

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

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

Treść: I. A. SOKOŁOWSKI. Przyczynę do kazuistyki i terapii pierwotnego raka krtani. — II. O. HEWELKE. Przyczynę do farmakologii fluorku sodu. — III. J. NEUFELD. Limfotoki podskórne. (*Lymphorrhagiae subcutaneae*) [Dokończenie]. — J. TCHÓRZNICKI. Uwagi nad ustawą szpitalną dla Królestwa Polskiego 1842 roku. — *Notatki lekarskie*. 7. W. FREIDENSON. Przypadek ciała obcego w krtani. — *Dział sprawozdawczy*. 16. A. KNIÉ. Przyczynę do umiejscowienia włókien nerwowych w splocie barkowym. — 16. RUNEBERG. Śmiertelne otrucie rtęciowe po wstrzykiwaniach podskórnych kalomelu. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — *Wiadomości terapeutyczne*. — *Wiadomości bieżące*. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

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

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

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

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

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

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

52—12

Lipanium (Kahlbaum.)

Peptonum Carnis spissum (Kemmerich).

Peptonum Carnis spissum (Kochs).

poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO dawn. E. Wernera.

w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—8

„VICTORIA“ Naturalna Woda Gorzka

10—4

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyadi János, a o 260 gr. więcej jak Pülna i Friedrichshall. *Wodę gorzką Victoria* spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. *Rzeczywisty Radca Stanu, Profesor Uniwers. D-r D. Lambl.* Prospekta wysła gratis Dyrekcya. Wien: Stefansplatz. Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie.

Oberbrunnen

Stosowane dla kuracyi od r. 1601. Szczególniej skuteczne w cierpieniach narządów oddechowych i żołądka, przy zółtaczach, cierpieniach nerek i pęcherza, gośćcu, hemoroidach i moczowce.

Wysyłka książęcych wód Mineralnych Ober-Salzbrunn
Furbach & Striebold.

Składy we wszystkich aptekach i składach wód Mineralnych.

Kurort Salzbrunn-Szląsk.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września

26—

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYSZYNEK DO KAZUISTYKI I TERAPII PIERWOTNEGO RAKA KRTANI.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 4. XII 1888 r.].

Podał

D-r Alfred Sokołowski.

W odczycie moim, wygłoszonym w tutejszem Towarzystwie Lekarskiem ¹⁾ przed 3 laty o pierwotnym raku krtani, starałem się wykazać na podstawie przezemnie spostrzeganego materiału liczne trudności w rozpoznaniu raka, w pierwszych okresach rozwoju będącego. W dyskusyi bardzo ożywionej, która się w Towarzystwie nad tą kwestyją wywiązała, wielu z kolegów laryngologów, jakoteż i chirurgów wygłosili swoje pod tym względem zapatrywania, przyczem szczegółowo rozebraną została kwestyja dyjagnostyki i leczenia.

Rzec można, że nasze Towarzystwo było jednym z pierwszych, które przedyskutowało szczegółowo chorobę, z kąd inąd bardzo ważną, obchodzącą zarówno lekarza, terapeutę, jako też i chirurga. Wiadomo powszechnie, jakiej wkrótce potem doniosłości nabrało cierpienie, nas obchodzące, wskutek zapadnięcia na nią zmarłego cesarza Fryderyka. Rak krtani dał bodziec do niezmiernie licznych i ożywionych dyskusyj i polemik w licznych uczonych Towarzystwach starego i nowego ładu. Pojawiły się całe dziesiątki prac, ten temat mniej lub więcej gruntownie traktujących, w których przedewszystkiem dyskutowano kwestyje rozpoznawania i metod leczniczych. Wreszcie oś główną znanych powszechnie wszystkim sprawozdań o chorobie cesarza Fryderyka lekarzy niemieckich, jakoteż odpowiedzi MACKENZIE'go, stanowi trudność rozpoznawcza i polemika co do metod leczniczych. W ciągu prawie 1½ roku mam w mojej szczegółowej obserwacyi chorego, dotkniętego pierwotnym rakiem krtani, który w wysokim stopniu przedstawiał wszystkie warunki, utrudniające istotne rozpoznanie choroby, która dla mnie, jakoteż dla wielu kolegów specjalistów i chirurgów, którzy wspólnie ze mną chorego spostrzegali, aż do ostatnich czasów, t. j. jak wyżej wzmiankowałem, prawie 1½ roku przedstawiała prawdziwą zagadkę dyjagnostyczną.

H., kupiec z Wołnia, lat 40 mający, zgłosił się po raz pierwszy do mnie w końcu Czerwca 1887 roku z powodu chrypki dość znacznej, od kilku lat

¹⁾ Gazeta Lekarska. 1886.

uparcie trwającej. Chory opowiada nam, że matka jego zmarła na suchoty płucne. Od lat 9 kaszle ciągle, i miał zalecone wskutek tego różnorodne kuracje klimatyczne. W ciągu kilku lat z rzędu przebywał w Krymie. Przed 4 laty, będąc w Szczawnicy, po raz pierwszy ochryplł po jakimś, jak powiada, zaziębieniu i od tej pory chrypka zwiększała się, lub zmniejszała w natężeniu, stale jednakże pozostając. W 1885 i 6 roku, z polecenia prof. SCHNITZLER'a ¹⁾, przebywał w Gleichenbergu również bezskutecznie. Przymiotu stanowczo nie przebywał, ostatnimi czasy schudł znacznie. Jest żonatym od dawna i ojcem kilkorga zdrowych dzieci. Badanie obiektywne wykazało: stan ogólny dość lichy, wygląd anemiczny, chrypka znaczna, badanie zwierciadłem krtaniowym wykazało: lekki obrzęk prawej chrząstki nalewkowej, struna głosowa prawa mało ruchoma, $\frac{1}{3}$ część jej przedniej przedstawia się pod postacią umiarkowanego nacieczenia, pokrytego mocno zmętniałym nabłonkiem, lewa część krtani w stanie umiarkowanego kataru. Owrzodzeń wyraźnych nigdzie nie dało się zauważyć. W płucach li tylko w okolicy nadgrzebieniowej prawej dał się zauważyć wydech nieco wydłużony, w sercu, w miejscu wysłuchiwania aorty słychać, 2 wyraźne przeciągłe szmery; rozmiary serca nieco powiększone.

Cierpienie powyższe zrobiło na mnie najprawdopodobniejsze wrażenie poczynającej się sprawy gruźliczej krtani, za czym anamneza, jakoteż zmiany, acz niewyraźne w płucach zdawały się przemawiać. Chory wkrótce powrócił do domu, a udawszy się znowu jesienią do Krymu, tam po raz pierwszy zaczął doznawać stopniowo wzmagającego się utrudnienia w oddechaniu. W ciągu miesiąca Listopada duszność wzmagala się stopniowo do napadów zaduszenia; chory ostatnie tygodnie spędzał niemal zupełnie bezsennie, przyczem stan jego ogólny ulegał coraz większemu upośledzeniu; wreszcie, nie widząc żadnej poprawy, 30 Listopada przybył do Warszawy. Tegoż dnia, widząc chorego, znalazłem objawy wysoko posuniętego zwężenia krtani (*stenosis*). Badanie laryngoskopowe wielce trudne wykazało obrzmienie dość znaczne obu chrząstek nalewkowych z małą bardzo ruchomością prawej, u $\frac{1}{3}$ przedniej prawej struny głosowej, zdawało mi się, widzę jakąś guzowatą narośl. Po wspólnej naradzie z kol. MATLAKOWSKIM i OŁTUSZEWSKIM uważaliśmy dokonanie przecięcia tchawicy za bezwarunkowo wskazane, które też i dokonał pomyślnie dnia następnego kol. MATLAKOWSKI.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny [bezgorączkowy]. W tydzień potem mogliśmy już wspólnie z kol. MATLAKOWSKIM zbadać wnętrze krtani, przyczem znaleźliśmy obraz następujący: prawa chrząstka nalewkowa, jak i przedtem, przedstawiała się bardzo mało ruchomą, mocno czerwoną i zgrubiałą, $\frac{1}{3}$ przednia część struny głosowej prawej przedstawia się pod postacią grubego, ciemno-czerwonego wału, struna ta jest przytem bardzo mało ruchoma. Inne części krtani umiarkowanie zaczerwienione, z wyjątkiem lewej chrząstki nalewkowej, która przedstawia się nieco zgrubiałą. Odtąd chory stale pozostawał w naszej opiece, będąc co dni kilka szczegółowo przez nas badanym. Stan

¹⁾ SCHNITZLER jak to mi łaskawie w tych czasach napisać raczył, cierpienie to uważał za poczynającą się gruźlicę krtani.

ogólny jego poprawiał się bardzo szybko, kaszlał jednakże ciągle, wyrzucając przez rurkę dość znaczną ilość śluzoropnej płwociny; takowa kilkakrotnie badana drobnowidzowo przez kolegę PRZEWOSKIEGO, oprócz ciałek śluzoropnych, nic innego nie zawierała. W ciągu następnych 2 tygodni zauważyliśmy na strunie prawdziwej prawej, t. j. na nacieku wyżej opisanym, wyraźnie na całej przestrzeni powstające owrzodzenia, jakby poczynający się rozpad nacieczenia. W dalszym zaś ciągu zaczęły występować bardzo wyraźne w tymże miejscu, jakby wyrastające z miejsca owrzodzonego, wykwity brodawkowate, białego, niemal śnieżnego koloru, wielkości od konopnego ziarnka do małego grochu, które pokrywały nie tylko część przednią, lecz i brzeg wewnętrzny struny, wstawiając się w głośnię.

Obrzęk prawej nalewki zmniejszał się znacznie. W końcu Grudnia, w celu dyagnostycznym, wyjąłem szczypczykami krtaniowemi 2 największe brodawki, wielkości małego grochu; badanie takowych dokonane przez kolegę PRZEWOSKIEGO wykazało: „narośl w głównym przecięciu składa się z dość twardej tkanki łącznej, włóknistej, którą pokrywa gruby, wielowarstwowy płaski nabłonek; tkanka łączna zawiera trochę szerokich naczyń krwionośnych i miejscami jest dość mocno nacieczoną komórkami, podobnymi do limfatycznych; od strony swobodnej części nowotworu tkanka łączna kończy się wieloma brodawkowatymi przedłużeniami, z których niektóre są dość długie. Nabłonek, pokrywający narost, jest wogóle gruby, ale najgrubszą warstwę tworzy on nad swobodną częścią nowotworu, gdzie pokrywa brodawki. Nowotwór należy odnieść do włókniaków brodawkowatych (*fibroma papillosum*).

Stan ogólny chorego przedstawiał się bardzo dobrze, oddechanie przez rurkę było zupełnie swobodnem. W celu załatwienia ważnych spraw rodzinnych, chory zmuszony był powrócić do domu. W połowie Lutego powrócił do Warszawy. Badanie przedstawiło stan następujący: stan ogólny bardzo dobry, oddechanie przez rurkę swobodne, przy zamkniętej rurce również nieco możliwe. Struna prawa w $\frac{1}{3}$ przedniej, w miejscu wyżej opisanego nacieczenia, przedstawia się ściągniętą, pomarszczoną, nieco zgrubiałą, jakby poczynające się bliznowate zwyrodnienie. Na powierzchni jej, oraz na brzegach powstają wyżej opisane białe brodawkowe narośle. Prawa nalewka, jak wyżej, mało ruchoma, nieco zgrubiała, lewa część krtani zmian prawie nie przedstawia z wyjątkiem umiarkowanego zaczerwienienia. Po naradzie z kolegą MATLAKOWSKIM postanowiłem na drodze operacyjnej usuwać opisane wybujałości. W ciągu miesiąca całego stopniowo usunąłem je w zupełności, jednocześnie wielokrotnie przypalając miejsca przyczepu żegadłem galwanokaustycznym. Wyjęte brodawki przedstawiały zawsze ten sam charakter makroskopowy, były one białawe, dość miękkie, wielkości od konopnego ziarna do małego grochu; badanie ich histologiczne, powtórnie w Lutym przez kol. PRZEWOSKIEGO wykonane, wykazało ten sam, co i wyżej, charakter anatomiczny.

Oddech chorego stawał się przy zamkniętej rurce coraz swobodniejszym, wreszcie doszło do tego, że w końcu Marca rurka tracheotomijna została w zupełności usunięta. Chory bez niej oddechał swobodnie, stan ogólny przedstawiał się wybornie. Badanie laryngoskopowe wykazało ściągnięcie bliznowate

wyżej wzmiankowanego miejsca struny z ograniczeniem znacznem jej ruchów. W tym to okresie—chorego, oprócz kol. MATLAKOWSKIEGO, widział również kilkakrotnie kol. SREBRNY. Chory, uważając się za zupełnie zdrowego, bo i głos nawet był mniej ochrypnięty niż przed rokiem, wyjechał do domu w początkach Kwietnia. W początkach Czerwca przyjechał znowu, czuł on się zupełnie dobrze, oddechał swobodnie, badanie jednakże laryngoskopowe wykazało, że tuż pod kątem przednim na brzegu swobodnym prawej struny głosowej znowu zaczęły bujać drobne białawe brodawki. Chory w Warszawie pozostać nie mógł, czy nie chciał, i wrócił szybko do domu. W początkach jednak Sierpnia zaczęło znowu występować utrudnione oddechanie. W celu odpoczynku udał się do Sławuty, tam jednakże stan jego pogarszał się szybko, duszność wzmagala się stopniowo, tak, że czując się coraz gorzej, w końcu Sierpnia przyjechał do Warszawy, gdzie w czasie mej nieobecności, badający go asystent mój D-r BĄCZKIEWICZ, który już przedtem znał dobrze chorego, znalazł tak groźne objawy zwężenia, że uważał za wskazaną tracheotomię, którą tegoż dnia jeszcze dokonał kol. BUKOWSKI, ordynator Kliniki Chirurgicznej. Po dokonaniu operacji chory odrazu czuł się dobrze i w kilka dni potem wyjechał do domu, gdzie znowu zaczął się szybko poprawiać w stanie ogólnym. Pokazał mi się znowu w połowie Listopada roku bieżącego, gdzie znaleźliśmy stan następujący: stan ogólny dobry, jakkolwiek wygląda o wiele nędzniej, aniżeli ostatnią razą. Kaszle mało, badanie krtani wykazało nieco odmienny obraz: obie nalewki zaczerwienione i nieco obrzęknięte, a głównie prawa, która jest przytem prawie zupełnie nieruchomą. Wnętrze krtani trudno obejrzeć, obie fałszywe struny mocno zgrubiałe i zaczerwienione, na pofałdowanej i mocno czerwonej prawej strunie prawdziwej widać liczne drobne białawe brodawki, obok tego jednakże tuż pod kątem widać z trudnością jakąś narośl większą, wychodzącą ze swobodnego brzegu struny, formy grzybiastej, około 1½ ctm. długości mieć mogącą. Zresztą, z powodu wielce trudnego badania, bliżej punkt wyjścia dokładny i właściwości trudno było określić. Ponieważ obraz przedstawiał się o wiele różnym od poprzedzającego, postanowiłem znowu wydobyć część guza w celu poddania go znowu badaniu drobnowidzowemu. 22 Lutego wydobyto z tegoż miejsca 2 kawałki, wielkości dużego ziarnka konopnego i poddano badaniu histologicznemu przez kol. PRZEWOSKIEGO, które dało wynik następujący: „jeden i drugi kawałek nowotworu wyjętego z krtani, przedstawia się zupełnie jednakowo i każdy z nich składa się z cienkiej, długiej, rozgałęzionej brodawki łącznotkankowej, która na całej swej powierzchni, z wyjątkiem miejsca odcięcia, pokryta jest grubym, wielowarstwowym nabłonkiem płaskim; tkanka łączna, wchodząca w skład samej brodawki, jest dosyć miękką, włóknistą i zawiera szerokie ośrodkowe pętlicowate naczynia krwionośne. Tkanka nabłonkowa nigdzie nie wrasta do łączno-tkankowej brodawki, nie tworzy ograniczonych ciał nabłonkowych, jakie stanowią charakterystykę raka. Stosownie do znalezionej budowy makroskopowej, nowotwór należy uznać za brodawkowiec błony śluzowej krtani i nic nie daje prawa do uważania go za raka“.

Dnia 24. XI. wezwałem na naradę kol. HERYNGA i MATLAKOWSKIEGO, w celu przedyskutowania jeszcze raz ciemnej sprawy i zadecydowania dalszego

postępowania leczniczego. Po dłuższej dyskusji zdecydowaliśmy się, w celu wyjaśnienia wielce dla nas wszystkich ciemnego przypadku, wydobyć, jeśli to okaże się możliwem, całkowicie ową większą narośl, wyżej wymienioną. Dnia następnego, po mocnem zakokainowaniu chorego, udało mi się przy pomocy kleszczyków krtaniowych FAUVEL'a wydobyć niemal w całości ową narośl, która, jak to Panom ją przedstawiam, wykazuje następujące cechy: wielkości małego ziarnka fasoli, koloru szarobiaławego, powierzchnia oderwana przedstawia się dość gładko, gdy inne są nierówne, brodawkowate; cały kawałek jest dość twardy i miejscami na powierzchni rozkroju szarobiaławy, ziarnisty. Preparat po stwardnieniu w stężonym wysoku zbadany został drobnowidzowo przez Dziekana BRODOWSKIEGO i D-ra PRZEWOSKIEGO. Badanie to dokonane 28 Listopada dało następujący wynik: „wycięte części nowotworu składają się z dwóch tkanek, nabłonkowej i łącznej; nabłonkowa tworzy rodzaj sieci wyraźnie ograniczonych ciał, złożonych z komórek płaskich soczewicowatych, lub wielościennych, miejscami komórki są wyraźnie zrogowaciałe i nawet w środku niektórych ciał nabłonkowych większych, układają się w wyraźne tak zwane *globes épidermiques*. Tkanka łączna tworzy podścielisko dla sieci ciał nabłonkowych i wypełnia wszystkie wolne między nimi przestrzenie, jest ona wyraźnie włóknista i nacieczona komórkami mniej lub więcej podobnymi do limfatycznych. Granica pomiędzy tkanką łączną a nabłonkową jest wszędzie bardzo wyraźna; w podścielisku łączno-tkankowem nowotworu naczyń krwionośnych jest niewiele. Wskutek powyższej budowy można dany nowotwór uważać tylko jedynie za raka płaskokomórkowego (*Carcinoma keratoides*), t. j. tak zwany dawniej kankroid płaskomórkowy.“

Przypadek powyższy z kilku punktów widzenia zasługuje na bliższą uwagę:

1). Przedstawiał on niezwykle do ostatnich niemal chwil trudności dyagnostyczne. Od wielu lat trwający kaszel, obok istniejącego usposobienia dziecięcego do suchot, przy nacieczeniu ograniczonem struny i nieruchomości w stawie nalewkowym, dawał nam obraz najbardziej prawdopodobny poczynającej się gruźlicy krtani. W dalszym jednakże ciągu powstały rozpad z wytworzeniem się wyżej opisanych brodawkowatych narośli, usuwał na drugi plan istnienie gruźlicy, przy której obrazy takie nie napotykają się, natomiast zaczęliśmy podejrzewać rozwój nowotworu złośliwego, pod postacią pierwotnego raka struny głosowej, tej postaci, jaką bardzo dobrze opisał w swoim podręczniku FAUVEL. Przebieg jednakże dalszy cierpienia, wyżej szczegółowo opisany, w którym po dokonaniem wyjęcia na drodze operacyjnej narośli i wypaleniu struny galwanokaustycznie, nastąpiło zabliznienie sprawy z możliwością usunięcia rurki, przy jednocześnie ogólnej poprawie, kazał nam powątpiewać o możliwości sprawy rakowatej. Do powyższych wątpliwości również przyczyniały się w pewnym stopniu wyniki ujemne badania histologicznego, trzykrotnie bowiem w różnych odstępach takowe wykonane, przemawiały za obecnością nowotworu łagodnego, włókniaaka. Naturalnie, że przyjąć obecność tylko istnie-

nia włókniaka, żadną miarą z punktu widzenia klinicznego zgodzić się nie mogliśmy, obecność bowiem zapalenia przewlekłego ochrzęstnej stawu nalewkowego, dalej obecność nacieczenia z następczym rozpadem, były to momenty, które przemawiały stanowczo za istnieniem jakiejś sprawy natury cięższej. Dopiero 4-te badanie wykazało raka i sprawę dostatecznie wyjaśniło, wykazując, jak to też miało miejsce w znanym przypadku z cesarzem Fryderykiem, o ile badanie litylko histologiczne może być zwodniczem i prowadzić do mylnych wniosków dyjagnostycznych.

