

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 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.

## Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi wodań tlenku żelaza, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 gran.). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotnie badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencji z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.



WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

# TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach. 0—8

**Dr. M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 33. 0—4

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, **Dr. L. Nencki** i chemik **P. Rakowski** dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materyjłów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—4

## KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

**Biehlera** ul. Nalewki  
**Borowskiego** ul. Przejazd  
**D-r Heinricha** plac Teatralny  
**Karpińskiego** ul. Elektoralna  
**Kucharzewskiego** ul. Miodowa

**Liłpopa** ul. Nowy-Świat  
**Rutkowskiego** ul. Długa  
**Sobołewskiego** ul. Dzika  
**Turskiego** ul. Karmeliaka  
**Ziemińskiego** ul. Marszałkowska

## BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimka 27.

12—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

# PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,  
oryginalnie napisana przez

## D-ra Med. Rohego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—6



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. M. NENCKI [z Bernu]. Salol, jego związki i ich zastosowanie lecznicze.—II. L. PRZED-BORSKI. Obecne metody leczenia gruźlicy krtani [Ciąg dalszy]. — III. J. PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnym zapaleniem wsierdza (*Endocarditis pneumonica*) [Ciąg dalszy]. — T. DUNIN. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala żydowskiego [Ciąg dalszy].— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

## I. SALOL,

### JEGO ZWIĄZKI I ICH ZASTOSOWANIE LECZNICZE.

(Rzecz czytana na klinicznym posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 6 Września 1887 r.)

Przez

**Prof. Marceliego Nenckiego** [z Bernu].

Szanowni Panowie! Jako członek Towarzystwa, czuję się w obowiązku, za każdą swą bytnością w kraju, uczestniczyć w Waszych posiedzeniach. Ostatnim razem przed trzema laty, na tem samym miejscu, przedstawiłem Wam wyniki badań moich i innych autorów nad fizjologicznym spalaniem.

Przedmiot, o którym obecnie mam zamiar Szanownym Panom mówić, ma więcej znaczenie praktyczne. Mówiąc to, mam na uwadze nowy przezemnie wynaleziony środek leczniczy, a mianowicie salicylan fenolu, przez skrócenie — salolem zwany, oraz pochodne tego związku.

Nowy środek leczniczy! Niejeden z Panów praktyków przyjmie te słowa z pewną niechęcią. Ileż to w ostatnich czasach wprowadzono nowych środków! Jakżeż zmieniły się czasy od epoki skeptycyzmu szkoły Wiedeńskiej. Czasy wyłącznego panowania alkaloidów z kory chinowej i makowca bezpowrotnie minęły; stanowczo utrzymuję teraz, iż z każdym rokiem pojawiać się będą nie tylko nowe, ale co ważniejsza dobre i pożyteczne leki.

Historija naturalnych i sztucznych barwników ilustrować może doskonale niedaleką przeszłość środków lekarskich.

Od czasu odkrycia aniliny i jej pochodnej, rozaniliny, kwasu rozolowego i t. p., sztuczne barwniki coraz to więcej rugowały z użycia barwniki naturalne, otrzymywane z tkanek roślinnych i zwierzęcych. Usiłowano dobre naturalne barwniki, jakoto karmin, indygo, alizarynę, otrzymać tańszym sposobem, a barwniki naturalne mniejszej wartości, jak hematoksylinę, brazylinę, „jaune indienne“ zastąpić lepszymi sztucznymi.



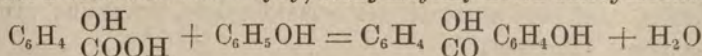
Dzisiaj chemija i przemysł takie postępy uczyniły, iż nie ma prawie tygodnia, by jakiego nowego barwnika nie odkryto. Alizaryna z rośliny „*Rubia tinctoria*“ wcale już nie bywa wyrabianą, otrzymują ją sztucznie z antrachinonu. Indygo sztuczne walczy o byt z naturalnem, co wpłynęło znacznie na obniżenie jego ceny, słowem powstał cały szereg syntetycznie otrzymywanych przepysznych farb ze wszystkimi kolorami tęczy, blaskiem i fluorescencyją, o jakich przed 20 laty wcale nie marzono.

To co się stało z barwnikami, stanie się bezwątpienia i z naturalnemi lekami. Od czasu jak dowiedziono, iż wiele naturalnych alkaloidów, a głównie kory chinowej, są pochodniami pyrydiny i chinoliny, a alkaloidy makowca pochodniami *phenanthrenu*, usiłowania nowoczesnych chemików skierowane zostały ku temu, aby z wyżej wymienionych związków otrzymać sztucznie jeżeli już nie też same, to przynajmniej im podobne alkaloidy.

Chinolina i pyrydina, otrzymane syntetycznie przez SKRANP'a, są ciałami nader taniemi, a literatura ich jest tak obszerna, iż wielu z chemików wyłącznie tylko nad tą grupą pracuje. Czem dla barwników są azo i diazo związki, tem dla alkaloidów jest chinolina i pyrydyna. Otrzymane w ostatnich czasach sztucznie kairyna, talina, antypiryna, acetanilid [antifebryna], wywołały wielką konkurencyję chinie i obniżyły znacznie jej cenę.

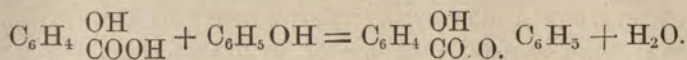
Z drugiej strony, pochop do tworzenia nowych leków i wdzięczamy szybkie mu i ciągłemu postępowi bakteryjologii. Od czasu wprowadzenia przez LISTER'a fenolu do opatrunku ran, zaczęto próbować cały szereg środków przeciwnilnych, początkowo z ciał nieorganicznych jak chlorku cynku, bizmutu, octanu glinu, kwasu bornego, sublimatu, a z organicznych kwasu benzoowego, tymolu, kwasu salicylowego. Ten ostatni środek w historyi leków chorób zakaźnych jest ważny ze względu na jego swoiste działanie w ostrym gościecu stawów. W jaki sposób kwas salicyłowy objawia swoje działanie w ostrym gościecu stawów, czy to czyniąc nasze tkanki więcej odpornemi, lub wprost zabijając mikroby, bez szkody dla naszych komórek, kwestyja ta, jak dotąd, stanowczo nie jest rozstrzygniętą. Faktem jest jednak, iż ostry gościec stawów przestał być dla nas chorobą tak ciężką, upartą i często niebezpieczną, jakim był dawniej. Raz wiedząc, iż przeciw pewnym rodzajom chorobotwórczych grzybków mamy pewne i skuteczne środki, zadaniem chemików i farmakologów będzie starać się, w miarę wynajdywania przez bakteryjologów swoistych grzybków dla danej choroby, wynajdywać nowe swoiste środki, nieszkodliwie jednak wpływające na nasz ustrój.

Przed dziesięciu laty opracowywałem zachowywanie się kwasów tłuszczowych i fenolów w obec środków wodę odciągających. Z prac tych, które już to przezemnie samego, już to przez moich uczniów, drukiem ogłoszone zostały, wynika, iż fenole i kwasy organiczne, ogrzane z  $ZnCl_2$ ,  $SO_4H_2$ ,  $SnCl_4$  i t. p., dają k e t o n y wskutek utraty cząsteczki wody. Zupełnie inaczej zachowują się kwasy i fenole, jeżeli jako środka wodę odciągającego użyjemy oksychlorku fosforu. W tym razie nie tworzą się ketony l e c z e t e r y. I tak, ogrzewając kwas salicyłowy i fenol z tetrachlorkiem cyny, otrzymujemy keton salicylofenolowy:





Ogrzewając zaś te same ciała z oksychlorkiem fosforu, otrzymujemy izomeryczny mu ester kwasu salicylowego z fenolem:



Metoda ta otrzymywania esterów za pomocą oksychlorku fosforu jest ogólną i w wielu razach zgodną z obliczeniem teoretycznym, tak, iż tą drogą cały szereg esterów fenolowych przezemnie otrzymany i opisany został. Jak wiadomo, zwykle służące nam jako pokarm tłuszcze są mieszaniną obojętnych esterów gliceryny z kwasami palmitinowym, stearynowym i olejowym. W ciągu moich badań nad tłuszczami, zawartymi w kiszkaż, o ile takowe przez sok trzustkowy rozłożone zostają na glicerynę i wolne kwasy tłuszczowe, przyszła mi myśl przekonać się, czy i w jakim stopniu etery alkoholów aromatycznych, t. j. fenolów, które chemicznie za tłuszcze uważać można, ulegają również rozkładowi pod wpływem soku trzustkowego. Przeprowadzone w tym kierunku doświadczenia z eterami fenolowemi kwasu bursztynowego, benzoosowego i salicylowego wykazały, iż etery te podane w dozach od 5—10 grm. dziennie, rozpadają się również na swoje części składowe, przechodzą do moczu i jako takie dają się nawet ilościowo oznaczyć.

