

GAZETA LEKARSKA.

I. O SYRYNGOMYELII

(Z POWODU SPOSTRZEŻENIA PRZYPADKU TEGO CIERPIENIA).

Podał

Wacław Męczkowski,

lekarz miejscowy szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Mało może jest działów w neuropatologii, w którychby panował taki chaos, jak w syringomyelii. A jednak cierpienie to znane jest od dość dawna i posiada już niezmiernie bogatą literaturę. Może w pewnej mierze taki stan rzeczy zawdzięczać należy niefortunnie obmyślanemu terminowi: syringomyelia. Mianem tem ochrzcił OLIVIER d'ANGERS [1823] przypadki, w których istniał przewód środkowy w rdzeniu kręgowym u ludzi dorosłych. Wówczas panowało jeszcze przekonanie, że rdzeń prawidłowy żadnego przewodu nie posiada, że istnienie przewodu jest objawem patologicznym, pewną anomalią rozwoju. Dzięki pracom STILLING'a i WALDEYER'a, poglądy takie upadły, lecz nazwa dana przez OLIVIER'a pozostała dla oznaczenia przypadków patologicznych jam w rdzeniu.

Łatwo, sądzimy, zgodzić się można, że termin, oparty nie na istocie sprawy anatomicznej, ani nawet na charakterystycznych objawach klinicznych, lecz na pewnym ostatecznym wyniku sprawy anatomicznej, na drugorzędnym objawie anatomicznym, musiał być doprowadzić do nieporozumienia i zamieszania.

Wadliwość takiego terminu jasno by się nam rzuciła w oczy, gdybyśmy chcieli wprowadzić „jamę“ jako jednostkę patologiczną i na tej zasadzie klasyfikować cierpienia innych narządów. Gdy mówimy o jamie [torbieli] w mózgu, rozróżniamy zawsze jej różnorodne pochodzenie [wylewy krwawe, rozmiękczenie i t. d.]. Tak samo używamy terminu „jama“ w zastosowaniu do płuc, zaznaczając zawsze, że jama jest wynikiem sprawy gruźliczej, zgorzeli, bronchiektazy i t. p.. Lecz w żadnym z tych narządów nie uznajemy „jamy“ za jednostkę chorobową.

Typowy przykład znaczenia terminologii w nauce stanowi właśnie syringomyelia. Wszakże jama może być produktem najróżnorodniejszych spraw patologicznych. Wprowadzając termin „jama w rdzeniu“, obejmujemy w jedną całość sprawy zasadniczo różne.

Zanim przedstawimy panujące teorie w sprawie patogenezy omawianego cierpienia, zaznaczymy zgóry, że na zasadzie rozważania literatury i poniżej opisanego przypadku uważaliśmy za właściwe z pośród różnych jam w rdzeniu wyodrębnić jedną ich kategorię, stanowiącą wyraźnie określoną postać patologiczną. Postać ta pod względem klinicznym cechuje się niezmiernie przewlekłym przebiegiem, t. zw. rozszczeniem czucia [zniesienie czucia bólu i ciepłoty, przy zachowaniem czuciu dotyku], zaburzeniami odżywczymi skóry, stawów i kości, zanikami i t. p.; pod względem anatomicznym—nadmiernem bujaniem neuroglii w okolicy przewodu środkowego i następczym jej rozpadem, wreszcie pod względem etyologicznym polega na pewnych zboczeniach rozwojowych. Dla tak przyjętego cierpienia należałoby zachować miano: syringomyelia. Natomiast jamy w rdzeniu, zależne od innych spraw i cechujące się innym obrazem klinicznym, należy oddzielić od pojęcia syringomyelii i odnieść do zasadniczej sprawy anatomicznej.

Zobaczymy teraz, jakie pod tym względem panują teorie.

Niektórzy autorowie starali się sprowadzić do jednej wspólnej przyczyny wszystkie przypadki jam w rdzeniu. Inni przyznawali, że bez obrażenia prawdy niepodobna uważać wszelkich przypadków jam w rdzeniu za wynik jednej i tej samej sprawy; ci autorowie rozszerzyli patogenezę jam w rdzeniu i wyrazili przypuszczenie, że syringomyelia może zależeć od różnych spraw anatomicznych.

Najlepiej zilustruje stan rzeczy krótki rzut oka na panujące obecnie poglądy, dotyczące patogenezy omawianego cierpienia.

Szkoła francuska [HALLOPEAU, a później JOFFROY, ACHARD, CRITZMANN] upatrują istotę sprawy w przewlekłym zapaleniu rdzenia. W obrazie anatomicznym widzą oni tylko rozlaną sklerozę taką samą, jak w każdej wysepce (*plaque*) sklerotycznej. Skleroza umiejscawia się przeważnie w okolicy przewodu środkowego. Skutkiem sprawy zasadniczej ściany naczyń grubieją, stopniowo dochodzi do zatkania naczyń, w następstwie czego powstają ogniska nekrobiotyczne. W miarę zatykania naczyń odbywa się wchłanianie zmienionej tkanki, co doprowadza do torbieli, podobnie jak to się dzieje w mózgu. Zgodnie ze swym poglądem HALLOPEAU proponuje dla całej sprawy nazwę *sclerose périependymaire*, JOFFROY zaś — *myélite cavitaire*.

Inaczej na całą rzecz patrzy LEYDEN, który syringomyelię sprowadza do pewnych zboczeń w rozwoju rdzenia. Skutkiem patologicznego rozwoju w życiu płodowym kanał środkowy pozostaje szerokim, nie zamyka się należycie, albo też część jego w tylnej połowie odsznurowuje się, dając zawiązek przyszłej jamy [hydromyelia wrodzona].

Według MINOR'a, w pewnej przynajmniej liczbie przypadków jamy zawdzięczają swe pochodzenie wylewom krwawym w rdzeniu. Wylewy takie, powstające najczęściej pod wpływem urazu, prowadzą do ognisk rozmiękczenia, z których za pomocą wchłaniania wytwarzają się jamy.

Odrebne zupełnie stanowisko zajęli SIMON, SCHULTZE, ROTH. Opierając się na fakcie, że w wielu przypadkach jama znajduje się poza zamkniętym zu-

pełnie kanałem środkowym pośród nowowytworzonej tkanki, SIMON uznał ową tkankę za nowotwór, gliak (*glioma teleangiectodes*).

Jama powstaje skutkiem rozpadu owej tkanki nowowytworzonej, a przeto nie ma nic wspólnego ze sprawą zapalną.

SCHULTZE przyznaje, że w pewnych przypadkach sprawa może polegać na wrodzonych zboczeniach rozwojowych, jak to twierdzi LEYDEN; jednakże w większości przypadków istotę sprawy stanowi bujanie neuroglii. Bujanie glii pozostaje w pewnym związku genetycznym z ependymą, co tłumaczy powstawanie jamy wzdłuż kanału środkowego na wielkiej niekiedy przestrzeni. Sprawie takiej nadał SCHULTZE miano gliozy, w której widział ilościową tylko różnicę od gliomatu.

Teoria HOFFMANN'a stanowi jakby most, łączący teorię rozwojową LEYDEN'a z teorią gliozy SCHULTZE'go. Podstawę i punkt wyjścia sprawy patologicznej stanowią, według HOFFMANN'a, w rdzeniu zboczenia rozwojowe, które polegają na tem, że ogniska tkanki zarodkowej pozostają poza kanałem środkowym na tylnej linii zamknięcia (*Schliessungslinie der Medullarplatte*). Z drugiej jednak strony jama nie jest rozszerzeniem hydromyelii lub odsznurowanej części otwartego kanału środkowego, lecz jest zawsze produktem zmian wstecznych, rozpadu tkanki nowowytworzonej, pierwotnej gliozy.

Jak wspomnieliśmy wyżej, niektórzy autorowie przypisują kilka przyczyn powstawaniu jam.

I tak, według CHARCOT'a, jamy mogą pochodzić skutkiem: 1) rozszerzenia kanału środkowego, 2) *myélite cavitaire*, 3) rozpadu nowowytworzonej tkanki glejowatej.

GOWERS w większości przypadków widzi zboczenia rozwojowe. Nadto jednak przyjmuje centralną gliomatozę, a także rozmięczenie i zwyrodnienie szarej istoty.

ERB przyjmuje aż 7 przyczyn powstawania jam.

REDLICH oddziela hydromyelię od syringomyelii; dla ostatniej uznaje trojakie przyczyny: 1) rozmięczenie nowotworów lub bujającej glii (*Gliawucherung*); 2) wylewy krwawe (*apoplectische Cysten*); 3) zapalenie rdzenia.

Wreszcie SCHLESINGER sądzi, że jamy w rdzeniu powstają skutkiem wrodzonych zboczeń (*hydromyelia*), albo rozpadu glii [gliozą, gliomat], albo wreszcie zmian w naczyniach lub wylewów krwawych; zresztą jednocześnie może w grę wchodzić parę czynników.

Nie wchodząc w rozpatrywanie wielu innych teorii, będących przeważnie modyfikacją wyżej wymienionych, zaznaczymy, że większość wyłożonych wyżej teorii ma tę słabą stronę, że każda, a przynajmniej wiele z nich pretenduje do zajęcia wyłącznej roli w patogenezie jam w rdzeniu. Tymczasem jamy w rdzeniu mogą powstawać i rzeczywiście powstają dzięki rozmaitym czynnikom i sprawom patologicznym. Jakież to sprawy mogą powodować powstawanie jam?

Rozpatrzmy kolejno rozmaite:

1) Najprzód, możemy mieć do czynienia ze sprawą nowotworową, z prawdziwym nowotworem, glejakiem. Nowotwór taki podobnie, jak to się dzieje

z nowotworami w innych narządach, może podlegać rozpadowi, zwykle w środkowej jego części, skutkiem sprawy nekrobiotycznej. Jama ztąd powstająca może nie mieć żadnego związku z kanałem środkowym.

Możliwość takiego powstawania jam, jasna zresztą już *a priori*, stwierdzają liczne fakty; przykład taki stanowi między innymi przypadek, opisany przez BERNSTEJNA [z polikliniki GOLDFLAMA]. Choroba trwała 2 lata; przebieg, zwłaszcza w końcu choroby, był bardzo burzliwy [porażenie przepony]. Badanie pośmiertne wykazało glejak w górnej części szyjowej.

Nowotwór więc może być i bywa przyczyną niektórych jam rdzenia. Nie może on jednak mieć żadnego związku z tem, co zwykle pojmujemy pod wyrazem syringomyelii. Najprzód, trudno sobie wystawić, aby nowotwór tak stale mógł przybierać kształt wydłużony i ograniczał się do środkowej jedynie części całego niemal rdzenia. Nowotwory zwykle wprost przeciwnie rozrastają się jednostajnie na wszystkie strony i dążą do przybrania kształtu kulistego. Nadto zaś nowotwór nie mógłby mieć tak bardzo przewlekłego przebiegu, jaki cechuje syringomyelię. Przypadki, w których niewątpliwie stwierdzono istnienie glejaka, kończyły się śmiercią najwyżej po paru latach.

2) Powtórę, jamy w rdzeniu mogą być następstwem wylewów krwawych, czy to samoistnych (*arteriosclerosis*), czy też skutkiem urazu. Zarówno objawy kliniczne, jak i badanie anatomo-patologiczne dostarczają pewnych w tym względzie dowodów. Wylewy krwawe zdarzają się w przednim lub tylnym spoidle, w pobliżu kanału środkowego i mogą się ciągnąć wzdłuż niego na dość długiej przestrzeni ku górze i ku dołowi (*Röhrenblutungen*).

Ciekawym przyczynkiem w tej sprawie jest spostrzeżenie SCHULTZE'go, który w przypadkach trudnych porodów (*Dystokie*), wymagających zabiegów chirurgicznych, znajdował, przy zdrowym zupełnie mózgu, w rdzeniu kręgowym i przedłużonym wylewy krwawe, zwłaszcza w tych okolicach typowych, w których zazwyczaj bywają jamy. W ognisku krwotocznym SCHULTZE znajdował tkankę zniszczoną i poprzerzynaną szczelinami. Podobne spostrzeżenie uczynił też i THOMAS.

