez to do 0,02% prawie, ciecz stawała się mętna od zawieszonoego w niej osadu, który odłączony przez centryfugowanie, a następnie rozpuszczony w 0,2%-wym HCl, okazał się niezmiernie czynną pepsyną. Przez powtórne rozpuszczenie w 0,2% kwasie solnym i przez 15—20 o godzinne dyalizowanie roztworu, przyczem nanowo następowało oddzielanie się, oczyszczono to ciało.

Osad, otrzymany po centryfugowaniu, przemyty nieznaczną ilością wody destylowanej, następnie osuszony za pomocą bibuły a później nad kwasem siarczanym, tworzy żółty, łatwo rozcierny, w małym stopniu hygroskopijny proszek, który trudniej rozpuszcza się w wodzie, łatwiej zaś w rozcieńczonym roztworze soli kuchennej, mianowicie przy temperaturze wylęgania. W rozmaitych kwasach rozcieńczonych rozpuszcza się on, najlepiej przy temperaturze ciała, aż do przezroczystej jak woda cieczy, wydziela się zaś natychmiast w postaci kłaczków, gdy tylko kwaśność zostanie do pewnego stopnia obniżona. Dla kwasu solnego najmniejsza rozpuszczalność jest przy 0,02%. Według PEKELHARING'a substancja ta, wykazująca wszystkie reakcje ciał białkowych i posiadająca własności nadzwyczajnie mocnej pepsyny, zawiera prawie 1,0% fosforu. Ten skomplikowany wielce związek jest bardzo nietrwały. Przemywanie alkoholem rozkłada go; traci on przytem własność rozpuszczania się w HCl i możność trawienia białka. Przy szybkim ogrzaniu aż do zagotowania wodnego, kwaśnego roztworu, rozszczepia się on na 1) nierozpuszczalny przy kwaśnem oddziaływaniu *nukleoproteid*, 2) albumozę i 3) substancję, zawierającą fosfor, łatwo rozpuszczalną w ciepłym, a trudno w zimnym alkoholu.

PEKELHARING domyśla się, że pepsyna, otrzymana przezeń sposobem, wyżej opisanym, jest identyczną z pepsyną ziarnistą, jaką odizolowała pani SZUMOW-SIMANOWSKA przez ochładzanie naturalnego soku żołądkowego; nie wskazuje jednak, czy jego produkt zawiera chlor. Według analiz SZUMOW-SIMANOWSKIEJ, ziarnista pepsyna zawiera koło 1% chloru.

W pracy FRIEDENTHAL'a, która ukazała się w roku zeszłym, autor, badający sok żołądkowy, otrzymany metodą PAWŁOWA, zaprzecza obecności chloru w pepsynie. Według niego kwas solny w soku żołądkowym istnieje

1) Zeitschr. f. physiol. Chemie. Zesz. XXII, str. 233.

2) Podręcznik Chemii fizjol. str. 264, wyd. 4, 1899.

tylko jako wolny kwas solny. Punkt zamarzania badanego przezeń soku, którego kwaśność równała się 0,577% HCl, znajdował się około $-0,61^{\circ}$, a więc ściśle zgadzał się z takimże punktem 0,577%-owego kwasu solnego. Z faktu tego, mówi FRIEDENTHAL, można stanowczo wywnioskować, że kwas solny nie znajduje się w soku żołądkowym w postaci związku chemicznego z pepsyną. Chcemy tu już uprzednio zauważyć, iż według naszego mniemania pogląd FRIEDENTHAL'a jest błędny. Bez wątpienia ciężar cząsteczkowy pepsyny jest bardzo wysoki, a im wyższy jest ciężar cząsteczkowy, tem mniejszą jest depresya, zrzadzona przez ową substancję. W porównaniu ze silną depresją, jaką czyni wolny kwas solny soku żołądkowego, depresya, którą warunkuje pepsyna, niknie prawie. Sok żołądkowy psa zawiera, niechaj będzie, 0,3% twardej pozostałości. Dajmy na to, że składa się ona tylko z pepsyny, to przypuściliśmy, iż pepsyna zawiera 1% kwasu solnego, powinniśmy mieć 0,003 gm. HCl. Sok, badany przez FRIEDENTHAL'a, zawierał w jednym litrze 5,77 gm. HCl. Z tych 5,77 gm. byłoby tylko 0,03 gm. HCl, czyli ledwie 0,005—na część, związaną z pepsyną, reszta zaś kwasu soku byłaby się znajdowała jako wolny kwas. Że określanie punktu zamarzania absolutnie nie może dać wyjaśnień w kwestyi, czy pepsyna soku żołądkowego zawiera chlor, czy też go nie zawiera, rzeczą jest oczywistą. Dalej nieco przytoczymy nasze motywy, które niewątpliwie przemawiają za tem, iż chlor jest integralną częścią składową istotnej cząsteczki pepsynowej.

Do badań naszych służyły i służą nam jeszcze dwa psy przeważnie, z których jeden, ważący 46 kilo, był operowany w październiku 1899 r., drugi zaś, ważący 23 kilo, w listopadzie tegoż roku. Do przetoki żołądkowej użyliśmy kaniuli srebrnych z nieco wypukłonymi brzegami. Korzystne są one dlatego, iż z jednej strony nie działa na nie sok żołądkowy, z drugiej zaś same one wewnątrz nie drażnią błony śluzowej. Karmiono psy mięsem końskim, chlebem, zupą owsianą i mlekiem. Wprowadzano to 2 razy dziennie przez przetokę do żołądka. Podawanie karmu odbywało się tak, iż psy, po podniesieniu się po operacjach, przybrały na wadze kilka kilo, a następnie waga ich ciała w przybliżeniu pozostawała stałą. Od czasu do czasu do mięsa, służącego za pokarm, dodawano kilka gramów soli kuchennej. Przy troskliwej opiece, przepłukiwaniu żołądka wodą kreozotową w razie zaburzeń i skrupulatnej czystości, zwierzęta całe lata pozostają zdrowe, dostarczając stale czystego soku. Wydostawaliśmy od psów naszych regularnie 2 razy na tydzień około 400 — 500 cent. sz. soku za pomocą pozornego kamienia. Oprócz tego dość często otrzymywaliśmy z oddziału profesora PAWŁOWA w podobny sposób wydobyty sok żołądkowy, tak że mieliśmy dosyć sposobności do studyowania indywidualnych wahań tej wydzieliny i zależności jej od pożywienia.

W rozprawie swej PEKELHARING wyraża przypuszczenie, że otrzymana przezeń z żołądka świni s z t u c z n a p e p s y n a jest identyczna z z i a r n i s t ą p e p s y n ą, jaką pani SZUMOW-SIMONOWSKA dostała przez ochładzanie naturalnego soku żołądkowego psa. Według naszych dociekań, mniemanie to jest zupełnie prawdziwe. Co więcej, twierdzenie to możemy uzupełnić dodatkiem, iż przez podobne postępowanie, jakiego użył PEKELHARING,

otrzymuje się również z naturalnego soku żołądkowego pepsynę, która pod każdym względem zachowuje się jak pepsyna PEKELHARING'a i może być uznana, zwyczajnie mówiąc, jako identyczna z nią.

Gdy weźmiemy świeży sok żołądkowy, otrzymany od psów, poddanych gastro—i oesophagotomii, w ilości koło 500 ctm. sz. i będziemy go dyalizować do 20 razy większej ilości wody destylowanej w worku pergaminowym ¹⁾ w ciągu 24 godzin, to zawartość worka staje się mętna, ilość kwasu wybitnie się zmniejsza, tak iż kwaśność tej zawartości pada do 0,025—0,03%. Mętną ciecz zostawialiśmy na 15 godzin przy 0° w butelkach centryfugi, poczem część mętów opadła na dno, i przy następnem centryfugowaniu utworzył się, przylegający mocno do dna naczynia, lepki osad, podczas gdy ciecz sama stawała się zupełnie przezroczystą. Gdy będziemy dyalizowali sok żołądkowy przez dłuższy czas wody bieżącej, to powstały w ciągu pierwszych 24 godzin osad na nowo się rozpuszcza, jednakże przez dodanie kwasu solnego do 0,02 — 0,03% może być powtórnie wywołany. A więc ściśle tak, jak to podaje PEKELHARING o swoim sztucznym soku żołądkowym.

Odfiltrowany i przemyty niewielką ilością 0,02%-ego kwasu solnego, osad z centryfugi, daje z 0,2—0,5%-wym kwasem solnym przy temperaturze wylegania zupełnie przezroczysty roztwór, który posiada wszystkie własności pierwotnego soku żołądkowego, tylko działanie fermentu jest nieco słabsze. Pochodzi to stąd, że część pepsyny pozostaje rozpuszczona w cieczy worka. Przy ogrzaniu soku żołądkowego aż do zagotowania, wydziela się *nukleoproteid*, do którego jeszcze później dojdziemy. Określiśmy nukleoproteid, wypadły przy ogrzaniu w 100 cent. sz. pierwotnego soku; dalej znacznieszą ilość podobnego soku dyalizowaliśmy do 10 razy większej ilości wody destylowanej w ciągu 24 godzin; po odstaniu w zimnie i centryfugowaniu odfiltrowaliśmy osad, w 100 cent. sz. przesączu straciliśmy przez gotowanie nukleoproteid, a następnie przemyty i osuszony osad nukleoproteidowy zważyliśmy. Z różnicy w wadze obu osadów nukleoproteidowych wyliczyliśmy, ile pepsyny przy tych okolicznościach pozostało jeszcze w roztworze. W 3 określeniach otrzymaliśmy zastępujące liczby:

P i e s A: w 100 cent. sz. pierwotnego soku żołądkowego znaleziono 0,0688 grm. nukleoproteidu. W 100 ctm. sz. przesączu z osadu z centryfugi znaleziono 0,0126 grm. = 18,3% nukleoproteidu pozostało w roztworze.

P i e s A: z 100 ctm sz. soku żołądkowego otrzymano 0,085 grm. nukleoproteidu, w 100 ctm. sz. przesączu z osadu z centryfugi znaleziono 0,0196 grm. osadu nukleoproteidowego = 23% pepsyny pozostało w roztworze.

¹⁾ Stosowany przez nas worek do dyalazy, zrobiony z papieru pergaminowego, był stale przed użyciem napełniony 0,5%-wym kwasem solnym i dyalizowany dość długo do wody bieżącej. Znaleźliśmy przytem, że ścianka worka oddaje wodzie dość znaczne ilości siarczanu wapna, który nasamprzód musiał być usunięty.

P i e s B: z 100 ctm. sz. świeżego soku żołądkowego otrzymano 0,0932 grm. nukleoproteidu, a z 100 ctm. sz. przesącza z osadu z centryfugi — 0,0204 grm. nukleoproteidu, czyli w roztworze pozostało 21, 88% pepsyny.

Średnio więc podług tych 3 określeń w roztworze pozostaje prawie 5-a część pepsyny. W każdym razie ilość pepsyny, otrzymywanej z soku żołądkowego za pomocą dyalizy i centryfugi, jest znacznie większa od ilości z i a r n i s t e j p e p s y n y, wypadającej przy ochładzaniu. Średnio, według trzech wyliczeń pani SZUMOW-SIMANOWSKIEJ, ilość pepsyny, strąconej przez oziębiecie, stanowi 5% zawartej w soku żołądkowym.

W celach porównawczych badaliśmy działanie na ścięte białko jaja, na mleko i albumozy—z jednej strony pierwotnego soku żołądkowego, z drugiej zaś osadu z centryfugi, rozpuszczonego w pierwotnej objętości równie silnego kwasu solnego.

