

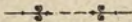
GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. E. PRZEWOSKIEGO.

I. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI WŁÓKNIAKÓW PRZEDNIEJ ŚCIANY BRZUSZNEJ.

Napisał

Józef Pstrokoński.



Włókniaki przedniej ściany brzusznej, dochodzące szczególnie do większych rozmiarów, niewątpliwie należą w anatomii patologicznej do rzeczy dość rzadkich. Ze względu przeto na swą rzadkość, jak również i trudne rozpoznanie za życia lub przed operacją chorego, powinny być starannie badane i notowane. Dlatego też w literaturze zagranicznej znajdujemy wiele spostrzeżeń i rozpraw, dotyczących danego przedmiotu. Liczni autorowie opisywali takie nowotwory nawet w tych czasach, w których chirurgia jamy brzusznej, rzecz można, jeszcze nie istniała, a o tych metodach badania guzów, jakie my teraz posiadamy, nie miano wcale pojęcia. Nie więc dziwnego, że prace ich w wielu razach szwankują pod względem ścisłości i dokładności przedmiotu. SYDOW, na przykład, podaje przypadek jakoby włóknistego guza ściany brzusznej, który, jak się okazało po śmierci chorej, miał w obwodzie 25 cali i był leczony za życia pacjentki wstrzykiwaniami z kwasu octowego, azotanu srebra i soli kuchennej. Choroba skończyła się śmiertelnie: większa część guza uległa zgorzeli, chora umarła przy objawach posocznicy.

O wiele dokładniejsze opisy znajdujemy w kilka lat później u GEGENBAUER'a i GERSUNY'ego: nowotwory ściany brzusznej, z których jeden wielkości główki dziecka, drugi—głowy dorosłego człowieka, zdawały się wychodzić z tylnej ściany pochewki mięśnia brzuszno prostego (*m. recti abdominis*). Guzy te w obu przypadkach zostały z pomyślnym skutkiem usunięte przez BILLROTH'a i przy badaniu okazały się czystymi włókniakami.

Następnie o włókniakach ściany brzusznej mniej lub więcej obszernie pisali w nowszych czasach: GRAETZER, ROKITANSKY, EBNER, HERZOG, SAENGER, LEMCKE, MALADIX, TERRILON i wielu innych.

Literatura polska, pod względem notowanych tego rodzaju przypadków, w porównaniu z zagraniczną przedstawia się bardzo ubogo. O ile mogłem przekonać się z dostępnych mi źródeł, pisali u nas w tym przedmiocie tylko:

SZEPAROWICZ i KOLACZEK. Pierwszy obserwował znacznych rozmiarów włókniak mięsakowy u 28-letniej kobiety, który to guz brał początek w mięśniu prostym brzuszny i był ściśle zrośnięty z otrzewną. Badanie drobnowidzowe po dokonanej operacji wykazało, że tylko mniejsza część guza posiadała budowę włókniaka, większą zaś część stanowiły komórki mięsakowe. KOLACZEK opisał operowany przez siebie u 26-letniej panny torbiel-włókniak przedniej ściany brzusznej, który przedstawiał się jako guz twardy, kulisty, dość znacznych rozmiarów; w środku zaś zawierał torbiel wielkości pomarańczy o ścianach gładkich, napelnioną przejrzystym płynem, i posiadał budowę włókniaka spłotowego (*fibroma plexiforme*).

Badany przezemnie nowotwór przedniej ściany brzusznej, którego treściwy opis zamierzam tu podać, dotyczy 29-letniej kobiety z oddziału D-ra med. FR. NEUGEBAUERA, którego uprzejmości zawdzięczam wszystkie dane o przebiegu choroby i operacji przez niego dokonanej.

Stanisława Z., żona rzemieślnika z pod Warszawy, w 21-ym roku życia wyszła zamąż i rodziła cztery razy, zawsze pomyślnie. Trzeci poród odbyła przed dwoma laty i wtedy już, znajdując się w ciąży, zauważyła wytworzony w jamie brzusznej guz po stronie prawej u góry tuż pod samą wątrobą: był on wielkości jaja gęsiego. W czasie ponownej ciąży guz ten zaczął się szybko powiększać i sprawiać ucisk oraz ból w okolicy wątroby i niżej. Z powodu tych dolegliwości chora dnia 12 grudnia 1897 r. zapisała się do szpitala Ewangelickiego. D-r N., badając ją, skonstatował, iż guz posiada wielkość kilku pięści dorosłego mężczyzny i jest bardzo mało ruchomy. Przedsięwzięte dwuręczne badanie przez ścianę brzuszną oraz przez pochwę i przez odbytnicę nie wykazało żadnego związku guza z macicą, nie ujawniło żadnej łączności nowotworu z narządami płciowymi. Na propozycję operacji chora odpowiedziała odmownie i na własne żądanie po tygodniu została wypisana ze szpitala.

Uplýnęły od tego czasu 4 miesiące, przez które chora przebyła szczęśliwie cały okres ciąży i rodziła pomyślnie. W tydzień po porodzie, dnia 23 kwietnia, przywieziono powtórnie do szpitala tęż chorą, która sama już wtedy żądała operacji, chcąc się pozbyć silnych, ustawicznych bólów i uczucia ciężkości w brzuchu. Przedsięwzięte badanie wykazało, co następuje:

Macica dobrze skurczona, jak na 7 dni po porodzie, nie bolesna na ucisk; odchody jeszcze krwawe, nie cuchnące; brzuch bardzo obwisły o ścianach nadzwyczaj ścięzonych; w górnej połowie brzucha guz wielkości przeszło głowy dorosłego mężczyzny, nieruchomy i jakby ze ścianą brzuszną zrośnięty; guz wypukła ścianę brzuszną ku przodowi i ku prawej stronie poniżej wątroby tak, że wystaje bokiem nawet w leżącej pozycji chorej; konsystencya guza twarda, tylko na małej przestrzeni przedniej powierzchni, zwłaszcza u dołu, wyczuwać się daje nieznaczne chęłbotanie.

Ze względu na poród, odbyty przed tygodniem, zaniechano badania przez pochwę, tembardziej, że już poprzednie oględziny i badanie przez pochwę, robione w połowie okresu ostatniej ciąży, bynajmniej nie mogły wyświecić jakiegokolwiek zależności nowotworu od narządów płciowych.

Dnia 30 kwietnia przystąpił D-r N. w asystencji D-ra STANKIEWICZA do cięcia brzuszno, które poprowadzone zostało od wyrostka mieczykowatego mostka aż do samego prawie spojenia łonowego. Po otwarciu jamy brzusznej, ujawniła się gładka czerwono-siną powierzchnia kulistego guza, tu i owdzie lekko sklejonego ze ścianą brzuszną. Osada guza leżała u samej góry po prawej stronie na tylnej powierzchni przedniej ściany brzusznej, przylegając do dolnej części łuku żebrowego i posiadała szerokość mniej więcej dłoni dorosłego mężczyzny. Sam guz nie miał wcale łączności z narządami płciowymi, jak również nie był w żadnym związku z wątrobą, ani nerką: wyrastał z przedniej ściany brzusznej, a punktem jego wyjścia, o ile można było dokładnie stwierdzić, była tylna ściana pochewki mięśnia brzuszno prostego, a w części powięź mięśnia poprzecznego brzucha. Cały guz od strony jamy brzusznej powlekała otrzewna. Uderzające było znaczne przemieszczanie *colonis ascendentis* i *transversi*, które leżały niemal nad samem wejściem do małej miednicy i zupełnie zakrywały macicę tak, że, chcąc macicę zobaczyć w czasie operacji, trzeba było opuszczoną poprzecznicę unieść palcami ku górze. Podstawę guza przewiązano trzema mocnymi przewiązkami, poczem guz odcięto, a podstawę wyłuszczone na tępo.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny i chora po upływie miesiąca od czasu operacji mogła już wypisać się ze szpitala w zupełnie zadawalającym stanie zdrowia.

Operowany guz ważył 9,5 funta. Forma jego była gruszkowata, przy czem koniec dolny gruby odpowiadał samemu guzowi, gdy część cieńsza—szypule. Wymiary guza przedstawiały się, jak następuje: obwód guza w kierunku podłużnym dosięgał 66 ctm., w poprzecznym zaś 53 ctm.; na przecięciu długość guza wynosiła 25 ctm., szerokość 18 ctm.. Sama szypuła, na której guz wisiał u przedniej ściany brzusznej, miała w obwodzie 27 ctm., długość zaś jej wynosiła 11 ctm., a szerokość 8 ctm..

Na powierzchni guz był w znacznej części pokryty gładką, lśniąca otrzewną. Przy obmacywaniu nie wszędzie przedstawiał jednakową konsystencję: przeważnie był twardy, zbity, od przodu tylko i u dołu stawał się miękki, a nawet miejscami wyczuwać można było wyraźne chelbotanie. Wspomnieć też należy, że na tylnej powierzchni guza miejscami z pod pokrywającej go otrzewnej przeświecały grube, prosto lub wężykowato przebiegające, żyły.

Na rozkroju twarde części nowotworu okazały się szaro-białawe, włókniste, miejscami z połyskiem ściętna, przy czem wyciekała z nich bardzo nieznaczna ilość krwi. Włóknistość guza nigdzie nie przedstawiała żadnej prawidłowości: łukowato pozginane włókna wszędzie krzyżowały się i przeplatały w rozmaitych kierunkach. W tej twardej części guza nigdzie nie można było dostrzedz obecności większych naczyń krwionośnych. Zupełnie inaczej wyglądały na rozkroju miękkie części: tam zwłaszcza, gdzie przy obmacywaniu wyczuwało się chelbotanie, znaleziono po rozcięciu znaczną liczbę jam okrągłych, cylindrycznych, szczelinowatych i t. d.. Jamy te miejscami dochodziły do wielkości orzecha laskowego, a nawet włoskiego i więcej. Posiadały one wszędzie ostro ograniczone ściany i często łączyły się z sobą. Od jam tych

spozstrzegać się dawały wszelkie stopniowe przejścia do wyraźnych naczyń. Ze względu na swą zawartość jamy dzieliły się na dwójakie: jedne zawierały krew i te przeważnie były mniejsze i łączyły się z naczyniami krwionośnymi, drugie wypełnione były przezroczystym, słabo-żółtawym, niegęstym płynem, który wkrótce po wypuszczeniu najczęściej ścinał się w rodzaj miękkiej, przezroczystej, blado-żółtawej galarety.

Przy badaniu gołem okiem jedne z przestrzeni, zawierających płyn przezroczysty, wyglądały jako zupełnie ograniczone, inne przechodziły miejscami w wąskie szczelinki, lub cienkie kanaliki, które można było widzieć na pewnej przestrzeni.

Badanie drobnowidzowe nowotworu [preparaty barwione były metodą popodwójną — hematoksyliną i eozyną, hematoksyliną i sposobem v. GIESON'a] dało rezultaty następujące:

Guz wszędzie składa się z włóknistej tkanki łącznej, która w częściach twardych zawiera bardzo mało naczyń krwionośnych, w miękkich zaś przeciwnie nadzwyczaj wiele szerokich naczyń krwionośnych i wiele jam, powstałych z rozszerzonych naczyń limfatycznych. Nigdzie w guzie nie znaleziono włókien mięśniowych, tworów nabłonkowych i t. d..

Tkanka łączna guza prawie wszędzie przedstawia się jednakowo. Stałych komórek zawiera ona po większej części mało. Miejscami widać ich nieco więcej, lecz nigdzie liczba ich nie przechodzi po za granice tego, co się obserwuje zwykle w zbitej tkance łącznej. Te stałe komórki są nieduże i pod drobnowidzem przedstawiają się najczęściej w formie wrzecionowatej lub blaszkowatej. Protoplasma ich nie obfita, około jądra tylko okazuje trochę drobnej ziarnistości. Jądro wszędzie owalne z niewielką ilością chromatyny i małym jąderkiem. Oprócz komórek stałych tu i owdzie spozstrzega się w preparatach niewiele komórek, podobnych do leukocytów z jądrem fragmentowanym, lub rzadziej pojedynczym. Komórek spasionych EHRlich'a (*Mastzellen*) znaleziono bardzo niewiele.

Substancja międzykomórkowa wszędzie zbita, włóknista, obfita; składa się ona z włókienek klejodajnych, które zbierają się w krótkie, cienkie, rozmaicie przeplatające się pęczki. Na poprzecznym rozkroju pęczki te są okrągławe, owalne lub częstokroć kątowate. Włókien sprężystych nie znaleziono wcale.

Rozszerzone naczynia krwionośne w jamistej części guza wszędzie wyścieła wyraźny śródbłonek. Toż samo powiedzieć należy o jamach wypełnionych limfą. Przestrzeni o ścianach nieprawidłowych, nie wysłanych komórkami śródbłonna, pod drobnowidzem nie znaleziono wcale: w żadnej części guza nie uwydatniała się wyraźnie ta lub owa przemiana wsteczna.