W sprawie powstawania jam po wylewach krwawych ważne znaczenie mieć mogą badania doświadczalne GOLDSCHIEDER'a i EDW. FLATAUA. Autorowie ci wstrzykiwali w różne okolice rdzenia stężony rozczyń błękitu pruskiego i odwłóknioną krew ludzką i śledzili drogi, jakimi płyny te rozchodziły się po ciele. Wychodzili oni z założenia, że wstrzykiwana ciecz musi się rozszerzać po drodze najmniejszego oporu, co musi pozostawać w zależności od budowy rdzenia. Doświadczenia te ujawniły, że wstrzyknięta ciecz daleko łatwiej rozszerza się w istocie szarej, sprowadzając przytem zniszczenie, rozmięczenie tkanki, a nawet powstawanie jam. Przeciwnie w istocie białej rozchodzi się ciecz daleko trudniej i nie wywołuje takich zniszczeń. Nadto w istocie szarej daje się spostrzegać pewna różnica pomiędzy rogiem przednim a tylnym. Mianowicie ciecz wstrzyknięta do rogu przedniego przechodzi do rogu tylnego lub istoty szarej drugiej strony, albo wreszcie do sąsiedniej istoty białej, a to zależnie od miejsca wstrzyknięcia; rzadko zaś tylko pozostaje w rogu przednim. Przeciwnie, wstrzyknięta do rogu tylnego ciecz pozostaje

przeważnie w tymże rogu, nie opuszczając go i posuwając się raczej w kierunku pionowym. Wskazuje to na istnienie szczególnie korzystnych warunków dla nacieczenia tkanki w rogach tylnych. Taka własność tkanki warunkuje się przebiegiem i kierunkiem grubych włókien, otwierających lub zamykających drogę dla cieczy.

Badania te posiadają ważne znaczenie w sprawie zrozumienia *haematomyelinae*. Dla właściwej jednak syringomyelii mają znaczenie tylko uboczne; mogą bowiem wskazywać, że też same okolice rdzenia, w których szczególnie łatwo ma miejsce nacieczenie, ulegają również łatwiej rozrostowi glii i następczemu jej rozpadowi. Lecz pod względem swej istoty *haematomyelia* nie może być utożsamioną z tem, co powszechnie rozumie się pod wyrazem syringomyelii. Hematomyelia z natury swej musi rozpoczynać się nagle, ostro, dawać od razu ciężkie objawy porażenia rdzeniowego, które przy dłuższem trwaniu stopniowo mogą znikać, zaburzenia czucia, zależne od siedliska wylewu krwawego. Osobna grupa, wydzielona przez MINOR'a, pod nazwą *haematomyelinae centralis*, daje wprawdzie pewne objawy podobne do syringomyelii, ale dzięki temu tylko, że oba te cierpienia niszczą tę samą okolicę rdzenia; w obu więc spostrzegamy to samo rozszczepienie czucia [zniesienie czucia bólu i ciepłoty przy zachowaniem czuciu dotykowem]. Następca sprawa anatomiczna jest tu podobna do tego, co spotykamy w wylewach krwawych w mózgu (*apoplexia cerebri*).

Zupełnie odmienny obraz przedstawia syringomyelia pod względem klinicznym i anatomicznym.

Takie same wątpliwości nasuwają się przy rozważaniu opisanych przez SCHULTZE'go wylewów krwawych w rdzeniu w przypadkach trudnych porodów. Niewątpliwie chwila wylewu krwawego i w tych warunkach winna cechować się najbardziej burzliwymi objawami [porażenia, odleżyny, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, wstrzymanie rozwoju i t. p.]. Trudno przypuścić, aby wylew w rdzeniu w czasie porodu przeszedł bezkarnie, a dopiero po wielu latach stał się powodem powstawania jam.

3) W pewnym związku ze sprawą powyżej opisaną pozostaje inna, może zbyt niedoceniana nawet przez takich znawców syringomyelii, jak: HOFFMANN, SCHLESINGER. Mówimy tu o syfilisie. Różne drogi mogą tu wieść do jam: a) cierpienie naczyń na tle syfilisu (*arteriitis*), b) gumaty rozpadające się, jak to ma miejsce w innych narządach, wreszcie c) *pachymeningitis* i *leptomeningitis, meningomyelitis syphilitica*.

Syfilisowi wielu autorów przypisuje znaczenie przyczynowe w pewnych, nielicznych zresztą przypadkach jam w rdzeniu. Parę takich przypadków podaje SAXER, nadto SCHWARTZ, SCHUELE, JEGOROW.

W naszej literaturze RYCHLIŃSKI zwracał parokrotnie uwagę na możliwość pochodzenia jam na tle syfilisu, mianowicie w pewnym przypadku, w którym niewątpliwie sprawa syfilityczna doprowadziła do obszernego rozmiękczenia w mózgu, w szyjowej części rdzenia znaleziono jamy prawdopodobnie rozpadowego pochodzenia.

Wreszcie na oddziale D-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO spostrzegaliśmy niedawno przypadek zapalenia rdzenia przewlekłego na tle syfilisu: na kilka mie-

sięcy przed śmiercią wystąpiły objawy, zdradzające istnienie jam w rdzeniu. Badanie odnośnego przypadku pod względem anatomo-patologicznym już roz-
poczęliśmy.

5) Również i *myelitis acuta* może prowadzić do jam przez rozmięczenie tkanki nerwowej, zapewne także wskutek zaburzeń w krążeniu krwi [obliteracye, wylewy krwawe i t. p.].

Nie potrzebujemy nawet dodawać, że trzy powyżej opisane rodzaje jam dają obraz kliniczny zupełnie inny, niż syringomyelia.

6) Niewątpliwie w pewnej liczbie przypadków przyczyną jam w rdzeniu jest hydromyelia, wrodzone zboczenie rozwojowe rdzenia kręgowego, z czem często wiążą się i inne, jak: wodogłowie, tarń dwudzielna i t. p.. Fakt ten stwierdzają w zupełności spostrzeżenia dokładne.

Do tej także kategorii należą owe przypadki, w których badanie pośmiertne wykazuje zupełnie niespodziewanie znacznie rozszerzony kanał środkowy, a nawet jamy w rdzeniu. *Hydromyelus*, jako pewne zboczenie rozwojowe, może trwać długie lata, nie wywołując ani ważniejszych zmian wtórnych w rdzeniu, ani odpowiednich objawów klinicznych.

7) Wreszcie w znacznej liczbie przypadków istota powstawania jam polega na pierwotnej gliozie, w znaczeniu HOFMANN'a i SCHULTZE'go. Sprawę całą zgodnie z teorią HOFFMANN'a tak sobie przedstawiać należy: Podstawę stanowią pewne zboczenia rozwojowe, dotyczące kanału środkowego. W jednym z jego odcinków, najczęściej tylnym, przy linii zamknięcia, następuje bujanie neuroglii. Punktem wyjścia tego bujania są komórki nabłonkowe, wyściełające kanał środkowy. Bujanie może rozpoczynać się w wielu miejscach. Bujające komórki dają początek neuroglii, która wrasta w tkankę nerwową prawidłową, niszczy i zastępuje ją. W ten sposób naokoło kanału środkowego tworzy się nowa tkanka glejowata. Wkrótce w niej rozpoczyna się sprawa wsteczna, rozpadowa. Główną rolę w tem odgrywają naczynia.

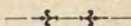
Gdy w obwodowych częściach tkanki naczynia rozrastają się, w środkowych ulegają zwyrodnieniu: w zgrubiałych ścianach wydzielają się produkty szklistego zwyrodnienia, światło naczyń zwęża się, zamyka lub wypełnia się skrzepami krwi, albo też następują wylewy krwawe. Wskutek tego odżywianie tkanki jest upośledzone. Jednocześnie w tkance nowo wytworzonej występuje zwyrodnienie szkliste. W następstwie tych zmian w środkowych częściach tej tkanki następuje rozpad, czyli powstaje jama patologiczna. Pierwszą wyraźną granicą nowopowstającej tkanki lub szczeliny stanowią naczynia i otaczająca ją tkanka łączna. Rozrost jamy odbywa się w tenże sam sposób, jak i powstawanie jej zaczątku; w pobliżu jamy tworzą się nowe szczeliny w tkance rozpadającej się, które następnie zlewają się w jedną jamę.

[C. d. n.].

II. ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY LITTLE'A.

Napisal

Wacław Łapiński.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 8].

Środkiem, mającym na celu zmniejszenie napięcia mięśni, skurczonych spastycznie, jest energiczne siekanie (*tapotement*) ścięgien tych mięśni. HOFFA przekonał się na całym szeregu przypadków o działaniu przeciwkurczowem tego zabiegu. W omawianem tutaj cierpieniu podlegają zatem siekaniu ścięgna zginaczy goleni w dole podkolanowym, wreszcie ścięgno Achillesa.

Nie należy wszakże sądzić, aby wskazane środki wystarczyły w tych ciężkich przypadkach choroby, w których istnieją przykurczenia. W tych razach w celu przywrócenia równowagi mięśniowej uciec się należy do środków bardziej energicznych, którymi są: tenotomia lub tendektomia, t. j. wycięcie kawałków ścięgien mięśni.

Tak LORENZ, jak i HOFFA przecięcie ścięgien dokonywają podskórnie. Zauważyć wszakże wypada, że podskórne przecięcie ścięgna mięśnia dwugłowego uda może pociągać za sobą pewne niebezpieczeństwo z powodu możliwości zranienia nerwu podkolanowego zewnętrznego (*n. popliteus ext.*), przylegającego do wewnętrznego brzegu ścięgna.

Znany mi jest jeden taki przypadek. Zdaniem LORENZ'a nie trudno, przy pewnej wprawie, uniknąć takiego niepożądanego powikłania, tnąc z wolna i lekko i posługując się bardzo ostrym tenotomem; tępe narzędzie nie pozwala chirurgowi być panem swych ruchów.

W celu zwalczania skurczu mięśni ksobnych uda, LORENZ, oprócz tenotomu, gorąco poleca zabieg bezkrwawy. W uśpieniu trzeba wykonać ruch odsiebny uda i, zwiększając stale i stopniowo abdukcję, gnieść palcami dopóty wypinające się pasmo mięśni ksobnych, dopóki nie przedstawi się ono oku operującego w postaci niemal łuku wklęsłego. Według LORENZ'a, zachodzi tu, oprócz wydłużenia się mięśni, i naddarcie się (*Deliscenz, Myorrhexis*) najbardziej napiętych pęczków mięśniowych. Pracując we wskazany dopiero co sposób, można osiągnąć abdukcję kończyny do 90°, nie sprowadzając przerwy w ciągłości mięśnia. Jest to ten sam zabieg, który LORENZ stosuje w każdym niemal przypadku bezkrwawego odprowadzania zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych.

W przypadkach nader wybitnego skurczu spastycznego mięśni ksobnych uda LORENZ wyłącza zupełnie tę grupę mięśni przez wycięcie nerwu zasłonowego (*n. obturatorius*) i wówczas czynnością ksobną zarządza mięsień krawiecki (*m. sartorius*).

Technika operacji jest następująca: po przecięciu skóry za pomocą cięcia, biegnącego od wyrostka grzebykowego (*tub. pectineum*) ku dołowi wzdłuż wewnętrznego brzegu wielkich pni naczyniowych uda, przeniknąć należy do szcze-

liny pomiędzy mięśniem ksobnym długim i mięśniem grzebykowym (*m. pectineus*); dno szczeliny tworzy mięsień ksobny krótki, na którego przedniej powierzchni leży gałązka powierzchowna nerwu zasłonowego. Po wycięciu kawałka tego nerwu i odciągnięciu ku dołowi mięśnia ksobnego krótkiego, a względnie jego nacięciu, wylania się z głębi rany gałąź głęboka nerwu, spoczywająca na mięśniu ksobnym wielkim. Gałązkę tę należy wyosobnić od naczyń, unieść ku górze i wyciąć kawałek.

Po przecięciu, *resp.* wycięciu kawałków ścięgien, należy starać się o możliwe, a nawet nadmierne wyprostowanie kończyn (*Hypercorrectur*), a następnie nałożyć opatrunek gipsowy. Są wszakże przypadki ciężkie, w których, pomimo energicznego prostowania, nie udaje się w zupełności opanować przykurczeń, zwłaszcza w stawach kolanowych. W tych razach HOFFA wyprostowuje kończyny stopniowo podczas późniejszych opatrunków, LORENZ zaś ucieka się do swojego *osteoklast-redresseur*, za pomocą którego pokonywa na jednym posiedzeniu najcięższe nawet przykurzenia. Opatrunek gipsowy winien leżeć w ciągu 4—6 tygodni.

