

GAZETA LEKARSKA

I. Sprawozdanie o przebiegu płonicy, leczonej surowicą przeciwpłoniczą dra Palmirskiego.

Napisał

Józef Poczobut [Łuck na Wołyniu].

W ostatnich numerach Gazety Lekarskiej z ubiegłego roku dr ALFONS MALINOWSKI podał bardzo dokładny opis 21 przypadków płonicy, spostrzeganych w szpitalu i leczonych wstrzykiwaniami podskórnymi surowicy przeciwpłoniczej dra PALMIRSKIEGO, z których wysnuł wniosek, iż surowica ta działa bardzo pomyślnie na stan ogólny chorych, na obniżenie ciepłoty ciała, na przebieg powikłań dyfteroidalnych błony śluzowej gardła i nosa, prócz tego miała ona zapobiegać zapaleniu nerek. Ponieważ w Łucku i jego okolicach w ciągu października, listopada i grudnia z. r. panowała ciężka epidemia szkarlatyny, postanowiłem i u nas spróbować działania surowicy w prywatnej praktyce, korzystając z uprzejmości dra PALMIRSKIEGO, który przysłał mi w tym celu 30 flakonów surowicy.

Mając ograniczoną jej ilość, musiałem wybierać tylko najcięższe przypadki, przyczem w późniejszych spostrzeżeniach stosowałem się, o ile mogłem, do krytycznych uwag, podanych w Nr. 50-ym i 51-ym „Gazety” przez dra STANISŁAWA KAMIEŃSKIEGO w artykule pod tytułem: „Kilka uwag z powodu surowicy przeciwpłoniczej dra PALMIRSKIEGO”. Wszystkich przypadków, w których mogłem zastosować surowicę było 7, prócz tego do 2-ch użyłem surowicy przeciwpaciorkowcowej prof. BUJWIDA. Ciepłotę mierzyłem albo ja sam, albo polecałem mierzyć felczerowi przeważnie w odbytnicy dla większej dokładności i dla oszczędzania czasu. Niektóre przypadki ze wsi spostrzegane były z przyczyn ode mnie niezależnych pobieżnie, wiadomości o dalszym przebiegu choroby zbierałem zaocznie. Opis tych 9-iu spostrzeżeń podaję poniżej. W niektórych razach załączam opis analogicznych przypadków płonicy, spostrzeganych w teje rodzinie, a nie leczonych surowicą, aby tem lepiej uwydatnić działanie jej.

Spostrzeżenie I. Ch. G., 1 r. i $3\frac{1}{2}$ mies., zachorowała 22-go listopada przy niewysokiej ciepłocie [nie mierzona], braku wymiotów, dobrym stanie

ogólnym tak, że początek choroby zapowiadał łagodny przebieg płonicy. Na drugi dzień zjawiała się punkcikowata wysypka, przytomność zachowana, dziecko dobrze ssie pierś, od czasu do czasu pokłada się; dopiero 4-go dnia choroby, gdy wysypka zajęła całą powierzchnię skóry, a stan ogólny pogorszył się znacznie, wziąłem chorą pod ścisłą obserwację: ciepłota zrana $39,5^{\circ}$, wieczorem $40,0^{\circ}$, wymiotów nie było.

26. XI. 5-ty dzień choroby, a 4-ty wysypki. Ciepłota zrana $40,0^{\circ}$, a wieczorem $40,3^{\circ}$. Brak wymiotów. Dziecko pogrążone w śpiączce, przestało ssać pierś, źrenice zwężone, nie oddziałują na światło, drażnienie skóry również nie wywołuje żadnej reakcyi. Migdały powiększone, ciemno-czerwone, z nalotami powierzchniowymi, gardziel przekrwiona, tegoż koloru, języczek i podniebienie miękkie, usiane punkcikowatą wysypką. Tegoż dnia, [t. j. na 5-ty dzień choroby], odebrawszy z poczty 10 flak. surowicy dra PALMIRSKIEGO, o godz. $9\frac{1}{2}$ wiecz. zastrzyknąłem ją dziecku w ilości 20 ctm. sz.; dziecko ani drgnęło podczas zastrzykiwania.

27. XI. 6-ty dzień choroby. C. $38,8^{\circ}$. Dziecko przytomniejsze, ssie, pije wodę, i tężno z górą 160, trudno się leczy; w południe wstrzyknąłem 20 ctm. sz., przyczem dziecko tak krzyczało i rzucało się, że trzeba było je mocno przytrzymywać. Ciepłota w godzinę potem $38,8^{\circ}$, o 11-ej g. w. $39,1^{\circ}$, tężno 150. Wysypka na ciele zbladła.

28. XI. C. w poł. $38,5^{\circ}$, przytomność zachowana, dziecko ssie i pije swobodnie; wieczorem $39,7^{\circ}$ —senność, ale przy badaniu dziecko budzi się i krzyczy. Gruczoły podszczękowe nie powiększone, choć wrażliwość tej okolicy na dotyk istnieje. Białka w moczu niema.

29. XI. 8-my dzień choroby. C. w poł. $39,5^{\circ}$, wstrzyknięto znowu 20 ctm. sz. surowicy [razem 60]; wieczorem ciepłota $39,0^{\circ}$. Dziecko senne, ale łatwo się budzi i reaguje na każde dotknięcie. Czerwonosć i obrzęk migdałów i gardzeli przechodzi, lekki nalot, jaki był poprzednio na migdałach, obecnie znikł zupełnie.

30. XI. 9-ty dzień choroby. C. zrana $39,4^{\circ}$, wiecz. $39,3^{\circ}$. Stan ogólny nie do życzenia nie pozostawia.

1. XII. Zrana $38,4^{\circ}$, wiecz. $37,0^{\circ}$.

2. XII. $37,0^{\circ}$.

3. XII. $37,0^{\circ}$. Białka w moczu niema. Stan ogólny dobry. Łuszczenie skóry nieznaczne.

6. XII. Stan bezgorączkowy, skóra łuszczy się miejscami.

7. XII. Białka niema w moczu.

10. XII. C. w poł. $38,0^{\circ}$. Tężno 144. Kły się wyrzynają. Od kilku dni chora dostała koklusz od swego starszego brata, który również przebywał ciężką płonicą.

12. XII. 22-gi dzień choroby. C. wiecz. $38,9^{\circ}$. Wczoraj zjawiała się na skórze rozlana czerwonosć, podobna do erytemy, która zajmuje równomiernie obydwie golenie, a na biodrach przebiega pasami, nie obejmując całej skóry; na przedramionach i rączkach podobna do płonicy. Białka niema.

15. XII. Wysypka znikła. C. $37,1^{\circ}$. Koklusz wzmaga się.

18. XII. C. 37,0°. Białka niema. Obrzmienie gruczołów przyusznych z lewej strony.

24. XII. C. 38,0°. Nieznaczny wyciek śluzowo-ropny z lewego ucha. Ropień gruczołów z lewej strony ograniczony, głęboki z wyraźnem chełbotaniem—matka nie zgadza się na otworzenie jego. Rozwolnienie, które pomimo środków ściągających nie ustępuje. Dziecko stopniowo chudnie. Około 7. I. objawy ropnego zapalenia opłucnej z lewej strony, przy niewysokiej ciepłocie [37,8°—38,0°], które codzien zwiększa się, a wraz z niem postępuje upadek sił. 10. I. Ropień otworzono. C. 38,4°. Teżże nocy śmierć w końcu 7-go tyg. choroby.

W tym przypadku dziewczynka w wieku 1 r. 3¼, mies. miała przebieg płonicy w ciągu pierwszych 3-ch dni bardzo łagodny, na 4-ty dzień wraz z rozszerzeniem się wysypki i podniesieniem ciepłoty do 40,0°, zjawia się senność, która na 5-ty dzień choroby przechodzi w śpiączkę tak, że tegoż dnia zmuszony byłem wstrzyknąć surowicę [tylko 20 ctm. sz. surowicy ze względu na wiek chorej]. Po 14½ godz. ciepłota spadła do 38,8°, a zatem obniżyła się na 1½ stopnia, a wraz ze spadkiem ciepłoty powróciła przytomność i wybitna poprawa stanu ogólnego. Powtórne zastrzyknięcie 20 ctm. sz. tegoż dnia, a na 6-ty dzień choroby, już nie wpłynęło na obniżenie ciepłoty, która przeciwnie po 11-tu godz. podnosi się do 39,1°, a po 36-iu godz. od zastrzyknięcia do 39,7° tak, że po upływie 48-iu godz. od 2-go zastrzyknięcia przy 39,5° trzeba było zastrzyknąć trzecią porcję—20 ctm. sz., która już wywołała spadek ciepłoty do 39,0°, zatem o 0,5°. Odtąd ciepłota powoli opada i na 10-ty dzień choroby, a na 3-ci od ostatniego zastrzyknięcia dochodzi do normy. Tu dodać muszę nawiasem, że ciepłotę z a w s z e mierzono w odbytncy. Ogółem zastrzyknąłem temu dziecku 60 ctm. sz., co ze względu na wiek jego, stanowi znaczną ilość surowicy. Najwybitniejszy wpływ na spadek ciepłoty wykazuje surowica po 1-em i 3-em zastrzyknięciu; co do stanu ogólnego chorej, to ten pozostał dobrym już po 1-em zastrzykiwaniu aż do końca choroby, t. j. do 10-go dnia, w którym znikły nieznaczne objawy dyfterytu szkarlatynowego ze strony gardła. Pomimo licznych następczych chorób, jakie w tym przypadku wystąpiły, podkreślić muszę brak powikłania ze strony nerek.

Zejsście śmiertelne przypisać należy tym następczym chorobom i powikłaniom, jakie się przyłączyły pod koniec przebiegu płonicy, w których rzędzie największą rolę odegrał koklusz, wywołując wyniszczające rozwolnienie, a z niem i upadek sił, gdyż ropne zapalenie opłucnej [próbne przekłucia nie robiłem z powodu protestu ze strony matki] zjawilo się dopiero na trzy dni przed śmiercią i nie wywołało nawet z powodu upadku sił znacznego podniesienia ciepłoty, jakie widywałem przy tem powikłaniu w innych przypadkach płonicy.

Wysypkę w postaci erytemy, która się pokazała w końcu 3-go tygodnia choroby, a 13-go od ostatniego zastrzyknięcia, uważałbym jako wysypkę posurowiczą, zależną od wprowadzenia do wątłego dziecięcego organizmu stosunkowo dużej ilości, bo 60 ctm. surowicy.

W tymże domu starszy brat poprzedniej, 8 lat, zachorował na płonicę o kilka dni wcześniej od niej, mając już koklusz w pełni rozwoju, przebył szczęśliwie

ciężki dyfteroid gardła i nosa w ciągu 2-ch tygodni, obfite obustronne ropienie uszne, zapalenie nerek i stawów, pomimo to jednak, dzięki dobrej budowie ciała i dobremu odżywieniu, wyszedł zwycięzko z tej choroby, która pozostawiła po sobie niezatarty ślad w postaci stepienia słuchu. Surowicą nie był leczony tak z powodu braku jej w początkach choroby, jak później gwoli porównawczej obserwacyi z przebiegiem plonicy u siostry jego.

Spostrzeżenie II. R. B., mająca niespełna dwa lata, zachorowała 20. XI., dostała wymiotów przy podniesionej ciepłocie i sennosci. Przy końcu 2-go dnia pojawiła się wysypka w postaci grudek, rozsianych pojedynczo, znacznie wzniesionych nad poziom skóry, która w wielu miejscach swobodna była od wysypki [*scarlatina variegata* — pstrokata HUETTENBRENNER'a], na udach zaś, w pachwinach i na szyi w postaci zwykłych plam skupionych.