Jak to powyżej nadmienilem, tak fenol jak i kwas salicylowy są nader cennymi środkami dla medycyny. Wewnętrzne zastosowanie jednak obu tych ciał, jak to Sz. Panom praktykom wiadomo, przedstawia pewne trudności. Fenol ścina ciała białkowate i dlatego też tylko w małych ilościach i w znacznym rozcieńczeniu może być do wewnątrz podawany. Z drugiej strony znaną jest rzecz, jak kwas salicylowy lub salicylan sodu po dłuższem używaniu staje się trudnym, a nawet niemożliwym do zniesienia. Niektórzy chorzy, zwłaszcza z wrażliwym żołądkiem, wcale kwasu salicylowego lub jego soli znosić nie mogą i dostają prędko po przyjęciu środka gniecienia w okolicy żołądka i wymiotów. Rodziło się zatem pytanie, czyby zamiast pojedynczo podawać fenol i salicylan sodu, nie lepiej było podawać ciała te w połączeniu jako eter kwasu salicylowego i fenolu. Ciało to nierozpuszczalne w wodzie, topliwe przy ciepłocie 43° C., mające charakter obojętnego tłuszczu, przechodzi przez żołądek niezmiennie do kiszki i tam głównie przez sok trzustkowy, po części przez alkaliczną zawartość kiszki i przez bakteryje znajdujące się w kiszkaż, ulega rozkładowi na fenol i kwas salicylowy. [Salol daje przy rozkładzie 60% kwasu salicylowego i 40% fenolu]. Rozkład ten odbywa się zwolna, a ponieważ wessanie ma miejsce natychmiast, produkty zatem rozkładu nie gromadzą się zbyt w kiszkaż.

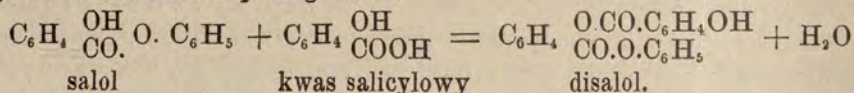
Pierwsze lecznicze doświadczenia z salicylanem fenolu czyli salolem wykonał z porady mojej D-r SAHLI w Bernie; wyniki były nader pomysne, salol okazał się skutecznym w ostrem zapaleniu stawów i wogóle we wszystkich gośćcowych cierpieniach, nerwobólach, niezytach pęcherza, przewlekłym niezycie kiszki i przewlekłym gośćcu. Ogół chorych z małemi wyjątkami przyjmował salol chętniej niż salicylan sodu. W dawkach do 6—8 grm. dziennie, dłuższe używanie salolu najmniejszego złego wpływu na ustrój nie wywiera. Znani mi są



chorzy, którzy codziennie od dwóch lat jeden do dwóch grm. używają bez najmniejszych złych skutków; przy większych dawkach, jak 6—8 grm. używanych przy ostrym reumatyzmie u dorosłych, wprowadzamy do ustroju 2,5—3,5 grm. fenolu. Ponieważ fenol w ustroju po części na pyokatechinę [brenzkatechinę] utleniony zostaje, które to ciało szybko na powietrzu czernieje, ztąd też i moc chorych po salolu przyjmuje na powietrzu barwę brunatną, *resp.* czarną, co jednak dla lekarza, który dozę fenolu z góry zna, nie potrzebuje być powodem obawy. Wkrótce też gdy D-r SAHLI spostrzeżenia swoje ogłosił, salol szybko się w szpitalach niemieckich, francuzkich i amerykańskich rozpowszechnił.

Ja sam, jako niepraktyk, w szczegółowy rozbiór literatury salolu wdawać się nie będę, tem więcej, iż salol nietylko wewnątrznie, lecz jak obecnie w najrozmaitszych chorobach chirurgicznych i ginekologicznych znajduje zastosowanie. Szerokie zastosowanie znalazł salol w higienie jamy ustnej; dolewając roztworu alkoholowego salolu do wody, otrzymujemy zawiesinę, z której przy płukaniu ust, salol w drobnych cząsteczkach osiada na błonie śluzowej, wysięlającej jamę ust i na zębach. Salol, jako ciało obojętne, nie działa wcale szkodliwie na zęby, z drugiej strony jest on środkiem słabo tylko przeciwnilnym, lecz, jak już nadmieniono, zostaje on na swoje części składowe rozłożony nietylko przez sok trzustkowy, ale i przez bakteryje, rozcieńczone alkalijs, dłuższe gotowanie wodnych lub alkoholowych rozczyńców i t. p.. W jamie więc ustnej osadzone cząsteczki salolu powolnie rozkładają się na swoje części składowe jako to, kwas salicylowy i fenol i tym sposobem działają przeciwnilnie. Opierając się nietylko na danych teoretycznych, lecz na danych otrzymanych w praktyce, D-r SEIFERT z Würzburga gorąco salol przy chorobach jamy ust i gardła zaleca.

Salicylan fenolu jest jednym z przedstawicieli całego szeregu podobnych mu eterów. Z kwasu salicylowego i naftolów rezorcyny, kresolu, tymolu, hydrochinonu otrzymane zostały odpowiednie etery. Z tych dotychczas salicylan  $\beta$ -naftolu, salinaftolem albo też betolem zwany, poleca prof. KOBERT w Dorpacie, zamiast salolu, tam, gdzie zbyt drażliwi chorzy i salolu nie znoszą. Zastępując wodór hydroksylowy w salolu jeszcze przez jedną cząstkę kwasu salicylowego otrzymać można disalol podług wzoru:



Ciało olejowate, bez zapachu, nierozpuszczalne w wodzie. Spostrzeżenia nad działaniem tego środka, tak w chorobach wewnętrznych jak i w chirurgicznych, wykonywa D-r SAHLI w Bernie. W ostatnich czasach otrzymał asystent mój, D-r BERLINERBLAU, z kwasu salicylowego i eukaliptolu odpowiedni ester, jako ciało białe, bez smaku i zapachu, topiące się przy 127° C. Ze względu na terapeutyczną wartość eukaliptolu — interesującemi będą doświadczenia kliniczne z tym związkiem.

Tak więc na widnokręgu terapii coraz nowe otwierają się drogi. Nietylko teoretyk ale i praktyk musi się coraz więcej uczyć, gdyż jak wiadomo „kto nie idzie naprzód, ten się cofa“.



## II. OBECNE METODY LECZENIA

# GRUŻLICZY KRTANI

Opisał

**Ludwik Przedborski**

ordynator szpitala czasowego w Łodzi.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 37].