Pamiętać wszakże trzeba o właściwym znaczeniu i celu wszelkich zabiegów operacyjnych: mając na celu wyprostowanie kończyn, stanowią one jedynie wstępny akt przygotowawczy do leczenia następczego i nie mają żadnego bezpośredniego wpływu na czynność kończyn. Że uwaga ta nie jest zbyteczną, dowodzą tego np. poglądy niektórych lekarzy francuskich; KIRMISON np. dość sceptycznie się odzywa o zalecanem przez LORENZ'a operacyjnem leczeniu sztywności, jakby nie pomnąc, że ani LORENZ, ani HOFFA samą „operacją“ choroby LITTLE'a nie leczą. Podobną uwagę robi HOFFA o STOMEYER'ze, który potępił tenotomię, jako nie dającą rzekomo wyników pomyślnych.

Po usunięciu opatrunku gipsowego należy się starać o trwałe utrzymanie osiągniętego wyniku. W tym celu HOFFA kładzie swych chorych na nader prosty przyrząd, składający się z dwóch desek [dla obu kończyn], połączonych ze sobą w górnych swych częściach za pomocą stawu zawiasowego; dolne zaś końce desek można dowolnie zbliżać lub oddalać od siebie; pręt stalowy z podziałkami, łączący owe końce desek, utrzymuje żądany stopień abdukcji. Pośrodku desek przytwierdzone są rzemienie z klapkami, za których pomocą przymocowywa się stawy kolanowe do desek i utrzymuje w ten sposób kończynę w położeniu wyprostnem. Do dolnego końca każdej deski umocowana jest deseczka, idąca prostopadle ku górze; do deseczek tych przywiązuje się stopy; dzięki ruchomości owych deseczek w kierunku osi czołowej osiągnąć można żądany stopień obrotu ku zewnątrz (*rotatio externa*). Jest to przyrząd prosty, nie drogi i praktyczny. Chorzy leżą na owym przyrządzie dwa razy dziennie po 2 godziny. LORENZ radzi sobie jeszcze prościej, bo na kolana, względnie pośladki kładzie worki, napelnione szrutem.

EULENBURG ¹⁾, zachęcony pomyślnymi wynikami, jakie daje w przypadkach porażen dziecięcych przenoszenie czynności z mięśni zachowanych na

¹⁾ EULENBURG. Zur Therapie der Kinderlähmungen. Sehnenüberpflanzung in einem Falle spastischer cerebraler Paraplegie [sogen. LITTLE'scher Krankheit]. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1898. Nr. 14.

mięśnie porażone, podjął odnośną próbę w jednym przypadku choroby LITTLE'a. U 4-letniego dziecka, dotkniętego sztywnością, stopy znajdowały się w położeniu końsko-szpotałowym. Operacji dokonał SONENBURG; przeszczepił on część ścięgna Achillesa. Gdy po upływie dwóch tygodni zdjęto opatrunek gipsowy, stopa utrzymywała się w położeniu prawidłowym, pod wpływem zaś drażnienia prądem faradycznym nerwu piszczelowego (*n. tibialis*) w dole podkolanowym przybierała położenie nawrotne. Wynik możnaby było uważać za zupełnie dodatni, gdyby nie nastąpiło zbytne osłabienie napięcia mięśni zginaczy stopy. W celu uniknięcia takiego niepożądanego skutku na kończynie lewej dokonano tylko przeszczepiania części ścięgna Achillesa na mięśnie strzałkowe, natomiast zaniechano tenotomii; osiągnięto doskonały wynik.

Oprócz mięsienia i ruchów gimnastycznych, ważnym środkiem leczniczym jest nauka chodzenia. Zadaniem jej jest podporządkowanie ruchów zwrotnych mięśni ruchom dowolnym, *resp.* wykształcenie niedorozwiniętego, lub też upośledzonego czynnościowo ośrodkowego neuronu korowo-ruchowego. Lekarzowi nastęrcza się wdzięczne, lecz i nader ciężkie pole pracy, tembardziej, iż większość chorych stanowią dzieci. W najbliższym otoczeniu chorych lekarz winien szukać sprzymierzeńców w swoich usiłowaniach leczniczych i dać im odpowiednie wskazówki; od postępowania osób, prowadzących leczenie, ich taktu, wreszcie cierpliwości i wytrwałości zależeć będzie w znacznej mierze wynik leczenia.

Stanie i chodzenie po dłuższem unieruchomieniu stawów kończyn jest z początku niepomiernie trudne. Za pomoc choremu służyć może na razie stołeczek z opórkami HEUSNER'a; z czasem chory ogranicza się do pomocy dwóch kijów, później jednego kija, wreszcie od samego początku powinien próbować stąpać samodzielnie. Chory musi skupić całą swą uwagę w żądanym kierunku, powinien chodzić wolno i miarowo, unosząc wysoko stopy od ziemi i unikając kroków krótkich, szybkich i gwałtownych. Z biegiem czasu chorzy nabierają znacznej wprawy i pewności w chodzeniu, które też z pracowitej czynności dowolnej przekształca się następnie na czynność automatyczną. Już z natury rzeczy wynika, że w poprawie stanu chorych musi istnieć pewien kres, którego przekroczyć niepodobna. Celem usiłowań lekarskich jest doprowadzenie chorych do takiego stanu, aby chodzić mogli samodzielnie i, o ile to jest możliwe, sprawnie, nawet bez pomocy kija; chód wszakże chorych, nawet w przypadkach pomyślnych, nosić zawsze będzie w mniejszym lub większym stopniu cechę spastyczną.

Według LORENZ'a, za szczególną zaletę zalecanego przezeń sposobu leczenia sztywności uznać należy obywanie się bez wszelkich przyrządów ortopedycznych, których noszenie jest zawsze uciążliwe dla chorych.

Na uwadze mieć wszakże trzeba, że przypadki ciężkie, w których dotknięte są mięśnie kończyn górnych i tułowia, a zwłaszcza przypadki powikłane płasawicą i idyotyzmem, nie dają rokowania pomyślnego; właściwem miejscem dla takich chorych jest przytułek, a nie szpital.

Na klinice HOFFY spostrzegalem 8 przypadków choroby LITTLE'a, różnych co do natężenia objawów chorobowych i znajdujących się w rozmaitych

okresach leczenia. Z pośród tych przypadków zatrzymam się pokrótce na dwóch, które spostrzegalem przez czas dłuższy od początku ich pobytu na klinice.

I. Chłopiec lat 9, dobrej budowy ciała, układ mięśniowy dobrze rozwinięty; cierpieniem dotknięte są kończyny dolne; władze umysłowe zachowane; zez i wysadzanie gałek ocznych. Przed paru laty wykonano mu [na innej klinice] liczne tenotomie na obu kończynach. Chory stoi i chodzi jedynie z pomocą dwóch kijów, namyśla się długo, zanim zrobi kilka niepewnych kroków; chodzić nie chce, jeśli niema kogokolwiek obok siebie; na klinice miał stałą opiekunkę, w osobie siostry miłosierdzia.

Oprócz mięsienia, wykonywanego dwa razy dziennie we wskazany wyżej sposób, biernych, czynnych i połączonych ruchów gimnastycznych, chory od pierwszego dnia pobytu w klinice [przybył w marcu r. b.] rozpoczął naukę chodzenia. Przedewszystkiem zalecono mu posługiwać się wyłącznie jednym kijem, oprócz tego kazano mu dwa razy dziennie przez czas krótki próbować chodzić bez żadnej pomocy. Chłopiec z początku ani kroku sam zrobić nie mógł, przewracając się ku przodowi; w początkach czerwca, w chwili wyjazdu mojego z Würzburga, chory mógł przebyć przestrzeń nieznaczną z pomocą jednego kija, samodzielnie zaś zdolen był przejść kilkanaście, niekiedy więcej kroków; nierad wszakże chodził sam i nie chciał się pozbyć swej opiekunki. Chorego tego widziałem następnie za powtórnią swoją bytnością w Würzburgu w początkach września, a więc po półrocznej blisko kuracyi. Chłopiec o kiju wędrował sam jeden po ogrodzie, trzymał się pewno na nogach [stał np., opierając się zlekka lewą ręką na kiju, a prawą dobywał przedmioty z kieszeni], obywał się bez pomocy obcej, wreszcie potrafił przejść, acz niezupełnie jeszcze pewno, samodzielnie kilkadziesiąt kroków.

II. Młodzieniec lat 20, od urodzenia nie stawał na własnych stopach. Chory stoi jedynie z pomocą dwóch kul, zgięty niemal we dwoje; gdy chodzi, opierając się pachami o kule, unosi tułów w powietrzu i włóczy końcami palców po ziemi. Kończyny dolne są zgięte w stawach kolanowych pod kątem prostym, o wyprostowaniu kończyn niema mowy, przykurczenia te przypominają raczej ankylozy. Stopy—końsko-szpotaawe, paluchy zaś są zwrócone ku zewnątrz i pokryte 2 i 3 palcem (*halux valgus*). W maju Hoffa dokonał choremu następującej operacyi. Chorego uśpiono i przewrócono na brzuch. Cięcie poprowadzono wzdłuż ścięgien mięśni: półbłoniastego (*m. semimembranosus*) i półścięgniastego (*m. semitendinosus*) odpreparowano je dokładnie i wycięto kawałki ścięgien 1 ctm. długości i z kolei drugim cięciem obnażono ścięgno mięśnia dwugłowego uda i przecięto je, wreszcie rozwarło szeroko hakami ranę pierwszą i poprzecinano wszystkie ścięgna pasma tkanki łącznej, wypełniające dół podkolanowy. Następnie otwarto staw palcowośródstopowy palucha i ścięto dłutem główkę kości śródstopowej, poczem za pomocą cięcia podłużnego na podeszwowej powierzchni palucha dotarto do wyrosła kostnej, znajdującej się na podeszwowej powierzchni kości pierwszego członka palucha i zdjęto ją za pomocą dłuta. Ścięgno Achillea przecięto podskórnice; rany zaszyto. Takież same rękoczynny wykonano następnie na drugiej kończynie, poczem nałożono opatrunk-

ki gipsowe, sięgające aż do okolic pachwinowych. Podczas twardnienia gips starano się, o ile tylko było można, wyprostować kończyny; pomimo wszakże użycia bardzo znacznej siły powiodło się to w stawach kolanowych tylko częściowo. Mniej więcej co 2 tygodnie zmieniano choremu opatrunki, starając się za każdym razem osiągnąć coraz większe wyprostowanie kończyn, bądź za pomocą strzemięcia, obejmującego kolano i puszczonego w dół, w które to strzemię pomocnik wkładał stopę i ciągnął ku ziemi podczas nakładania obwojów opasek gipsowych, bądź też za pomocą mocnej szyny drewnianej; szynę tę przytwierdzono na czas schnięcia opatrunku gipsowego do okolicy dołu podkolanowego za pomocą opaski elastycznej. Po kilkotygodniowym trzymaniu chorego w gipsie, przystąpiono do zabiegów mechano-terapeutycznych, oraz zalecono leżenie na opisanym wyżej przyrządzie HOFFY. We wrześniu stan chorego przedstawiał się o tyle pomyślnie, że mógł stać na własnych stopach, opierając się na dwóch kijach i trzymał się o wiele prościej; ta zmiana w porównaniu z poprzedniemi położeniami chorego rzucała się w oczy. Chory pozostał w dalszej kuracji.

Wyniki, jakie w chorobie LITTLE'a otrzymują HOFFA i LORENZ, znamionują postęp niewątpliwy i zachęcają do podążenia za śladem tych chirurgów. Postawienie chorych na nogi, pewne uniezależnienie ich i udostępnienie im bardziej samodzielnej egzystencji — oto wynik dodatni naszkicowanego tutaj objawowego sposobu leczenia tej, w istocie swej nieuleczalnej, a tak ciężkiej dla chorych i ich otoczenia, choroby.

III. RUMIENŃ LOMBARDZKI.

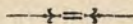
(MAIDYZM-PELLAGRA).

Wykład, miany na Zjeździe ziemskich lekarzy i przedstawicieli Ziemstw gubernii Bessarabskiej
d. 23 marca 1897 roku w Kiszyniewie

Przez

D-ra Władysława Kossakowskiego,

dyrektora gubernialnej ziemskiej lecznicy i kolonii rolniczej dla obłąkanych w Kostiużanach.



[Dokończenie.—Patrz Nr. 8].