22. XI. Na 3-ci dzień obydwie postaci wysypki rozszerzają się. Na lewym migdałku wyraźny, ograniczony, biało-szary nalot, *angina et pharyngitis scarlatinosa*, gruczoły podszczękowe lewe umiarkowanie obrzmiałe; wymioty, rozwolnienie. Śpiączka, źrenice zwężone, nie reagują na światło, również słabe oddziaływanie skóry na bodźce zewnętrzne [dotykanie, uklucie], 2-krotne konwulsye. Ciepłota w połud. $40,7^{\circ}$ (*in ano*), tętno 160 z górą, słabe. O $2\frac{1}{2}$ godz. po poł. wstrzyknąłem 40 ctm. sz. surowicy dra PALMIRSKIEGO; ciepł. o 8-ej w. $40,4^{\circ}$, o 11-ej g. $40,7^{\circ}$, tętno 156, chora płyny przyjmuje, sennaść. Wysypka *in statu quo*.

23. XI. 4-ty dzień choroby. C. zrana $38,4^{\circ}$, tętno 130, pełniejsze, chora przytomna, bardzo osłabiona; główka zwisa bezwładnie. Wysypka zajęła całe ciało. Nalot na lewym migdale *in statu quo*. 4 godz. po poł. C. $39,2^{\circ}$, tętno około 130, pełne, chora przytomna, stan ogólny zadowolający. Wstrzyknięto 5 ctm. sz. surowicy przeciwbłoniczej.

24. XI. 5-ty dzień choroby. Ciepłota w poł. $37,7^{\circ}$, wieczorem $37,8^{\circ}$, tętno 120, pełne. Usposobienie senne, chora łatwo jednak się budzi, nalot mniejszy, gruczoły *in statu quo*, niebolesne. Stolca i moczu nie oddawała.

25. XI. C. $37,2^{\circ}$. 26. XI. C. w. $37,0^{\circ}$ (*in ano*). Nalot w postaci białego punkcika na czystym kraterowatym dnie lewego migdałka.

30. XI. Ciepłota normalna. Gardło i migdały normalne. Dziewczynka zdrowa. Białka niema w moczu. Gruczołów podszczękowych nie wyczuwa się. Łuszczenie się skóry.

7. XII. 18-ty dzień choroby. Wczoraj wieczorem zjawiała się punkcikowata wysypka, rozrzucona po całym ciele, nie wyłączając twarzy, przy objawach gorączkowych, ale bez wymiotów. C. zrana $39,8^{\circ}$, w. $39,7^{\circ}$, tętno 140. Nieznaczny obrzęk powiek i twarzy. Moczu nie można zbadać, gdyż go chora oddaje w łóżku po kilka razy dziennie.

8. XII. 3-ci dzień od wysypki. C. $39,2^{\circ}$ w połud. Wysypkę ledwo dostrzedz można. Zbadany mocz białka nie zawierał.

10. XII. Białka w moczu niema.

12. XII. Zupełnie zdrowa.

[D. n.]

II. O NIEDROŻNOŚCI PRZEWODU PŁCIOWEGO U KOBIET.

Podał

dr med. Mieczysław Kaufman [Łódź].

[Dokończenie — Patrz Nr. 10].

Argumenty te silnie zachwiały wiarę w istnienie niedrożności wrodzonej. A choć znalazła ona obrońców w osobach MAINZER'a i FLECK'a, to jednak nowe tłumaczenie sprawy zyskało posłuch w kołach ginekologów. W każdym razie liczyć się trzeba poważnie z wynikami teorii NAGEL'a-VEIT'a.

Sprowadzić je można do następujących punktów:

1). Przy chorobach zakaźnych u dzieci płci żeńskiej uważać trzeba na zmiany chorobowe, zachodzące w organach płciowych i na ich następstwa.

2). Noworodkom żeńskim we wszystkich przypadkach, w których podejrzewa się istnienie rzeżączki, należy zapobiegawczo wpuszczać do pochwy roztwór preparatów srebra, tak samo, jak do worka łącznicy, (PINCUS).

3). Dziewczęta w okresie dojrzałości płciowej, nie mające peryodu, powinno się badać co do drożności przewodu rodneg.

4). Leczenie we wszystkich przypadkach, w których stwierdzono obecność krwisteku jajowodowego, polegać powinno przede wszystkim na cięciu brzuszem i po dokonaniu dopiero operacji na jajowodach przystąpić wolno do otwarcia zarośnięcia od strony pochwy. Ten sposób operowania zalecano już i dawniej, motywując go jedynie praktycznymi względami i znacznie lepszą statystyką w porównaniu z rezultatami, otrzymanymi przez starszych autorów; teoria NAGEL'a-VEIT'a, według której każdy krwistek jajowodowy jest nabytym, i zawierać może drobnoustroje zakaźne, dała dopiero operacyom brzuszным uzasadnienie teoretyczne.

Natomiast te przypadki, w których jajowody nie są wypełnione krwią, otwierać można przez pochwę, chociaż i ten zabieg, wobec możliwości pomyłek i niespodzianek, wykonywać należy w klinikach, t. j. w warunkach pozwalających na ewentualne dokonanie laparotomii.

U nas sprawie zarośnięcia dróg rodnych bardzo mało poświęcano zawsze uwagi. W piśmiennictwie lekarskim polskim opisów niedrożności nabytej znajduje się niewiele [oprócz prac dawniejszych NEUGEBAUERA [ojca] i ŚWIĘCICKIEGO, opublikowane są spostrzeżenia ROSNERA ¹⁾ STANKIEWICZA ²⁾ i CHODAKOWSKIEGO ³⁾, przyczem zauważyć należy, że znaczenie chorób zakaźnych

¹⁾ ROSNER. Rocznik Tow. Ginek. Krakowskiego według Przeglądu piśm. lekarskiego za rok 1896 i 1897.

²⁾ STANKIEWICZ. Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. 1898. Z. 3 str. 800.

³⁾ CHODAKOWSKI. Przegląd Lekarski. 1897 str. 360.

przy powstaniu niedrożności przez profesorów BRODOWSKIEGO i PRZEWO-SKIEGO ¹⁾ należyce ocenionem zostało. Z przypadków zaś należących do ka-tegoryi t. zw. niedrożności wrodzonej znalazłem tylko jeden [WIECZORKIEWI-CZA ²⁾]. Rzecz jasna, że tak nikła liczba opisanych spostrzeżeń nie odpowiada wcale rzeczywistości, czego dowodem jest to, że FRANCISZEK NEUGEBAUER we wspomnianej już pracy, wydanej w języku niemieckim, przytacza aż 72 wła-sne spostrzeżenia niedrożności nabytej i 6 przypadków niedrożności wrodzonej.

W ciągu ostatnich lat kilku miałem możność spostrzegania następujących przypadków t. zw. niedrożności wrodzonej.

1). W roku 1896, spostrzegałem przypadek *atresiae hymenalis* [według nowoczesnych poglądów, w większości tych przypadków zarośniętą jest nie błona dziewicza, lecz dolna część pochwy] w szpitalu żydowskim w Łodzi u dziewczyny 17-letniej, która nigdy przedtem nie miała krwawień miesięcznych. Kol. M. COHN, przez nacięcie od strony pochwy, wypuścił około szklanki gęstego ciemnego płynu. Wyzdrowienie.

2). W roku 1897 obserwowałem przypadek niedrożności dolnego odcinka pochwy u 18-letniej pacjentki. Nie miała ona nigdy peryodu, natomiast od lat trzech co miesiąc dostawała silnych bólów brzucha. Od 2 dni silne parcie na kiszkę stolcową i niemożność oddawania moczu. W jamie brzusznej guz elastyczny, dochodzący do pępka. Dolny odcinek tego guza wypukła się wśród warg sromnych, przypominające wielkością i wyglądem przerzynającą się główkę podczas porodu. Wypuklająca się błona jest twarda, o konsystencji ścięgna, biała, poprzerzynana przebiegającemi w różnych kierunkach niebie-skiemi żyłkami. Pośrodku znajduje się krążek około 3 ctm. średnicy mający widocznie cieńszy, sinawego koloru. Po narodzie z kolegą M. COHNEM, wobec spóźnionej pory wieczornej, operację odłożyłem do następnego dnia, chcąc jej dokonać w zakładzie leczniczym. Tymczasem w ciągu nocy guz pękł, przyczem wylało się bardzo dużo gęstej krwi. Chora wyzdrowiała.

3). Dnia 23 maja 1899 zgłosiła się do mnie 25-letnia G. W. ze Zduńskiej Woli. Zamężna od 3 lat, peryodu nigdy nie miała. Piersi, owłosienie i organy płciowe zewnętrzne normalne. *Hymen defloratus*. Pochwa niezbyt wązka, część pochwową mała, o normalnem zabarwieniu. W miednicy guz chełbo-czący, odpowiada co do wielkości 4-o miesięcznej ciąży. Górny brzeg jego znajduje się na 1½ palca poniżej pępka. Zgłębnik wchodzi tylko na 3½ ctm. Rozpoznanie: *atresia orif. interni. Haematometra*.

4) R. F. lat 17, wstąpiła do zakładu chirurgiczno-ginekologicznego w Łodzi dnia 10-go maja 1900 r.; krwawień miesięcznych nie miała jeszcze, przed kilku tygodniami cierpiała na dokuczliwe bólesci w dolnej części brzucha, które od 2-ch dni pojawiły się znowu.

Dziewczyna wysokiego wzrostu, z oznakami dojrzałości płciowej [piersi, owłosienie *mont. Veneris*]. Zpośród warg sromnych wypukła się guz sinawy wielkości małej pomarańczy. W brzuchu guz podłużny, sięgający na 2 palce

1) Według NEUGEBAUERA. Zur Lehre von den Vervachsungen etc.

2) WIECZORKIEWICZ. Czasopismo Lekarskie. 1899. T. II. str. 23.

ponad pępek. Największa szerokość guza wynosi 10 ctm. Na wierzchołku tego chelboczącego i dosyć wielkiego guza wyczuwa się więcej ku prawej stronie inny mały, twardy, odpowiadający wielkością i konsystencją trzonowi macicy. Jajowodów nie wyczuwa się. Błonę zamykającą w zupełności wejście do pochwy naciąłem skalpelem i potem nożyczkami przeciąłem ją jeszcze na krzyż. Wypływa dosyć obficie krew barwy czekoladowej, lepka, ciągnąca się. Do otworu założyłem pasek gazy jodoformowej. Opaska trójkątna. Tętno 60, pełne.

Dnia 11-go w ciągu doby wypłynęło około 2 litrów takiego samego płynu, jak po otwarciu. Boleści brzucha. *Status afebrilis*. Zalecono *Laudanum*. Dnia 12-go wypłynęło jeszcze około litra płynu, stan bezgorączkowy, w ciągu nocy bóleści. Dnia 13-go wypływ skąpy, dno macicy znajduje się na 2 palce ponad spojeniem łonowym. Brzuch niebolesny. Po kilku dniach chora opuściła zakład zupełnie zdrowa.

Odmianą pod wielu względami postać chorobową przedstawia krwistek jednostronny przy macicy zdwojonej (*haematometra lateralis*) i ewentualnie pochwie również parzystej (*haem-elytro-metra lateralis*). Rozpoznanie jest zazwyczaj trudniejsze i leczenie więcej skomplikowane, niż przy niedrożności macicy nieparzystej. Ponieważ drożna połowa przewodu płciowego funkcjonuje prawidłowo i krwawienia miesięczne zjawiają się regularnie, przeto określenie charakteru guza, znajdującego się w miednicy, nie jest wcale łatwym i nieraz dokonywane bywało dopiero podczas operacji lub przy oględzinach pośmiertnych. Przy leczeniu tego cierpienia stosowano rozmaite zabiegi: przekłucie i nacięcie od strony pochwy, laparotomię z wycięciem jajowodów, usunięcie chorej części z pozostawieniem normalnej połowy przewodu płciowego i wreszcie wyluszczenie macicy.