Zasluga wprowadzenia kwasu mlecznego domiejscowego leczenia krtani całkowicie należy się KRAUSE'mu. W roku 1885 w Nr. 29. *Berl. klin. Wochenschrift* KRAUSE po raz pierwszy ogłosił wyniki, jakie otrzymał przy leczeniu owrzodzeń gruźliczych krtani kwasem mlecznym. Fakty, podane przez KRAUSE'go, następnie stwierdzili JELINEK, GOTSTEIN i HERYNG. Za punkt wyjścia KRAUSE'mu posłużyły pouczające badania MOSETIG-MOORHOF'a nad działaniem kwasu mlecznego przy *caries fungosa* i *lupus vulgaris*. Badania te dostarczyły nam fakt bardzo doniosłej wartości, że kwas mleczny silnie niszczy tkanki patologicznie zmienione, słabo zaś działa na tkanki zdrowe, wskutek czego działanie chemiczne kwasu mlecznego na gruźliczo zwyrodniałe tkanki jest zupełnie odmienne, gdyż ich energija biologiczna, znacznie zmniejszona, słabszy stawia opór działaniu środków. Analogija pomiędzy produktami wilka i gruźlicy skłoniły KRAUSE'go do szeregu prób z kwasem mlecznym. KRAUSE rozpoczął pędzlowania 10% kwasem mlecznym, szybko przechodził do coraz mocniejszego, wreszcie do 80% lub czystego kwasu. Pierwsze pędzlowania były bardzo bolesne, wywoływały silny skurecz głośni, pieczenie i ból czasami kilka godzin trwający. W miarę przyzwyczajania się chorych do kwasu mlecznego, nieprzyjemne te objawy szybko mijały nawet przy użyciu bardzo silnych roztworów i energicznem wcieraniu. Pierwszym skutkiem stosowania kwasu mlecznego na obrzmiałą błonę śluzową bywa zblednięcie części płynem zwilżonym. Roztwór 80% zwykle wywołuje powstanie strupa białego silnie do owrzodzeń przylegającego, jednocześnie nasięk gruźliczy się zmniejsza, a z nim i obrzmienie. Po odpadnięciu strupa, dno owrzodzenia pokrywa się ziarniną, istniejące wyrosła i sople granulacyj znikają. Ból przy łykaniu się zmniejsza, stan ogólny chorego zaczyna się poprawiać, wreszcie na miejscu owrzodzenia wytwarza się blizna nierówna, zagłębiona, pełna dołeczków. Przy twardych nasiękach (*oedema durum*) dla ułatwienia kwasowi mlecznemu dostawania się do części głębszych, KRAUSE miejsca te poprzednio kilkakrotnie nacinał. Na mocy swych doświadczeń, KRAUSE kwas mleczny uważa jako środek zdolny do powstrzymania rozwoju i szerzenia się owrzodzeń krtani, sprowadzający ich zabliznienie i wchłonięcie nasięków gruźliczych. Najlepsze rokowanie według KRAUSE'go dają przypadki, w których tylna ściana nie jest zajęta owrzodzeniami, a chorzy nie są mocno wyniszczeni. Preparat okazany VIRCHOW'owi, przyjęty był przez tegoż jako dowód stwierdzający możliwość zabliznienia się owrzodzenia gruźliczego. Wkrótce potem w kli-



nice prof. SCHROETTER'a kwas mleczny został ponownie wypróbowany, a wszystkie cenne własności tego leku przez JELINK'a w zupełności zostały stwierdzone. Według JELINK'a kwas mleczny działa pomyślnie i na przerosłe tkanki narządów, działanie więc jego nie jest specyficznem przy gruźlicy krtani, odnośnie zaś suchot krtani, stanowcza zachodzi różnica pomiędzy działaniem kwasu mlecznego na owrzodzenia i na obrzęki gruźlicze. U nas szersze zastosowanie kwasowi mlecznemu w leczeniu gruźlicy krtani pierwszy nadał HERYNG, który wkrótce po ogłoszeniu pracy KRAUSE'go środek ten zaczął stosować. Wyniki, stwierdzające nietylko we wszystkim szczegóły podane przez KRAUSE'go i JELINK'a, lecz rzucające jeszcze wiele światła na nową i niezbadaną jeszcze dostatecznie metodę leczenia suchot krtaniowych, HERYNG odczytał na posiedzeniu rocznem francuzkich laryngologów w Paryżu dnia 29 Kwietnia 1886 r..

Szczegóły tej pracy, drukowanej w całości w Gazecie Lekarskiej, czytelnikom są znane, powtarzać ich więc tu nie uważamy za właściwe.

Pomimo wyników jakie KRAUSE, JELINEK i HERYNG otrzymali, nie brak też i wielu lekarzy, którzy kwasowi mlecznemu stanowczo odmawiają wyższości nad innymi lekami, niektórzy zaś wprost do szkodliwych go zaliczają. MASSEI <sup>1)</sup> przez dłuższy czas stosował kwas mleczny w stężeniu dochodzącem do 80%, trzymając się ściśle wskazówek JELINK'a, w przypadkach nacieczenia gruźliczego błony śluzowej krtani bez lub z owrzodzeniami. MASSEI na mocy swych spostrzeżeń przyszedł do przekonania, że stężone roztwory kwasu mlecznego wywołują w krtani obumarcie powierzchownych warstw, *resp.* nabłonka błony śluzowej z utworzeniem strupa i utratę tkanki, dodatniego wpływu na zanikanie sprawy gruźliczej nie spostrzegął. Jednocześnie z wygłoszeniem przez HERYNGA na posiedzeniu rocznem francuzkich laryngologów odczytu o kwasie mlecznym jako środku leczniczym przy owrzodzeniach gruźliczych, MASSEI odczytał rozprawę dnia 29 Kwietnia 1886 r.: „*Du traitement local de la tuberculose laryngée (per. ulcèreuse), par les moyens chirurgicaux*“. W pracy tej MASSEI rozpatruje leczenie objawowe symptomatyczne i radykalne. Leczenie objawowe powinno polegać na usunięciu zaburzeń w akcji połykania i mowy i na zwalczeniu duszności. Trudność przy lykaniu najskuteczniej usunąć podług M. kokainą, wszelkie inne w tym celu zachwalane środki, jak mentol kofeinę, śmiało zarzucić można, duszność zaś i brak powietrza najsluszniej zwalczać stopniowem rozszerzaniem krtani (*tubage*). Środka do zupełnego uleczenia gruźlicy krtani, twierdzi MASSEI, wprawdzie nie posiadamy, za to jodoform w tym kierunku znaczne nam wyświadcza usługi. MASSEI wierzy, że jodoform może sprzyjać zupełnemu zagojeniu się owrzodzeń gruźliczych, lecz owrzodzenia te prawie zawsze bez wyjątku się wracają. Zdaniem M. zachwalany w ostatnich czasach przez KRAUSE'go i JELINK'a kwas mleczny, nawet w 80% stężeniu jodoformu zastąpić nie może. Na zjeździe naturalistów w Berlinie, podczas odbytej w dniu 21 Września 1886 r. sessyi laryngologów, miejscowe leczenie suchot krtani, a przeważnie działanie przytem

<sup>1)</sup> Sul valore negativo dell'acido lattico nella cura della tubercolosi laringea. Bollettino delle malattie dell'orecchio Nr. 3. 1886.



cierpieniu kwasu mlecznego, podległo nowej a wyczerpującej dyskusji. KRAUSE, powołując się na poprzednie swe prace, dołączył nowe spostrzeżenia dotyczące sprawy powstawania strupów, łatwości z jaką strupy mogą być wzięte za wydzielinę, nareszcie zwrócił uwagę na trudność odróżnienia blizn powstałych po owrzodzeniach gruźliczych od istniejących owrzodzeń. KRAUSE również wyrzekł się swego poprzedniego poglądu, jakoby owrzodzenia tylnej ściany krtani miały ustępować działaniu kwasu mlecznego trudniej niż położone w innych miejscach krtani. Tylko w przypadkach silnego wyniszczenia KRAUSE radzi zupełnie zaniechać leczenia kwasem mlecznym, przy dobrze zaś zachowanych siłach chorego i starannej technice nie ma owrzodzeń gruźliczych, które by pod wpływem kwasu mlecznego się nie zagajały. HERYNG, potwierdzając w zupełności wszystkie szczegóły podane przez KRAUS'ego, a dotyczące działania kwasu mlecznego, wyłożył obszernie zasady chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani [śmiałe cięcia, wyskrobywanie owrzodzeń, zniesienie sopli i wyrosli granulacyjnych, przyżegania kwasem chromnym i t. p.] i polecił jako dzielny środek przy leczeniu suchot krtani, wstrzykiwanie z 0,02—0,03 *cocaini muriat.* w tkanę podśluzową tylnej ściany krtani. Wstrzykiwania te na znacznie dłuższy czas znoszą chorobliwie wzmoczoną drażliwość błony śluzowej, a przytem nie są tak kosztowne jak zwykłe pędzlowania. SCHNITZLER podczas powstałej dyskusji utrzymywał, że od lat wielu jest zwolennikiem poglądu o wyleczalności owrzodzeń gruźliczych, gdyż wielokrotnie spostrzegał przypadki pomyślnego zejścia suchot krtani; nie zaprzeczając wartości kwasu mlecznego, jednakże po wdmuchiowaniach jodoformu widział daleko lepsze wyniki, wskutek czego, na mocy własnego doświadczenia, metodę tę jako najpraktyczniejszą, zalecić może. ROZENBERG zwrócił uwagę na mentol, z którym robił liczne doświadczenia w klinice B. FRAENKEL'a. KRAUSE wstrzykuje chorym początkowo 1—2 razy dziennie, 1—2 grm. 20% mentolu za pomocą szprycki BRAUN'a, kroplami, wprost na miejsca gruźliczą sprawą dotknięte, po kilku zaś tygodniach co 3 dzień. Sposób ten, według KRAUS'ego, nie dokucza chorym, przeciwnie sprawia im przyjemność, może być przez czas dłuższy stosowanym bez nieprzyjemnej ze strony chorego reakcji. Pod wpływem mentolu już wkrótce się ujawnia widoczna poprawa; dno owrzodzeń oczyszcza się i pokazuje świeża, czerwona, zdrowa ziarnina, obrzmienia, szczególnie w początkach, zmniejszają się, nacieczenia jednakże gruźlicze okazują się uporczywszemi, owrzodzenia zagajają się po 4—6 tygodniach. Działanie mentolu K. wyprowadza z następujących jego własności 1) mentol może powodować bezkrwistość tkanek (*anämisirende Wirkung*), 2) usuwa ból, 3) działa antyseptycznie [według SORMAN'a i BOGNATELLI zabija laseczniki]. Zasluguje również na uwagę, jak słusznie twierdzi KRAUSE, że z całego rzędu znanych nam środków antyseptycznych żadnego w tak wielkiej ilości i stężeniu i przez tak długi czas bezkarnie do ustroju wprowadzać nie możemy jak mentolu. Ponieważ mentol zarówno jak i kwas mleczny posiada własność zabijania laseczników, nabiera więc według B. FRAENKEL'a pierwszorzędnego znaczenia w szeregu środków zalecanych przy gruźlicy krtani. Jeżeli bowiem w owrzodzeniach gruźliczych zawsze znaleźć musimy laseczniki, to kwas mleczny i mentol przy bezpośrednim zetknięciu z nimi, ujawniając swą zabójczą przeciw lasecznikom działalność, sprzyjają zabliznianiu się owrzodzeń gruźliczych.