Średnio, według 30 postrzeżeń, sprawność trawienna względem białka jaja, określana podług METTE'go, była dla rozpuszczonego osadu z centryfugi zmniejszona prawie do $\frac{1}{4}$. Tak samo mleko zwarzyło się nieco później, a utworzenie się plasteiny z albumoz [według DANILEWSKIEGO] uległo zwłoce, ilość zaś jej była mniejsza. Przeciwnie, można także przez skoncentrowanie roztworu osadu z centryfugi osiągnąć o wiele energiczniejsze od soku żołądkowego działanie fermentu. Tak na przykład, rozpuściliśmy przez 15-to minutowe stanie w termostacie osad z centryfugi, otrzymany z 500 ctm. sześciennych soku żołądkowego, w 100 ctm. sz. 0,5%-go kwasu solnego. Sprawność trawienna pierwotnego soku żołądkowego, określona według METTE'go, równała się 4,7 mm., natomiast sprawność trawienna osadu — 7,6 mm. Druga część ostatniego roztworu została ściśle zobojętniona 0,1% normalnym ługiem sodowym a 1,0 ctm. sz. tego był dodany do 10 ctm. sz. świeżego ciepłego mleka, poczem mleko prawie momentalnie zwarzyło się. Po 15-o godzinnem staniu w termostacie skrzep kazeinowy zupełnie się rozpuścił i był tylko pokryty warstwą pływającego tam tłuszczu. Tak samo i roztwór albumozy, przygotowany według DANILEWSKIEGO, dał o wiele większy osad plasteiny, niż *ceteris paribus* pierwotny sok żołądkowy. Tym sposobem ze soku żołądkowego można przygotować bardzo czynne roztwory fermentu; wogóle prościej jest odizolować ferment przez wysalanie soku za pomocą siarczanu amonu i przechowywać w trwałej postaci jako mieszaninę z cukrem, białkiem albo gliceryną. Jak wspomniano wyżej, PEKELHARING podaje, że otrzymany przezeń osad z centryfugi, przez szybkie ogrzanie do zagotowania, rozpada się na nukleoproteid, albumozę i substancję, rozpuszczającą się w alkoholu. Podług jego analiz, nukleoproteid zawiera 0,3% fosforu i daje, będąc gotowany z rozcieńczonym kwasem siarczanym, z a s a d y a l l o k s u r o w e, („*Alloxurbasen*“). FRIEDENTHAL, który słusznie zbija PEKELHARING'a, twierdząc, iż pepsyna wypada z zobojętnionego soku żołądkowego nie dzięki gotowaniu, lecz dzięki gotującemu się, rozcieńczonemu kwasowi siarczanemu, uzupełnia spostrzeżenia PEKELHARING'a w ten sposób, iż od nukleoproteidu odrywa się, zdaniem

jego, prócz z a s a d a l l o k s u r o w y c h jeszcze p e n t o z a. Nie określił on bliżej istoty rozpuszczalnej w alkoholu substancji, w której PEKELHARING upatruje produkt rozszczepienia się samoistnej pepsyny, nadmienia tylko, że substancja ta po stopieniu z sodą i saletrą daje popiół, bogaty w fosfor.

I pod tym także względem zgadzają się spostrzeżenia nasze, czynione na czystym soku żołądkowym, z tem, co ogłasza PEKELHARING. Gdy szybko zagotujemy świeży sok żołądkowy, albo roztwór osadu z centryfugi w 0,6%-wym kwasie solnym, to powstaje obfity kłaczkowaty osad, składający się przeważnie z nukleoproteidu, w mniejszej zaś części z substancji, rozpuszczającej się w alkoholu.

Dodany do otrzymanego stąd przesączu siarczan ammonu aż do nasycenia, daje kłaczkowaty osad, który wykazuje reakcję biuretową i który oczywiście jest albumozą PEKELHARING'a. Nukleoproteid, oswobodzony na sączku za pomocą przemywania alkoholem od rozpuszczającej się w ostatnim substancji, rozkłada się pod działaniem rozcieńczonego kwasu siarczanego i daje zarówno zasady alloksurowe jako też pentozę. O obecności tej ostatniej przekonał się za pomocą próby z o r c y n ą jako też z r e z o r c y n ą, oraz z charakterystycznych pasm absorbcyjnych w spektrze.

Pani SZUMOW-SIMONOWSKA w otrzymanej przez siebie pepsynie, strąconej przez ochładzanie, nie znalazła wcale kwasu fosforowego po długim przemywaniu pepsyny alkoholem. PEKELHARING mniema, że pepsyna zostaje zabierana właśnie przez alkohol i przytem traci swój fosfor. Mniemanie to jest słuszne o tyle, gdy substancja, rozpuszczająca się w alkoholu, wypadająca razem z nukleoproteidem, zawiera fosfor. Gdy jednak już przez samo mycie alkoholem może być ona usunięta, to lepiej jest przypuszczać, że albo jest ona tylko mechanicznie domieszana do pierwotnego osadu z centryfugi, albo też, co jest więcej prawdopodobne, że tworzy ona bardzo chwiejny związek z pepsyną. Jako dalsza konsekwencya tej hipotezy wypływa to, że również, łatwo jeżeli nie łatwiej, niż od przemywania alkoholem, zachodzi odrywanie się oddzielnych składników od pierwotnej cząsteczki pepsyny przy przemywaniu wodą *resp.* przy dyalizie. Utwierdziło nas w tem mniemaniu jeszcze i to, że po 24 godzinnej dyalizie 500 ctm. szść. soku żołądkowego do 10 razy większej ilości wody destylowanej, woda zewnętrzna w dyalizatorze, wyparowana do małej objętości, wykazała bardzo silne reakcje na kwas fosforowy, kwas siarczany, kwas siarkocyanowy, wapno, magnezję i żelazo. Co się tyczy obecności tego ostatniego w soku żołądkowym, to doniesienia autorów nie zgadzają się pod tym względem. BUNGE w swoim podręczniku chemii fizyologicznej i patologicznej ¹⁾ twierdzi, iż, według dotychczasowych analiz, sok żołądkowy najbardziej, bardziej niż żółć nawet, ze wszystkich wydzielin, wlewających się do przewodu pokarmowego, obfituje w żelazo. W niedawno wyszłej pracy prze-

¹⁾ Wydanie III, r. 1894, str. 87.

czy zdan iu BUNGE'go CHARLES DÉHRÉE ¹⁾, który analizował sok z uchyłka żołądkowego, izolowanego metodą FROUIN'a. DÉHRÉE określał żelazo w soku sposobem kolorometrycznym i znalazł, iż znajdują się tam zaledwie ślady żelaza. Według jego obliczeń wydzielał pies, ważący 16 kgrm., w soku żołądkowym nie więcej niż 0,25 mg. żelaza w ciągu 24 godzin.

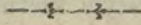
W celu poznania istotnego stanu rzeczy i otrzymania lepszego poglądu na skład chemiczny pepsyny, określaliśmy zawartość fosforu i żelaza: 1) w czystym soku żołądkowym, 2) w osadzie z centryfugi, otrzymanym z soku żołądkowego i 3) w osadzie, wymytym za pomocą alkoholu. Prócz tego określaliśmy w osadzie z centryfugi zawartość chloru przed i po działaniu alkoholu. Te określenia nasze dążyły do wyjaśnienia istnienia mniej lub więcej trwałego związku tych pierwiastków w cząsteczce pepsynowej.

[D. c. n.]

II. FIBROLEYOMYOMA VAGINAE.

Podał

Antoni Gabszewicz.



Nowotwory, biorące początek w ścianach samej pochwy, stosunkowo rzadko bywają spostrzegane; pierwsze miejsce między nimi zajmują torbiele; dawniej sądzono, że i one należą do nadzwyczajnych rzadkości, spostrzeżenia jednak, ogłoszone w ostatnim dziesiątku lat, przekonywają o względnie częstem ich powstawaniu; w naszej literaturze mamy pracę w tym kierunku ZWEIGBAUMA w Gaz. Lek. z r. 1895, który ogłosił dwa własne i dwa przez innych kolegów spostrzegane przypadki; WARSZAWSKIEGO—jedno spostrzeżenie, ogłoszone w Kronicie Lekarskiej z tego samego roku; pracę NEUGEBAUERA, który w Medycynie 1896 roku ogłosił 40 własnych spostrzeżeń; ci, którzy się interesują sprawą powstawania torbieli, mogą znaleźć dużo danych w wyżej zacytowanych pracach.

Raki pierwotne pochwy i mięsaki również rzadko są spostrzegane; to samo można powiedzieć i o włókniakach i mięsno-włókniakach. Z tej racji pozwałam sobie w krótkości podać opis przypadku, spostrzeganego przeze mnie niedawno w mym oddziale. Kobieta 46-letnia, zamężna, dietna, przed kilkoma miesiącami zauważyła guz w otworze sromnym; guz ten coraz więcej zaczął się wydobywać na zewnątrz, a krwawienia i zaburzenia w oddawaniu moczu skłoniły ją do udania się do szpitala w pierwszej połowie sierpnia r. b. Przy badaniu widoczny jest na zewnątrz sromu guz wielkości pięści, na pierwszy rzut oka bardzo podobny do wypadniętej macicy; badając wewnętrznie palcem, przekonałem się, że guz ten wypełnia pochwę, zajmując całą dolną połowę przedniej

¹⁾ Journal de Physiologie et Pathologie générale, T. 2, str. 524, 1900.
GAZ. LEK. NR. 17.

ściany pochwy; część pochwowa macicy i sama macica znajduje się w ołożeniu zupełnie prawidłowem i wcale nie jest opuszczona ku dołowi. Konsystencya guza twardawa, miejscami sprężysta, robi wrażenie rzekomego chełbotania. Błona śluzowa guza na zewnątrz sromu na znacznej przestrzeni uległa owrzodzeniu; w samej pochwie u podstawy bardzo grubej szypuły błona śluzowa zgrubiała. Wprowadzony cewnik, tuż za wylotem cewki spuszcza się nagle pionowo ku dołowi i dopiero po wejściu do pęcherza przyjmuje prawidłowy kierunek. Operacya, polegająca na zupełnem usunięciu guza, nie nastęczała zbyt wielkich trudności, chociaż należało bardzo ostrożnie oddzielać nożem guz, zrosnięty mocno z otaczającymi tkankami w okolicy cewki moczowej i nie posiadający wyraźnych granic; należało trzymać podczas operacyi stale cewnik metalowy w cewce; ostrożność ta nie była zbytieczna, gdyż po usunięciu guza przekonałem się, że na całej długości cewki w tylnym jej obwodzie pozostała tylko błona śluzowa. Nałożyłem kilka szwów jedwabnych głębszych, które usunąłem po 10-iu dniach: nastąpił zupełny rychłozrost. Cewka przyjęła prawidłowy kierunek i poprzednio istniejące zaburzenia w oddawaniu moczu zupełnie nastąpiły.

Badanie drobnowidzowe, dokonane w pracowni prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało, że guz ten należy do fibroleyomyomatów, które rzadziej się zdarzają w pochwie, niż włókniakomięsaki. Obraz mikroskopowy przedstawia się w sposób następujący: dosyć dużo cieńszych i grubszych pęczków gładkich włókien mięsnych, które przeplatają się w najrozmaitszym kierunku: włókna gładkie mięsne mają postać typową, są wydłużone i mają długie pałeczkowate jądra. Pęczki gładkich włókien mięsnych rozłożone są w łączno-tkankowem podścielisku, złożonem z włókien tkanki łącznej, zawierającej miejscami dość obfitą ilość płaskich i wrzecionowatych komórek łączno-tkankowych. Miejscami wydatne nacieczenie leukocytami, pomiędzy którymi dużo leukocytów eozynofilowych. Wogóle w tkance łącznej dużo naczyń krwionośnych cienkościennych i szerokich. Cały nowotwór pokryty jest na powierzchni grubym wielowarstwowym płaskim nabłonkiem.

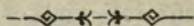
III. KRUP I DYFTERYT W ŚWIETLE NAJNOWSZEJ NAUKI.

Przez

Dra Med. Edwarda Bernhardtta

z Łęczycy.

[Rzecz, czytana 24-go Lipca 1900 r. na posiedzeniu sekcji pediatrycznej IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie].



Niesłychany rozkwit bakterjologii, tej najmłodszej gałęzi wiedzy lekarskiej, stanowi niezaprzeczenie jedną z najdonioślejszych zdobyczy naukowych i jeden z największych tryumfów ducha ludzkiego z ostatniego dziesiątka mi-

niętego stulecia. Odkrycia, w tej dziedzinie dokonane, wyjaśniły nam niejedną, przedtem zupełnie ciemną, sprawę chorobową, pozwoliły nam podpatrzeć, bliżej tajemniczą sprawę, odbywającą się w warsztacie żywego chorego [ustroju i wytworzyć, wzorowane na tej tajemniczej pracy, nowe sposoby lecznicze, będące w rękach naszych zwyciężką bronią w walce z całym szeregiem chorób, przedtem leczeniu nie przystępnych. Ale świat drobnoustrojów jest niezliczony. W działaniu swoim nie wspólnego ze sobą nie mające osobniki, mogą morfologicznie przedstawiać się identycznymi i tylko subtelna analiza biologicznych ich własności może powoli wykazać prawdziwą ich naturę. Przykładów w tej mierze nie mało: dość przytoczyć lasecznik cholery azjatyckiej KOCH'a w zestawieniu z lasecznikami przecinkowemi PRIOR-FINKLER'a albo RUBNER'a, a bardziej jeszcze lasecznik gruźliczy KOCH'a w zestawieniu z lasecznikiem smegmy MATTERSTOCK'a. Pracę bakteriologiczną utrudnia jeszcze ta okoliczność, że działanie chorobowe niejednego drobnoustroju występuje dopiero pod wpływem symbiozy z innym zarazkiem. Dla tego też nieraz dłuższego potrzeba czasu i liczniejszych sprawdzeń do wykazania prawdziwego znaczenia spostrzeżeń bakteriologicznych.