Obraz zmian anatomo-patologicznych, właściwych rumieniowi lombardzkiemu, przedstawia się niezupełnie jasno u osobników, którzy w przeciągu długiego czasu cierpieli na tę chorobę, gdyż przyczyny zbroceń, znajdujących na trupach, mogą być również następstwem innych chorób, przebiegających jednocześnie z maidyzmem, jakoto: przewlekłego zatrucia wyskokiem, malaryi, syfilisu i t. p.. Lecz oględziny pośmiertne osobników młodych, którzy zmarli od maidyzmu, zatem przypadki, że tak powiem, czyste dają nam prawo przyznania następujących zmian, jako charakterystycznych dla naszego cierpienia: zwyrodnienie bocznych słupów i pęczków GOL'a w rdzeniu kręgowym i nierzadkie zwyrodnienia przednich rogów istoty szarej, skostnienia w kształcie blaszek, roz-

sianych na oponie pajęczej rdzenia (*arachnitis ossificans*), niezbyt zanikowy kanału żołądko-kiszki, zanik bry mięśnia sercowego, także zanik wątroby, stwardnienie śledziony (*sclerosis*) i w nieznacznym stopniu nerek. Lecz do najcharakterystyczniejszych zmian, stanowiących źródło większości złożeń, właściwych madyzmu, należą wspomniane zaburzenia rdzenia kręgowego, do opisu których obecnie przechodzę!

Pierwszy, zupełnie zapomniany opis tych zmian był opublikowany jeszcze w r. 1864 przez D-ra BOUCHARD'a. Na jednym z posiedzeń Towarzystwa Biologicznego paryskiego pomieniony badacz przedstawił stosowny referat, w którym opisał zmiany w bocznych i tylnych pęczkach mleczka kręgowego. W ostatnich czasach najlichniesze poszukiwania w tym kierunku uskutecznił D-r BELMONDO. Opisał on dwojakiego rodzaju zmiany: ostre i przewlekłe. Pierwsze, właściwe tylko tężcowej postaci rumienia lombardzkiego, przedstawiają obraz zapalenia opon miękkich i rdzenia: obfite nacieczenie tkanki przez leukocyty i silne przekrwienie naczyń. Drugie, t. j. przewlekłe, przedstawiają zwyrodnienie samych tylko pęczków piramidalnych, lub też i pęczków GOL'a, a części BURDACH'a. Tenże sam badacz znalazł także złożeń w komórkach, a zwłaszcza zwyrodnienie barwnikowe. Zmiany wspomnianych pęczków dosięgają wysokości początku rdzenia przedłużonego. Podobne złożeń były obszernie i szczegółowo opisane przez prof. TUCZEK'a. Co do badań moich, w tym kierunku podjętych, to wyniki ich są następujące: Preparaty przechowywałem w płynie MILLER'a, skrawki zabarwiałem sposobem WEIGERT'a i PAL'a, a te ostatnie barwiłem eozyną i hematoksyliną BOEMER'a. Zmiany okazały się dwojakiego rodzaju: jedne tylko przewlekłe, drugie przewlekłe w połączeniu z ostremi. Te ostatnie spotykałem tylko w przypadkach tężcowego madyzmu. Istota ich polegała na zwyrodnieniu bocznych słupów, pęczków GOL'a, a po części i pęczków BURDACH'a. W niektórych przypadkach sprawa chorobowa umiejscowiona była tylko w piramidalnych, bocznych pęczkach i pęczkach GOL'a, w innych razach zwyrodnienie zajmowało i proste pęczki mózdkowe.

U jednego tylko chorego, zmarłego w przebiegu niedowładu kurczowego z zanikami mięśni, znaleziono zwyrodnienie barwnikowe komórek rogów przednich istoty szarej, dość znacznie rozwinięte, co możecie Panowie stwierdzić na jednym z preparatów, gdzie sprawa ta jest bardzo wyraźnie uwidaczniona. Zwyrodnienie włókien nerwowych w wyżej wzmiankowanych pęczkach polega na rozpadzie myeliny, zniszczeniu cylindrów osiowych, a w rezultacie na zmniejszeniu ilości włókien. To ostatnie, jak widać na przedstawionych preparatach, od razu rzuca się w oczy przy porównaniu miejsc normalnych z odcinkami, uległymi sprawie chorobowej. Na skrawkach, zabarwionych według metody WEIGERT'a, zdrowe pęczki istoty białej rdzenia są zabarwione na ciemno i gdziekolwiek tylko pomiędzy włóknami prześwieca neuroglia koloru żółtego. Przeciwnie, w odcinkach, uległych zwyrodnieniu, barwa żółta przeważa, dzięki zmniejszeniu ilości włókien nerwowych, mających kolor ciemny.

W tych zmienionych miejscach widać żółtą neuroglię, w której przy znaczniejszych powiększeniach są widoczne poprzeczne przecięcia włókien ner-

wowych ciemno-fioletowej barwy, nie tak gęsto przebiegających, jak w zdrowych miejscach i odgraniczonych od siebie znacznymi przestrzeniami neuroglii, w której włókna nerwowe zupełnie zanikły. Zmiany charakteru ostrego polegają na obfitem nacieczeniu tkanki przez leukocyty, na rozszerzeniu i znacznym przekrwieniu naczyń i na wybroczynach.

Bardzo piękny obraz tej ostrej sprawy macie możność, Panowie, spostrzeżać na niektórych preparatach, traktowanych według metody PAL'a i zabarwionych następnie eozyną i hematoksyliną BOEMER'a. Na innych skrawkach, traktowanych w sposób potrójnego barwienia i wziętych z rdzenia u osobników, zmarłych nie na tężcową formę rumienia lombardzkiego, możecie Panowie w odcinkach, uległych zwyrodnieniu, przestudyować szczegóły tej sprawy chorobowej. Na różowym tle neuroglii odznaczają się poprzeczne przecięcia nie gęsto przebiegających ciemno-fioletowych włókien. Myelocyty ciemno-niebieskiej barwy od hematoksyliny są obficie rozsiane w tkance. W niektórych miejscach trafiają się duże myelinowe kulki tegoż koloru, jak również i kulki ziarniste. Obraz odpowiadający w zupełności sprawie zwyrodnienia tkanki nerwowej.

Ze wszystkiego, co powiedziano, jasnym się przedstawia, iż działanie toksyny pellagrorodnej umiejscawia się w układzie nerwowym. Wskutek tego w początkach choroby występuje cały szereg ogólnych zjawisk mózgowych, a ze strony rdzenia kręgowego objawy, zwiastujące przyszłe zaburzenia ustrojowe. Toksyna kukurydzowa bardzo prędko prowadzi do swoistych odżywczych zmian w skórze, nie wywołując widocznych zaburzeń anatomopatologicznych w ośrodkowym układzie nerwowym i działając trująco w sposób chemiczny na ośrodki odżywcze. W dalszym swem trującym działaniu, wpływając na rozwój skombinowanego, układowo-ustrojowego cierpienia rdzenia kręgowego, stwarza szereg charakterystycznych, właściwych mu objawów.

Zmiany w narządach wewnętrznych, polegające na zaniku, prowadzą do przedwczesnej starości ze wszystkimi jej przypadłościami. Zaburzenia zaś w nerkach dają nam możność objaśnić raptowne powstawanie tych burzliwych objawów, jakie spotykamy w tężcowej postaci rumienia lombardzkiego, nawet u osobników poniekąd silnych. Mają one cechy zjawisk mocznicowych, a przewaga w tym stanie sztywności mięśniowej, podniesienie odruchów ścięgniętych, przykurczeń i napadów drgawek tężcowych, słowem, przewaga objawów kurczowych objaśnia się dostatecznie zmianami w pęczkach piramidalnych rdzenia kręgowego. Nakoniec toksyna kukurydzowa, działając w sposób trujący na wyższe ośrodki mózgowo, sprowadza ostre psychozy, z których najczęstszą jest ostra ameneya w różnych swych postaciach.

Otóż i pełny obraz niszczącego działania na ustrój toksyny kukurydzowej. Odkąd w pasożytniczej teorii chorób zakaźnych zapanował pogląd, iż czynnikami, działającymi trująco na ustrój, nie są mikroorganizmy, lecz produkty ich życiowej działalności, odkąd zatem nastąpił zwrót w poglądach na korzyść chemicznego zatrucia, odtąd w nauce o przyczynach wielu chorób ośrodkowdgo układu nerwowego nastąpił zupełny przewrót. Zjawiło się wiele spostrzeżeń, wskazujących na związek, jaki zachodzi pomiędzy zaburzeniami

rdzenia kręgowego, a zatruciem ustroju tem lub innym ciałem jadowitem. I poprzednio było wiadomem, iż przy poporodowych zakażeniach, po błonicy, płonicy, ospie, cholercie, ostrym gościu występują choroby rdzenia kręgowego i ostre psychozy. Lecz w 1889 r. MORTON PRINCE zwrócił uwagę, iż zakażenie błotne bywa także przyczyną zwyrodnienia tylnych pęczków rdzenia kręgowego. Taką sprawą chorobową w tych samych pęczkach była opisana przez LICHTHEIM'a w złośliwej, postępowej małokrwistości (*anaemia perniciosa progressiva*), wskutek samozatrucia krwi produktami nieprawidłowej przemiany materii. Znanym jest każdemu z nas pogląd ERB'a, STRUEMPEL'a i całej szkoły wyznawców teorii syfilitycznego pochodzenia wządu rdzenia kręgowego.

STRUEMPEL w kwestyi tej wypowiada zdanie, iż najprawdopodobniej istnieją chemiczne ciała trujące, które w małych ilościach stale wyrabiają się w zakażonym przez jad syfilityczny ustroju i wywołują stopniowo zanik pewnych pęczków włókien w układzie nerwowym. Następnie prof. S. KORSAKOW znalazł zmiany w tylnych pęczkach rdzenia kręgowego przy przewlekłym zatruciu wyskokiem. TUCZEK i REFORMACKIJ opisali także zmiany tych pęczków przy ergotyzmie. Słowem, zdawałoby się, iż tylne pęczki mają jakieś szczególne usposobienie do zwyrodnienia pod wpływem ciał trujących. Lecz studia nad latyryzmem, po raz pierwszy przedsięwzięte przez prof. CANTANI'ego, kliniczne zbadanie tej choroby przez prof. KOŻEWNIKOWA i w ostatnim czasie przez D-rów MINGAZZINI'ego i BUGLIONI'ego i znane już nam zmiany rdzenia kręgowego właściwe maidyzmowi, o istnieniu których mieliście możność, Panowie, w tej chorobie się przekonać, nakoniec wyosobnienie przez prof. ERB'a z pośród chorób syfilitycznych układu nerwowego oddzielnej postaci cierpienia rdzenia kręgowego, mianowicie bez wządu kurczowego, dają nam prawo twierdzić, iż nie tylko pęczki tylne rdzenia, ale i boczne podlegają zaburzeniom pod wpływem rozmaitych ciał trujących. Należy w tem miejscu zastrzedz, iż w latyryzmie można było przyjść do takiego wniosku, co do umiejscowienia sprawy chorobowej w bocznych pęczkach rdzenia tylko na zasadzie niezmiernie charakterystycznego obrazu klinicznego.

Możność umiejscowienia spraw chorobowych pod wpływem różnych ciał trujących nie tylko w tylnych pęczkach, lecz i w bocznych upoważniła BELMONDO do ostatecznego sformułowania wniosków, wynikłych z rozstrząsania tej kwestyi w następujący sposób: oddzielne ciała trujące mają swoje pokrewieństwo z różnymi pęczkami nerwowymi rdzenia kręgowego, które służą, jako odczynniki swoiste na różnorodne ciała szkodliwe i wogóle na rozmaite bodźce chorobotwórcze.

Co do ostrych psychoz, to te są właściwe ergotyzmowi, maidyzmowi, niekiedy latyryzmowi i syfilisowi i najczęściej mają charakter obłądki halucynacyjnego lub osłupnego.

W ten sposób, jak widzicie Panowie, badając tę chorobę, nie tylko na drodze doświadczałnej, lecz także i na drodze klinicznej i anatomo-patologicznej, musimy przyjść do wniosku, iż jest pochodzenia toksycznego.

Przechodząc w końcu do sposobów leczenia choroby tej, winniem powiedzieć, iż najważniejszym naszym zabiegiem powinno być zupełne wyłączenie z pokarmów produktów kukurydzy i zamiana ich pożywnymi, lekkostrawnymi potrawami i podawanie chorym w umiarkowanej ilości dobrego, naturalnego wina. Po za tem pozostają zabiegi lecznicze czysto objawowe. LOMBROSO usilnie zaleca ze środków, wzmacniających układ nerwowy, arsenik w postaci rozczywnu FOWLER'a lub PEARSON'a.