Według NAGEL'a i VEIT'a, krwisteki jednostronne w pewnej liczba przypadków, zawdzięczają swe powstanie niedrożności nabytej po chorobach zakaźnych. Do kategorii tej należą przedewszystkiem te przypadki, w których krwistek wypełnia także jajowody. Wśród pozostałych jednakże mogą znajdować się też przypadki niedrożności wrodzonej. Widzimy więc, że autorowie nowej teorii, przecząc istnieniu niedrożności wrodzonej przy macicy nieparzystej, godzą się na nią w pewnych przypadkach zdwojenia kanału płciowego. Tłómaczą zaś powstanie jej w ten sposób, że wskutek wady rozwojowej, ujawniającej się już w bardzo wczesnym okresie życia zarodkowego, wtedy, gdy przewody MUELLER'a jeszcze się z sobą nie złączyły, jeden z nich rozwija się prawidłowo, podczas gdy drugi nie dosięga przedsionka pochwy i pozostaje zamkniętym¹⁾. Jeśli z błony śluzowej tej, nie łączącej się z światem zewnętrznym macicy, wydziela się potem krew, to powstaje krwistek jednostronny wskutek niedrożności wrodzonej.

Liczba znanych dotychczas przypadków krwisteku jednostronnego, jest nieduża. Pierwsze odnośne spostrzeżenie opisał LEROY w r. 1834, drugi DECÈS

1) VEIT. *Erkrankungen der Vagina*. Handbuch der Gyn. Tom I str. 298.

w Paryżu w r. 1854. LUDWIK NEUGEBAUER¹⁾ w roku 1871, zebrał z literatury 18 przypadków, WAGNER²⁾ w roku 1896 43 spostrzeżenia i wreszcie GROSS³⁾, w starannie opracowanej monografii tego przedmiotu w roku 1901 — 82 przypadki. Pierwszym jednak, który na zasadzie własnych i cudzych spostrzeżeń, obraz kliniczny tego cierpienia narysował i wyczerpująco opracował powstanie, objawy, rokowanie i leczenie krwisteków jednostronnych, — był prof. LUDWIK NEUGEBAUER. Jest to jego niepodzielną i ogólnie przyznawaną zasługą. Dowiódł on zarazem, że guzy opisane poprzednio przez niektórych autorów — HERTZFELDER'a, CREDÉ'go, HEGAR'a, BRAUN'a i BRESLAU'a — jako krwisteki zamaciczne, były także zbiornikami krwi w niedrożnej połowie macicy dwudzielnej. [Tak samo starał się wyjaśnić własne spostrzeżenie NEUGEBAUER'a, na posiedzeniu oddziału położnictwa w Warszawskim Tow. lekarskim, 28-go grudnia 1869, jeden z lekarzy⁴⁾, przypuszczając, że nie chodzi tutaj o podwójną macicę, lecz o *haematocoele retrouterina* wskutek „wylewania się krwi w tylną przestrzeń pozamaciczną, przy każdym miesiączkowaniu“.

Jeden taki przypadek obserwowałem w roku 1902. 2-go marca przyjętą została do naszego zakładu chirurgiczno-ginekologicznego Paulina B., panna, licząca lat 20. W 6-ym roku życia przechodziła odrę. Pierwszy peryod w 17-ym roku życia, potem *menses* co 4 tygodnie, trwały 6 dni, niezbyt obfite, bez bóleści. Przed dwoma tygodniami zauważyła guz w podbrzuszu, od 6-iu dni jednocześnie z nastaniem peryodu rozpoczęły się silne bóleści. Przy badaniu zewnętrznym znalazłem w podbrzuszu guz, dochodzący prawie do pępka, od linii środkowej przesunięty cokolwiek na lewo, elastyczny, wielkością, kształtem i konsystencją przypominający macicę w końcu 4-go miesiąca ciąży. Z obydwu stron tego guza i w bezpośrednim z nim związku, znajdują się dwa małe, znacznie twardsze, wielkości kurzego jajka; lewostronny z tych małych guzów znajduje się wyżej i odchodzi więcej ku górze, niż prawy. Wogóle lewa część tego zbioru guzów jest wyższą, niż prawa. Przy badaniu wewnętrznym znalazłem *hymen* w postaci półksiężyca, nienaruszony. Pochwa bardzo długa i wązka, uciśnięta przez guz chełboczący z lewej strony; jest to oczywiście, przedłużenie guza wyczuwanego przez ściana brzuszne. Przy nadymaniu się chorej dolny odcinek guza wypukła błonę dziewięzą, wargi i krocze, podobnie, jak główka dziecka w czasie porodu. Części pochwowej palcem dosięgnąć nie można. Zgłębnik, wprowadzony do pochwy, wchodzi na 14 ctm. Rozpoznanie: *uterus bicornis duplex septus cum vagina septa, haematometra lateralis et haematocolpos*. Krwisteków jajowodowych nie wyczuwa się i przy badaniu w uśpieniu chloroformowym. Z tego powodu poprzestałem na otwarciu krwisteku przez pochwę. Wyłynęła duża ilość płynu koloru czekoladowego. Do rany założono pasek gazy jodoformowej. Trochę płynu zebrano do dwóch wyjałowionych probówek. Przy przenoszeniu chorej i wskutek wymiotów gaza

¹⁾ L. NEUGEBAUER. Einseitige Haematometra bei zweigetheilt Uterovag. Arch. für Gyn. Tom II. str. 246.

²⁾ OTTO WAGNER. Ein Beitrag zur Therapie der Haematometra Wrocław, 1896.

³⁾ G. GROSS. Hématométrie et Hématocolpos. Paryż. 1901.

⁴⁾ Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego. 1870. Tom LXIII. str. 167—176.

wypadła i znowu wypłynęła duża ilość krwi, razem z poprzednim upływem około dwóch litrów. Powtórne założenie gazy.

Dnia 3-go marca wypływ niezbyt obfity; c. 36,6, tętno 66. Dnia 4-go brzuch niebolesny. C. 36,6 i t. d. Przebieg bezgorączkowy. W 2 miesiące po wyjściu z lecznicy pacjentka wyszła za mąż i wkrótce zaszła w ciążę. Ciążę skonstatowałem w prawej macicy, t. j. w tej, która rozwijała się normalnie. Peryodu podczas ciąży nie było. Otwór w przegrodzie pochwy przepuszczał swobodnie palec. Obie części pochwowe przylegały do przegrody pochwy. Ostatni raz widziałem chorą w marcu r. b.; wezwany zostałem w godzinę po porodzie z powodu jakoby „przyrośniętego“ łożyska. Urodziło się ono jednak po lekkim ucisku na dno macicy. Z łatwo zrozumiałych powodów, nie badałem wtedy pacjentki. Oglądając jednak krocze, zauważyłem sterczący w pochwie płat; była to przerwana przegroda pochwowa.

Krew zebraną podczas operacji, był łaskaw zbadać pod względem bakteriologicznym kolega **St. SERKOWSKI**, za co mu tutaj serdecznie składam podziękowanie. Okazała się ona zupełnie jałową: wszystkie podłoża, zarówno w powietrznych, jak i anaerobnych warunkach szczepione, pozostały zupełnie jałowemi.

Badania krwi, otrzymanej z krwisteków, dotychczas dokonanywane w niewielu przypadkach: MENGE'go¹⁾ FLECK'a²⁾ i kilku innych. Są one jednak zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym tak ważne, że w przyszłości, o ile to się da zrobić, w każdym przypadku krwisteku przeprowadzane być winny.

III. Z INSTYTUTU ANATOMII PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWOSKIEGO W WARSZAWIE

Przyczynęk do zmian anatomicznych skóry w herpes progeneralis.

Podał

dr med. Wł. Kopytowski,

ordynator szpitala św. Łazarza w Warszawie.

— * * * —
[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 9].

Wysiłek surowiczy rzadko kiedy wypełnia pęcherzyk całkowicie [w przypadku Nr. 3, gdzie były dwa pęcherzyki, jeden był całkowicie wypełniony, drugi tylko w części]. Zazwyczaj górna część pęcherzyka jest pusta, lub zawiera

¹⁾ MENGE. Monatschr. f. Gyn. Tom X str. 855.

²⁾ FLECK. l. c.

nieznaczne tylko wysepki wysięku, pod postacią mass drobnoziarnistych, barwiących się łatwo kwaśnymi barwnikami, a najlepiej eozyną. W dolnej połowie pęcherzyka, często w $\frac{2}{3}$ jego częściach od dołu, wysięk całkowicie go wypełnia, jeżeli pęcherzyk zawiera mało morfologicznych elementów, lub w części, łącząc między sobą te ostatnie. Wysięk surowiczy niekiedy ostro się odgranicza od pustej górnej części pęcherzyka, czasami tworzy jakby popękane kolumny, słabo i jednolicie zabarwione.

O wysięku włóknikowym nadmieniałem już powyżej; wysięk ten tworzy siatkę w pęcherzyku o różnej grubości beleczkach i o różnej wielkości pętlicach i w przeciwieństwie do wysięku surowiczego, zajmuje cały pęcherzyk, łącząc się u góry pęcherzyka ze zwyrodniałami, zrogowaciałami komórkami, stanowiącymi dolną powierzchnię górnej ścianki pęcherzyka, od których niezawsze może być odróżnionym.

Z morfologicznych elementów spotykamy w pęcherzyku: zwyrodniałe komórki nabłonkowe, wielojądrowe komórki [swory] i leukocyty.

Zmiany w komórkach nabłonkowych i komórki wielojądrowe opisane już były szczegółowo przy opisie bocznej ścianki pęcherzyka. Aby się więc nie powtarzać nadmieniam tylko, że twory te występowały w różnej ilości i w różnych przypadkach wyprysku; sprowadzić je można do następujących typów:

1) Jednolite okrągławe lub wydłużone bryłki, niekiedy zawierające w sobie ślady pęcherzykowatych jąder, lub jądra pokurczone, barwiące się mocno; niekiedy występuje w komórkach kilka pokurczonych jąder. Naokoło jąder występują często puste przestrzenie. Bryłki te zawierają często drobnoziarnisty barwnik.

2) Jednolite wrzecionowate lub wydłużone rogowe blaszki i ich grupy bez śladów jąder, lub zawierające jeszcze ich ślady pod postacią grubych ziaren lub mas drobnoziarnistych.

3) Okrągławe duże komórki z wielkim jajowatym jądrem to mocno i jednolicie zabarwionem, to mającem zabarwiony tylko środek i otoczkę, wreszcie mające zabarwioną tylko otoczkę. Protoplazma w tych komórkach jest najczęściej w nieznacznej ilości, słabo okonturowaną i jakby się rozplýwała po brzegach; nierównie rzadziej spotykamy dobrze zarysowaną słabo włóknistą protoplazmę.

4) Komórki tego samego typu, zawierające 2, 3 i wiele jąder jajowatej formy. Zazwyczaj w jednym takim tworze wszystkie jądra jednakowo się barwią, jak i w całym pęcherzyku. Rzadziej spotykamy w jednym pęcherzyku wielojądrowe komórki dwóch typów [przypadki Nr. 4 i 5]. W przypadkach 11 i 20 wielojądrowych komórek nie spotkałem. Niezwykłej wielkości wielojądrowe komórki widziałem w przypadku 10. W przypadku 17 komórki wielojądrowe zlewały się ze sobą.

Zaródź w wielojądrowych komórkach występuje w różnej ilości. Zazwyczaj jednak jest jej niewiele; niekiedy występuje w większej ilości, przyczem brzegi jej jakby się rozlewały; rzadziej protoplazma ma jakby włóknistą budowę; niekiedy zawiera w sobie ziarna burego barwnika.

Nacieczenie leukocytami występuje w rozmaitej sile w pęcherzykach. W początkowych okresach choroby leukocytów jest niewiele; stopniowo liczba ich się powiększa. Niekiedy widziałem pęcherzyki przeważnie wypełnione ropą [NNr. 13, 18 i 21]. W górnych częściach pęcherzyk z surowiczym wysiękiem zawiera zazwyczaj tylko pojedyncze grupy leukocytów; w każdym pęcherzyku liczba leukocytów się wzmacza ku jego podstawie, która tak mocno zazwyczaj, bywa nacieczona, że granice pęcherzyka od dołu się nie określają. Niekiedy w leukocytach w pęcherzyku występuje eozynofilowa ziarnistość; zauważyłem to w przypadkach NNr 4 i 18.