Tym sposobem mieliśmy do czynienia w danym przypadku z pierwotnym rakiem krtani o niezwykle przewlekłym przebiegu. Uważając bowiem, jak to zdaje się słusznie należy czynić, chrypkę stałą za początek cierpienia, długość sprawy do dziś dnia liczyć należy przeszło na lat 4.

Od czasu zaś wystąpienia objawów groźnego zwężenia, upływa przeszło $1\frac{1}{2}$ roku.

Na szczególną jednakże uwagę zasługuje zblížnienie z jednoczesnem zupełnem zatrzymaniem sprawy na przeciąg prawie półroczny, co w przebiegu raka krtani należy do niesłychanych rzadkości, raz bowiem rozpoczęty rozpad szerzy się szybko, jednocześnie wkrótce za sobą pociągając i objawy upadku stanu ogólnego.

2). Rodziłaby się w naszym przypadku kwestyja, czy nie mieliśmy z początku do czynienia z nowotworem łagodnym, który następnie, to jest a może nawet i wskutek leczenia miejscowego, przeszedł w złośliwy?! Sprawa obecnie w nauce laryngologii na porządku dziennym. Wywołana ona również została szeregiem kontrawersów, istniejących w zapatrywaniu się lekarzy niemieckich a MACKENZIE'go, na rozwój choroby cesarza Fryderyka. Czasopismo „*Cent. f. Lar. etc.*“ redagowane przez SEMON'a z Londynu, na podstawie spostrzeżeń laryngologów z całego świata, oparte na przeszło 10 tysięcy dokonanych spostrzeżeń nowotworów krtaniowych, opracowywa obecnie szczegółowo tę kwestyję. Z pracy tej, jeszcze nieukończonej, wynika, że na ową kolosalną liczbę spostrzeżeń, istnieje zaledwie kilkanaście przypadków [GIB, GUSSENBAUER, SCHNITZLER, STOERCK i inni], w których autorowie przypuszczali możliwość tego rodzaju przemiany, wiele jednakże z tych przypadków jest natury wielce wątpliwej, w wielu zaś nawet najbardziej prawdopodobnych, zdaje się, zachodziła też sama wątpliwość, co i w naszym przypadku, t. j., że wycinane kawałki pochodziły z części powierzchownych nowotworu, przedstawiały tylko produkt bujania nabłonka i głębiej położonych części prawidłowych struny, sama zaś sprawa nowotworowa gnieździła się głębiej, a dopiero po wycięciu dużego, z głębszych warstw pochodzącego, kawałka, sprawa rakowata histologicznie mogła być wykazana. W naszym przypadku zdaje się nawet, że przypuszczenia dalszego być nie może o przemianie nowotworu dobrotliwego na złośliwy, początkiem bowiem sprawy była, nie brodawka, lecz naciek gruby, który uległ następnie rozpadowi, a dopiero z dna wrzodu zaczęły bujać następnie owe nowotworowe brodawki, z których wiele mogło być wprost natury proliferacyjnej, zapalnej, tak samo, jak zajęcie stawu prawego nalewkowego i przemijają-

ce lewego również należy uważać jako objaw sprawy zapalnej odczynowej, wskutek drażnienia, wywołanego sprawą rakowatą ¹⁾.

3). Na szczególną uwagę zasługuje w naszym przypadku wynik leczenia miejscowego. Jak to wyżej wzmiankowałem, nie uważając sprawy za raka, drogą leczenia operacyjnego z następczem galwanokaustycznym wypaleniem strun, zdołałem osiągnąć znakomity wynik, t. j. zabliznienie sprawy i wstrzymanie jej się w rozwoju na przeciąg kilku miesięcy ²⁾.

W literaturze znane są 2 podobne przypadki [SCHACH, FRAENKEL], w których leczenie miejscowe nowotworów złośliwych krtani zostało uwieńczone pomyślnym skutkiem za pomocą leczenia wewnątrzkrtaniowego. Najwyborniejszym zaś tego rodzaju przypadkiem jest ogłoszony zupełnie ostatniemi czasy przypadek SCHNITZLER'a. (*Intern. klin. Rundschau* N. 44. 1888). Autor ten opisuje przypadek zupełnego wyleczenia raka struny głosowej drogą wypalań galwanokaustycznych. Sprawa w krtani uległa zupełnemu zabliznieniu, a chora żyje dotychczas, t. j. lat 20 po dokonanej operacji. Przypadek nasz po części należałby do tej kategorii, dowodzi on nieszkodliwości, a przeciwnie pożytku w niektórych wyjątkowych przypadkach leczenia miejscowego krtani nawet przy raku tegoż organu ³⁾. Tą drogą bowiem można, acz w wyjątkowych przypadkach, osiągnąć zatrzymanie się, a nawet i zabliznienie się sprawy bez uciekania się do zbyt ciężkiego, a wielce groźnego rękoczynu, t. j. całkowitego lub częściowego wycięcia krtani, który, jak to najnowsze prace statystyczne wykazują, dotychczas daje zbyt mizerne wyniki, a nawet w razie najpomyślniejszym egzystencyja chorego jest wielce pożałowania godną.

¹⁾ Uważając przypadek powyższy za bardzo ważny przyczynek do omawianej kwestyi, podał w Grudniu roku zeszłego krótkie streszczenie przypadku D-rowi SEMON'owi w Londynie. Tenże przyjmuje nasz przypadek jako niezwykle ważny (*sehr bemerkenswerther Fall*), umieścił go w streszczeniu w Styczniowym zeszycie roku bieżącego „*Centralblatt für Laryngologie*“ str. 312 — 14, dodawszy ze swej strony następującą uwagę: „W przypadku powyższym na szczególną uwagę zasługuje — obok potwierdzenia wysokiej doniosłości rozpoznawczej przy raku krtani utrudnionej poruszalności dotkniętej sprawą chorobową struny głosowej — fakt zabliznienia ran po operacjach laryngologicznych, dokonanych u chorego. Przemawia to za charakterem mieszanym sprawy nowotworowej (*Mischgeschwulst*). Były bowiem wyjmowane tylko części powierzchowne, należące do sprawy nowotworowej łagodnego charakteru i prawdopodobnie z tego to powodu i przyjść mogło do zabliznienia. Jednocześnie przypadek ten poucza w drastyczny sposób, jak mało badanie drobnowidzowe rościć może sobie preteusyi do nieomylności“.

²⁾ Ostatnią wiadomość miałem o chorym w początkach Marca r. b., ma on się mieć zupełnie dobrze — żadne pogorszenie w sprawie nie zaszło.

³⁾ Wiadomo, że lekarze niemieccy, a głównie GERHARDT, obwiniali MACKENZII'ego, że on wskutek leczenia miejscowego pogorszył, nawet przyspieszył zejście śmiertelne Cesarza Fryderyka, naodwrot zaś MACKENZI obwinia GERHARDT'a, że takowy przez częste galvano-kanstyczne wypalania prawdopodobnie nowotwór z początku dobrotliwy przemienił na złośliwy.

II. PRZYZYNEK DO FARMAKOLOGII FLUORKU SODU.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Podał

O. Hewelke.

Wprowadzenie kwasu fluowodorowego do terapii suchot płucnych, budzące tak piękne nadzieje, skłoniło mnie, wobec braku danych o fizjologicznem działaniu tego ciała i jego związków, do przedsięwzięcia odnośnych poszukiwań. Z porady pana prof. THUMAS'a pod którego łaskawem kierownictwem pracuję, rozpocząłem doświadczenia z fluorkiem sodu [NaFl]. Dotychczasowe wyniki moje wykazują, że sól ta posiada wyraźne własności antifermentacyjne i antiparazytarne, a na organizm zwierzęcy oddziaływa wcale nieobojętnie.

Działanie antifermentacyjne fluorku sodu było badane odnośnie grzybka drożdżowego i odnośnie zasadowego robienia moczu. Grzybek drożdżowy w obecności fluorku sodu, w stosunku 1:100 do 1:350, nie jest w stanie rozwijać się zupełnie. Przy stosunku 1:600 do 1:2000 daje się zauważyć wyraźne zwolnienie robienia; przy 1:3000 do 1:8000 jeszcze można zaznaczyć wpływ hamujący; zato przy rozcieńczeniach 1:16000, 1:32000, gdzie już nie ma różnicy od stanu prawidłowego w ostatecznym wyniku robienia, występuje niekiedy nieznaczne przyspieszenie fermentacyi.

Przy próbach nad robieniem alkalicznem moczu okazało się, że kiedy w kontroli mocz rozkładał się już po 4—5 dniach, w obecności NaFl w stosunku 1:1300 odczyn kwaśny przetrwał 14—15 dni [choćby męt występował już 7 dnia], przy 1:650 NaFl 21 dni, przy 1:100 NaFl do 30 dni i więcej.

Odpowiednio do tego zachowywał się i postępek rozkładu mocznika, co określano metodą BORODIN'a. Kiedy w kontroli ilość mocznika po upływie dwóch tygodni spadła do połowy, w obecności NaFl w stosunku 1:150 nawet po trzech tygodniach ilość pozostawała prawie bez zmiany.

Podobne, powstrzymujące rozkład i gnicie, działanie fluorku sodu zauważyć się daje po dodaniu go do krwi, przesięków; przy obecności NaFl w stosunku 1:80, 1:170 gnicie [zupełny brak mętnienia] wstrzymuje się przez całe tygodnie, a nawet jeszcze przy 1 na 640 miało miejsce opóźnienie rozkładu.

Ścisłejsze badanie nad wpływem fluorku sodu na rozwój różnych pasorzytów przeprowadziłem na czystych hodowlach w laboratoryjum bakteriologicznem Szpitala Dz. Jezus, przy łaskawym udziale kol. M. JAKOWSKIEGO, zarządzającego tą pracownią. Badania polegały na tem, że do podłoża dodawano NaFl w rozmaitych stosunkach i zaszczepiano drobnoustroje z czystych hodowli. Obok kontroli prostej przyrządzane były hodowle o podłożu z dodatkiem karbolu i sublimatu. Trzy szeregi prób [podłoża: bulijon, żelatyna peptonizowana, żelatyna pepton-agar-agar] wykazały w ogólnym zarysie wpływ powstrzymujący fluorku sodu na rozwój badanych ustrojów. Żaden z próbowanych rodzajów z niechorobotwórczych: *bac. fluorescens*, *b. prodigiosus*, z chorobotwórczych: *b. typhi*, *b. anthracis*, *b. Finkler—Priori*, *b. foetidus*, *pneumococcus*, *streptococcus pyog.*,

staphylococcus pyog. aur. nie rozwija się przy obecności w podłożu NaFl w stosunku 1:150 do 1:200; przy 1:300 ma miejsce wyraźne zwolnienie, które jeszcze daje się zauważyć przy 1:4000, a nawet 1:600. Niektóre drobnoustroje okazują przytem większą wrażliwość, niż inne, tak np. *staphylococcus pyog. aureus* i *b. anthracis* nie rozwijały się zupełnie przy obecności omawianej soli 1:300 [szczegóły te zresztą będą uwzględnione w innem miejscu, tu dodam tylko, że wogóle chorobotwórcze były więcej wrażliwe niż niechorobotwórcze].

Doświadczenia nad zwierzętami dotyczą głównie ciepłokrwistych [przeważnie psy, także króliki], rozpoczęte bowiem badanie nad żabami trzeba było przerwać z powodu endemii, jaka rozwinęła się w miejscowym zbiorniku. Omawianą sól wprowadzano zwierzętom w roztworach 2%, 2,5% pod skórę, do żołądka, do żył.

Drogą zastrzyknięć podawano małe tylko ilości NaFl: 0,02—0,03. Samo wstrzyknięcie sprawiało silny ból; objawy ogólne były przytem prawie żadne: u niektórych psów zauważono lekkie drżenie całego ciała, co jednak trwało krótko. Zato miejscowe zmiany były uderzające. Na drugi dzień skóra w miejscu wstrzyknięcia zaczynała się czerwienić, tworzyło się nacieczenie, w środku którego na 3—4 dzień oddzielał się okrągły martwiak skóry, wielkości małej dziesiątki do trójgroszniaka. Martwiak odpadał, pozostawiając wrzodziejącą powierzchnię. Zjawisko to powtarzało się stale, pomimo wszelkich ostrożności antyseptycznych [ropnia też nie mieliśmy ani razu].

Po wprowadzeniu do żołądka, zawsze za pomocą zgłębnika, średnich dawek, około 0,04—0,05 NaFl na kilogram wagi psa, otrzymywano ślinienie, wymioty, niepokój, drżenie z następującym okresem przygnębienia; w ciągu 2—3 godzin zwierzę przechodziło do siebie. Dawki około 0,09—0,1 na kilogram wagi okazywały się zabójczymi. Główne objawy były również ze strony przewodu pokarmowego: ślinienie, wymioty, biegunka z silnem parciem i ze krwią. Oddech i tętno zrazu przyspieszone, stopniowo zwolniały, a pod koniec były przerywane. Ze sfery nerwowej, oprócz drżenia całego ciała i niekiedy silniejszych drgań, uderzało silne przygnębienie zwierzęcia. Prawie wszystkie psy przyjmowały charakterystyczną pozę: siedząc na tylnych łapach, opierały się łbem o podłogę i tak pozostawały bez ruchu. Odruchy w wysokim stopniu przytłumione. Pod koniec, po upływie 1—1½ godziny, u niektórych dawało się zauważyć porażenie kończyn tylnych. Śmierć następowała przy objawach wyczerpania. Badanie zwłok, bardzo szybko tężejących, wykazywało znaczne zmiany w odźwiernikowej części żołądka, w kiszkach cienkich: silne przekrwienie i wybroczyny krwawe. W *ileum* i *coecum* zmian nie było, albo nieznaczne, a znowu w kiszce prostej przekrwienie, wybroczyny krwawe, śluz ze krwią. Ze strony innych narządów uderzało, że serce było w silnym skurczu, niekiedy zdarzały się wybroczyny w mięśniu lewej komórki [u psów kuraryzowanych tego nie było].

Przy wstrzykiwaniu do żył zjawiska były zupełnie podobne.

Badania z kimografijonem nie wykazują bezpośredniego wpływu NaFl na serce, prowadzą się zresztą w dalszym ciągu, podobnie jak i ściślejsze badania wpływu na układ nerwowy.

III. LIMFOTOKI PODSKÓRNE.

(*Lymphorrhagiae subcutaneae*).

Skreślił

Jakób Neufeld,

Lekarz szpitali górniczych Gr. Kramsty i Hrabiego Renarda w Sosnowcu.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 11].

I znowu zwracam uwagę, że chełbotanie na znacznych przestrzeniach wyżej opisanych skonstatowałem zaraz pierwszego dnia po przybyciu chorego. W wielu miejscach widzimy drobne zdrapania naskórka, a na lewym boku zdrapanie półtora cala długie.

Gdy chory leży na jednym boku, cały płyn przelewa się widocznie na tę stronę. Gdy chory stoi, cały płyn opuszcza się pod pośladki i ku kroczu. W okolicy lędźwiowej czujemy wtedy przy obmacywaniu, że skóra przylega bezpośrednio do powięzi powierzchownych. Dosyć jednak przyłożyć obie ręce na pośladki i lekko przycisnąć, ażebyśmy widzieli, jak się płyn ku górze podnosi. Gdy chory leży na brzuchu, można, uciskając rękoma jeden pośladek, przesuwać cały płyn po nad kością krzyżową na drugą stronę, pod drugi pośladek. Chełbotanie na całej przestrzeni lędźwi i pośladków jest widoczne przy najmniejszym poruszaniu się chorego. Dosyć jest dmuchnąć, ażeby skóra zadrgała falisto. Przy uderzeniu palcem w jeden punkt, widzimy na skórze tworzące się faliste kręgi, podobne do tych, jakie sprawiają kamienie, rzucane na wodę.

I znowu znajdujemy i w tym przypadku bardzo nieznaczne bóle, ciepłota 37,5° C., tętno 96.

Strzykawkę PRAVAZ'a wyciągnięty płyn jest koloru jasno-różowego, półprzezroczysty. Pod drobnowiczem widzimy przeważającą znacznie ilość białych krążków krwi nad czerwonymi.

11 Czerwca ogólny stan zupełnie pożądaný, ciepłota 37,5° C., tętno 90. Na prawym pośladku skóra nieznacznie zabarwiona żółto.

15 Czerwca. Zabarwienie żółte skóry znikło. Bolesności żadnej. Chory leży na grzbiecie i pośladkach bez bólu. Chełbotanie jak było tak i jest dalej wyraźne. Na prawym boku wymacać można wał grubości cala, ciągnący się od góry ku dołowi.

18. VI. Chory przechadza się po szpitalu, a leży na pośladkach bez bólu. Ogólny stan tak zadawalający, że istnienie w dalszym ciągu płynu w nieco zmniejszonej ilości tak mało choremu zawadza, iż koniecznie się chce wypisać ze szpitala. W górnej części okolicy lędźwiowej skóra już prawie przylega do powięzi.

22. VI. Chory opuszcza na usilne żądanie szpital. Nad kością krzyżową, nad pośladkami, nad kością ogonową chełbotanie wyraźne.