Co się tyczy skuteczności używania w umiarkowanej ilości naturalnego wina w rumieniu lombardzkim, to opiera się ona na następujących danych. LOMBROSO, który stworzył, jak Panom wiadomo, etyologię rumienia lombardzkiego, przeprowadza analogię pomiędzy działaniem na ustrój pellagrosozyczny [spirytusowego wyciągu zepsutej kukurydzy] i strychniny i zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż analogia taka istnieje. Ponieważ wino, makowiec i chloroform stanowią odtrutki strychniny, a ostatnia zaliczoną jest do rzędu środków leczniczych przeciwko zatruciu wysokiem, nie w tem niema dziwnego, iż wino służy jako środek pomocniczy w leczeniu rumienia lombardzkiego. Nakoniec już dawno istnieją niejaki wskazówki co do wartości wina, jako środka zapobiegawczego przeciw omawianej chorobie. Jeszcze w roku 1851 D-r KAROL BRUNETTA z Wenecyi w liście swym do znanego pellagrologa ROUSSEL'a zakomunikował następującą wiadomość. W jego ojczyźnie Friolu rumień lombardzki począł się szerzyć jednocześnie z rozprzestrzenieniem choroby winogronowej, która wywołała mały urodzaj i duże zmniejszenie ilości spotrzebowywanego przez tamtejszych włościan wina, i nakoniec zupełne jego wyłączenie z użycia.

Następnie w roku 1862 z ogłoszonego publicznie listu prof. VACCA do D-ra BABARDINI'ego o rumieniu lombardzkim w Massa Karrara dowiadujemy się, co następuje: w Massa Karrara, prowincyi pod względem klimatycznym i tellurycznym, odpowiadającej wszystkim warunkom, koniecznym dla dojrzewania kukurydzy, która stanowi tam prawie jedyny pokarm miejskiej ludności, rumień lombardzki był nieznanym do czasu zjawienia się choroby winogronowej, której zawdzięczając, użycie wina znakomicie się zmniejszyło.

Tę wartość zapobiegawczą wina podniosła za pomocą danych statystycznych, skrzętnie zebranych w Bessarabii, lekarz-kobieta D-r panna MARYA RASZKOWICZ. Z dowodami i wnioskami naszego kolegi mieliście Panowie możność zaznajomienia się w tych dniach w przedstawionym przez nią na Zjeździe referacie, który stanowi nowy dorobek w nauce o etyologii i profilaktyce rumienia lombardzkiego.

Oto i wszystko, Szanowni Słuchacze, co mogłem w skróceniu zakomunikować Wam o moich dziesięcioletnich badaniach i studyach nad bessarabską pellagrą, z którą prawdopodobnie wypadnie nam jeszcze długotrwałą prowadzić walkę.

STAN i POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.

— † — † —

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 8].

Szpital Ewangelicki ¹⁾, który wraz ze szpitalem Św. Ducha nazwać można najlepszym ze szpitali warszawskich pod względem urządzenia sal i kanalizacyi i ustępów, które znajdują się przy każdym oddziale, posiada przeważnie oświetlenie gazowe. Sale ogólne i korytarze oświetlone są gazem, tylko chorzy w pokojach oddzielnych dostają stosownie do życzenia bądź lampy naftowe, bądź też świece stearynowe.

Ogrzewanie tylko w dwóch szpitalach [Św. Ducha i żydowskim] jest centralne, przytem w Żydowskim kaloryfery stale funkcyonują źle. Po za tem wszędzie sale chorych ogrzewane są węglem kamiennym w zwyczajnych piecach. Czy pieców tych za mało, czy one źle funkcyonują, czy wreszcie zaopatrzenie okien i drzwi na zimę jest wadliwe, dość, że w większości szpitali w salach jest zimno: chorzy powszechnie na to narzekają.

Przechodzimy teraz do innego niezmiernie bolesnego punktu, mianowicie brak salek izolacyjnych w szpitalach ogólnych [z wyjątkiem Św. Ducha i Ewangelickiego]. Brak ten należy niewątpliwie do najbardziej poważnych. Jeżeli u którego z pośród nowo przyjętych chorych ujawni się tyfus płamisty, ospa, błonica, płonica i t. p., jeśli na sali chirurgicznej pokaże się róża i t. p., wówczas szpital nie posiada żadnego środka izolowania podobnych chorych. Jedyne sposob—przenieść chorego zakaźnego do szpitala Zapasowego. Jeśli tam chory może być przyjęty, wówczas, zanim zostaną przeprowadzone wszelkie formalności, zanim przyjedzie karetka miejska, chory przez kilka godzin pozostaje na sali ogólnej. Jeżeli jednak wobec chronicznego braku miejsc w szpitalu zapasowym chorego nie można zaraz pomieścić, wtedy pozostaje on na drugi, trzeci i t. d. dzień, również na sali ogólnej, dopóki w szpitalu Zapasowym nie będzie miejsca wolnego. Jakże ztąd wynikać mogą następstwa, jak to sprzyja szerzeniu chorób zakaźnych, mówić nie będziemy. Lecz przypuścimy, że chorego zakaźnego można natychmiast przewieźć do szpitala Zapasowego. Jak taka odległa podróż może podziałać na chorego np. z *fractura complic.* i t. p. chorych, dotkniętych różą?

Lecz żądanie oddzielnych sal izolacyjnych w szpitalach ogólnych może wydawać się pewnym zbytkiem, skoro nawet w szpitalu Zapasowym, wyłącznie dla chorób zakaźnych przeznaczonym, izolacja przeprowadzona jest bardzo niedostateczna. Najprzód, wszystkie oddziały znajdują się nie tylko pod jednym dachem, lecz na jednym korytarzu. O izolacyi w tych warunkach mowy być nie może. Bardziej jeszcze izolowany jest tu oddział ospowy, lecz co do szkarlatyny, błonicy, odry, róży, krwawej biegunki, to chorzy, dotknięci tymi chorobami, leżeć mogą na wspólnej sali jeden obok drugiego.

A teraz parę słów o samej sprawie przewożenia chorych. W szpitalu Zapasowym istnieje karetka, bardzo pierwotnie urządzona. W razie potrzeby każdy szpital wzywa ją telefonem. Dla naturalnego oszczędzenia czasu, a tak że dla tego, by chorzy zakaźni zbyt długo nie leżeli w szpitalach ogólnych, karetka jednym kursem zabiera chorych z różnych szpitali. Z jednego więc szpi-

¹⁾ Liczba łóżek w szpitalu tym zwiększoną została do 97, wskutek tego ogólna liczba łóżek we wszystkich szpitalach wynosi: 1545.

tala zabiera odzież, z drugiego tyfus plamisty lub ospę—chorzy ci więc wspólnie podążają do miejsca swego przeznaczenia.

W bliskim związku z tą samą sprawą jest brak pieców kremacyjnych do spalania opatrunków, bielizny, słomy i t. p. po niebezpiecznych chorobach zakaźnych [nosaczna, karbunkuł, ospa czarna i t. p.], zwłaszcza brak ten daje się odczuwać w szpitalu Zapasowym.

Praktyka oddawna już stwierdziła, że we wszystkich szpitalach ogólnych powinien być koniecznie oddział chirurgiczny. Tymczasem dwa nasze szpitale [Zapasowy i Wolski] oddziału chirurgicznego całkiem nie posiadają. Jeszcze Wolski szpital w razie potrzeby może się ratować salką operacyjną w ambulatoryum. Lecz co do szpitala Zapasowego, to ten wraźce powikłań chirurgicznych u chorych zakaźnych jest zupełnie bezbronny.

Nie lepiej wygląda w tym czarnym obrazie urządzenie wanien.

Przedewszystkiem we wszystkich prawie szpitalach ilość wanien jest niewystarczająca. Pomieszczenie ich jest niezmiernie ciasnem, co uniemożliwia utrzymanie jakiejś takiej czystości. Dla ilustracyi przytoczymy, że w szpitalu Dz. Jezus np. dwie wanny mają obsługiwać chore kobiety, świeżo przybywające do szpitala, do 80 chorych z oddziału 8 i 30 przeszło kobiet z oddziału 36. Te 2 wanny winny utrzymywać czystość ciała stu kilkudziesięciu chorych, a jednocześnie służyć za zakład hydropatyczny dla tyluż chorych. Rzecz prosta, że i jeden i drugi cel nie zostają osiągnię. Rozumie się, że w pokoju dla wanien musi panować brud niesłychany. Nie wspominamy tu już, że o jakichkolwiek—bądź zabiegach wodoleczniczych mowy tu być nie może: wszystko sprowadza się tu do kąpeli gorących, których urządzenie, ciepłota, czas trwania zależy od ciemnego posługacza. Nie możemy tu także pominąć braku dzwonek w pokoju z wannami: wydatek na ten cel byłby niewielki, a jednakże konieczny.

Odpowiednio do całego urządzenia szpitali przedstawia się i stan kuchni. Kuchnie wszędzie są ciasne, urządzone bardzo pierwotnie, pomimo to, że te muszą obsługiwać wielką liczbę stołowników.

Brak odpowiednio wykwalifikowanej służby kuchennej, zresztą niedostateczność jej sprawiają, że sprawa należytego żywienia chorych tak samo szwankuje, jak to widzieliśmy odnośnie do czystości powietrza, urządzenia wychodków i t. d. Lecz niedość na tem. Jedzenie, przynieszone z kuchni na oddziały, powinno być gdzieś rozdawane i ogrzewane. W tym celu wszędzie istnieją kuchenki małe przy każdym oddziale. W naszych jednak szpitalach albo tych kuchenek zupełnie niema i pokarmy nieodgrzewane rozdaje się na korytarzu lub salach, albo też istnieją małe, ciasne, nieodpowiednio urządzone, pomieszczone często tuż obok wychodków, szerzących straszny fetor.

Po przedstawieniu powyższych kardynalnych braków z pewną już nieśmiałością pragnęlibyśmy dotknąć jeszcze paru, zdaniem naszym, bardzo naturalnych potrzeb naszych szpitali—z nieśmiałością mówimy, bo istotnie błędną one bardzo na tle ogólnego stanu naszego szpitalnictwa.

Mamy tu na myśli werendę na zimę dla chorych, na lato zaś ogród. Nawet przy odpowiedniem urządzeniu sal, nawet wówczas, kiedy zepsute powietrze nie wypędza chorych z sali, konieczne są potrzebne sale, bawialnie, czy werendy, gdzieby chorzy mogli spędzać pewną część dnia, czy to dla rozrywki, dla wspólnego pobawienia się, czy też choćby dla popalenia papierosa. Ostatni punkt w praktyce nie jest bez znaczenia. Na salach palić nie można dla względów higienicznych, na korytarzach palić nie wolno dla porządku. Pozostaje teoretycznie tylko sposób jedyny: palenie w wychodku, jakkolwiek i to jest zaledwie tolerowane. Rozumie się, surowy ten rygor sprawia to, co z góry można przewidzieć: chorzy palą i na salach i w korytarzach. Wszelkie napomnienia i groźby nie działają, a my lekarze musimy patrzeć na to przez szpary, aby zachować powagę władzy, jaką względem chorych szpitalnych

posiadamy. Dla czegoż szpital ma być jakąś instytucją poprawczą, która skazuje chorych na pewne prywacye, dość przykre, jak to nam wiadomo z własnego doświadczenia.

Tak samo potrzebne byłyby dla chorych ogrody na lato. Tymczasem, o ile który szpital posiadał wolną przy szpitalu ziemię, tam sadzono do niedawna kartofle, marchew i t. p. [szpital Dz. Jezus], do uprawy czego, mówiąc nawiasem, używa się służby szpitalnej, przeznaczonej dla chorych, a chorzy leżą w lecie, na ziemi, bo nawet zwyczajnych ławek nie ma. A przecież tak niewielkim nakładem możnaby taką rzecz urządzić przy każdym szpitalu. Zresztą kobiety nie mogą zupełnie wychodzić na podwórze wobec braku spódnic. Tylko szpital Św. Łazarza, który urządził trawniki przy każdym pawilonie, stanowi pewien wyjątek.