Wobec powyższej budowy drobnowidzowej nowotwór można uważać tylko za *fibroma telangiectodes lymphectodes*.

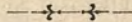
Budowa guza, jak również jego związek z tworami ścięgnistymi upoważnia nas do przypuszczenia, że rozwinął się w ścięgnistej tkance mięśni wewnętrznych przedniej ściany brzusznej; należy więc do tych nowotworów ściany jamy brzusznej, które SAENGER nazywa desmoidalnymi i uważa za miejsce ich

wyjścia tkankę ścięgnistą, pręgi ścięgniste (*inscriptiones tendineae*) i rozciągnięta mięśni (*aponeuroses*).

Etyologia włókniaków ściany jamy brzusznej, jak wogóle wszystkich nowotworów, jest dosyć ciemna. To też jaki i w naszym przypadku był powód powstania guza, z anamnezy, jak również z obiektywnego badania chorej nie dowiedzieć się nie było można.

Dane statystyczne, dotyczące się podobnych włókniaków, wskazują, że nowotwór ten w olbrzymiej większości przypadków zdarza się u kobiet, przytem najczęściej u takich, które już rodziły. Wielu autorów objaśnia powyższy fakt tem, że u rodzących często trafiają się w porodach uszkodzenia mniejsze lub większe mięśni ściany brzusznej, które z kolei, wywołując miejscami ograniczone zapalenia, dają bodziec do rozrostu otaczającej tkanki łącznej. HERZOG gotów jest upatrywać tu analogię do powstawania kostniaków po złamaniach kości. O ile te wszystkie hipotezy są w zupełnej zgodności z prawdą, trudno teraz rozstrzygnąć. Przypomnę tylko, że i chora, do której omawiany przezemnie nowotwór należał, zauważyła go przed trzecią ciążą; że następnie po trzecim porodzie i w czasie czwartej ciąży nowotwór ten rozwinął się i dosięgnął rozmiarów, kształtu oraz postaci, w jakiej go opisałem.

L I T E R A T U R A.



SYDOW F. v. [Gefle]. Et fall af en störré tumör i BUKRAEGGEN. Upsala. Läkareförenings. Förhandlingar. III. b. p. 649. 1868.

GEGENBAER K. Fibrom der Bauchwand etc. Wiener med. Wochenschr. Nr. 8. 1873.

GERSUNY ROB. Grosses in die Bauchhöhle hineinragendes Fibrom der vorderen Bauchwand. Operation. Heilung. Wien. med. Wochenschr. Nr. 36. 1874.

GRAEZER S. Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand. Diss. Breslau. 1879.
ROKITANSKY. Extirpation eines Fibroms der vorderen Bauchwand. Wiener med. Presse. Nr. 4, 5. 1880.

FBNER L. Grosses Fibrom der Bauchdecken. Extirpation mit Eröffnung der Bauchhöhle. Heilung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. 1880.

HERZOG W. Ueber Fibrome der Bauchdecken. Vier Fälle aus der VOLKMANN'schen Klinik, München. 1883.

SAENGER M. Ueber desmoide Geschwülste der Bauchwand und deren Operation mit Resection des Peritoneum parietale. Arch. f. Gynäcol. Bd. XXXIV. 1884.

LEMCKE. Ueber Fibrome des präperitonealen Bindegewebes. Berl. Dissertation. 1884.

MALADIX A. Etude sur les fibromes de la paroi abdominale antérieure. Thèse. Paris. 1886.

TERILLON. Fibromes de la paroi abdominale. Archiv génér. Avril. 1888.

SZEPAROWICZ J. Wielki włókniak mięsakowy w ścianie brzusznej; wyluszczenie z wycięciem znacznej części otrzewnej, wyzdrowienie. Przegl. Lek. 1876.

KOLACZEK J. Torbielo-włókniak ściany brzusznej. Laparotomia z pomyślnym skutkiem. Gaz. Lek. 1882.

HERZOG W. Ueber Fibrome der Bauchdecken. Vier Fälle aus der VOLKMANN'schen Klinik. München. 1883.

II. TĘŻEC U TRZYLETNIEGO DZIECKA,

wyleczony surowicą przeciwteczową oraz kilka uwag o jej działaniu.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu lekarskiem w Łęczycy d. 1-go Października 1898 r.]

Podar

D-r med. Edward Bernhardt z Łęczycy.

— 1—3—

Mimo ogólnego i, zdaniem mojem, najzupełniej uzasadnionego uznania, jakie sobie seroterapia, jak dotąd przynajmniej, w zwalczaniu błonicy między lekarzami-praktykami zjednała, odzywają się w ostatnich zwłaszcza czasach ostre, nadzwyczaj gwałtowne i namiętne głosy nie tylko ze strony lekarzy teoretyków-epidemiologów, jak A. GOTTSTEIN (1), ale i pediatrów-klinicyistów, jak KASSOWITZ (2) i PURJESZ (3), odmawiające jej wręcz wszelkiego zbawienego wpływu na przebieg odnośnej sprawy chorobowej. Niezaprzeczone zmniejszenie się odsetek śmiertelności czynią zależnem od złagodnienia samego zarazka, spostrzeganego jakoby we wszelkiego rodzaju epidemiach w peryodycznych odstępach czasu. Wobec tego rodzaju głosów, mogących z rzeczywistą szkodą dla cierpiącej ludzkości powstrzymywać lekarzy-praktyków od stosowania w odpowiednich chorobach seroterapii, każdy przypadek pojedynczy, uwieńczony pomyslnym skutkiem, zasługuje na to, by był komunikowanym szerszemu ogółowi lekarzy, zwłaszcza, jeżeli choroba, w której stosowanie miało miejsce, nie należy do rzędu epidemicznych. Ten względ, jak również sam fakt, rzadko, jak dotąd, przytrafiającego się pomyslnego zejścia w przebiegu tężca NICOLAIER'owskiego, skłania mnie do podzielenia się z Szanownymi Kolegami niniejszą obserwacją.

Dnia 10-go kwietnia r. z. wezwany na wieś do chorego dziecka, zastałem chłopca J. P., od 3—4 lat wieku mieć mogącego, leżącego w łóżku na brzuchu, z głową nieruchomo w górę podniesioną i niezwykłym wyrazem twarzy. Czoło w fałdach, brwi w górę podniesione, kąty ust w bok wykrzywione, fałda nosowo-wargowa zagłębiona. Chwilami przemyka po twarzy uśmiech (*risus sardonicus*). Tułów i kończyny dolne na pozór spokojne i normalne. Jednakże wymacywanie wykazuje zwiększoną rezystencję skóry i warstwy mięśniowej na całej tylnej powierzchni klatki piersiowej, miednicy i na zginaczach kończyn dolnych.

Najmniejsza próba podniesienia czynnego ze strony pacyenta lub ruchu biernego z mojej strony wywołuje silne tężenie całego kadłuba i kończyn. Stan taki tężenia trwał w kończynach dolnych bez przerwy minut 10 i dłużej, w górnych zaś przechodził znacznie prędzej tak samo i w mięśniach tułowia. Mowa dziecka, podług zeznań otoczenia, mocno zmieniona, przyjmowanie pokarmu twardego zupełnie niemożliwe. Płyny zaś w małych ilościach od czasu do czasu dziecko, chociaż z wielkim trudem, przelyka. Każde, cokolwiek tylko energiczniejsze poruszenie przelykowe wywołuje od razu silny skurcz tęż-

cowy w mięśniach twarzy i gardzieli. Kontrola zachowywania się muskulatury na przedniej powierzchni tułowia i kończyn dolnych jest niemożliwą z powodu ciągłego leżenia dziecka na brzuchu i niemożliwości zmienienia tego położenia bez narażenia pacjenta na męczarnie.

Przytomność zachowana zupełnie, ciepłota ciała niżej normy, 35,8°, tętno względnie przyspieszone 104 uderzeń na minutę, regularne, średniego napięcia. Wypróżnienia i oddawanie moczu odbywały się z wiedzą chorego i bez przeszkód.

Widząc z całego obrazu klinicznego, że mam do czynienia z tężcem, rozpocząłem wywiady i dowiedziałem się, co następuje:

Dziecko, urodzone dnia 30-go listopada 1894 r., dotąd zupełnie zdrowe i dobrze rdzwinęte, przyszło d. 6-go kwietnia, a więc na 4 dni przed mojem przybyciem, koło 4-ej po południu ze śpichrza z rozdartem w okolicy łopatki ubraniem. Tam przypatrywało się młynkującemu na dużym, żelaznym, ręcznym młynku parobkowi. Dziecko, opierając się o słupkę żelazny młynka, podobno wyslizgnęło się i upadło tuż u młynka na podłogę śpichrza, zasypaną grubą warstwą odpadków zbożowych, wyschłych szczątków nawozowych i różnego rodzaju kurzu.

Obrażeń dotkliwych dziecko nie odniosło żadnych, nie skarżyło się bowiem na żaden ból.

Dnia 7-go kwietnia, a więc nazajutrz po wypadku w śpichrzu, zauważono, że dziecko trzyma głowę skrzywioną w prawą stronę i że oko lewe wydaje się zmniejszonym.

Dnia 8-go wieczorem spostrzeżono pierwsze przechodzące drgania w kończynach dolnych, a d. 10-go nad ranem także same drgania w mięśniach twarzy. Poszukując w następstwie przytoczonego rozpoznania i anamnezy miejscowych obrażeń, które jako wrota zakażenia lasecznikiem NICOLAIER'a koniecznie w danym przypadku istnieć musiały, znalazłem dwie wyschłe powierzchowne ekskoryacje, a mianowicie jedną na powierzchni zginaczy przedramienia prawego po stronie kości łokciowej, w średniej $\frac{1}{3}$ części jej, a drugą na powierzchni zginaczy lewego biodra, poniżej w bok i na zewnątrz lewego zgięcia pachwinowego. Na razie zaordynowałem chlorał *per os* po 0,1 *pro dosi* co dwie godziny i dwa razy dziennie lawatywy również z chlorału, po 0,25 na każdą. Złuszczenia same poddałem dezynfekcyi doszczętnem obmywaniem roztworem sublimatu [1%₀₀]. Mając wszakże przekonanie, oparte na doświadczeniu, wyniesionem z obserwacyi, co najmniej, dziesięciu przypadków tężca, że, z wjątkiem pewnych form tężca noworodków, terapia objawowa jest stanowczo bezskuteczną i że tylko swoista, taka, jaką dotąd jedynie seroterapia nam daje, może przedstawiać szanse wyleczenia, wyjawilem to moje zdanie opiekującej się dzieckiem osobie i uzyskałem zgodę na przeprowadzenie wspomnianej, aczkolwiek bardzo kosztownej metody leczenia.

Dnia 12-go kwietnia przed wieczorem, a więc w sześć dni po wypadku, odebrałem pierwszy zapas surowicy przeciwtężcowej Roux'a z Instytutu PASTEUR'a. Każdy flakon zawierał 10 ctm. sześć. surowicy. Chociaż z pracy MĘCZKOWSKIEGO (4) wiedziałem, że dzieciom wstrzykiwane były po 10, a na-

wet po 20 ctm. sześć. na raz, jednakże, nie wiedząc, w jaki sposób w danym razie ustrój na stosowany środek odpowiadać będzie, wolalem do pierwszego wstrzyknięcia użyć mniejszej znacznie ilości, wstrzykując $\frac{1}{3}$ tylko flakona, czyli mniej więcej 3 ctm. sześć. surowicy. Chloral podawano w dalszym ciągu. Kiedym d. 14 kwietnia po raz drugi chorego odwiedził, dowiedziałem się, że w 12 godzin po wstrzyknięciu surowicy ciepłota z $35,8^{\circ}$ C. podniosła się na $37,8^{\circ}$ C., że napady tężcowe stały się rzadsze i słabsze, że po upływie jednej doby jednakowoż znowu zaczęły się wzmacniać i że pod koniec drugiej doby od chwili wstrzyknięcia w zupełności* powróciły do pierwotnego stopnia natężenia.

Dnia 14 kwietnia wstrzyknięto resztę pierwszego flakonu, t. j. koło 6,5 ctm. sześć.. W chwili wstrzyknięcia ciepłota ciała wynosiła $37,8^{\circ}$ C., tętno uderzało 125, oddechów było 36 na minutę. Po drugim wstrzyknięciu napady znowu złagodniały: tętno zwolniło do 104, ciepłota i częstość oddechów nie uległy zmianie. Na plecach, szyi i bokach wystąpiła wysypka plamista, przypominająca wyglądem swoim odrę, a bardziej jeszcze różyczkę (*rubeola*). Dziecko może już trochę zginać kończyny dolne.