Wyżej przytoczone fakty dowodnie stwierdzają, że leczenie miejscowe gruźlicy krtani wielką ma przed sobą przyszłość. Przy leczeniu gruźlicy krtani, powiada M. SCHMIDT, głównem zadaniem jest zbadać warunki, przy których wyleczenie następuje i znaleźć odpowiednią metodę leczenia opartą na ogólnej zasadzie dezynfekcyi, t. j. niszczenia i usuwania produktów choroby.

Zdanie to w zupełności wyczerpuje program leczenia, jaki zastosować wypada w razach, w których do uleczenia suchot krtaniowych dążymy. Przy jakich warunkach następuje uleczenie gruźlicy krtani? Na pytanie to kliniczne spostrzeżenia już dawno twierdzącą nam dały odpowiedź: wzmacniając ustrój przez podniesienie sprawy odżywiania, przez powiększenie jego siły odpornej na zewnętrzne szkodliwe wpływy, przez pobudzenie do większej energii jego sił życiowych, stawiamy go właśnie w warunkach, przy których prawa gruźlicza, w krtani powstała, pomyślnie zakończyć się może. Co się tyczy odpowiedzi na drugie pytanie, jakiej musimy się trzymać metody antyseptycznego leczenia, byśmy w większości przypadków zupełnego zabliznienia się owrzodzeń gruźliczych dopiąć mogli, to takowej obecnie stanowczo dać nie sposób. Nie zbijając doniosłości faktów, podanych przez wielu znanych i sumiennych badaczy, że kwas borny, kreożot, a przeważnie jodoform, przez czas dłuższy stosowane, w wielu przypadkach zupełne uleczenie spowodzić mogą, zdaje mi się, że wyniki leczenia osiągnięte w ostatnich czasach po zastosowaniu metody KRAUS'ego, JELINK'a i udoskonaleni tejże przez HERYNGA wprowadzonych, na stanowczą zasługują przewagę. Na zaznaczenie również zasługuje fakt, że żadną inną metodą nie jesteśmy w stanie w stosunkowo krótkim czasie pomyślniejszych uzyskać wyników leczenia, jak metodą miejscowego niszczenia ognisk rozpadowych za pomocą kwasu mlecznego. Pogląd ten opieram na mej własnej kazuistyce obejmującej 5 przypadków zupełnego uleczenia owrzodzeń gruźliczych krtani, którą poniżej podaję.

**Spostrzeżenie I.** I. K. buchalter, udał się do mnie po poradę d. 16 Maja 1886 r. Chory niskiego wzrostu, dobrej budowy. Przymiotu nie przebywał, od młodości odznacza się skłonnością do zachorowywania na nieżyty dróg oddechowych, kilkakrotnie zapadał na płuca, a przed kilku laty miał obfite krwotoki płucne, wskutek czego odbywał dłuższe leczenie w Gleichenbergu. Z rodziny I. K. pochodzi chorowitej, wychowywał się w nader niehygienicznych warunkach bytu, namiętnie palił, hołdował napojom wysokowym i kultowi Wenery. Od kilku tygodni chory skarży się na szybkie nużenie się podczas rozmowy, na chrypkę, na nieznaczne bóle przy łykaniu i ogólne osłabienie. Ciepłota ciała prawidłowa. W lewym szczytce przytępienie, wydech przedłużony i od czasu do czasu rżenia trzeszczące, w innych miejscach płuc przeważnie z tyłu na przestrzeni obu łopatek lekkie stępienie, przedłużenie znaczne wydechu i rżenia zarówno suche jak i wilgotne. Serce i inne narządy zmian żadnych nie przedstawiają. Gardziel w stanie silnego nieżyty. Obie struny prawdziwe równomiernie nacieczone, przedstawiają się w postaci okrągłych brudno czerwonawego koloru wałków, o nierównej, jakby drobnymi ziarenkami usianej powierzchni. Obie struny przy fonacyi słabe wykonywają ruchy, na tylnej powierzchni nagłośni w bliskości swobodnego brzegu znajduje się niegłębokie soczewicowate owrzodzenie. Chory w żaden sposób w domu przez kilka tygodni pozostać nie chciał, w kantorze podczas codziennych zajęć wiele mówił, pomimo to po 6 tygodniowym leczeniu, w przeciagu którego 8 krotnie stosowałem kwas mleczny



w stężeniu 80%, owrzdzenie na nagłośni zupełnie się zagoiło, nacieczenie strun prawdziwych znikło, obie struny odzyskały prawie prawidłową białość i elastyczność, głos chory odzyskał zupełnie czysty. Chorego w Lipcu 1886 r. wypuściłem z leczenia, miesiąc Sierpień spędził z mej rady na wsi, a do obecnej chwili czuje się znakomicie, głosem włada czystym, nieco tylko słabszego niż poprzednio brzmienia.

W Marcu r. b. przy badaniu krtani u I. K., na tylnej powierzchni nagłośni znalazłem bliznę biało-szarawego koloru na miejscu poprzedniego owrzdzenia, obie zaś struny prawdziwe prawidłowe. Trwałość uleczenia w przypadku tym tem bardziej zasługuje na uwagę, że chory dawnego trybu życia zupełnie nie zmienił, ubiegłej zimy spędził wiele bezsennych nocy na balach, zapamiętałe tańczył, wiele palił, a i obecnie w interesie w którym pracuje, prócz ciężkiej fizycznej pracy zmuszonym jest na bardzo ciężki szwank wystawiać swój narząd mowy. [D. n.].

### III. POWIKŁANIE WŁÓKNIKOWEGO ZAPALENIA PŁUC ZAKAŻNEM ZAPALENIEM WSIERDZIA

(*Endocarditis pneumonica*).

Napisał

**D-r med. Józef Pawiński.**

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 37].

Z kolei wypada nam wspomnieć o najnowszej pracy doświadczalnej PRUDEN'a, jaka się przed kilku miesiącami pojawiła. Była ona przedsięwzięta w celu wyswietlenia pasorzytniczej natury wrzodziejącego złośliwego zapalenia wsierdza, jak również w zamiarze stwierdzenia wyników badań WYSSOKOWICZA. Autor zbadał razem 20 przypadków *Endocarditidis*, z których 7 należało do postaci brodawkowatej (*endoc. verrucosa chronica*), a 13 do postaci wrzodziejącej (*endoc. ulcerosa acuta*). W pierwszej postaci zapalenia, autor nie znalazł ani razu bakteryj. Co się zaś tyczy drugiej, t. j. *endocarditis ulcerosa acuta*, to na 13 przypadków—w 5-ciu znaleziono pasorzyty, w pozostałych zaś 8-miu nie podobna było ich wykazać.

1. Przypadki, w których nie znaleziono bakteryj [8]: w 7-miu stwierdzono stare zgrubienia na zastawkach lewego serca; w 4-ch owrzdzenia znajdowały się na zastawce dwudzielnej i w 4-ch na zastawkach aorty. W 3 przypadkach zapalenia wsierdza poprzedzał reumatyzm stawowy, w 5-ciu zaś niewiadomo.