Taką, dotąd, zdaniem mojem, niewyjaśnioną jeszcze kwestyą jest oparty również na bakteriologicznych danych dzisiejszy pogląd o tożsamości krupu i dyfterytu. W erze przedbakteriologicznej uważano krup, opierając się na klinicznym przebiegu i na danych anatomo - patologicznych, jako swoistą sprawę zapalną dróg oddechowych, t. j. krtani, tchawicy i oskrzeli, wytwarzającą w tkance błony śluzowej wymienionych narządów mniej lub więcej grube błony włóknikowe. Powstałe w skutek mechanicznego zatkania temi błonami zwężenie światła przewodów oddechowych uznawano za główne niebezpieczeństwo, zagrażające życiu chorego. Doświadczenie bowiem uczyło, że po wydaleniu bądź samowolnem, bądź pod wpływem środków pomocniczych, owych błon włóknikowych, przedstawiających nieraz jaknajwierniejsze odlewy zatknięch niemi przewodów, sprawa chorobowa ustawała. A ponieważ nieraz i bez wytwarzania się błon, przy zwykłym, prostym, kataralnym zapaleniu krtani i tchawicy obserwowano również groźne zwężenie ich światła, wytworzył się pogląd, że błony krupowe rozwijają się pod wpływem jakiegoś nieznanego zarazka. Że zaś w przebiegu krupu nie spostrzegano zazwyczaj w żadnych innych narządach chorego osobnika ani współczesnych ani następczych objawów chorobowych, ani też przejścia sprawy chorobowej z jednego osobnika na drugi, uznano krup za cierpienie zakaźne miejscowe, nie zaraźliwe.

Dyfteryt zaś, rozpoczynający się zazwyczaj charakterystycznymi nalotami w jamie gardzieliowej, prowadzący w przeważnej liczbie przypadków do nekrozy zajętych sprawą chorobową tkanek, zdradzający stałą, wysoką gorączką, zajęciem sąsiednich gruczołów chłonnych i następczymi objawami ze strony ośrodków nerwowych, serca, nerek i innych narządów, ciężkie ogólne cierpienie, a jednoczesnem zapadaniem nań większej liczbie osobników, wysoki stopień zaraźliwości, uznano za ogólną chorobę zakaźną i wysoce zaraźliwą.

Pogląd taki, oparty głównie na różnicy przebiegu klinicznego obu cierpień znajdował potwierdzenie jeszcze i w tej obserwacji, że, podczas gdy w krupie tracheotomia zawsze prawie ratowała od śmierci, z wyjątkiem tych przypadków, w których błony włóknikowe zatykały oskrzela najdrobniejszego kalibru, w dyfterycie operacja ta, chociaż nieraz w najwcześniejszym okresie wykonywana, wyjątkowo tylko zejściu śmiertelnemu zapobiegała.

Odkrycie w 1882 roku przez KLEBS'a, wyhodowanie w 1884 roku przez LOEFFLER'a swoistego lasecznika, przyczyny dyfterytu, znajdowanie tegoż i na wolnej powierzchni błon włóknikowych w rodzimym krupie (*genuiner Croup*), wpłynęło odrazu na rdzenną zmianę dotychczasowego poglądu naukowego. I tak GILBERT (1) w sprawozdaniu swoim z leczonych za dziesięciolecie [od 1879—1889 r.] w Genewskim szpitalu przypadków krupu i dyfterytu, jako powód w spólnego traktowania obu spraw chorobowych przytacza fakt, że obie te choroby wywoływane bywają przez jeden i ten sam lasecznik KLEBS-LOEFFLER'owski.

JULIUSZ RITTER (2), rozważając pytania, czy KLEBS-LOEFFLER'owski lasecznik jest rzeczywiście zarazkiem, wywołującym i krup i dyfteryt, przychodzi do przekonania, że rzeczywiście nim jest, „pomimo pewnych poważnych, przeciwko takiemu pogładowi przemawiających danych“. Okoliczność, że lasecznik znajduje się przeważnie na wolnej powierzchni błon rzekomych, a sprawa chorobowa sama, zapalnego podrażnienia i włóknikowych wypocin, w głębi tkanek się odbywa, nie przemawia, zdaniem RITTER'a, przeciwko ich wzajemnej przyczynowej zależności. Powiada on: „ilekroć lasecznik dyfterytu usadowi się na powierzchni błon śluzowych, wywołuje tylko podrażnienie zapalne, na które tkanka błon śluzowych krtani i tchawicy odpowiada zazwyczaj wypocinami włóknikowemi, gdy tymczasem pokryta płaskim nabłonkiem błona śluzowa gardzieli—tylko silnem komórkowem nacieczeniem. Dopiero wskutek wniknięcia przez wytworzone lasecznikiem dyfterytu wrota licznych zarazków paciorkowca, powstaje sprawa nekrotyczna w dotkniętych sprawą zapalną tkankach. Że paciorkowiec łatwiej wnika w błonę śluzową gardzieli, niż krtani i tchawicy, tłumaczy się właśnie tą właściwością ich błon śluzowych, że pod wpływem działania lasecznika dyfterytu wybuchają w nich ogromne masy włóknikowych wypocin, powstrzymujących usadowienie się paciorkowca.

LUBLIŃSKI (3), mówiąc o naturze krupu, posiada: „Przyczyną cierpienia jest lasecznik LOEFFLER'a, chociaż go się nie znajduje stale przy każdym badaniu i chociaż szczepienia, nim dokonywane, nie zawsze dają rezultat dodatni. Mimo to wszystko musimy się trzymać zdania, że krup jest krtaniowem umiejscowieniem dyfterytu“.

Zdawałoby się, że w obec tego rodzaju mniej lub więcej kategoriycznych orzeczeń naukowych na korzyść tożsamości krupu i dyfterytu, mimo różącej różnicy w ich obrazie klinicznym, kwestyę należy uważać za rozstrzygniętą w myśl jedności obu spraw chorobowych. Jednakże, zdaniem mojem, do zupełnej pewności w tej mierze jeszcze bardzo daleko. Sam RITTER przyznaje, że „przeciwko jego pogładowi przemawiają pewne poważne dane“. LUBLIŃSKI, najkategoryczniejszy rzecznik tożsamości obu spraw

chorobowych, również nie tai, że nie we wszystkich przypadkach krupu znaleźć się daje lasecznik LOEFFLER'a, i że próba szczepienia często zawodzi.

STADTHAGEN (4), referując przytoczoną wyżej pracę GILBERT'a, powiada: „Nie wdając się wcale w kwestyę słuszności takiego poglądu, należy w każdym razie mieć na uwadze, że statystyka najrozmaitszych lekarzy wykazuje ogromną i niewątpliwie wielce zastanawiającą różnicę śmiertelności, zachodzącą między przypadkami krupu rodzimego i t. zw. krupu dyfterytycznego. W obec czego, choćby już tylko dla pewniejszych rezultatów terapeutycznych, obie te sprawy chorobowe powinny być stanowczo oddzielone.“

Co zaś do argumentów, przytoczonych przez RITTER'a na poparcie swego poglądu, to wynikałoby z nich, że krup rodzimy przedstawia postać najczystszej, współdziałaniem żadnego innego zarazka niepowikłanej sprawy dyfterycznej. Takiemu pojmowaniu rzeczy sprzeciwia się wszakże:

1) Niezmiernie rzadkość rodzimego krupu w porównaniu z częstością obserwowanych epidemii dyfterytu.

I tak np. J. BOKAI (5) w ciągu dwóch lat obserwował w szpitalu św. Stefana w Budapeszcie 447 przypadków dyfterytu, a tylko 32 przypadki rodzimego krupu. Fakt to tem bardziej zasługujący na uwagę, że od czasu stosowania seroterapii, w skutek wczesnego oddziaływania na LOEFFLER'owski lasecznik, przypadki zakażeń mieszanych stały się niezaprzeczenie o wiele rzadsze. Gdyby więc krup rodzimy rzeczywiście był wytworem najczystsze go zakażenia dyfterycznego, toby obecnie powinien być przeważnie napotykan.

2) Fakt, że nie we wszystkich przypadkach krupu rodzimego daje się odnaleźć zarazek LOEFFLER'a.

3) Ujemny bardzo często wynik dokonywanych szczepień i

4) Spostrzeżenie, że znalezienie nawet zarazka LOEFFLER'a nie dowodzi jeszcze bynajmniej konieczności oddziaływania jego na tkanki miejsca znalezienia, gdyż i u zdrowych nawet zupełnie ludzi na błonach śluzowych jamy ustnej i dróg oddechowych bywa spotykany, bez wywoływania jakichkolwiek objawów chorobowych.

Najbardziej zaś do przywrócenia dawnego poglądu różności obu spraw chorobowych powinna się przyczynić, opublikowana w 1897 r., praca HEYDER'a (6). W pracy tej, która za mało, zdaniem mojem, zwróciła na siebie uwagę świata lekarskiego, HEYDER powiada: „Krup i dyfteryt różnią się między sobą nie tylko przebiegiem klinicznym, ale i pod względem etyologicznym jak najzupełniej. Podczas gdy błonicę wywołuje lasecznik LOEFFLER'a, w krupie znajdujemy swoisty lasecznik, różniący się od dyfterycznego i pod względem morfologicznym i w zachowaniu się biologicznym. Lasecznik krupu jest dłuższy i grubszy od dyfterycznego; osobniki zakrzywione niezmiernie rzadko się zdarzają, z końcami zaś zgrubiałemi nigdy. Podczas gdy dla rozwoju dyfterycznego lasecznika potrzebna jest ciepłota wyższa nad 24° C, a najodpowiedniejszą 37° C., przy dostatecznym dowozie tlenu, lasecznik krupu rozwija się naj-

szybciej w wilgotnej kamerze, przy zupełnym braku tlenu, w ciepocie 17° C. Wyższe stopnie ciepłoty wstrzymują jego rozwój, a nawet niszczą go. Podczas gdy lasecznik dyfteryczny żelatynny nie rozpuszcza, kolonie lasecznika krupowego rozpuszczają ją zupełnie, już począwszy od 3-go dnia. Odczyn w dyfteryście jest kwasny, w krupie alkaliczny. Morskie świnki zdychały po zakażeniu lasecznikiem krupowym tylko przy użyciu bardzo wielkiej dawki, a na miejscu wstrzyknięcia nie wytwarzało się żadne zgrubienie.

Wyniki pracy HEYDER'a przemawiają więc, zgodnie z klinicznym obrazem, stanowczo za n o z o l o g i c z n ą odrębnością krupu i powinny ostatecznie utrwalić naukowy pogląd na stosunek tegoż do dyfterytu. Tymczasem, póki rezultaty badań HEYDER'a nie zostaną stwierdzone albo odrzucone, kwestya tożsamości krupu i dyfterytu powinna być uważana za otwartą.

Zgodnie z tem i w nomenklaturze powinny zajść pewne modyfikacye.

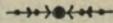
Nazwa krupu powinna służyć wyłącznie tylko dla określenia krupu rodzimego błoniastego (*genuiner membranoeser Croup*). Nazwa krupu dyfterycznego powinna zupełnie wyjść z użycia i być zastąpiona wyrażeniem: „dyfteryt krtani“. Wyrażenie zaś „kaszel krupowy“, dla oznaczenia pewnego rodzaju kaszlu, powstającego w przebiegu różnych spraw chorobowych krtani, mających tę tylko wspólną własność, że mogą wywoływać obrzęk błony śluzowej i następcze z wężenie przewodu, powinno być zastąpione innem jakim, np. „kaszel stenotyczny“.

