

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 41.

Warszawa d. 14 (I) Października 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — { pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varonne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloksurowych. Podał K. Rzętkowski. (Dokończenie). — Organizacja opieki nad umysłowo chorymi i ich ewakuacji na Dalekim Wschodzie. Napisał d-r P. Awtokratow i d-r A. Wizel. — Streszczenia i Wyciągi. 80. Gruzlica jądra i promienie X. Zrosty w zakresie dróg żółciowych. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 2 maja r. b. — Odcinek. Szpitale warszawskie w świetle sprawozdań. (Ciąg dalszy). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. RZĘTKOWSKI — Sur l'influence de la viande consommée sur l'excretion avec les urines des corps alloxurés. 2) D-r P. AWOKRATOW et d-r A. WIZEL — L'organisation du service médical des aliénés et de leur évacuation à l'Orient éloigné.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r K. RZĘTKOWSKI — Ueber den Einfluss des verzehrten Fleisches auf das Ausscheiden der Alloxurkörper im Harn. 2) D-r P. AWOKRATOW und d-r A. WIZEL — Die Organisation der medicinischen Ueberwachung der Geisteskranken und ihrer Evacuation im fernen Osten.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra med. T. Dunina w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloksurowych.

Podał

Kazimierz Rzętkowski

b. asystent oddziału, ordynator szpitala Wolskiego.

(Dokończenie — Patrz Nr. 40).

Co mówią w tym kierunku moje dane? Nie potwierdzają one również cyfry BURIAN'a i SCHUR'a, jak to widzimy z poniższego zestawienia: (Patrz dośw. I).

Jeżelibyśmy poprzestali na wyprowadzeniu średniej z tych 5 cyfr, to istotnie otrzymalibyśmy, że 100 grm. mięsa spożytego powodują przyrost w N — Alloks. o

$$\frac{0,153}{5} = 0,0306 \text{ grm.}$$

tak, jak to znaleźli BURIAN i SCHUR. Sądzę jednak, że w danym razie wobec tak znacznych różnic (jak np. 0,018 i 0,049) wyprowadzanie średniej jest nadto ryzykowne. Z powyższego zatem wywnioskować muszę, że 100 grm. mięsa nie daje wogóle jakiejś stałej cyfry w przyroście N—Alloks. moczu. Wpływ mięsa pod tym

Dośw. I.		Przyrost w N — Alloks. po 100 grm. mięsa		0,049 gr.		Ilość całk. spoż. mięsa		1293 grm.	
"	IIa	"	"	"	0,028	"	"	"	1200 "
"	IIIb	"	"	"	0,020	"	"	"	3500 "
"	III	"	"	"	0,038	"	"	"	1460 "
"	IV	"	"	"	0,018	"	"	"	160 "

względem zależy może od wielu, często nieprzewidzianych czynników, jak 1) sposób przygotowania mięsa, 2) stopień jego wchłanianości w kanale pokarmowym, 3) natężenie i kierunek tych nieznanych nam do dziś przemian, jakim podlegać mogą w ustroju „purynotwórcze” czynniki mięsa, wreszcie 4) niezbadane i nieznanne nam wahania w ilości N—Alloks. „endogen”, powiększające lub zmniejszające sumę N—Alloks. „endogen” + N—Alloks. „exogen” w moczu niezależnie od ilości spożytego mięsa. Co do 3 ostatnich punktów wchodzić tu może w grę tak nieuchwytny czynnik, jakim jest indywidualność danego ustroju, która zadaje nie raz kłam wszelkim za prawa uznanym stosunkom i cyfrom.

Być może, że u jednego i tego samego osobnika przyrost w N—Alloks. odpowiadający 100 grm. mięsa jest tem mniejszy, im więcej mięsa spożywa ten osobnik na raz. Za tem, zdaje się, przemawia doświadczenie N. II. W przypadku tym w okresie II, gdy SCH. spożywał po 240 grm. mięsa dziennie, 100 grm. mięsa dawało 0,028 grm. N—Alloks. „exogen”; w okresie zaś III, gdy SCH. spożywał po 350 grm. dziennie mięsa, 100 grm. mięsa dawało 0,020 grm. N—Alloks. „exogen”. Zauważyć należy, że SCH. w okresie II wydalal z kałem średnio 1,309 grm. N *pro die*; w okresie zaś III — 1,63 grm. N. Cyfry te wskazują, że część N z mięsa przy znaczniejszej jego ilości w pożywieniu nie ulega wchłanianiu w kiszkiach, co być może jest powodem, że przyrost N — Alloks. w moczu jest stosunkowo mniejszy. Dalsze badania rzucą

niewątpliwie więcej światła na tę ciekawą dziedzinę.

Na wzmaganie się ilości N — Alloks. w moczu bardzo mocno wpływa spożywanie wyciągu mięsnego LIEBIG'a. Na kwestyę tę zwrócili uwagę już w r. 1896 STRAUSS i EITNER. W doświadczeniu, które wykonałem na sobie, wpływ wyciągu mięsnego na wydzielanie z moczem N — Alloks. „exogen” jest bardzo wybitny. Jak to już widzieliśmy 100 grm. wyciągu spowodowało przyrost 0,4251 grm. N — Alloks. Jeżeli dla przyrostu po 100 grm. mięsa cyfrę BURIAN'a i SCHUR'a 0,03 przyjmujemy na razie za rzeczywistość, to okaże się, że 100 grm. wyciągu powoduje przyrost równy temu, jaki wywołuje z górą 14-krotna ilość mięsa.

Zachodzi teraz pytanie, jeżeli spożywanie mięsa wpływa tak wyraźnie na wzrastanie ilości N—Alloks. w moczu, to dzięki czemu się to dzieje, dzięki jakiemu mianowicie składnikowi mięso ten wpływ posiada? Oczywiście w grę wchodzić tu zdaje się mogą tylko azotowe składniki mięsa.

Za fakt pewny przyjąć też możemy, że wpływ spożywanego mięsa jest chemicznej natury, że jest on bezpośredni, nie zaś pośredni np. wywołany pośrednio przez powstawanie leukocytozy trawiennej w myśl dawno porzuconych poglądów HORBACZEWSKIEGO.

Azotowe składniki mięsa podzielić możemy na N — białka i N — niebiałka (zatem N ciał purynowych, kreatyny, kreatyniny i t. p.). Że ilość spożywanego białka (nie nukleiny!) nie wpływa na wzrastanie N—Alloks. w moczu, na to, prócz wielu innych, wskazują także ostatnio

i badania KAUFMANN'a i MOHR'a. Fakt zresztą, że wyciąg mięsny, do którego białkowe części mięsa przechodzą tylko w minimalnej części, tak znacznie podnosi ilość N—Alloks. w moczu, świadczy dobitnie, że nie białko spożytego mięsa powoduje wzrastanie ilości N—Alloks. w moczu. Przyczyna tego tkwić musi zatem w składnikach N—niebiałkowych mięsa, tych, które przechodzą do wyciągu mięsnego, a zatem przeważnie w ciałach kreatynowych albo też w ciałach purynowych. Oczywiście mowa być może tylko o tych ostatnich. Kilkakrotnie przedsięwzięte przeze mnie badania pouczają, że mięso nie zawiera kwasu moczowego, lub też zawiera ślad bardzo wątpliwy (około 0,0007 N_u w 100 grm.?). Cała ilość N—Alloks. mięsa, którą BURIAN i SCHUR oceniają na 0,06 grm. w 100 grm., przypada na zasady ksantynowe, mianowicie też głównie na hypoksantynę i ksantynę.

Doświadczenie na sobie samym, przedsięwzięte ku przekonaniu się, jak wpływa spożyta *per os* ksantyna na wydzielanie ciał alloksurowych z moczem, pouczyło mnie, że spożycie 0,8312 grm. czystej ksantyny (GRUEBLER) pozostaje bez większego wpływu na wydzielanie ciał alloksurowych z moczem. Poucza o tem następująca tablica.

(Patrz tabl. VIII).

(Dyeta stale bezpurynowa: mleko, jaja, bułki, cukier, masło).

Ilość ksantyny, jaką spożyłem na raz o wiele przewyższa tę, jaką zawierać może 100 grm. wyciągu mięsnego. Wyciąg ten bowiem, jak to pouczają dane A. GAUTIER'a (Leçons de Chim. Biol. Wyd. II. 1897. str. 277) — w 100 grm. zawiera około 0,89 grm. wszystkich ciał ksantynowych razem z ksantyną. Gdyby więc ksantyna miała jakiś poważniejszy wpływ na wydzielanie ciał alloksurowych z moczem, to powinno to być bardzo wyraźnie zaznaczyć się. Zresztą badania NENCKIEGO i SEIBER'owej pouczają również, że ksantyna, dana *per os* nie powoduje wzmaganie się ilości kwasu moczowego w moczu. Natomiast piękne badania MINKOWSKIEGO (1898) pouczają, że hypoksantyna posiada w tym kierunku wpływ bardzo wybitny. Tak po podaniu psu, będącemu na dyecie bezpurynowej i wydzielającemu 0,397 i 0,192 \bar{u} , 3 grm. hypoksantyny, ilość \bar{u} następnego dnia wzrosła do 1,405, 0,626 i 0,468 grm. \bar{u} . Zdaje się więc, że mięso *resp.* wyciąg mięsny wzmaga wydzielanie ciał alloksurowych z moczem wyłącznie lub prawie wyłącznie, dzięki znajdującej się w nich hypoksantynie, że przeto głównem źródłem ciał alloksurowych „exogen” w moczu jest spożywana *per os* z pokarmami hypoksantyna jako

TABLICA VIII.