<sup>1)</sup> An experimental study of Mycosis or Malignant ulcerative Endocarditis by T. MITCHELL PRUDEN. MD. From the laboratory of the alumni association of the College of Physicians and surgeons, New York: The American Journal of the Medical Sciences. Philadelphia, London, 1887. January.



2. Przypadki, w których były bakteryje [5]: w 4-ch znaleziono stare zgrubienia na zastawkach serca, co zaś do umiejscowienia sprawy chorobowej, to w 2 przypadkach zajęte były tylko zastawki dwudzielne, w i-nym zastawki aorty, w 1-nym zastawka trójdzielna i w 1-nym zastawka dwudzielna i trójdzielna. We wszystkich 5 przypadkach śledziona była duża, miękka i zawierała stare i nowe zawały (*infarctus*). Co do stanu poprzedniego, to w dwóch przypadkach wywiady były niepewne, ale na zastawkach aorty i zastawce dwudzielnej znajdowały się stare zgrubienia, w 1 przypadku poprzedzał ostry reumatyzm stawowy, a w dwóch ropnica.

Należy wreszcie dodać, iż obie grupy chorób, dopiero co wymienione, pod względem klinicznym nie różniły się wiele od siebie, co do swego gwałtownego przebiegu. Co się zaś tyczy zmian chorobowych, jakim zastawki ulegają [owrzodzenie, zgorzel, tworzenie się skrzepów], to według zdania PRUDDEN'a, mogą one być równie silnie ujawnione w przypadkach, w których znaleziono bakteryje, jak i w tych, w których nie udało się wykryć pasorzytów. Nadmienić jednak trzeba, że w razie obecności bakteryj na zastawkach, zatyczki (*embolus*) spotykane w różnych narządach, jak również i cała choroba, przedstawiały charakter zakaźny. Z tego też powodu autor przyjmuje dwie postacie wrzodziejącego zapalenia wsierdza: 1) *Endocarditis ulcerosa acuta simplex (non mycotica)*, 2) *Endocarditis ulcerosa mycotica*.

Wreszcie dodaje, że w obu tych postaciach, a zwłaszcza w pierwszej, na zastawkach serca znajdują się ślady dawnych spraw zapalnych w postaci małych wybujałości, lub zgrubień.

Co się zaś tyczy ziarninowego [brodawkowego] zapalenia wsierdza, to PRUDDEN twierdzi, że tylko w ostrej postaci udaje się niekiedy wykryć pasorzyty, w przewlekłej zaś postaci nie spotykał ich nigdy. CORNIL i BABES <sup>1)</sup> wspominają, iż widzieli wprawdzie pasorzyty w ziarninowej postaci zapalenia, jednak nie twierdzą, aby zdarzało się to często. W pewnym przypadku świeżego zapalenia wsierdza jeden z powyższych autorów [CORNIL] znalazł na zastawkach laseczniki gruźlicze. Podobne spostrzeżenia ogłosili także RINDFLEISCH i KUNDRAT. Z przytoczonych na początku naszej pracy spostrzeżeń t. z. *Endocarditis pneumonica* różnych autorów okazuje się, iż MATHIEU i LAUTH znajdowali pneumokoki przy brodawkowatym zapaleniu wsierdza. Tutaj zaliczyć wypada i nasze drugie spostrzeżenie (*pneumonia lobaris sinistra, endocarditis verrucosa ventriculi dextri*), w którym na zastawce trójdzielnej znaleziono tylko wybujałości bez owrzodzeń, gdy tymczasem zakaźnego, tyfoidalnego charakteru choroby nie można sobie było inaczej wytłómaczyć, jak tylko obecnością pasorzytów. Co się tyczy postaci pasorzytów, znajdujących przy wrzodziejącym zapaleniu wsierdza, to bywa ona najczęściej drobno-kulista, tylko w 5 przypadkach znaleziono lasecz-

---

<sup>1)</sup> Les bactéries etc. Paris. 1855.



niki: OSLER <sup>1)</sup>, SMITH, NORTHROP <sup>2)</sup>, NETTER i MARTH'a <sup>3)</sup> i CORNIL <sup>4)</sup>. Co do rodzaju mikrokoków, to najczęściej spotyka się *staphylococcus pyogenes aureus* i *streptococcus pyogenes* [WYSSOKOWICZ, WEICHSELBAUM, PRUDDEN]; oba te rodzaje mikrokoków wstrzyknięte do krwi królików dawały dodatnie wyniki. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nie tylko wspomniane dwa rodzaje pasorzytów, lecz i wiele innych jest w stanie wywołać wrzodzące zapalenie wsierdzia [pneumokoki, laseczniki gruźlicze i t. p.], skoro tylko zastawki serca, bądź to na drodze zmian chorobowych od nas nie zależnych, bądź też na drodze sztucznej, przygotowane zostaną do przyjęcia pasorzytów. Że to przygotowanie właściwego gruntu jest niezbędnem, o tem przekonywają nas najlepiej doświadczenia WYSSOKOWICZA, który tylko wtedy otrzymywał u zwierząt wrzodzące zapalenie wsierdzia, po wstrzyknięciu do krwi pasorzytów, gdy zastawki, przed wstrzyknięciem, zostały sztucznie, za pomocą np. zgłębnika, choćby nieznacznie uszkodzone. To samo wykazują i spostrzeżenia kliniczne.

Powyżej wspomniane mikrokoki, spotykane przy t. z. *endocarditis mycotica*, znajdują się nie tylko na powierzchni i w głębi wybujałości, ale nawet w głębi tkanki samych zastawek w ogromnej ilości, już to w przestrzeniach limfatycznych, już to w samych naczyniach krwionośnych. W jaki sposób przechodzi do skutku osiadanie pasorzytów na powierzchni zastawek, *resp.* wsierdzia? Otóż jedni twierdzą [KLEBS, ORTH], że pasorzyty osiadają wprost ze krwi na zastawkach, drudzy podzielają zdanie KOESTER'a, a mianowicie, że mikrokoki wpadają najprzód przez naczynia wieńcowe serca do naczyń krwionośnych zastawek, tworzą tam zatyczki, a dopiero później z głębi przenikają na powierzchnię wsierdzia. Nam się zdaje, że przy takiej obfitości pasorzytów, jaką się niekiedy we wrzodzącym zapaleniu wsierdzia spotyka i przy znacznych zmianach destrukcyjnych na zastawkach, należy przyjąć, że nie jeden, lecz oba sposoby wnikania mikrokoków mogą mieć miejsce: albo mikrokoki osiadają wprost ze krwi na zastawkach i jednocześnie wnikają do światła naczyń, albo też najprzód osiadają ze krwi na zastawkach, poczem przedostają się do naczyń chorobowo zmienionych i tam tworzą zatyczki (*embolus*), albo też rzecz się ma odwrotnie.

Przechodząc do strony klinicznej naszych spostrzeżeń, mianowicie zapalenia wsierdzia (*endocarditis pneumonica*), wypada nam przedewszystkiem zaznaczyć, że we wszystkich trzech naszych przypadkach mieliśmy do czynienia z zakaźnem zapaleniem wsierdzia (*endoc. infectiosa*), nawet w tym, w którym na sekcji znaleziono tylko wybujałości na zastawce trójdzielnej bez owrzodzeń. Najwydatniej-

1) Gulstonian Lectures on Malignant Endocarditis. Lancet. March 7. 1885.

2) Reports of New York Pathological Society meeting, October 22. 1881.

3) De l'endocardite végétante ulcéreuse dans les affections de voies biliaires. Archives de Physiologie et Path. Juillet, 1886.

4) L'Abeille Médicale. 1864. Nr. 51.



szemi objawami były: silna gorączka [ciepłota dochodziła do 40—40,5° C.], którą zwykle poprzedzały silne dreszcze, znaczny upadek sił, nieodpowiedni do rozmiarów sprawy zapalnej w płucach, zajęcie kanału pokarmowego, stan tyfoidalny i nadzwyczaj przyspieszona czynność serca, połączona w 2-im i 3-cim przypadku z niemiarowością ruchów serca i tętna (*tachy-arrhythmia cordis*). Zaburzenia w działalności serca były w naszych spostrzeżeniach tak wybitne, iż za przykładem angielskich autorów [BRAMWELL <sup>1</sup>)] można by nasze przypadki zaliczyć do kategorii zapalenia wierzdzia typu sercowego (*cardiac type*). W drugim spostrzeżeniu oprócz tego uwydatniał się znacznie i charakter tyfoidalny. Wiadomo, że zwykle przyjmują dwie postacie wrzodziejącego zapalenia wsierdzia: tyfoidalną i ropnicową, a nawet w tej ostatniej rozróżniają jeszcze taką postać, w której napady dreszczów, następczej gorączki i potów przypominają zupełnie zimnicę. Angielscy klinicyści przyjmują prócz tych postaci, postać zapalenia wsierdzia o typie sercowym, która rzeczywiście na wyróżnienie zasługuje. Samo się przez się rozumie, iż postacie te nie są ściśle od siebie odgraniczone, bo jedna w drugą często przechodzi, pod względem jednak klinicznym dogodnym jest podobne ugrupowanie.