Wezwałem go z kopalni dla oględzin dnia 16 Lipca, czyli 41 dni po wypadku. Pracuje już w kopalni od 1 Lipca. Na kości krzyżowej wyraźne chełbo-

tanie. Skóra odstaje na $\frac{1}{2}$ cala od kości ogonowej. Szpryczką PRAVAZ'a wyciągnięty płyn był jasno-przezroczysty, galaretowaty, ciągnący się. Pod drobnowidzem żadnych ukształtowanych części nie ma, od tego czasu więcej chorego nie widziałem.

Jak widać z pracy GUSSENBAUER'a, MOREL-LAVALLÉE zebrał razem 12 przypadków limfo-wynaczynień. Do nich przybywa jeden przypadek GUSSENBAUER'a. Wobec tak małej ilości opisanych dotąd przypadków, nic dziwnego, że trzy przypadki przezemnie obserwowane muszą wpływać na opis omawianej choroby.

I. P r z y c z y n y.

Słusznie twierdzi GUSSENBAUER, że siła zewnętrzna działa na skórę w kierunku stycznym. W moich trzech przypadkach kierunek ten styczny jest bardzo widoczny. Stłuczenie styczne może w dwojaki sposób nastąpić:

a) albo ciało ludzkie jest w spoczynku, a ciało uderzające przesuwają się po nim.

b) albo ciało ludzkie zsuwa się po twardym gruncie.

W przypadkach moich mamy przyczyny pierwszego rodzaju. Pierwsi dwaj chorzy mocno stali na nogach, a wielki ciężar węglowy zsuwał się po nich, jednemu po udzie, drugiemu po grzbiecie. Gdyby ten wielki kawał węgla ostrym kantem uderzył w nogę lub grzbiet, byłby obu kości pogruchotał. Lecz węgiel w tych przypadkach spadł na nich płaską swą powierzchnią i w jednej chwili całą swą powierzchnią uderzył o takąż samą powierzchnię skóry, leżącą na twardej podstawie nieruchomego szkieletu, starał się, jeżeli można tak powiedzieć, porwać ją ze sobą, lecz zdążył tylko, skutkiem krótkotrwałości działania, przesunąć z miejsca.

W trzecim przypadku moim rolę węgla odegrał wózek, spuszczaający się z szybkością pary.

W przypadkach, w których ciało ludzkie zsuwać się będzie po twardym gruncie, którego staraniem jest zatrzymać się w biegu, skrupi się czasem na skórze, której przyczepienie do powięzi powierzchownych może być rozerwane.

Przypadki drugi i trzeci z siedliskiem płynu na grzbiecie, lędźwiach i krzyżu równomiernie po obu stronach kręgosłupa i ponad nim, potwierdzają widocznie, że siedlisko płynu jest pomiędzy skórą, a powięziami powierzchownymi. Głębsze powięzie zanadto mocno przytwierdzone są do linii wyrostków kręgowych, ażeby mogły *en masse* być oderwane bez głębszych uszkodzeń samego kręgosłupa.

2. O b j a w y.

MOREL-LAVALLÉE i GUSSENBAUER twierdzą, że limfo-wynaczynienia z początku są na małej przestrzeni i że stopniowo w przeciągu dnia nawet tygodni przybierają w rozmiarze. W moich przypadkach we wszystkich trzech, pierwszego zaraz dnia znalazłem chełbotanie na takiej prze-

strzeni, na jakiej było później. W trzecim przypadku zauważyłem, że podczas gdy pierwszego dnia skóra jakby latała, trzęsła się po nad zebrany płyn przy poruszeniach chorego, w kilka dni później swoboda jej była nieco ograniczoną. Cała przestrzeń, na której znajdował się płyn, nieco się zaokrągliła, zapewne od tego, że płynu nieco przybyło. W miarę zmniejszania się ilości płynu, właściwe kształty ciała przybierały swe naturalne kontury.

GUSSENBAUER twierdzi, że powiększanie się ilości płynu połączone jest z mocnym bólem i stanem gorączkowym. W przypadkach MOREL-LAVALLÉE chorzy też gorączkowali. Nadto według GUSSENBAUER'a dotknięcie palcem miało być bardzo bolesne.

W moich przypadkach chorzy się wcale na bóle nie skarżyli od początku do końca choroby. Dotknięcie w pierwszym dniu było nieco bolesne, a w kilka dni można było dłonią przesuwac płyn na wszystkie strony, nie sprawiając najmniejszego bólu; chorzy wszak w drugim i trzecim przypadku leżeli i spali na guzowatościach swoich.

W żadnym z moich przypadków nie było ani razu stanu gorączkowego.

Z objawów, zebranych przez GUSSENBAUER'a, punkt drugi orzeka, że płyn omawiany nie krzepnie pod skórą, nawet w razie, jeżeli się doń przymiesza pewna ilość krwi. Jest to zgodne zupełnie z mojami przypadkami. W pierwszych dwu przypadkach płyny były czyste, przezroczysto-żółte. W trzecim jednak przypadku płyn był mocno różowy i drobnowidz wykazał mnóstwo zarówno białych jak czerwonych krążków krwi. A jednak w 41 dni po przypadku zawartość guzowatości była dalej płynną. Co więcej krążki krwi uległy rozkładowi i zostały wessane, a płyn znowu był prawie przezroczysto-żółtawy.

Jeżeli GUSSENBAUER mówi, że nie ma przy limfo-wynaczynieniach objawów zapalnych innych prócz bólu, obrzmienia i stanu gorączkowego, to w moich przypadkach i te objawy odpadają. Ani bólu, ani gorączki nie było ani razu. Obrzmienie zależne jest od ilości płynu, lecz tkanki sąsiednie nie są obrzmiałe. Tworzy się wprawdzie z czasem ów wał na granicy guzowatości płynnej, lecz nie jest on natury zapalnej, lecz tylko nacieczeniem sąsiednich tkanek.

GUSSENBAUER twierdzi, że wobec tego, że płyn nie krzepnie, otworki rozerwanych naczyń limfatycznych nie zatykają się. Dla tego to limfa z naczyń limfatycznych póry wycieka, póki ciśnienie w nowo-powstałej jamie nie wyrówna ciśnieniu wewnątrz-naczyniowemu naczyń limfatycznych. W żadnym z moich przypadków płyn nie nagromadzał się do tego stopnia, ażeby skóra była naprężoną. Zawsze płynu było tyle tylko, że skóra się po nad nim swobodnie trzęsła. Jakież tam w tej jamie mogło być ciśnienie, kiedy płyn tak swobodnie się przelewa. W tych przypadkach jama powstała jest większa daleko, aniżeli ilość płynu, w niej się znajdująca. Dla tego to gdy chory się przewraca, przypuścmy na stronę prawą, płyn cały przenosi się na prawą, a po lewej jama chwilowo znika, gdyż skóra przylega do powięzi powierzchownych. Ciśnienie więc w jamach limfatycznych jest bardzo słabe, lecz i w naczyniach limfatycznych ciśnienia nie ma, owszem musi ono być ujemne, skoro z obwodu ma limfa przyływać do przewodu piersiowego.

Dla tego to na powyższe tłumaczenia GUSSENBAUER'a zgodzić się nie mogę, tembardziej, że w moich przypadkach owego powolnego wzrastania ilości płynu nie zauważyłem. Raczej byłbym zdania, że właśnie słabsze ciśnienie w naczyniach limfatycznych, niż w sztucznym zlewniku limfy, który w dwóch przypadkach moich przez leżenie na nich chorych był mocno uciśniony, powoduje powolne stopniowe wtłaczanie przez otwarte otworki naczyń limfatycznych płynu do limfobiegu.

3. R o z p o z n a n i e.

Z dwóch objawów głównych, podanych przez GUSSENBAUER'a jako rozpoznawcze: chełbotania i stopniowego wzrostu guzowatości, drugi według nas okazuje się niestałym, niekoniecznym. Lecz sądzę, że to wcale charakterystyczne chełbotanie, przezroczystość płynu wypuszczonego szprycą PRAVAZ'a, niekrzepnięcie płynu po tygodniach i miesiącach, brak objawów zapalnych tak ogólnych jak miejscowych, brak charakterystycznego chrzęstu skrzepniętej krwi, dostatecznymi są danymi do rozpoznania limfotoków podskórnych.

4. R o k o w a n i e.

Rokowanie *quo ad vitam* stanowczo dobre, o ile przez otwieranie zbiornika limfy nie spowodujemy warunkowego niebezpieczeństwa życia. GUSSENBAUER mówi, że przypadek przez niego obserwowany jest jedynym, który został wyleczony bez cięcia. Z naszych przypadków dwa drugie wyleczone zostały także bez cięcia, a właściwie bez wszelkiej interwencji lekarskiej. Wobec tego rokowanie *quo ad valetudinem* także jest dobre. Prawda, że trzeba pewnego czasu na to, lecz znowu niezbyt długiego, skoro Balicz przy tak obszernych wynacznieniach w niespełna 4 tygodnie mógł pójść do zwykłej pracy w kopalni. Nie był wprawdzie jeszcze wyleczony zupełnie, jednakże coś znaczy dolegliwość, która nie jest przeszkodą do ciężkiej pracy kopalnianej.

5. L e c z e n i e.

GUSSENBAUER dochodzi do przekonania, że najlepiej jest całe zbiorowisko limfy szerokiem cięciem roztworzyć. Ma się rozumieć, że trzeba zachować wszelkie ostrożności przeciwnilne. Ciekaw jestem, po co przystępować do operacji, skoro, jak moje dwa drugie przypadki pokazują, wyzdrowienie po niedługim czasie przychodzi do skutku bez interwencji lekarskiej. W przypadkach MOREL-LAVALLÉE'a widzieliśmy nawet znaczny procent śmiertelności, jako następstwo przecięcia. Prawda, że antyseptyka jeszcze nie była wówczas w zastosowaniu. Lecz w każdym razie wskazanie do cięcia natychmiast po stłuczeniu uważałbym za niewłaściwe.

Jeżeli zwrócimy uwagę naszą na to, że przy każdym ciężkiem stłuczeniu pewna ilość pierwiastków morfologicznych tkanek zostaje zmiażdżoną, że te

pierwiastki morfologiczne zmiażdżone mają wielką skłonność do rozpadu, to zrozumiemy, dla czego jestem przeciw otwieraniu zbiorników limfy za świeża. Przypomnijmy sobie niebezpieczeństwo zakażenia po porodzie, gdzie, jak wiadomo, główną przyczyną niebezpieczeństwa jest to, że zarazek dostaje się na grunt bardzo żyzny. Podczas aktu porodu pochwa i otaczające ją tkanki i części płciowe zewnętrzne, zostają mocno uciskane przez płód, który się przez nie przedostaje. Znaczna zatem ilość pierwiastków morfologicznych ugniecionych skłonna jest do rozpadu. Tutaj jeszcze przybywa cała sprawa wsteczna, jakiej ulega zwiększona macica, mająca za zadanie wrócić do normy. Jeżeli na taki grunt upada zarazek, bujanie jego przybiera olbrzymie rozmiary.

Tak samo się może stać z zarazkiem, jeżeli dostanie się do jamy limfatycznej, opróżnionej cięciem. Oprócz zmiażdżonych świeżo morfologicznych pierwiastków, przybywa tu jeszcze okoliczność, że naczynia limfatyczne są otwarte, a zatem chciwie wsiąkać są gotowe zarażone produkta rozkładu.

Dla tego to powtarzam, jestem, pomimo ważności zapobieżenia zarażeniu ostrożnościami przeciwnilnemi, przeciw otwieraniu zbiornika limfy w pierwszych dniach po stłuczeniu. Skoro choroba sama nie jest uciążliwą, nie wycieńcza chorego, skoro na zwłóce w operowaniu nic nie tracimy, czego się narażać. Nie mamy jeszcze wcale przypadków pomyślnie wyleczonych natychmiastowem cięciem, przy zachowaniu nawet ostrożności przeciwnilnych. Kto wie, czy się nie można sparzyć, a sparzenie się może kosztować życie, życie, które było zapewnione bez cięcia.

W pierwszym z naszych przypadków cięcie, zrobione po dwóch blisko miesiącach, nie spowodowało wcale podniesienia ciepłoty. Jeżeli więc już koniecznie chcemy pozbyć się zbiornika limfy, to otwierajmy go w późniejszym okresie, gdy widzimy, że nie ma najmniejszej skłonności do wessania się.

Ilość opisywanych przypadków limfotoków jest tak jeszcze nieznaczną, że się jeszcze w przyszłości wiele spodziewać można opisów, rozjaśniających niektóre kwestyje wątpliwe, szczególnie w przypadkach mieszanych, t. j. połączonych z wylewem krwi. Zresztą mogą być także rzeczywiste krwotoki podskórne, przy których i pewna ilość naczyń limfatycznych rozerwanych, dostarcza domieszki limfy. Prawdopodobnie, że przy każdym krwotoku podskórnym ma miejsce rozerwanie równoczesne i pewnej ilości naczyń limfatycznych. Dla tego to może i mamy przeciwwskazanie do otwierania jam podskórnych napełnionych krwią, jakkolwiek samowolne rozejście się takowych nieraz dłuższego czasu wymaga od rozejścia się limfotoków i jakkolwiek czynność danego organizmu na dłuższy znacznie czas i w znacznym stopniu upośledzoną zostaje.

UWAGI NAD USTAWĄ SZPITALNĄ dla Królestwa Polskiego 1842 roku

PRZEZ

Józefa Tchórznińskiego,

Lekarza Szpitala w Sterdyni 1889 r.

Departament Medyczny Ministerjum Spraw Wewnętrznych, w celu wysłuchania zdań lekarzy w kwestyi: „na ile ustawa dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem z 1842-go r. odpowiada obecnym warunkom i wyganiom nauki“, rozesłał odpowiednio zapytania w tym względzie do p.p. gubernatorów, inspektorów lekarskich i lekarzy szpitalnych. Ponieważ opracowanie zmian w ustawie tej, mającej stanowić nowe prawo, może wywrzeć stanowczy wpływ na bieg spraw szpitalnych i zdrowotności, sędzę, że obowiązkiem jest każdego z lekarzy ujawnić poglądy swe na wiele kwestyj czysto szpitalnych, lub związek z leczeniem w szpitalu mających. Poglądy ułatwić mogą p.p. ministrowi i dyrektorowi departamentu medycznego rozpatrzenie tej kwestyi. Z drugiej strony obowiązkiem lekarzy jest objaśnić ogół w tym względzie i wykazać, jaka przestrzeń dzieli wyniki nauki od praw obecnie obowiązujących. Z tych więc powodów podjęliśmy pracę w nadziei, że myśli tu wyrażone podzielą koledzy nasi, jako mający najbliższą styczność ze sprawą zdrowia ludu....

Zastrzegam, że praca systematyczna nad całością ustawy z krytyką szczegółów i opracowaniem wzorów, instrukcyj, dodatków, komentarzy i t. d. nie może być pracą pojedynczej jednostki. Jest to praca zbiorowa, — którą na czasie podjęto w komisjach specjalnych. Oczekując więc rezultatów takowej — mamy tylko zamiar przyłożyć małą cegiełkę do całkowitego gmachu i zwrócić uwagę na najważniejsze kwestyje, które dziś stanowią bolące miejsca w rzędzie urzędów szpitalnych.

„Mens sana in corpore sano“.

Wychodząc z zasady, że zdrowie jest głównym skarbem żywego organizmu, że od niego zależy: siła narodu, siła armii, umysłowy rozwój społeczeństwa, postęp i szczęście państwa, zgodzić się z tem winniśmy, że w celu wytworzenia jaknajwiększej liczby zdrowych i silnych indywiduów, państwo powinno zrobić wszystko, co od niego zależy.

Tymczasem do chwil ostatnich higijena i medycyna nie zajmują w życiu państwem tego zasadniczego i pierwszorzędnego miejsca, jakie im się słusznie należy. Higijena i medycyna, to nauki specjalne, zdobycie wszystkich tajemnic z ich dziedziny nie jest rzeczą łatwą: potrzeba na to czasu, pracy, doświadczenia, siły, wytrwałości, aby wszystkie kwestyje zdrowia i choroby były dla nas jasne.

Nauka ostatecznie zdecydowała wiele kwestyi spornych, wyjaśniła inne, które w praktyce dotąd nie są zastosowane i w chronicznym bezwładzie napróżno czekają swej kolei. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest ta okoliczność, że 40 lat temu medycyna była stosunkowo na znacznie niższym stopniu rozwoju naukowego i doskonałości; dla tego też w życiu państwowem wskazano jej stanowisko drugorzędne. W obecnej zaś chwili bystry postęp, praca tysięcy uczonych, wydoskonalone metody badań w laboratoryjum chemicznem, w klinice i pod mikroskopem, postawiły naukę na tym stopniu doskonałości, na którym ona jest w stanie odpowiedzieć śmiało na wiele pytań dotąd spornych. Postępy chirurgii, akuszerji, bakteryjologii, przedewszystkiem zaś

rezultaty antyseptyki, doprowadziły możność wyzdrowienia do *maximum* i zmniejszyły znacznie śmiertelność.

Społeczeństwo żywo interesuje się rozwojem medycyny, lecz wcale obzajmionem nie jest z temi przeszkodami, z jakimi nauka boryka się i walczy, wprowadzając w życie wyniki swej pracy i doświadczenia. Wobec takiego stanu jest rzeczą nieodzowną, aby dział wiedzy, złożony z tylu specjalności odrębnych, dział tak ważny w życiu państwowem, mógł mieć z jednej strony godnego przed obliczem rządu przedstawiciela, z drugiej zaś powinna istnieć oddzielna medyczna organizacja, która, będąc urządzona prawidłowo, koncentrowałaby w sobie wszystko to, co do zdrowia mieszkańców państwa i organizacji pomocy lekarskiej odnosić się może. Słowem: potrzeba, aby na miejsce obecnie funkcjonującego departamentu medycznego, jako oddziału ministerium spraw wewnętrznych, zatwierdzonym było—*ministerjum zdrowia*, na czele którego postawionym byłby specjalista medyk, zasłużony profesor, uczony i doświadczony organizator. On jeden mógłby być rzeczywistym przedstawicielem nauki przed władzą najwyższą. On to mógłby dobrze pojmować i oceniać nie tylko potrzeby, ale i dążenia chwili—a także starać się o wprowadzenie w życie potrzeb ministerjum, powierzonego swej pieczy i podwładnych mu instytucji. Nader pożądanem jest, aby cała medycyna państwowa skoncentrowana była w jednym zarządzie: ministerjum zdrowia byłoby tym łącznikiem wszystkich sił medycznych państwa. Gdyby to z innych względów możebnem było, zarządy medyczno-wojenne i floty stanowić powinny oddzielne departamenty, będące pod główną dyрекcją ministerjum zdrowia. Na czele zaś takowych postawieni być mają dyrektorowie departamentu. Ministerjum zdrowia zawierałoby więc w sobie trzy departamenty: medycyny cywilnej, wojskowej i marynarki.