Przypisek autora. Każdy, poruszający dyskusję nad sprawą jaką, uważaną za rozstrzygniętą, winien z kroku swego dać wytlómaczenie. Otóż mię skłoniły do wniesienia przed szerszy ogół lekarzy kwestyi wzajemnego stosunku krupu i dyfterytu, następujące powody. Pierwszy, choć zapewne najmniej ważny, to, osobiste moje przekonanie o różności etyologicznej i istotowej obu wspomnianych spraw chorobowych, wyniesione z porównania ich przebiegu klinicznego; drugim powodem jest niezaprzeczony fakt, że, jak w odczycie moim pokazałem, różność ta już uzyskała pewną podstawę naukową, trzeci zaś stanowi, spostrzegana przeze mnie od lat kilku, pewna niewłaściwość, popełniana przy łożu chorego, wskutek praktycznego stosowania poglądu tożsamości krupu i dyfterytu. Niewłaściwość ta może niejednokrotnie chorym przynieść szkodę, a w każdym razie obniża krytycyzm lekarski odnośnie do wskazań leczniczych. Mam tu na myśli spostrzegane, przeze mnie, zbyt skwapliwe stosowanie ze stron większości kolegów surowicy przeciw błonicy, ilekroć dziecko wśród objawów gorączkowych zakaszele t. zw. kaszlem krupowym. Pomimo że, jak wiadomo, kaszel tego rodzaju może być wywołany różnego znaczenia sprawami chorobowymi, nie mającemi nic wspólnego z dyfterytem, a najczęściej najprostszym ostrem kataralnym z zapaleniem krtani, — stosuje się *larga manu* seroterapię. Podstawą podobnego postępowania jest, jak się zdaje, następujące rozumowanie, oparte na naukowym dogmacie bezwzględnej tożsamości krupu i dyfterytu:

Krupowy kaszel wskazuje, że podstawą jego jest, albo przynajmniej być może—krup. Krup a dyfteryt to jedno i to samo; przeciwko dyfterytowi jedynym środkiem jest surowica przeciwbłonicowa więc przy każdym kaszlu krupowym należy zastrzyknąć surowicę, i to imawięcej, tem pewniej.

Sądzę, że w obec tego skromny mój odczyt, obok teoretycznych, dociekań, może posiadać i pewne znaczenie praktyczne.

L I T E R A T U R A.



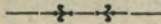
- 1) V. GILBERT. Du traitement de la diphtérie et du croup, suivi d'une étude sur les cas de diphtérie, observés à l'hôpital cantonal de Genève de 1879—1889. (Berl. Klin. Woch. 1892. Nr. 19. str. 464).
- 2) JULIUS RITTER. Croup und Diphterie. Berliner Klinik. Z. 78. 1894.
- 3) LUBLIŃSKI. Artykuł „Croup“ w „Encyklopaed. der Therapie. Herausgeg. von Oscar Liebreich. T. I. część III. str. 845. 1896.
- 4) STADTHAGEN. Referat pracy GILBERT'a. Berl. Klin. Woch. 1892. Nr. 19. str. 464.
- 5) Doc. J. BOKAI. Jahrb. für Kinderheilk. XXXII. 4. Nr. 16. (Ref. Therap. Monatsh. 1891. Z. 9. str. 501).
- 6) HEYDER. Croup oder Diphterie? (Ref. Berlin. Klin. Woch. 1898. Nr. 13 str. 285).'

Z ZAKŁADU LECZNICZEGO W NAŁĘCZOWIE.

51 PRZYPADKÓW CHOROBY BASEDOWA, SPOSTRZEGANYCH PRZEZ LEKARZY W ZAKŁADZIE NAŁĘCZOWSKIM.

Podał

Br. Malewski.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Dziedziczność choroby BASEDOW'a dobrze już jest znana. I wśród naszych przypadków znajdujemy dwa: u ciotki i siostrzenicy [obydwie leczyły się w zakładzie], następnie u dwóch sióstr stryjecznych. Nadto syn jednej z naszych chorych miał przemijające wole.

Zajmując się chorobą BASEDOW'a i rozpytujac o nią, słyszeliśmy o podobnych przypadkach w Warszawie: choroba BASEDOW'a u matki i córki, u dwóch sióstr niemal jednocześnie, u siostry i brata. Jako moment wywołujący chorobę najczęściej podawano przestrasz: dwa razy wskutek topienia się, raz wsku-

tek wpadnięcia koni do wody, pogoni pijanego, wejścia obłąkanego do domu. W innych przypadkach przyczyną było zerwanie z mężem, choroba lub śmierć najbliższych, nagły obłęd u syna, straty finansowe, kłopoty, zmartwienia, nostalgia, poronienie, influenza, ścisły długi post w adwencie.

Co do objawów, towarzyszących chorobie BASEDOW'a w naszych przypadkach, wczesne występowanie obrzęku nóg mieliśmy w 14 przypadkach. Chore nieraz zaznaczały, że brzęknięcie jednej lub obu nóg poprzedzało wszelkie inne objawy. Wczesne te obrzęki dolnych kończyn nie zależą prawdopodobnie od wadliwego krwiobiegu. Na dowód tego możemy przytoczyć, że obrzęki te poprzedzają inne objawy, występują nieraz zrana, a nie po ruchu wieczorem, jak to bywa przy cierpieniach sercowych, że nie występują równomiernie na obu nogach, ale odwrotnie, zdarza się nieraz, że obrzęk występuje na jednej tylko nodze, zajmując nie zawsze stopę, ale czasem łydkę. Zaznaczono i obrzęk powiek.

Względy te skłaniają pręcej do szukania podobieństwa obrzęków przy chorobie BASEDOW'a do obrzęków histerycznych. Wogóle przypadłości podobne do histerycznych dawały się spostrzegać niemal u wszystkich chorych.

Ustawanie miesięczkowania spotkaliśmy w 8 przypadkach. Ustawanie niesięczkowania, zwłaszcza po dłuższem trwaniu choroby, znane jest dobrze, nasze jednak przypadki wykazują ustawanie w samych początkach choroby, a nawet przed wszelkimi innymi objawami.

Gorączkę, wprawdzie niewysoką, dochodzącą do 38°, ale długą i upartą, notowano w dwóch przypadkach.

Właściwie wszystkie przypadki choroby BASEDOW'a, mają dużo wspólnego z gorączką: uczucie gorąca, poty, podniecenie krwiobiegu i układu nerwowego, częste tętno, wychudnienie znaczne. Zdawałoby się, że może w chorobie BASEDOW'a, czynnik trujący podrażnia te same ośrodki, które są czynne i przy powstawaniu gorączki.

Słyszając od tych chorych, jak im jest zawsze gorąco, jak w zimie, przy mrozie, otwierają okna, na mróz wychodzą lekko ubrani, nie znoszą cieplejszej koldry, wybierają najchłodniejsze mieszkania, jak się cieszą z chłodniejszych i deszczowych dni, widząc jak to wewnętrzne gorąco zdaje się z dnia w dzień trawić i wyniszczać chorego, pomimowoli nasuwa się myśl, że wyrób ciepła w tej chorobie jest znacznie wzmożony.

Brak odpowiedniego podniesienia ciepłoty ciała, wykazywanego na termometrze, dowodziłby tylko, że i utrata ciepła jest tu odpowiednio zwiększona. Stanowiłoby to właśnie różnicę od gorączki, przy której utrata ciepła jest zahamowana.

Przypuszczenie takie zwiększonego wyrobu i zwiększonego promieniowania ciepła godzi się zupełnie ze znanym faktem, że w chorobie BASEDOW'a przemiana materji jest zwiększona, jako też i ze znanem chudnieniem, właściwym tej chorobie.

W każdym razie systematyczne śledzenie ciepłoty ciała u tych chorych, a zwłaszcza badania kalorymetryczne nad nimi, mogłyby, zdaniem naszym, przyczynić się do wzbogacenia wiadomości naszych co do tej choroby.

Prócz wspomnianych już dwóch chorych z długim stanem podgorączkowym, ciepłotę ciała mierzyły sobie przez czas dłuższy trzy jeszcze nasze chore. U dwóch z nich w ciągu całej zimy ciepłota ciała wynosiła zawsze 36 stopni i dziesiątne, nie dochodząc do 37°. U trzeciej chorej ciepłota wahała się w granicach 35,5°—36°. Wymioty, poprzedzające chorobę, znaleźliśmy w 4-ch przypadkach. Biegunki często były zaznaczane. Bolesność gruczołu tarczowego przy obmacywaniu—w jednym przypadku. Z wypryskiem (*eczema*), pokrzywką spotkaliśmy się 4 razy. Krwioplucie i krwawienia nosowe widzieliśmy w jednym przypadku, również w jednym połowiczne zaczerwienienie się twarzy. Jedna z chorych naszych przebywała podczas choroby obłęd 7-tygodniowy [analogiczne przypadki KIJEWSKIEGO ¹⁾ i LUCZKIEWICZA ²⁾]. Znany przy chorobie BASEDOW'a niepokój, kilka naszych chorych określało jako ciągle „śpieszenie się“.

W 11 przypadkach brakowało bądź wysadzenia gałek, bądź wyraźnego wola, chociaż wszystkie inne objawy składały się na bardzo wyraźny obraz choroby BASEDOW'a.

W 14 natomiast przypadkach objawy były mniej liczne, obraz choroby niezupełny, wskutek czego uważaliśmy je za postaci poronne (*formes frustes*). Wspominamy o tem, bo wskazuje to o ile postaci rozwinięte częściej się spotykają od postaci poronnych. Dodać jeszcze trzeba, że z 4 przypadków u mężczyzn w 3-ch mieliśmy formy poronne.

Nowsi autorowie [MÖBIUS], uważając chorobę BASEDOW'a za cierpienie gruczołu tarczowego, odróżniają chorobę BASEDOW'a pierwotną i wtórną, t. j. taką, gdzie do istniejącego już wola przyłączają się niektóre objawy choroby BASEDOW'a. Otóż, z pomiędzy naszych 14-u *formes frustes*, kilka należałoby właśnie do tej kategorii.

Jaskrawy przypadek tego rodzaju opisał STEVENSON ³⁾: ogólne zupełne wyłysienie, nawet brwi i rzęs, u chorego, dotkniętego wolem. Wyłysienie takie wielokrotnie opisywano przy chorobie BASEDOW'a.

Materyał nasz upoważnia nas również do pewnych wniosków w sprawie rozpoznawania różniczkowego.

U niektórych chorych, czy to z powodu, że okres choroby był wczesny, czy też, że postać jej była niezupełna, zdarzyły się błędy dyagnostyczne. Kilka przypadków uchodziło przez czas dłuższy za ukrytą gruźlicę. Gorączka, poty, wychudnienie, kaszel, a w jednym przypadku i krwioplucie [o tym objawie wspomina CHAŁUBIŃSKI w swym przypadku ⁴⁾] upoważniały do takiego rozpoznania.

Inne przypadki, z powodu szmerów, zwiększonych rozmiarów serca, bicia serca, wczesnego obrzęku nóg, uważane były za wadę serca (*endocarditis subacuta*). W innych jeszcze rozpoznawano stwardnienie aorty. U dwóch chorych, po przejściu głównych objawów choroby, przerost serca i szmery pozostały na stałe. Stwierdzono je przy ponownych przyjazdach tych chorych do Nałęczo-

¹⁾ Gaz. Lekarska 1896 r. str. 987.

²⁾ Gaz. Lek. 1877 r. str. 409.

³⁾ Gazeta Lek. r. 1897. Nr. 35. str. 950.

⁴⁾ Gazeta Lekars. 1866 r. I. str. 209.

wa, gdy innych objawów choroby nie można już było odnaleźć. Najczęściej, wczesne przypadki choroby BASEDOW'a uchodzą za niedokrwistość i neurastenię, dopóki nie wystąpią wyraźniejsze objawy.

BUSCHAN na podstawie 900 przypadków podaje śmiertelność z choroby BASEDOW'a na 11,6%. Inni autorowie zagraniczni odsetkę tę podnoszą do 12, a nawet 25%. MÖBIUS uważa wszystkie te cyfry za zbyt wysokie. Wprawdzie na podstawie naszego materiału, trudno jest powiedzieć coś stanowczego o śmiertelności z choroby BASEDOW'a, chociaż o chorych, po wyjeździe ich z zakładu, często się słyszy. Otóż nie słyszeliśmy o śmierci żadnej z naszych chorych. A jednak mieliśmy i takie przypadki, które wyglądały groźnie i budziły obawy, czy śmierć nie nastąpi podczas pobytu w zakładzie.

Biorąc to pod uwagę, a także i los chorych nieleczonych w Nałęczowie, o których słyszałem, sądziłbym, że 25%, albo nawet i 10% śmiertelności, podawane przez niektórych autorów, są stanowczo za wysokie.