Dnia 16 kwietnia wstrzyknięto od razu 10 ctm. sześć., t. j. cały flakon. W 12 godzin po wstrzyknięciu powstał silny, duszący kaszel, przyczem wykrztuszało dziecko sporo krwawo-ropiastej cieczy. Za widzeniem dziecka d. 15-go kwietnia znalazłem przy wysłuchiowaniu w górnym płacie lewego płuca z tyłu wilgotne, drobno-pęcherzykowe rżenia, wszakże bez stłumienia dźwięku opukowego. Przy kaszlu wydziela się pienisty, krwawy płyn. Gruczoł podszczękowy prawy mocno nabrzmiały, bolesny, prawy policzek wydaje się również spuchniętym. Badanie moczu nie wykazało wcale białka. Czynne ruchy zginania kończyn dolnych dziecko, chociaż ostrożnie, wykonywa bezkarnie. Wszelka zaś próba biernego zgięcia nóg wywołuje natychmiast tężcowe drgawki w nich, rozprzestrzeniające się ztamtąd i na tułów. Po raz pierwszy od chwili zachorowania dziecko zajęło pozycję na grzbiecie. Kiedy, korzystając z możliwości zajmowania wszelkich pozycji, przed przystąpieniem do nowego wstrzyknięcia poleciłem wynieść dziecko dla większej wygody z łóżka na rękach, wystąpiły gwałtowne wyprężenia całego tułowia i głowy w formie *opisthotonus*. Kończyny jak struny wyciągnięte i wyprężone.

Wstrzyknięto trzeci flakon 10 ctm. sześć.. W 12 godzin po tem wstrzyknięciu wystąpiło, po znacznem zwolnieniu tężcowych objawów, niespodzianie groźne pogorszenie. Rozwinał się silny ogólny tężec, dziecko zaczęło odmawiać przyjmowania wszelkiego pokarmu. Okres ten pogorszenia trwał 12 godzin, t. j. do d. 19 kwietnia w południe.

Ażeby objawowo wpłynąć na zmniejszenie pobudliwości układu nerwowego, zaleciłem podawanie trzy razy dziennie po łyżeczce od kawy roztworu morfiny [0,03 na 100,0 wody]. Do chloralu nabrało dziecko nieprzewycięzonego wstrętu. Stan ogólny stopniowo poprawiał się, w stanie spokoju drgawki rzadko kiedy się zjawiały, dziecko nogi już zupełnie swobodnie podnosi i porusza na wszystkie strony. Tylko przy próbach odbywania ruchów tułowiem albo pod wpływem wrażeń psychicznych występowały zaraz drgawki.

Dnia 21-go kwietnia dziecko po raz pierwszy próbuje zjeść kawałek ośrodka bułki, co mu się udaje. Tegoż dnia wstrzyknięto czwarty flakon surowicy. I po tem wstrzyknięciu, jak po poprzednim, tylko trochę później, bo dopiero po 20 godzinach, wystąpił znowu okres znacznego pogorszenia ogólnego, wyrażającego się wystąpieniem silniejszych, ogólnych wyprzeżeń tężcowych i wykrztuszaniem znacznej ilości pienisto-krwawego płynu. Po całodziennem trwaniu objawy te powoli zaczęły ustępować, co parę godzin tylko, po dłuższym spokoju zjawiały się lżejsze wstrząśnienia tężcowe od 10—12 na godzinę. Nieszczęśliwym trafem dla dziecka, rozporządzalny chwilowo zapas surowicy przeciwteżcowej w Warszawie wyczerpał się, tak, że nastąpiła przymusowa przerwa w wstrzykiwaniach. Przez ten czas podawano bądź wspomniany wyżej roztwór morfiny, bądź dla odmiany po 1—2 kropel *tinct. opii simpl.* 2—3 razy dziennie. Następne wstrzyknięcie można było zrobić dopiero 3-go maja, t. j. po 12-dniowej przerwie. W ciągu pierwszych sześciu do siedmiu dni przymusowej paazy stan dziecka nie pogarszał się wcale. Po tygodniu dopiero drgawki zaczęły znowu występować i częściej i silniej, po okresach zupełnego spokoju, w ciągu których ruchy tak dolnych, jak i górnych kończyn zupełnie były swobodne, głowa zaś i tułów pozostawały sztywnymi. W okresach wolniejszych przelykało dziecko zupełnie swobodnie pokarmy nie tylko płynne, ale i papkowate. Kiedy zaś objawy tężcowe znowu silniej wzmagają się zaczęły, żucie i połykanie stały się trudniejszymi.

Dnia 3-go maja więc, jak powiedziano wyżej, wstrzyknięto piąty flakon. I po tem wstrzyknięciu, tym razem już w dwie godziny wystąpił ogólny niepokój, obfite pocenie się, ogólna, rozlana po całym ciele, czerwona, plamista wysypka i w różnych mięśniach tak tułowi, jak kończyn występujące skurcze tężcowe. Stan taki trwał sześć godzin, poczem objawy zaczęły powoli zniknąć, a na trzeci dzień ustąpiło wszystko: głowa odzyskała swobodę ruchów, dziecko zaczęło próbować chodzić, ale znać było jeszcze wielką trudność.

Dnia 11-go maja zrobiono znowu wstrzyknięcie, ale ponieważ uważałem, że w miarę coraz wyraźniejszej poprawy ustrój na wstrzykiwaną surowicę odpowiadał coraz silniejszym odczynem, wstrzyknąłem tylko 5 ctm. sześć, t. j. połowę szóstego z rzędu flakonu. I na to wstrzyknięcie, chociaż w ilości o połowę mniejszej, ustrój już w dwie godziny odpowiedział ogólnem osłabieniem, rozlanymi, obfitymi potami, bolesnością całego boku, na którym zrobiono wstrzyknięcie, wreszcie bezsennością. Po trzech dniach wszystko ustąpiło, drgawki wszystkie ostatecznie zniknęły, ruchy wszystkie swobodne, chód prawidłowy, możność połykania wszelkich pokarmów, nawet twardych, zupełna. Jednym słowem, dnia 14-go maja, t. j. w 38 dni po wstrzyknięciu, w 37 dni po wystąpieniu pierwszych objawów zakażenia, a w 32 dni po pierwszym zastosowaniu surowicy przeciwteżcowej, nastąpił zupełny powrót do zdrowia po użyciu ogółem 55 ctm. sześć. surowicy Roux.

Rozpatrując się *a posteriori* w całym klinicznym przebiegu danej sprawy chorobowej i, co za tem idzie, w stopniowym wpływie na nią użytej surowicy, widzimy najpierw, że w początkach działania manifestuje się od razu korzystne oddziaływanie jej na główny objaw chorobowy, t. j. na częstotliwość

i natężenie drgań tetanicznych, dalej, że siła i trwałość tego oddziaływania stoją w prostym stosunku do stosowanej ilości surowicy i że rakoniec jedynym objawem istniejącego jednocześnie wpływu na ustrój ogólny jest podwyższenie ciepłoty. Przy dalszem użyciu występują: ogólna wysypka plamista i wpływ na narządy gruczołowe, a mianowicie krwawo-pienista wydzielina z gruczołów oskrzelowych i obrzęk gruczołu podszczękowego z powiększoną wydzieliną skóry. W dalszym ciągu zjawiają się poty, ogólne osłabienie i po okresie złagodnienia objawów tężcowych, przed wystąpieniem wyżej przytoczonych ogólnych objawów, czasowe wzmoczenie się wyprężeń tetanicznych. Po krótszem lub dłuższem trwaniu takiego stanu następowała za każdym razem wyraźna poprawa ogólna, prowadząca stopniowo do zupełnego wyzdrowienia. W celu przekonania się, czy obserwowane przezemnie działanie surowicy jest stałem, czy tylko czysto indywidualnem, postarałem się zebrać w przystępnej mi literaturze wszystkie dotąd opublikowane przypadki tężca, leczone surowicą. Liczba ich wynosi 31. [D. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

III. OSYRYNGOMYELII

(Z POWODU SPOSTRZEŻENIA PRZYPADKU TEGO CIERPIENIA).

Foetal

Wacław Męczkowski,

lekarz miejscowy szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 9].

W ostatnich czasach powstał energiczny protest przeciwko tej teorii z ust tak poważnego badacza, jakim jest WEIGERT. WEIGERT nazywa wprost bajką twierdzenie, że jamy powstają z rozmiękczenia gliozy (*eine Fabel von der erweichten centralen Gliese*). Dowodzi on, że i w stanie prawidłowym neuroglia znajduje się w wielkiej ilości wokoło kanału środkowego, a natomiast w niektórych przypadkach syryngomyelii ilość jej bywa nawet mniejsza; zresztą prawdziwej gliozy, jak *sclerosis disseminata*, nigdy nie prowadzą do rozmiękczenia. Jednakże jest to faktem pewnym, że ilość glii koło kanału środkowego w syryngomyelii jest znacznie większa, niż w stanie prawidłowym. Również nie ulega wątpliwości, że nowowytworzona tkanka może podlegać rozpadowi. SCHULTZE podnosi w tym względzie fakt, że glejak (*glioma*), różny tylko ilościowo od gliozy, może się rozmiękczać, rozpadać.

Lecz i po za tem teoria HOFFMANN'a zawiera inne punkty niejasne, sporne. Zaznaczymy najprzód pytanie w sprawie pochodzenia komórek nabłonkowych, wyściełających jamę. Dla większości autorów obecność w jamie nabłonka, służący za dowód pochodzenia jej od kanału środkowego, dowód, świadczący, że jama powstała na tle pewnych złożeń rozwojowych. Na tej zasadzie REDLICH,

a zwłaszcza CHIARI, oddziela hydromyelię [t. j. pewne zboczenie rozwojowej od syringomyelii, zaliczając do pierwszej te jamy, które całkowicie lub częściowo są wysłane nabłonkiem; natomiast te jamy, w których wysłania nabłonkowego nie ma i które nie mają łączności z kanałem środkowym, uważa za syringomyeliczne. HOFFMANN wprawdzie tak ostrej granicy nie stawia, ale w tem właśnie wysłaniu jamy nabłonkiem widzi dowód, że gliozja pierwotna powstaje na tle wrodzonych rozwojowych zboczeń, dotyczących kanału środkowego. SCHLESINGER nie sądzi, aby wysłanie jamy nabłonkiem stanowiło zasadniczą cechę, pozwalającą na rozróżnienie hydromyelii od syringomyelii, albowiem w przypadkach czystej gliozji spotyka się wysłanie nabłonkowe i odwrotnie—w przypadkach czystej hydromyelii znajdują się w ścianach jam zmiany właściwe gliozie. Dla tego też uważa on, że jamy pod względem anatomicznym stanowią łańcuch, na jednym końcu którego znajduje się całkowicie wysłana nabłonkiem hydromyelia, na drugim zaś wysłana tylko tkanką łączną i glią—syringomyelia. W innem zupełnie świetle sprawę tę przedstawiają badania SAXER'a. Według tego autora, obecność nabłonka w jamie niekoniecznie dowodzi pochodzenia jej od kanału środkowego, albowiem jama może być wtórnie wysłana nabłonkiem: mianowicie wysłanie nabłonkiem ma zawsze tam miejsce, gdzie jama patologiczna wchodzi w zetknięcie z ependymą kanału środkowego, choćby się jama nie łączyła nawet bezpośrednio z kanałem. Nie rozstrzygniętem również jest pytanie, z kąd bierze początek łusanie neuroglii. Zdanie HOFMANN'a i SCHLESINGER'a, że punktem wyjścia są komórki nabłonkowe kanału środkowego i ich pochodne, nie wyświeśla należyście całej sprawy. Jakie działają tu czynniki, przesądzać obecnie trudno.

Jak widzieliśmy wyżej, jamy w rdzeniu powstawać mogą skutkiem rozmaitych spraw. Jeżeli przeto syringomyelia ma być równoznacznikiem jam w rdzeniu, w takim razie nazwa ta byłaby pojęciem zbiorowem obejmującym wiele postaci chorobowych, zasadniczo różnych.

Nienaturalność takiego stanu rzeczy odczuwało wielu autorów. ROGER proponuje dla wszelkiego rodzaju jam w rdzeniu ogólną nazwę: *coeliomyelie* [κοιλια—dziura]. Nazwa ta ma obejmować jako pojęcia szczegółowe: syringomyelię i hydromyelię. Co się tyczy innych przyczyn coeliomyelii, to uważa je za niedostatecznie zbadane, a niektóre nawet wątpliwe; tu zalicza: zapalenie rdzenia, wylewy krwawe, rozmiękczenie (*le ramollissement*). Łatwo jednak zrozumieć, że wprowadzenie takiego terminu powiększyłoby raczej istniejące zamieszanie.

Inaczej chciałby rzecz rozstrzygnąć SAXER. Proponuje on nazywać cierpienie na zasadzie sprawy anatomicznej, lecz jednocześnie w samym terminie pragnąłby zaznaczać, że sprawa doprowadziła do jam w rdzeniu. Rozpoznanie przeto według SAXER'a powinno brzmieć: *meningomyelitis cum syringomyelia* i t. p.. Lecz cóż w takim razie pojmować pod wyrazem syringomyelia?

Stosownie do pojmowania rzeczy przez SAXER'a niewątpliwie tylko jamę, lecz w takim razie termin ten staje się zbyt czynnym i winien być zamieniony wprost przez wyrazy „jama w rdzeniu“, które nie będą już budziły żadnych wyobrażeń ani o właściwościach anatomicznych jamy, ani o związanych z nią objawach klinicznych.