Dn.	Moczu	C. g.	N—całk.	N—Alloks.	N \bar{u}	N \bar{u} ⁴⁾	UWAGI
16 II	1100	1025	16.9708	0.1756	0.1294	14.4144	Spoż. 0,8312 grm. ksantyny
17	930	1030	16.4952	0.1214	0.1198	14.2778	
18	1050	1025	18.1692	0.2088	0.1529	15.3702	
19	1100	1029	18.2750	0.2588	0.1694	15.54	
20	960	1028	16.8538	0.1962	0.1532	14.8378	
21	1000	1025	17.9012	0.1789	0.1184	15.3971	

4) Metoda Moerner-Sjöqvist.

taka lub też związana z molekułami białkowatemi, zawierającymi fosfor (nukleiny jądrowe).

Widzieliśmy, że mięso wzmacnia wydzielanie ciał alloksurowych w moczu. Lecz ciała te — jak wiadomo — składają się z 2 części: kwas moczowy i zasady ksantynowe. Zachodzi więc pytanie, w jaki sposób mięso wzmacnia ilość ciał alloksurowych w moczu: przez powiększenie ilości \bar{u} , czy też — zasad ksantynowych, a może obu tych składników razem?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, raz jeszcze musimy zestawić w tym kierunku cyfrowe dane naszych badań.

Przypadek I.

Wydzielanie „endogen“ średnio *pro die*:

$N-All. = 0,203$ $N-\bar{u} = 0,1434$ $N-Zas. ks. = 0,0591$ grm.

W okresie mięsnym (3 dni) wydzielił

Endogen $N-All. = 0,6090$ $N-\bar{u} = 0,4317$
 $N-Zas. ks. = 0,1773$

Exogen $N-All. = 0,6397$ $N-\bar{u} = 0,5269$
 $N-Zas. ks. = 0,1128$

Wydzielanie zatem $N-\bar{u}$ wzrosło o 122%

„ „ $N-Zas. ks.$ „ 63%

Przypadek II.

Wydzielanie „endogen“ średnio *pro die*

$N-All. = 0,2091$ $N-\bar{u} = 0,1052$ $N-Zas. ks. = 0,1039$ grm.

W okresie II mięsnym wydzielił (5 dni):

Endogen $N-All. = 1,0455$ $N-\bar{u} = 0,5260$
 $N-Zas. ks. = 0,5195$ grm.

Exogen $N-All. = 0,3405$ $N-\bar{u} = 0,3241$
 $N-Zas. ks. = 0,0164$ grm.

W okresie III mięsnym (10 dni) wydzielił:

Endogen $N-All. = 2,091$ $N-\bar{u} = 1,052$
 $N-Zas. ks. = 1,039$

Exogen $N-All. = 0,7183$ $N-\bar{u} = 0,7692$
 $N-Zas. ks. = ?$ tyleż ?

Wydzielanie zatem wzrosło o

$N\bar{u}$ N zas. ks.

Okres II 62% 3%

Okres III 73% ? bardzo mało.

Przypadek III.

Wydzielanie endogen średnio *pro die*:

$N-All. = 0,2161$ $N-\bar{u} = 0,1383$ $N-$

Zas. ks. 0,0778 grm.

W okresie mięsnym (6 dni) wydzielił:

Endogen $N-All. = 1,2966$ $N-\bar{u} = 0,8298$

$N-Zas. ks. = 0,4668$ grm.

Exogen $N-All. = 0,5629$ $N-\bar{u} = 0,5177$

$N-Zas. ks. = 0,0452$ grm.

Wydzielanie zatem wzrosło o

dla $N-\bar{u}$ 63%

„ $N-Zas. ks.$ 9%

Przypadek IV.

Wydzielanie endogen średnio *pro die*:

$N-All. = 0,2372$ $N-\bar{u} = 0,1868$ $N-$

Zas. ks. = 0,0504.

W okresie mięsnym (2 dni) wydzielił:

Endogen $N-All. = 0,4744$ $N-\bar{u} = 0,3736$

$N-Zas. ks. = 0,1008$ grm.

Exogen $N-All. = 0,0292$ $N-\bar{u} = 0,0222$

$N-Zas. ks. = 0,0070$ grm.

Wydzielanie zatem wzrosło o

dla $N-\bar{u}$ 6%

„ $N-Zas. ks.$ 0,7%

Przypadek V.

Wydzielanie endogen średnio *pro die*:

$N-All. = 0,1938$ $N-\bar{u} = 0,1166$ $N-$

Zas. ks. = 0,0772 grm.

W okresie wyciągowym (4 dni) wydzielił:

Endogen: $N-All. = 0,7752$ $N-\bar{u} = 0,4664$

$N-Zas. ks. = 0,3088$ grm.

Exogen: $N-All. = 0,8503$ $N-\bar{u} = 0,8022$

$N-Zas. ks. = 0,0481$ grm.

Wydzielanie zatem wzrosło o

dla $N-\bar{u}$ 172%

„ $N-Zas. ks.$ 16%

Zestawiając powyższe dane, otrzymamy co następuje:

TABLICA IX.
(Przyrost w wydzielaniu).

Dośw.	N- \bar{u} %	N-Zas. ks. %
I	122	63
IIa	62	3
b	73	? b. mało.
III	63	9
IV	6	0.7
V	172	16

Jakie dane w tym kierunku znajdujemy w pracy KAUFMANN'a i MOHR'a? Pod tym względem trudno mi korzystać z doświadczeń tych autorów, ponieważ znajdują się w ich tablicach rzeczy, których dokładnie nie rozumiem.

Tak np. weźmy doświadczenie VII (str. 157 loc. cit.).

Z okresu, obejmującego dni 2, 3, 4 i 5 VII obliczamy średnie dla „endogen“ *pro die*: N—All. = 0,187; N— \bar{u} = 0,181, zatem N—Zas. ks. = 0,006 grm. W dniu 8 i 9 XII podano badanemu osobnikowi po 300 grm. cieleciny. Wydzielił on razem N—All. = 0,591; N— \bar{u} = 0,534, N—Zas. ks. = 0,057. Z tego endogen (średnia z 2, 3, 4 i 5 XII \times 2) =

N—All. = 0,374; N— \bar{u} = 0,362; N—Zas. ks. = 0,012 grm. Zatem na exogen: N—All. = 0,217. N— \bar{u} = 0,172; N—Zas. ks. = 0,045. Wydzielanie zatem wzrosło dla N— \bar{u} o 48%, dla N—Zas. ks. o 375%.

Idźmy jednak dalej. Ten sam osobnik w d. 10, 11, 12 XII miał wysokości endogen średnio *pro die*: N—All. = 0,225; N— \bar{u} = 0,186, zatem N—Zas. ks. = 0,039 grm. W zaraz bezpośrednio następującym okresie mięsnym, gdy podawano 150 (\times 2) i 300 (\times 2) grm. mięsa *pro die*, osobnik Nr. VII wydzielił razem (endogen i exogen): N—All. = 0,896; N— \bar{u} = 0,703; N—Zas. ks. 0,193 grm.

Z tego na „endogen“ przypadać ma (średnia *pro die* z d. 10 do 12 \times 4): N—All. = 0,900! N— \bar{u} = 0,744! N—Zas. ks. = 0,156.

Z tego wynika, że u osobnika N. VII w okresie mięsnym (d. 13, 14, 15 i 16. XII) wcale nie nastąpiło wydzielanie ciał alloksurowych „exogen“ (!?) w porównaniu z ilością „endogen“ obliczoną z bezpośrednio poprzedzającego okresu diety stałej bezmięsnej. Zestawienie to poucza, na jak chwiejnym gruncie stoimy dziś jeszcze w tego rodzaju badaniach, jak krytycznie należy oceniać wyniki doświadczeń. Z mego zestawienia zdaje się wynikać to tylko, że: 1) zarówno mięso, jak i wyciąg mięsny LIEBIG'a wzmacnia wydzielanie i kwasu moczowego i zasad ksantynowych; 2) wpływ ten jest zdaje się znacznie większy w kierunku kwasu moczowego, niż w kierunku zasad ksantynowych. Na to wskazuje większość mych przypadków (II do V), zatem 3) wzrastanie po spożyciu mięsa ilości ciał alloksurowych w moczu wogóle spowodowane jest w nierównie znaczniejszej mierze przez wzrastanie \bar{u} , niż przez wzrastanie zasad ksantynowych. Sądzę przeto, że zamiast oznaczać przyrost po 100 grm. mięsa w postaci N—Alloks. wogóle, lepiej będzie określać go raczej w postaci N— \bar{u} , ponieważ lwia część N—Alloks. „exogen“ przypada na N— \bar{u} „exogen“.

* * *

W świetle badań powyższych w związku z badaniami BURIAN'a i SCHUR'a oraz KAUFMANN'a i MOHR'a pozwolę sobie na zakończenie wypowiedzieć słów kilka w sprawie fizjologii ciał alloksurowych wogóle, i kwasu moczowego w szczególności.

Widzieliśmy wyżej, że człowiek normalny wydziela na dobę około 0,200 grm. N—Alloks. i 0,130 N— \bar{u} przy diecie bezpurynowej. Jest to t. zw. wysokość „endogen“ wytworzona z ustroju bądź to z nuklein jądrowych tkanek, bądź też syntetycznie — jak chce WIENER z kwasu mlecznego *via* kwas tartronowy + mocznik oraz

mojem — lepiej jest używać w tych razach, — jako „purynotwórczego“ dodatku do diety „bezpurnowej“ nie mięsa lecz wyciągu mięsnego LIEBIG'a w ilości umówionej np. 50 grm., tak, jak np. studujemy cukromocz pokarmowy. Ma to za sobą następujące dobre strony: 1) unikamy różnic, wpływających z rozmaitego pochodzenia i rozmaitego sposobu przygotowania mięsa, 2) otrzymujemy z łatwością znacznie większe ilości N — Alloks. w moczu, przez co błędy nasze nieuchronnie zmniejszają się, różnice zaś występują jaskrawiej, 3) podajemy substancję o zawsze jednakowym składzie, smaczną, bardzo łatwo wchłanialną i pobudzającą apetyt, poprawiającą mdły smak dłuższej diety bezpurynowej, oraz zupełnie nieszkodliwą dla zdrowia; wreszcie 4) mogącą być nader łatwo dawkowaną. Okoliczności te stanowczo przemawiają za stosowaniem wyciągu mięsnego LIEBIG'a, a nie mięsa, u ludzi przy badaniach nad wydzielaniem ciał alloksurowych w moczu.