Aby skończyć z charakterystyką pomieszczenia naszych szpitali, musimy tu powiedzieć słów parę o pokoju do przyjmowania chorych, przybywających do szpitali. I w tym względzie nędzne urządzenia szpit. Dz. Jezus nie są wyjątkiem, lecz raczej stanowią prawidło. Ani w jednym szpitalu warszawskim niema porządku w tym celu urządzonego pokoju. Chorych przyjmuje się albo w poczekalni, gdzie gromadzą się wszelacy interesanci, chorzy ambulatoryjni i chorzy, pragnący dostać się do szpitala [Dz. Jezus], albo też w ambulatoryjum, gdzie jednocześnie bada chorych lekarz ambulatoryjny; tu również siedzi i sypia felczer dyżurny [Św. Rocha, Św. Ducha]. To też w pokoju do przyjmowania chorych panuje nieopisany zgiełk, zamieszanie i najwyższy nieporządek. Lekarz miejscowy, przyjmujący chorego do szpitala w tych warunkach, nie ma najmniejszego wyobrażenia o chorobie, bo tu mu depeczą po piętach, pchają, krzyczą nad uchem, wymyślają wreszcie za to, że w szpitalu może nie być miejsca, albo też ze łzami błagają o przyjęcie do szpitala. Nie dziw przeto, jeżeli lekarz przyjmie chorego chirurgicznego na oddział wewnętrzny, lub, co gorzej, chorego zakaźnego umieści na sali ogólnej. A jeden mały pokoiik oddzielny do przyjmowania chorych zaradziłby złemu i usunąłby cały ten zupełnie niepotrzebny nieporządek w ogólnem życiu szpitalnem.

Wreszcie musimy tu dotknąć jeszcze jednego bardzo żywotnego punktu, mianowicie pomieszczenia służby szpitalnej. Prawie we wszystkich szpitalach sypia, jada i wogóle żyje na salach chorych. Posługacz nie ma kąta, gdzieby mógł przespać się po ciężkiej pracy dziennej, bo, śpiąc na sali z chorymi, nie może być pewien, że go nie ściagną do chorego, że go nie obudzą dla rozmaitych powodów. — Brak pomieszczenia, zarówno jak nędzne niezmiernie życie posługaczy szpitalnych stanowią dwa powody, dla których porządniejsi, bardziej rozgarnięci i zdolniejsi posługacze opuszczają śpiesznie szpital — a pozostają ci, którzy nie mają szans znalezienia gdzieindziej sposobu zarobkowania.

Wyliczyliśmy tu długą listę braków, odnośnie do pomieszczenia szpitali. Lecz, czy możemy mieć nadzieję, że smutna praktyka dotychczasowa oszczędzi nam takich i tylu niekorzystnych rysów w nowo powstających szpitalach? Na stare szpitale zagranicą patrzymy często — my przynajmniej — z pewną zazdrością. Gdy jednak w Niemczech budują nowy szpital, to nie wzorują się na starych, lecz po sumiennych studyach kreślą plany. Kiedy we Wrocławiu budowano nowy szpital, delegowano lekarza wraz z budowniczym do zwiedzenia wzorowo urządzonych szpitali. I tak zawsze się tam dzieje. A wszakże u nas tem większa by tego zachodziła potrzeba, bo nasi budowniczowie dla braku odpowiedniej praktyki mogą mieć mniejsze doświadczenie w sprawie budowania szpitali.

Uwagę tę tembardziej by teraz mieć należało na względzie, gdy z konieczności wcześniej, czy później muszą powstać nowe szpitale. Jest to tylko

kwestią czasu. Jeśli przypomnimy sobie początkowe nasze uwagi, to możemy powiedzieć, że ideałem naszym powinno być posiadanie 1 łóżka na 200 mieszkańców. Powinniśmy przeto mieć 3100 łóżek. Taka liczba łóżek jest nam obecnie potrzebna. Ponieważ jednak ludność Warszawy wzrasta rocznie o 20000 osób, to i w przyszłości liczba łóżek powinna zwiększać się o 100 rocznie, jeżeli nie chcemy znów doprowadzić do takiego stanu, jak w tej chwili. Dużo więc, bardzo dużo musi nam przybyć miejsc szpitalnych. Oby jednak nie tylko ilościowo, lecz i jakościowo czyniły one zadość współczesnym wymaganiom.

Pościel szpitalna składa się z siennika, przykrytego prześcieradłem 2 poduszek, wypełnionych pierzem oraz koldry grubszej lub cieńszej, t. j. zimowej lub letniej.

Siennik, mocno wypchany słomą, stanowi nieodłączną część łóżka szpitalnego; jest on twardy i przykry dla osób łżej chorych, które mogą podnosić się z łóżka, a cóż dopiero mówić o takich, którzy zmuszeni są leżeć przez kilka tygodni na wznak i nieruchomo, jak np. po złamaniach kończyn dolnych lub po ciężkich operacjach brzusznych.

Już w krótkim przeciągu czasu siennik przybiera kształt żłobu, a chociaż go nieraz poprawiają, wstrząsając słomę, co rychlej powraca on do zwykłej swej postaci; zbytecznem jest dodawać, ile kurzu zmuszeni są łykać otaczający chorzy podczas owego wstrząsania siennika, co wbrew nawoływaniu odbywa się zawsze na sali.

Słoma w siennikach zmieniana bywa tylko 2 razy do roku zgodnie z przyjętym zwyczajem, po za tem zmieniają ją po zmarłych lub wreszcie w razie obfitego przemoczenia wydzielinami chorych. Zazwyczaj więc nowowstępujący do szpitala chory obejmuje w posiadanie czasowe ciepły jeszcze siennik swego poprzednika.

Smutną stroną sienników w szpitalach naszych stanowi częstota odleżyn, łatwo powstających u ciężko chorych, którzy zmuszeni są leżeć długo i nieruchomo. Nie potrzeba tu uciekać się do zmian w nerwach troficznych; upośledzone odżywianie ogólne obok nierównego, twardego ucisku na okolicę krzyżową w zupełności wystarczą do wytworzenia się odleżyny. Niemniej smutne w skutkach bywa częstokroć leczenie złamań na kończynach dolnych: przykrócenia po złamaniu uda lub szyjki kości udowej są wyraźnem następstwem nierównego ułożenia chorej kończyny, jak również niedokładnego działania przyrządu wyciągowego; nie pomogą tu codzienne choćby poprawiania siennika, pod posładkami zawsze wytworzy się dół.

Jeżeli dla całości obrazu dodamy jeszcze bandę pluskiew, wszy i pcheł, częstokroć bezkarnie gnieźdzących się w słomie, to doprawdy siennik szpitalny bez przesady za narzędzie tortury poczytaćby można.

Co prawda, każdy prawie oddział posiada materace z trawy morskiej na jedno lub najwyżej na dwa łóżka, jak również posiada kilka nieraz poduszek gumowych, wypełnianych powietrzem, czyli tak zwanych kółek, wszystko to jednak ani ilością, ani jakością nie odpowiada rzeczywistym potrzebom oddziału: trawa w materacach rychło ścięra się na proszek i utracą przez to swą sprężystość, kółka zaś gumowe często psują się, tak, że wogóle nie zapewniają należytej wygody ciężko choremu.

A więc w imię polepszenia losu chorych szpitalnych należałoby koniecznie raz już usunąć siennik, ten nędzny pierwowzór posłania i zastąpić go materacem włosianym lub z trawy morskiej, ułożonym na drucianej siatce, jak to widzimy w szpitalu Ewangelickim i w baraku Czerwonego Krzyża. Jakkolwiek na pierwszy rzut oka zmiana taka może wydać się nadto zbyt kłopotliwą wobec skromnych środków szpitali, to jednak skoro zważymy wartość słomy i zara-

zem jej nietrwałość, przyjdziemy do wniosku może bardziej zachęcającego. Szpital np. Zapasowy, liczący 80 łóżek, wydaje rocznie na słomę 700 rs., zatem średnio słoma dla jednego łóżka kosztuje prawie 9 rs.; cyfry te mówią same za siebie: oczywiście materac musi kosztować więcej, ale za to trwałością swą wynagrodzi sownie poniesiony wydatek.

Zbytecznym jest dodawać, że materac powinien być całkowicie pokryty prześcieradłem gumowym, chroniącym go od przemoczenia. Poszewki na poduszkach, prześcieradło płócienne oraz podszycie pod kołdrę zmieniają się zwykle [z wyjątkiem szpitala Ewangelickiego] raz na tydzień, dwukrotna zmiana w ciągu tygodnia jest niemożliwą z uwagi na skąpe zaopatrzenie szpitali w bieliznę oraz na zacofane urządzenie pralni szpitalnych, po większej części ręcznych.

Kołdra włochata z grubej wełny z uwagi na swą czystość wiele pozostawia do życzenia; a jednak chory leży pod nią, często siedzi na niej, kładzie na niej swe jedzenie, wyciera o nią swe ręce, a częstokroć i nos; mimo to przez szereg lat aż do całkowitego zdarcia oprócz dorocznego na lato trzepania nie podlega nigdy doszczętnemu oczyszczeniu np. w kamerze dezynfekcyjnej.

Należałoby zatem zaopatrzyć każdy szpital w kamerę dezynfekcyjną nowszego wzoru i tu poddawać wyjałowieniu, już jeżeli nie materac i poduszki, to przynajmniej kołdrę i kapotę po każdym chorym. Poza to kołdra nie powinna być podszywana tylko, lecz powinna być ukryta podobnie, jak poduszka w poszwie płóciennej z jednej tylko strony zapinanej na guziki. Kołdry letnie z grubego drelichu mają tę wyższość w porównaniu z zimowemi, że przynajmniej raz do roku mogą być prane, gdyby liczba ich była większa; oczywiście pranie, a więc i zmiana ich byłaby częstsza, zamiast podszycia i tu również należałoby zaprowadzić poszwy.

Odzienie chorych składa się z szlafroka zimowego lub letniego, bielizny, pantofli, czapki płóciennej lub czepka.

Szlafrok zimowy z czarnego grubego sukna bez podszewki i jednakowego kroju zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet przypomina raczej odzież więźnia, aniżeli ubranie chorego, odpowiadające jakim takim wymaganiom higieny i estetyki.

Nic więc dziwnego, że wyglądem swoim, a więcej jeszcze brudem budzi wstręt w ludziach nawet niezbyt wybrednych.

To, co powiedziano o kołdrach, da się w znacznej części zastosować i do szlafroków; one podobnie, wobec braku dezynfekcji, mogą być rozsładkami zakażeń, np. gruźliczego. Na tem miejscu dodać należy, że w niektórych szpitalach, np. Św. Ducha, Ewangelickim, Dz. Jezus i Żydowskim, istnieją od niedawna kamery dezynfekcyjne, mające na celu wyjaławianie głównie szlafroków chorych gruźliczych, niestety, jednak pożytek tych kamer pozostawia wiele do życzenia w jednych ze względu na wadliwe ich urządzenie, w innych z powodu braku odpowiedniego nadzoru i obsługi; słowem istnieją one więcej dla formy, aniżeli dla użytku.

Szlafroki letnie z grubego płótna w niebieskie paski są podobnego kroju, jak i zimowe; mają również z ostatnimi tę wspólną cechę, że podczas chodzenia otwierają się szeroko.

Bielizna mężczyzn składa się z koszuli majtek i pończoch, kobiet zaś z koszuli tylko i pończoch; wszystko to z żółtego, grubego płótna, a tak zwane pończochy najczęściej z niezmiernie sztywnego.

Pantofle bez obcasów i napiętków jednego kształtu zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet, mają tę szczególną właściwość, że spadają z nóg: chorzy mogą w nich tylko czapać się, nie unosząc nóg podczas chodzenia.

Czapka płócienna stożkowatego kształtu dla mężczyzn i czepki dla kobiet mają, zdaje się, głównie na celu ochronę poszewki od zanieczyszczenia, wyglądem swym, bądź co bądź, harmonizują z resztą odzienia chorego.