A jednak, istnieje niewątpliwie pewna postać chorobowa, dla której musi być jakaś rubryka w klasyfikacji chorób. Postać ta cechuje się: 1) pod względem klinicznym niezmiernie przewlekłym przebiegiem [od kilku do kilkudziesięciu lat], szczególnymi zaburzeniami czucia i odżywiania skóry, mięśni, stawów i kości; 2) pod względem anatomicznym istnieniem jam w rdzeniu na wielkiej jego przestrzeni; wreszcie 3) pod względem etyologicznym zależy od pewnych zбочzeń rozwojowych. Postać tę należy wyodrębnić, oddzielić od innych spraw, które mogą warunkować powstawanie jam w rdzeniu, bo oddziela ją patogenezą i przebieg kliniczny. Dla tej postaci musi być utrzymany odrębny termin. Termin taki słuszniej należałoby oprzeć na istocie anatomicznej, niż na pewnym objawie, jak to tylko wyraża „syringomyelia“. Ponieważ zaś w znakomitej większości przypadków jam w rdzeniu, zbadanych pod względem anatomicznym, uderzającym było bujanie neuroglii, która następnie rozpadła się, przeto najwłaściwszym terminem byłaby gliozą pierwotną [w znaczeniu HOFFMANN'a i SCHULTZE'go].

Co się zaś tyczy wszystkich innych postaci jam w rdzeniu, to przypadki takie należałoby zawsze odnosić do kategorii zasadniczego cierpienia, które było punktem wyjścia dla tworzenia się jam. Zgodnie z tem, jeśli jama powstała skutkiem rozpadu nowotworu w rdzeniu, to nie mamy tu prawa mówić o syringomyelii, lecz o nowotworze, glejaku rdzenia. Podobnież jamy skutkiem wylewów krwawych w rdzeniu winny być odniesione do kategorii wylewów krwawych i wyłączone z syringomyelii. Toż samo rzecz należy o jamach, powstałych na tle zapalenia rdzenia i opon jego, na tle syfilisu: takich przypadków nie można zaliczać do syringomyelii, lecz do zapalenia rdzenia, względnie syfilisu układu nerwowego.

I pod względem symptomatologicznym panowało, a nawet i obecnie panuje pewne zamieszanie pomimo olbrzymiego materiału klinicznego. Pewne objawy właściwe syringomyelii występują, rzecz prosta, nie dlatego, że istnieje w rdzeniu jama, jako taka, lecz dlatego, że skutkiem istnienia jamy pewne okolice rdzenia są uszkodzone lub całkowicie wypadły. Ponieważ rozmaite części rdzenia mogą być przeważnie dotknięte sprawą patologiczną, przeto może być wielka różnorodność objawów, co stwierdza spostrzeżenie kliniczne. Nieuwzględnianie tego faktu, łatwo może prowadzić do wyodrębnienia pewnych postaci tam, gdzie właściwie mamy do czynienia tylko z odmianą tejże sprawy, albo też do łączenia w jedno cierpienie zasadniczo różnych. To było powodem, że pewne przypadki syringomyelii chciano wyodrębnić jako osobną chorobę MORVAN'a, że dalej przez jakiś czas upatrywano blizkie pokrewieństwo syringomyelii z trądem.

W 1883 r. MORVAN [z Bretanii] ogłosił przypadek cierpienia, któremu nadał miano: *parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou parésoanalgésie des extrémités supérieures*. W cierpieniu tem MORVAN upatrywał nową, samodzielną jednostkę chorobową, a jako cechy charakterystyczne podawał: zanik mięśni rąk i przedramion z ich bezwładem, zaburzenia czucia [utrata czucia, dotyku, ciepła i bólu], zaburzenia odżywcze, zarówno skóry jak i głębszych

części z występowaniem zastrzałów. Spostrzeżenia przypadków cierpienia MORVAN'a zaczęły się mnożyć, ale z drugiej strony zjawili się i przeciwnicy [ROTH, JOFFROY, ACHARD, HOFFMANN i wielu innych], którzy dowodzili, że choroba MORVAN'a jest tylko pewną odmianą syryngomyelii, że w zasadzie jest z nią identyczna.

Opisy przypadków choroby MORVAN'a zwróciły uwagę D-ra ZAMBACO-BASZY [1892], którego uderzyło podobieństwo cierpienia tego z trądem, a mianowicie postaci jego *lepra mutilans anaesthetica*. Podróż jego, przedsięwzięta do Bretanii, ojczyzny choroby MORVAN'a, uwieńczona została wykazaniem tam niewątpliwych przypadków trądu. Wyniki takie skłoniły ZAMBACO-BASZĘ do wypowiedzenia zdania, że syryngomyelia i choroba MORVAN'a pod względem swej istoty są tylko zmienioną postacią trądu. Odtąd sprawa ta podzieliła badaczy na kilka obozów. Jedni zgodnie z ZAMBACO-BASZĄ [DUERING, GAUCHER-PRUS] utożsamiają i chorobę MORVAN'a i syryngomyelię z trądem; drudzy uznają wszystkie te trzy cierpienia za samodzielne, odrębne [MORVAN, GOMBAULT, PROUFF, GRASSET, a początkowo nawet CHARCOT]; inni znów łączą chorobę MORVAN'a i syryngomyelię, oddzielając je od trądu [ROTH, JOFFROY, ACHARD, później CHARCOT]; inni wreszcie, w ostatnich czasach, w chorobie MORVAN'a widzą tylko zbiór objawów, który spotykać się może zarówno w syryngomyelii, jak i w trądzie [HOFFMANN, SCHULTZE, SCHLESINGER]. Zaznaczyć nadto należy, że niektórzy autorowie [DÉJÉRINE, JOLLY] zajęli stanowisko odmienne. DÉJÉRINE widzi w chorobie MORVAN'a zapalenie nerwów obwodowe pochodzenia zakaźnego.

Przypatrzmy się, jak się ta sprawa przedstawia w świetle najnowszych badań. MORVAN, broniąc samodzielności cierpienia, od jego imienia nazwanego, zwracał uwagę na następujące punkty, jako cechy, odróżniające od syryngomyelii: 1) w chorobie MORVAN'a zniesione jest czucie dotyku, ciepła i bólu, gdy w syryngomyelii przy zniesionem czuciu bólu i ciepła, czucie dotyku jest zachowane; 2) w chorobie MORVAN'a zaburzenia odżywcze [zastrzały] są stałe, gdy w syryngomyelii zdarzają się tylko niekiedy; 3) w chorobie MORVAN'a skolioza bywa w 50% przypadków, gdy w syryngomyelii zjawia się bardzo rzadko; 4) w chorobie MORVAN'a cierpią nerwy obwodowe, gdy w syryngomyelii tego nie spotykamy; 5) wreszcie pod względem anatomo-patologicznym w chorobie MORVAN'a mamy do czynienia z zaburzeniem w odżywianiu szarej substancji rdzenia, w syryngomyelii zaś z jamami, czyli brakiem tkanki. Jednakże w miarę gromadzenia materiału okazało się, że wszystkie powyższe cechy różniczkowe muszą upaść. Zachowanie czucia dotyku w syryngomyelii okazało się nie tak stałym, jak to pierwotnie przypuszczano. To samo powiedzieć należy o zaburzeniach odżywczych, skoliozie, cierpieniu nerwów obwodowych: wszystkie te objawy zarówno mogą występować w przypadkach typowych choroby MORVAN'a, jak i syryngomyelii. Rozstrzygnięcia sprawy, wobec wielkiego podobieństwa objawów, należało oczekiwać od badań anatomo-patologicznych, bo one tylko mogły stanowić dowody pewne. Dowód taki dostarczyli wkrótce JOFFROY i ACHARD, którzy w paru typowych przypadkach choroby MORVAN'a znaleźli jamy w szypowej części rdzenia.

Cały szereg następnych badań potwierdził wyniki JOFFROY i ACHARD, nakazujące przyjąć jedność choroby MORVAN'a i syringomyelii. Krytyczne rozpatrzenie tej sprawy, jak zresztą i wielu innych związanych z syringomyelią, zawdzięczać należy HOFFMAN'owi, który w pracy swej wyraźnie zaznacza, że choroba MORVAN'a nie różni się ani klinicznie, ani anatomicznie od syringomyelii. Zdanie to przyjęte zostało przez większość badaczy.

Zobaczymy z kolei, jaki związek istnieje pomiędzy wyżej omawianem cierpieniem a trądem. Istotnie pod względem klinicznym jest wiele objawów wspólnych dla syringomyelii i trądu [postać t. zw. *lepra anaesthetica*, *lepra nervorum*], mianowicie zaburzenia czucia, zanik mięśni i zaburzenia odżywcze. To właśnie podobieństwo skłoniło ZAMBACO-BASZĘ do utożsamienia syringomyelii z trądem.

Zestawienie takie było tem dziwniejsze, że pierwsza choroba polega na cierpieniu narządu nerwowego ośrodkowego, trąd zaś jest cierpieniem skóry pochodzenia zakaźnego, a udział układu nerwowego wyraża się tylko w zajęciu nerwów obwodowych. Wprawdzie w wielu przypadkach trądu znaleziono pewne zmiany w rdzeniu [stwardnienie pęczków tylnych, zmiany w rogach i korzeniach tylnych], lecz zmiany te były bez wątpliwości zjawiskiem wtórnym. Nigdy natomiast w obrazie anatomicznym trądu nie znaleziono nic, coby pozwalało upatrywać związek z syringomyelią, z gliozą.

Z drugiej znów strony w przypadkach syringomyelii zupełnie nie stwierdzono laseczników HANSEN'a w rdzeniu [w jamach], ani w nerwach obwodowych. Pewne wrażenie uczynił w 1892 r. przypadek PITRES'a, który wykrył laseczniki w nerwach obwodowych w przypadku, poczytanym za syringomyelię. Lecz bliższe zbadanie sprawy wykazało, że był tu błąd rozpoznawczy, że wzięto *lepra multilans* za syringomyelię; błąd — który uznał później i PITRES. Większe jeszcze wrażenie uczyniło odkrycie PESTAN'a i BETTENCOURT'a, którzy jakoby znaleźli laseczniki trądu w rdzeniu chorego, zmarłego na syringomyelię. Odkrycie to jednak powszechne budzi wątpliwości i jako pewny dowód nie może być przyjęte.

Wreszcie PRUS opisuje przypadek, jakoby syringomyelii, w którym znalazł laseczniki trądu w krwi. Lecz przypadek, w którym PRUS rozpoznał syringomyelię, był właściwie i pod względem klinicznym trądem, co zresztą zaznacza sam autor. Przypadek ten przeto nie mówi w danej sprawie. Poza tem ani w jednym przypadku stwierdzonego trądu badanie anatomiczne nie wykryło w rdzeniu jam. Z drugiej zaś strony w przypadkach niewątpliwej syringomyelii nie znaleziono nigdy laseczników trądu.

Wobec tego pod względem patogenetycznym należy z całą stanowczością utrzymać ścisłą granicę między trądem a syringomyelią. Co się zaś tyczy strony klinicznej, to jakkolwiek w pewnych przypadkach różniczkowanie może być trudne, jednakże istnieje wiele znamion różniczkowych, które pozwalają oba cierpienia rozgraniczyć.

Co się tyczy wreszcie choroby MORVAN'a, dodamy zgodnie ze SCHLESINGER'em i HOFFMANN'em, że zbiór objawów MORVAN'a spotykać można zaró-

wno w syringomyelii, jak i w trądzie, i że przeto cierpieniu temu nie można przypisywać samodzielności, ani pod względem anatomicznym, ani klinicznym, czyli innemi słowy—choroba, albo raczej zbiór objawów MORVAN'a jest w pewnych przypadkach syringomyelią, w innych zaś trądem.

Po wyłożeniu uwag powyższych, przystąpimy do opisu przypadku, jaki mieliśmy sposobność spostrzegać na oddziale D-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

W d. 23 lutego 1897 r. przybył na oddział Franc. Urb., lat 33 mający, robotnik wiejski z pod Pruszkowa [pracował przez czas dłuższy w ogrodzie]. Chory uskarżał się na niemożność chodzenia, bóle strzelające w nogach, zwłaszcza przy próbie ruchów, palenie w nogach, bóle w krzyżu, pod żebrami, bóle opasujące na wysokości dolnych żeber lub pępka, wreszcie, na nietrzymanie moczu, zupełne zaparcie stolca od 7 dni, brak łaknienia.