Zdanie to zgadza się z poglądem GAJKIEWICZA, który w kilkudziesięciu swoich przypadkach miał jeden tylko zakończony śmiercią, po operacji częściowego wycięcia gruczołu tarczowego, wśród objawów głębokiego zajęcia *sen-sorium*. GAJKIEWICZ twierdzi, że spostrzegał niejednokrotnie nawet wyzdrowienie.

Leczenie chorych w Nałęczowie dawało na ogół wyniki bardzo zadawalające. W kilku przypadkach poprawa graniczyła z wyzdrowieniem. Tylko w 4-ch przypadkach nie osiągnięto wyraźnej poprawy.

Kto wie, czy sama letnia pora nie wpływa na poprawę tych chorych, w myśl tego, cośmy mówili o powstawaniu choroby w zimie. Może i dosyć wysoki stopień wilgotności względnej w Nałęczowie jest dla tych chorych korzystnym. Kilka naszych chorych zaznaczało wyraźnie, że najlepiej się czują w czasie deszczu.

Najważniejszym zapewne czynnikiem leczniczym w Nałęczowie dla tych chorych jest spokój, oderwanie się od zajęć i życia towarzyskiego.

Leczenie zimną wodą wszyscy chorzy znosili dobrze [nacierania i półkąpiele], brali chętnie i czuli po niem poprawę. Koców, gorąco polecanych w tej chorobie przez CIĄGLIŃSKIEGO, nie wypróbowano w Nałęczowie.

Wszyscy prawie nasi chorzy leczeni byli również i elektrycznością. Faryzacyi gruczołu tarczowego próbowano wielokrotnie, chwalono ją nawet [NUSBAUM mianowicie], ale jej zaniechano; natomiast słaby strumień galwaniczny według tutejszego doświadczenia, wydaje się środkiem bardzo skutecznym i to działającym bynajmniej nie przez sugestię, jak chce MÖBIUS. U wielu z naszych chorych można było stwierdzić znakomite zmniejszenie się częstości tętna podczas każdego posiedzenia. Dodać nawiasowo jednak trzeba, że pomysłny wpływ galwanizacyi następował nawet i w tych przypadkach, w których lekarz nie zwracał wcale uwagi na rodzaj bieguna stosowanego na nerw spółczulny.

Poglądy te na leczenie choroby BASEDOW'a jak najzupełniej zgadzają się z poglądami GAJKIEWICZA.

W dwóch dawniejszych przypadkach stosowano *kali jodatum* i wstrzykiwano jodynę do guza bez wyraźnego wpływu na przebieg choroby; dzisiejsza terapia potęgą stanowczo te środki.

Na zakończenie dodam krótki przegląd prac polskich, dotyczących choroby BASEDOW'a. Aczkolwiek choroba znana była w Anglii od bardzo dawna [PARRY 1825. GRAVES 1835], w Niemczech od roku 1840 [BASEDOW], we Francji od roku 1856 [CHARCOT], to u nas pierwszą wzmiankę o niej spotykamy dopiero w roku 1863 w dyskusji na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Warszawskiego ¹⁾ z powodu przypadku treściwie, ale dosadnie opowiedzianego przez SZOKALSKIEGO. Widocznie choroba ta znana była wówczas i innym lekarzom, na tem samym bowiem posiedzeniu NATANSON przytoczył dwa swoje przypadki, CHAŁUBIŃSKI zaś, powołując się na doświadczenie swoje, mówił o złym rokowaniu przy chorobie BASEDOW'a. We dwa lata później CHAŁUBIŃSKI ogłosił swoje spostrzeżenie, bardzo starannie i dobrze opisane ²⁾.

Późniejsza literatura nasza tego przedmiotu posiada kilka prac obszerniejszych, przeważnie krytycznych, a mianowicie: obszerny, dobry, krytyczny przegląd teorii z uzasadnieniem własnych poglądów na chorobę BASEDOW'a prof. DOMAŃSKIEGO ³⁾, dalej prace L. KORCZYŃSKIEGO ⁴⁾, DROBNIKA ⁵⁾, GAJKIEWICZA ⁶⁾. Poza tem składa się głównie z pojedynczych spostrzeżeń i zbiorowego sprawozdania z kliniki prof. KORCZYŃSKIEGO [GŁUZIŃSKI. Przegl. Lek. 1880].

Niektóre z tych spostrzeżeń świadczą o sumienności i bystrości autorów. Wiadomo, że w każdej chorobie widzimy te objawy, które nam są znane, a przeoczamy te, których nie opisywano. Na tę słabą stronę ludzkiej spostrzegawczości zwracano uwagę, mianowicie z powodu choroby BASEDOW'a, w której dawniejsi obserwatorowie nie widzieli znanych nam dobrze dziś objawów, jak drżenia, nieruchomości powiek górnych. U nas SZOKALSKI i ŁUCZKIEWICZ zauważyli u swoich chorych drżenie ciała. CHAŁUBIŃSKI mówi o nieruchomości powiek. Przypadek ŁUCZKIEWICZA, oprócz drżenia, ciekawym jest i ze względu na ostry przebieg, połączony z obłędem, a zakończony śmiercią.

Inni znów autorowie podawali własne teorie: HOYER ⁷⁾, przygodnie w dyskusji na posiedzeniu Tow. Lek. War. w r. 1864, objaśnia patogenezę choroby BASEDOW'a zmianami w rdzeniu przedłużonym, ŁUCZKIEWICZ w pracy swej w r. 1877 uzależnia ją od cierpienia nerwu błędnego. DOMAŃSKI, po wszechstronnej krytyce istniejących wówczas teorii, oświadcza się za szukaniem przyczyny cierpienia przedewszystkiem w rdzeniu przedłużonym. Taki sam pogląd uzasadniał znacznie później, bo w r. 1880 SATTLER w swej teorii. Za teorią cierpienia nerwu spółczulnego oświadczał się u nas SZOKALSKI. Stronnika-

¹⁾ P. T. L. W. r. 1864 t. LI. str. 154, 414.

²⁾ Gazeta Lekarska. r. 1866 I. 204.

³⁾ Przegląd Lekarski. 1872 r. XI. 457, 467 i r. 1873. XII. 9, 17, 90, 391.

⁴⁾ O chorobie BASEDOW'a. Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. Kraków. 1894.

⁵⁾ Nowiny Lekarskie. 1895. Nr. 4 i 5. str. 143, 201.

⁶⁾ Gazeta Lekarska. 1897 r. Nr. 43. str. 1158.

⁷⁾ P. T. L. W. 1864 r. str. 154, 414.

mi teorii tej są również GLUZIŃSKI ¹⁾ i L. KORCZYŃSKI, którzy znaleźli nawet w swych przypadkach przy sekcji znaczne ścięczenie nerwu spółczulnego pierwszy—lewego, drugi—prawego, a w ostatnich czasach GAJKIEWICZ. DROBNIK nazywa chorobę BASEDOW'a nerwicą odruchową, powstającą wskutek cierpienia błon śluzowych nosa i przewodu pokarmowego, gruczołu tarczowego, lub organów płciowych.

Ogólniejsze dla nauki o chorobie BASEDOW'a znaczenie mają prace, dotyczące jej tylko pośrednio, jak PRUSA ²⁾ o czynnościach gruczołu tarczowego, GLUZIŃSKIEGO i LEMBERGERA ³⁾ o wpływie gruczołu tarczowego na przemianę materii, MERUNOWICZA ⁴⁾ o wolu endemicznym, MIKULICZA o rezekcyi wola.

Ostatnia ta praca była wstępem do chirurgicznego leczenia choroby BASEDOW'a. Wycięcia wola w celu wyleczenia choroby BASEDOW'a dokonał u nas DROBNIK. O operacji JAWDYŃSKIEGO z szybkim zejściem śmiertelnem w przypadku tej choroby wspomina GAJKIEWICZ. KRAJEWSKI dokonał tej operacji w kwietniu roku 1894 z pomyślnym skutkiem.

Myśl usuwania przy chorobie BASEDOW'a nerwów sympatycznych należy do BARĄCZA. W Warszawie operacji tej dokonał prof. KOSIŃSKI.

Przegląd bibliograficzny.

Prof. Dr JÓZEF NUSBAUM. **Zasady anatomii porównawczej.** Tom. I. Wiadomości wstępne i anatomia porównawcza zwierząt bezkręgowych. Z 212 rysunkami w tekście, oraz 5 tablicami litografowanemi. Wydane z zapomogi Kasy pomocy naukowej im. MIANOWSKIEGO, staraniem redakcyi Wszechświata. Warszawa. 1899. Druk Lepperta i S-ki. 8-o. Stronic 744. oraz XXI. Cena, rb. 4.

W literaturze zagranicznej istnieje mała liczba podręczników anatomii porównawczej, stojących na poziomie dzisiejszej nauki. Klasyczne, przed kilkudziesięciu laty wydane podręczniki MILNE-EDWARDS'a, HUXLEY'a, OSKAR'a SCHMIDT'a, GEGENBAUR'a i inne nie odpowiadają już wymaganiom dzisiejszej nauki, która w ostatnich trzydziestu latach olbrzymie uczyniła postępy.

¹⁾ Przegl. Lek. 1880 r.

²⁾ Przegląd Lek. rok 1886. str. 461, 469, 477, 487, 497, 525. — Wiadomości Lek. rok 1888.

³⁾ Przegląd Lek. r. 1896. str. 482, 493, 506. — Rozprawy wydziału matem i przyr. Akad. Umiejętności w Krakowie. T. XXXIV.

⁴⁾ Przegl. Lek. 1885. 492. — W tej samej sprawie wyszła praca CIECHANOWSKIEGO i URBANIKI. Wydawnictwo Akad. Umiejętności w Krakowie, rok 1898.

⁵⁾ Przegl. Lek. 1885 r. str. 609.

W nowszych czasach pojawiły się w literaturze zagranicznej cztery wybitnej wartości podręczniki tej ważnej gałęzi umiejętności, a mianowicie: Vogt'a i Yung'a „Anatomie comparée pratique“ 1888—95, A. Lang'a „Lehrbuch der vergleichenden Anatomie“ 1888—94, R. Wiedersheim'a oraz C. Gegenaur'a [1898] podręczniki anatomii porównawczej zwierząt kręgowych. Tylko pierwsze z dzieł wymienionych obejmuje całość świata zwierzęcego, dzieło Lang'a obejmuje tylko zwierzęta bezkręgowce a dwa ostatnie zajmują się wyłącznie kręgowcami. Dzieło Vogt'a i Yung'a, jak to już zresztą wskazuje nagłówek, jest podręcznikiem laboratoryjnym, przewodnikiem zootomicznym, ale nie podręcznikiem do nauki anatomii porównawczej, we właściwym znaczeniu wyrazu.

Podręcznikiem takim jest dzieło Lang'a, ale obejmuje tylko zwierzęta bezkręgowce a przytem cechuje się nadzwyczaj nierównomiernem opracowaniem materiału. Tak np. rozdział o komórce mieści się na dwu stronicach za ledwie, typ pierwotniaków obejmuje kilkanaście stronic tylko, gdy mięczakom i szkarłupniom poświęcono po kilkaset stronic i opracowano je niemal monograficznie.

Dzieło oryginalne prof. N. wyróżnia się tem, że jest napisane zwięźle i równomiernie, że autor uwzględnił w niem w równej mierze część faktyczną i teoretyczną, wskutek czego odpowiada ono w zupełności zadaniu podręcznika dla uczących się. Autor opracował dzieło przeważnie źródłowo na podstawie prac specjalnych i monografii; w części korzystał z podręczników zagranicznych, zwłaszcza z dzieła Lang'a.

W wyborze faktów zootomicznych i uogólnień anatomo-porównawczych autor zajmuje stanowisko krytyczne, opierając się na własnych pracach specjalnych oraz na pracach swych uczniów, wykonanych w jego pracowni. Rysunki liczne wykonane są jasno i dokładnie, niektóre z własnych preparatów autora odrysowane, inne przedstawiają oryginalnie przez autora pomyslane schematy.