W pęcherzykach z zawartością fibryny leukocyty występują w całym pęcherzyku i wypełniają siatkę, wytworzoną przez włóknik.

W starszych pęcherzykach leukocyty znajdujemy w stanie rozpadu.

Oprócz pęcherzyków w warstwie nabłonkowej zauważyłem różnej wielkości, zwykle małe, ogniskowe rozpady tej tkanki, bądź to pod postacią klina, zwróconego szeroką swą podstawą ku górze, bądź to pod postacią dużych, nieprawidłowej formy szczelin. Ogniska te występowały to bardziej powierzchownie, to bardzo głęboko w tkance nabłonkowej, przyczem pod temi ogniskami bardzo często zauważyć można było w tkance brodawek i w górnych warstwach skóry właściwej mocne nacieczenia. Ogniska takie spotykałem w przypadkach № 3, 4, 7, 8, 15, 18. Komórki nabłonkowe w ogniskach tych tracą swój związek między sobą, powiększają się, niekiedy zachowują swą pierwotną formę, częściej jednak przyjmują okrągłą postać i tracą swe protoplazmatyczne rąbki. W niektórych komórkach pojawiają się wodniczki, w innych jądra się mocno powiększają, przyjmują owalną postać; chromatyna jąder rozpada się, a jądra mnożą się amitotycznie. W ten sposób otrzymujemy komórki wielojądrowe zupełnie analogiczne jak w pęcherzykach, różnica polega na tem, że liczba wielojądrowych komórek w takich ogniskach jest dużo mniejsza, a same komórki zawierają mniej jąder. W ogniskach takich niekiedy zauważyć można małą ilość surowiczego wysięku, trochę leukocytów, niekiedy nawet siateczki włóknika, jak to miało miejsce w 8-ym przypadku. Ogniska te czasami dosięgają znacznych wielkości, tak, że stanowią już mały pęcherzyk, jak to wskazują nam przypadki № 7 i 13.

Na kilku preparatach zauważyłem znacznej wielkości ogniska zapalne w tkance skóry właściwej. Ogniska te spotkałem w przypadkach № 1, 2, 9, 15, 16, 23. W przypadku drugim dałem bardzo dokładne opisanie tego ogniska, leżącego w warstwie skóry właściwej i nie łączącego się jeszcze z warstwą nabłonkową. Podobny stosunek ogniska zauważyłem w przypadku pierwszym i dziewiątym. W pozostałych trzech przypadkach ogniska te przechodziły z warstwą skóry właściwej i brodawek w warstwę nabłonka, powodując rozpad i zwyrodnienie komórek nabłonkowych i wytwarzanie się pęcherzyków. W przypadkach tych można już było zauważyć oddzielne bezkształtne bryłki, komórki z wieloma jądrami, nakoniec wysięk surowiczy i siatkę włóknika. Pod tym względem szczególniejszym poucającym był przypadek 23, w którym na jednej z seryi skrawków widać było wytworzony pęcherzyk i silne nacieki zapalne, wgnębiające się z warstwy skóry właściwej, w warstwę nabłonkową i zajmujące

połowę podstawy pęcherzyka; natomiast druga połowa utworzona była przez zachowane jeszcze w całości komórki nabłonkowe.

Zawartość wyżej opisanych ognisk stanowiły: wysięk surowiczy, w którym niekiedy można już było zauważyć bardzo delikatną siatkę włóknika, duże komórki, podobne do epitelioidnych, rozłożone nieregularnie grupami w tych ogniskach; komórki te miały bądź to małe pęcherzykowate jądra ze znaczną zawartością chromatyny, bądź to jądra pokurezone. Niekiedy komórki te zawierały po kilka jąder; chromatyna często ulegała rozpadowi i pod postacią bryłek występowała między dobrze jeszcze zachowanymi jądrami. W większej części tych komórek występowały przez to przestrzenie naokoło jąder, wypełnione w części jakby drobnziarnistymi masami, podobnymi do surowiczego wysięku. Zaródź w tych komórkach barwiła się dobrze kwaśnymi barwnikami, była dobrze ograniczona, słabo włóknista. Forma epitelioidnych komórek była nieprawidłowa, chociaż na ukształtowanie się postaci tych komórek mało wpływał ucisk sąsiednich części, ponieważ komórki te leżały luźno w ogniskach [Tal. 2 i 5].

W ogniskach tych oprócz epitelioidnych komórek zauważyć można było i komórki wielojądrowe analogiczne z opisanymi w pęcherzykach, bezkształtne bryłki niekiedy ze śladami jąder lub z ich rozpadem i leukocytów. Przy barwieniu preparatów, zawierających te ogniska na włókna elastyczne znajdowałem te ostatnie ścięnczałe, słabo faliste, t. j. w stanie zaniku. W przypadku drugim, gdzie włókna elastyczne studyowałem dokładniej, znalazłem je tylko w dolnej połowie ogniska.

Ognisko takie w przypadku dziewiątym miało słabo siatkowatą budowę i zdaje mi się, że siateczka utworzona była z delikatnych włókien tkanki łącznej. W przypadku drugim pod takim ogniskiem można było zauważyć na dużej przestrzeni, na pewnej seryi skrawków dużą szparę, wypełnioną surowiczym wysiękiem.

Wyżej opisane ogniska były różnej wielkości — od szerokości 5 brodawek, leżących nad temi ogniskami [przypadek Nr. 9] do szerokości 12 [przypadek Nr. 2]. Forma ich była okrągława, jajowata. Niekiedy na jednym skrawku mieliśmy jednocześnie oddzielne ognisko w tkance łącznej, nie łączące się z tkanką nabłonkową i także ognisko przechodzące już w tkankę nabłonkową [przypadek, Nr. 1] lub wytworzony już pęcherzyk [przypadek Nr. 2] i t. d.

Warstwa brodawek nad ogniskami, leżącymi oddzielnie w tkance łącznej skóry, była spłaszczoną; warstwa komórek nabłonkowych była raz zgrubiałą, drugi raz ścięnczałą. W komórkach tej warstwy zauważyć można było obrzęk oddzielnych komórek i występowanie w niektórych z nich wodniczek. W międzykomórkowych przestrzeniach widać można było oddzielne leukocyty.

[D. n.].

ODCINEK.

Ze spraw szpitali Warszawskich.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 10].

W końcu zeszłego roku pisma codzienne ogłosiły decyzję Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej, by w szpitalu Dzieciątka Jezus, na wzór szpitala S-go Ducha, zamienić pokoje oddzielne na miejsca pensyonarskie, pozostawiając w każdym oddziale po jednym wolnym pokoju dla odosobniania w razie potrzeby chorych, leżących na sali ogólnej. Oplatę za takie pokoje oznaczono w wysokości 2 rb. 50 kop. dziennie, względnie 1 rb. 50 kop., o ile w pokoju będą leżały 2 lub 3 osoby. Na wyżywienie takich chorych wyznaczono 50 kop. dziennie [1 rb. w czasie świąt Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy]. Wreszcie pensyonarzom ma być wolno w pokojach utrzymywać dla pielęgnowania własną służbę, na której wyżywienie Rada przeznaczyła 30 kop. dziennie. Dotąd powyższa decyzja, z takimi szczegółami przez gazety przytoczona, w życie nie weszła i, jak będzie w przyszłości, nie wiemy. W każdym razie danie takiego przeznaczenia pokojom oddzielnym nie jest pożądane. O ile nam wiadomo, sprawa pokoi oddzielnych przed decyzją jeszcze Rady była omawiana szeroko na posiedzeniach szpitalnych, a także w wydziale szpitalnym Towarzystwa Hygienicznego, gdzie odpowiedni referat przedstawił dr Z. KRAMSZTYK. Zarówno tu, jak i tam wszyscy ordynatorowie szpitalni orzekli się przeciwko takiej zamianie pokoi oddzielnych na miejsca pensyonarskie, ponieważ to zupełnie niweczy ich pierwotne i jedyne przeznaczenie. Plan szpitala Dzieciątka Jezus dość ściśle wzorowany jest na nowszych szpitalach niemieckich, i pokoiki oddzielne żywcem są stamtąd wzięte. Otóż w Niemczech takie pokoiki są przeznaczone dla chorych ciężkich, zwłaszcza dla chorych świeżo operowanych, dalej dla chorych niespokojnych, dla zanieczyszczających się, wreszcie dla zakażonych, o ile dla tychże niema specjalnego pawilonu. Jednym słowem, chory, specjalnie wymagający spokoju lub też z jakiegokolwiek względu niepożądany na sali ogólnej, powinien być pomieszczony w pokoiku. Tak miało być i u nas. Na nieszczęście wobec braku odpowiedniej obsługi nadanie takiego przeznaczenia pokojom oddzielnym jest dziś prawie niemożliwe. Chory odosobniony wymaga troskliwszej opieki, niż leżący w sali ogólnej, którym w ostateczności zaopiekuje się lżej chory sąsiad. Tymczasem u nas właśnie w pokojkach chorzy przeważnie są pozostawiani samym sobie. Jeszcze w dzień jest jako tako: do chorego zagląda służba, Siostra, wreszcie lekarz. Natomiast w nocy położenie jest wprost niemożliwe. Na cały oddział, t. j. na 40 do 50 chorych, pomieszczonych w sali ogólnej i kilku pokojkach, dyżuruje jedna osoba, która niewiele sobie robi ze swych obowiązków i najczęściej śpi gdzieś w kącie. Jeżeli do dziennej obsługi szpitalnej trudno jest znaleźć choć mniej więcej uzdolnionych ludzi, to tembardziej trudno dostać choćby znośną służbę nocną, która pracę ma uciążliwą, płacę tak samo mizerną, a dochodów od rodzin pacjentów prawie nic. W innych szpitalach, jeżeli nie całą, to przynajmniej znaczną część nocy dyżurują Siostry miłosierdzia; w szpitalu Dzieciątka Jezus z powodu zbyt małej liczby Sióstr, jest to niemożliwe. Pomimo wielokrotnych zabiegów, próśb i podań ordynatorów, by polepszyć byt służby szpitalnej, by większą liczbę Sióstr, dotąd nic nie zrobiono. W nocy służba jest bez dozoru, choremu nie ma kto podać lekarstwa, wstrzyknąć kofeiny lub kamfory,

ba, nawet podać kawałka lodu lub wody. A przecież dodanie 4 lub 5 Sióstr, o co kilkakrotnie prosili lekarze, zbytnioby budżetu szpitalnego nie obciążyło. Musimy widocznie z tem czekać, aż się stanie jaki skandal głośny; tymczasem ordynator, na którego skórze przedewszystkiem mógłby się ten skandal odbić, stara się, wbrew założeniu, najcięższych chorych pakować na salę ogólną. Otóż przedewszystkiem należałoby pomyśleć o przeprowadzeniu takich reform, któreby umożliwiły nadanie pokoikom rzeczywistego ich przeznaczenia. Zamiana pokoiów na miejsca pensyonarskie, przyniesie w najlepszym razie korzyści materyalnych niewiele, uszczupli pomieszczenia ubogim, a przyczyni masę kłopotów i przykrości szpitalowi. Pralnia i kuchnia szpitalna, obliczone przy budowie za skąpo, dziś zaledwie mogą sobie dać radę z chorymi ogólnymi, a cóżby to było, gdyby wypadło liczyć się z odrębnymi wymaganiami pensyonarzy. Pomieszczenie pokoiów tuż przy sali ogólnej, licha obsługa szpitalna, także nie mogłyby chyba zbytnio zadowolić pensyonarzy, więcej płacących, a więc i więcej wymagających. Co się zaś tyczy służby prywatnej, mającej obsługiwać pensyonarzy, to trzeba to uznać za projekt z gruntu chybiony, nie liczący z najprostrzemi zasadami pielęgnowania chorych w zakładach leczniczych. Tego rodzaju kombinacya może tylko wprowadzić zamęt w obsłudze chorych i w gospodarstwach oddziałowych, gdzie przecież wszystko powinno być zgrane i podlegające jednej władzy. Wogóle, odnośnie powyższego projektu Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej można powiedzieć: myśl urzędzenia w szpitalu płatnego oddziału dla ludzi średnio zamożnych, nie mogących leczyć się ze względu na znaczne koszta w lecznicach prywatnych, w zasadzie jest dobra. W Niemczech spotykamy często szpitale zgromadzeniowe, a nawet niekiedy i miejskie [np w Brunszwiku, we Frankfurcie], rozporządzające trzema klasami. W tych szpitalach klasa pierwsza i druga przynosi nieraz szpitalowi znaczne dochody, trzecia odpowiada naszym salom ogólnym. Tam jednakże każda klasa jest zupełnie odosobniona i stanowi odrębną całość, w której wszystko jest przystosowane do ceny. W klasie 1-ej i 2-ej lekarze pobierają nawet oddzielne honorarya od chorych, jak w zakładach prywatnych. Gdyby Rada Miejska Dobroczynności Publicznej powzięła zamiar wybudowania oddzielnego pawilonu dla pensyonarzy, byłoby to słusne i, o ileby pawilon urządzono odpowiednio, mogłoby mieć powodzenie materyalne. Natomiast zamiana pokoiów oddzielnych w obecnych pawilonach na miejsca pensyonarskie chorych nie zadowoli, a szpitalowi przyniesie dużo kłopotów bez żadnych zysków.