Właściwy początek choroby sięga bardzo dawnych lat. Już w 14 roku życia palce u rąk i nóg psuły się, jak mówi chory i znajomy jego z lat dziecińczych; nazywano je parszywymi, zimolągami: palce zwykle były czerwone, pokryte strupami, zwłaszcza w porze zimowej. W r. 1890 kolega L. WOLFRAM z Pruszkowa, który łaskawie skierował chorego na oddział D-ra CHEŁCHOWSKIEGO, odjął choremu ostatni członeczek IV-go palca prawej ręki prawie, już oddzielony od innych; odjęcie to, jak świadczy kolega W., było już wówczas bezbolesne. W kwietniu 1891 r. odjęto dwa członeczki IV-go palca lewej ręki w klinice chirurgicznej przy szpitalu Dzieciątka Jezus, a zimą tegoż roku odjęto dwa członeczki piątego i cały drugi palec lewej ręki. Przed 3-ma laty odpadły same dwa członeczki III-go palca lewej ręki. Sprawa odbywała się zawsze jednako: palce obrzmiewały, czerwieniały, później czerniały, powoli zaczynała się z nich sączyć ciemna, cuchnąca ciecz, wreszcie odpadały miękkie części członeczków. Bólów przytem chory żadnych nie doznawał: członeczki odpadały same, a niektóre sam chory obcinał nożem.

W 25 roku życia wystąpiło już wyraźne skrzywienie kręgosłupa, które stopniowo się powiększało. Zaznaczyć jednak należy, iż, jak twierdzi znajomy chorego z dawnych lat, trzymał on się krzywo przy chodzeniu, już w 14—15 roku życia. Od 2 lat chory zaczął doświadczać w dolnych kończynach palenia, a także bólów, zresztą niezbyt dokuczliwych. Wreszcie od 3 tygodni zaczęły się tworzyć na obu kończynach ranki, wrzody, które dotychczas się nie zagoiły. Pomimo to wszystko chory cieszył się względem zdrowiem, pracował do ostatnich prawie dni.

Stan taki trwał do 16 lutego 1897 r. W dniu tym wystąpiły nagle dreszcze i gorączka. Nazajutrz po przebudzeniu się, chory zauważył, że utracił całkowicie władzę w kończynach dolnych. Jednocześnie wystąpiły silne bóle w krzyżu, pod żebrami, i bóle opasujące na wysokości dolnych żeber. Oprócz tego, mocz zaczął odpływać mimowolnie, co się zaś tyczy stolca, to odtąd datuje się zaparcie jego. Wkrótce potem potworzyły się odleżyny na obu biodrach.

Zaznaczyć należy, że ojciec chorego, człowiek bardzo stary, od 11 lat jest sparaliżowany (*hemiplegia*). Matka umarła w podeszłym wieku.

Rodzeństwo [zresztą z 2-giej i 3-ciej żony ojca] zdrowe. O chorobach nerwowych w rodzinie nic nie wiadomo.

Status praesens [24. II. 1897]. Budowa średnia, odżywianie łyche, cera ziemista. Tętno 104, oddech 24, ciepłota ciała 39,0° wieczorem.

Kręgosłup zniekształcony: górne, grzbietowe kręgi, a zwłaszcza dolne szyjowe wypukłone (*kyphosis*), poniżej lekkie zakłębienie. Na wysokości dolnych grzbietowych i górnych lędźwiowych *kyphoscoliosis sinistra*; największe boczne odchylenie kręgosłupa od linii prostej na wysokości dolnych kręgów grzbietowych wynosi 8 ctm.; niżej w okolicy krzyżowej *scoliosis dextra* [kompensacyjnej].

Badanie narządów wewnętrznych: rzężenia wilgotne w dolnym zrazie lewego płuca, tępość serca nieco zmniejszona, tony serca prawidłowe. Tępości wątroby nie wypukuje się. Pęcherz moczowy przepelniony: górna granica jego tępości dochodzi do pępka.

Prawy gruczoł pachowy powiększony; gruczoły pachwinowe z obu stron nieco powiększone, wszystkie na ucisk niebolesne.

Włosy w porządku.

Opis zewnętrzny kończyn.

Lewa kończyna górna. Skóra lewej dłoni sina, twarda, chropowata, zresztą w granicach odpowiadających zajęciu; kilka blizn w okolicy wyrostka łokciowego; na promieniowym brzegu przegubu łokciowego i przedramienia kilka plam szaro-brunatnych, bezbolesnych [niektóre z nich szorstkie]. Na palcach brak członeczków, mianowicie: po dwa członeczki 3-go, 4-go i 5-go palców, a także całego lewego palca.

Prawa kończyna górna: w okolicy łokcia owalna utrata skóry, w górnej części pokryta jeszcze zgorzelinową, czarną warstwą; nad *epicond. int.* zaczerwienienie i kilka pęcherzyków; na przedramieniu kilka blizn; jedna dość głęboka blizna znajduje się na wewnętrznej powierzchni ramienia; dużo plam brunatnawych, bezbolesnych. Dłoń sina, skóra na ostatnich członeczkach obciśnięta, bez fałd. Brak ostatniego członeczka na 5-ym i 4-ym palcach, na 5-ym palcu sterczy obnażona kość 2-go członeczka; za nią zgorzelinowe, miękkie części, a dalej oddzielony naskórek. Paznogie w pozostałych ostatnich członeczkach zniekształcone; drugi prawy skrócony, na pierwszym lewym poprzeczne zakłębienie, równoległe do wolnego brzegu. Pierwszy prawy paznokieć dość dobry.

Prawa kończyna dolna. Odleżyna wielkości dłoni w okolicy *trochant. dextr.*, pokryta czarnym strupem, mniejsza utrata substancji nad kolaniem i na dolnej zewnętrznej części uda [poprzedniego dnia w dwu ostatnich miejscach były jeszcze pęcherze]; rozrzucone blizny na całej kończynie. Mały strup nad kostką.

Lewa kończyna dolna. Odleżyna wielkości dłoni, poniżej *trochanter sin.*, pokryta czarnym strupem; kilka powierzchownych małych utrat substancji na stopie, łydce i około kolana. Rozrzucone, małe, powierzchowne blizny w kilku miejscach na kończynie. Ciemno-brunatny odcień zabarwienia zewnętrznej strony uda.

Paznogie stóp dosyć pokurezone, lecz w granicach odpowiadających stanowi i zajęciu. Skóra stóp szorstka, bez fałd, mało ruchoma. Połykanie odbywa się prawidłowo.

Siła w kończynach górnych zachowana i wydaje się prawidłową; ruchy bierne wolne. Sam chory nie widzi różnicy w sile rąk. W kończynach dolnych zaledwie ślady ruchów: podnosi nieco kolano, porusza stopą w stawie skokowym prawym i palcami prawej stopy. Ruchy bierne wolne. Ruchy tułowia dość dobre: chory siada sam, podnosi się na łóżku, kładzie się; ruchy boczne ze względu na stan kończyn dolnych utrudnione.

Dotyk na całym ciele zachowany; nawet bardzo lekkie dotknięcie odczuwa i jako dotyk określa, nawet na kończynach dolnych.

Pselaphia [odróżnianie rodzaju przedmiotów za pomocą dotyku] bardzo upośledzona na całym ciele, z wyjątkiem czoła, prawego policzka, nosa i brody. Nie odróżnia dotknięcia kluczem, sukniem, monetą, palcem; po dotknięciu kluczem mówi, że to palce i t. p.

Czucie ucisku zachowane. Czucie umiejscowienia na górnych kończynach i na tułowiu prawidłowe; na kończynach dolnych niekiedy fałszywie umiejscawia.

Zmysł mięśniowy wszędzie zachowany.

Czucie elektryczne [prąd faradyczny] skórne na kończynach dolnych zniesione; na prawym policzku wyraźne, zresztą bardzo osłabione.

Czucie bólu: na kończynach dolnych czucie bólu bardzo silnie obniżone; nie tylko głębsze uklucia, lecz przekłucie fałdy skórnej nawskroś nie sprawiają wrażenia bólu. Chwilami doświadcza przytem jakiegoś silniejszego wrażenia, które określa jako gorąco lub zimno. Na reszcie ciała, nawet uklucia mniej głębokie, wywołują wrażenie widocznie przykre, które nazywa zimnem lub gorącem. Natomiast czucie bólu zachowane: na części uwłosionej głowy, na czole, prawym policzku, brodzie, wargach i nosie.

Czucie ciepłoty. Na całym ciele wogóle ogromnie upośledzone. Wyjątek stanowią część uwłosiona głowy, czoło, prawy policzek, broda, nos, prawe ucho, a także część lewego boku, gdzie czucie ciepłoty wydaje się prawie prawidłowem. Śnieg, albo lód odróżnia dobrze tylko na wspomnianych wyżej miejscach; na tułowiu często się myli, zresztą nigdzie nie odróżnia go od innych dotknięć.

Gorąco, blizkie ciepłoty wrzenia odczuwa wyraźnie na przytoczonych wyżej miejscach; zresztą na całym ciele dotknięcia próbówką lub kubkiem z wodą blizką wrzenia ocenia bardzo niedokładnie i niejednostajnie. Czasami czuje przytem tylko dotknięcie, czasami nazywa je letniem, niekiedy znów zimnem; po dłuższem dopiero działaniu gorąca czuje ból lub gorąco.

Pod lewą łopatką i pachą upośledzenie czucia ciepłoty wydawało się mniej wybitnem.

Dodać wreszcie trzeba, że odpowiedzi „ciepłe“, „zimne“ chory zwykle dawał nie sam przez się, ale dopiero na nalegające pytania: ciepło, czy zimno? To też miało się nieraz podejrzenie, że chory po prostu zgadywał.

Powyższy opis czucia ciepłoty u chorego pochodzi z kilkakrotnych mozolnych badań w tym kierunku. Przytaczam jeszcze dla przykładu wyniki jednorazowego takiego badania.

Na czole śnieg sprawia wrażenie zimna. Różnicę ciepłoty 25° i 33° R. odcienia należycie. Na prawym policzku ciepłotę 13° i 25° odróżnia właściwie; to samo różnicę 24°—37° C. Śnieg sprawia wrażenie zimna, lecz różnicy między śniegiem a ciepłotą 12° C. nie odczuwa. Na lewym policzku nie widzi różnicy między śniegiem a 25°; często nawet mówi, że śnieg jest cieplejszy. Na brodzie dobrze odróżnia 0° i 13°. Na nosie i prawej małżowinie dostrzega rozmaite różnice. Na lewej małżowinie 0° i 12° odróżnia, lecz między 12° i 28° różnicy nie odczuwa. Na przedniej części tułowia [szyja, klatka piersiowa, brzuch] nie widzi różnicy między 12° i 28°. Różnicę między 0° i 26° przeważnie widzi, choć często się myli. Na tylnej części tułowia czucie z dotknięcia śniegiem wszędzie określa jako ciepło z wyjątkiem wyżej opisanej okolicy lewego boku, na której śnieg należycie odróżnia [t. j. nazywa zimnem] i gdzie dostrzega różnicę między 13° i 38°. Na kończynach górnych różnicy między dłonią a ciepłotą 35°, a także między ciepłotą 25 i 37° nie odczuwa. Pomiedzy 6° i 36° [palec zanurzony w wodę] różnicy nie znajduje; zanurzając nawet kolejno palce prawej ręki w naczynie z wodą tych temperatur, mówi, że woda o ciepłocie 6° jest cieplejsza od 36°. Różnicę między ciepłotą 36° a śniegiem spostrzega. Na kończynach dolnych nie odczuwa różnicy między ciepłotą 8° i 35°; często nawet mówi, że woda o ciepłocie 8° cieplejsza od wody o 35°.

Przewodnictwo wrażeń prawidłowe, nie opóźnione. Pnie nerwowe nigdzie nie wrażliwe na ucisk. Odruchy ścięgniste kończyn dolnych raczej wzmożone; skórny z prawej podeszwy żywy, z lewej brak go zupełnie; z *mm. cremasteres* odruchów nie widać, także niema odruchu brzuszego. Odruchów z rogówki i łącznicy brak. Odruch gardzieli i migdałów osłabiony. Pobudliwość mechaniczna mięśni żywa. Mięśnie miernie rozwinięte, nigdzie wyraźnych objawów zaniku, rzucających się w oczy, nie przedstawiają.

Z przebiegu choroby zaznaczymy następujące szczegóły:

Dnia 25. II. Tętno 104, oddech 24, ciepłota 39,0° [rano]; 38,8° [wiecz.]. Mocz bez białka i cukru. Obrzęk krzyża i lewego uda. Pęcherz moczowy przepelniony do pępka—odpływ moczu bezustanny.

Dnia 26. II. Ciepłota 38,0° [r.] i 40,0° [w.]. Wypuszczono cewnikiem 1300 ctm. sześć. moczu. Chory dostał oleju rycynowego.

Dnia 27. II. Ciepłota 38,2° [r.] i 39,0° [w.], tętno 124, oddech 22. Wypuszczono 1800 ctm. sześć. moczu bez białka, odczynu obojętnego. *Incontinentia alvi*: kał odpływa bezustannie.