Z tych więc względów na czele lekarskich sanitarnych i szpitalnych instytucji w Królestwie Polskiem powinien być postawionym przedstawiciel ministerjum zdrowia, który otrzymał wyższe wykształcenie lekarskie. Winien być utworzony osobny zarząd spraw zdrowia, który koncentrowałby w sobie wszystkie kwestyje, mające bezpośrednią styczność z higieną i medycyną w 10 gubernijach Królestwa, w każdej zaś gubernii powinien być osobny oddział ministerjum zdrowia. Jeżeli kwestycja tak postawiona będzie, wtedy tylko oczekiwać można prawidłowego biegu i rozwoju spraw medycyny, oraz wprowadzenie w życie nowszych wynalazków i zdobyczy nauki, których zastosowanie w praktyce dotąd stanowi „*pia desideria*“.

Lecz ponieważ wszelkie pozytywne innowacje i zastosowania w praktyce sztuki medycyny niemożliwymi są bez użycia odpowiednich środków materyjalnych, przeto społeczeństwu i osobom wysoko położonym w hierarchii przedstawia się szerokie pole do filantropii.

Utworzenie towarzystw dobroczynności w każdym powiecie i gubernii, jako instytucji stałych obowiązkowo egzystujących, mogłoby stanowczo przynieść ulgę państwu w trudnej roli dostarczenia środków materyjalnych na utrzymanie szpitali i ulepszeń sanitarnych.

Napozór zdawałoby się mogło, że proponowana organizacja pociągnąć by mogła za sobą kosztą, przewyższającą możność państwa, tak jednak nie jest, albowiem i dziś na cele dobroczynności publicznej, szpitale i zarządy lekarskie, państwo wydaje znaczne sumy; że jednak organizacji jednolitej nie ma, wydatkują więc: gminy, powiaty, gubernije, magistraty, ziemstwa, towarzystwa dobroczynności, rząd i t. d.. Nadto egzystują osobne zapisy filantropijne, a z tego wszystkiego wypada, że jedne szpitale mają zawiele, inne zamało. Rozstrzelona działalność bez celu i koncentracji jest powodem anomalii i zależności instytucji od ludzi niemających pojęcia o jej dążeniach, potrzebach i celach. Gdyby fundusze te skoncentrowanemi były w jednym punkcie, rozdział takowych byłby racjonalny i odpowiadający wymaganiom nauki i rzeczywistej potrzeby.

W tych szczęśliwych gubernijach, gdzie ziemstwa rozwinęły swą dobroczynną działalność, zadanie to o wiele jest łatwiejszem, a rezultaty ziemskiej pomocy chorym i sanitarnych ulepszeń tak są widoczne, że dowodów nie potrzebują.

Lecz co począć w gubernijach, w których ziemstw nie ma i w okręgach na krańcach państwa położonych, które pod względem zdrowia publicznego stoją niżej wszelkiej krytyki?

Niemoc zupełna w razie choroby, felczerizm, grube znachorstwo, brak szpitali i przedwczesna śmierć: oto są zwykle objawy.

W miejscowościach tych cała organizacja lekarska leży w ręku władzy gubernijalnej i powiatowej, przy udziale p.p. inspektorów lekarskich i lekarzy powiatów, t. j. wyższej i niższej władzy administracyjnej i lekarsko-policyjnej. Wogóle włożoną jest na osoby, żywiące najlepsze dążenia i chęci, lecz z jednej strony pozbawione środków materyjalnych, z drugiej zaś strony obarczone całą masą spraw, dotyczących się administracji, policyi, duchowieństwa, ubezpieczeń, komunikacji, szkół i t. p. Wśród takiej masy zajęć opieka nad medycyną i higieną obciąża normalną administracyjną maszynę całym ciężarem. Uznając swą niemoc i położenie bez wyjścia, rady szczegółowe gubernijalne i powiatowe starają się o wynalezienie środków materyjalnych, dobrowolnych ofiar i t. p.. Wchodząc w tym razie w zakres działań towarzystw dobroczynności, czynią nadaną im przez prawo kontrolę i wydają rozporządzenia, w sprawach medycyny i higieny. Lecz niezależnie od najpiękniejszych dążeń, źródeł dla uzyskania środków materyjalnych nie ma, a kontrola i szczegółowe zajęcie się sprawami instytucji wymaga dużo swobodnego czasu, którego również nie ma.

Oprócz tego członkowie rad szczegółowych, nominowani, lecz wcale nieza-interesowani w sprawach tego rodzaju, widząc całą niemoc instytucji, zwykle bardzo rzadko odwiedzają posiedzenia — działa więc tylko prezes, jego pomocnik i lekarz, lecz rezultaty tej działalności są niesłychanie małe.

Rozpatrując ustawę dla szpitali, Najwyżej zatwierdzoną dnia 18 Lutego 2 Marca 1842 roku, przyznać należy, że takowa wypracowaną jest zasadniczo i jakkolwiek wiele kwestyj uległo przedawnieniu i poglądy zmieniły się, to jednak główne punkta, zawarte w takowej, zadawałniamą kardynalne potrzeby. Lecz postęp nauk i życie stworzyły zasady i pojęcia, które nakazują zmienić niektóre paragrafy w sensie bardziej odpowiednim do potrzeb czasu.

Nie wątpię, że wiele ulepszeń tu proponowanych już dziś wprowadzono w życie, jednak większość szpitali jest w opłakanem stanie i kardynalne potrzeby takowych wymagają natychmiastowej reformy.

Chcąc praktycznie rzecz całą wyjaśnić, spróbujemy przedstawić swe uwagi i wnioski po kolei podług paragrafów, notując, jakim zmianom niektóre paragrafy uległy winny i wskazując w miarę potrzeby motywy.

I.

Organizacja rad opiekuńczych, głównych i szczegółowych, zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskiem.

Wszystkie szpitale cywilne w Królestwie Polskiem, podług ustawy z roku 1842, podlegać miały radzie głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych. Ukazem zaś najwyższym z d. 19 Czerwca 1870 r., rada główna opiekuńcza, jako też rady powiatowe i prywatne zwinięte zostały (punkt 4 ukazu) i zastąpione przez rady dobroczynności publicznej: gubernijalne i powiatowe, a w Warszawie miejską, pod których władzą obecnie pozostają szpitale i przytulki dla starców i kalek.

Ponieważ zaś proponowaną jest organizacja, mająca swą podstawę w ministerjum zdrowia, specjalnie więc dla Królestwa Polskiego powinien być mianowanym przedstawiciel ministerjum zdrowia. Dalej za zasadę wziąć po-

winniśmy, aby administracja wyższa i niższa, t. j. p. jenerał-gubernator, p.p. gubernatorzy i naczelnicy powiatów oswobodzeni byli od zarządu szpitalami i od zajęć związanych z tym przedmiotem, zajęć, dla których osoby te mogą poświęcać zaledwie okrucy czasu, pozostałego od zwykłych wielce skomplikowanych czynności. Zarząd więc szpitali pozostawionym być winien osobom specjalnie sprawie oddanym. Z drugiej zaś strony udział administracji o tyle jest pożądanym, o ile zachodzi tego potrzeba, wynikająca z charakteru szpitala, jako instytucji państwowej.

Organizacja, o której mowa, przedstawiaćby się powinna w następujący sposób:

W mieście Warszawie rada główna zdrowia, prezesem przedstawiciel ministerjum zdrowia, towarzyszami jego, prezes towarzystwa dobroczynności oraz przedstawiciel wyższej administracji,znaczony przez p. jenerał-gubernatora, członkami osoby z wyższej hierarchii społecznej i naczelnicy lekarze większych szpitali. **W gubernijach:** rada gubernijalna zdrowia, prezesem gubernijalny przedstawiciel ministerjum zdrowia, towarzyszami: wice-gubernator i prezes towarzystwa dobroczynności—członkami, naczelnicy lekarz szpitala gubernijnego i członek towarzystwa dobroczynności. **W powiatach:** prezesem przedstawiciel powiatowy ministerjum zdrowia, — towarzyszami: pomocnik naczelnika powiatu i prezes towarzystwa dobroczynności — Członkami: lekarze szpitali i członek towarzystwa dobroczynności.

W ustawie zatem powiedziane być winno **w tyt. I, w art. I:** szpitale zostają pod zarządem ministerjum zdrowia i osobnego oddziału takowego dla Królestwa. **W art. 4:** zaznaczonem ma być, że w radzie głównej, na posiedzeniach ogólnych, zbieranych co trzy miesiące, zasiadać winni wszyscy przedstawiciele gubernijnalni ministerjum zdrowia. **W art 5** gdzie powiedziano jest: „prezes rady mianowany przez **Nas** będzie“ dodać wypada: z liczby profesorów uniwersytetu, doktorów medycyny i klinicystów. **W art. 8:** „przeznacza się szef kancelaryi“ koniecznem jest, aby takowy był lekarzem.

Artykuły następne stosownie zmodyfikowane być muszą.

W tyt. 2: zarząd miejscowy składać się powinien z lekarza szpitalnego, opiekuna szpitala i przedstawiciela administracji. Porządek odbywania posiedzeń przez rady jest w ustawie racjonalnie określony. Protokoły posiedzeń odnośnych rad winny być przedstawione p. jenerał-gubernatorowi, p.p. gubernatorom i naczelnikom powiatu.

Domy schronienia parafjalne dla starców i kalek, o których jest mowa **w tyt. 3,** powinny być oddane pod zarząd towarzystw dobroczynności.

Tyt. 4: towarzystwa dobroczynności, zostające pod zarządem ministerjum spraw wewnętrznych, powinny być urządzone w każdym powiecie i koncentrować w sobie wszystko to, co się odnosi do dostarczania materyjalnych środków dla szpitali, oraz zajmować się urządzeniem i utrzymaniem instytucji, przeznaczonych dla biednych, które podlegać winny opiece sanitarnej ze strony ministerjum zdrowia.

II.

Ustawa dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem.

DZIAŁ II.

O miejscowym zarządzie szpitali.

W dziale tym przedewszystkiem zwraca uwagę § 4, w którym powiedziano: „*W szpitalach, w których znajdują się bracia i siostry miłosierdzia, przeznaczenie*

ich, tranzlokowanie do innych szpitali i uwolnienie zależy od władzy duchownej. Rady szczegółowe mogą tylko czynić swoje w tym względzie przedstawienie radzie głównej.“ W tym miejscu zaznaczyć wypada, że: bracia i siostry miłosierdzia do jakichkolwiek stowarzyszeń należały, powinny podlegać zwierzchności szpitalnej i odpowiednio stowarzyszenia nie powinny wprowadzać swoich ustaw do szpitali. Braci i sióstr miłosierdzia powinno się przeznaczać dostateczną ilość i jakkolwiek przeznaczenie i tranzlokata takowych do innych szpitali oraz zwolnienie może zależć od władzy duchownej lub od władzy stowarzyszenia, to jednak tranzlokaty te powinny mieć miejsce jak najrzadziej i sprawy tego rodzaju załatwianemi być mogą wprost na zasadzie porozumienia się rady szpitalnej z zarządem stowarzyszenia bez uciekania się do rady głównej.

W celu należytego starania około chorych potrzeba, aby w tym względzie nie było żadnych nieporozumień i aby stowarzyszenia sióstr i braci nie wytwarzały w szpitalu państwa w państwie.

§ § 8—14 ustanawiają stosunek rady szczegółowej do szpitali; w tym względzie zaznaczyć wypada, że kontrola szpitali należyć winna wyłącznie do ministerjum zdrowia, kontrola zaś funduszów do towarzystw dobroczynności. Przyczem jakkolwiek szpital powinien być tak prowadzony, aby gotów był w każdej chwili stanąć do rewizji kompletnej, to jednak rewizyje te, jako naruszające spokój chorych, powinny być zarządzane tylko w razie koniecznej potrzeby i odbywane być mają przez osoby, dokładnie obznajmiane ze sprawami szpitalnemi.

Żądanie wyrażone w § 10, aby rady odbywały swe posiedzenia co miesiąc jest wygórowaniem, dostatecznem jest co 3 miesiące.

§ 12 określa komplet zwyczajnego posiedzenia rady i przyjmuje liczbę trzech członków jako wystarczającą, nie robiąc nawet wzmianki, że jeden z nich powinien być lekarzem szpitala; otóż tedy koniecznem jest, aby na każdym posiedzeniu rady znajdował się lekarz szpitala, którego sprawy rada rozpatrywać zamierza, a to dla pożytku sprawy samej.

§ 24 decyduje aby: „w szpitalach, w których gospodarstwo wewnętrzne poruczone będzie braciom lub siostrom miłosierdzia, w razie niemożności wykonania poleceń lekarza, przełożeni tych zgromadzeń mają przedstawiać radzie i opiekunowi“. W tym względzie powinno być przyjęte za zasadę, że bracia i siostry miłosierdzia powinny niezwłocznie wypełniać żądanie lekarza i jeżeli spotykają trudności w wykonaniu, motywy przedstawić lekarzowi, gdy zaś takowe uznaniami nie będą, wtedy rozporządzenie wykonać, a racyje swe przedstawić opiekunowi szpitala, uwalniając się w ten sposób od odpowiedzialności za skutki. Koniecznem to jest dlatego: aby uniknąć szkody, jaka zająć może dla chorego, z powodu niewypełnienia rozporządzenia, które powinno być wykonane natychmiast. W czasie choroby są chwile, w których, jeżeli nie udzielić odpowiedniej pomocy, chory umiera. Chwil tych stawić nie można w zależności od osób niekompetentnych.

DZIAŁ II.

Urządzenie i policyja lekarska szpitali.

Rozdział I. Podział szpitali. W ustawie powiedzianem jest: „Szpitale otrzymują nazwę między innemi: dla chorych cierpiących na raka. Szpitale dla rakowatych“. Podług dzisiejszych pojęć, sądzę, że racjonalniejszy byłby podział na szpitale ogólne powszechne, chirurgiczne, skórne, weneryczne, dla gorączkowych, dla tyfusowych chorych, dla piersiowych, ocznych, nerwowych, dla kobiet rodzących, dla ginekologicznych chorych, dla ospowych, cholerycznych, pokasanych przez zwierzęta wściekle i dla umysłowo cierpiących. Szpitale powszechne mogą łączyć w sobie po kilka odpowiednich oddziałów. Nazwa szpitali dla rakowatych

jest niemożliwą. Kwalifikowanie chorego do takiego szpitala równa się wyrokowi śmierci.

Rozdział II. O urządzeniu szpitali. § 42 mówi o budowie szpitali. Otóż tedy rekomendowanymi być mogą tylko szpitale zbudowane według systemu pawilonowego lub oddzielnych domków [system amerykański]; dla chorych zaraźliwych, powinny być zupełnie osobne izolowane oddziały z osobnym ogrodem, mające zupełnie oddzielne akcesoryja, odzież i bieliznę. Przy każdym szpitalu powinny być wanny, łaźnia, tusze i kamera dezynfekcyjna, patrz „Przegląd lekarski 1888 Nr. 3. Wanny dla zaraźliwych oddzielne.

§ 47 mówi: o wielkości sal i ilości powietrza, ustawa podaje normę 2 sążnie ☐ na jednego chorego.

Otóż tedy w szpitalach większych sale mogą pomieszczać od 12 do 24 chorych, w szpitalach zaś mniejszych sale powinny pomieszczać nie więcej nad 6-10 chorych i powinno być kilka pokoiów dla jednego lub dwóch chorych, a to dlatego, że w szpitalach mniejszych, gdzie nie ma oddziałów specjalnych, potrzeba izolacji jest o wiele wyraźniejszą i przypadki tego rodzaju są nader częste. Kąty sal powinny być nieostre lecz owalne w celu lepszego oczyszczenia, na jednego chorego przypadać ma 3 sążnie ☐ powietrza.

W tym względzie posiadamy bardzo gruntowne opracowania D-ra T. DUNINA [patrz Gazeta Lekarska z r. 1887 Nr. 37, 38, 39, z powodu budowy szpitala żydowskiego, oraz artykuł D-ra Z. KRAMSZYKA [patrz Gaz. Lek. z r. 1888 r. Nr. 28].

§ 50 rekomenduje wentylatory, jest to już kwestyja specjalnie budownictwa szpitalnego, to jednak pewna, że najlepiej działają wentylatory wstawione w rury od pieców.

§ 52 rekomenduje ogrzewanie sal kaloryferami. Ogrzewanie to jednak jakkolwiek daje dużo ciepła, to jednak niedostatecznie oczyszcza powietrze sal i dlatego daleko praktyczniuszem jest urządzenie pieców z ogniskiem od wnętrza sal i rozpowszechnienie kominków.

§ 53 dozwala użycia spluwaczek, prawdopodobnie napełnionych piaskiem. Że spluwaczki winny być wycofane z użycia i zastąpione naczyniami szklanymi do zbierania płwociny, napełnianymi płynami dezynfekcyjnymi, to zdaje się wobec dzisiejszych pojęć nie ulega dyskusji.

§ 57 określa kolor tabliczek nad łózkami i sposób numeracyi takowych. Otóż tedy czarny kolor, jako wprowadzający chorych w smutny nastrój ducha, winien być zastąpiony białym z czerwonymi lub niebieskimi literami. Numera mają być ruchome na małych tabliczkach zawieszane nad łóżkiem, a to dla łatwości przenumerowania łóżek, bez poruszania takowych.

§ 58 nie dozwala użycia pierzanych, puchowych poduszek i kolorowych poszewek. Sądzę, że pierze i puch mogą być dozwolone wtedy tylko, kiedy przy szpitalu jest urządzona kamera dezynfekcyjna, kolor poszewek powinien być biały, jako też i kolor odzieży szpitalnej.

§ 73 mówi o urządzeniu ustępów. Co do tego, to wypowiadając się zasadniczo, przyznać należy, że tylko szpitale racjonalnie skanalizowane mogą mieć powietrze czyste i dają pewne gwarancyje, z tego więc względu pożądanem jest, aby każdy szpital, czy to w mieście czy na wsi, był racjonalnie skanalizowany. Kanały odprowadzą nieczystości do rozerwoarów urządzonych zdaleka od szpitala, na pola, lub do większej rzeki. Koszt, wynikający z tego powodu, sownie opłaciłby się wobec późniejszych kosztów na dezynfekcyję, a wyzdrowienia w takim szpitalu powróciłyby społeczeństwu niejedną setkę zagrożonych śmiercią członków. Że jednak za bezwzględny warunek uważać kanalizacyi nie można, z powodu jedynie tylko kosztów, starać się trzeba o oczyszczenie najracjonalniejsze, a takim bez wątpienia jest: użycie materjałów torfowych w ustępach szpitalnych [kwestyję tę w swoim czasie podałem w „Zdro-

wiu“ z r. 1888 Nr. 29]. Wszelkie inne sposoby oczyszczenia jako to: doły kloaczne, wózki, nie dają czystego powietrza. A wszystko to rekomendujemy w tym celu, aby szpital przestał być zbiornikiem i ogniskiem zarazy.