Dzieło zawiera 13 rozdziałów, których treść jest następująca: 1) Krótki rys dziejów anatomii porównawczej z uwzględnieniem historyi tej nauki w Polsce. 2) Niektóre zasady ogólne [stosunek anat. por. do innych nauk biologicznych; zasada różnicowania się]. 3) Komórka. 4) Pierwotniaki. 5) Tkanki zwierzęce. 6) Wiadomości z ogólnej morfologii i embryologii. 7) Dwuwarstwowce. 8) Jamochłony. 9) Płazińce i robaki właściwe. 10) Jelitodyszne. 11) Szkarłupnie. 12) Mięczaki. 13) Stawonogi. Dalej następują przypisy oraz obszerny skorowidz. Tom drugi, którego druk niebawem ma się rozpocząć, ma objąć anatomie porównawczą zwierząt kręgowych. Dzieło prof. N. jest pierwszym podręcznikiem anatomii porównawczej w naszym języku, jasno i pedagogicznie ułożonym. Niska stosunkowo cena dzieła powinna ułatwić jego rozpowszechnienie się. S.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

4. Ileus et atropinum. Leczenie ostrej niedrożności kiszek za pomocą atropiny. BATSCH (*Münchener medic. Wochenschrift.* 1899. 45) w bardzo ciężkim przypadku ostrego zamknięcia kiszek (*ileus*), chcąc usunąć skurcz muskulatury kiszek, zastosował atropinę. Po dwóch zastrzyknięciach podskórnych siarczanu atropiny po 0,005 (!) *pro dosi* pojawiły się wypróżnienia stolcowe, a potem nastąpiło wyzdrowienie.

W kilku innych przypadkach tego cierpienia, a między innymi w przypadku zamknięcia kiszek (*ileus*) wskutek uwięźnięcia dużej przepukliny mosz-

nowej (*hernia scrotalis incarcerata*), nastąpiło wyzdrowienie po zastrzykiwaniu podskórnem dużych dawek atropiny.

BATSCH zresztą przypomina, że jeszcze w r. 1788 chirurg THEDEN chorych na zamknięcie kiszek (*ileus*) leczył beladoną (*Belladonna*), stosując przytem bardzo duże dawki, a mianowicie dawkę jednorazową (*pro dosi*) sześć razy większą od zwykłej największej, a dawkę dobową (*pro die*) cztery razy większą od zwykłej dobowej największej.

GEBSER (*Münch. med. Wochenschr. 1899. 45*), idąc za radą BATSCH'a, leczył w ten sam sposób dziewczynę dwudziestoletnią, która, nie mając stolca od pięciu dni, zaczęła wymiotować kałem i przedstawiała klasyczny typ zapaści, zależnej od zamknięcia kiszek. Gdy wszelkie inne środki [wysokie i obfite wlewania, środki czyszczące] zawiodły, zastrzyknął podskórnie 0,0025 atropiny, poczem nastąpiła wprawdzie ulga, ale stolców nie było. Na drugi dzień zrana GEBSER zastrzyknął 0,003 atropiny, poczem zaczęły wiatry odchodzić, a nawet nieco stolca. Tegoż samego dnia po południu zastrzyknął jeszcze raz 0,003 atropiny; tym już razem nastąpiło bardzo obfite wypróżnienie i wydatna poprawa ogólna.

FESTNER (*Münch. med. Woch. 1899. 45*), opisuje przypadek prawdopodobnego wgłobienia (*invaginatio*). Zaparcie stolca od czterech dni. Bezustanne wymioty. Gwałtowne bóle. Po zastrzyknięciu 0,003 atropiny nastąpiła ulga, a zaraz potem odeszły wiatry i stolec papkowaty.

SCHEUMANN (*Münch. med. Woch. 1899. 45*) opisuje przypadek zamknięcia kiszek u chorej 51-letniej, której, po bezskutecznem stosowaniu rozmaitych środków, szóstego dnia choroby zastrzyknął 0,001 atropiny. Po pierwszym zastrzyknięciu nastąpiła wprawdzie ulga, ale ani stolców, ani wiatrów w dalszym ciągu nie było. Z tego powodu następnego dnia zrana znowu zastrzyknął 0,001 atropiny. Wieczorem zaczęły wiatry odchodzić, a w kilka godzin potem pojawiły się i stolce, poczem chora zupełnie wyzdrowiała.

Z kolei BATSCH (*Münch. med. Woch. 1899. 51*) znowu opisuje bardzo groźny przypadek ostrej niedrożności kiszek u 28-letniej kobiety po niezmiernie ciężkim pierwszym porodzie. Gdy po 3 dniach stosowania rozmaitych środków leczniczych stan chorej, zamiast się poprawić, coraz bardziej się pogarszał, zastrzyknięto 0,002 atropiny. Do wieczora tegoż dnia żadnej ulgi; przeciwnie, objawy coraz groźniejsze i wysoka zapaść (*collapsus*). Z tego powodu jeszcze tegoż samego wieczoru BATSCH zastrzyknął 0,005 (!) atropiny. Nad ranem ulga znaczna: brzuch zmiękł, wymioty ustąpiły, dużo wiatrów odchodzi. Zastrzyknięto znowu 0,005 atropiny, poczem w kilka godzin pojawił się bardzo obfity stolec; odtąd chora stopniowo zaczęła się poprawiać i zupełnie wyzdrowiała. Zaznaczyć tu należy, że chora nieco bredziła po zastrzyknięciu atropiny.

REUSS (*Münch. med. Woch. 1899. 51*), stosując bezskutecznie rozmaite środki u młodzieńca 19-letniego, cierpiącego na ostrą niedrożność kiszek, gdy wymioty kałowe coraz bardziej się zwiększały, szóstego dnia choroby zrana pierwszy raz zastrzyknął 0,001 atropiny. Zaraz potem ustąpiły wymioty, ale ani stolce, ani wiatry nie pojawiły się. Tegoż samego dnia po południu zastrzyknięto atropinę w ilości 0,002. Po kilku godzinach nastąpiła wprawdzie poprawa, jednakże w nocy na nowo pojawiły się gwałtowne bóle i obfite wymioty kałowe. Dnia 7-go miano przystąpić do operacyi, przedtem wszakże REUSS próbował jeszcze raz 0,003 atropiny. Chory się uspokoił, wymioty i bóle ustąpiły, a w kilka godzin potem zaczęły odchodzić wiatry mocno cuchnące. Odtąd chory stopniowo zaczyna się poprawiać; następnego dnia, t. j. 8-go choroby, pojawił się nareszcie pierwszy stolec i odtąd rozpoczęło się zdrowienie chorego.

I tu zaznaczyć należy, że po drugim zastrzyknięciu atropiny bredzenie; trwało to wszakże zaledwie kilka minut.

W dalszym ciągu BATSCH (*Münch. med. Woch.* 1900. 27) pomnożył rzeczoną kazuistykę jeszcze trzema przypadkami

W przypadku pierwszym kobieta 61-letnia szóstego dnia choroby (*ileus*) zaczęła wymiotować kałem. Gdy żadne środki nie pomagały, zdecydowano się ósmego dnia choroby, a drugiego wymiotów kałowych—na operację, przedtem wszakże zastrzyknięto chorej rano i wieczorem po 0,002 atropiny, a następnego dnia [9-go] zrana znowu 0,005 atropiny. Chora pierwszy raz usnęła, a w kilka godzin potem zaczęła oddawać i wiatry i stolce, poczem szybko wróciła do zdrowia.

W przypadku drugim mężczyzna 35-letni, niedokrwisty, osłabiony, zachorował nagle na gwałtowne bóle brzucha i wymioty. Już drugiego dnia choroby wystąpiły wymioty kałowe. Trzeciego dnia choroby zastrzyknięto mu 0,005 atropiny. Ku wieczorowi nastąpiła ulga: brzuch zmiękł, wymioty kałowe i bóle ustały, ale ani stolca, ani wiatrów nie było. Wieczorem tegoż dnia zastrzyknięto mu jeszcze raz 0,005 atropiny, a nazajutrz, gdyby stan nie uległ zmianie, miano wykonać laparotomię. W kilka godzin po drugim zastrzyknięciu zaczęły odchodzić wiatry, a potem i obfite stolce: od trzeciego zatem dnia chory stanowczo zaczął się poprawiać, a wkrótce potem wrócił do zupełnego zdrowia.

W przypadku trzecim kobiecie 45-letniej 4-go i 5-go dnia zamknięcia kiszek [bóle, wzdęcie, brak stolców, wymioty] zastrzyknięto po 0,005 atropiny. Chora wprawdzie doznała nieco ulgi, ale ani stolca, ani wiatrów nie było; z tego powodu następnego dnia zastrzyknięto po raz trzeci 0,005 atropiny. Noc wprawdzie była spokojniejsza, ale nazajutrz wystąpiły wymioty kałowe. Siódmego zatem dnia wykonano laparotomię. W małej miednicy znaleziono pętlicę кишки cienkiej mocno wzdętą, mocno zsiniałą i uwięzioną przez powrózek pochodzenia zapalnego. Powrózek usunięto, a wkrótce potem pętlica kiszek zmieniła swą barwę na różową; nigdzie na niej gangreny nie znaleziono. Chora na drugi dzień miała obfite wypróżnienie stolcowe, a w krótkim czasie zupełnie wyzdrowiała. W przypadku tym, jak BATSCH utrzymuje, atropina prawdopodobnie wpłynęła na to, że uwięzioną pętlicę kiszki nie uległa gangrenie i że wepchnięcie kiszek do jamy brzusznej przy nakładaniu szwu na otrzewną odbyło się z wielką łatwością.

MARCINKOWSKI (*Münch. med. Woch.* 1900. 43) opisuje dwa następujące przypadki.

Kobieta 32-letnia nagle zachorowała na gwałtowne bóle w prawej okolicy brzucha, wzdęcie, brak stolca i wymioty. Gdy po trzech dniach leczenia zwykłymi środkami lekarskimi stan chorej coraz bardziej się pogarszał; gdy i wymioty kałowe zaczęły się pojawiać, MARCINKOWSKI zastrzyknął 0,005 siarczanu atropiny. W kilka godzin potem stan chorej uległ widocznej poprawie: brzuch nieco zmiękł, bóle zmniejszyły się, wymioty ustąpiły, a wreszcie i wiatry i stolce zaczęły odchodzić. Odtąd powoli, ale stopniowo chora wracała do zdrowia.

Przypadek drugi dotyczy mężczyzny 62-letniego z uwięzioną prawą przepukliną pachwinową. Trzeciego dnia trwania groźnych objawów niedrożności kiszek wystąpiły wymioty kałowe. Wówczas zastrzyknięto 0,005 siarczanu atropiny. Odtąd stan chorego powoli zaczynał się poprawiać: wzdęcie brzucha zmniejszało się, wymioty ustąpiły, a na drugi dzień poczęły i stolce pojawiać się. Uwięźnięcie przepukliny ustąpiło i chory wkrótce wrócił do swych zwykłych zajęć.

Holz (*Münch. med. Woch.* 1900. 48) podaje spostrzeżenie ostrego zamknięcia kiszek, które dotyczyło mężczyzny 42-letniego, pijaka, cierpiącego od dawna na wadę serca (*insuf. valv. mitral.*). Makowiec i morfina pozostawały bez skutku, chociaż od czasu do czasu nieco wiatrów odchodziło. Trzeciego

dnia choroby zastrzyknięto 0,001 atropiny; nazajutrz zaczęły odchodzić wiatry w bardzo dużej ilości, a następnie pojawił się i stolec.

DEMME (*Münch. med. Woch. 1900. 48*) opisuje dwa przypadki zamknięcia kiszek, leczonego zastrzykiwaniem wielkich dawek atropiny.

W przypadku pierwszym pacjentka 28-letnia choruje od dwóch dni na gwałtowne bóle brzucha, wymioty, brak stolców i wiatrów. Makowiec i morfina nie wiele pomagają. Trzeciego dnia choroby zastrzyknięto 0,003 atropiny, poczem chora nieco usnęła, ale w kilka godzin potem znowu gwałtowne bóle i wszystkie inne objawy zamknięcia kiszek, tak, że zdecydowano się nazajutrz chorą poddać operacyi. Przedtem wszakże z samego rana czwartego dnia choroby wstrzyknięto chorej 0,005 atropiny, poczem stan chorej uległ stopniowo dużej poprawie, a około południa zaczęły odchodzić i wiatry i stolce, tak, że odstąpiono od zamiaru operacyi, a chora wyzdrowiała.

Przypadek drugi tyczy się 33-letniego chłopca, który od trzech dni chorował na zamknięcie kiszek (*ileus*). Gdy wystąpiły wymioty kałowe, zastrzyknięto choremu 0,005 atropiny. W dwadzieścia minut potem bóle ustąpiły, wymioty ustały, a w kilka godzin później pojawił się obfity stolec papkowaty. Chory wyzdrowiał. [D. n.]

Wiadomości bieżące.

— Referat Podkomisyi Lekarskiej o stanie szpitalnictwa w Warszawie ¹⁾.