Poza ludnością zupełnie ubogą z leczenia szpitalnego stale korzysta pewna liczba ludzi zamożniejszych, za biednych jednakże nato, by się leczyć w prywatnych domach zdrowia. Zwłaszcza na oddziałach chirurgicznych dość często można spotkać ludzi średnio zamożnych. Otóż tacy chorzy, wdzięczni za okazaną troskliwość, sami się często poczuwają do obowiązku złożenia na ręce leczącego ich ordynatora jakiejś kwoty pieniężnej na potrzeby oddziału, a to tembardziej, że osobiście mogli się o tych potrzebach przekonać. Z takich ofiar niektóre oddziały szpitalne mogły dotąd zaspokajać choć część drobniejszych wydatków, a niekiedy zaopatrywały się nawet w poważniejsze urządzenia. Tak na przykład, ś. p. MATLAKOWSKI, dzięki ofiarności wdzięcznej pacjentki szpitalnej, urządził jej kosztem przy oddziale łaźienkę, o którą napróżno przez lat kilka kołatał do zarządu szpitala. W wielu ambulatoryach szpitalnych od lat kilkunastu już funkcyonowały puszki, do których nawet uboższa ludność dość chętnie składała datki za opatrunek lub poradę. Z takiej puszki skąpo uposażone ambulatoryum często czerpało znaczną pomoc [naprz. w szpitalu Wolskim]. Otóż w roku ubiegłym całe to źródło ofiarności Rada Miejska Dobroczynności Publicznej postanowiła zreformować, nadając mu ściślejszą określoną postać. W tym celu w oddziałach szpitalnych i w ambulatoryach

zawieszono opieczetowane puszkę, które mają być co pewien czas w obecności naczelnych lekarzy, intendentów i kuratorów szpitalnych otwierane, a zawartość ich ma być w kasa szpitalnej pod postacią depozytu składana. Można by wprowadzić tu zaznaczyć, że należało być może choć przez grzeczność zawiadomić ordynatorów o czasie otwierania puszek, bo przecież w znacznym stopniu ich praca i zabiegliwość stanowi o ilości zebranych pieniędzy, lecz ostatecznie mniejsza o tę kurtuazję, do której zresztą ordynatorowie nie są zbyt przyzwyczajani. Ważniejszym jest dla ordynatorów, jaki będzie dalszy los zebranych pieniędzy. Otóż pod tym względem rozporządzenie Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej orzeka, że o przeznaczeniu zebranych pieniędzy ma decydować rada lekarzy starszych i ordynatorów pod przewodnictwem kuratora szpitalnego. Tym sposobem decyzję oddano niejako w ręce lekarzy, a zatem można przypuszczać, że każdy oddział będzie mógł rozporządzać zebraną przez siebie kwotą. Jest to ważne zwłaszcza na oddziałach chirurgicznych, które mogą wprowadzić więcej zbierać, lecz zato mają i o wiele większe wydatki. Dbały o swój oddział ordynator musi tu dopłacać służbie, kupować narzędzia, a często i materiały opatrunkowe, ba! kupować nawet takie rzeczy codziennej potrzeby, jak łód i mydło do mycia rąk, ponieważ przez szpitale dostarczane ma w sobie coś z własności pumeksu, jest, jakby rzekł niemiec, *wasserdicht und feuerfest*. Stałaby się przeto chirurgom krzywda, gdyby zapracowane w znacznym stopniu przez nich pieniądze, zamiast na ich oddziały, miały być obracane na inne cele szpitalne. Wierzymy, iż tak nie będzie. Zachodzi tu jednakże jeszcze inna kwestya. Pożądaniemby mianowicie było, ażeby wypłaty z tego funduszu nieco uproszczono. Rozumiemy, że Rada Miejska Dobroczynności Publicznej chce mieć kontrolę nad tym funduszem i każe z niego prowadzić szczegółowe rachunki, które mają być radzie przedstawiane. Niech atoli z drugiej strony wypłata tych, zresztą, o ile wnosić można, niewielkich sum, nie będzie połączona z takimi trudnościami i formalnościami, z jakimi połączone są dziś inne wypłaty szpitalne. Niejednokrotnie zdarzało się nam rozmawiać z dostawcami szpitalnymi, którzy gorzko się skarżyli na masę formalności, chodzenia, wyczekiwania, zanim zostanie załatwiony najbliższy rachunek. Wynik stąd taki, że często trzeba brać materiał lichej w drugorzędnych dostawców, którzy sobie nadto w gatunku towaru odbijają czas stracony. Niechżeż w tym przynajmniej razie formalności i pisanina będą sprowadzone do *minimum*, jeżeli to nie ma ordynatorom obmierzić puszek, tworząc nowe źródło kłopotów.

W r. 1901 zakłady dobroczynne, znajdujące się pod zarządem Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, przekroczyły swój budżet bez uprzedniego na to zezwolenia Rady na ogólną sumę 120,335 rb. Komunikując o tem zarządom tych instytucji, Naczelnik zakładów dobroczynnych powiada, że według przepisów suma przekroczenia powinna być ściągnięta z winnych tego przekroczenia. Biorąc jednakże na uwagę, że w tem przekroczeniu nie było złej woli, lecz że stało się ono koniecznością, następnie, że tego rodzaju przekroczenia zdarzały się dość często i dawniej i że Rada zatwierdzała je w końcu roku, Rada Miejska i tym razem uchwaliła zatwierdzić to przekroczenie budżetu. Dla usunięcia jednakże na przyszłość takich stosunków, które nie zgadzają się z przepisami, uchwalono jednocześnie oznajmić wszystkim naczelnym lekarzom szpitalnym, wszystkim zarządzającym zakładami dobroczynnymi oraz intendentom, że na przyszłość tego rodzaju przekroczenia budżetowe nie będą już uwzględniane, i że winni będą za to odpowiedzialni. Komunikat powyższy, przesłany naczelnym lekarzom i intendentom, ma być następnie przedstawiony kuratorom szpitalnym, by ci zwiększyli swą czujność w danej sprawie. Kto ma być tym kozłem ofiarnym, który winien odpowiadać za przekroczenie budżetu, wspomniany komunikat nie powiada. W rzeczywistości jest to rzecz niełatwa, gdyż

przekroczenie budżetu zależy od wielu przyczyn. Przedewszystkiem Rada Miejska przysłała szpitalom budżety tak skąpe, że przekraczanie ich stało się koniecznością i musi powtarzać się corocznie, o ile szpitale ze stanowiska lecznic nie mają zejść na stanowisko przytułków źle urządzonych. Jako małą próbkę naszych budżetów szpitalnych możemy przytoczyć następujący przykład. Szpital miejski w Magdeburgu, posiadający około 600 łózek, a zatem odpowiadający naszemu szpitalowi Dzieciątka Jezus, ma w swym budżecie rocznym wyznaczone na nowe narzędzia 2500 marek, na ostrzenie i poprawienie narzędzi — 350 marek, na nowe przyrządy — 700 marek, czyli razem — 3550 marek. Otóż budżet szpitala Dzieciątka Jezus na to wszystko wyznacza rocznie 100 rubli. Dodać tu przy tem musimy, że w szpitalu Dzieciątka Jezus rocznie wykonanych bywa przeszło dwa razy więcej operacji, niż w szpitalu magdeburskim. Gdzieindziej dziwnemby się wydało, gdyby ordynator oddziału za swe pieniądze kupował narzędzia, opatrunki, przyrządy, wino, ba, lód nawet; u nas jest to rzeczą zwyczajną. Są jednakże pozycye, których i ordynator nie chce lub nie może ze swej kieszeni dopełniać. Czyż nie lepiej byłoby przeto, wiedząc z doświadczenia, że dzisiejsze rozmiary budżetu nie odpowiadają nawet skromnym wymaganiom, z góry już układać tenże budżet w sposób należyty. Tym sposobem Rada Miejska osiągnęłaby ostateczny wynik odnośnie wydatków ten sam, a oszczędziłaby przynajmniej nieprodukcyjnej pracy zarządom i kancelaryom szpitalnym. Dziś bowiem Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej wkłada na zarządy szpitalne obowiązek pilnego wciąż śledzenia wysokości wydatków i wcześniej, zanim odpowiednia pozycya budżetowa przekroczona zostanie, wnoszenia do tejże Rady szczegółowo umotywowanego podania o powiększenie wydatków na tę pozycyę. Rozmawialiśmy o tem żądaniu z osobami, tych spraw dobrze świadomymi, i otrzymaliśmy odpowiedź, że w dzisiejszych warunkach żądanie takie jest często wprost niewykonalne, gdyż dopiero w końcu roku można się w sytuacji zorientować. Przy takiej łataninie, jaka się dziś w szpitalach odbywa, trzeba często z jednych pozycyi urywać, a przenosić na inne; przytem rachunki przecież nie od razu wszystkie wpływają, każda rzecz obstawiona jest biurokratyczną formalistyką — wszystko to ogromnie utrudnia orientowanie się w każdej chwili odnośnie zgodności wydatków z budżetem. Poza tem wszystkiem musimy tu zwrócić uwagę na jeden jeszcze szczegół. Wprawdzie budżet dla każdego szpitala układa naczelny lekarz wraz z intendentem, to jednakże zmienia go, poprawia i zatwierdza Rada Miejska. Otóż taki pokieroszowany i pozmieniany budżet szpitale otrzymują w maju lub czerwcu [Dom Wychowawczy przy szpitalu Dzieciątka Jezus nawet później]. Czy w tych warunkach możliwe jest dokładne orientowanie się w budżecie, który trzeba mieć przecież ciągle przed oczami? To też należałoby się koniecznie postarać o to, by szpitale mogły otrzymywać budżet już z początkiem roku, oraz, by w ich zarządzie możliwie uprościć całą kancelaryjną formalistykę. Można przytoczyć wiele przykładów, wykazujących, jak są pod tym względem dla szpitali szkodliwe dzisiejsze stosunki; bierzemy pierwsze z brzegu. Latem szpitale podlegają odnawianiu. Ażeby to kosztowało możliwie tanio i szło składnie, należałoby odpowiednie pozycye wydatków zatwierdzać wcześniej, by szpitale mogły być odnawiane kolejno. Tymczasem dzieje się inaczej. Ponieważ odpowiednie decyzye przychodzą spóźnione, przeróbki i odnawiania zaczynają się też późno, w końcu lata, we wszystkich szpitalach odrazu. Stąd rwetes, mitręga w robocie, a koszt większy, gdyż w tym właśnie czasie ze względów spekulacyjnych przedsiębiorcy rozpoczynają budowę nowych domów, a zwiększone zapotrzebowanie robotnika podnosi jego cenę. Lecz oto inny przykład: Dom Wychowawczy przy szpitalu Dzieciątka Jezus posiada krowy, by mieć własne mleko dla niemowląt. Gdy krowa przestaje dawać mleko, trzeba ją sprzedać, lecz musi się to stać ściśle podług przepisów. A więc

ogłasza się licytacyę, która musi się odbyć w pewnym terminie; wynik licytacyi musi być przesłany przez zarząd Domu Wychowawczego do Rady Miejskiej, która dopiero go zatwierdza i zwraca napowrót do Domu Wychowawczego. Ponieważ papier musi się wszędzie odleżeć, zanim przeto krowa zostanie sprzedana, upływa parę miesięcy [raz upłynęło coś pół roku], a tymczasem krowa zjada znaczną część swej wartości, stojąc nieprodukcyjnie w oborze.