§ 76 mówi o urządzeniu pralni. Otóż tedy, zupełnie osobną powinna być pralnia dla bielizny zwykłych chorych, osobna zaś dla zaraźliwych, toż się odnosi i do składów bielizny czystej, bielizny i ubiorów, w których przybywają chorzy. Wszelkie bowiem okadzania do niczego nie prowadzą i oczyścić dobrze może tylko kamera dezynfekcyjna.

Rozdział III, § 86 określa warunki przyjmowania chorych do szpitali. Co do tego pożądanem byłoby, aby biedni leczyli się w szpitalach bezpłatnie. Gminy winny być wolne od ciężarów tego rodzaju. Materyjalne zaś środki dla leczenia biednych trzeba zebrać drogą składek ogólnych z ziemi, z zakładów przemysłowych i t. d., jak to ma miejsce w ziemstwach Rosyi. Wielu chorych umiera bez pomocy, albowiem gminy, obawiając się kosztów, nie odsyłają chorych do szpitala.

Rozdział IV, § 106 określa normę chorych szpitalnych na jednego lekarza liczbą 100. Ponieważ metody naukowego badania potrzebują czasu i dyagnozy opartej na dokładnej znajomości rzeczy, na jednego lekarza zatem powinno przypadać nie więcej nad 50-iu do 60-iu chorych, tylko w czasie wojny lub epidemii cyfra ta podniesioną być może do 100-u.

§ 121 mówi o szarpi i środkach opatrunkowych. Naturalnie w dzisiejszych warunkach o szarpi w takim przygotowaniu jak ongi dzisiaj mowy być nie może, zastąpiona ona być winna materyjałem opatrunkowym podług metody antyseptycznej naukowo pojętej, albowiem zachodzi obawa o rozwój septicemii, róży przyrannej, dyfterytu i t. p., t. j. chorób, które w swoim czasie taką ogromną ilość pochłonęły operowanych chorych.

§ 141 mówi o słomie do sienników. W tym względzie zaznaczyć wypada, że właściwie słoma powinna być zmieniana po każdym chorym na równi z podaniem takowemu bielizny czystej. Że jednak niektóre szpitale mogłyby z tego względu ponosić duże koszta, a przytem nie po każdym chorym słoma jest szkodliwą, potrzeba słomę w siennikach zmieniać przynajmniej co miesiąc, oraz po każdym zaraźliwym i po każdym umarłym chorym; użycie waldharu, jako rzeczy droższej, a także włosów, możebnem jest tam tylko, gdzie je dobrze dezynfekować można. W miarę środków pożądanem jest użycie materyjalców drucianych z pokryciem wojłokowem zdatnem do prania.

Rozdział VII, § 167 omawia oświetlenie sal, proponując jako materyjał świetlny olej preparowany. Naturalnie, że to odpowiada ówczesnym pojęciom o rzeczy. Dziś możemy większe szpitale oświetlać elektrycznością, mniejsze gazem lub naftą, do lampek zaś nocnych może być użyta oliwa.

§ 185 traktuje o przepisach co do zachowania się chorych w szpitalu. Jest tu mowa o karach, nakładanych na chorych, zalecając, aby w razie nieposłuszeństwa lekarz chorego takiego przedstawiał radzie lub opiekunowi; sądzą, że to jest zbyt ciężkie, bardzo ciężki chory bowiem jest zawsze posłusznym, czasem może kapryśnym będzie, mniej chory, gdy jest nieposłuszny i niespokojny, powinien być wypisany, o ile stan zdrowia na to pozwala, jeżeli zaś idzie o chorego zaraźliwego, który, będąc wypisany, mógłby przyczynić szkodę innym, to myślę że przytomny chory może być niesforny chwilowo i powaga lekarza winna być wystarczającą do usmierzania; niespokojny, nienormalny, winien być przeniesiony do odpowiedniego oddziału. Gwałtowny lecz normalny oddanym być winien wprost odpowiedniej władzy. W każdym razie kwestyja taka nie powinna zaprzętać rady, chyba gdyby szło o kolektywne niezadowolenie i nieposłuszeństwo ze strony chorych.

§ 197 mówi o oczyszczaniu sal po chorych zaraźliwych. W tym względzie wydane być winny osobne instrukcje, w których jako obowiązujące zalecić na-

leży najnowsze sposoby oczyszczania sal. W stosunku do dzisiejszych pojęć rekomendowanem być może zeszkrobywanie tynku, wycieranie ścian świeżym chlebem, wymywanie roztworem sublimatu i wentylacja; w tym względzie mamy piękną pracę D-ra E. Przewoskiego w Gazecie Lekarskiej z r. 1888 r. Nr. 1 i 2, oraz protokoły Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, drukowane w Gazecie Lekarskiej z r. 1888 N. 18.

DZIAŁ III.

Przepisy szczególne dla szpitali specjalnych.

Rozdział I. Przepisy szczególne dla szpitali przeznaczonych dla wenerycznych i świerzbowatych. § 234 traktuje o wewnętrznem urządzeniu szpitala. W tym względzie zaznaczyć wypada, że szczególnie w szpitalach dla zaraźliwych chorych powinna być zwróconą uwaga na materiały, z jakiego przedmiot jest zrobiony w celu jaknajdokładniejszego oczyszczania. Naczynia więc winny być tylko fajansowe lub z blachy, grubą warstwą emalii pokryte.

§ 235 nakazuje nie dawać ubrania dolnego dla chorych mężczyzn; nieracjonalność tego rozporządzenia jest aż nadto bijącą. Ubiory te właśnie powinny być wydawane dlatego, by cała pościel zanieczyszczoną nie była i aby je można było należycie oczyścić. Użycie ceraty na łózkach chorych powinno znaleźć szerokie zastosowanie.

§ 236 mówi o salach do opatrunku. Co do tego sądzę, że w obawie, aby rany świeże nie uległy zarażeniu, powinna być osobna sala operacyjna i osobna do opatrunków, instrumenty również oddzielne [patrz pracę d-ra MATLAKOWSKIEGO o salach operacyjnych, zamieszczoną w Gaz. Lekars. z r. 1887].

§ 256 rekomenduje przeszczepianie przez lekarza zarazy temuż choremu w celu przekonania się o wyleczeniu. Ponieważ zapatrywanie się tego rodzaju na chorobę jest rzeczą względną, sądzę, że artykuł ten nie może dla lekarzy być obowiązującym i dlatego odpowiedniejszym byłoby z ustawy go wykreślić.

§ 259 mówi o białiznie szpitalnej. W tym względzie powinna być wydana osobna instrukcja, nakazująca kategorycznie, aby białizna i ubiory zaraźliwe mieściły się osobno i urządzone były osobne składy i osobne pralnie [kwestję tę poruszyłem szczegółowiej w Nr. 34 „Zdrowia“ z r. 1888 w artykule: Odzież i Akcesoryja szpitalne].

§ 261 dozwala użycia gąbek. Gąbki obecnie zupełnie wycofane są z użycia i zastąpione być mogą watą hygroskopijną, która po każdym użyciu spala się, w porach gąbek bowiem zatrzymuje się krew i wydzieliny, które trudno wymyć.

§ 269 dozwala sprzedaży zużytej białizny i ubrania. Ponieważ białizna i ubiory, które uległy w szpitalu zniszczeniu, są całkowicie prześiakiłe pasorzytami lub bakteryjami zaraźliwymi, przeto powinny być spalone; przytem nie można łączyć białizny dla świerzbowatych z białizną dla wenerycznych.

§ 273 podaje przepisy w celu zapobieżenia rozprzestrzenienia się zarazy w mieście i żąda, ażeby, jeżeli lekarz szpitala zauważy, że w rewirze któregośkolwiek z lekarzy rewizyje odbywają się nieregularnie, zawiadamiał o tem policję. Żądanie to sprzeciwia się zasadniczo podstawom etyki lekarskiej i sądzę, że dostatecznem będzie, jeżeli lekarz zakomunikuje fakt ten odpowiedniemu lekarzowi policyjnemu.

Rozdział II. Szpitale dla obłąkanych. § 296. W opisie szczegółów urządzenia oddziału dla spokojnych ustawa dozwala użycia łóżek żelaznych. Ponieważ jednak każdy cierpiący umysłowo i powierzchownie spokojny może nagle dostać napadu furji, wszystkie więc łóżka powinny być urządzone tak, aby chory nie mógł sobie zaszkodzić, więc otoczone być mają watowaniem, lub słomianemi wałeczkami.

§ § 313—317 określają warunki przyjmowania chorych. Wiadomem jest, jakie trudności istnieją obecnie w przyjęciu chorego umysłowo do szpitala. Pominawszy konieczne formalności, wynikające z ostrożności, aby nie pomieszczo- no zdrowego na miejsce chorego, potrzeba nieraz czekać całe miesiące, dopóki chory pomieszczonym zostanie. Przyczynia to w wielu przypadkach nieobliczone szkody choremu i naraża go, jako też otoczenie, na ciągłe niebezpieczeństwo. Potrzeba więc, aby warunki przyjęć były ułatwione, a liczba miejsc w szpi- talach powiększoną.

Aby zaś uniknąć tego przynębiającego wrażenia, jakie sprawia na chorym umieszczenie go w szpitalu dla obłąkanych, byłoby pożądanem, aby istniały osobne szpitale dla wątpliwych i dla nerwowych chorych, a także aby le- karze mogli zawsze rekomendować pewną ilość rodzin prywatnych, które pod odpowiedzialnością lekarza podejmowałyby się udzielać chorym opieki i obser- wacyi. Byłoby to szczególnie ważnem dla wątpliwych i spokojnych chorych. Przytem, aby uniknąć szkody, mogącej zająć z powodu nieumiejętnego obejścia się z chorem, potrzeba formować przy szpitalach szkoły w celu przygotowania umiętnej służby.

Na rozdziały III, IV i V o szpitalach ocznych starozakonnych i szpi- talu Dzieciątka Jezus, powinny dać odpowiedzi właściwe szpitale, tu tylko zaznaczyć wypada, że:

Co się tyczy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, nastroczają się następujące uwagi: szpital ten miał w swym pierwotnym celu jasne zadanie: przyjmowanie dzieci urodzonych ze związków nieprawnych i zmniejszenia przez to strasznej śmiertelności pomiędzy nimi (§ 408). Założyciel szpitala, s. p. Ks. Baudouin i jego współpracownicy oraz ofiarodawcy cieszyli się myślą, że kwe- styja tak paląca w szczytny i zadawalający sposób rozwiązana zostanie. Rzeczywiście w pierwszych chwilach istnienia szpital miał żłobek otwarty i do- stęp dla dzieci nieprawych był ułatwiony. Ogromna jednak ilość takowych, zniewoliła zarząd do modyfikacyi pierwotnej myśli i utrudnienia przyjęć. Mo- dyfikacyje te podjęte były niewłaściwie. Gdyby wszystkie łóżka, znajdujące się w szpitalu Dzieciątka Jezus, były przeznaczone dla podrzutek, może być, że ilość ta okazałaby się wystarczającą. Tymczasem trudność w przyjęciu, mała ilość kolebek — ta okoliczność, że dzieci oddawane na wieś, na mamki, nie mogą być dość troskliwie doglądane i jedna mamka nieraz po dwoje karmi, sprawia, że mnóstwo dzieci umiera, a większa ilość wcale do szpitala nie wchodzi, pomnaża- jąc kontyngens martwo urodzonych, uduszonych, utopionych i t. p. Wskrzesze- nie zatem pierwotnej myśli założyciela winno znaleźć uwzględnienie w ustawie, gdyż potrzeba szpitala centralnego dla podrzutek jest wielką i natych- miastową.

Co do szpitali dla starozakonnych — zaznaczyć tylko wypada, że ilość takowych, szczególnie na prowincyi, jest bardzo niedostateczną. Z tego powo- du założenie większej ilości szpitali, dla mieszkańców wyznania mojżesz- owego byłoby nader pożądanem — przyczem szpital powinien być dla nieoświe- conych żydów instytucją leczniczą i cywilizacyjną, ucząc czystości, wykorze- niając zastarzałe zabobony i przesady.

DZIAŁ IV.

Przepisy wewnętrznego gospodarstwa i rachunkowości szpitalnej.

Rozdział I § 423 żąda, aby przy każdym rachunku rocznym był przedsta- wiany radzie spis inwentarza. Ponieważ jednak spis inwentarza znajduje się stale w szpitalu, ulega corocznym zmianom i stanowi dość spory tom, do- statecznem by więc było, aby takowy był corocznie sprawdzany, przedstawianie zaś radzie jest zbytecznem. Tymczasem § 428 żąda, aby spis inwentarza był

przepatrywanym i kontrolowanym co 3 miesiące. Manipulacja ta tak często odbywana również byłaby niepotrzebną stratą czasu, gdyż zajęcie się sprawą inwentarza raz na rok jest zupełnie wystarczającym.

§ 431—432 rozpatrują kwestyję projektu do etatów, przyczem ustawa przepisuje projekta do etatu dla szpitali większych zatwierdzać na rok jeden. Kto obznajmiony jest z rachunkowością szpitalną, przyznać musi, że zmiana etatu zmusza do nowych kombinacji w rachunkowości szpitalnej, obciążających niepotrzebnie kancelaryję, dla tego też projekt etatu dla większych szpitali powinien być zatwierdzany na trzy lata, wyrażać ma zupełnie dostateczną sumę dla utrzymania szpitala i lepiej jest, jeżeli na rozchody nieprzewidziane oznaczoną będzie suma większa. Co do etatów i kredytów dodatkowych, to winny być ułatwione sposoby otrzymywania takowych. Idzie tu głównie o to, aby niepotrzebne formalności, lub fałszywie pojęta ekonomija, nie przyczyniały szkody choremu.

§ 435 mówi o średnim przeciętnym koszcie utrzymania chorego. Sądzę, że z powodu podrożenia produktów średnie cyfry za ostatnie lata będą zupełnie inne, niż cyfry, wyrażone w tym § i naturalnie będą znacznie większe.

§ 442 oznacza normy płacy i pensyi dla personelu szpitalnego. Co do tego rzeczywistość zauważyć nakazuje, że wogóle obecne pensye są nader ograniczone i niewystarczające. Aby personel szpitalny mógł być oddany jedynie pracy około chorych w szpitalu, powinny być wynagrodzenia powiększone do norm, obecnie racjonalną postawę znajdujących, w otaczających nas okolicznościach i życiu. Wysokość pensyi tych powinno zatwierdzać ministeryjum zdrowia w porozumieniu z instytucjami, dostarczającymi środków materyjalnych.

§ 445 mówi o wydatkach na utrzymanie w porządku budowli szpitalnych, § 447 o wydatkach na oczyszczanie kloak, § 448 o wydatkach na grzebanie zmarłych, §§ 449—450 o wydatkach na naprawę sprzętów i efektów szpitalnych oraz materyjały piśmienne. We wszystkich tych paragrafach, ustawa decyduje normy obowiązujące lub przybliżone; nie sądzą, aby to było właściwem: każdy szpital egzystuje w warunkach sobie właściwych i tak ceny robotnika, jak i materyjałów mogą być bardzo różne, dla tego też wysokość sum, na cele w powyższych §§ przeznaczonych, określać winna w każdym oddzielnym razie rada szpitalna.

§ 476 traktuje o praniu bielizny szpitalnej. Aby uniknąć zarażenia bielizny szpitalnej, potrzeba, aby w każdym szpitalu była: osobna pralnia, suszarnia i skład bielizny dla niezaraźliwych chorych, oraz osobna pralnia, suszarnia i skład dla zaraźliwych.

§ 488 przepisuje sposób układania rachunku rocznego co do przychodu i żąda, aby oryginalne etaty przedstawiane były radzie, kopije zaś zostawały przy szpitalu. Sądzą, że archiwum szpitala winno zawierać dokumenta oryginalne, właściwem by więc było postąpić naodwrot.

§ 492 oznacza kwestyję przychodu ze zwrotu kosztów kuracyjnych i żąda przedstawienia corocznie listy imiennej chorych, do szpitala przybyłych, to jest kopiję księgi głównej. Zważywszy, że księgi główne znajdując się na każde zawołanie w szpitalu, podług nich robią się rachunki, przedstawianie kopii jest zbyt ciężkie jako obciążające korespondencyją.

Rozdział VI, § 546 mówi o środkach opatrunkowych i sposobach dostarczenia takowych. Co do tego zauważyć wypada, że środki opatrunkowe po użyciu i zdjęciu z ran ulegają spaleni, a więc i suma na ten przedmiot wyższą być winna.

DZIAŁ V.

O obowiązkach osób, należących do wewnętrznej służby szpitalnej.

Rozdział o osobach, służbę lekarską składających.

§ 552 określa obowiązki naczelnego lekarza szpitala.

W tym celu, aby dane instytucje zarządzane były przez osoby doświadzone i znające dokładnie sprawę szpitalną, powinni być mianowani na lekarzy

szpitalnych tacy, którzy po ukończeniu kursów lekarskich, odbyli dwuletnią praktykę w jednym z większych szpitali.

Naczelnymi zaś lekarzami większych szpitali mogą być tylko lekarze, którzy przynajmniej przez lat sześć byli lekarzami szpitali mniejszych. Lekarzy szpitalnych nominuje ministerjum zdrowia na skutek przedstawienia oddziału i niezależnie od rad szpitalnych.

Konkurs nie jest rzeczą konieczną. Kwalifikacje kandydata mogą być sprawdzone również dobrze bez konkursu, stronność tu i tam jest możebną.

§ 573 żąda, aby w razie przybycia do szpitala chorego ze znakami gwałtu zewnętrznego, naczelnny lekarz donosił o tem prezesowi rady, a takowy policyi. Aby uniknąć zwłoki czasu i niepotrzebnych formalności, sądzę, że w razie przybycia takiego chorego, naczelnny lekarz winien sam od siebie zawiadomić odpowiednie władze i prezesa rady.

§ 620 omawia obowiązki felczerów szpitalnych. Obowiązki te powinny być wyraźnie określone i oddzielone od obowiązków braci i siostr miłosierdzia; felczerom ma być zalecona jak największa czystość ubioru, rąk i paznokci, zalecone użycie szczoteczek dla uniknięcia przeniesienia zarazy.

Rozdział o osobach służby gospodarczej:

§ 645—667 określają obowiązki intendentu szpitala. Zważywszy, że całe mnóstwo obowiązków, wymienionych w zacytowanych paragrafach, potrzebuje ciągłej obecności intendenta na miejscu, lekarz szpitala w szpitalach mniejszych, któremu ustawa funkcję intendenta naznacza, takowej pełnić nie może, z powodu niemożności fizycznej. znajdowania się jednocześnie w szpitalu i po za szpitalem przy chorych w praktyce prywatnej.