Chustka do nosa, ten nieodzowny dodatek do odzienia od dawien dawna, nie był przewidziany w inwentarzu szpitalnym. Biedniejsza warstwa ludzi w istocie nie używa chustek, lecz załatwia się z nosem w sposób zarówno pierwotny, jak i wstrętny. Cóż ten biedak ma począć w szpitalu, skoro podłogi na sali zanieczyszczać nie wolno, chyba biedak musi do ustępu; a jeżeli podnieść się nie może, pozostaje mu do rozporządzenia rękaw od koszuli, albo podszyć od kołdry. W poczuciu tej nieodwołalnej potrzeby niektórzy ordynatorowie zaopatrują własnym kosztem swe oddziały w chustki, a zapobiegliwsze siostry miłosierdzia w braku chustek wydzielają chorym kawałki płótna z tatk zwanych starych okładów.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

32. Hüttl. Kontuzja żołądka.

Niezwykły przypadek opisał autor w Towarzystwie Lekarskiem w Pezscie. Woźnica 18-letni został przyciśnięty do muru przez dyszel, który uderzył go w okolicę żołądka. Po natychmiastowem przyjęciu chorego do szpitala stan był następujący: pacjent przytomny, lecz z wyraźnymi ogólnymi objawami wstrząsu. Brzuch niesymetryczny, w okolicy lewej u dołka podsercowego wypuklenie wielkości dwu pięści, w dotknięciu miękkie, poduszkwate; przy opukiwaniu ton bębniasty; wypuklenie to przez ucisk może być wprowadzone do jamy brzusznej, poczem w lewej linii sutkowej na 2 palce powyżej łuku żebrowego można wyczuć w mięśniach brzusznych wyraźną przetokę wielkości dłoni. Wobec tego przypuścić należało, co następuje. Wskutek uderzenia dyszla pacjent napiął mięśnie brzucha. Dyszel wpuklił skórę przed siebie na kształt rękawiczki, nie uszkodzając jej, natomiast powięzie, mięśnie i otrzewna uległy rozdarciu, a przez otwór wypadły jelita pod skórę. Wobec zagrażającego niebezpieczeństwa [skutkiem krwotoku wewnętrznego i zapalenia otrzewnej] zdecydowano się na laparotomię. Przystąpiono do operacji w półtorej godziny po kontuzji. Poprowadzono równoległe do łuku żebrowego cięcie długości 17 ctm. i tuż pod skórą znaleziono wypadnięty, powietrzem wypełniony żołądek. Po odprowadzeniu żołądka rozszerzono nacieklą krwią ranę ściany brzusznej, przyczem wylała się tak znaczna ilość krwi, iż nasunęło się przypuszczenie rozdarcia wątroby lub śledziony. Po usunięciu krwi okazało się, co następuje. Całe *ligamentum gastro-colicum* oderwane było od żołądka tak, że żołądek można było podważyć i odwrócić, a następnie łatwo można było opróżnić z krwi *bursam omentalem*. Liczne gałązki dolnego łuku tętniczego żołądka, prowadzące do sieci większej, krwawią i zostają przeto podwiązane. Zarówno w przedniej, jak i w tylnej ścianie żołądka rana prostopadła, długości 8 ctm., rozdzierająca wszakże tylko błonę surowiczą i mięśniową, o brzegach ostrych, jak gdyby nożem cięta. Obiedwie rany zostają zaszyte szwem kusińskim. Wylew krwi w ścianie poprzecznicy nie wymagał specjalnego zabiegu chirurgicznego. Kiszki cienkie nietknięte. Po zaszyciu otrzewnej, mięśni i pozostałych warstw ściany brzusznej przebieg pooperacyjny ciężki; jednakże w ciągu 6 tygodni nastąpiło wyzdrowienie zupełne.

(Allg. medic. Central-Ztg. 1899. Nr. 14).

Flaum.

33. A. Fraenkel. O stosowaniu dużych dawek naparstnicy przy zapaleniu płuc.

TRAUBE pierwszy zauważył pomysłny wpływ naparstnicy na przebieg chorób gorączkowych i za konieczny warunek dla osiągnięcia tego wpływu postawił stosowanie jej w dawkach znacznie większych, niż przy chorobach sercowych. Działanie naparstnicy polega tutaj nie na unormowaniu czynności serca, lecz przede wszystkim na obniżeniu ciepłoty ciała i zmniejszeniu szybkości tętna. Gdy więc przy chorobach sercowych przepisujemy napar 1:200, w chorobach gorączkowych należy według TRAUBE'go stosować napar conajmniej z 2:120 lub 4:180; dzienna zaś ilość zużytej przez jednego chorego naparstnicy powinna wynosić 1,0—1,5 grm..

PETRESKO w Bukareszcie nie zadowolili się powyższymi dawkami i postępował jeszcze śmieiej: chory otrzymywał przez dobę 4 gramy naparstnicy i więcej, w 100 gramach wody; ogólna ilość przyjętego leku wynosiła w ciągu 4—5 dni 20—24 gramów. Wyniki były następujące: ciepłota spadała po 24—72 godzinach o 3—4 stopnie, szybkość tętna zmniejszała się z 110—115 do 60, 30, 24 przez minutę, objawy zatrucia jakoteż zaburzenia żołądkowe nie występowały nigdy; śmiertelność nie przewyższała 1 do 2%, podczas gdy w Berlinie dosięga ona cyfry 20—25%.

Następnie wybitni klinicyści francuscy: LÉPINE, RENDU, HUCHARD potwierdzili znakomity wpływ naparstnicy na przebieg zapalenia płuc, jakkolwiek lekarze niemieccy [JUERGENSEN, LEWIN] przyjęli nową metodę bardzo niechętnie.

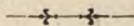
W ciągu kilku lat ostatnich autor również zajął się powyższą kwestyą. Ponieważ według spostrzeżeń TRAUBE'go naparstnica, zalecana w okresie późniejszym, t. j. na 1—2 dni przed zakończeniem krytycznym, może powodować znaczne zwolnienie i nieprawidłowość tętna, przeto autor stosował ją tylko w okresach początkowych, w przypadkach świeżych; wyłączył chorych z wyraźnym osłabieniem czynności serca, t. j. z małym, częstym tętnem; nie przekroczył nigdy dawki 4,0 dziennie i w ogólności wyznaczał choremu w ciągu 3—4 dni 10—12, najwyżej 14 grm. naparstnicy.

Wyniki badań dają się streścić w sposób następujący: groźnych objawów zatrucia nie zauważono ani razu; czasem występowały nudności i skłonność do wymiotów, i wówczas autor wprowadzał lek przez odbytnicę w tejże ilości [4 grm. dziennie w 100 grm. wody]; „szybkość tętna 110—120, zmniejszała się o 10—20 uderzeń, czasem wprawdzie po 2—3 dniach wynosiła 50 uderzeń i nawet mniej na minutę, lecz nieprawidłowości tętna nigdy nie spostrzegano. Wpływ naparstnicy na spadek ciepłoty bywał zawsze dodatni i już w 3-im dniu stosowania leku ciepłota zazwyczaj dosięgała normy; co się wreszcie tyczy wpływu naparstnicy na sprawę miejscową, to autor nie zauważył zmiany w jej przebiegu, który bywał zwykle typowy, jakkolwiek cechował się mniej, niż zazwyczaj ciężkimi objawami.

(Die Ther. der Gegenwart. Heft 1. 1899).

W. Rubin.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dn. 24, I. 1899.

1. KRAJEWSKI przedstawia chorą, której przed dwoma miesiącami usunął z podstawy języka guz wielkości dużej śliwki. Przed dwoma laty chora miała

kilka razy krwotoki z ust, a w ostatnich czasach zauważyła, że mowa, oddech i połykanie stają się utrudnionemi. Przy badaniu zwierciadłem krtaniowem i palcem znaleziono na podstawie języka, nieco na prawo od linii środkowej—guz, pokryty obficie unaczynioną błoną śluzową, o podstawie szerokiej, obwodem dotykający nagłośni. Do usunięcia guza przystąpiono w dwa tygodnie po poprzedniej tracheotomii, ponieważ zaś dobry stan ogólny chorej przemawiał przeciw przypuszczeniu nowotworu złośliwego, przeto postanowiono wykonać operację bez przecinania części miękkich policzka lub szyi, aby nie szpecić chorej. Po przeciągnięciu ligatury przez górną część mięszu języka w kierunku poprzecznym, wyciągnięto, ile się dało, język i wtedy przeprowadzono po za pierwszą ligaturą drugą, równoległą do pierwszej; pociąganie za tę nitkę zbliżyło znowu tylne części górnej powierzchni języka. Po nałożeniu trzeciej nitki można było wyciągnąć język ku przodowi o tyle, że cały guz stał się widocznym i mógł być usunięty za pomocą noża. Ranę zaszyto, a przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Metodę, zastosowaną w danym przypadku, wypróbował Kr. na trupach i przekonał się, że za pomocą ligatur poprzecznych można znakomicie wyciągnąć ku przodowi, do jamy ustnej, nie tylko podstawę języka, ale i nagłośnię, po której odchyleniu widać wnętrze krtani. Wobec tego metoda Kr. może być pożyteczną nie tylko przy operowaniu guzów podstawy języka, lecz również w przypadkach guzów nagłośni i krtani; leczenie chirurgiczne nacieczeń gruzliczych krtani przy zastosowaniu tej metody będzie mogło być przeprowadzone radykalniej. Metodę swoją demonstruje Kr. na trupie.

2. CIĄGLIŃSKI przedstawia 13-letniego Jana N., który od roku już zwrócił uwagę swych rodziców nieprawidłowem zachowaniem, osłabieniem władz umysłowych, wybitnemi zmianami mowy, która stała się bardzo niewyraźną, jakby nosową i widocznie utrudnioną, przyczem chód chłopca stał się niezręcznym, niepewnym, a chory sam płacziwym i dziecinnym, jak dziecko trzy lub czteroletnie.

Przy badaniu widzimy: szczupły chłopiec, wzrostu niewielkiego, stoi niezgrabnie z szeroko rozstawionemi nogami. Chód jego przedstawia cechy chodu paretyczno-spastycznego: kroczy z szeroko rozstawionemi nogami, posuwając nieco stopami wskutek niedokładnego unoszenia ich od podłogi. Przy staniu z zamkniętymi oczami chwieje się, odchylając głowę ku tyłowi.

Żrenice nierównej wielkości i niedokładnie okrągłej formy absolutnie na działanie światła nie oddziałują. Wyciągnięte palce dłoni, jak również język przy wysuwaniu go z jamy ustnej drżą.

Drżenie rąk nie przedstawia bynajmniej cech drżenia zamiarowego: chłopiec łatwo sprowadza palce wskazujące obu rąk, dotyka wskazicielem końca nosa, ujmuje dobrze przedmioty i t. p. bez wzmagania się drżenia.

Pismo przedstawia charakterystyczne cechy pisma o konturach liter drobno-ząbkowanych, przyczem giną przy pisaniu nie tylko pojedyncze litery, ale i całe zgłoski.

Mowa niewyraźna, zamazana, z przestawianiem lub opuszczaniem zgłosek lub głosek, np. zamiast gimnastyka mówi gminastyka i t. p.

Czucie zachowane, odruchy kolanowe bardzo silnie wzmożone, objaw stopowy.

Dno oka zmian wybitnych nie przedstawia.

Z wywodów dowiadujemy się, co następuje: Rodzice żyją i jakoby są zdrowi. Matka jeden raz [pierwszą ciążą] ronila.

W ciągu pierwszego roku życia maly pacjent dwukrotnie podlegał poważniejszym kuracyom: raz z powodu „sapki“ miał zalecone kąpiele sublimatowe, które źle znosił; drugi raz z powodu cierpienia skór nego na podszwach miał zalecone i stosowane wcieranie maści szarej. Ząbkował trudno. W pię-

tym roku życia przechodził odrę, w tymże mniej więcej czasie wypadł z wysokości pierwszego piętra z okna na ziemię.

Gdybyśmy taki całokształt chorobowy spostrzegali u dorosłego, przypadek podobny należałby do banalnych, niestety, zbyt często spostrzeganych zjawisk. W rzeczy samej zmiany inteligencji, charakterystyczne zmiany mowy i pisma, nierównomierność, niekształtność i odruchowa nieruchomość źrenic, drżenie rąk bez cech drżenia zamiarowego, silnie wzmoczone odruchy kolanowe i objaw stopowy, wreszcie chód paretyczno-spatyczny przy więcej niż prawdopodobnem zakażeniu przymiotowem dziedzicznym, pozwałyby tylko na jedno rozpoznanie—paraliżu postępującego. Mając jednak na uwadze pacyenta młody wiek, w którym choroba ta stanowi po dziś dzień wielką rzadkość, nie od rzeczy będzie uwzględnić stany chorobowe o podobnym obrazie klinicznym, częściej u dzieci występujące.

Postawa chorego z szeroko rozstawionemi nogami, głową odchyloną ku tyłowi, z typem chodu, który CHARCOT nazywa tabeto-cerebellarnym, mogłyby naprowadzić na myśl o chrobie FRIEDREICH'a. Przypuszczenie to jednakże musimy wyłączyć, a to ze względu na wzmoczenie odruchów kolanowych zamiast ich zniesienia lub osłabienia, na zmiany w wielkości, kształcie i oddziaływaniu źrenic, wreszcie ze względu na zaburzenia inteligencji, mowy i pisma.

Dla rozpoznania wielogniskowego rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia brakuje cech drżenia zamiarowego, biegania galek ocznych (*nystagmus*); przeciw temu rozpoznaniu przemawiają zmiany źrenic; wreszcie cechy zaburzeń mowy i pisma nie przemawiają wcale za podobnem rozpoznanem.