Lecz wróćmy znowu do przekraczania budżetu przez szpitale bez uprzedniego zawiadomienia Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej. Jakieśmy już wyżej mówili, trudno tu określić, na kogo spada główna wina pod tym względem; w każdym razie najmniej chyba na ordynatorów. Wprawdzie oni piszą bezpośrednio zapotrzebowanie jedzenia, lekarstw, bielizny, ubrania, materiałów opatrunkowych oraz wszelkich innych rzeczy, lecz przytem kierują się zwykle najniezbędniejszymi potrzebami chwili, i właściwie tylko to ich obchodzić może. Zarząd szpitala wszystkie zaopatrzenia kontroluje, porównywa z budżetem i skrętnie, co się da i nie da, wykreśla. Stąd oczywiście wypływa, że zarząd chyba szpitalny najbardziej jest powołany do ciągłego śledzenia, czy żądania ordynatorów nie przekraczają budżetu. Tymczasem w końcu przeszłego roku wszystkie szpitale najniespodziewaniej otrzymały od Rady Miejskiej cyrkularz, oświadczający, co następuje: „zarządzający oddziałami mają sprawdzać i pod osobistą odpowiedzialnością podpisywać recepty, zapotrzebowania jedzenia, materiałów aptecznych, środków opatrunkowych i innych rzeczy, niezbędnych dla chorych, bacząc przytem, by wymienione zapotrzebowania były w zupełnej zgodzie z budżetem i by w nich zawsze była zachowana prawidłowość i należyta oszczędność“. Z powyższego widzimy, że Rada Miejska odpowiedzialność za przekraczanie budżetu w znacznym stopniu, jeżeli nie przeważnie, chce zważyć na barki ordynatorów. Tak też zrozumiąły to i zarządy szpitalne, komunikując ordynatorom powyższą decyzję Rady Miejskiej. A więc ponieważ ci, którzy budżet układają, a następnie mają go [właściwie mieć powinni] wciąż w rękach, którzy znają ceny wszystkich przedmiotów dostarczanych, śledzą ruch chorych w szpitalu, którzy mają pod ręką do prowadzenia rachunków specjalną kancelaryę z urzędnikami, ponieważ, powiadamy, ci ludzie, na czele szpitala stojący, nie mogą dać sobie rady i pomimo woli budżet przekraczają, a więc niech odpowiedzialność za te przekroczenia spada na ordynatorów, pomimo że oni nie mają ani czasu, ani środków, ani nawet obowiązku pod tym względem. Tam, gdzie ordynatorzy mają udział w zarządzie szpitalnym, jak to się dzieje w wielu szpitalach Cesarstwa, a u nas w Tworkach, słusne jest, by za przekroczenie budżetu odpowiadali. Tymczasem w szpitalach warszawskich ordynatorzy nie wspólnego z budżetem nie mają, a odpowiedzialność ich przed prawem dokładnie określa Ustawa z 1842 r. § 576 tej Ustawy takie wymienia obowiązki ordynatora: „zajmowanie się leczeniem powierzonych mu chorych i wskazaniem tego wszystkiego, co dla nich jest potrzebnem i co się w powierzonym mu oddziale odnosi do policyi szpitalnej; tudzież dopilnowanie, aby wszystkie jego przepisy i polecenia były wypełnione“. A więc obowiązkiem ordynatora jest piecza o to, by chory mógł dostać wszystko to, co dla jego zdrowia jest potrzebne, a nie to, czy czasem potrzeby chorych nie przekraczają zbyt szczerpło zakreślonych ram budżetu. Sądzimy przeto, że żądania Rady Miejskiej, by ordynatorzy odpowiadali za przekroczenia budżetu, w praktyce da się sprowadzić do prostego życzenia, ażeby w swych zapotrzebowaniach zachowywali możliwą oszczędność.

Od lat kilkunastu omawiano już w prasie, na zebraniach lekarskich, wreszcie na posiedzeniach Rady Miejskiej sprawę utworzenia u nas instytucyi płatnych asystentów szpitalnych, którzy mieli zastąpić dziś funkcyonujących lekarzy miejscowych. Takich lekarzy asystentów posiada każdy większy szpital w Niemczech i w Austrii. Liczba ich odpowiada zwykle liczbie pawi-

lonów tak, że każdy z nich mieszka przy oddzielnym pawilonie, pełniąc tam obowiązki asystenta; wszyscy oni poza tem kolejno dyżurują w szpitalu, spełniając wówczas czynność naszych lekarzy miejscowych. U nas taka instytucya jest tem potrzebiejsza, że opieka [służba] nad chorymi jest gorsza niż za granicą, że zatem lekarz, pracując w roli asystenta i mieszkając przy oddziale, miałby nad nim większą pieczę. Otóż zdawało się, że z wybudowaniem nowego szpitala Dzieciątka Jezus uda się na początek choć w nim jednym powyższą ideę przeprowadzić. Początkowo wszystko składało się dobrze. Świeżo zamianowany wówczas Inspektor szpitali uznał doniosłość tej reformy i przeprowadził urządzenie w wybudowanych już pawilonach pomieszkań dla asystentów choć na strychu, skoro nie można już było inaczej wykroić. Rada Miejska zgodziła się liczbę 3 lekarzy miejscowych powiększyć do 5, przemianowując ich na asystentów-internów. Lecz na tych zmianach reforma utknęła. W pomieszkaniach, przeznaczonych dla asystentów, pomieszczono służbę niższą, miejscowym zaś lekarzom dano pomieszkania w gmachu administracyjnym lub na mieście. Natomiast o związaniu tych miejscowych lekarzy, przemianowanych na asystentów-internów, z pawilonami zupełnie zapomniano, pozostawiając ten punkt, stanowiący jądro rzeczy, po dawnemu. Dość powiedzieć, że na cztery oddziały chirurgiczne i jeden ginekologiczny szpital nie posiada ani jednego t. zw. asystenta-interna, któryby na takim oddziale pracował, względnie miał jakąś pieczę nad odpowiednim pawilonem. Lecz nie dość na tem. Dawniej miejscowych lekarzy wybierano na ogólnem posiedzeniu ordynatorów szpitalnych. Działo się tak w myśl postanowienia Rady Miejskiej z dnia 13 lutego i 11 września 1878r. [Otczot o sostojanji Obszczestwiennawo przireńja w g. Warszawie r. 1879, str. 26, punkt 9], które to postanowienie mówi: wybór lekarzy miejscowych odbywa się na zebraniu lekarzy szpitalnych z tem zastrzeżeniem, by wybrani kandydaci byli przedstawieni do zatwierdzenia prezesowi Rady Miejskiej. Powyższy sposób wybierania miał tę dobrą stronę, że pozwalał oddawać pierwszeństwo tym z pomiędzy kandydatów, którzy rzeczywiście najwięcej szpitalowi się zasłużyli i którzy dawali największą rękojmię znajomości i sumiennego pełnienia swych obowiązków. Otóż przypuszczano, że tembardziej teraz kandydatów będą przedstawiali ordynatorowie z pomiędzy swych asystentów tak, by nad każdym pawilonem miał pieczę jeden asystent. Objęcywano nawet, że z czasem będzie dodany jeszcze jeden asystent, ponieważ szpital posiada 6 pawilonów. Tymczasem najniespodziewaniej, w roku zeszłym po zawakowaniu dwóch odpowiednich posad, ordynatorowie już na posiedzenie wezwane nie zostali, a tylko wprost ich zawiadomiono o zamianowaniu takich to lekarzy. Tym sposobem cała idea reformy lekarzy miejscowych uległa spaceniu. Pełnią oni po dawnemu kolejno dyżury w domu administracyjnym, a co do ich zajęć na oddziałach, wszystko tak, jak dawniej, pozostawiono ich chęciom i dobrej woli. Jednem słowem, że sprawą asystentów stało się to samo, co z reformą ambulatoryjów, z reformą służby szpitalnej, z dezynfekcją — ba, z całą masą innych reform, których projektowanie i motywowanie pochłonęło lekarzom masę czasu, kosztowało dużo zapалу i dobrych chęci, a przyniosło tymże ordynatorom w rezultacie zniechęcenie, szpitalowi zaś w zysku prawie zero.

W końcu musimy wspomnieć o jednej wieści, która wydaje się nam nieprawdopodobną, a jeżeli tu mówimy o niej, to jedynie dlatego, że nie uległa zaprzeczeniu. Przed kilkoma miesiącami pisma podały mianowicie wiadomość, że Rada Miejska powzięła zamiar przeprowadzenia zmiany w zarządzie szpitala w Tworkach w tym sensie, by nadać obszerniejsze pełnomocnictwo intendantowi pod względem administracyjnym. Dla wyjaśnienia musimy dodać, że szpital w Tworkach rządzi się swoją własną ustawą, podług której zarząd szpitala stanowi naczelny lekarz, intendent i 4 ordynatorów, kolejno

się co 2 lata zmieniających. Otóż wzmocnienie administracyjnej władzy intendenta mogłoby tylko wówczas nastąpić, gdyby usunąć lub do minimum sprowadzić udział ordynatorów w zarządzie. O ile nam wiadomo, dotąd Rada Miejska nie mogła się chyba uskarżać, by udział ordynatorów w zarządzie był niekorzystny dla szpitala, względnie dla chorych. To też byłoby dla nas zupełnie niezrozumiałe, gdyby Rada Miejska chciała zburzyć to, co jest w szpitalu dobre. Sądzymy przeto, iż tu musi być jakieś nieporozumienie, i że pisma podały wiadomość uiedokładnie, czego jednak następnie nikt nie sprostował.

Szpitalnik.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

13. Argentum colloidalē. Collargolum. Srebro koloidowe. Kolargol.

Już w czasach bardzo dawnych powszechnie wierzone, że srebro ma pewne własności antyfermentacyjne. I tak n. p. ludy państw starożytnych głęboko były przekonane, że pewne pokarmy daleko lepiej się przechowują w naczyniach srebrnych, aniżeli w innych, i że srebro, pomieszczone na ranie, chroni ją od ropienia.

Dopiero w ostatnich czasach własności antyseptyczne srebra stały się przedmiotem ściślejszych badań naukowych.

W r. 1869 RAULIN na mocy doświadczeń wykazał, że azotan srebra w roztworze 1 : 1,600,000 wstrzymuje rozwój grzybka kropidlaka czarnego (*aspergillus niger*), podczas gdy sublimat wywiera takie samo działanie dopiero w roztworze 1 na 512,000.