§ 685—689 mówią o obowiązkach dozorców i dozoreczn, którą to funkcję w wielu razach pełnią bracia i siostry miłosierdzia. W tym względzie winny być zatwierdzone ściśle instrukcje, odgraniczające obowiązki dozorców od czynności braci i siostr miłosierdzia, przyczem osoby te, jaknajrzadziej winny być zmieniane lub tranzlokowane.

Wzór Nr. 45 zawiera w sobie kontrolę produktów, w naturze szpitalowi ofiarowanych. W celu wyjaśnienia rzeczywistych dochodów i rozchodów szpitala i wykazania prawdziwych cyfr, kosztu dziennego i rocznego utrzymania chorego, potrzeba, aby wszystko to, co szpital otrzymuje, w postaci produktów, było ocenionem i zamienionem w rachunku na wartość pieniężną, wtedy tylko może być określony średni koszt chorego i doby; przy terażniejszym sposobie prowadzenia kontroli, cyfry te są zbyt różnorodne i nie mogą być przedmiotem porównania, albowiem jedne szpitale otrzymują wszystkie produkta w naturze i nie licząc ceny takowych, wykazują bardzo tanio cenę doby; inne zaś przeciwnie, wszystko nabywają za pieniądze i obrachowują takową bardzo drogo.

Kwestyja karmienia chorych, jakkolwiek niesłychanie ważna, wyczerpaną dokładnie w niniejszej pracy być nie może, jest to przedmiot specyalny, potrzebujący racjonalnego wymotywowania, a opracowali ją w swoim czasie D r Nencki i D-r Nusbaum, w broszurce: „O pokarmach i napojach“, w r. 1887.

Faktem jest, że chorzy szpitalni powinni być karmieni jak najpożywniej, a wzmacniająca dyjeta nieraz skuteczniej podziała, niż olbrzymie dozy leków.

Rozpatrzywszy w ten sposób ustawę 1842 r. powinniśmy chwil parę zatrzymać się nad ukazem rządzącemu senatowi 19 Czerwca 1870 r., który znosi rady opiekuńcze i bardziej szczegółowo określa stosunek rad szczegółowych do szpitali. W ukazie tym radom szczegółowym nadana jest władza nad szpitalami, a udział lekarza szpitalnego ogranicza się do roli doradcy, bez prawa głosu decydującego (tyt. II lit. G uwagi).

Ukaz w radach szczegółowych koncentruje działalność towarzystw dobroczynności z działalnością władzy szpitalnej j stwarza towarzystwa dobroczyn-

ści gminne, które również miały zakładać szpitale, lecz nigdy do życia powołane nie były. Niektóre z postanowień tego aktu są wprost niemożliwe do wykonania. Głównie odnosi się to do roli lekarza i intendenta w szpitalach mniejszych. Ustawa żąda, aby w szpitalach urządzonych nie więcej jak na 25 łóżek, lekarz był zarazem intendentem szpitala. Obowiązany jest bowiem wypełniać wszystkie przepisy, oznaczone w ustawie i odnoszące się do intendenta i odpowiedzialnym jest za uchybienie takowym. Tymczasem w rzeczywistości obowiązki te pełnią bracia i siostry miłosierdzia. Po cóż tedy lekarz ma być osobą odpowiedzialną za czynności cudze? Lekarze w szpitalach tych przykuci do miejsca nie otrzymują emerytury. Mieszkają na prowincyi, gdzie rozjazdy zabierają im dużo czasu, zmuszeni będąc zajmować się prywatną praktyką. Pomimo to cały swój czas wolny zmuszeni są poświęcać szpitalnej, medycznej i kasowej rachunkowości. Praca niewdzięczna i wielka, dla tego też potrzeba, aby w szpitalach mniejszych:

1-o Lekarz zajmował się tylko sprawą leczenia i statystyką lekarską, korzystając z praw należnych głównemu lekarzowi szpitala.

2-o Lekarze powinni uczestniczyć w kasie emerytalnej.

3-o Obowiązki kasyjera i intendenta winien spełniać osobny urzędnik.

4-o Bracia i siostry powinni być jedynie do pielęgnowania chorych.

5-o Korespondencja, rachunkowość, statystyka powinny być doprowadzone do nieodzownego *minimum*.

6-o W każdej gubernii powinien być szpital centralny, urządzony przynajmniej na sto łóżek, z oddziałami dla chorych wewnętrznych, chirurgicznych, skórnych, ustosłowo cierpiących, oraz przytułek dla rodzących. Do zarządzenia każdym z tych oddziałów powinien być zawezwany lekarz, specjalnie zajmujący się w danym kierunku i mający odpowiednie kwalifikacje po temu. W mieście Warszawie winien być urządzony specjalny szpital dla chorych pokąsanych przez zwierzęta wściekle, za których opłacano by normę zwykłą płacy szpitalnej. Koniecznem to jest z tego względu, aby szpitale mniejsze miały możność wysyłania przypadków bardziej skomplikowanych, lub operacji większych potrzebujących, do bliżej położonego szpitala, posiadającego specjalistów.

Kończąc te uwagi pragnąłbym dotknąć tych kwestyj ogólnych, które będąc w bezpośrednim związku ze sprawą szpitalną, wpływają bardzo na polepszenie lub pogorszenie danego szpitala i tak: jedną z wielkich przeszkód, pomyślnego leczenia w szpitalu jest kwestya płacy za kuracyję. Bardzo wielu niezamożnych chorych, obawiając się wydatków, albo wcale się nie leczą, albo też wychodzą ze szpitala niedoleczeni. Ten fakt, że gmina płacić musi za biednego chorego podług rachunków rad szczegółowych, obciąża nieraz takową zbyt ciężko. Gdy bowiem z wielu szpitali jednocześnie nadejdą żądania o zapłatę, zaległości za chorych, którzy bez wiedzy gminy leczyli się na jej rachunek w różnych szpitalach państwa, zbierają się znaczne sumy i obciążają budżet nieproporcjonalnie. Z tego powodu zarządy gmin obawiają się wysyłać swych chorych i starców do szpitali. Tego rodzaju chorzy powinni być leczeni na koszt towarzystwa dobroczynności, lub też bezpłatnie.

W Rumunii wszyscy chorzy w szpitalach leczą się bezpłatnie, lecz jeżeli ideał taki jest niemożliwym do ziszczenia, potrzeba zakładać większą ilość towarzystw dobroczynności, lub też zatwierdzić ziemstwa, które w kwestyjach zdrowia ludu w Rosyi taką widoczną przymiosły korzyść.

Drugą przeszkodą jest znachorstwo i felczerizm.

Chorzy do czasu przybycia do szpitala leczą się u byłych wojskowych i prywatnych felczerów, a jeżeli tylko nieco poprawiają się następnie w szpitalu, krewni natychmiast zabierają ich i powracają do owych felczerów, dla tego też po większej części wstępują do szpitali przypadki trudne, chroniczne i zadawnione, wyzdrowiewa mniej, zaufanie się zmniejsza. Często też felczerzy psują całą pomyślnie idącą kuracyję. Dla tej to przyczyny ministerjum wojny powinno

przestać wytwarzać tak zwanych felcerów wojennych, którzy obecnie są głównem nieszczęściem w kwestyi zdrowia ludu.

Powinni być tylko felcerzy starsi, którzy otrzymali wykształcenie programistyczne i ukończyli kursa w szkole felcerskiej, t. j. coś w rodzaju „Officier de santé“ i służący szpitalni, chociażby nie piśmienni, lecz specjalnie przygotowani do usługi około chorych. Ci ostatni nie będą rozpoczynać kuracyj i zatrzymywać chorego na drodze do szpitala, a pierwsi mniej szkody przyniosą, jako ludzie cokolwiek obznajmieni z pierwszą pomocą choremu.

Główna przyczyna tak bardzo rozwijającego się znachorstwa i felceryzmu ma swą podstawę w prawach obowiązujących obecnie.

Chcąc uchronić ludność od szkód, wyrządzanych przez felcerów i znachorów, potrzeba dowieść przed sądem ze świadkami, że taka to osobistość zajmuje się praktyką leczniczą, otrzymuje za to wynagrodzenie, że to leczenie zaszkodziło zdrowiu lub skróciło życie choremu. Przedstawić takie jawne dowody przed sądem jest prawie niepodobieństwem, albo też z powodu trudności spotykanych i wynikających z charakteru sprawy samej możebność ta równa się zeru. Dla tego też znachorstwo i felceryzm spokojnie i bezkarnie prosperują. Z tych powodów wnoszę, że sprawy tego rodzaju powinny być sądzone na drodze administracyjnej. Osobistość, o której wiadomem jest, że zajmuje się praktyką lekarską, nie posiadając kwalifikacyi prawem określonych, przedstawioną być winna przez lekarza lub naczelnika powiatu p. inspektorowi lekarskiemu i p. gubernatorowi. P. p. gubernatorzy zaś powinni otrzymać prawo, na zasadzie którego osobistość taka oddaloną być winna z granic gubernii.

Co do kwestyi aptek i dostarczania lekarstw dla chorych. Ustawa dla szpitali większych decyduje apteki, zarządzane przez prowizorów farmacyi. Szpitale zaś mniejsze mają swe własne apteczki, w których lekarstwa przygotowują felcerzy, bracia, lub siostry miłosierdzia. Farmakopeja szpitalna zawiera spis środków, które dawno wyszły z użycia. Przytem apteczki szpitalne wypisują zwykle roczną proporcycję środków aptecznych, przypuszczalnie potrzebnych. Otrzymawszy ze składu takowe w ilości nawet umiarkowanej, szpital nigdy wiedzieć nie może, jakiego rodzaju chorych będzie więcej, i którego preparatu wyjdzie większa ilość. Po ukończonym więc roku pozostają zaległości rzeczy zepsutych, obok wydania niepomiernych sum na środki, użycia których przewidzieć było trudno.

Felcerzy, siostry i bracia miłosierdzia niezawsze mogą wykonać dobrze dane recepty. Z tych powodów chorzy szpitalni często nie mają tych lekarstw, jakie mieć powinni, tak zrobionych, jak one zrobione być powinny, a niektórych leków farmakopeja zupełnie nie dozwala lub ustawa robi trudności w otrzymaniu takowych. W celu usunięcia tych niedogodności potrzeba: aby w każdym szpitalu mniejszym lekarstwa dla chorych przygotowywał tylko prowizor farmacyi lub apteka odpowiedzialna.

W tym celu winny być zawarte z miejscowemi aptekarzami kontrakty odpowiednie, które dla szpitali okażą się o wiele korzystniejszymi, niż sprowadzanie starych zleżałych towarów ze składów, towarów, których dobroci nieraz ani lekarz szpitala ani niespecjaliści, wezwani do przygotowania lekarstw, ocenić nie mogą. Jeżeli zaś układ ten niemożliwym jest z powodu wysokich żądań apteki, to w każdym razie lepiej jest wejść z nią w ugodę, aby wydawała lekarstwa nieprzygotowywane podług cenników dla magazynów aptecznych, z doliczeniem pewnych procentów za komis, aby tylko w aptece szpitalnej nie formowały się zaległości, które po pewnym przeciągu czasu ulegają zupełnemu zepsuciu.

Co zaś do środków nowych a pożytecznych, to właśnie szpital powinien pierwszy stosować takowe i z jednej strony jak najbystrzej doścignąć usunięcia choroby, z drugiej zaś dać odpowiedź opartą na doświadczeniu o skuteczności takowych. Co do tego więc lekarzom szpitalnym powinna być pozosta-

wiona zupełna swoboda, której, można być pewnym, że lekarze nie nadużyją, ceniąc doniosłości onej dla nauki i cierpiącej ludzkości. Z tych więc powodów **farmakopea szpitalna nie ma racji bytu**, albowiem wszystkie środki, jakie zna medycyna, jako służące do zachowania życia, obejmować winna.

Instytucyje braci i sióstr miłosierdzia powstały w celu pielęgnowania chorych, przez osoby pełne poświęcenia i miłości bliźniego, osoby, których umiejętna starania przynoszą ulgę w cierpieniach i boleści. Dla tego też w pierwszych początkach stowarzyszenia braci i sióstr miłosierdzia zawiązały się na tle religijnem i filantropijnem. Rzeczywiście pielęgnowanie chorych może być rozpatrywanem z dwóch punktów widzenia: 1) nadzór około lżejszych chorych wymaga tylko umiejętnego wypełnienia przepisów lekarskich i akuratości, 2) pielęgnowanie ciężkich chorych wśród nocy bezsennych, okropnych scen, boleści, męki nieprzechodzącej lecz nękającej—w strasznych cierpieniach śmierci wymaga czegoś więcej, cierpliwości, miłości bliźniego, zapomnienia siebie i ofiary. Dla tego też osoba, oddająca się pielęgowaniu chorych, powinna posiadać wyższe przymioty ducha, powinna pracować dla idei, lub dla zbawienia swej duszy, znajdować w tej pracy ukojenie swoich własnych cierpień i nieszczęść, nagrodę za życiowe zawody i troski. Szczęśliwy ciężki chory, jeżeli jest powierzony opiece takiej osoby, biada mu, gdy go otacza zimny wykonawca pewnych koniecznych manipulacji, zmęczony ciężarem swych obowiązków i skarżący się na konieczność dźwigania takowych.

Wychodząc z tego punktu widzenia, a zapatrywanie to jest zupełnie sprawiedliwe, stowarzyszenia braci i sióstr miłosierdzia powinny być kompletowane z osób, które wskutek wewnętrznego stanu ducha, czują powołanie nieść ulgę cierpiącym. Dla tego też wybór osób odpowiednich powinien być troskliwie obmyślany, a wstąpienie do zgromadzenia winny poprzedzać poważne psychologiczne chwile. Osoby te oddane być mają tylko staraniom około chorych. Znajdując się w szpitalu, winny podlegać przepisom i rozporządzeniom władzy szpitalnej, a w żadnym razie nie wprowadzać innych przepisów, mogących być powodem nieporozumień.

Dla tego też wszelkie kwestyje, odnoszące się do obowiązków intendenta, nie powinny być wkładane na osoby, należące do tych stowarzyszeń. **Jedynym ich obowiązkiem pielęgnować chorych.**

Byłoby więc nader pożądanem, aby zgromadzenia braci i sióstr miłosierdzia składały się z osób zamożnych, lecz zdecydowanych poświęcić życie dobrem uczynkom w tym kierunku. Lecz ponieważ to jest prawie niemożliwem, zgromadzenia winny wytwarzać indywiduala, posiadające w zupełności wyżej opisane przymioty i zapewniać naturalnie ich potrzeby życia w szpitalu na tyle, aby zabezpieczenie to było w zupełności wystarczającym.

W takich warunkach istniejące zgromadzenia braci miłosierdzia powinny pracować na salach męzkich, na salach żeńskich zaś winny zajmować się **siostro miłosierdzia.**

Nie ulega wątpliwości, że w obecnie pracujących stowarzyszeniach są osoby szczerze oddane sprawie, których działalność w zupełności odpowiada wysokiemu powołaniu i ciężka ich praca przynosi niewątpliwą korzyść cierpiącym. Lecz o ile instytucyje te odpowiadają wyżej wyrażonym pojęciom w całym państwie, nie przesądzam ostatecznie. Chcąc dać odpowiedź wyczerpującą, konieczniemi są sumienne badania, oparte na statystyce.

Kwestyja ta w swoim czasie była zasadniczo rozbieżną we Francyi w prasie i parlamencie i utworzyły się dwie partyje, jedna za, druga przeciw stowarzyszeniom braci i sióstr miłosierdzia, ostatecznie lekarze wywalczyli etystencyję tych instytucyj pod warunkiem, aby zgromadzenia zajmowały się wyłącznie pielęgnowaniem chorych, w salach męzkich, mężczyźni, w żeńskich kobiety i były zależne w zupełności od władzy szpitalnej.

Najgłówniejszą i największą wadą we wszystkich szpitalach wogóle jest: **za wielką ilość rządzących i ciągłą walka o hegemoniję szpitalną.**

Przyczyna tego stanu znajduje się pod wielu względami w samej ustawie szpitalnej, stwarzającej w szpitalu grunt i pole do walki kilku państw prawie samodzielnych.

Opiekun szpitala z władzą jemu nadaną, prezes rady, naczelny lekarz, intendent i instytucja braci i siostr miłosierdzia w wielu punktach spornych, a punktów tych zbiera się codziennie znaczna ilość, bardzo często nie mogą zgodzić się z sobą, a prawo obowiązujące nie wyjaśnia tych nieporozumień, albowiem obowiązki każdego z nich mogą być w danej chwili i obowiązkami drugiego i dlatego stale istnieje naciągnięty stosunek, zależący od roli wyznaczonej przez prawo każdej z tych osób.

Stwarza się skomplikowana maszyna, podająca powód do wielu nieporozumień, działająca powoli, niezdecydowanie, w której niekiedy osobistość energiczna przyswaja sobie większą dążność władzy z ujmą innej zgodniejszej, a wszystko to odbija się ostatecznie na zdrowiu chorych i działa na ich szkodę.

Dlatego też paragrafy prawa w tym względzie powinny być szczegółowo i jasno określone i nie pozostawiać żadnych wątpliwości i nieporozumień.

Jeżeli nie ma dostatecznych funduszków do budowy, zupełnego wyekwipowania i zapewnienia na długie lata egzystencji szpitala, to takowego nie powinno się zakładać, nie mając bowiem środków dostatecznych, szpital będzie zbiornikiem zarazy i szerzycielem takowej, a zatem przyniesie więcej szkody, niżeli pożytku.

Wogóle powinna być przyjętą główna zasada:

Całkowity zarząd szpitali ma być zależnym od ministerium zdrowia, środki materyjalne winny dostarczać towarzystwa dobroczynności, lub ziemstwa. Administracyi zaś powinny być powierzone medyko-policyjne kwestyje, na ogólnie państwowych zasadach. Prezesami towarzystw dobroczynności winny być osoby znane ze swych zasług na polu filantropii, pp. marszałkowie szlachty, pp. gubernatorzy, pp. naczelnicy powiatu.

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Przypadek ciała obcego w krtani.

W dniu 1-ym Stycznia roku zeszłego przyjętą została do szpitala starozaconnych, G. W. mieszkanka Białegostoku, z powodu gwałtownej duszności, bólu gardła i niemożności połykania.

Chora z nadzwyczajną trudnością opowiada, iż przed 3 ma tygodniami, podczas jedzenia zupy „przełknęła coś twardego“ i od owego czasu uczuwa: ból kłujący w gardle, trudność w łykaniu, zmianę w głosie i wzmagającą się, zwłaszcza w ostatnim tygodniu, z dnia na dzień duszność. Te to objawy, po rozmaitych bezskutecznych usiłowaniach wydobycia ciała uwiecznionego, spowodowały wyjazd do Warszawy i wstąpienie do szpitala.