Nowotwór mózdzku mógłby dać podobny obraz nieźborności ruchów, lecz dałby także: zniesienie odruchów kolanowych i zmiany zastoinowe w nerwach wzrokowych; nie dałby jednak zaburzeń w inteligencji, zmian w mowie i piśmie, a również nieruchomości odruchowej źrenic. Wobec powyższych rozumowań przyjąć musimy jako jedyne rozpoznanie: *paralysis progressia*.

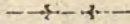
3. KOZERSKI demonstruje 2-ch chłopców z jednej ze szkółek warszawskich, w której wybuchła epidemia *favus herpeticus*. Wysypka wystąpiła tu tylko na nieowłosionych miejscach skóry.

4. KOZERSKI przedstawia 37-letniego mężczyznę, który przed 5-u laty, po upiciu się, utracił na 12 godzin przytomność; gdy się zaś ocknął, spostrzegł na skórze lewej łopatki wielki pęcherz, wypełniony „wodą“; odtąd zaczęły się stopniowo rozwijać te objawy, które można obecnie spostrzegać. Na bladej skórze chorego widać w kilku miejscach [na lewej łopatce, na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych] blizny białe lub różowe; na łokciach kilka okrągłych owrzodzeń powierzchownych. Chód spastyczny. Oddawanie moczu i kału utrudnione. Odruchy źrenic prawidłowe; *myosis*. Odruchy kolanowe i stopowe wzmoczone; od czasu do czasu występują drgawki w kończynach dolnych. Czucie ciepłoty zmienione przy zachowywaniu innych zmysłów. Rozpoznanie w danym przypadku uważa K. za bardzo trudne.

5. BIERNACKI wygłosił pierwszą część odczytu p. n.: „Istota i granice wiedzy lekarskiej.“ Rzecz ta nie nadaje się do streszczenia.

Dalszy ciąg pracy odczytał B. na posiedzeniach w dn. 31. I. i 7. II. r. b.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



Wydział higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych.

Na posiedzeniu z d. 24 lutego pod przewodnictwem kol. A. SOKOŁOWSKIEGO [w zastępstwie nieobecnego kol. H. DOBRZYCKIEGO], kol. J. ZAWADZKI odczytał referat: „O głównych potrzebach naszych mieszkań letnich“.

Wzrastająca corocznie liczba siedzib letniego pobytu, mało odpowiadających elementarnym wymaganiom higieny, liczne braki już istniejących letnich mieszkań, skłoniły prelegenta do poruszenia tej ważnej sprawy w łonie Towarzystwa Hygienicznego. Kol. ZAWADZKI przedstawił cały szereg wymagań, jakie stawiać należy letnim mieszkańcom, jeżeli te mają rzeczywiście przynosić korzyść ludności, szukającej w nich nie tylko odpoczynku, ale i zdrowia. Wymagania swe mówca przeplatał uwagami krytycznymi nad stanem obecnym już istniejących siedzib letnich.

Mieszkania letnie powinny się znajdować przynajmniej na 10 wiorst od miasta, o ile można, w bliskości lasów iglastych, w miejscowościach z glebą suchą, gruboziarnistą, przepuszczalną, z niskim poziomem wody gruntowej. W miejscowościach takich powinna być, o ile możności, czysta woda bieżąca oraz dobrze urządzone studnie.

Domki powinny być budowane z drzewa, stawiane jeden od drugiego przynajmniej w odległości 30 metrów. Przestrzeń pokoiów na jedną osobę powinna wynosić najmniej 30 metr. sześć. Droga, łącząca domy, powinna być wybrukowana z prawidłowymi ściekami. W każdej osadzie powinna być urządzone kąpiele rzeczna, lub też w osobnym budynku kąpiele natryskowe i wanny. W takich osadach powinien być zorganizowany stały nadzór lekarski nad produktami spożywczymi. Wreszcie większe osady letnie powinny posiadać hotel dla przyjezdnych z restauracją, czytelnią i salą balową. Jeżeli Towarzystwo Hygieniczne po przeprowadzeniu dyskusji powyższe odpowiednie uchwały co do wymagań, stawianych przez prelegenta, już to samo może korzystnie wpłynąć na publiczność, która wiedziałaby, czego ma żądać od właścicieli mieszkań letnich i zmusić tych ostatnich do zadosyć uczynienia tym wymaganiom. Prócz tego kol. Z. proponuje, ażeby wydział wydelegował ze swego łona komisję do zbadania już istniejących siedzib letnich w pobliżu Warszawy. Zwiedzanie tych miejscowości mogłoby się odbyć nawet w zimie tak, żeby odpowiednie referaty mogły być złożone jeszcze przed latem. Jednocześnie należy zwrócić się do Władz z prośbą, ażeby przed wydawaniem pozwoleń na budowanie letnich mieszkań były zawsze zbadane warunki sanitarne danej miejscowości, oraz żeby właściciele obowiązywały uchwały, opracowane w Towarzystwie Hygienicznym. W ożywionej dyskusji, w której rozbiegano poszczególne punkty odczytu kol. ZAWADZKIEGO, zebrani doszli do wniosku, iż dla rozstrzygnięcia wielu pytań należałoby zaprosić do współudziału biegłych techników i budowniczych, przyczem uznano za najwłaściwsze zwrócić się z tem do sekcji technicznej Warszawskiego Tow. popierania rosyjskiego przemysłu i handlu. Tam przedyskutowane kwestye co do studzien, materiału budowlanego, urządzenia domków, kanalizacji, brukowania ulic i t. d. zostaną zakomunikowane wydziałowi, który się zajmie wydaniem odpowiednich broszur informacyjnych dla publiczności. Prócz tego postanowiono z grona członków wydziału wybrać komisję, która przy współudziale biegłych zajmie się krytycznym przegłędem już istniejących mieszkań letnich, zwłaszcza też niedawno powstałych, oraz miejscowości, które mają być przeznaczone na letnie mieszkania. Do komisji tej wybrano: kol. REJCHMANA, RYCHLIŃSKIEGO, ZAWADZKIEGO

JÓZEFA, ZAWADZKIEGO WŁADYSŁAWA oraz redaktora Kurjera Codziennego p. LIBICKIEGO.

Wydział zaś za pośrednictwem Rady Tow. Hyg. wystąpi z prośbą do władz o udzielanie pozwoleń na zakładanie siedzib letnich i oddzielnych domów tylko w takich miejscowościach i tak urządzanych, żeby one odpowiadały wymaganiom sanitarnym, opracowanym przez wydział higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych.

Wiadomości drobne.

— *TEMOIN*, porównyując sposoby postępowania przy wolu, przychodzi do wniosku, że obustronne wycięcie „*ganglion spinale*“ nie pociąga za sobą dodatnich wyników, jakich możnaby oczekiwać po takim zabiegu, radzi przeto w możliwych razach częściowe wycięcie wola.

(*Revue de Chir. N° 11. 1898*).

J. M.

— *QUÉNU* stosuje następujący sposób w celu całkowitego wycięcia prostaty. Aby zapewnić sobie bezgnilne postępowanie podczas operacji, podwiązuje oba końce odcinka kiszki, przeznaczonego do wycięcia; nadto robi odbyt sztuczny, a utratę krwi sprowadza do *minimum* przez obustronne podwiązanie tętnic podbrzusnych wewnątrzotrzewnowe. Operacja składa się z następujących momentów: 1-o laparotomia w smudze białej i podwiązanie tętnic podbrzusnych; 2-o podwójne podwiązanie zgięcia esowatego, przecięcie kiszki pomiędzy nimi i utworzenie odbytu sztucznego w górnym jej odcinku; 3-o odluszczenie otrzewnej od prostaty i oddzielenie na tępo wszystkich części miękkich, począwszy od przyłądka aż do wierzchołka kości krzyżowej; 4-o zaszycie zupełne rany brzusznej i wycięcie prostaty od strony krocza. Autor kładzie nacisk na to, aby prostata nie była otwartą podczas uwalniania jej od otaczających ją tkanek.

(*Revue de Chir. N° 11. 1898*).

J. M.

Wiadomości bieżące.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* N° 8. M. RUTKOWSKI. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków. [C. d.]. Prof. MARS. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju. [Dok.]. K. KACZKOWSKI. O unikaniu zacięku moczowego po cięciu nadłonowem i o nowym sposobie sączkowania pęcherza. [Dok.]. — *Medycyna* N° 8. K. ZALESKI. Przypadek nowotworu w spoidle wielkiem. F. SACHS. O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca, oraz kilka uwag o leczeniu dławca. — *Kronika Lekarska*. Zeszyt 4. H. HIGIER. W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego.

Do dzisiejszego N ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „O chinosolu“.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

	Za całą butelkę		Za pół butelki	
	Rs.	k.	Rs.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe (<i>Vin de Bugeaud</i>) przyrządzone na Maladze.	1	50	—	80
Wino Chinowe czyste na Maladze	1	50	—	80
„ „ z żelazem, zawiera 1% żelaza	1	75	—	90
Wino Condurango czyste na Xeresie	1	75	—	90
„ „ z żelazem, zawiera 2% żelaza	2	—	1	—
Wino Coca (<i>Vin de Coca</i>) na liściach Krasnodrzewu (<i>Erythroxylon coca</i>) na Maladze, w stosunku 1 : 20	1	50	—	80
Wino goryczkowe (<i>e rad. Gentianae</i>) na Xeresie.	1	50	—	80
Wino Kola (<i>Vin de Cola</i>) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny.	2	25	1	15
Wino Kwasyowe na winie węgierskiem wytrawnem	1	50	—	80
„ „ na Xeresie	1	50	—	80
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie.	2	—	1	—
Wino rabarbarowe czyste na Maladze	1	75	—	90
Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze.	1	75	—	90
Wino senesowe (<i>fol. Sen. alex. sine resina</i>) na Xeresie. Jedna do ½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie	1	75	—	90
Wino manganowo-żelazne z peptonem (<i>Vinum ferro-mangani peptonati</i>) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati	2	—	1	—
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu.	2	—	1	—
Wino piołunowe (<i>Vin de Vermuth</i>) na białem francuzkiem winie	1	50	—	80

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

Kefir czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przegotowanem.

Grzybki Kefirowe mokre i suche.

44—22

Praktyczne wskazówki (wydanie własne) przyrządzania kefiru.

APTEKA

Magistra farmacyi

H. KUCHARZEWSKIEGO.



Główny Skład wód mineralnych wprost
ze źródeł sprowadzanych
Miodowa Nr 4.
Senatorska, wprost Miodowej.

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdechania tlenu, które w każdym czasie bywają napełniane szybko i wydawane na miasto. Wdechania tlenu wracają szybko siły ludziom starym jakoteż wyniszczonym wskutek chorób lub zbytnej pracy umysłowej, słowem działają ożywczo i odmładzająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chory ma zalecany pobyt na wsi, lub nad morzem, a nie jest w możności uskuteczenia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego, zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczenia gazu z ciał obcych, przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się, wdechając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3—4 tygodnie. Dla Pp. lekarzy lub osób, potrzebujących powyższej kuracji na prowincyi, wysyła się kompletne aparaty z mieszaniną, służącą do otrzymania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu.

12—11

Apteka posiada zawsze wszelkie nowe środki lekarskie na składzie.

Levico

Najlepsza woda żelazista, zawierająca arszenik.

Dziesięciokrotnie rozcieńczona w wodzie, winie czerwonej lub piwie

☛ najłagodniejsza, a przytem najskuteczniejsza ze wszystkich wód arseno-żelazistych.

Ze względu na wypróbowany od dziesiątek lat i pewny sposób działania bardzo ceniona i zalecana przez prof. v. Bamberger'a, v. Braun-Fernwald'a, Billroth'a, Drasche'go, Kaposi'ego, von Krafft-Ebing'a, Monti'ego, Widerhofer'a etc. przeciw chorobom, polegającym na wadliwym składzie krwi. Działa specyficznie we wszystkich przypadkach, w których wskazane jest stosowanie żelaza lub jednocześnie obu środków. Dawka normalna 2—6 łyżek stołowych dziennie.

10—10

Apteka K. WENDY

OPATRUNKI WYJAŁOWIONE w Pracowni bakteriologicznej

D-ra Wł. Palmirskiego.

Wata Bandaże.
Gaza Tampony.

6—4

Dla szpitali, zakładów leczniczych i aptek odpowiedni rabat.