Tenże sam RAULIN zauważył, że kropidlak, pomieszczony w naczyniu srebrnym daje zaledwie ślad grzybni (*mycelium*) i zjawisko to tłumaczył w ten sposób, że płyn, w którym znajduje się kropidlak, działa w sposób chemiczny na srebro-naczynia i wytwarza niezmiernie małą ilość soli srebra, a ta ze swej strony wpływa hamująco na rozwój grzybni.

Potem występuje już cały szereg badaczy, zajmujących się rzeczoną kwestyą; tu należą: MILLER, BEHRING, SCHILL, VINCENT, STRAUS, LAMARRE.

Wszelako główna zasługa wprowadzenia srebra do terapii należy się BEYER'owi i CRÉDÉ'mu.

Nawiasowo przypomnieć tu należy, że ojciec dopiero co wspomnianego CRÉDÉ'go, już dawno przedtem wprowadził i rozpowszechnił metodę leczenia i zapobiegania oftalmii noworodków — zapomocą azotanu srebra.

W r. 1895 CRÉDÉ [syn] dowiedział się od HALSTED'a, chirurga z Baltimory, że srebro listkowe, zastosowane na rany, odznacza się własnościami antyseptycznymi. To go pobudziło do rozpoczęcia prób z różnymi przetworami srebra, jak: z azotanem srebra, argoniną, argentaminą. Ostatecznie porzuca on wszystkie te przetwory i bierze się, idąc za przykładem HALSTED'a, do stosowania na rany srebra t. zw. listkowego, czyli blaszkowego i istotnie otrzymuje bardzo dobre wyniki.

Otóż CRÉDÉ, stosując ciągle srebro w listkach, zauważył, że ono w zetknięciu z płynami, wydzielanymi przez rany, rozpuszcza się. Toż samo zjawisko otrzymywał, zostawiając srebro blaszkowe w zetknięciu z substancjami, wydzielanymi przez mikroby i przekonał się, że tak w tych ranach, jak i w poprzednich, tworzy się przeważnie mleczan srebra.

To znowu skłoniło CRÉDÉ'go do przeprowadzenia szeregu prób z różnymi organicznymi związkami srebra. Ostatecznie wszakże zatrzymał na stosowaniu dwóch głównie przetworów srebra, a mianowicie **mleczanu srebra**, czyli t. zw. **laktolu**, (*Lactolum*) i **cytrynianu srebra**, czyli t. zw. **cytrólu** (*Citrolum*).

Mleczan srebra, laktol, rozpuszcza się 1 : 15, a cytrynian srebra, cytol, jest trudniej rozpuszczalnym: 1 na 3800.

Oba te związki organiczne srebra, stosowane jako środki antyseptyczne, dawały bardzo dobre wyniki tak przy opatrywaniu ran, jaki przy operacjach oraz przy dezynfekowaniu rąk i narzędzi chirurgicznych.

Z drugiej wszakże strony przekonano się, że wzmiankowane ciała w płynach białkowych strącają do pewnego stopnia białko, a prócz tego wywierają działanie lekko drażniące, przez co nie wszędzie można je stosować, jak n. p. do użycia wewnętrznego, do zastrzykiwań żylnych, do zastrzykiwań podskórnych.

Otóż wówczas CRÉDÉ wziął się do stosowania formy allotropowej srebra, odkrytej w r. 1889 w Ameryce, przez CAREY-LEA, a wyrabianej w Europie od r. 1896 pod nazwą kolargolu Crédé'go (*Collargolum Crédé*).

Pierwszą wzmiankę o swych spostrzeżeniach nad działaniem kolargolu podał CRÉDÉ na Kongresie lekarskim międzynarodowym w Moskwie w r. 1897.

Odtąd CRÉDÉ ciągle stosuje kolargol przeciwko chorobom zakaźnym wewnętrznym i chirurgicznym. Za jego przykładem poszło wielu lekarzy, a nawet i weterynarzy. Ogłoszono od tego czasu mnóstwo obserwacji. Jedni wprost wpadają w entuzjazyzm podając swoje obserwacje; inni zaś wyrażają się o wzmiankowanej metodzie z wielką oględnością.

* * *

Kolargol przedstawia się pod postacią drobnych ziarenek czarnych z odblaskiem metalicznym, łatwo dających się ugniatać. Nie ma żadnego zapachu, a smak ma niezbyt nieprzyjemny. Nie jest ani drażniącym, ani żrącym. Rozpusza się w wodzie w stosunku 1 do 25. Roztwory kolargolu mają barwę brunatną, oliwkową lub czarniawą.

Kolargol otrzymuje się, pozostawiając w zetknięciu siarczan żelaza z cytrynianem srebra. Tworzy się wówczas osad czarny, który się przemywa, a następnie suszy w próżni.

Jak już wzmiankowaliśmy, kolargol łatwo rozpuszcza się w wodzie. Dodać tu wszakże należy, że nie mamy tu do czynienia z prawdziwym roztworem w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, ale raczej z zawartością niesłychanie drobnych cząsteczek, z których każda ma 0,0005 milim. i których najczęściej niepodobna nawet dojrzeć pod mikroskopem.

Z roztworu kolargolu kwasy i sole strącają srebro metaliczne. Wobec drobnej ilości białka roztwory kolargolu daleko łatwiej przychodzą do skutku i, co najważniejsza, roztwory takie są daleko trwalsze, aniżeli zwykłe. I tak: dodatek białka w ilości 1 na 100 do roztworu kolargolu wystarcza, aby pod wpływem soli nie wytwarzał się osad. Ta własność kolargolu jest niezmiernie ważną dla stosowania leczniczego.

Przez pewien czas CRÉDÉ stosował kolargol wewnątrznie, w podskórnych zastrzykiwaniach, w postaci wcierań w skórę, lub też wstrzykując go wprost do żył. Ostatecznie zastrzykiwań podskórnych zupełnie zaniechał, a bardzo rzadko zaleca go wewnątrznie zwłaszcza w cierpieniach przewodu pokarmowego; głównie zaś stosuje kolargol w postaci maści do wcierania w skórę i, co najważniejsza, w postaci roztworu do zastrzykiwań żylnych.

Do wcierań w skórę CRÉDÉ używa maści, zawierającej 15% kolargolu, według przepisu następującego :

Rp. Argenti colloidal. 15.0,
Aqu. destillatae 5.0,
Cerae albae 10.0,
Adipis benzoati 70.0.

Ut f. unguent. S. Raz dziennie wetrzeć 1—2—3 gramy, stosownie do wieku pacjenta i natężenia choroby.

Zresztą gotowa maść przychodzi do nas z Rodebeul pod Dreznem; można ją zatem przepisywać w oddzielnych pakietkach w odpowiedniej dawce.

Do zastrzykiwań żylnych CRÉDÉ posługuje się roztworem kolargolu w wodzie destylowanej 1 na 100, czasami 1 na 200, albo też czasami i mocniejszym roztworem: 2 na 100. Nie należy robić roztworu w gorącej wodzie, gdyż kolargol w gorącej wodzie osadza się.

Do użytku wewnętrznego przepisuje CRÉDÉ roztwór, zawierający 0.5 kolargolu, 0.5 białka jaja kurzego na 50 gramów wody destylowanej. Z takiego roztworu chory przyjmuje co dwie godziny łyżeczkę.

Można też przepisywać kolargol w pigułkach, z których każda zawiera 0.01 kolargolu i 0.10 cukru mlecznego.

Aby uniknąć zakażenia po operacjach na otrzewnej i na macicy, CRÉDÉ wprowadza do jamy otrzewnej, albo do jamy macicy — po skończonej operacji — jedną, dwie, trzy albo cztery pigułki po 0.05 kolargolu. Postępowanie to, opiera CRÉDÉ na wynikach doświadczeń SCHLOSSMANN'a, który wykazał, że można bez żadnych szkodliwych następstw wprowadzić różne hodowle mikro-bów do jamy otrzewnej królika, jeżeli tylko jednocześnie pomieszczymy tamże pewną ilość kolargolu.

Co się tyczy techniki, to, według CRÉDÉ'go, przed wtarciem (*frictio*) maści w skórę trzeba koniecznie tę ostatnią odpowiednio przygotować do łatwego wchłonięcia wtartej maści. Otóż okolica skóry, w którą maść ma być wtarta, musi być tak przygotowana, jak przed każdą operacją, a zatem odpowiednią okolicę skóry trzeba porządnie wymyć mydłem, wyszczołkować, a następnie zmyć eterem. W ten sposób pory skóry stają się przenikliwymi, a miejscowe krążenie krwi i soków staje się energiczniejszym, przez co, rezorbeyca wtartej maści bardzo łatwo przychodzi do skutku. Samo zaś wcieranie trzeba wykonywać energicznie, jak mięsienie, i to powinno trwać 15—20 minut. W wielu przypadkach, jak wykazał BEYER, już po jednym wtarcu maści kolargolowej można było skonstatować wchłonięcie srebra do organizmu. Wcieranie trzeba robić nie w samą okolicę, która jest siedliskiem cierpienia, ale w miejscach od niej oddalonych, aby bolesność nie była przeszkodą w należytem wykonaniu owych wcierań.

Zresztą nie u wszystkich osób i nie w każdym miejscu skóra jest jednako zdolną do wchłaniania; i tak np. bezskutecznymi mogą okazać się wzmiankowane wcierania u osób bardzo otyłych, albo w tych miejscach, w których skóra jest nacieczoną. Toż samo tyczy się skóry mocno suchej, lub zbyt pomarszczonej. To też wybierać zawsze należy odpowiednie okolice skóry, a więc zgięcia stawowe, powierzchnię wewnętrzną uda i t. d. Oprócz tego pamiętać trzeba o tem, aby okolicę, w którą maść wtarto, pokryć jakąś tkaniną nieprzemakalną, np. cienką ceratką, batystem BILLROTH'a, albo miękkim papierem woskowym.

Co się tyczy zastrzykiwań do żył, to wybrać należy jedną z żył w zgięciu łokciowym, albo też wogóle jakąbądź żyłę, która jest najbardziej widoczną i do której najłatwiej dostać się można.

Rozumie się, że przedewszystkiem należy się starać o zupełną aseptykę. Następnie nakłada się przewiązkę elastyczną na górnym odcinku kończyny dłatego, aby żyłę uczynić bardziej wydatną. Wówczas wkłuwą się do żyły igłę ze strzykawki i dozwala się aby odplynęło przez igłę nieco krwi; w ten sposób, upewniamy się, że igła istotnie siedzi w świetle żyły. Następnie nakładamy na igłę strzykawkę, wypełnioną odpowiednią ilością roztworu kolargolu, który wstrzykujemy do żyły, odjąwszy przedtem przewiązkę.

Ilość płynu, którą należy zastrzyknąć, różni się stosownie do natężenia choroby i wieku chorego. U dorosłych i w przypadkach bardzo ciężkich CRÉDÉ zastrzykuje 10 centymetrów sześciennych, a ilość kolargolu zwykle wynosi

w jednym zastrzyknięciu od 20 miligramów do 50 miligramów — w roztworze wodnym 1 na 100, albo 1 na 200.

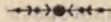
Zaznaczyć tu należy, że takie zastrzykiwania żyłne chorzy znoszą bardzo dobrze, i że dotąd nie spostrzegano po nich żadnych zaburzeń cyrkulacyjnych.

Wogóle powiedzieć trzeba, że ani po wceieraniach, ani po zastrzykiwaniach żylnych kolargolu nigdy nie występuje otrucie srebrem, czyli t. zw. srebrzyca (*argyrismus*). Co najwyżej, po upływie pięciu lub sześciu godzin od wtarcia, uczuwają chorzy smak metaliczny w ustach; jest to zresztą dowód, że srebro dobrze zostało wessane.

Jedynym objawem, występującym po zastrzyknięciu żylnem, bywa czasam dreszcz z następnem podwyższeniem ciepłoty ciała. Objaw ten wszakże szybko przemija.

Wiltor Grostern.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 19. I. b. r.