Chora budowy silnej, średniego odżywiania, lekko gorączkująca [tętno 96, ciepłota 38,4° C.]; już z twarzy zaczerwienionej i jakby zbrzękniętej, zdradza poważne cierpienie, a uderzająca duszność z świstem wdecho-wym i zupełną prawie utratą głosu, każą się domyślać zwężenia w drogach oddechowych. W organach klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian nie znaleziono.

Badanie gardzieli i krtani, z powodu ciężkiego stanu chorej, nie bez trudności dokonane, dało następujące wyniki: jednostajne, niezwykle natężenia,

przekrwienie całej błony śluzowej. Struny głosowe prawdziwe [dzięki silnemu przekrwieniu i obrzękowi] zatraciły do tego stopnia swój zwykły wygląd, iż takowe trudno było zrazu odróżnić od błony śluzowej otaczających części krtani. Obrzmienie strun prawdziwych z jednej, a fałszywych z drugiej strony przyczyniły się do zupełnego zatarcia zatok MORGAGNI'ego. W samej szczelinie głosowej widać tkwiące ciało białe, podługowate, zajmujące takową w całej jej długości: od środka przestrzeni międzynaławkowej aż do kąta przedniego krtani. Długość tedy ciała w części swej dostrzegalnej odpowiada długości szczeliny głosowej, więc równa się 2 ctm.; szerokość jego wynosi jednostajnie 4 milim., tak, że podczas gdy w przedniej części ciało obce wypełnia całkowicie szczelinę, przylegając ściśle do bacznych powierzchni strun głosowych, to w średniej, a zwłaszcza w tylnej, pozostawia po obu stronach swych przestrzeni przeszło $\frac{1}{2}$ ctm. szerokości, przepuszczającą w ten sposób pewną ilość powietrza. Ciało tkwiące w krtani, albo raczej brzeg jego widzialny podczas badania, znajduje się na jednej płaszczyźnie ze strunami prawdziwymi, więc poniżej fałszywych, przyczem naturalnie, nie można się było przekonać, o ile ono zajmowało okolicę podstrunową, zagłębiając się w tchawicę. Badanie więc wzniemkiem nie mogło dać dokładnego pojęcia o wielkości i kształcie ciała uwięzionego. Przy badaniu zgłębnikiem okazywało się ono na dotknięcie twardem i nieruchomem, a z wielkiem prawdopodobieństwem należało przypuszczać, iż mamy do czynienia z ciałem z boków swych spłaszczonem i pionowo w szczelinę wkliniwanem, w przeciwnym bowiem razie oddechanie szybko stałoby się niemożliwem, zwłaszcza przy tak silnem obrzękowem zapaleniu błony śluzowej górnego odcinka krtani.

Silne klucie przy połykaniu naprowadzało na myśl, iż ciało przełknięte jest ostrokańczastem. Dzięki niezmiernemu przekrwieniu i obrzękowi strun prawdziwych, jakoteż nagromadzonemu na nich śluzu, takowe, przy wydawaniu głosu, bardzo ograniczone wykonywają ruchy; zwawiej nieco, działając poniekąd zastępczo, poruszają się struny fałszywe. Głos też jest zupełnie zmieniony: mocno ochrypnięty i niski. Z tych samych przyczyn anatomicznych, chora, podczas oddechania, słabo tylko rozwiera szczelinę głosową, skutkiem czego powstaje ciężki oddech, spotęgowany do duszności z świstem wdechowym przez obecność ciała obcego w głośni.

Nakoniec ból stały kłujący, a wzmagający się podczas połykania, zależny jest od wkliniwania się w błonę śluzową wyżej nadmienionej okolicy krtani przypuszczalnie ostrych końców ciała obcego. Cierpienia, spowodowane tylko co opisanym stanem miejscowym, głodzenie się skutkiem niemożności połykania, bezsenne noce i rozstrój ogólny z obawy o uduszenie przyczyniły się do znacznego wyniszczenia sił chorej.

Wobec tego jedynem wskazaniem, jakie mieliśmy przed sobą było: usunięcie i to rychłe ciała, tkwiącego w krtani, jako przyczyny wyżej skreślonego obrazu. Powiadamy rychłe, gdyż stan chorej, w ostatnich kilku dniach, do tego stopnia się pogorszył, iż lekarze miejscowi radzili jej poddać się tracheotomii, a w razie odmowy, szybki wyjazd do Warszawy. Chora, jak widzimy, wybrała drugie. Zdawałoby się, iż po wypędzowaniu 20% roztworem kokainy gardła i krtani, sprawa usunięcia ciała obcego nie powinna być przedstawić zgola trudności; tymczasem kokaina, zmniejszwszy znakomicie nadczułość błony śluzowej krtani, nie usunęła zwrotnych ruchów strun głosowych, które występowały przy każdym wprowadzeniu kleszczy krtaniowych między ostatnie a ciało obce. Za każdym, powtarzamy, wprowadzeniem narzędzia, struny kurcząc się, zbliżały się do ciała obcego, skutkiem czego łatwo było uchwycić łącznie z niem i same struny. Jednakże kilkakrotnie ostrożne i z cierpliwością powtarzane powyższe manipulacje wpłynąć musiały na złagodzenie refleksyjnych ruchów,

gdy oto naraz wprowadziwszy kleszcze FAUVEL'a, pod kontrolą lusterka, zauważyliśmy, iż takowe uchwyciły ciało obce, ale współcześnie uczuliśmy, iż jest ono tak wparte, iż bez znacznego uszkodzenia tylnej ściany i kąta przedniego krtani, usunąć go niepodobna. Nie wyjmując narzędzia krtani, wykonaliśmy ruch wahadłowy w kierunku osi podłużnej tego organu, a uczuwszy pewne złuznienie, wydobyliśmy ciało z łatwością. Chora zniosła ten rękoczyn względnie nieźle.

Wydobyte ciało obce przedstawiało odłamek kości postaci trójkąta płaskiego o jednej powierzchni gładkiej a drugiej chropowatej. Bok trójkąta widzialny przy badaniu, w rzeczywistości przedstawia się nieco dłuższym nad 2 ctm. a to na koszt ostrych końców utkwionych w krtani. Dwa pozostałe boki trójkąta, odpowiadające okolicy podstrunowej, są tej samej mniej więcej długości, ale nieco cieńsze [3 mm.] i posiadają, każdy mniej więcej w połowie długości swej, krótkie i ostre wyrostki. Nakoniec wierzchołek trójkąta, powstały z połączenia powyższych dwóch boków jego, również spiczasty, odległy jest od podstawy o 2 przeszło ctm.. Kość więc jest trójkątem prawie równoramiennym, o podstawie zwróconej ku nagłośni, a wierzchołku ku tchawicy. Utkwiła ona głąbnie ostremi końcami swemi w tylnej ścianie i przednim kącie krtani, i dla tego po obluzowaniu z łatwością usuniętą być mogła.

Badanie krtani po wyjęciu kości, wykazało dwa powierzchowne owrzodzenia w dwóch tych miejscach, gdzie ciało to wpiło się w błonę śluzową; nadto spostrzegliśmy lekkie linijne draśnięcie, na powierzchni krtaniowej nagłośni, sztucznie wywołane podczas wyjmowania kości. Błona śluzowa nie uległa skutkiem operacji, narazie, żadnej korzystnej zmianie, natomiast widoczną była subiektywna ulga pod względem oddechu. Chora zeznała, iż od 3 tygodni, pierwszy raz swobodniej odetchnęła, w czym i zadowolenie moralne znaczną odegrało rolę. Głosu zrazu wydobyć nie mogła, a polykaniu towarzyszył ból. Postępowanie pooperacyjne polegało na systematycznym użyciu okładów lodowych na okolicę krtani, łykaniu kawałków lodu, inhalacyi z kwasu bornego, nieużywalności organu chorego i dyjecie mlecznej. Już po 2 dniach przy takim postępowaniu, zauważyliśmy poprawę w stanie krtani, przy czem głos zaczął się widocznie poprawiać. Od 4-go dnia usuwawszy lód, przeszliśmy do wziewań ściągających. Po 8 dniach pobytu w szpitalu, chora opuściła takowy w stanie zupełnego zdrowia, a badanie wziernikiem stan ten stwierdziło.

Wielce analogiczny przypadek opisuje w swem dziele Storerck ¹⁾.

W kilku słowach rzecz przedstawia się jak następuje: Pani J... T... mieszkanka Grinsingu pod Wiedniem, przybyła do jego ambulatoryjum z objawami gwałtownej duszności, bólu w gardle i bezgłosu. Od otoczenia dowiedział się autor, iż chora, w wilią dnia tego, podczas jedzenia zajęcej pieczeni, jakoby „udławiła się kawałkiem tej pieczeni“. Badanie laryngoskopowe wykazuje silny obrzęk błony śluzowej krtani, zwłaszcza chrząstek nalewkowych i nagłośni stojącej w położeniu wydawania głosu. Ruchy krtani prawie żadne. Polykanie wielce utrudnione. Przy pilnem śledzeniu Storerck spostrzegł odłamek kości, tkwiącej w szczelinie głosowej, przyczem jeden jego koniec utkwił w tylnej ścianie krtani, a drugi w bliskości guziczka (*petiolus*) nagłośni. Po wprowadzeniu kleszczy i przy pomocy lekkiej trakcyi udało się kość złuzować i takową wydobyć. *Corpus delicti* przedstawia się jako odłamek kości rurowej mający 3 ctm. długości a $\frac{1}{2}$ ctm. szerokości, o bardzo ostrych końcach. Prof. Storerck zdumiewa się, jak chora, w takim stanie, mogła przebyć noc!

¹⁾ Klinik d. Krankheiten des Kehlkopfs etc. 1880 r..

Nasz przypadek pod tym ostatnim względem o wiele jest dziwniejszym, jeśli pomyśleć, iż chora z kością w krtani, tak niefortunnie przełkniętą, przeżyła aż 3 tygodnie.

Wł. Freidenson.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

15. A. Knie [Moskwa]. Przyczynek do umiejscowienia włókien nerwowych w splocie barkowym.

Przypadek wyluszczenia mięsaka szyi, pozostającego w związku z oponą twardą rdzenia i korzeniem przednim; przecięcie tegoż korzenia; wyzdrowienie.

Przypadek wielce interesujący tak pod względem czysto chirurgicznym, jak i z punktu widzenia fizjologii doświadczalnej. Stanowi on pierwszą próbę wyluszczenia nowotworu wewnątrzkręgowego. Spostrzeżenie dotyczy 29 letniej chorej, cierpiącej od lat 17 na przewlekły wyprysk karku. Oddawna zauważyła chora powolne obrzmiewanie gruczołków limfatycznych, na prawej stronie szyi. W chwili operacji guz doszedł do wielkości główki dziecięcej, nie powodując żadnych bólów w odpowiedniej kończynie. Zajmuje on przestrzeń między wyrostkiem sutkowym a obojczykiem z jednej strony, między zaś mięśniami mostko-sutko-obojczykowym i kapturowym z drugiej strony. Pozostaje w związku z kolumną kręgową, będąc wyraźnie oddzielonym od wielkich pni naczyniowych szyi. Przy wyluszczeniu nowotworu okazało się, że tenże przez otwór średnicy 15—18 mm. na przedniej powierzchni kręgu wnika w postaci szypuły do wnętrza kolumny. Po wyciągnięciu szypuły z otworu kostnego, okazuje się ona zrośniętą z oponą twardą, wskutek czego, dla doszczętnego usunięcia guza, należało wyciąć część tejże opony. W dalszym ciągu przekonano się, że szypuła pozostaje jeszcze w związku z włóknami przedniego korzenia rdzenia, które wyraźnie rozpoznać było można w postaci jednego dość grubego pęczka gałązek nerwowych i kilku cieńszych nitek. Wszystkie te pęczki zostały odcięte u samego rdzenia. Po wycięciu opony twardej, pole operacyjne zalaniem zostało znaczną ilością płynu mózgo-rdzeniowego, który w obfitej ilości wyciekał z rany jeszcze przez parę dni następnych. Trzeciego dnia po operacji chora bredziła, co autor przypisuje albo zatruciu jodoformem, albo zmianom w krwioobiegu mózgowia wskutek wypływu znacznej ilości płynu mózgo-rdzeniowego. Rana zagoiła się *per secundam* w kilka tygodni po operacji.

Badanie drobnowidzowe guza wykazało *Sarcoma fusocellulare fascinelatum myxomatosum*. Wycięta część opony twardej okazała się całkowicie przeistoczoną w tkankę mięsakovą.

Natychmiast po przebudzeniu się chorej stwierdzono zupełny bezwład prawej kończyny górnej, a mianowicie prawego ramienia i prawie całkowity bezwład przedramienia z tejże strony. Ruchy ręki właściwej i palcy, jak i również i czucie całej kończyny pozostały niezmienionymi. Natychmiast po operacji prawa kończyna górna zaczęła szybko chudnąć, szczególnie w okolicy łopatki i mięśnia naramiennego.

Badanie porażonej kończyny wykazało, co następuje: ze wszystkich ruchów w stawie barkowym pozostał ruch ramienia ku tyłowi i ruch nawrotny, ale w bardzo nieznacznym stopniu. Podjęcie do góry, ruchy ksołbne i odsiełbne, zginanie i ruch wywrotny całkowicie znisłone. W stawie łokciowym został zachowany ruch nawrotny w bardzo ograniczonym stopniu i zginanie przedramienia do kąta prostego, moźebne jednak tylko w połozeniu nawrotnem. Ru-

chy w stawie promienio-napięstkowym i w stawach palcowych prawidłowe. Dynamometr wykazał zmniejszenie siły fizycznej w kończynie porażonej. Przy badaniu za pomocą elektryczności na drodze bezpośredniej i pośredniej, okazały się porażonemi następujące mięśnie: *m. pectoralis major* (*n. thoracicus an. ext.*), *mm. latissimus dorsi et subscapularis* (*n. subscapularis*), *mm. supra et infraspinalis* (*n. suprascapularis*), *m. deltoideus et teres minor* (*n. axillaris*), *m. biceps, coracobrachialis et brachialis internus* (*n. musculo-cutaneus*), oraz *m. triceps et supinator longus* [ten ostatni napół porażony] (*n. radialis*). Wszystkie rodzaje czucia okazały się zupełnie prawidłowemi.

Brak w kości, przez który nowotwór przenikał do jamy kręgowej, o ile się zdaje autorowi, odpowiadał czwartemu kręgowi szyjowemu, tym sposobem włókna nerwowe, zrosnięte z nowotworem, należałyby do czwartego lub piątego nerwu szyjowego. Obraz porażenia przemawia za przecięciem tego ostatniego, tem więcej, że przy przecięciu czwartego nastąpiłoby porażenie przepony, gdyż jak wykazały doświadczenia FERRIER'a i YEO'go, nerw przeponowy bierze początek z czwartego nerwu szyjowego. Ponieważ dalej czucie zostało nienaruszonym, wnioskować więc wypada, że nowotworem zostały dotknięte li tylko włókna korzenia przedniego, tylny zaś korzeń, zlewający się z przednim jeszcze przed wyjściem z kanału kręgowego, pozostał nienaruszonym. Izolacja ta daje się w ten sposób objaśnić, że nowotwór rozwijał się bardzo wolno i do kanału kręgowego przedostał się przez przednią powierzchnię kręgu.

Z przytoczonego powyżej wyliczenia porażonych mięśni i nerwów, unerwiających też mięśnie, wynika, że nerwy te włókna swe ruchowe otrzymują przeważnie z piątego korzenia rdzeniowego.

Oprócz rzucenia pewnego światła na lokalizację włókien nerwowych spłotu barkowego, przypadek powyższy stwierdza jedno z zasadniczych praw fizjologii nerwów, a mianowicie, że ścisły związek włókien nerwowych w rdzeniu a tem samem i w korzeniach przednich polega na zasadzie wspólności czynności, czyli, że gałęzie różnych nerwów spłotu ramieniowego, ale zaopatrujące mięśnie solidarne pod względem czynnościowym, pozostają ze sobą w ścisłym związku, aniżeli włókna jednego i tegoż samego nerwu, ale unerwiające mięśnie różne pod względem czynnościowym. I tak np. mięśnie podejmujące ramię: *m. deltoideus, supraspinatus* i *coraco-brachialis* są solidarne pod względem czynnościowym, ale unerwienie ich pochodzi z trzech różnych nerwów: pierwszy mięsień zostaje unerwiony przez *n. axillaris* i począćci *n. thoracicus ant.*, drugi przez *n. suprascapularis*, a trzeci przez *n. musculo-cutaneus*, pomimo to wszystkie włókna ruchowe tych nerwów, przeznaczone do wyliczonych mięśni, wychodzą z rdzenia przeważnie przez piątą korzeń, t. j. znajdują się obok siebie. To samo tyczy się innych solidarnych grup mięśniowych. Naodwrot do nerwu promieniowego wnikają włókna ruchowe mięśni, niesolidarnych pod względem czynnościowym, to też jeden z tych mięśni, *m. triceps*, został porażonym, inne zaś pozostały zupełnie nienaruszonymi.

Jako dopełnienie do swego spostrzeżenia cytuje autor przypadek niezmiernie ciekawy GOWERS'a i HORSTLEY'a, w którym na zasadzie istniejących objawów u chorego i przebiegu choroby rozpoznano nowotwór opon rdzeniowych. Po dokonanej operacji nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

(*Chirurgiczieskij Wiestnik* r. 1888 str. 655).

Fr. Jawdyński.

16. Runeberg. Śmiertelne otrucie rćciowe po wstrzykiwaniach podskórnych kalomelu.

Kobieta 34-o letnia przybyła 27 Kwietnia 1888 r., z następującymi objawami: wysoka niedokrwiistość [zmiany w formie krążków krwi], obrzęk tkanki podskórnej, owrzodzenia u brzegu dziąseł, stolce wodniste bardzo silnie cuchnące, śledziona powiększona, ciepłota około 39° C.. Objawy powyższe, z wy-

jątkiem niedokrwiistości, która istniała zdawna, wystąpiły po 3 wstrzykiwaniach kalomelu po 0,10 [12 i 20 Marca, 30 Kwietnia]. Stan pogarsza się, zmiały w jamie ustnej coraz większe, *coma*, śmierć 6 Maja. Rozbiór zwłok wykazał: wybroczyny, nacieczenia dyfterytyczne i głębokie owrzodzenia w kiszce grubej, zwłaszcza na wysokości fałd. W głębi pośladków natrafiono na 2 ogniska po wstrzykiwaniach: jedno małe, serowate [nie zawiera rtęci], drugie zawiera 2 łyżki ropiastego płynu, ścianę tej jamy stanowi rozpadnięta tkanka mięśniowa. W płynie znaleziono znaczną ilość rtęci. Przypadek opisany nie jest jedynym. W przypadku KRAUSS'a (*Deutsche Med. Woch.* 1888 N. 12) u 30-letniego dobrze odżywionego mężczyzny, po 2 wstrzykiwaniach 0,10 kalomelu powstał nalot na dziąsłach, obfita biegunka, wymioty, bezmocz, bolesność brzucha, śmierć w 3 dni po drugim wstrzyknięciu.