Warszawa V. 1905.

Z DALEKIEGO WSCHODU.

Organizacja opieki nad umysłowo chorymi i ich ewakuacji na Dalekim Wschodzie.

Napisali

D-r Piotr Awtokratow i D-r Adam Wizel*).

O tem, że na wojnie zdarzać się mogą przypadki chorób umysłowych, nikt zawczasu nie pomyślał, i nie też w tym kierunku zawczasu

*) D-r med. P. Awtokratow, lekarz naczelny oddziału psychiatrycznego szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, zarządza na wojnie całą sprawą organizacji opieki nad umysłowo chorymi i ich ewakuacji na Dalekim Wschodzie, zaś d-r A. Wizel, ordynator oddziału psychiatrycznego szpitala Starozakonnych w Warszawie, zarządzał początkowo lazaretem psychiatrycznym w Czyście, a potem krótki czas ordynował w Centralnym szpitalu psychiatrycznym w Charbinie. (Przyp. Red.).

nie uczyniono. To też pierwsi obłąkani, jacy się pojawili na teatrze wojny, z konieczności byli lokowani w zwykłych szpitalach i lazaretach obok chorych somatycznych. Niewłaściwość takiego postępowania stała się wkrótce dla wszystkich widoczną, i władza wojenno-lekarska, pragnąc choć w części zaradzić złemu, w pierwszej połowie maja 1904 r. wydzieliła w 1-ym Czarbińskim szpitalu 6 niedużych pokoiów specjalnie dla umysłowo chorych, dokąd obłąkanych kierowała, a opiekę nad nimi powierzyła specjalistom - psychiatrom (d-rowsi BORYSZPOLSKIEMU z Petersburga). Oczywiście ten improwizowany oddział psychiatryczny nie odpowiadał najelementarniejszym wymaganiom nauki, to też o jakimś poważniejszym traktowaniu chorych nie mogło tu być wcale mowy: oddział ten służył jedynie, jako krótkotrwały przystłek dla chorych do chwili ich ewakuacji do Rosji Europejskiej. Mimo to jednak oddział ten oddał duże usługi i w przeciągu czasu od maja 1904 r. do 28 grudnia tegoż roku, t. j. w przeciągu 7½ miesiąca dał schronienie 333 chorym (94 oficerom i 239 szeregowcom). Ale oddział ten i pod innym jeszcze względem nie czynił zadość potrzebie: był on zbyt szczupły. Obłąkani pojawiali się coraz tłumniej, i oddział nie był w stanie wszystkich kandydatów pomieścić, to też w dalszym ciągu część chorych umysłowych z konieczności rozmieszczano po zwykłych szpitalach i lazaretach.

I oto zjawiała się myśl, aby opiekę nad umysłowo chorymi zreformować i udoskonalić. Inicytywę ku temu dał Czerwony Krzyż, który komisji, złożonej z pięciu psychiatrów (należeli do niej między innymi prof. BECHTEREW i d-r AW TOKRATOW) powierzył opracowanie odpowiedniego projektu. Projekt opracowano, a wykonanie jego i prowadzenie całej sprawy powierzono jednemu z piszących te słowa (d-rowsi AW TOKRATOWOWI).

Po zatwierdzeniu projektu i mianowaniu zarządzającego organizacją opieki, wzięto się

energicznie do roboty, i w kilka miesięcy opieka nad obłąkanymi mogła już rozpocząć swoje czynności. Pierwszych chorych przyjęła ona do swych zakładów w końcu grudnia 1904 r.

Zobaczmy, jak ta sprawa przedstawia się w rzeczywistości.

Każdy obłąkany, natychmiast po stwierdzeniu u niego choroby umysłowej, zostaje z przednich pozycji odsyłany do połowego posterunku psychiatrycznego, który pierwotnie znajdował się w Mukdenie, a potem został przeniesiony do Gunzulina. Posterunkiem tym zarządza specjalista psychiatra, a do pomocy ma jednego doświadczonego dozorcę i 8 wykwalifikowanych sanitaryuszów. Na posterunku chory długo nie pozostaje: po oględzinach lekarskich możliwie szybko zostaje przesłany do „Centralnego szpitala psychiatrycznego“ w Charbinie pod opieką mniejszej lub większej liczby sanitaryuszów.

Przybywszy do centralnego szpitala, chory podlega gruntownemu zbadaniu, i tu dopiero rozpoczyna się właściwa kuracja. Kuracja ta jednak zbyt długo trwać nie może, albowiem szpital powinien ciągle rozporządzać wolnymi miejscami dla przyjęcia nowych chorych. To też głównym zadaniem szpitala jest doprowadzenie chorego do takiego stanu, aby bez szkody dla zdrowia pacyenta i bez niebezpieczeństwa dla otoczenia można go było wysłać w dalszą podróż do Rosyi Europejskiej, do jednego z tamtejszych szpitali psychiatrycznych.

Szpital centralny w Charbinie jest urządony na 50 chorych (15 oficerów i 35 szeregowców). Dla szpitala odnajęto i odpowiednio przerobiono dwupiętrowy murowany budynek z dwiema oficynkami, jedną murowaną, drugą drewnianą. Właściwy oddział chorych składa się: 1) ze sali obserwacyjnej dla 15 chorych, 2) ze siedmiu separatek, 3) z oddziału dla 20 spokojnych szeregowców, 4) z oddziału oficerskiego, składającego się z 7 średniej wielkości pokoiów dla 15 chorych, 5) z sal dziennego pobytu

dla chorych spokojnych zarówno w żołnierskim, jak i oficerskim oddziale.

Jakkolwiek szpital ten jest przeznaczony dla chorych 50, pomieścić ich jednak może znacznie więcej, to też w ostatnich czasach cyfra pacyentów dochodzi zwykle do 80.

Personel lekarski szpitala składa się z 10 lekarzy-psychiatrów. Z całego jednak tego personelu w każdej chwili pracuje na miejscu nie więcej nad 2 lub 3 lekarzy, reszta zaś pełni swe obowiązki po za szpitalem, w pociągach sanitarnych, wioząc chorych do Rosyi Europejskiej, przyjęto bowiem za zasadę, aby obłąkani wysyłani byli w drogę pod opieką specjalisty-psychiatry. Prócz lekarzy pracuje w szpitalu: 10 felezerów — dozorców, 4 siostry miłosierdzia, 40 sanitaryuszów i 10 osób niższej służby (stróżki, woziwoda, stangret i t. d.).

Szpital centralny, jakkolwiek zasługuje na miano prawdziwego szpitala dla umysłowo-chorych, przedstawia jednak pewne braki, które dotąd, mimo usiłowań zarządzającego, nie zostały usunięte; do braków tych należą: oświetlenie naftowe oraz brak kanalizacji.

Szpital centralny, dla ułatwienia procesu ewakuacji, posiada trzy instytucje pomocnicze: są to nieduże lazarety, rozmieszczone wzdłuż toru kolei Syberyjskiej. Jeden z nich znajduje się w Czycie, drugi w Krasnojarsku, trzeci w Omsku. Lazaret w Czycie jest urządzony*) na 15 chorych, posiada jednego lekarza-psychiatrę, 1 siostrę, 2 dozorców-felezerów i 10 sanitaryuszów, dwa zaś drugie lazarety są urządzone każdy na chorych 10, posiadają po jednym psychiatrze, po 2 dozorców i po 6 sanitaryuszów.

Sam proces ewakuacji chorych umysłowych z teatru wojny do Rosyi Europejskiej odbywa się w sposób następujący.

Centralny szpital w Charbinie, w miarę napływu chorych, część ich systematycznie ewa-

*) Urządzony został najpóźniej, bo dopiero latem r. b. (Przyp. aut.).

kuuje. Ewakuacyi co miesiąc bywa 3—4, przy czem w każdej ewakuacyi bierze udział 36—40 chorych (30—32 żołnierzy i 6—8 oficerów). Każdej partyi chorych towarzyszy w podróży odpowiednio zorganizowany i ze szpitala wydzielany personel lekarsko-służbowy: jeden lekarz-psychiatra (do czynności tej lekarze kolejno się zmieniają), dwóch dozorców - felczerów, dwie siostry, czterech sanitaryuszów i 35 żołnierzy, wyznaczanych każdorazowo do pomocy przez władzę wojenną.

Obląkani szeregowcy byli wożeni początkowo przez długi czas w wagonach aresztanckich. Było to *malum necessarium*, specjalnych bowiem wagonów dla przewozu umysłowo-chorych jeszcze nie posiadano, a zwykłe wagony, nie mające zabezpieczonych odpowiednio ani drzwi, ani okien, do przewozu obląkanych nie nadawały się. Co prawda, kwestya budowy specjalnych wagonów psychiatrycznych była poruszona już dawno, jeszcze na posiedzeniach komisji petersburskiej, nic jednak w tym kierunku nie zrobiono, i dopiero dzięki osobistym staraniom zarządzającego organizacją opieki nad obląkanymi oraz bezpośredniej interwencji hr. Woroncowa-Daszkowa minister komunikacyi rozkazał zbudować pewną liczbę specjalnych psychiatrycznych wagonów. W obecnej chwili wagonów takich jest już 8, i w ostatnich kilku ewakuacyach wyłącznie tymi wagonami posługiwano się dla przewozu chorych żołnierzy. Każdy z tych wagonów posiada drzwi i okna, odpowiednio urządzone i zabezpieczone (szyby ze szkła okrętowego), posiada po 2 separatki i po szafce do bielizny i do przyborów kuchennych.