Dnia 28. II. Tętno 132, oddech 20, ciepłota 39,0° [r.], 38,8° [w.]. Kał ze krwią odchodzi wciąż. Wypuszczono 1200 ctm. sześć. moczu cewnikiem, nadto 1000 ctm. sześć. moczu wydzielilo się do naczynia [„kaczki“]. Mocz mętny, alkaliczny, ciężar właściwy 1015, zawiera białko w ilości 1,5⁰/₀₀, nadto krew i komórki ropne,

Dnia 1. III. Tętno 136, oddech 22, ciepłota 39,0° [r.], 38,0° [w.]. Wypuszczono 1000 ctm. sz. krwawego moczu; zawartości białka 3‰, ciężar właściwy 1012. Wieczorem i w nocy tegoż dnia wymioty.

Nazajutrz rano [2. III. 1897] nastąpiła śmierć.

[C. d. n.]

STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH¹⁾.

— * —

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 9].

O podpaskach dla kobiet miesiączkujących w szpitalach nigdy nie myślano. Lud nasz, zarówno i biedniejsze warstwy miast uważają podpaskę za rzecz szkodliwą i niezdrową, koszulę zaś zmieniają dopiero z chwilą ukończenia miesiączki. Ilez to razy każdy z ordynatorów oddziału kobiecego podczas badania znajduje koszulę i prześcieradło zakrwawione? Nie zawsze podoba tu czujność sióstr miłosierdzia; większość kobiet szpitalnych chętnie ukrywa ową chwilę, opierając się na błędnem przekonaniu. Skoro fakt został wyznany lub ujawniony, siostra miłosierdzia radzi sobie, jak może, znowu tymiż gałganami, już głównie dla zaoszczędzenia bielizny, której zawsze ma zamało.

Pomijając już estetykę, jak powiedziano wyżej, odzienie szpitalne, nie odpowiada najprostszym warunkom higieny, po za tem jest ono w całym tego słowa znaczeniu nieprzyzwoite. Ubranie zimowe różni się od letniego tylko tym twardym, sukiennym szlafrokiem bez podszewki, który nie zabezpiecza od chłodu na korytarzu zwykle nie ogrzewanym; cóż dopiero mówić o wychodzeniu chorych na dziedziniec choćby w czasie najłagodniejszej zimy.

Koszula u mężczyzn na piersiach rozwartą, majtki bez guzików i szlafrok częstokroć za wąski, a więc z przodu szeroko otwarty, u kobiet zaś tylko niezbyt długa pod szlafrokiem koszula — nie mogą przeciw być wzorem przyzwoitości. Nic więc dziwnego, że lepiej wychowany człowiek w obecności kobiet w dzień wizytowy rad nie rad chowa się pod koldrę, nie chcąc ukazać się w zbyt negliżowem ubraniu szpitalnem.

Powyższe uwagi nasuwają myśl przekształcenia ubrania szpitalnego w następujący sposób: lepszy krój oraz urozmaicenie wielkości ubrania szpitalnego wogóle, w szczególności zaś mężczyznom dostarczyć do zimy obszerny szlafrok sukienny z podszewką flanelową, zapinany pod szyję, majtki barchanowe zapinane na guziki, pończochy wełniane oraz pantofle z napiętkami; kobietom należałoby dać tak w lecie, jak i zimie, spódnice i kaftany, pończochy wełniane i bawełniane [jak to ma miejsce w szpitalu Ewangelickim] stosownie do pory roku, obok odpowiednich pantofli i szlafroków.

Jedną z bardziej palących potrzeb w szpitalach nieskanalizowanych jest brak umywalni na salach: chorzy zmuszeni są myć się w jednej misce najczęściej bez mydła, poczem rzadko dostają ręcznik, a jeszcze rzadziej grzebięń. Co prawda, niektóre szpitale posiadają ręczniki, ilość ta jednak nie jest wystarczającą, jeden zaś ręcznik na tydzień jest stanowczo za mało. W szpitalach skanalizowanych sprawa ta wygląda trochę lepiej, pozostawia jeszcze jednak wiele do życzenia z uwagi na wspomniane wyżej braki.

¹⁾ Pragnąc przedstawić istotny stan szpitali warszawskich, oparty na pewnych danych, upraszamy kolegów ordynatorów szpitalnych o sprostowanie zauważonych, niedokładności, które postaramy się uwzględnić w toku artykułu.

Sposób jedzenia chorych nieodwołalnie domaga się gruntownej reformy. Brak sal jadalnych dla chodzących, tudzież brak stolików ruchomych dla ciężko chorych rzuca się każdemu w oczy i zarazem pociąga za sobą cały szereg niepożądanych następstw. Miskę lub talerz ze strawą stawia się na małej szafeczce przegradzającej 2 łózka; na oddziałach wewnętrznych chory widzi zaraz obok swej miski kufel z płwociną własną lub sąsiada; chyba głód tylko może pokonać budzący się wówczas w nim wstręt, a sam widok ten, nieubłagane powtarzający się codziennie, jest wstanie unicestwić najlepsze choćby łaknienie. Dla braku miejsca jeden z łóżek chorych sąsiadów musi wziąć talerz do ręki lub postawić go na kolanach; inaczej bowiem, jedząc obaj z szafki, będą wciąż uderzali się głowami. Gorzej rzecz stoi z ciężko chorymi, wznak leżącymi: ci opierają talerz na piersiach, podtrzymując go jedną ręką i zalewając kołdrę, koszulę i siebie. Co do nakryć, szpitale mają wielkie podobieństwo do więzienia: o ile w więzieniach nie dają nożów i widelców z obawy samobójstwa, o tyle w szpitalach nie dają tych przyrządów z powodu zupełnego ich braku. Rzadko który oddział posiada całkowite nakrycie dla wszystkich chorych, w większości przeciętny oddział posiada łyżki cynowe dla wszystkich i po kilka sztuk widelców i nożów dla lepiej wychowanych. Patrząc na ludzi rozdzierających kawałki mięsa palcami, mimowoli musimy przenieść się myślą w odleglejsze od nas czasy.

Słuszność wyznać każe, że niektóre oddziały szpitalne posiadają całkowite nakrycie dla wszystkich swych chorych, noże i widelce są jednak nieraz w schowaniu, niema bowiem komu czyścić ich po użyciu, a nieliczna służba szpitalna, przeciążona pracą, nie może podjąć nawet pilniejszym swym obowiązkom.

Z tego, co powiedziano wyżej, wynika, że sale jadalne dla chorych chodzących są potrzebą nieodwołalną, jak również nieodzowne są ruchome stoliki nad łózkami dla cięższych chorych. W ostateczności gdyby dla braku miejsca nie dało się urządzić sali jadalnej przy którymkolwiek oddziale, możnaby ustawić stoły na ogrzewanym kurytarzu, jak to wreszcie ma miejsce w Instytucie oftalmicznym.

Ile wówczas zyska na czystości sala chorych, a zwłaszcza łózka — nie potrzebujemy dodawać.

Co do samego nakrycia, to oprócz zaopatrzenia w nie wszystkich chorych wiele pożądana byłaby zamiana powszechnie dziś używanych w szpitalach łyżek cynowych na emaliowane lub platerowane.

Do rzędu najboleśniejszych ran szpitalnictwa Warszawskiego należy bezwarunkowo zaliczyć niższy personel służbowy. Personel ten najzupełniej nie odpowiada potrzebom ani pod względem ilościowym, ani tembardziej jakościowym. Całą niższą służbę szpitalną można podzielić na dwie kategorie, w których pierwsza, jeśli nie wyłącznie, to w każdym razie przeważnie zajęta jest pielęgowaniem chorych, druga zaś kategoria obsługuje różne oddziały gospodarstwa szpitalnego [kuchnię, pralnię, podwórze i t. p.]. Pierwszą kategorię służby stanowią: posługacze dzienni, posługacze nocni, służący w salach operacyjnych, kąpielowi, wreszcie pracznicy opatrunków i służące przy kuchni, które wciąż ocierają się o chorych, a przeto winne być do tejże kategorii zaliczone.

Posługacze dzienni przeznaczeni są przeważnie do pielęgnowania chorych. Ich obowiązkiem stanowi ślanie i poprawianie pościeli, zmiana bielizny, mycie i kąpanie chorych, ich przenoszenie, sadzanie osłabionych na kubeł lub odprowadzanie do wychodka, przynoszenie, wynoszenie i mycie kubłów i nocników, przynoszenie jedzenia i karmienie cięższych chorych [bardzo osłabionych karmi siostra miłosierdzia], pilnowanie świeżo operowanych oraz ciężko chorych, zwłaszcza pozostających w stanie nieświadomości, wreszcie inne czynności, związane bezpośrednio z pielęgowaniem chorych. Po za tem też służba

myje, zaciąga i czyści podłogi na salach chorych, na korytarzach i na schodach, nosi śmiecie i zużyte opatrunki, nieraz na znaczne odległości, pali w piecach, do czego często sama musi nosić węgle, przynosi z głównej kuchni pokarmy i odnosi tamże naczynia, czyści wychodki i pokoiki kąpielowe, czyści i nalewa lampki, nabija słomą sienniki, podszywa kołdry i t. d. i t. d.. Lecz nie dość na tem: w niektórych szpitalach pielęgnujący chorych używani bywają do wynoszenia umarłych, do pomocy w kuchni, wreszcie do takich zajęć gospodarskich, jak: pielenie warzyw, kwaszenie kapusty i t. p..

Można śmiało powiedzieć, że posługacz szpitalny zaledwie połowę swego czasu może poświęcić pielęgnowaniu chorego, drugą zaś połowę zabierają mu czynności, które winna spełniać służba drugiej, t. j. gospodarczej kategorii. Z tego już można wnioskować, jakim może być w takich warunkach samo to pielęgnowanie. Lecz idźmy dalej. Na jednego posługacza w oddziałach chirurgicznych wypadła u nas przeciętnie 12—14, w oddziałach zaś wewnętrznych 14—16 chorych. Liczba ta wzrasta niekiedy nawet do 20. W jednym tylko, o ile się zdaje, Zapasowym szpitalu posługacz ma w swej pieczy 10 chorych, lecz i tę ilość należy uznać za wygórowaną wobec tego, że szpital ten przeznaczony jest wyłącznie dla ciężkich chorób zakaźnych. Dla pełności obrazu przytoczmy dane ze stosunków obcych: w Wiedniu jeden posługacz pielęgnujący wypadła na 7 chorych, w Berlinie i Londynie — jeden na 8, w Hamburgu jeden na 9, w Krakowie zaś i Lwowie [kliniki chirurgiczne] — nawet jeden na 6 chorych. Widzimy przeto, że tam szpitale, pomimo że mają wszelkie nowoczesne udogodnienia, do obsługi chorych posiadają prawie dwa razy więcej służby, niż u nas. A przecież nasz służący, obarczony, jakśmy tu wyżej widzieli poza pielęgnowaniem chorych obowiązkami, luźno tylko z tą czynnością związanymi, ma pracę bez porównania cięższą, niż służba w miejscowościach wyżej wymienionych. Trzeba nadto zaznaczyć, że pracę naszej służby wielce utrudnia ciasnota i nieodpowiednie urządzenia większości naszych szpitali, wielkie nagromadzenie chorych, a wreszcie znaczna liczba marantyków, kachetyków i suchotników, których pielęgnowanie jest nader uciążliwe. Z powyższego wypływa konieczność zwiększenia ilości służby, pielęgnującej chorych, tak, aby na służącego wypadło nie więcej nad 10 chorych, oraz odjęcie jej tych wszystkich czynności, które winna spełniać służba gospodarza [czyszczenie korytarzy i wychodków, noszenie węgla, palenie w piecach i t. p.].

Od niedawna dopiero, gdyż od lat paru, zaprowadzono w szpitalach warszawskich nocne deżury przy chorych. Deżury te pełnią posługacze nocni, którzy są obowiązani czuwać przy chorych od 9 wieczorem do 5 rano, poczem mogą spać do 12-jej. Wobec braku specjalnego pomieszczenia dla służby, nocni zarówno, jak i dzienni posługacze, spijają przeważnie na salach chorych. Otóż, przespawszy się, o ile spać mógł przy rannym hałasie, posługacz deżurny pomaga po południu przy obiedzie chorych lub też, co się najczęściej zdarza, przeznaczony bywa ku pomocy służbie gospodarczej w kuchni, na podwórzu i t. p.. Zaprowadzenie służby nocnej należy przyjąć z uznaniem, gdyż poprzednio chorzy przez całą noc byli pozostawieni samym sobie. Te też wcale nie należało to do rzadkości, jeżeli chory zaraz pierwszej nocy po ciężkiej laparotomii wstawał, a nawet wychodził na korytarz, trawiony pragnieniem lub szukając nocnika.