1. ST. MUTERMILCH demonstrował preparat plwociny, zawierający laseczniki pseudogruźlicze. Plwocina chorego z pierwotną ozeną tchawicy, bez zmian w płucach. M. podnosi ważność odbarwiania po zabarwieniu fuchsyną karbolową dla kontroli nie tylko w kwasach, lecz i w wysoku [w 3%-ym roztworze kwasu solnego w wysoku absolutnym] i podbarwiania błękitem metylenowym. Tym sposobem laseczniki pseudogruźlicze odbarwiają się i barwią się na niebiesko, gruźlicze pozostają czerwonymi.

2. WŁ. STANKIEWICZ wygłosił rzecz, p. t.: „Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin?“

Po krótkim historycznym wstępie, prelegent omówił różne sposoby leczenia, poprzedzające erę antyseptyczną i szczegółowo zastanawiał się nad metodami leczenia z ostatniego okresu [CZERNY, KÜSTER, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, BASSINI, KOCHER i in.]. Podnosząc zwłaszcza metodę BASSINI'ego uwzględnił wskazania i przeciwwskazania do leczenia doszczętnego, przyczem zaznaczył, że właściwie przeciwwskazania przy obecnym sposobie operowania niema. Prelegent przytoczył dane statystyczne z ostatnich lat, dotyczące procentu śmiertelności i trwałości wyleczenia, z których się okazuje, iż procent śmiertelności staje się minimalnym a trwałość wyleczenia wzrasta. Na zakończenie prelegent przytoczył przypadek, w którym dokonał operacji doszczętniej olbrzymich dwóch przepuklin (*eventratio*). Wyleczenie zupełne. Prelegent okazuje fotografię przed i po operacji.

W dyskusyi KRYŃSKI zaznacza, iż w kwestyi wskazań właściwie nie należy stawiać ograniczeń: do operacji nadają się wszystkie przypadki, o ile na przeszkodzie nie staje stan ogólny chorego. Stosowanie znieczulenia miejscowego i w tym względzie usuwa wiele przeszkód. Worek przepuklinowy, zdaniem K., należy zawsze szeroko otworzyć, aby się przekonać o stanie narządów zawartych w worku i zapobiedz właniu się do jamy brzusznej wody przepuklinowej. W celu zmniejszenia usposobienia do nawrotu. K. postępuje według rady POSTEMPSKIEGO: kikut lejkowaty otrzewnej, powstały po podwiązaniu worka, wraz z otaczającą otrzewną oddziela od tylnej powierzchni ściany brzusznej, unosi ku górze i w tem nowem miejscu przymocowuje, przeszywając tę ścianę od wewnątrz ku zewnątrz dwiema nićmi, które wiąże na powięzi zewnętrznej. K. wspomina o ostatecznej modyfikacji sposobu KOCHER'a (*Invasionsverlagerungsmethode*). Wobec tylu różnorodnych metod jedynym pewnym sprawdzianem wartości metody jest wynik ostateczny po upływie dłuższego czasu, t. j. wystąpienie lub niewystąpienie nawrotu.

SZTEYNER za przeciwwskazania uważa wiek bardzo podeszły, zwłaszcza wobec nieżytyów oskrzeli i rozedmy, jak również wielkie ewentracje. Operuje sposobem KOCHER'a z modyfikacją POSTEMPSKIEGO, używa szklanych drenów; wyniki ma pomyślne.

ODERFELD przytacza przypadek przez niego operowany z ewentracją, przedstawia fotografię przed i po operacji.

CIECHOMSKI stosuje przy operacji przepuklin zastarzałych dużych, a zwłaszcza uwięzionych sposób BASSINI'ego, przy operacji przepuklin świeższych chętniej stosuje sposób KOCHER'a zmodyfikowany. Dobry wynik operacji zależy, zdaniem C. głównie od dokładnego zeszytania wrót przepuklinowych, w tym celu przy metodzie BASSINI'ego jak najdalej przecina rozścięgną m. skór nego zewnętrznego, posuwa sznurek nasienny jak najwyżej i nakłada co najmniej cztery do sześciu szwów głębokich na mięsień skórny zewnętrzny i więz POUPART'a—przyczem nie należy za mocno zaciskać szwów głębokich i nie nakładać szwów zbyt gęsto. C. używa do szwów głębokich najczęściej jedwabiu, dla powłok zewnętrznych—dru. Co do przeciwwskazań, to C. nie waha się operować doszczętnie nawet u podeszłych w wieku, jeżeli serce i nerki pracują dostatecznie.

DUNIN zapytuje, jak mają postępować lekarze? Wszak przepukliny spotyka się nader często, czy więc każdemu choremu doradzać operację?

KIJEWSKI za przeciwwskazanie uważa wiek podeszły, nadmierne rozmiary przepukliny u ludzi starszych i choroby poważne narządów wewnętrznych; we wszystkich innych przypadkach, zwłaszcza u ludzi pracujących fizycznie, należy operować. U małych dzieci K. niechętnie operuje, ze względu na niemożność utrzymania czystości; K. stosuje przeważnie metodę BASSINI'ego. Przy małych przepuklinach wyseparowuje cały worek przepuklinowy, przy wielkich zaś worek otwiera. Operacje przepuklin K. przeważnie wykonywa, posiłkując się zastrzyknięciem dość znacznej dawki morfiny, a miejscowo stosuje metodę SCHLEICH'a. Operowani na ból się nie skarżą. Chloroformu używa rzadko. K. potwierdza zdanie CIECHOMSKIEGO co do szwów głębokich.

BR. SAWICKI podnosi niektóre szczegóły operowania przepuklin u dzieci. Z operacją u dzieci należy się wstrzymywać o ile brama przepuklinowa nie jest zbyt szeroka; lecz nawet w pierwszym roku życia dziecka operować trzeba, jeżeli brama jest bardzo szeroka i pasek nie zapobiega wypadaniu trzew. Podczas operacji pomocnik powinien stale naciskać palcem na okolicę bramy przepuklinowej, gdyż u dzieci wypadanie trzew podczas operacji następuje bardzo łatwo. Zupelne oddzielenie worka przepuklinowego u dzieci jest zbyt czynne. Co do zaszywania kanału pachwinowego, S. uważa za najpewniejszy sposób BASSINI'ego. Gojenie u dzieci zazwyczaj bywa łatwe. Operowanie wielkich przepuklin u ludzi w bardzo podeszłym wieku uważa S. za trudne i ryzykowne.

KRAUSE podnosi trudności przy operacji wielkich przepuklin u ludzi starszych (*eventratio*); przytacza przypadek własny u mężczyzny 40-letniego; podczas operacji K. przekonał się, iż w jamie brzusznej został tylko żołądek, dwunastnica i część kiszki cienkiej. Operację dokończył K. sposobem BASSINI'ego. Wynik pomyślny. Po roku jednak przepuklina zjawiała się na nowo, gdyż chory pomimo polecenia paska nie nosił. K. operuje przeważnie sposobem BASSINI'ego, kilkadziesiąt dokonanych operacji dało mu dobre wyniki. Danych statystycznych co do nawrotu zebrać nie mógł. K. uważa, iż worek przepuklinowy należy zawsze przeciąć. W odpowiedzi na zapytanie DUNINA K. jak i inni odpowiada, iż tylko w wyjątkowych wypadkach należy się wstrzymywać od operacji. Paski, zwłaszcza u osób fizycznie pracujących, nie osiągają celu, jak to słusznie zaznaczył KIJEWSKI.

GROSGLIK jako jedno jeszcze wskazanie do operacji przytacza *impotentiam coeundi* wskutek wciągnięcia prącia w guz przepuklinowy. Chorzy sami żądają w takich razach operacji. G. przytacza przypadek podobny z własnego

doświadczenia [30-letniego mężczyzną]. Operował metodą **BASSINI'**ego przy znieczuleniu miejscowem metodą **SCHLEICH'a** [operacya trwała 1½ godz.]. Od operacyi upłynęło 3 lata, nawrotu niema. G. zachęca do operowania w znieczuleniu miejscowem.

Odpowiada prelegent, zaznaczając jeszcze raz, że właściwie przeciwwskazań do operowania doszczętnego przepuklin niema, zwłaszcza przy stosowaniu znieczulenia miejscowego. *J. Brudziński.*

Wiadomości bieżące.

— Projekt Arcybiskupa warszawskiego **POPIELA** utworzenia z ofiar publicznych oddziału sanitarnego, złożonego z siostr miłosierdzia, kapelana i lekarzy i wyprawienia go na Daleki Wschód, aby niósł pomoc rannym i pociechę religijną licznym katolikom, tam znajdującym się, uzyskał zatwierdzenie władzy.

— Zmarły w Siedlcach w początku r. b. dr **ALEKSANDER PRZYBYLSKI** w 74 r. życia znaczną część swego majątku zapisał miejscowemu Towarzystwu Dobroczynności.

— Dotychczasowy pomocnik kierownika oddziału chemicznego w petersburskim Instytucie medycyny doświadczalnej dr **DZIERŻEWSKI**, znany czytelnikom naszej „Gazety“ z prac, drukowanych w ciągu kilku ostatnich lat, mianowany został kierownikiem praktycznego higienicznego oddziału w tymże instytucie.

— Rząd gubernialny Kurlandski postanowił otworzyć pracownię bakteriologiczną dla naukowego badania trądu w jednej z 3 leprosorii, znajdujących się w tejże gubernii [w pobliżu miast Bauske, Tuekum i Talsen], a utrzymywanych przez prywatne stowarzyszenie.

— Dwaj lekarze Hamburgskiego Instytutu chorób podzwrotnikowych, dr **OTTO** i dr **NEUMANN**, kosztem kupców miejscowych zostają wysłani do Ameryki Południowej celem badania zółtej febrы.

— Dla zapewnienia się, czy prawdziwe są skargi, niejednokrotnie w prasie francuskiej podnoszone, o trwonieniu majątku rady dobroczynności publicznej miasta Paryża [Assistance publique] w szpitalach miejskich, a ewentualnie dla zapobieżenia temu złemu, jeśli ono istnieje, prezes tej rady, **MESUREUR**, wyznaczył 9 inspektorów, którzy w każdym ze szpitali mają w ciągu 10-iu dni badać chorych lub otrzymywać od nich skargi odnośnie obsługi lekarskiej, kuchni, apteki, pralni etc., by tym sposobem wprowadzić do szpitali konieczne ulepszenia i oszczędności.

— Dla zapobieżenia przepelnieniu szpitali paryskich dr **BABIŃSKI** proponuje utworzenie zakładów pośrednich między szpitalem a przytułkiem nocnym [Asiles pour impotents temporaires], w których chorzy mogliby pozostawać na leczeniu przez krótki czas podczas napadów choroby peryodycznie się powtarzających. Prasa lekarska francuska bardzo pochwała ten projekt.

— Po otrzymaniu pozwolenia od rządu portugalskiego na imię ks. Fryderyka Karola v. **HOHENLOHE** zawiązało się w Berlinie towarzystwo z kapitałem 800000 marek celem budowy sanatoryjów na wyspie Maderze.

— W ciągu ostatnich lat 10-u liczba studentów medycyny w uniwersytetach Niemieckich zmniejszyła się o 1724, t. j. 22% [z 7796 na 6072].

Sprostowanie. W pracy „O rzekomem krwiotwórczem działaniu arseniku“, umieszczonej w Nr. 8-ym i 9-ym „Gazety“ powinno być: na str. 174, w 12 w. z dołu zamiast **E. HIRB'a** — **E. HIRT'a**; na str. 175 w. 2 w tabelce zamiast 20,87 ma być 20,37; str. 176 w. 9 z dołu zamiast 160000 ma być 16000; str. 200 w. 3 z dołu zam. zdrowszych ma być odnośnych; str. 201 w. 21 z góry zam. 80000 ma być 800000; str. 202 w. 17 z góry zam. przeczę ma być przeczą; str. 204 w. 1 z góry zam. zapaść ma być wykluczyć.

Do niniejszego numeru Gazety dołącza się prospekt „Protylina Roche“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.