Co do ciepłoty, to początkowi zapalenia wsierdzia towarzyszyło zwykle znaczne podniesienie się takowej, w 1-szym przypadku ciepłota w ciągu 24 godzin podniosła się z 39,2° C., do 40,5° C., w trzecim w przeciągu 8 godzin z 38,2° C., do 40,6° C., [w 2-gim przypadku chora przybyła do szpitala już w okresie rozwiniętego zapalenia wsierdzia]. W dalszym przebiegu ciepłota przedstawiała dość znaczne wahania i w ogóle większe, aniżeli przed rozwojem zapalenia wsierdzia. W 1-szym przypadku nasilenia gorączki przypadały przeważnie w godzinach rannych, w 3-cim zaś w godzinach wieczornych, w ogóle zaś gorączka przedstawiała typ zwalniający (*typus remittens*).

Co się tyczy etiologii, to *endocarditis pneumonica* zdaje się występować przy złośliwych postaciach zapalenia płuc, skoro mikroby wywołujące zakażenie posiadają znaczną jadowitość. Z drugiej znowu strony należy pamiętać, że wszystko to, co osłabia ustrój, co zmniejsza jego odporność i żywotność, sprzyja osiedlaniu się mikroorganizmów w różnych narządach, *resp.* w sercu. Na szczególną uwagę zasługują poprzednio istniejące zmiany chorobowe, bądź to w samym mięśniu serca, bądź to w jego błonach, *resp.* na zastawkach [nieznaczne stwardnienie, zgrubienie wolnego brzegu zastawek], które często za życia nie zdradzają się żadnymi objawami klinicznymi, nie przyczyniają choremu żadnych dolegliwości, a które jednak przedstawiają odpowiedni grunt do rozwoju mikrokoków. W naszych trzech przypadkach nie ulega najmniejszej wątpliwości, że momentami usposabiającymi były: w 1-szym stwardnienie brzegów i wybujałości starej daty na zastawkach półksiężycowych aorty (*insufficiencia v. v. semil. aortae*) i przewlekłe zapalenie nerek, w 2-gim rozszerzenie prawej komórki i nieznaczne zgrubienia na zastawce trójdzielnej, a w 3-cim przewlekłe zapalenie mięśnia serca. W dotychczas ogłoszonych przypadkach *endocarditidis pneumonicae*, które mi były dostępne, można zauważyć, że chorzy przebywali poprzednio reumatyzm, że istniały już pewne choć nieznaczne zmiany na zastawkach, a w tych, w których



o tem wzmianki nie ma, zmiany pośmiertne, dotyczące zastawek, mające być wyrazem zakaźnego zapalenia wsierdza, były bardzo nieznaczące i mogły wzbudzać pewne podejrzenie co do słuszności rozpoznania. Co do wieku, to *endocarditis pneumonica* zdarza się w wieku dojrzałym, a głównie w starszym, u dzieci występuje bardzo rzadko. W naszych spostrzeżeniach chore liczyły: 1-sza 35, 2-ga 50, 3-cia 68 lat wieku.

NETTER podaje, iż na 76 przypadków *endocarditidis pneumonicae* przypadło na okres od 0—25 lat: 9 przypadków, na czas od 25—50 lat: 44 przypadków, od 50 i powyżej: 23. Zapalenie zaś opon mózgowych, występujące jako powikłanie zapalenia płuc (*meningitis pneumonica*), zdarza się, według spostrzeżeń NETTER'a, częściej w dzieciństwie i wieku młodszym.

Na 124 przypadków autor zauważył:

od 0 — 25 lat:	33	razy	<i>meningitis</i>
od 25 — 50	54	„	„
50 i wyżej	37		
	—————		
	124		

czyli w odsetkach:

	<i>Meningitis pneum.</i>	<i>Endocarditis pneumum.</i>
od 0 — lat.	26, 23.	11, 84.
25 — „	43, 52.	55, 40.
50 i wyżej	29, 84.	32, 76.

Dodać jednak należy, iż w pierwszej kategorii lat 0—25, zapalenie opon mózgowych występowało 7 razy w pierwszym roku życia.

Częstsze występowanie *endocarditidis pneumonicae* w wieku późniejszym. w którym nieznaczące zgrubienia wsierdza, *resp.* zastawek, zwłaszcza w bliskości ich wolnych brzegów, należą do zwykłych zmian chorobowych, przekonywają nas najoczywiściej o ważności miejscowego usposobienia. To samo wykazały doświadczenia WYSSOKOWICZA na zwierzętach: wstrzyknięcie mikroorganizmów do krwi samo przez się nie było w stanie wywołać grzybkowatego zapalenia wsierdza; aby to ostatnie nastąpiło, potrzeba jeszcze było pewnego naruszenia całości zastawek serca, co za pomocą odpowiednich poruszeń zgłębnika, wprowadzonego przez tętnicę szyjową do serca, uskuteczniano. Dla otrzymania złośliwego grzybkowatego zapalenia wsierdza u zwierząt [królików] nie jest koniecznem przedziurawienie zastawek, powierzchowne nawet obrażenie ścianek aorty lub zastawki dwudzielnej, wywołane zgłębnikiem w czasie operacji, wystarczało dla wytworzenia odpowiedniego gruntu dla osiedlania się i rozwoju mikrokoków. Doświadczenia te mają wielką doniosłość dla całej patologii, ponieważ uczą nas jak ważną rolę w powstawaniu chorób odgrywają przyczyny uspasabiające. Oprócz miejscowego usposobienia, do powstawania *endocarditidis pneumonicae* przyczynia się usposobienie ogólne: przewlekłe zapalenie nerek, charłactwo, o tem świadczy np. częste występowanie zakaźnego zapalenia wsierdza w przebiegu charłaczego zapalenia płuc, jak to w dwóch naszych przypadkach miało miej-



see. To samo możnaby powiedzieć o zapaleniu wsierdzia przyłączającym się do ciężkich, długotrwałych tyfusów.

Wielka częstość, z jaką ostre wrzodziejące zapalenie wsierdzia rozwija się na gruncie dawnych zmian chorobowych na zastawkach, zdaje się wskazywać, że u człowieka brak śródbłonna, jak również obecność nierówności na powierzchni zgrubiałego wsierdzia dostarczają warunków dla łatwiejszego osiedlenia się pasorzytów; podobne warunki wywoływane bywały sztucznie u zwierząt za pomocą mechanicznych lub chemicznych bodźców. W przypadkach zapalenia opon mózgowych, występujących jako powikłanie zapalenia płuc (*meningitis pneumonica*), zauważano także, że mikrokoki osiedlają się łatwiej wtedy, kiedy mózg lub błony mózgowie przedstawiały przed rozwojem choroby, o której mowa, pewne zmiany chorobowe | wylewy krwi, stwardnienie naczyń (*arteriosclerosis*), alkoholizm, dalej zaburzenia towarzyszące zapaleniu nerek i t. p.. Co się tyczy przenikania pasorzytów z płuc do serca, to takowe odbywa się za pomocą naczyń chłonnych i krwionośnych. Bliskość i bezpośredni związek, jaki pomiędzy obydwoema temi narządami zachodzi, ułatwia oczywiście komunikację. [D. n.]

---

## Z POWODU ZAMIERZONEJ BUDOWY NOWEGO SZPITALA ŻYDOWSKIEGO

Napisał

**Teodor Dunin.**

---

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 37].