Dla obląkanych oficerów przeznaczają się po jednym wagonie drugiej klasy. W tychże wagonach znajdują pomieszczenie lekarz i siostry miłośierdzia, zaś felczerzy, dozorecy lokują się w wagonach dla obląkanych żołnierzy. Dla konwoju żołnierskiego i sanitaryuszów wyznacza się 2 wagony, t. zw. „ciepluszki“. Cały ten ruchomy szpitalik psychiatryczny, składający się

z 3 wagonów specjalnych psychiatrycznych (dla 30—40 chorych szeregowców po 12—14 chorych w każdym), z 1 wagonu drugiej klasy (dla oficerów) i 2 wagonów-ciepluszek, przyczepia się do stałego pociągu sanitarnego, który w drogę z nim wyrusza. W drodze administracya pociągu sanitarnego obowiązana jest karmić cały personel, umieszczony w dodatkowych wagonach.

Przy każdej ewakuacyi w wagonach dla umysłowo chorych zostawia się kilka swobodnych miejsc dla obląkanych, zabieranych po drodze.

Z Charbina chorzy jadą wprost do Moskwy, do oddziału psychiatrycznego tamtejszego szpitala wojskowego. Jeżeli jednak w drodze stan zdrowia którego z obląkanych pogarsza się, i dalsza jego jazda staje się dlań szkodliwą lub dla otoczenia niebezpieczną, to go się z pociągu zesadza i odstawia do jednego z wymienionych trzech lazaretów, urządzonych wzdłuż toru syberyjskiego. I na tem właśnie polega wielki pożytek i doniosłość owych lazaretów. Z drugiej znów strony, lazarety te dają w zamian tych chorych, którzy dzięki wypoczynkowi stali się na nowo zdolnymi do podróży. Lazarety te wreszcie i tę jeszcze oddają usługę, że przyjmują z pociągów tych obląkanych, którzy pochodzą z Syberyi (przyjąwszy ich, lazarety, zależnie od stanu ich zdrowia, albo ich odsyłają do domu, albo umieszczają w miejscowych szpitalach dla umysłowo chorych).

Przybywszy do Moskwy, chorzy, jakżeśmy rzekli, zostają odsyłani do oddziału psychiatrycznego tamtejszego szpitala wojskowego, ztąd zaś po sprawdzeniu stanu zdrowia zostają rozsyłani po całej Rosyi, do rozmaitych miejsc, powiatowych i okręgowych szpitali psychiatrycznych, zależnie od tego, z kąd dany chory pochodzi.

Pierwsza ewakuacya ze szpitala Charbińskiego była skuteczniona d. 7 stycznia 1905 r., t. j. w 10 dni po otwarciu szpitala. Wszystkich ewakuacyi za przeciąg czasu od 7 stycznia do

T A B L I C A I.

Wykaz umysłowo chorych oficerów, którzy przyjęci zostali do Centralnego szpitala psychiatrycznego w Charbinie za przeciąg czasu od 15 grudnia 1904 r. (st. st.), do 1 sierpnia 1905 r. (st. st.).

Nr.	NAZWA CHOROBY.	Od 15 Grud. 1904 r. do 1 Styczn. 1905.	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Razem
1	Obłąd alkoholowy	14	7	16	10	10	7	10	4	78
2	Bezwład postępujący.	7	—	2	4	2	3	4	1	23
3	Obłąd neurasteniczny	1	2	2	4	—	2	2	2	15
4	Obłąd degeneracyjny	1	—	—	1	1	2	5	2	12
5	Obłąkanie przewlekłe	1	—	1	2	1	1	1	1	8
6	Obłąd urazowy	—	—	—	—	3	2	1	1	7
7	Obłąd padaczkowy	1	1	—	1	2	—	—	1	6
8	Otępienie skutkiem organicznego cierpienia mózgu	—	—	—	1	1	1	1	1	5
9	Ostre bredzenie halucynacyjne	1	—	2	—	—	1	—	—	4
10	Katatonja	—	—	—	—	1	—	—	2	3
11	Stan melancholijny	1	1	—	—	—	—	—	—	2
12	Amencya	1	1	—	—	—	—	—	—	2
13	Otępienie wczesne (dementia praecox)	—	—	—	—	—	1	—	—	1
14	Obłąd na skutek choroby zakaźnej	—	—	—	—	—	—	—	1	1
15	Na obserwacji	—	—	2	1	—	2	1	1	7
	Razem	28	12	25	24	21	22	25	17	174

14 sierpnia r. b. było 20, chorych zaś przez ten czas przewieziono 597 (129 oficerów i 468 szeregowców).

Przy sposobności powiemy parę słów o koszcie opieki nad umysłowo-chorymi na Dalekim Wschodzie, w powyższy sposób zorganizowanej.

Najwięcej pieniędzy pochłania oczywiście szpital centralny w Charbinie, jest on bowiem nie tylko poważną instytucją leczniczą, ale także ześrodkowuje w sobie cały zarząd opieki. Rozchód miesięczny tego szpitala wynosi od 11000 do 12000 rb., a ponieważ ewakuacja cho-

rych co miesiąc kosztuje około 4000 rb. (licząc po 1000 rb. na każdą ewakuację), to na sam szpital wypada nie więcej, niż 7000—8000 rb. miesięcznie. Jeżeli dalej do powyższej sumy dodamy koszt utrzymania trzech lazaretów psychiatrycznych w Syberyi, co wynosi miesięcznie około 3000 rb., to całkowity budżet opieki nad obłąkanymi wyniesie od 14000—15000 rb. miesięcznie.

Na zakończenie powiemy parę słów o ruchu chorych umysłowych w szpitalu centralnym w Charbinie.

T A B L I C A II.

Wykaz umysłowo - chorych szeregowców, którzy przyjęci zostali do Centralnego szpitala psychiatrycznego w Charbinie za przeciąg czasu od 15 Grudnia 1904 r. (st. st.), do 1 sierpnia 1905 r. (st. st.)

Nr.	NAZWA CHOROBY.	Od 15 czerw. 1904 r. do 1 lipca 1905 r.	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Razem
1	Obłąd epileptyczny	5	8	15	14	27	19	23	32	143
2	Obłąd alkoholowy	5	5	12	7	13	7	7	10	66
3	Amencya	3	4	7	10	14	2	1	14	55
4	Ostre bredzenie halucynacyjne	4	1	6	11	7	2	—	—	31
5	Obłąd urazowy	—	3	5	5	6	—	3	5	27
6	Bezwład postępujący	1	3	1	2	1	5	6	7	26
7	Obłąkanie przewlekłe	2	3	8	—	1	5	3	3	25
8	Otępienie wczesne	3	2	—	1	1	3	4	7	21
9	Głupkowatość wrodzona (imbecillitas)	—	3	1	1	5	6	2	1	19
10	Obłąd neurasteniczny	1	1	3	4	—	2	7	1	19
11	Otępienie skutkiem organicznego cierpienia mózgu	2	—	2	5	1	1	3	3	17
12	Katatonia	2	2	—	—	1	4	3	3	15
13	Obłąd maniakalno depresyjny	—	—	—	—	3	4	4	3	14
14	Obłąd po chorobie infekcyjnej	1	1	2	1	3	1	2	1	12
15	Obłąd histeryczny	—	1	—	4	—	3	—	3	11
16	Obłąd degeneracyjny	1	—	1	—	—	2	4	3	11
17	Otępienia ostre uleczalne	—	—	4	1	4	—	1	—	10
18	Stan melancholijny	1	—	—	—	—	—	3	2	6
19	Obłąd peryodyczny	—	—	—	—	—	—	1	3	4
20	Podniecenie maniakalne	1	—	1	—	—	—	1	—	3
21	Otępienie wtórne	1	—	—	—	—	—	1	—	2
22	Otrucie ostre	—	—	—	—	2	—	—	—	2
23	Na obserwacji	—	—	2	1	1	2	3	3	12
	Razem	33	37	70	67	90	68	82	104	551

Od 28 grudnia 1904 r. do 14 sierpnia 1905 r., t. j. w przeciągu 7½ miesiąca, wstąpiło do szpitala obłąkanych:

Oficerów 174

Szeregowców 551

Razem 725

Cyfra ta oczywiście nie daje istotnego pojęcia o liczbie zachorowań psychicznych w armii, albowiem zaledwie część chorych przez szpital centralny przeszła. Dokładne opracowanie tego tematu możliwe będzie dopiero po u-

kończeniu wojny, gdy zebrane zostaną wszystkie dane statystyczne, dotyczące obłądu w armii.

Co się tyczy oddzielnych postaci chorobowych, to, opierając się na materyale szpitala Charbińskiego, należy przyjść do wniosków następujących:

Wśród oficerów najczęściej zdarza się obłąd alkoholowy, drugie z kolei miejsce zajmuje paraliż postępujący, dalej po kolei idą: psychozy neurasteniczne i degeneracyjne; inne zdarzają się już rzadziej.

Co zaś do szeregowców, to wśród nich najczęstszy jest obłąd epileptyczny, drugie miejsce zajmują psychozy alkoholowe, następnie z kolei idą: *amentia*, ostre bredzenie halucynacyjne, obłąd urazowy, obłąkanie przewlekłe (*paranoia*), bezwład postępujący, otępienie wczesne, obłąd neurasteniczny, otępienie skutkiem organicznego cierpienia mózgu, katatonja, obłąd maniako-depresyjny, obłąd po chorobie za-

każnej, obłąd histeryczny, degeneracyjny, ostre otępienie uleczalne, inne już rzadkie.

Jasno o tem pouczają załączone tablice: (Patrz str. 847 i 848).

W załączonych tablicach, jak widzi czytelnik, oddzielne są rubryki: *dementia praecox* i katatonja, oddzielne: obłąd maniako-depresyjny, stan melancholijny, podniecenie maniakoalne, obłąd pery odcyczny. Tłumaczy się to tą okolicznością, iż z powodu krótkotrwałości obserwacji lub braku danych anamnestycznych nie zawsze można było ściśle rozpoznać uczynić, i dlatego, w wątpliwych razach, zamiast właściwej dyagnozy, określało się jedynie symptomatologię danego przypadku*).