Niemniej przeto i dzisiejszego sposobu nocnej obsługi chorych nie można nazwać zadawalniającym. Przeważnie na jednego posługacza nocnego wypadła około 30, a niekiedy i więcej chorych. Gdyby ci chorzy leżeli na jednej sali, możnaby się z tem jeszcze od biedy pogodzić. Ponieważ jednakże tacy chorzy mieszczą się zwykle w dwóch salach lub więcej i ponieważ te sale bywają nieraz dość znacznie od siebie odległe, posługacz nie jest w stanie być na każde zapotrzebowanie. To też i dziś zdarza się często, że z pomocą cięż-

ko choremu musi śpieszyć silniejszy od niego sąsiad-pacyent lub też śpiący w tej samej sali na podłodze posługacz dzienny. Po za tem spotykamy tu inną jeszcze niedogodność. W niektórych szpitalach nocną służbę połączono z dzienną, podzielono pomiędzy nich chorych i nakazano deżurować w nocy kolejno. W ten sposób wypada wprawdzie na każdego służącego nieco mniej chorych do obsługi, lecz za to wynikają ztąd inne niedogodności.

Posługacz po deżurze śpi do 12, chorzy jego przeto obsługiwani są tylko dorywczo przez innych. Po za tem takie niewysypianie się co 3 lub 4 dni wpływa nader ujemnie na siły całego personelu służbowego w danym oddziale. Wreszcie trzeba mieć i to na uwadze, że stały posługacz nocny łatwiej obznajmia się z chorymi, którzy mogą potrzebować jego pomocy. Z powyższego wyprowadzamy wniosek, że służba nocna winna być stała, t. j. zupełnie oddzielona od dziennej. Po za tem służący nocny powinien mieć w swej opiece nie więcej nad 15, a co najwyżej 20 chorych, leżących w jednej sali.

[C. d. n.]

Przegląd bibliograficzny.

— † = † —

Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych, skreślił D-r WILHELM PISEK, b. asystent Uniw. Jagiellońskiego, lekarz ordynujący lecznicy powszechnej we Lwowie. Część I. Zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrodnień mięśnia sercowego. Kraków, 1899. Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. Str. 261.

Od czasu wydania wybornego podręcznika D-ra O. WIDMANA: „Choroby serca i wielkich pni naczyniowych“ przez Gaz. Lek. w r. 1884, terapia chorób układu krwionośnego została wzbogaconą kilkoma ważnymi zdobyczami, które nie mogły być oczywiście uwzględnione we wspomnianem dziele kol. WIDMANA. Mam tu przedewszystkiem na myśli metodę OERTEL'owską, leczenie kąpielami, gimnastyką, masażem, jak również niektóre leki: strofant diuretykę. Kalomel i jod, jakkolwiek znane były oddawna, zyskały jednak dzięki pracom JENDRASSIK'A i HUCHARD'a obszerne zastosowanie w cierpieniach serca i naczyń w omawianym okresie czasu.

Należy więc przypnszczać, że okoliczności powyżej wymienione stały się pobudką dla kolegi P. do skreślenia terapii chorób serca i naczyń krwionośnych, w którejby owe braki uwzględnione zostały.

Autor podjął się zadania nie łatwego, bo napisanie samej terapii danego układu jest o wiele trudniejszym, aniżeli przygotowanie podręcznika, obejmującego całą patologię i terapię szczegółową. Chcąc, aby podręcznik taki nie ograniczał się tylko na wyliczeniu środków farmakologicznych, lub sposobów leczenia wogóle, a miał nić przewodnią, potrzeba czytelnikowi stawiać często przed oczyma główne zmiany anatomo-patologiczne, powoływać się na fizyologię, patologię ogólną, słowem, za pomocą drogowskazów naukowych chronić go od zboczenia na manowce.

Z tego też względu w obszernem dziele specjalnej terapii chorób wewnętrznych, wydanej przez prof. PENZOLDT'a i STINZING'a, pomieszczono przy każdej postaci chorobowej przed leczeniem tejsze: etyologię, anatomię patologiczną, symptomatologię i t. d. oczywiście w skróceniu.

Przypatrzmy się więc, jaki plan autor sobie nakreślił w powyżej zatytułowanej pracy. Dzieli ją na 12 rozdziałów.

W rozdziale I kładzie nacisk, iż wady zastawek serca łączą się zwykle z cierpieniami mięśnia sercowego i że tym sposobem w większości przypadków leczenie dla obu grup będzie jednakowe. Następnie przebiega etyologię wad

zastawkowych [*endocarditis*, dziedziczność, uraz, ostry gościec stawowy i t. p. dotyka kwestyi niedomykalności czynnościowej zastawek. Rokowanie rozbiega obszerniej na kilku stronicach.

Rozdział II, III, IV, V, poświęcony jest leczeniu wad zastawkowych wogóle.

W rozdziale II pomieszcza autor postępowanie lecznicze w okresie wyrównania [hygiena, dyeta, kąpiele, uzdrowiska, gimnastyka, kwestya małżeństw i leczenie moralne]. Rozdział III zawiera leczenie wad zastawkowych w okresie chwilowego zniesienia kompensacyi [bezwzględny spokój, środki czyszczące, dyeta]. Rozdział IV obejmuje leczenie mechaniczno-dyetyczne [metoda OERTEL'a], jak również gimnastykę [ZANDER] i masaż.

W rozdziale V pomieścił autor balneologiczno-gimnastyczne leczenie, hydroterapię, klimatoterapię, pneumoterapię i elektroterapię.

Rozdział VI poświęcony jest pogładowi ogólnemu na leczenie przewłoczných wad zastawkowych serca w okresie zniesienia wyrównania.

W rozdziale VII omawia autor leczenie objawów sercowych (*cardiopalmus*, *tachycardia*, *bradycardia*, *arrhythmia* etc.).

W rozdziałach zaś VIII, IX i X pomieszcza terapię objawów pozasercowych [puchlina, duszność, sinica, zбочzenia w narządzie oddechowym, pokarmowym i t. d.]. Zakończenie pracy stanowią rozdziały XI i XII, obejmujące leczenie chorób mięśnia sercowego [przerost, rozstrzeń, zapalenia i zwyrodnienia mięśnia sercowego, otłuszczenie].

Co się tyczy samego układu pracy, to pod względem dydaktycznym, przedstawia on pewne niedogodności. Czy nie byłoby lepiej, gdyby autor rzeczył o metodzie OERTEL'a, o leczeniu balneologiczno-gimnastycznym, o masażu, hydroterapii i t. d., zamiast pomieszczać w dziale terapii przewlekłych wad zastawek serca, umieścić był na początku swej pracy w jednym dziale, dotyczącym leczenia chorób serca wogóle. Wszak metody, tylko co wspomniane, mają zastosowanie o wiele nawet częstsze w chorobach mięśnia sercowego, aniżeli w wadach zastawek. Do tego również działu możnaby włączyć higienę, dyetę, uzdrowiska, kwestyę małżeństw, leczenie moralne i t. p., które wszak dotyczą cierpienia serca wogóle, a nie tylko wad zastawek.

Gdyby prócz tego autor dział taki poprzedził był wstępem, rzucającym światło na fizyologię i patologię serca, jak również na mechanizmy, za pomocą których sam ustrój wyrównywa pewne zбочzenia w zaburzeniach krwiobiegu, dałby lekarzowi gruntowne, naukowe podstawy leczenia. Taką myślą kierował się niezawodnie kol. P., zatytułowawszy część pierwszą swej terapii: „Zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrodnienie mięśnia sercowego“. Tych wszakże zasad, z powodu nieodpowiedniego planu pracy, nie objął w jednolitą całość, lecz rozproszył ją po różnych rozdziałach.

To samo dotyczy i samozatrucia produktami przemiany materyi. Szczególniej w patologii krwiobiegu odgrywa ono tak ważną rolę, iż w terapii zaburzeń cyrkulacyjnych powinno ono być zawsze brane w rachubę tam, gdzie momenty mechaniczne nie są dostateczne do wytłómaczenia niektórych przejawów klinicznych.

Co do właściwego leczenia przewlekłych wad serca w okresie zniesienia wyrównania, to autor terapię swą kieruje stosownie do objawów, które na dwie grupy dzieli: a) na objawy sercowe (*cardiopalmus*, *tachycardia*, *bradycardia*, *arrhythmia*, *embryocardia*) i b) objawy pozasercowe [puchlina, duszność, sinica, zбочzenia następcze w przyrządzie oddechowym, pokarmowym i t. d.]. Podział ten autor wprowadził do swej pracy na wzór GERM. SÉE¹⁾, który objawy pozasercowe nazywa „*symptomes extracardiaques*“. Tłómaczenie polskie: pozasercowe, wiernie oddaje myśl francuskiego autora, czy jednak jest ono wła-

1) *Traité de maladies de coeur*. Paris. 1889.

ściwem, czy rzeczywiście objawy takie, jak puchlinę, duszność tak ściśle związane, pod względem swej patogenezy, z czynnością serca, i będące nieraz najwydatniejszymi objawami choroby serca, można nazwać objawami pozasercowymi? Wszak z wyrażeniem „objawy pozasercowe“ łączymy pojęcie symptomów, nie mających związku z sercem, podobnie jak słowa „sprawy pozadomowe“ używane w języku potocznym, odnoszą się do spraw, nie mających związku z domem.

Pominąwszy zresztą kwestyę nazwy, zestawienie terapii, odpowiednio do objawów sercowych, lub pozasercowych napotyka na znaczne trudności. Dotyczy to szczególnie grupy I. Bicie serca, przyśpieszenie, zwolnienie czynności serca, niemiarkowatość, jak również *embryocardia* [rytm podobny do rytmu serca u płodu] spotyka się w tylu najrozmaitszych postaciach chorobowych nie tylko serca, lecz i innych narządów, a zwłaszcza układu nerwowego, iż przy każdym z nich musi autor przedwzyskiem wyłączać te źródła pochodzenia, aby terapię swą skierowywać wyłącznie na te z nich, które przy wadach zastawek występują. Grupowanie środków leczniczych według objawów ma i tę złą stronę, że odciąga lekarza od głównych wskazań, że go łatwo na boczne drogi sprowadzić może.

GERMAIN SÉÉ w tomie II swego dzieła (*Therapeutique physiologique du coeur*), wprowadzając dział leczenia objawów, poprzedzał go opisem leków sercowych, grupując je według działania fizjologicznego [na nerw błędny, mięsień serca, naczynia, nerki i t. d.]. Chciał więc prawdopodobnie wpoić czytelnikowi podstawy fizjologiczne, farmakologiczne i przygotować go do terapii objawów. Na tem wszakże nie poprzestał, zakończył swe dzieło rozdziałem, traktującym leczenie chorób serca, odpowiednio do zmian anatomicznych. Pomimo tego wszytkiego klasyfikacja ta nie rozjaśnia, a przeciwnie zaciemnia horyzont.

Jeśli w samej architektonice dzieła kol. P. są pewne braki, to natomiast w opracowaniu szczegółów znajdujemy bardzo wiele dodatnich stron. Wybornie np. obrobiony jest rozdział o środkach nasercowych, moczopędnych, o upustach krwi, o dycie mlecznej, o metodzie OERTEL'a i wogóle o stosowaniu kąpieli i masażu. Podobnie kwestya małżeństw i ciąży oświetlona jest doskonale z punktu widzenia praktycznego. Na każdym kroku znać wytrawnego lekarza, który sam dużo widział i wynikami swego doświadczenia podzielić się z czytelnikami umie. Nad opracowaniem literatury zadał sobie autor nie mało trudu, uwzględnił wszystkie ważniejsze dzieła, dotyczące chorób serca i naczyń, a co najważniejsza, nie pominął żadnej pracy polskiej. W tym względzie położył wielką zasługę, podobnie, jak to uczynił kol. BIEGAŃSKI w swej dyagnostyce chorób wewnętrznych, ratując wiele cennych artykułów od zapomnienia.

Przed zakończeniem naszej oceny wypada nam jeszcze podnieść kilka usterek, dotyczących treści i języka.

W etyologii ostrego zapalenia wśierdzia pominął autor zapalenie migdałów folikularne. Mówiąc o rokowaniu [str. 11] kol. P. wyraża się: „znaczna rozstrzeń komórki, szczególnie odleglejszej od wady zastawkowej uprawnia do gorszego rokowania aniżeli przerost, na co trafnie FRAENTZEL zwraca uwagę“. Jest to niezrozumiałe. Tymczasem w oryginale u FRAENTZEL'a znajdujemy następujący ustęp: „*Von ganz besonderer Wichtigkeit aber ist es prognostisch festzustellen, wie gross die Dilatation des Ventrikels ist, welcher vor dem Klappenfehler liegt, also z. B. bei der Insufficienz der Aortenklappen des linken Ventrikels. Je stärker die Hypertrophie, desto besser steht es mit dem Kranken, je stärker die Dilatation, desto grösser ist die Gefahr, in welcher sich derselbe befindet*“. FRAENTZEL utrzymuje więc, że rokowanie zależy od stopnia rozszerzenia komórki, znajdującej się powyżej wady zastawek, a więc przy wadach zastawek półksiężycowych aorty od rozszerzenia lewej komórki, a przy wadach zastawki dwudzielnej od prawej komórki. Należałoby więc w powyższej przytoczonej ustępie kol. P. po

wyrazach „znaczna rozstrzeń komórki“ zamiast słów: „szczególniej odległej od wady zastawkowej“ wstawić „znajdującej się powyżej wady zastawek“.