Wstęp. Komisya, pozostająca pod przewodnictwem ochmistrza Turaua, w 1899 delegowała podkomisję lekarską, której poleciła zbadać stan szpitalnictwa i określić pilne potrzeby szpitali Warszawskich. Podkomisję stanowili: prof. CZAUŚOW jako przewodniczący, Inspektor Szpitali TRÓICKI, prof. SZCZERBAKOW, prof. WASILJEW, b. Lekarz naczelny szpit. św. Ducha ZALESKI oraz Główny Lekarz Szpit. św. Rocha MAŁOW. Materiałem dla pracy podkomisyi były dane, dostarczone przez lekarzy szpitalnych w odpowiedzi na kwestyonaryusz Prezesa Komisji oraz dane urzędowe i prywatne, ogłoszone w czasopiśmie.

R y s h i s t o r y c z n y. Powołując się na rys historyczny szpitali, podany w oddzielnym dodatku, podkomisya zaznacza, że wszystkie szpitale u nas powstały i były utrzymywane kosztem dobroczynności publicznej. Początkowo wszystkie miały charakter przytułków dla biednych i niezdolnych do pracy. W połowie XVIII w. dzięki hojnym ofiarom dobroczynnym, jakich teraz nie spotykamy, zakłady te przybrały charakter więcej szpitalny i rozwinęły się na ogromną skalę. I późniejsze ustawy prawodawcze w dużej części pozostawiły charakter dobroczynny szpitali, a skutkiem tego wszystkiego naturalnym sposobem wśród ubogich i niezdolnych do pracy wytworzyło się pojęcie, że oni mają prawo poszukiwać przytułku i pomocy w szpitalach. Stąd często ludzie tej kategorii udają się do szpitali ze szkodą osób, które potrzebują leczenia szpitalnego. A ponieważ fundusze szpitalne, zależne w dalszym ciągu od dobroczynności prywatnej, znacznie się zmniejszyły w ostatnich 50 latach względnie do wzrostu ludności, a nadto liczba łóżek szpitalnych wzrastała niezmiernie powoli, przeto szpitale znalazły się w bardzo ciężkiem położeniu.

¹⁾ Jako dopełnienie do referatu Komisji w sprawie poprawy szpitalnictwa, o czem zamieściliśmy wiadomość w № 13, uważamy za pożyteczne zapoznać czytelników z referatem podkomisyi. Ze względu na brak miejsca nie podajemy całej pracy *in extenso*, lecz przytaczamy wszystkie ważniejsze szczegóły.

Terytorium szpitali. Powierzchnia szpitali ogólnych jest mniejszą od powierzchni koniecznie potrzebnej o 22,7% i mniejszą od pożądanej o 31,6%. W najgorszych warunkach są 2 szpitale: 1) Żydowski [stary] który zajmuje 25,4% koniecznie potrzebnej i 23,2% pożądanej powierzchni i 2) św. Rocha, dla którego odnośne cyfry są 23,5% i 15,7%. Nadto szpitale św. Ducha, Ewangelicki, św. Rocha i Dziec. Jezus są położone w gęsto zaludnionych częściach miasta. Ze szpitali specjalnych Dziecięcy zajmuje powierzchnię mniejszą o 46,3% od koniecznie potrzebnej i mniejszą o 57% od pożądanej.

Inne szpitale zajmują powierzchnię większą, lecz znów szpit. Praski i św. Stanisława nie są wolne od wody zaskórnej. Największą powierzchnię zajmuje szpit. Wolski [4,9 razy większą od koniecznie potrzebnej i 3,2 większą od pożądanej], lecz za to szpital przylega do ulicy, a nadto sprawa władania całą posiadłością nie jest jeszcze uregulowana pod względem prawnym. W najszcześniejszych warunkach znajdują się szpitale św. Łazarza i Oftalmiczny, chociaż znajdują się w części miasta nieskanalizowanej.

Budynki szpitalne. I. Sale. Według wymagań higieny na 1 łóżko powinno przypadać nie mniej od 9 m. kw. powierzchni podłogi, 40 m. sz. przestrzeni i 1,5 m. kw. powierzchni świetlnej. W szpitalach warszawskich znajdujemy takie granice: powierzchnia podłogi od 4,99 [Praski] do 14,0 [Ewangelicki], przestrzeni od 19,0 [św. Łazarza] do 52,5 [Ewangel.] i powierzchnia świetlna od 0,56 [Wolski] do 2,08 [św. Ducha]. Przeciętnie dla wszystkich szpitali przypada na 1 łóżko 6,3 m. kw. powierzchni podłogi, 25,6 m. sz. przestrzeni i 0,8 powierzchni świetlnej — czyli brak 30% powierzchni, 36% przestrzeni i 46,7% powierzchni świetlnej. Smutny ten stan pogarsza się przez to, że brak w szpitalach jadalni oraz sal do dziennego przebywania chorych. Nadto korytarze, które mogłyby służyć do ostatnio wymienionego celu, są zbyt ciasne, a nawet w 2 szpitalach (Wolski, Praski) niema ich zupełnie. Wentylacja tylko w 2 szpitalach (św. Ducha i Dziecięcy) jest prawie dostateczną. W innych zaś odbywa się za pomocą lufcików. Wobec tego powietrze na salach, zwłaszcza w nocy, jest fatalne. Stan taki pogarszają dwa fakty: 1) na salach leżą często chorzy nadetatowi na podłodze; 2) na salach chorych przeważnie spijają posługacze.

II. Wanny. Wanny przeważnie znajdują się w ciasnym pomieszczeniu, a liczba ich niewystarczająca. Przeciętnie przypada 1 wanna na 27 chorych, u Dziec. Jez. 1 na 33, na Pradze 1 na 50, a w Żydowskim 1 na 65. W wielu szpitalach wanny łączą się z salami za pomocą nieogrzewanych korytary, skutkiem czego chorzy są narażeni na przeziębienie albo też lekarze nie wyznaczają wanny chorym, którym taka kuracja jest wskazana.

III. Kambry dezynfekcyjne. Odpowiednio urządzone są w 3 szpitalach (św. Ducha, św. Łaz. i św. Stanisł.), w 4 niema ich zupełnie (św. Rocha na Pradze, Wolski, Oftalmiczny) a w 5 źle funkcjonują (Dziec. Jezus, Ewang. Żydowski i oba Dziecięce).

IV. Pranie bielizny we wszystkich szpitalach odbywa się w sposób najbardziej pierwotny; to samo rzecz należy o suszeniu jej (z wyjątkiem szpit. św. Ducha i Ewangel.).

V. Poczekałnie i lokal, gdzie są przyjmowani chorzy przychodni, mieszczą się w jednym pokoju, co wobec ciasnoty utrudnia pomoc lekarską i prawidłowe skierowywanie chorych na sale szpitalne.

VI. Lokalów dla lekarzy dyżurnych oraz felczerów przeważnie niema lub jeśli są — to b. ciasne i nieodpowiednie.

VII. Lokal dla służby stanowi punkt najgorszy. W 6 szpitalach (św. Rocha, Ewang., Wolskim, Praskim, Dziecięcym wyzn. Mojżesz., oraz św. Łazarza) niema oddzielnego pomieszczenia dla służby. W innych jest ono nad wyraz ciasne, skutkiem czego i tu służba przeważnie mieści się w salach dla chorych.

VIII. Pomoc lekarska. a) Sale operacyjne. W szpit. Oftalmicznym i św. Łazarza niema ich zupełnie. W Wolskim jedna sala dla chorych szpitalnych

i ambulatoryjnych. W innych, oprócz św. Ducha i Praskim, są nieodpowiednio urządzone: są zbyt małe (powierzchnia 31,3 m. kw.; przestrzeń 126,5 m. sz.; powierzchnia świetlna 1: 4,8 gdy odnośne cyfry nie powinny być mniejsze od 54 m. kw.; 240 m. sz. i 1: 2,5). *b)* Sale opatrunkowe są jeszcze mniejsze a głównie ciemne (odnośne cyfry 24 m. kw. — 96 m. sz. — i 1: 5,1), gdy właściwie powinny być nie mniejsze od sal operacyjnych; *c)* Gabinety lekarskie—brak ich zupełnie w szpit. św. Rocha i Oftalmicznym, w innych zaś stanowią jakby kopię sal opatrunkowych (powierzchnia przeciętnie 26,2 m. kw., przestrzeń 126,4 m. sz. i powierzchnia świetlna 1: 6,0), a że w każdym gabinecie pracuje 3 — 4 lekarzy, to na każdego przypada 6,6—7,8 m. kw. powierzchni; 31,6—42,1 przestrzeni i 1—2,3 m. kw. powierzchni świetlnej. Dodać należy, że urządzenie wielu gabinetów dokonywa się prywatnym kosztem lekarzy; *d)* Grabarnia i prosektoryum zwykle połączone w jednej sali b. ciasnej, bez wentylacji.

Ogólne wnioski o terytorium i pomieszczeniu szpitalnem.

I. Z pośród szpitali, zajmujących dostateczne terytorium:

a) Wolski winien być całkiem zbudowany na nowo.

b) u św. Łazarza potrzebna jest gruntowna zmiana oddziałów męskiego wenerycznego oraz pensjonarzy, a także budowa nowego gmachu dla ambulatoryjnych, dla rakowatych oraz dla dotkniętych przewlekłymi wrzodami.

c) W inst. Oftalm. brak oddzielnego lokalu na ambulatoryum.

d) Oddział zakaźny w szpit. Dziecięcym wyzn. Mojżesz. winien być przeniesiony do oddzielnego budynku;

II. Z pośród szpitali, zajmujących zbyt małe terytorium, *d)* szpit. św. Rocha winien być przeniesiony całkowicie na inne miejsce; ze szpit. Dziecięcego chrześc. oddział zakaźny winien być przeniesiony do oddzielnego budynku, o ile można po za miasto, *e)* w szpit. św. Ducha byłoby pożądanem usunięcie z głównego korpusu pomieszczeń gospodarczych oraz ambulatoryum i na to miejsce urządzić jadalnię dla chorych.

III. W szpitalach, które mają pozostać w obecnym stanie [św. Ducha, Ewangel., w obu Dziecięcych, św. Łazarza i Oftalm.] należy dążyć do *a)* urządzenia odpowiedniej wentylacji; *b)* rozszerzenia i należytego urządzenia pomieszczeń specjalnie lekarskich i szpitalnych [sale operacyjne, opatrunkowe, poczekalnie, wanny, gabinety lekarskie i t. d.]

Urządzenie szpitali; 1) łóżka a także stoliki przy łóżkach nie odpowiadają potrzebom chorych; 2) inwentarz na salach jest niewystarczający i winien być powiększony: *a)* każdy chory winien mieć krzesło lub stołek, *b)* dla ciężko chorych powinny być przenośne stoliki do jedzenia, *c)* wszyscy chorzy winni mieć noże i widelce, *d)* wobec braku oddzielnych pomieszczeń na salach, winny być parawany dla zasłaniania umierających chorych; 3) Odzież ma być dwójakiego typu: szlafrok dla ciężko chorych oraz kaftan [dla mężczyzn] i spódnica [dla kobiet] dla lżejszych chorych; 4) Inwentarz grabarni winien być powiększony w tym celu, aby zmniejszyć przykre wrażenie moralne, jakie sprawiają obecne pomieszczenia; 5) Urządzenie sal operacyjnych i opatrunkowych najwłaściwiej pozostawić uznaniu Rad Lekarskich szpitalnych.

Życie chorych. Do niedawna na pożywienie chorego przeznaczało się 12,6 kop. dziennie. W 1898 r. podniesiono tę cyfrę do 17,5 kop., w 1899 r. do 18 kop. a w 1900 r. do 20 kop. Jakkolwiek obecnie jest stan lepszy, jednak podkomisya zwraca uwagę: *a)* przy jednostce pieniężnej utrzymanie chorych jest zależne od wahań cen targowych; *b)* przy tych cenach w 1898 chory dostawali 91,12 białka; 62,07 tłuszczów i 196,04 węglowodanów a w 1899 r.—91,51—53,14 i 239,23. Tymczasem, przyjmując że 10% chorych jest na ścisłej porcyi, 20% na ulepszonej ścisłej, 40% na zwykłej i 30% na ulepszonej zwykłej, winno przypadać na 1 chorego dziennie 125,0 białka, 60,0 tłuszczu i 350,0 węglowodanów.