*) Dane cyfrowe do powyższego referatu zostały zaczerpnięte z obszerniejszego sprawozdania, przygotowanego przez d-rów Awtokratowa i Boryszpolskiego na zjazd psychiatrów w Kijowie. (Przyp. aut.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

80 W. B. GARMO. Gruźlica jądra i promienie X.

Mężczyzna lat 56, silnej budowy, poza rzeźwą, którą przechodził 25 lat temu i towarzyszącą mu wtedy obrzmieniem jądra, nie pamięta już którego, zawsze był zdrow. Przymiotu nie było. Przed 5-oma laty lewe jądro z wolna zaczęło obrzmiewać, a wraz z obrzmiewaniem tegoż stopniowo wzmagał się dolegliwości stawały się dlań coraz przykrzejsze. W ciągu ostatnich 18-u miesięcy chory, zauważwszy, że coraz bardziej chudnie — choć ubytku swojego na wadze nie stawiał w zależności od obrzmiałego jądra, a przypisywał innej jakiejś przyczynie, z której sprawy zdać sobie niepotrafił — udawał się do rozmaitych wód zagranicznych (w Europie), lecz pożytku z wędrówek tych nie osiągnął żadnego.

Przy badaniu lewe jądro okazało się wielkości prawie pomarańczy, twardem, gruzłowatym i wrażliwym na ucisk.

Nieco płynu (około uncyi) dało się wykażać w *tunica vaginalis*. Rozpoznano gruźlicę jądra i doradzano usunięcie tegoż drogą operacyjną. W braku jednak zgody pacjenta ograniczono się jedynie na zastosowaniu, jako *palliativum*, nalewki jodowej pół na pół z płynnym wyciągiem wilczej jagody.

W dwa miesiące później przecież wobec znaczniejszego jeszcze powiększenia się jądra i poczynającego się owrzodzenia i przedziurawienia moszny, chory na operację się zdecydował.

Prof. Broocks, któremu usunięte jądro przesłane było do zbadania, zaopiniował, że był to przypadek typowy gruźlicy tegoż. Chory

po operacji na zdrowiu szybko zaczął się poprawiać i na wadze również zyskiwać.

W dwa miesiące później jednak prof. GARMO zauważył nieznaczne, lecz budzące pewną obawę obrzmienie pozostałego prawego jądra, i rzeczywiście, niespełna w pół roku później chory zjawiał się z równie twardem, bolesnem, wrażliwem na ucisk i prawie tak wielkiem jądrem, jak było jądro usunięte. Ponieważ teraz stanowczo nie chciał się on już na powtórny operację zgodzić, przeto autor odesłał go do d-ra CARPENTER'a celem poddania go röntgenoterapii.

D-r C., uznawszy przypadek ten za gruźlicę jądra, na stosowanie leczenia takiego się zgodził. Chorego w ciągu 10 iu miesięcy poddano 126 razy działaniu promieni X. Już po pierwszym niemal zastosowaniu ich poczuł on znaczną ulgę. W dalszym ciągu obrzmienie i bolesność stopniowo ustępowały i przy ostatniem posiedzeniu jądro przedstawiało się i pod względem objętości i wogóle — zupełnie prawidłowo.

Zarzut, jaki skądinąd ktoś zrobił, że stosowanie promieni X na jądra może się stać powodem nieplodności, autor w przypadku tym uważa wprost za zbyt czyste odpierać, boć w posuniętej już sprawie gruźlicy jąder — gdzie nie pozostaje już nic, jak kastracya — nieplodności chyba w rachubę brać nie można.

Epididymektomia mogłaby powstrzymać szerzenie się sprawy gruźliczej z miejsca inwazyi (*epididymis*) na samo jądro w takim tylko razie, gdyby dokonano jej w czasie właściwym, co prawie nigdy się nie zdarza; a ponieważ infekcyja skrada się tu zwolna i zdradziecko, a i pacjent z tego względu o poradę późno się zazwyczaj zgłasza, tem samem więc operacya taka do celu nie prowadzi.

Zdaniem CUMSTON'a z wykonaniem kastracyi w przypadkach gruźlicy jąder zbyt nie ociążać się nie należy — aby w ten sposób usunąć ognisko sprawy tak ciężkiej, tembardziej, że według ostatnich danych statystycznych śmiertelność, powodowana tą operacyą, okazuje się niską.

Z drugiej jednak strony nie można nie brać pod uwagę tego przygnębiającego wpływu, jaki kastracya wraz z przeświadczeniem o kalectwie swoim na umysł chorego i stan jego ogólny

wywiera. Z tego to właśnie względu, — zdaniem autora, przypadek powyższy powinien dać popohop do dalszych badań w tym kierunku, i, jeśli taki sposób leczenia (röntgenoterapia) choć w niektórych razach sprawdzi pokładane w nim nadzieje, to i tak stanowić to już będzie cenny bardzo nabytek sztuki lekarskiej.

(Medical Record. N. 1797. 1905 r.).

F. Gr.

81 R. T. MORRIS. Zrosty w zakresie dróg żółciowych.

Do niedawna jeszcze na zrosty dróg żółciowych z narządami sąsiednimi nie zwracano takiej uwagi, na jaką one rzeczywiście zasługują. Nieraz stają się one przyczyną najrozmaitszych przypadłości żołądkowych, kiszkowych, wątrobowych, których istotnego znaczenia niekiedy i dobry klinicysta określić nie jest w stanie, to też i dziwić się nie należy, że stają się one często źródłem pomyłek dyagnostycznych. Ileż razy np. dokonywano operacyi celem wydalenia kamieni żółciowych, obecnych jakoby w pęcherzyku, czy przewodzie żółciowym — a tych tam nie znajdowano! Chociaż chirurg tłumaczy się zwykle w takich razach, że kamień przesunął się już przed dokonaniem operacyi, to jednak zazwyczaj nie ma go tam dlatego, że go tam wcale nie było. Przyczyną rozmaitych dolegliwości, naśladujących bądź to kolkę kamicową, bądź to bóle kardialgiczne i t. d., bardzo często okazują się bądź to zrosty dróg żółciowych z narządami sąsiednimi, bądź też stan ich podostrego zapalnego zadrażnienia. Sposób powstawania ich autor tłumaczy drogą inwazyi bakteryjalnej (*b. coli*).

Drobnoustroje jednak nie koniecznie mają się przedostawać do dróg żółciowych wprost bezpośrednio szerzeniem się z kiszek, lecz mogą też być tu zanoszone z tych ostatnich, jak to wykazał LARTIGAU, prądem krwi z rozgałęzień *venae portae*. Dostawszy się do przewodów, a zwłaszcza do pęcherzyka żółciowego, wywołują stan zapalny (kataralny) i, szerząc w dalszym ciągu działalność swoją poprzez cienkie ściany przewodów na otrzewną, stają się powodem złuszczenia jej nabłonka i zapaleń zlepných *resp.* zrostów. Zrosty między pęcherzykiem a wątrobą są stosunkowo najmniej szkodliwe. Zrosty między przewodem żółciowym pęcherzykowym a otrzewną sąsiednich narządów mogą

spowodować kątowe wygięcie przewodu i wywolywać objawy, które mylnie brane bywają za kolkę kamicową żółciową. Zrosty z odźwiernikiem mogą ujemnie wpływać na prawidłową perystaltykę, stać się powodem zaparcia, chronicznej niestrawności i rozstrzeni żołądka.

Zrosty z *flexura coli dextri* mogą się stać przyczyną chronicznego zaparcia stolca, a nawet *colitidis mucosae*, — na tę ostatnią jednak należy się zapatrywać, jako na nerwicę zwrotną, zależną od podrażnienia, jakie zrosty przez rozciąganie *peritonaei* powodują w *ganglia seminularia*. Wogóle zrosty te, szerzące się ze szlaku żółciowego i, niby pajak, ochwytyjące narządy sąsiednie, — bądź to drogą mechaniczną, bądź to drogą drażnienia zwojów nerwu współzulnego stają się źródłem wielu i często bardzo poważnych cierpień.

Wprawdzie o zrostach tych od dawien dawna już wiadano, boć i często znajdowano je przy oględzinach pośmiertnych, lecz nie przypisywano im tej roli, jaką obecnie im się przypisuje — przeoczano ich znaczenie. *Mutatis mutandis*, powtarza się tu toż samo, co i ze zrostami, spowodowanymi *appendicitide*, lub ze zrostami, narządów miednicy, które stają się nieraz też momentem przyczynowym rozmaitych „oddalonych” przypadłości, którychjwięc właściwe źródło nie tam się znajduje, gdzie, na pierwszy rzut oka, właściwemby się wydawało go się doszukiwać. Z każdym dniem niemal przekonywamy się, ile najrozmaitszych dolegliwości wraz z usunięciem zrostów również usunąć się daje, i z każdym też niemal dniem przekonywamy się, jak często z owymi zrostami się spotyka, to też — zdaniem autora — usuwanie ich szerokie i wdzięczne pole obecnie otwiera dla chirurgii.

Czy istnieją przypadki zrostów szlaku żółciowego z narządami sąsiednimi, — któreby żadnych przypadłości nie powodowały — trudno przypuszczać, zwłaszcza, jeśli wziąć pod uwagę, że wielu chorych o poradę się nie zgłasza, że u wielu rozpoznanie było mylne, nadto że w w rzadkich stosunkowo przypadkach do oględzin pośmiertnych dochodzi, i że wreszcie trudno też przypuszczać, ażeby narządy, które według planu natury winny być swobodne lub tylko utrzymywane w położeniu (*in situ*) za pośrednictwem normalnych fałd otrzewny, — względem

takich nienormalnych *respect.* patologicznych przytwierdzeń obojętnie zachowywać się miały.