W rozdziale o tachykardyi [str. 85 i 86] autor słusznie zaznacza, iż zdarzają się przypadki, w których tachykardyi nie powinno się leczyć (*insufficiencia vv. aortae*). Dlaczego jednak ma to mieć miejsce i wtedy, skoro do niedomykalności zastawki dwudzielnej przyłączy się zwężenie ujścia żylnego lewego, trudno zrozumieć. Wszakże właśnie w zwężeniu tem pożądanem jest, aby rytm serca był zwolnionym, gdyż przez to rozkurcz komórki trwa dłużej, wskutek czego więcej krwi jest w stanie przepłynąć przez zwężony otwór z przedsionka do komórki.

Z tych właśnie względów naporstnica w zwężeniu żylnem lewym okazuje się najdzielniejszym lekiem. Sam zresztą autor na stronie 88 wyraźnie zaznacza: „najświetniejsze wyniki osiągamy w zwężeniu ujścia żylnego lewego“. Być więc może, że kol. P. miał co innego na myśli; w każdym razie miejsce to jest niejasnem i wymaga sprostowania.

Mówiąc o embryokardyi [str. 118], autor pisze: objaw ten i nazwę wprowadził do patologii serca HUCHARD. Dalej zaś „serce obwodowe“, t. j. kurczliwość naczyń krwionośnych. Otóż wyrazy „objaw“ i „serce obwodowe“ należałoby opuścić, jako w niewłaściwym znaczeniu użyte.

W tytule pracy „Zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrodnienie mięśnia sercowego“, powinno być: chorób mięśnia sercowego, gdyż autor do swej terapii włącza i *myocarditis*, które do spraw zapalnych, a nie do zwyrodnień zaliczyć trzeba.

Obce są duchowi naszego języka następujące wyrazy: zadziałanie, lek rozdzielający, klinik, zamiast klinicysta, gimnasta, dyjetetyczna, gimnastyczna ordynacya, kumuluje.

To są drobne usterki, które łatwo można usprawiedliwić, skoro się zważy, w jak trudnych warunkach znajduje się lekarz-praktyk, chcący i naukowo pracować i godnie spełniać swe obowiązki zawodowe. Ież to razy zmuszony jest rzucać pióro, przerywać wątek swych myśli i biedz na pomoc cierpiącym.

W takich okolicznościach trzeba mieć dużo hartu woli, dużo zapału, aby się nie wyrzec dążności naukowych. Z tych też względów tem większe należy się uznanie koleźce P., który, podjąwszy się zadania trudnego, wywiązał się z niego należycie. To też pracę jego śmiało polecić możemy kolegom, znajdują bowiem w niej odzwierciedlenie ostatnich postępów nauki w dziedzinie chorób serca i naczyń, jak również rozwiązanie wielu kwestyi wątpliwych, nastroczających się lekarzowi-praktykowi.

J. Puwiński.

Wiadomości drobne.

— FROBLICH przytacza 26 przypadków choroby Potr'a u ssawców i z przebiegu ich wyprowadza następujące wnioski. Cierpienie umiejscawia się przeważnie w lędźwiowej części kręgosłupa, na wysokości pierwszego i drugiego kręgu, rownie opadowe trafiają się prawie wyjątkowo. Choroba rozpoczyna się zwykle od porażenia kończyn dolnych, poczem powstaje wygięcie kręgosłupa w części lędźwiowej, równe, nie kątowe, poprzedzone przez pewien rodzaj zmniejszonej ruchomości tej części kręgosłupa. Rozpoznanie zwykle jest trudne: od bezwładu dzieciennego porażenie w danym razie różni się tem, że dotyczy obu kończyn dolnych, że nigdy nie bywa zupełnem, wreszcie że niema przy niem odczynu zwyrodnienia; przy niedowładzie kończyn dolnych w początkowym okresie krzywicy kości przy ucisku są bolesne. Gdy garb jest jedyną oznaką rozpoczynającej się choroby, wtedy należy odróżniać cierpienie to od krzywcowego skrzywienia lędźwiowej części kręgosłupa lub też od nieprawidłowego trzymania się ssawców, które zwykle szybko przechodzi; przy tem ostatniem jednak lędźwiowa część kręgosłupa odznacza się giętkością,

wówczas gdy przy zależnem od choroby angielskiej skrzywieniu mamy do czynienia nie z garbem części lędźwiowej, lecz raczej ze skrzywieniem lędźwiowo-grzbietowem, co przecież łatwo odróżnić. Przy leczeniu cierpienia, o którym mowa, u dzieci do roku autor używa deseczek, do której przymocowywa dziecko za pomocą odpowiednich pasów i szelek z kręgosłupem silnie wygiętym ku przodowi; u dzieci zaś starszych nad rok używa czasowo gorsetu gipsowego, który umocowywa za pomocą sześciu kawałków miękkiego filcu. Przy nadmiernej wielkości brzucha gorset składa się z dwóch idących pierścieniowato kawałków filcu, z których jeden przechodzi pod pachami, drugi zaś naokoło miednicy, obadwa zaś łączą się z tyłu za pomocą odpowiedniej wielkości kawałków filcu.

(*Revue de Chir.* № 11. 1898).

J. M.

Wiadomości bieżące.

— Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza konkurs na nagrodę, ustanowioną przez D-ra JONATANA WARSCHAÜERA, wyznaczając na temat pracy konkursowej: „Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń“. „Praca konkursowa ma zawierać zwięzły zarys historyczno-krytyczny organoterapii oraz własne doświadczenia autora. Nie wymaga się jednak, żeby doświadczenia autora obejmowały wszystkie dotychczas znane środki; owszem, autor może opracować dokładnie tylko jeden, bądź już znany, bądź też zupełnie nowy środek“. Nagroda konkursowa wynosi 1200 złr. w. a.. Prace konkursowe należy nadsyłać bezimiennie do Akademii Umiejętności w Krakowie po dzień 31 grudnia 1900 r., z dołączeniem koperty, zawierającej wewnątrz nazwisko i adres autora. Rękopis pracy i koperta mają być zaopatrzone tem samym godłem. Akademia ogłosi rozstrzygnięcie konkursu na posiedzeniu publicznem w maju 1901 r., a wypłaci nagrodę po złożeniu już wydrukowanej pracy w rocznicę zgonu D-ra J. WARSCHAÜERA, to jest 10 listopada.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski.* № 9. M. RUTKOWSKI. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków. [Dok.]. O. BUJWID. Biologiczny sposób wykrycia arsenu za pomocą hodowli pleśni. J. ZIARKO. O wpływie ławatyw odżywczych na wydzielanie soku żołądkowego. *Medycyna* № 9. J. STEINHAUS. Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków. F. SACHS. O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca, oraz kilka uwag o leczeniu dławca. [Dok.]. — *Krytyka Lekarska* № 3. Z. KRAMSZYK. Miara w leczeniu. A. WIZBL. Dowcip u obłąkanych oraz parę słów o ich talencie artystycznym. [Dok.]. FR. GIEDROYÉ. Ochrona od zarazy morowej w Polsce [profilaktyka moru] w wiekach ubiegłych. [C. d.]. — *Kronika Lekarska.* Zeszyt 5. J. JAWORSKI. O krwotokach macicznych u dziewcząt nowonarodzonych. H. HIGIER. W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. [Dok.]. — *Czasopismo Lekarskie* № 3. P. SCHROETER. Przypadek urazu nerki. F. GRODECKI. Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą. A. GOLDENBERG. Epidemia duru brzuszego poronnego. J. BRZEZIŃSKI. Notatka z higieny przemysłu fabrycznego. A. RZĄD. W sprawie przytułków dla dzieci wiejskich na czas robót polnych. K. ŁAZAROWICZ. Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich. S. STERLING. Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych. [C. d.]. *Postęp Okulistyczny.* Luty. I. STRZEMIŃSKI. Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej, sąsiedniej części nosa i lewego worka łzowego, z samodzielnem wyleczeniem. B. WICHERKIEWICZ. Przyczynek do zachorzeń dnałych [artrycznych] oka.

Do dzisiejszego N ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: prospekt nowego czasopisma „Postęp Okulistyczny“.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 25 Фев. 1899. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

A P T E K A

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

Poleca następujące wstrzykiwania podskórne wyjąłowane w rurkach zatopionych (in ampulis).

Środki ulegające rozkładowi przy ciepłocie wrzenia wody, wyjąłowane sposobem przerywanym w sterylizatorze i przy niższej temperaturze.

Acid benzoic. c. Camphor. aa	0,10.	Spirit. Vini.
Antipirin. Knorr.	0,25	in 1 CC.
Apomorph. muriat Merk.	0,01	in 1 CC.
Camphora resublimat.	0,10	in 1 CC. ol. amygdal dulc.
Chininum bimuriatic.	0,10	} in 1 CC.
" " " " " "	0,20	
" " " " " " " "	0,10	
Coffeinum natrio-benzoicum	0,20	
Cornutin Kobert	0,005	
Cocain. muriat. Merc.	0,01	
" " " " " " " "	0,03	
" " " " " " " "	0,05	
Eucain. hydrochlor	0,05	

Ergotinum dialysat. Bombel.	0,10	in 1 CC.
" " " " " "	0,20	in 1 CC.
" " " " " " " "	0,10	in 1 CC.
" " " " " " " "	0,10	in 1 CC.
" " " " " " " "	0,10	in 1 CC.

Kali cartharidini	0,0002	} in 1 C. C.
Morphin. muriat. Merck	0,01	
" " " " " "	0,02	
" " " " " "	0,03	
" " " " " " " "	0,01	
" " " " " " " "	0,01	
Pilocarpin. muriatic.	0,01	
Strychnin. nitricum	0,001	

Środki lecznicze, jak eter i sole rtęciowe, niewyjąłowane, a tylko rurki napełnione i następnie zatopione.

Aether acetic. c. Camphor.	0,05	in 1 CC.
" " " " " " " "	depurat	1 CC.
" " " " " " " "	c. Camphora	0,10.
" " " " " " " "	0,10 et 30%	Ol. amygd. dul. in 1 C.C.
Hydrarg. benzoicum	0,02—Na Cl	0,02 in 1 CC.
" " " " " " " "	bichlorat. corrosiv.	0,01—Na Cl. 0,20 in 1 CC.
" " " " " " " "	cyanat	0,01 in 1 CC.
" " " " " " " "	formamidat	0,01 in 1 CC.
" " " " " " " "	glutino-pepton-hydrochlor.	0,01 in 1 CC.
" " " " " " " "	peptonatum	0,01 in 1 CC.

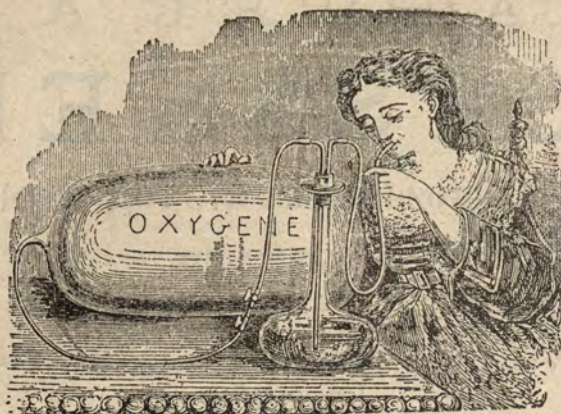
Każda rurka posiada płynu od 1,1 CC. do 1,2 CC. Jestto zrobione z względów praktycznych, ażeby w razie przypadkowego rozlania nie zabrakło płynu do napełnienia strzykawki.

Środki lecznicze, nieobjęte powyższym spisem, lub też w odmiennym stosunku rozpuszczone, apteka chętnie przyrządza na żądanie, w niemniejszej jednak ilości jak 24 rurek.

Dla wygody PP. Lekarzy apteka posiada pudełeczka oprawne w płótno zawierające strzykawkę Pravaza z azbestowym lub gumowym tłoczkiem i miejsce na 6 rurek. Cena pudełka bez płynów sterylizowanych od rs. 2, do 2 kop. 25, z igłami platynowymi rs. 2 kop. 50.

APTEKA

Magistra farmacyi

H. KUCHARZEWSKIEGO.

Główny Skład wód mineralnych wprost
Ze źródeł spowodowanych
Miodowa Nr 4.
Dawniej 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 uskutecznienia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego, zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczenia gazu z ciała 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.

12-12

Apteka posiada zawsze wszelkie nowe środki lekarskie na składzie.

Apteka K. WENDY

OPATRUNKI WYJAŁOWIONE w Pracowni bakteriologicznej

D-ra Wł. Palmirskiego.

Wata	Bandaże.	6-5
Gaza	Tampony.	

Dla szpitali, zakładów leczniczych i aptek odpowiedni rabat.

Podręcznik Rozpoznawczo-Leczniczy

dla użytku

12-9

LEKARZY i STUDENTÓW

zestawiony przez D-rów

H. Schmidta, A. Lamhofer'a, L. Friedheim'a i S. Donat'a
spolszczył [z 2-go wydania niemieckiego]

Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.

Cena rub. 3.