Rozbiór zwłok wykazał: dyfterytyczne nacieczenia w kiszce grubej, *stomatitis ulcerosa*, *tumor lienis ac.*, *nephritis parench. acuta*. KRAUSS przypuszcza, że kalomel wstrzyknięty został wprost w naczynie.

Całą seryję nieszczęśliwych przypadków po wstrzykiwaniach kalomelowych podaje SMIRNOFF (*développement de la méthode de Scarenzio*).

Przytaczam dwa przypadki z pięciu podanych przez SMIRNOFF'a: 1) dziewczyna 20-letnia, (*syph. sec. phthisis*) jedno wstrzyknięcie z 0,10 kalomelu w Marcu, 2 zaraz w Kwietniu. Po kilku dniach *stomatitis gangraenosa*, w całej jamie ustnej. Chciano otworzyć ognisko po wstrzykiwaniu i usunąć zapas rtęci, nie udało się jednak wykryć miejsca chęlboczącego. 2) Mężczyzna 52 letni. 3 wstrzykiwania po 0,020, odżywianie pada, powstaje biegunka, której niepodobna powstrzymać. Stolec mocno cuchnące, bardzo liczne, wodniste, śmierć. Przy rozbiorze zwłok znaleziono: *colitis ulcerosa*.

Wstrzykiwania głębokie związków nierozpuszczalnych rtęci są jedyną metodą leczenia rtęciowego, mogącą sprowadzić tak straszne położenie chorego i lekarza; lekarz jest tu bezsilny wobec otrucia, które postępuje niepowstrzymanie wskutek wessania coraz nowej ilości rtęci. Przy każdej innej metodzie umiemy przerwać dowóz rtęci w każdej chwili przy najłżejszych objawach otrucia.

Przyp. Spraw. Gdyby owe wstrzykiwania były robione w tkankę podskórną, a nie głęboko w mięśnie, możnaby łatwiej i z mniejszym dla chorego niebezpieczeństwem wynaleźć ognisko i usunąć zapas rtęci. Jest to jeden jeszcze argument przeciwko wstrzykiwaniom śródmięśniowym.

(*Deutsch. med. Woch.* 1889. N. 1).

D-r Funk.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Na posiedzeniu klinicznym d. 5 III. 1889 r. koł. SAWICKI okazał przypadek wrzodu modelowatego, wyleczonego za pomocą transplantacji Moos'a. Chora 18-letnia, przed 12 laty przechodziła *osteomyelitis* lewej goleni, poczem pozostało skrzywienie łukowate obu kości ku wewnątrz i wrzód modelowaty prawie kolisty. Po wycięciu modelowatych tkanek, koł. S. przeszczepił sposobem Moos'a płat z prawego uda. Z powodu trudności dokładnego przystawiania płatu do wklęsłego dna rany, dopiero po 4 tygodniach zdjęto gips i przecięto szypułę. Wrzód pokrył się grubym mięsistym płatem. Koł. S. zwraca uwagę na konieczność unieruchomienia kończyny za pomocą gipsu i dokładne wycięcie modelowatych tkanek.

Koł. MEYERSON opisał przypadek raka błony śluzowej nosa.

W dyskusyi kol. HERYNG wspomniał o dwóch przypadkach przez się spostrzeganych: jeden w jamie nosa, drugi w jamie noso-gardzielowej, oba były złośliwe i oba były zamaskowane przez inne łagodne nowotwory [polipy, narosty z tkanki adenoidalnej]. W obu przypadkach raki były miękkie, gąbczaste, koloru ciemno-stalowego.

Kol. WRÓBLEWSKI dodaje, że chorému kolegi M. na pół roku przed kol. M., operował polipa śluzowego w jamie nosowej.

Prof. KOSIŃSKI okazał wyciętą przez się torbiel wielokomorową, biorącą początek z więzu szerokiego przy niétkniętym jajniku i jajowodach. W torbieli znajdował się jeszcze drugi guz, barwy żółtawej, pokryty cienką błoną, po przecięciu której wypłynął płyn surowiczo-włóknikowy. Guz ten drugi uważa mówca za *fibroma molluscum*.

Wreszcie kol. OPECHOWSKI, prywat-docent Uniwersytetu Dorpackiego, zakomunikował wyniki swych badań uad działaniem środków z grupy naparstnicy na małe krążenie. Ostatecznym wynikiem tych badań, których opis w całości będzie pomieszczonym w naszym piśmie, jest fakt, spostrzegany przez kol. O., że *digitalis* wywiera swoje działanie na tętnice wieńcowe, a mianowicie, że tętnica wieńcowa lewa rozszerza się, gdy prawa się kurczy. Ten fakt działania naparstnicy tylko na wielkie krążenie [przez zwiększenie w niem ciśnienia, a zmniejszenie równoczesne ciśnienia w krążeniu małym] jest dotąd jedynem możliwem tłómaczeniem działania terapeutycznego tego środka.

W dyskusyi kol. KRYSIŃSKI wypowiada zdanie, że trzeba być ostrożnym w wyprowadzaniu wniosków o wpływie helleboryny i *digitalis* na skurcz lewego i rozkurcz prawego serca—po śmierci zwierząt badanych.

SCHMIEDEBERG twierdzi, że pod wpływem helleboryny śmierć następuje przy skurczu serca u żaby i ciepłokrwistych. Kol. K., sam robiąc doświadczenia nad żabą, przekonał się, że przeciwnie serce staje w rozkurczu i że skurcz następuje już po śmierci pod wpływem powietrza i być może, że różne czynniki działające przy operacyi mogą powodować obraz podany przez kol. O..

Kol. O. odpowiada, że pracował nad tym przedmiotem przez lat 4, tylko na ciepłokrwistych, zachowując wszelkie potrzebne przy takich doświadczeniach ostrożności i zawsze dochodził do tych samych wyników.

Kol. DUNIN zaznacza, że istotnie wtedy tylko da się zrozumieć działanie lecznicze n a p a r s t n i c y, gdy przyjmiemy niejednostajne jej działanie na serce lewe i prawe, jak to podaje kol. OPECHOWSKI.

Wiadomości terapeutyczne.

7. Salol przeciw cholery. Od czasu jak ściśle badania wykazały zależność cholery od swoistych laseczników, pojawiają się ciągle nowe metody lecznicze, oparte na patogenezie wzmiankowanej choroby.

W niniejszej notatce zwrócę tylko uwagę na najnowsze doświadczenia i wyniki, przedstawione niedawno w akademii paryzkiej.

Wiadomo, że laseczniki cholery można bardzo łatwo hodować na rozmaitych gruntach odżywczych. Wiadomo wszakże z drugiej strony, że takie hodowle laseczników cholery zmieniają w znacznym stopniu swoje cechy biologiczne. I tak, laseczniki cholery w ustroju ludzkim, a właściwie mówiąc w przewodzie kiszkowym, wytwarzają substancje trujące, ptomainy, od których zależy cały obraz cholery. Jeżeli taką naturalną hodowlę laseczników wyjałowimy, a następnie wstrzyknijemy zwierzętom do jamy otrzewnej, albo podamy do wewnątrz, to powstanie obraz zatrucia, zupełnie podobny do cholery, od której zwierzę ginie, albo zwolna się poprawia, co zależy od ilości wstrzykniętej lub podanej ptomainy. Jeżeli zaś z laseczników cholery będziemy przygotowywać hodowle sztuczne na bulionach peptonowych, to wprowadzie takie hodowle po wyjałowieniu dają znany odczyn,

a mianowicie zabarwienie czerwone z kwasem solnym, podobnie jak i hodowle naturalne, jednakże wstrzyknięte do jamy otrzewnej, albo podane do wewnątrz nie wywołują u zwierząt objawów cholery, czyli innemi słowy: sztuczne hodowle laseczników na używanych dotąd gruntach o tyle zmieniają swe własności, że nie wytwarzają trujących substancji. Ta właśnie okoliczność służy dla niektórych dyletantów medycyny za dowód, że wogóle zależność cholery od laseczników swoistych jest urojoną

D-r LOEWENTHAL z Lozanny zajął się doświadczałnem zbadaniem tej kwestyi w pracowni prof. NENCKIEGO w Bernie i prof. CORNIL'a w Paryżu. W pracy swej postawił on sobie dwa zadania: po pierwsze, wynaleźć taki grunt odżywczy, w którymby hodowane laseczniki nie traciły swoich własności jadowitych; po wtóre, znalazłszy takigrunt odżywczy, przekonać się, czy nie ma odpowiedniego środka, któryby nawet w tak sprzyjającym dla tych pasorzytów gruncie uczynił je niejadowitemi.

O ile sądzić można z wyników pracy (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences t. CVII, str. 1169*), bardzo pochlebnie przyjętej w akademii paryzkiej, i jedno i drugie zadanie udało się rozwiązać D-rowi LOEWENTHAL'owi — przynajmniej, jak dotąd, w laboratorium.

Co się tyczy pierwszego zadania, to po długich próbach i poszukiwaniach LOEWENTHAL wynalazł taki grunt odżywczy, w którym sztuczne hodowle laseczników, podobnie jak w żywym ustroju, wytwarzają ptomainy jadowite, o czem przekonali go liczne doświadczenia na zwierzętach: podawanie do wewnątrz, albo zastrzykiwanie takich hodowli, przedtem wyjałowionych, wywoływało u zwierząt groźne objawy cholery, z powodu której albo zwierzęta zdechały, albo powoli po kilku dniach wracały do zdrowia. Jedną z głównych składowych części owego gruntu odżywczego stanowi trzustka. [Skład tej gleby jest następujący: 500,0 drobno posiekanego mięsa wieprzowego, 200,0 drobno posiekanej trzustki wieprzowej, 100,0 maki strączkowej MAGGI'ego lub GROUL'a, 15,0 peptonu, 10,0 cukru gronowego, 5,0 soli kuchennej. Wszystko to zarobić należy mlekiem lub wodą na miękkie ciasto, lub masę prawie płynną, alkalizować, nalać w próbówki i wyjałowić].

LOEWENTHAL na mocy swych doświadczeń doszedł do wniosku, że laseczniki cholery tylko w obec soku trzustkowego, materij białkowych i peptonów wytwarzają odpowiednie produkty jadowite, ptomainy, które po wessaniu do krwi są powodem obrazu cholery.

Do rozwiązania drugiego zadania posłużył LOEWENTHAL'owi fakt, wykazany przez profesora NENCKIEGO — że salol właśnie w obec soku trzustkowego rozkłada się i uwalnia fenol. I w samej rzeczy doświadczenia przekonały, że dodanie odpowiedniej ilości salolu do takiego gruntu odżywczego, trzustkowego, niszczy w zupełności całą jadowitość hodowli laseczników cholery: wystarcza w tym celu dodatek 2,0, a często nawet 0,10 na 10,0 gleby. Z poprzednich doświadczeń już wiemy, że laseczniki cholery hodowane na glebie trzustkowej nie przestają wytwarzać ptomain jadowitych. Otóż, jeżeli do takiej sztucznej hodowli laseczników cholery dodano odpowiednią ilość salolu, to po wyjałowieniu owej hodowli i wstrzyknięciu do otrzewnej u zwierząt nie pojawiał się obraz otrucia. Albo też, jeżeli do gleby trzustkowej najprzód dodano salol, a następnie szczepiono laseczniki cholery, to te ostatnie wcale się nie rozwijały. A zatem ztąd widać, że salol nawet w glebie trzustkowej niszczy jadowitość laseczników cholery. Takież same doświadczenia przeprowadzone z makowcem i taniną nie dały pożądaných wyników.

Z całej tej pracy LOEWENTHAL wyprowadza wniosek, że z wielkiem prawdopodobieństwem salol powinien się okazać istotnym środkiem leczniczym przeciw cholerze. Kżdzi on też podczas epidemii cholery podawać w celu zapobiegawczym trzy razy dziennie po 2,0 salolu; w celu zaś leczniczym, a mianowicie na początku wystąpienia objawów cholery 4,0 salolu od razu, a następnie co godzinę 1,0 — aż do 20,0 na dobę.

Są to, rozumie się, wyniki otrzymane tylko w laboratorium, a nie przy łóżku chorego; przyznać wszakże trzeba, że są racjonalne i bardzo zachęcają do dalszego śledzenia w tym kierunku.

8. Cresolum salicylicum. Z pracy prof. NENCKIEGO, przedstawionej w Akademii paryzkiej (*Comptes rendus, 4 février. 1889*), dowiadujemy się, że terapia może zyskać bardzo cenne środki lecznicze w salicylanach krezolu, które działają w ten sam sposób, jak salol.

Krezolów, czyli jednooksytoluolów, mamy, jak wiadomo, trzy izomery: ortokrezol, metakrezol i parakrezol.

W ten sam sposób, jak otrzymuje się salol, można otrzymać z wymienionych trzech krezolów trzy izomery salicylanów: salicylan ortokrezolu, salicylan metakrezolu i salicylan parakrezolu.

Wszystkie te trzy salicylany krezolów są to ciała krystaliczne, nierozpuszczalne w wodzie, trudno rozpuszczalne w zimnym alkoholu.

Różnią się one pomiędzy sobą punktem topliwości: najniższy punkt topliwości posiada salicylan ortokrezolu — 35°C .; salicylan parakrezolu topi się przy 39°C ., a salicylan metakrezolu — przy 79°C .. Salicylany krezolów mają zapach przyjemny podobny nieco do zapachu salolu.

Salicylan ortokrezolu wywołuje na języku i podniebieniu lekkie palenie; parakrezol zaś jest zupełnie bez smaku.

Ciała te w ustroju, podobnie jak salol, rozkładają się na swe części składowe i to nie tylko pod wpływem trzustki, ale i pod wpływem innych narządów, jak np. mięśni.

Jeszcze z dawniejszych doświadczeń, dokonanych w pracowni prof. NENCKIEGO, wiadomo, że krezole posiadają te same własności antyseptyczne, co fenol; dlatego też salicylany krezolów mają też samo znaczenie w terapii, co salol.

Salicylan parakrezolu ma tę wyższość nad salolem, że jest bez smaku, łatwo daje się proszkować i posiada niski punkt topliwości [39°], a prócz tego jest zupełnie nieszkodliwym dla ustroju, o czym przekonały doświadczenia na zwierzętach i ludziach.

Na klinice prof. SAHLR'ego stosowano salicylany krezolów przy gościecu i przy cierpieniach pęcherza i otrzymywano również pomyślne wyniki, jak ze salolem.

Prof. NENCKI wyraża przekonanie, że w cholerze stosowanie salicylanu ortokrezolu, albo parakrezolu odpowiedniejszym okazać się może, aniżeli stosowanie salolu.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W ostatnich tygodniach występowało w Warszawie epidemicznie zapalenie gruczołu przyuszego (*parotitis*), z przebiegiem zresztą łagodnym, jakie od lat kilkunastu nie było notowane. W instytucie Maryjskim panien uległo tej chorobie 62 uczennice. Zdarzały się też w mieście przypadki załabnięcia całych rodzin, dzieci i dorosłych.

— Kol. ELSENBERG zaproszony został na członka niemieckiego towarzystwa dermatologów.

— Kol. RUPPERT przyjął obowiązki lekarza oddziałowej drogi żelaznej Warsz.-Bydg.

— Podczas wystawy w Paryżu odbędzie się od 5—10 Sierpnia kongres międzynarodowy dermato-syfilidologiczny. W programie [oprócz statutów i spisu członków komitetu] znajduje się 6 kwestyj mających stanowić porządek dzienny: 1) Grupa „*Lichen*“. 2) *Pityriasis rubra*. 3) *Pemphigus*. 4) *Trichophyton*. 5) Leczenie przymiotu. 6) Przymiot trzeciorzędny. Prezesami zjazdu są RICORD i HARDY. Sekretarzem FEULARD. Bliższych informacji co do porządku w odczytach i obradach—kołegom, życzącym sobie przyjąć czynny udział w tym zjeździe—udziela w Warszawie kol. WATRASZEWSKI, lekarz naczelny szpitala Ś-go Łazarza, Książęca Nr. 2.

— W Paryżu w d. 31 Stycznia r. b. odbyło się po raz pierwszy spalenie zwłok na cmentarzu Père-Lachaise. Ciało dziecka [syn D-ra JACOBY należącego do sekty Tatar-Baszkirów] w ciągu godziny zamienione zostało na popiół wagi 2 kilogramów.

— Nagrodę LACAZE [10.000 franków] otrzymał w Paryżu MALASSEZ, za prace nad gruźlicą.

— W Manchester w początkach roku zeszłego panowała silna ospa. Dzieci żydów były prawie wolne od epidemii, a za przyczynę tego podają troskliwość, z jaką żydzi poddają się szczepieniu ochronnemu i rewakcynacyi.

— W Towarzystwie medycyny praktycznej w Paryżu D-r DUBOUSQET-LABORDERIE mówił o szczepieniu skóry żabiej na rany u 18 chorych, oraz skóry z kurczęcia. W 7 przypadkach wynik był zadawalający [oparzenia, rany i owrzodzenia]. Według D.-L. rezultat zależy od staranności w przestrzeganiu antyseptyki i wykonaniu metodycznego nacisku. Skóra żaby wybrana została dlatego, że obfituje w naczynia. Zresztą bezwątpienia i skóra innych także zwierząt da się przeszczepiać. Wyniki D-ra L. zostały potwierdzone przez GILLET DE GRANDMONT, który szczepił skórę żaby na ranę powieki u człowieka. POLAILLON radzi dla pewności przeszczepienia pograżyć żabę, przed wycięciem z niej kawałka skóry, w roztworze kwasu bornego, a to dla dezynfekcyi kawałków, mających być przeszczepionemi. DANET przekonał się, że skórę można brać z któregośkolwiek miejsca na ciele żaby.

MATTONI'EGO

GISSHÜBLER

najczystsza
SZCZAWA
·alkaliczna·

Wybornie wypróbowana przy:

Chorobach narządów oddechania i trawienia przy pedogrze, niezycie żołądka i pęcherza,
a przedewszystkiem przy chorobach dzieci.

Używana przed i po kuracyi Karlsbadzkiej

MATTONI'EGO

WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL
BOROWINOWA
LUG BOROWINOWY

najdogodniejszy środek do przygotowywania

kąpieli borowinowych i żelaznych w domu,

Wypróbowane od wielu lat przy:

Zapaleniu macicy i jajników, zapaleniu otrzewnej, blednicy, żołąch, krzywicy, upławach,
usposobieniu do poronień, porażeniach, parezach, małokrwiści, gościu, pedogrze, rwie
kulszowej i hemoroidach.

MATTONI'EGO

Woda Gorzka z Buda-Pesztu

WYBORNY
ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY

WYSYŁA wszystkie naturalne WODY MINERALNE
i produktu źródłowe

HEINRICH MATTONI

FRANCENSBAD, — WIEDEN, — KARLSBAD.

MATTONI & WILLE, BUDA-PESZT.

26—6