Osobne oddziały dla rekonwalescentów nie wydają mi się też odpowiedniami, albowiem z sal rekreacyjnych potrzebują korzystać nie tylko rekonwalescenci lecz i chorzy dotknięci chorobami chronicznymi, jeżeli tylko nie są zmuszeni leżeć w łóżku. Długość tej sali wynosić winna co najmniej 10 metrów. W sali znajdują się jeden lub dwa stoły, ławki, fotele dla potrzebujących siedzieć, biblijoteczka, dozwolone zabawy [arcaby, szachy, loteryjka], roboty dozwolone [robienie kwiatów, introligatorstwo]; sala oświetlona gazem. Sala ta ma się znajdować przed salą sypialną, t. j. przytykać do przystawki, a to dlatego aby jedzenia nie potrzeba było przenosić przez salę sypialną, oraz aby ta ostatnia przytykała do otwartej werendy. Werenda ta znajdować się ma u szczytowej ściany baraku i przylega do sali sypialnej, z którą się łączy za pomocą dużych oszklonych drzwi. Werenda, która powinna być o ile możności jak największa, aby na niej kilka łóżek pomieścić można było, otoczona jest ze wszystkich stron żelaznemi sztachetami. Na nią podczas lata wynosi się z łózkami chorych nie mogących chodzić; tyfusowi podczas pięknych nocy całą noc mogą w ten sposób przepędzać na świeżem powietrzu, co właśnie jest dążeniem terapii. Werenda może być przykryta dachem, w każdym razie niższym od dachu samego baraku. Jestem pewien, że praktyka doprowadziła by do otoczenia ścian tej werendy zasuwanemi płóciennymi ścianami i stworzenia w ten sposób letnich, otwartych baraków dla chorych; gorączkowych.



Do drugiego szczytu baraku przytyka przystawka; winna być ona niższą od baraku, tak mianowicie, aby pozostawiła odkrytym trójkąt utworzony pomiędzy ścianami a wierzchołkiem dachu. W tym trójkącie w obu ścianach szczytowych, a także w ścianie oddzielającej salę sypialną od jadalnej, umieszcza się duże okrągłe okno, t. z. *oeil de boeuf*. Otworzywszy te okna, otrzymujemy w górnej warstwie powietrza na sali silny prąd który jest jednym z najlepszych sposobów wentylacji naturalnej. Co do samej przystawki, to winna ona mieć 10 metrów szerokości, t. j. być nieco szerszą od baraku, którego stanowi front i wejście. Długość jej trudno mi jest oznaczyć, budowniczemu jednak łatwo byłoby to wyrachować. Sądzę że powinna być mieć 6 metrów. Pośrodku jej idzie korytarz 2 metry szeroki, prowadzący wprost do sali jadalnej; otrzymuje on światło i wentylację z góry.

Po obu stronach korytarza znajduje się po 3 pokoje, a mianowicie z jednej strony wszystkie jednakiej wielkości, przeznaczone:

1) Na kuchenkę podręczną, posiadającą kuchnię angielską lub gazową. Tutaj również znajduje się kredens, oraz tu odbywa się mycie statków jadalnych.

2) Pokój na schowanie bielizny i t. p., który ewentualnie może być także pokojem dla dozorczyń; z pokoju tego mogłyby prowadzić kręte schody do suterenu, która jest głównym składem.

3) Wychodek, posiadający 2 sedesy i szczalnik. Co do samych wychodków, to nie ma żadnej wątpliwości, że tylko klozety wodne zasługują na polecenie. Wszystkie te pokoje winny być ogrzane i posiadać duże okna [w wychodku z matowego szkła]. Podłoga, jak w całej zresztą przystawce, kamienna lub asfaltowa. Dwa pierwsze pokoje łączą się z korytarzem; z wychodka drzwi prowadzą wprost do sali jadalnej. Po drugiej stronie korytarza znajdują się 2 większe pokoje i jeden środkowy bardzo mały. Pierwszy pokój przeznaczony jest dla posługi. Drugi właściwie jest małą skrytką, ale oszkloną i służy na czasowe pomieszczenie brudnej bielizny, która aczkolwiek *co d z i e ń m u s i* (!!)

być odstawiana na osobnych wózkach do pralni, zawsze jednak parę godzin będzie przebywać w oddziale. Otóż pod żadnym pozorem nie może ona leżeć ani po kątach na sali, ani w pokoju dla czystej bielizny. Najlepiej by było, gdyby z tej izdebki prowadziła rura żelazna zamykana kłapą do suterenu, do odgrodzonej przestrzeni, łączącej się wprost z dworem. Przez rurę wrzuca się brudy do suterenu, z kądem co dzień od zewnątrz wybierane zostają. Trzeci pokój łączy się znów wprost z salą jadalną i jest przeznaczony na kąpiel. Tu powinno się znajdować 2 wanny, z których jedna może być stale umieszczona, druga zaś winna być ruchoma na kółkach, aby ją do sal wtaczać było można w razie potrzeby. Stosownie do tego czy ogrzewanie wody byłoby centralne lub nie, w łazience ma się znajdować piecyk lub nie. Przy jednej ścianie łazienki winna się znajdować umywalnia, urządzone w ten sposób aby od wodociągu szła rura, opatrzone 3 lub 2 kranikami w odległości 0,5 metra jeden od drugiego; pod niemi znajduje się zlew, obok każdego kranika półka na mydło i haczyk na ręcznik. Ściana w koło umywalni wyłożona sztucznym kamieniem.

Łatwo z powyższego widać, że proponowany system, jak zresztą każdy inny, wymaga, aby szpital był skanalizowany i posiadał wodociągi. Gdyby tego miało nie być, to w ogóle lepiej by było dobrze się namyślić, czy w takich warunkach warto szpital budować.

Opisany barak jest zasadniczym typem budynku szpitalnego; plan jego przedstawia się tak jak to pokazuje fig. 1.

Już wyżej jednak mówiłem, że w szpitalu powszechnym — pomijam w tej chwili salę położniczą i oddział chorób zakaźnych — zachodzą takie potrzeby, którym wyżej opisany barak zadosyć uczynić nie jest w stanie. Mam tu na myśli pokoje osobne, t. z. seperatki, oraz oddział oczny i syfilityczny. Co do



pierwszych, to idzie tu nie o uprzywilejowanych chorych — którzy o ile drożej płacą, winni mieć zupełnie osobne pomieszczenie — ale o chorych ogólnych, którzy

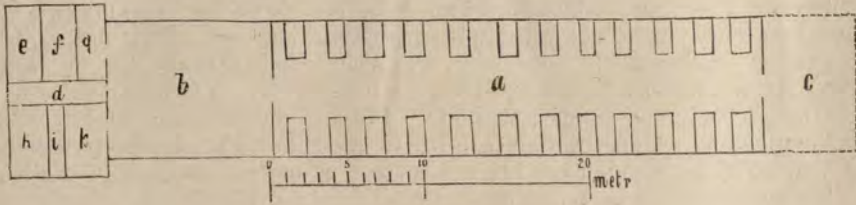


Fig. 1.

**Plan baraku na 24 łóżek.**

- |                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| a) Sala chorych [30 × 8]. | f) Pokój na bieliznę. |
| b) Sala jadalna [10 × 8]. | g) Wychodek.          |
| c) Otwarta werenda.       | h) Pokój dla służby.  |
| d) Korytarz [6 × 2].      | i) Skrytka na brudy.  |
| e) Kuchenka.              | k) Łazienka.          |

jeżeli ich stan tego wymaga, powinni mieć osobne pomieszczenie, a o których już wyżej była mowa. W wielu nawet nowych szpitalach np. Friedrichshain, w osobnych dostawkach, w czterech lub dwóch rogach pawilonów, urządzają małe pokoiki. Praktyka taka nie powinna być tolerowana; jeżeli idzie o odosobnienie, a nie o zrobienie wygody protegowanemu choremu, to takie pokoiki, leżące tuż obok sali, chybają celu. Są one przytem zawsze ciasne i mają złe powietrze. Na takie osobne pokoiki powinien być przeznaczony osobny pawilon, z konieczności piętrowy, dla mężczyzn i kobiet; pawilon z boku ma korytarz, z którego prowadzą drzwi do pojedynczych pokoiów. Ponieważ pawilon ma mieścić pokoje z jednej strony dla chorych po ciężkich operacjach, np. owaryjotomii, z drugiej zaś dla chorych dotkniętych chorobami w najwyższym stopniu niebezpiecznymi dla otaczających, przeto rzecz prosta że pokoje dla tych dwóch kategorii na jednym korytarzu znajdować się nie mogą. Dla tego też pawilon pośrodku powinien być przedzielony ścianą na dwie zupełnie oddzielone połowy. Z jednego końca prowadzi wejście do oddziału pooperacyjnego, z drugiego do oddziału przyranego. Ponieważ w obu tych połowach leżyc będą chorzy tylko czasowo, t. j. dopóty dopóki stan ich nie pozwoli przenieść ich na salę ogólną, nie potrzeba więc tu sal jadalnych wcale. W każdej części powinny być: pokoiik dla służby, będący zarazem kuchenką, łazienka na jedną wannę i waterklozet. Co do wymiarów pawilonu, to szerokość jego może być taka sama jak baraka; korytarz zajmuje trzy metry, reszta na pokoiki. Z korytarza prowadzą w każdej połowie, zarówno na dole jak i na pierwszym piętrze, drzwi do zupełnie odosobnionych pokoi, z których każdy na jedno lub niektóre na dwa łóżka. Ilość pokoiów w każdej części zależy od potrzeb szpitala. Gdyby chirurgowie istotnie [o czem nie wątpię] oświadczyli się za tem, że operowanym lepiej jest w barakach niż w małych pokojach, wtedy cały pawilon mógłby być przeznaczony dla chorób przyrannych i niebezpiecznych. W każdym razie pokoje te winny być tylko zapasowe do chwilowego użytku.