Zrosty takie w zakresie dróg żółciowych mogą powstawać w każdym wieku. Złuszczenie się nabłonka błony śluzowej dróg tych z osadzaniem się cholestearyny i tworzeniem się kamieni najeczęściej spostrzegać się daje u ludzi powyżej lat średnich, złuszczenie się zaś nabłonka przyległej otrzewny zdarza się równie często i w młodszym i w starszym wieku — czemu prawdopodobnie sprzyja cienkość ścian pęcherzyka i przewodów żółciowych.

Przy rozpoznawaniu należy brać pod uwagę przypadłości, jakim chory dawniej już podlegał, a przy których jakoby rozpoznawano *gastroduodenitis*, *pleuritis diaphragmatica*, *cholecystitis acuta*, *dispepsia acut.* lub inne stany chorobowe bez wyraźnie określonej dyagnozy, a w których wybitnymi przejawami były dolegliwości *in epigastrio*, gorączka, ogólne niedomaganie i t. d.

Dalej należy zwrócić uwagę, czy następczo w przebiegu miesięcy lub lat — po ustąpieniu owych objawów ostrych nie dawała się zauważyć wrażliwość na ucisk w okolicy dróg żółciowych.

Wrażliwości tej chwilowo, co prawda, może nie być, lecz zazwyczaj w mniejszym lub większym stopniu jest ona objawem stałym. Chory uskarża się zwykle na pewną dolegliwość w okolicy szlaku żółciowego, a w chwilach spotęgowania się jej zauważyć się daje pewna sztywność mięśni brzusznych, jak gdyby te drogą takiego kurczowego stanu swego chciały unieruchomić trzewia brzuszne *resp.* rozciąganą obrzuszną. Wobec objawów takich, nasuwających podejrzenia zrostów w zakresie szlaku żółciowego, rozpoznanie być winno jeszcze stwierdzone drogą wyłączenia wszelkich innych stanów chorobowych, któreby przypadłości podobne spowodować mogły — co już wymaga niemałej wprawy i bystrości dyagnostycznej. To też nie w jednym przypadku, gdzie domagano się operacyjnego usunięcia kamieni żółciowych, dyagnoza już na zasadzie tego, że bóle były mniej srogie i więcej przejściowe — niż przy *cholelithiasis* — była prostowana jeszcze przed operacją i, zgodnie z takim sprostowaniem, rzeczywiście nie znajdowano tu kamieni, a znajdowano zrosty. W innych znów przypadkach, przeciw-

nie, wykazywano przed przystąpieniem do operacji, że cierpienia chorego zależne były od wędrującej nerki — nie zaś od zrostów lub kamieni żółciowych — jak pierwiastkowo mniemano. Takie same pomyłki wydarzały się przy opuszczeniu trzew (*enteroptosis*).

Wskazania lecznicze polegają na usunięciu zrostów i zapobieżeniu ponownemu ich powstawaniu. Ostatniemu z nich czyni zadość pokrycie odseparowanej powierzchni *peritonaei* chromizowaną błoną CARGILE'a (błona otrzymywana z otrzewny wołu), albo też posypywanie jej ari-stolem z powstrzymaniem się z zamknięciem rany brzusznej aż do wytworzenia się pod wpływem tegoż zabezpieczającej warstwy dostatecznie skonsolidowanej limfy.

W przypadkach *cholecystitidis* najlepiej jest pęcherzyk żółciowy usunąć. Pierwszym, który, uważając pęcherzyk ten za dodatek dla ustroju zbyt czyny, zabieg taki zalecał, był MUSSER, — a znajduje on poparcie w tem, że u niektórych zwierząt, zwłaszcza u *cervideae*, pęcherzyk ten wcale nie istnieje, nadto, że po usunięciu tegoż operowani żadnych przypadłości *ex re* braku jego nie doznają, i, co jest szczególnie ważne, że

w przypadkach *cholecystitidis* pochodzenia zakaźnego wraz z usunięciem pęcherzyka usuwa się i możliwość ponownych nasileń przejawów chorobowych, w infekcyi tej tu źródło swe mających.

Za takim usunięciem przemawiają i osobiste obserwacye autora, który w przypadkach, w których po usunięciu zrostów pozostawiał pęcherzyk nienaruszonym — przy ewentualnej następnej operacyi znajdował nowe zrosty poza temi miejscami, które przy pierwszej operacyi zabezpieczone były błoną CARGILE'a.

Wreszcie zaznacza autor doskonale wyniki, jakie otrzymuje się po usunięciu zrostów dróg żółciowych drogą operacyi, i to doskonale samopoczucie chorego tuż już prawie po jej dokonaniu, nadto, że, o ile zrosty narządów miednicy należą do spraw dawno już należycie ocenionych, a zrosty w okolicy coeci do spraw, obecnie będących na porządku dziennym, o tyle zrosty w zakresie dróg żółcionośnych szerokie otwierają horyzonty dla nowoczesnej chirurgii.

(Medical Record. N. 1794. 1905 r.)

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 2 maja 1905 r.

TREŚĆ: Józef PAWIŃSKI. „O wpływie kąpeli kwasowęgłowych na krwiobieg.

Józef PAWIŃSKI wygłosił rzecz p. t. „O wpływie kąpeli kwasowęgłowych na krwiobieg”.

Kąpiele kwasowęgłowe zyskały w ostatnich czasach tak niebywały rozgłos, iż w oczach wielu stały się prawdziwym „panaceum” na wszelkie zaburzenia cyrkulacyjne. Entuzjazm, jaki ogarnął nie tylko publikę, lecz i lekarzy, doprowadził nawet do nadużyć, nie obojętnych w wielu razach dla życia chorych.

Dla należytego zrozumienia działania kąpeli z CO₂ potrzeba przedewszystkiem zapoznać się z działaniem kąpeli wogóle na układ krwionośny. Dla osiągnięcia zaś tego celu należy wyrobić sobie dokładne pojęcie: 1) O zależności, w jakiej pozostają względem siebie pewne części składowe krwiobiegu (serce, naczynia, oddechanie, układ nerwowy) i 2) o działaniu podniet skórnych na cyrkulację i innerwację. (NAUMAN, ROHRIG, WINTERNITZ).

Wpływ kąpeli kwasowęgłowych na ciśnienie krwi.

Badania, jakie nad sobą samym i chorymi, dotkniętymi różnymi zaburzeniami w krwiobiegu, przeprowadził mówca, doprowadziły go do wniosku, iż ciśnienie krwi, czyli raczej napięcie naczyń pod wpływem kąpiele z CO₂ podnosi się średnio około 30 mm. Hg. Sfygmogram zaś zbliża się do sfygmogramu, jaki się otrzymuje po wzięciu zimnej kąpiele.

Wzmożenie ciśnienia, pomimo rozszerzenia naczyń powierzchownych skóry, zdaje się zależeć głównie od antagonistycznego skurczu naczyń brzusnych.

Na układ nerwowy wywierają kąpiele z CO₂ pewien tonizująco uspokajający wpływ, różniący się od wpływu kąpiele ze zwykłej wody odpowiedniej ciepłoty.

Ze względu na działanie, jakie wywierają na krwiobieg, mogą być zaliczone to do kąpiele zimnych, to do ciepłych. Wzmożenie ciśnienia krwi, zmniejszenie częstości tętna przemawia za pomieszczeniem ich w kategorii pierwszych, rozszerzenie zaś naczyń powierzchownych, przekrwienie skóry — w kategorii drugich. Są to więc kąpiele o typie mieszanym. Ponieważ jednak wogóle działanie ich hypersteniczne przeważa nad hypostenicznym, mówca zalicza je do typu kąpiele zimnych, a nie ciepłych.

Wskazania. Ze względu, iż zwiększenie ciśnienia krwi, zwolnienie ruchów serca wraz ze zwiększeniem ich siły — stanowią najważniejsze cechy działania kąpiele kwasowęglowych, wskazane będą one w takich zaburzeniach cyrkulacyjnych, w których ciśnienie tętnicze będzie zmniejszone, czynność serca osłabiona, przyspieszona — pod warunkiem jednak, iż organizm posiadać będzie dostateczną siłę dla przeciwdziałania reakcyi, jaką kąpiele w układzie krążenia krwi wywołują.

Z tego powodu do leczenia kąpielami CO₂ nadawać się będą:

- 1) Wady zastawek serca w okresie poczynającej się niedomogi mięśnia sercowego (*hyposystolia*).
- 2) Początkowe okresy cierpienia mięśnia sercowego (*adipositas cordis, degeneratio adiposa, myocarditis*).
- 3) Osłabienie serca, występujące u neurasteników, w blednicy, bezkrwistości, jak również będące następstwem chorób zakaźnych, zwłaszcza tyfusu i ostrego wysypek.

Przeciwwskazania.

Kąpiele z CO₂ będą przeciwwskazane przede wszystkim w tych przypadkach, w których ciśnienie krwi tętnicze jest zwiększone.

Jeśli kąpiele z CO₂ stosuje się u osób, u których cierpienie tętnicze jeszcze przed użyciem kąpiele jest wysokie, a nie tam, gdzie serce pozostaje pod grozą t. z. następczej niedostateczności (BASCH), to łatwo może nastąpić chwilowe wyczerpanie serca lub nawet porażenie tegoż.

Przeciwko stosowaniu kąpiele przy wzmożonym ciśnieniu występuje większość poważniejszych klinicystów (HUCHARD, BASCH.)

Zwolennicy zalecania kąpiele z CO₂ w zaburzeniach cyrkulacyjnych o wysokim ciśnieniu tętniczym powołują się na to, iż pod wpływem kąpiele z CO₂ naczynia powierzchowne skóry ulegają rozszerzeniu, przeszkody na obwodzie zmniejszają się, ciśnienie krwi opada. Ze zmniejszeniem się zaś przeszkód serce lepiej się opróżnia, dokładniej napełnia się — wskutek czego całe krążenie krwi poprawia się. Jeśli jednak wziąć pod uwagę, że pomimo tego przekrwienia naczyń powierzchownych skóry ciśnienie tętnicze nie tylko nie zmniejsza się, lecz nawet podnosi się, to okaże się, że w przypadkach z hipertensją, zwłaszcza, skoro serce nie posiada dostatecznej energii, kąpiele kwasowęglowe mogą więcej szkody, niż pożytku, przynieść.