Wobec tego okazuje się, że w ubiegłych latach chorzy otrzymywali za mało o 27,6% białka, 4% tłuszczu i 37,8% węglowodanów. Dla tego też komisya uznaje,

że powyższa norma jest zbyt mała i że pożądanem by było kierować się nie jednostką pieniężną, lecz wartością odżywczą

P o m o c l e k a r s k a Stosunek lekarzy do liczby chorych wynosi 1 : 13,2 [przy uwzględnieniu wszystkich lekarzy] oraz 1 : 24,2 [przy uwzględnieniu tylko liczby ordynatorów]. Wobec tego pomoc lekarska dla chorych jest zapewniona a nadto zdawałoby się, że powinnyby się dokonywać w szpitalach badania ogólnego charakteru naukowego. Jednak w sprawozdaniach szpitalnych brak właśnie takiego materiału faktycznego. Przyczynę tego podkomisya upatruje w nienormalnych warunkach materialnych lekarzy szpitalnych: lekarze albo nie otrzymują żadnej płacy, albo też bardzo małą. Wobec tego koniecznym jest podniesienie płacy do norm, przyjętych w szpitalach Cesarstwa. Następnie, zgodnie z projektem ustawy szpitalnej z 1893 r., podkomisya uznaje za odpowiedni taki ilościowy stosunek lekarzy:

Oprócz Lekarzy Głównych i ich pomocników [zarządzających oddziałami], liczba ordynatorów winna być 1 na 40 chorych, liczba etatowych asystentów w oddziałach wewnętrznych 1 na 20—40, w ocznych, skórnych i wenerycznych 1 na 40 — 60, a w chirurgicznych 1 na 10—15.

O p i e k a n a d c h o r y m i c i a ż y, pod ogólnym kierunkiem lekarzy miejscowych, na felczerach, siostrach miłosierdzia i na posługaczach. Stosunek liczbowy pierwszych 1 na 32 chorych, drugich 1 na 25,5, a trzecich 1 na 11,4 w dzień i 1 na 32 w nocy. Stosunek taki liczebny jest wystarczający, a jednak zewsząd dochodzą skargi na brak należytej opieki. Przyczyna tego kryje się w tem: 1) że większość szpitali pod względem budowy i urządzeń stoi tak nisko, że utrzymanie ich w porządku i czystości wymaga wielkiej uwagi i pracy, nadto ta sfera ludności, z której głównie pochodzą chorzy szpitalni, odznacza się takim brudem, że utrzymanie porządku jest bardzo trudne; 2) że felczerzy, a zwłaszcza posługacze szpitalni, otrzymują tak niską płacę że pierwsi muszą szukać zarobku poza szpitalem, ostatni zaś wciąż się zmieniają, poszukując innego miejsca. Celem usunięcia tych braków podkomisya uważa za konieczne: 1) wprowadzić obowiązkowe dyżury ordynatorów i utworzyć posady asystentów—internów; 2) powiększyć płacę posługaczom w tym celu, aby przywiązać ich do miejsca szpitalnego, aby zdobywali oni po wieloletnim pobycie tyle umiejętności, iżby z czasem mogli zastąpić felczerów, którzy są tolerowani w szpitalach tylko dzięki temu, że posługa szpitalna jest nie odpowiednia. Co się tyczy posługaczy to: 1) należy zwolnić ich od pracy, związanej z gospodarstwem szpitalnym; 2) 1 posługacz winien przypadać na 10 chorych w dzień i 1 na 20 w nocy; 3) nadto w salach operacyjnych i gabinetach winni być oddzielni posługacze.

R o z m i a r y p o m o c y l e k a r s k i e j d l a c h o r y c h s t a ł y c h.

W 7-miu szpitalach ogólnych i 5-ciu specjalnych jest 2240 łóżek [1967 etatowych i 273 nadetatowych]. Wobec braku dziennych i wogóle zapasowych pomieszczeń traci się w czasie letniego remontu $\frac{1}{4}$ część, a nadto na oczyszczanie sal po zmarłych i chorych zakaźnych traci się 5% miejsc szpitalnych, tak że ludność korzysta nie z 1967 łóżek, lecz z 1746, co odpowiada 637299 dniom.

Celem określenia potrzebnej liczby łóżek, podkomisya uwzględniła następujące punkty: a) opierając się na największych miesięcznych cyfrach dni szpitalnych, obrachowano, że roczna liczba dni szpitalnych nie może być mniejszą od 795257. Liczba ta jednak nie określa prawdziwych potrzeb ludności, jak świadczy o tem znaczna liczba chorych nadetatowych w szpitalach oraz liczba kart odmownych. Z tego powodu podkomisya uważa za stosowne podnieść powyższą cyfrę o 12% t. j. o 95430 dni a razem 890687 dni szpitalnych, co odpowiada 2440 łóżkom; b) przeciętna liczba dni, spędzonych w szpitalach ogólnych, przypada na 1 chorego 21,3 dni, gdy w szpitalu Czerw. Krzyża w Warszawie liczba ta wynosi 26,3 dni. Jeśli za normę przyjąć 25 dni, to należy powyższą liczbę powiększyć o 7,4% a wtedy otrzymamy ostatecznie 1,045,665 dni, co odpowiada 2865 łóżek szpitalnych; c) uwzględnić wreszcie należy doświadczenie miast Europy zachodniej, albowiem Warszawa ze względu na skład ludności i ogólne warunki bytu musi być uznana za miasto tego samego typu. Jeśli

stosować europejską normę 1:200, to przy ludności 646,000 wypadnie 3230 łóżek t. j. nie mniej, niż 1,178,950 dni szpitalnych.

Stąd komisya wnioskuję: a) obecna liczba łóżek szpitalnych jest znacznie mniejszą od potrzebnej; b) przy określaniu liczby łóżek szpitalnych, zwłaszcza wobec szybkiego wzrostu ludności, byłoby właściwiej stosować zachodnio-europejską normę.

Niezależnie od powyższego należy doprowadzić do stanu prawidłowego więcej niż połowę łóżek szpitalnych; w celu zaoszczędzenia czasu szpitalnego i poprawy warunków sanitarnych urządzić pomieszczenia zapasowe dla chorych, a wreszcie utworzyć znaczną liczbę nowych łóżek szpitalnych.

Urzeczywistnienie tych projektów pociąga znaczne wydatki. W celu ułatwienia sprawy podkomisya zwraca uwagę, że pośród chorych szpitalnych bywa 15,9% chorych, dotkniętych chorobami przewlekłymi nieuleczalnymi [co odpowiada 20,4% czasu szpitalnego] oraz 6—12% osób starców [co odpowiada 17% czasu szpitalnego]. Powyższe kategorie chorych nie wymagają lepszych warunków szpitalnych. Starcy mogą pozostawać w przytułkach, nieuleczalni mogą obchodzić się bez drogich i bardziej złożonych urzążeń szpitalnych, wreszcie dla chorych, dotkniętych gruźlicą, należy tworzyć oddzielne lecznice i sanatoria. Z pośród innych kategorii chorych podkomisya zwraca uwagę na brak miejsc dla chorych zakaźnych i chirurgicznych, zupełny brak miejsc dla niemowląt, dla dzieci chorych na oczy oraz dla chorych nerwowych.

Dla tego też podkomisya uważa za konieczne w najbliższym czasie utworzyć 100 łóżek dla chorych nieuleczalnych i starców [przytułek], 30 dla niemowląt, 110 dla chorych zakaźnych [60 dla dorosłych oraz 50 dla dzieci], 50 dla nerwowych, 30 dla wenerycznych [mężczyzn], 40 dla rakowatych i 90 dla chirurgicznych—razem 450 łóżek. Oprócz tego należałoby pociągnąć do współdziałania w tych kosztach i fabrykantów, którzy dla swych pracowników potrzebują 250—300 łóżek.

Ponieważ wreszcie do szpitali warszawskich udaje się ludność całego kraju oraz gub. północno-zachodnich [co stanowi $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ wszystkich chorych], przeto należałoby poprawić byt wszystkich szpitali w całym Królestwie Polskiem a nadto podnieść płace od chorych zamieszkich.

Pomoc ambulatoryjna. W związku ze złym stanem ogólnym i urządzeniem ambulatoryów jest nędzne. Ogólna liczba porad ambulatoryjnych wynosi przeciętnie [z 3-ch ostatnich lat] 240,192 rocznie a więc przeszło 800 dziennie. Podział między oddzielnymi szpitalami nierównomierny i jeżeli przyjąć za jednostkę porównania liczby stałych chorych szpitalnych, to otrzymamy przeciętnie 10,4 porad na 1-go chorego stałego [najmniej 2,6 w szpit. Dziec. Jezus i 120,7 w Inst. Oftalmicznym]. Przy polepszeniu bytu ambulatoryów liczby te znacznie wzrosną. Główną przeszkodę do rozwoju pomocy ambulatoryjnej stanowi brak funduszy. Szpitale otrzymują od miasta 2000 rb. zapomogi, co wynosi 0,83 kop. na 1 poradę, gdy w ambulatoriach na Pradze i na Woli, będących pod zarządem Czerw. Krzyża 1 porada kosztuje 14,99 kop. Projektowane środki podkomisya podaje w oddzielnym adneksie.

Wnioski. 1) Szpitale Warszawskie przestały już być zakładami dobroczynnymi i, jako już instytucje społeczne, wymagają gruntownej reorganizacji; 2) Szpitale zarówno pod względem terytoryalnym, budowlanym jak i co do urządzeń nie odpowiadają współczesnym wymaganiom i potrzebują zupełnego przeobrażenia; 3) Dla braku funduszy żywność chorych jest niedostateczna; pomoc lekarska a także najbliższa opieka nad chorymi, jako opłacane bardzo skąpo, zależą zupełnie od składu osobistego pracujących, co nie daje gwarancyi co do stałości służby. Wymaga to istotnych reform; 4) Rozmiary pomocy szpitalnej nie odpowiadają istotnym potrzebom. Liczba łóżek szpitalnych a także pomoc ambulatoryjna jest stanowczo niewystarczająca.

Jeśli powyższe reformy nie będą przeprowadzone, to będzie rzeczą niemożliwą dostarczyć ludności miejscowej prawidłowo funkcjonującej pomocy lekarskiej.

— Tegoroczny [X] zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie z początkiem drugiej połowy Lipca. Termin ściśle jeszcze nie oznaczony.

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW, THIERGARTENSTRASSE, 55/57,

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.),
dla kuracyi tuczającej i odłuszczejacej, szczególnie wskazane dla pobytu na
jesieni i w zimie. 5—5

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Lecznica Chirurgiczna

D-ra A. GRÜNBAUMA.

WARSZAWA

12—10

25 Nowolipki 25

Przyjmuje pacyentów, kwalifikujących się do operacyi, na stałe pomieszczenia.

Cena 2—4 rb. dziennie.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccarat. Taeschner.

26—13

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7, Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898).
№ 56 Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. (1899) i № 17 Wiener med. B. (1900).

Skład główny: Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Składy: Mag. farm. E. van Bellen, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga Kalkstrasse 26.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Bierthümpfel, Warszawa, Marszałkowska 133.

KROWIANKA

ospa
ochronna

w Instytucie szczepienia ospy, **Daniłowiczowska 8.**

D-ra Tchórznickiego.

6—1

Dr. W. MALESZEWSKI 0-6

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag. ordynuje jak lat dawnych w sezonie od 20 kwietnia do 1 października.

w Karlsbadzie.

„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

Zarząd Zakładu Kąpielowo-Zdrojowego

w Ciechocinku

niniejszem ogłasza o otwarciu Zakładu w dniu 8 (21) maja na przeciąg czasu czterech miesięcy.

Ciechocinek łączy się odnogą kolei żelaznej Warszawsko Bydgoskiej z pograniczną stacją Aleksandrów. Komunikacja ze wszystkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Roczny zjazd kuracjuszków dochodzi do 10,000 osób. Przy kancelaryi Zakładu jest biuro informacyjne, ułatwiające wynajmowanie mieszkań. Prywatny hotel, produkty na miejscu, teatr, park, 2 orkiestry, gazety, wodociąg i inne dogodności.

Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone, szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych i reumatycznych. 2-2

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha.

Rozbiory chemiczno bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i. t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. 10-2

Marszałkowska № 127. (Zielna № 22).

Dr. Med. Edward Przewoski 3-3

w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej dokonywa rozbiórów moczu, płwociny, kału, nasienia, guzów patologicznych itd.

Warszawa, ulica Chmielna Nr. 16.

Dr. BOLESŁAW KOSTECKI

stale przebywający w Abbazji ordynować będzie od Maja do Września

w Karlsbadzie

Schwarze Rache, Sprudestr., Nr. 100.

6-2