W tych zaś nielicznych przypadkach, w których pomimo wysokiego ciśnienia kąpiele podobne szkody nie przynoszą, a nawet pewien dodatni wpływ wywierają, należy przypuścić:

- 1) że odporność ustroju jest jeszcze tak znaczna, iż jest w stanie pokonać bardzo ujemne nawet wpływy dla zdrowia.
- 2) albo że pewne mechanizmy wyrównawcze krwiobiegu, zależne od ośrodków naczynioruchowych, nie działają należycie, lub też same naczynia, a zwłaszcza powierzchowne skóry, utraciły swą elastyczność, i tym sposobem nie są w stanie rozszerzać się.

Zaznaczyć wszakże trzeba, iż zwalczanie wysokiego ciśnienia — wysokim ciśnieniem „*similia — similibus*” może narażać organizm na poważne niebezpieczeństwo (obrzęk płuc, wylew krwi do mózgu, porażenie serca). Celu możemy nie dopiąć, a zaszkodzić choremu dużo.

Kąpiele CO₂ nie mogą być uważane, jak to niektórzy utrzymują, za pierwszorzędny środek w leczeniu sklerozy o wysokim ciśnieniu.

Na mocy powyższego poglądu uważam ówca za niewłaściwe stosowanie kąpeli, o których mowa, w następujących postaciach chorobowych:

- 1) w tętniakach;
- 2) w stwardnieniu drobnych tętnic (*endoarteritis sclerotica*), którym wysokie ciśnienie i przerost serca towarzyszy. Dotyczy to przede wszystkim osób, u których podejrzewa się istnienie zmian miażdżycowych w tętnicach mózgowych;
- 3) w przewlekłym śródmiąższowym zapaleniu nerek (*nephritis interstitialis*), a zwłaszcza skoro zaczynają występować napady obrzęku płuc;
- 4) w przewlekłym zatruciu ołowiem;
- 5) w dusznicy bolesnej, a mianowicie w tych przypadkach, w których obok stwardnienia tętnic wieńcowych istnieje skleroza innych drobnych naczyń, wywołująca znaczne wzmoczenie napięcia naczyńniowego;
- 6) w niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, zwłaszcza w okresie wyrównania, przy znacznym przeroście lewej komory należy być bardzo oględnym w użyciu kąpeli

z CO₂ z przyczyny nagłych zmian ciśnienia, jakie są właściwością tej wady;

7) u kobiet w wieku przekwitowym (*climacterium*), jak również w ciąży — kąpiele kwasowęglowe posiadają niewątpliwie ważne znaczenie w leczeniu zaburzeń cyrkulacyjnych, o ile są stosowane rozważnie. W ostatnich latach stały się bardzo rozpowszechnionymi — rzecz można, modnym zabiegiem balneologicznym, więc też miejscowości lecznicze prześcigają się wzajemnie w ogłoszeniach o posiadaniu bądź to naturalnych, bądź to sztucznych kąpeli kwasowęglowych.

To jednak, zdaniem mówcy, nie wystarcza; kąpiele tego rodzaju, jako nieobojętne dla ustroju, mogą przynieść istotny pożytek chorym tylko wtedy:

1) jeśli są kierowane umiejętną ręką lekarza, który przebył dobrą szkołę kliniczną i obeznał się dostatecznie z przebiegiem różnych cierpień układu krwionośnego. Zaburzenia cyrkulacyjne bywają z natury rzeczy bardzo często groźne dla życia, więc też i odpowiedzialność lekarza wielka;

2) o ile zakłady lecznicze są w stanie dostarczyć chorym, o których mowa, odpowiednich wygod i wogóle warunków, niezbędnych dla higieny i dyetytyki.

T. Korzon.

ODCINEK.

D-r B. JAKIMIAK.

SZPITALA WARSZAWSKIE W ŚWIETLE SPRAWOZDAŃ:
Rady Głównej Opiekuńczej instytutów dobroczynnych, Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroc. w Król. Pol. i Warszawskiej Rady miejskiej Dobroc. Publicznej.

(SZKIC HISTORYCZNY).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 40).

TABLICA I.

Dochody i wydatki szpitali, zarządzanych przez siostry Miłosierdzia 1833 r.

	Dochody	Wydatki
Dzieciątka Jezus	275337 złp. ¹⁾	273966 złp. ²⁾
Św. Ducha pp. Marcinkanek	74885 ²⁾ „	74728 ⁵⁾ „
Św. Rocha	30690 ³⁾ „	30608 „
	<u>380912 złp.</u>	<u>379302 złp.</u>

1) W tem było:	48000 złp.
a) ze skarbu publiczn.	33600 „
b) z kasy m. Warszawy	11425 „
c) kar zasądzonych	9906 „
d) z loteryi	18000 „
e) z orderowego	36905 „
f) z prowizyi i pensyi	16083 „
g) z komornego i dzierżaw	11644 „
h) jałmużn	27847 „
i) zapłaty za dzieci	7233 „
k) „ za chorych	„

TABLICA II.

Dochody i wydatki szpitali, które przeszły pod zarząd Rady Głównej Opiek. instyt. Dobr., wynosiły w roku 1833:

	Dochody	Wydatki
Św. Łazarza	236340 złp. *)	nie podane
Braci Miłosiernych	43962 „	42396 złp.
Starozakonnych	187953 „	182090 „
Ewangelicki	27105 „	26257 „
Oftalmiczny	29292 „	20549 „
razem	524652 złp.	

razem ze szpitali:

Dz. Jezus	} 380912
Św. Duchy	
Św. Rocha	
Razem	905564 złp.

Chorych było w r. 1833

W szpit. pod zarządem Sióstr Miłosierdzia:		W szpit. pod zarządem Rady Głównej	
Dz. Jezus	2731	Św. Łazarza	2300
Ś. Duchy pp. Marc. 1868		Braci Miłosierdz.	169
Św. Rocha	633	Starozakonnych	2091
razem	5232	Ewangelicki	644
		Oftalmiczny	90
		razem	5294
Razem	10526		

UWAGA. Do t. zw. szpitala miejskiego przyjmowano tylko starców powyżej 55 lat po wkupnem, wynoszącym 200 złp., za to dostawali mieszkanie, opał, światło i 15 groszy dziennie.

l) ze skór bydłych	4872 „
m) z ogrodu i młyna	4986 „
n) ze sprzedaży lekarstw z aptek	19816 „
o) z robót ręcznych	15674 „
p) z różnych źródeł	7925 „
r) z rewanżu r. z.	1419 „
2) w tem było:	
a) intraty ze wsiów	24393 złp.
b) komorne z kamienicy	15216 „
i t. d.	
3) w tem było:	
a) dochód z Rakowca i Sześćliwie	14721 złp.
b) komorne z kamienicy	4065 „
i t. d.	
4) w tem było:	
na żywność	104216 złp.
5) w tem było:	
na żywność	40674 „
*) W tem zasiłku od rządu 177472 złp.	

TABLICA III.

Po 9 latach zarządu szpit. warsz. przez Radę Główną Opiek. w roku 1841 wynosiły:

	Dochody	Wydatki
Szp. Dz. Jezus	304776 złp.	292207 złp.
Św. Łazarza	252634 „	217983 „
Braci Miłosierdzia	62551 „	57288 „
Ś. Duchy pp. Marc.	148043 „	146660 „
Starozakonnych	222186 „	222186 „
Oftalmiczny	27970 „	21593 „
Ewangelicki	50157 „	49393 „
	1068317 złp.	1007310 złp.

Brak tutaj danych szp. św. Rocha i św. Kazimierza. Razem wszystkie szpitale warszawskie miały:

dochodu 166938 rb. = 1112920 złp.
rozchodu 159210 rb. = 1061466 złp.

Chorych było w szpitalach warszawskich w r. 1841 = 17048.

Utrzymanie dzienne chorego 23½ kop. = 47 gr.
Na żywność 1 chorego dziennie 6½ „ = 13 „
Na lekarstwa 1¼ „ = 2⅔ „
Śmiertelność wynosiła 1:9,49 t. j. przeszło 10,5%.

VI.

Wspomniałem wyżej, że w roku 1841 złożony został Ks. Namiestnikowi przez specjalny komitet projekt, wprowadzający pewne zmiany w zarządzie instytutów dobroczynnych.

Zmiany zostały wprowadzone ukazem z dnia 2 marca 1842 r. o Głównym zarządzie zakładów dobroczynnych, pozostawiając ster nad tymi zakładami przy Radzie Głównej, która nazywa się odtąd Radą Główną Opiekuńczą zakładów Dobroczynnych. Opiece tej Rady zostały powierzone „oprócz szpitali, w których chorzy są utrzymywani i leczeni, wszelkie inne Zakłady Dobroczynne”. „Prawo to, nie naruszając w niczem pierwotnego systemu zarządu szpitali, podniosło Radę Główną do stopnia Władzy wyłącznie od ogólnego zgromadzenia Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Duchownych zależnej; ściśle oznaczyło stosunki służby szpitalnej ze służbą lekarską, poddało zakłady dobroczynne pod bliższy nadzór Gubernatorów Cywilnych, nadało osobom, do składu Rad Opiekuńczych należącym, wszelkie prawa i

dzającego. Plany więc szpitala na 400 łóżek i kosztorys na 900000 rb. nie były rozpatrywane, jak przedtem, na miejscu, lecz odesłane do ministerjum do Petersburga. Ztamtąd zwrócono je do przerobienia. Szpital ten jednak nie miał już służyć dla całego kraju w tem znaczeniu, jak to w roku 1863 projektowała Rada Główna Opiekuńcza, lecz miał w znacznym stopniu zastąpić szpital Jana Bożego; ten zaś zamierzono sprzedać lub obrócić na jakiś inny cel dobroczynny. W oczekiwaniu zatwierdzenia ostatecznych planów, ogrodzono wybrany plac wałem i rowem, wykopano 2 studnie, wybudowano szopę na przechowywanie materiału budowlanego i wyjednano bezpłatne ofiarowanie z lasów rządowych 4000 sztuk młodych drzew na urządzenie parku. Rada Główna Opiekuńcza 1870 r. została zniesiona, i projekt, podany wr. 1863, został w innej formie urzeczywistniony dopiero w 20 lat przeszło potem przez wybudowanie szpitala w Tworkach.

Zabudowania instytutu oftalmicznego, znajdujące się przy ulicy Marszałkowskiej, uznała Rada Główna Opiekuńcza za nieodpowiednie i przedsięwzięła starania o wzniesienie gmachu, któryby mógł zapewnić warunki odpowiednie dla chorych na oczy. W tym celu wyjednana została decyzja Rady Administracyjnej, ażeby urządzić przy szpitalu Dz. Jezus oddział dla chorych na oczy w takich granicach, jak urządzony był instytut oftalmiczny. Nieruchomość instytutu przy ul. Marszałkowskiej 1864 r. sprzedano, a budowę nowego rozpoczęto na placu przy ulicy Smolnej Nr. 2982, za 7500 rb. nabytym. W tem nowem miejscu rozpoczęto przyjmowanie chorych w 1870 r.

W tym samym (1864 r.) czasie wyznaczono komitet „do wyśledzenia wad i niedogodności i zaprojektowania ulepszeń u Dzieciątka Jezus, tak żeby pod każdym względem odpowiadał swemu celowi“. Należy nadmienić, że już w r. 1857 był wysyłany budowniczy w celu zebrania wiadomości o budowlach na pomieszczenie dzieci, mając na względzie sz. Dz. Jezus. Otóż wspomniany wyżej wysadzony w r. 1864 komitet podał w r. 1865 wniosek „przeniesienia szpitala w inne miejsce i sprzedania placu“. Wskutek wniosków komitetu, przejrzanych przez Komisję Spraw Wewnętrznych i Duchownych Hrabia Namiestnik 20 września 1865 r. postanowił: 1)

place i gmachy Dz. Jezus rozdzielić na części i sprzedać pojedynczo w drodze publicznej licytacji; 2) wybudować nowe gmachy oddzielnie dla szpitala i oddzielnie dla domu podrzutek i w tym celu wybrać odpowiednią miejscowość w bliskości rogatek Jerozolimskich, 3) aby nowy szpital wybudowano na 600 łóżek, z których 100 dla chorych wenerycznych, z tem jednak, aby w nowo mającym się wybudować szpitalu nie byli, jak dotąd, trzymani chorzy obłąkani, chorzy nieuleczalni i z zastarzałemi chorobami, wreszcie 4) przygotowanie projektów budowy poruczyć rzeczonemu komitetowi, dla zbadania zaś systemu budowy wyasygnować 700 rb. z funduszów Rady Administracyjnej na koszta podróży delegowanym. Projekt ten, jak wiemy, w nieco zmienionej formie był wykonany dopiero w 30 parę lat potem.

W 1865 roku Komisya Rządowa i Spraw Wewn. i Duch. zgodnie z wnioskiem Rady Głównej zezwoliła na założenie szpitala na Pradze w miejscowości, do miasta należącej. Zażądano od prezydenta przedstawienia kandydatów do Rady szczegółowej opiekuńczej przyszłego szpitala, aby się zajęła przygotowaniem wszystkiego, co do wzniesienia będzie potrzeba, i zajęła się skierowaniem dobroczynności prywatnej na korzyść projektowanej instytucji. Szpital otwarto początkowo dla chorych cholerycznych, następnie w roku 1868, jako czasowy dla chorych wewnętrznych, w następnym 1869 zamieniono na szpital stały.

Oprócz tego w dalszym ciągu zakładano na czas miesięcy zimowych „czasowe szpitale pośilkowe“ na 200 — 300 łóżek.

W 1856 r. wysadzono komitet, do składu którego zaproszono lekarzy i opiekunów szpitali i urzędników administracyjnych, dla wypracowania projektu żywienia chorych, które uznano za niedostateczne. Lecz nie tylko o pokarm dla ciała dbała Rada Główna Opiekuńcza, dbała i o pokarm duchowy i w tym celu zarządziła, iż od 1860 r. rozpoczęto wprowadzać do etatów instytutów dobroczynnych „małe kwoty na nabycie dzieł treści pobożnej i moralnej oraz ksiąg, dla ludu wydawanych, a to w celu zajęcia pożytecznie wyzdrowiających chorych, o ile ci sami korzystają z tego zechcą“.

Żeby jaknajlepiej odpowiedzieć zadaniu, korzystała Rada Główna z każdej sposobności,

żeby się czegoś dowiedzieć, czegoś nauczyć, co by można było zastosować w kraju. Kiedy więc jeden z członków Rady Głównej, radca Bierzyński wyjeżdżał 1856 r. dla poratowania zdrowia do Francji, proszono go, żeby zbiec do Paryża i tam poinformował się o ówczesnym systemie zarządu instytucjami dobroczynnymi we Francji. Bierzyński to zrobił i złożył bardzo obszerne i dokładne sprawozdanie, które doskonale maluje stan zakładów dobroczynnych we Francji ówczesnej.

Mając na względzie, że w szpitalach warszawskich nie było „specjalnego oddziału dla

leczenia chorób słuchowych”, zezwoliła Rada Główna 1862 r. na przedstawienie Rady Szezegółowej instytutu oftalmicznego na urządzenie przy tymże instytucie ambulatorium dla leczenia chorób słuchowych. W roku 1867 z pozwolenia generała - feldmarszałka otwarto w szpitalu św. Ducha tytułem próby oddział na 8 łóżek „dla chcących leczyć się homeopatją”. Co się z tym oddziałem następnie stało, sprawozdania nie mówią.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Zdaniem BOAS'a wyciąg paproci jest najlepszym środkiem przeciwtasiemcowym, tylko powinien on jaknajdłużej pozostawać w zetknięciu z tasiemcem. B. uważa za zbyteczny post przed kuracją, jakoteż dawanie sałaty śledziowej. Ważne jest rozpoczęcie leczenia naczeczno zrana. Dawka 5.0 — 8.0 dla dorosłych. Środek czyszczący należy dawać najwcześniej po 6 godzinach. Olej rącznikowy i kalomel nie są dobre; właściwsze są wody gorzkie. Pelletieryna bywa nieskuteczna.

(Ther. Man. 1904 str. 621).

= MARTINET utrzymuje, że istnieje t. zw. moczówka „małżeńska” diabète conjugal. Zestawił on 858 przypadków chorobowych, z których 25 moczówki, a z tych 5 „małżeńskiej”. SCHMITZ na 2320 dyabetyków miał 26 przypadków „małżeńskiej” moczówki (1.12%); DELEAGE na 478 miał 17 (3.55%); DEBOVE na 50 miał 6 (12%). M. jest zdania, że SCHMITZ i DELEAGE (lekarze

w Neuenahr i Vichy) spostrzegali swych chorych tylko przez czas krótki, oraz, że widywali chorych z najrozmaitszych stron świata, a przeto ich cyfry nie są miarodajne.

(Presse med. 98 — 1904).

= Łatwy odczyn na barwniki żółciowe podaje PRESSLICH. Do moczu dodawał kilka kropel dymiącego kwasu saletrzanego, przyczem natychmiast dolna połowa płynu przybierała szmaragdowo zieloną barwę, rozszerzającą się na cały płyn przy wstrząsaniu naczynia (szpiczasty kieliszek).

(Münch. med. Woch. 5 — 1904.)

= WEILL, LUMIÈRE i PÉHU leczyli biegunki dziecięce żelatyną 10%, wyjąlaną w autoklawie przy 120° przez ½ godziny; daje się 1.0 w mleku. Najlepsze wyniki były w biegunkach zwykłych nieżytowych bez cięższych powikłań (gorączka, bronchopneumonia).

(Lyon. med. 34 — 1903).

Z powodu niedostarczenia tablic artykuł d-ra FLATAUA został wstrzymany do przyszłego tygodnia.

SPROSTOWANIE. W Nr. 40 „Medycyny” na str. 829, w wierszu ostatnim kol. lewej zamiast 50000 — powinno być 5000.

VICHY PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność rządu francuskiego

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przysługujące tymże Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, delagliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów kółt wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT Rozsólac trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych
POD FIRMA

D-ra T. HEINRICHA

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Unguentum Heyden Maść Calomelolu do przeciwsyfilitycznych kuracji wcieraniami (Neisser). Nie plami, nie farbuję. Łatwo się wciera (najwyżej 15 minut). Dawka jednorazowa 6 g. W tubkach z podziałką po 60 i 30 g.; ostatnie odpowiadają zwykłej subtelności maści.

Calomelol (Koloidalny kalomel). Zastępuje Kalomel jako wewnątrz stosowane antisypilitikum w tabletkach po 0,01 g. jako proszek do zasypywania przy szankrze, owrzodzeniach syfilitycznych. Mniej trujący niż kalomel.

Novargan Najmniej drażniący środek przeciw tryprowy pomiędzy preparatami srebra. Wybitnie niszczący zarazki. Do wstrzykiwań roztwór 0,25—1%. W przypadkach świeżych (leczenie poronne) 1—3% roztwór (10 cm³) do wstrzykiwań lub 15% roztwór (0,5 cm³) do wlewań. Roztwór przygotowywać na zimno; do przepłukiwań pęcherza można ogrzewać do 40°.

Próby i literaturę dostarcza:
Chemiczna Fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno, lub przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

YOHIMBIN SPIEGEL

Środek przeciwko przedwczesnemu osłabieniu nerwowemu.

D-r W. RÓBIN

powrócił i przyjmuje z chorobami żołądka i kiszek.

Senatorska 30. Od 4—6 p.p