Oddział chorych ocznych wymaga także oddzielnych pokoiów, potrzebnych dla oddzielenia chorych dotkniętych chorobami zaraźliwymi, potrzebujących zaciemnionych pokoiów i t. p. i dlatego w baraku pomieszczonym być nie może. I dla niego więc przeznaczyć by należało piętrowy pawilon, zawierający prócz gabi-



netu lekarza i sali operacyjnej pomieszczenie dla 40 chorych [20 na dole, 20 na piętrze]. Przy urządzeniu tego oddziału należało by zasięgnąć opinii oftalmologów jako jedynie w tej rzeczy kompetentnych.

Urządzenie oddziału syfilitycznego przedstawia prawdziwe trudności, tembardziej że oddział ten ma mieścić 70 łóżek, t. j. ilość, która się nie da pomieścić ani w 2-ch barakach parterowych, ani w jednym pawilonie piętrowym. Sądzę że najpraktyczniej byłoby dla oddziału tego przeznaczyć 2 baraki dla chorych nie potrzebujących odosobnienia, oraz jeden mały pawilon piętrowy, mieszczący osobne pokoje. Pawilon ten zawierać ma: gabinet lekarza, salę operacyjną oraz osobne pokoje po kilka łóżek, mianowicie dla chorób skórnych udzielających się przez bezpośrednie zetknięcie, np. świerzb, parczy; dalej dla chorych skórnych potrzebujących szczególnego leczenia, np. smarowania dziegiem całego ciała, wreszcie pokój frykcyjny. Co do tego ostatniego, to trzeba pozostawić to opinii lekarza syfildologa, czy chorzy leczeni wcieraniami istotnie mają koniecznie leżyć w smrodzie i parach ręciovych, czy też nie lepiej i dla nich byłoby korzystać ze świeżego powietrza. Sądzę też, że przy rozpowszechnieniu się leczenia podskórnemi wstrzykiwaniami, które właśnie dla szpitali tak się wydają praktycznemi, ilość chorych leczonych wcieraniami coraz bardziej zmniejszać się będzie. W końcu dodaję, że pawilon taki powinien mieć około 24 łóżek, t. j. 12 na dole, 12 na piętrze.

Pozostawiam na później oddział położniczy i oddział chorób zakaźnych. Obecnie przechodzę do pytania, w jaki sposób połączyć i ustawić należy pojedyncze pawilony. Z wielu stron dają się słyszeć głosy, że pawilony powinny stać zupełnie odosobnione, że korytarze są przenośnikami zarazy, że pomiędzy nimi pozostają przestrzenie zupełnie od ogólnego prądu powietrza odosobnione. Ztąd też domki w Moabicie, w Friedrichshain, w Dreźnie, Wiesbaden stoją zupełnie odosobnione jeden od drugiego, przyczem np. w Moabicie, gdzie domki stoją wprost na ziemi, nie ma żadnej arteryi komunikacyjnej, w Friedrichshain zaś, gdzie pawilony stoją na suterynach, łączą się one z sobą za pomocą podniesionego nad poziom chodnika. Jeżeli zasada, z której podobne urządzenie wynikło, jest do pewnego stopnia racjonalną, to z drugiej strony zupełnie odosobnienie baraków naraża, mianowicie też w naszym klimacie, na takie przykrości, że te o wiele przewyższają możliwe korzyści. W każdym dużym szpitalu muszą być jakieś centralne urządzenia, jako to pracownie, sale operacyjne, zakład hydropatyczny i t. p., do których chorych przeprowadzać lub przewozić należy. Otóż w zimie nie można uczynić tego bez narażenia zdrowia chorych, jeżeli nie ma krytych ciepłych galerij. Ale te ostatnie ograniczyć należy do minimum. Dla tego też baraki i pawilony łączyć się winny za pomocą galerji, szerokiej na 3 metry, podniesionej do wysokości podłogi pawilonów. Galeryja ma stały dach, wysoki tak jak dach wystawek pawilonowych, ściany jej zaś powinny być ruchome, oszklone, tak, aby na lato były zupełnie zdejmowane. Tym sposobem większą część roku domy stoją nie połączone, w zimie zaś łączą się szeroką i widną galerją. Podłoga galerji ma być asfaltowana, po niej przebiega para wązkich szyn, po których chodzą wózki dla wożenia chorych, jedzenia, bielizny, brudów i t. p. Galeryja w zimie powinna być ogrzewana za pomocą kaloryferów lub pieców stojących u każdego pawilonu. Do galerji tej otwierają się korytarze przystawek, o których była mowa.

Ustawienie wzajemne względem siebie domów zależy naturalnie od kształtu placu, chociaż obojętnem bynajmniej nie jest. Ustawienie pod sznur 14 domów nie jest dla nadzoru arcywygodnem, a nadto nie ma tym sposobem jednego ogólnego ogrodu, w którym chorzy pod ciągłym nadzorem znajdować by się mogli. Nie ma żadnej wątpliwości że ustawienie w podkowę jest pod każdym względem najwygodniejsze. W ten sposób łatwiej jest otoczyć domy galerją, stwarza się we środku ogród, który przy małej wysokości domów, a nadto



otwartej w lecie galerji jest zupełnie otwarty i prądom powietrza dostępny. Wreszcie szeroką część podkowy zużyć można jak najlepiej na wystawienie budynku dla sal operacyjnych, pracowni i t. p. O ile mi jest wiadomem szpital żydowski zawierać ma około 100 łózek wewnętrznych, czyli 4 baraki [po 24], tyleż łózek chirurgicznych, 76 syfilitycznych, czyli 2 baraki [i jeden pawilon], 2 baraki dla chorych nerwowych, co czyni razem 12 baraków, a nadto 3 pawilony piętrowe, jeden dla chorób ocznych, drugi dla separatek, trzeci dla oddziału syfilitycznego. Baraki jeden od drugiego winny być oddalone na podwójnie wziętą ich wysokość, t. j. 12 metrów. W pawilonach piętrowych odległość musi być podwójna, t. j. co najmniej 20 metrów. W ten sposób wszystkie baraki i pawilony, choć oddalone od siebie na znaczną odległość, dają się łatwo obejść i łączą się za pomocą galerji, w lecie otwartej, w zimie zamkniętej. We środku pozostaje przestrzeń, długa mniej więcej na 120 metrów, której węższy koniec ma 64 metrów, t. j. 3 pawilony po 8 metrów = 24, dwa odstępy po 20 metrów = 40; szerokiemu końcowi można nadać żadaną wielkość np. 2 razy wziętą szerokość końca węższego, t. j. około 100 do 120 metrów. Przestrzeń ta przeznaczona jest na ogród, w którym o ile możności chorzy znajdować się mają jak najdłużej. Ogród winien być umiarkowanie zacieniony i posiadać dostateczną ilość ławek; nadto, w razie słońca chorzy mogą siedzieć w galerji opatrzonej dachem. Ogród ten w lecie otworzony jest ze wszystkich stron, dla dostępu prądów powietrza, galerja otaczająca go bowiem jest otwarta i przestrzeń pomiędzy pawilonami jest aż nadto dostateczną dla podtrzymania ruchu powietrza. Nie ma tu więc owej stagnacyi, jaką znajdujemy w zacieśnionych podwórzach, objętych ze wszystkich stron wysokimi pawilonami.

Szeroką część podkowy zamyka budynek, przeznaczony na gabinety i sale operacyjne. W około tego budynku przebiega też sama galerja co i w około baraków. Z niej prowadzi drzwi do korytarza, idącego wzdłuż całego budynku tak na dole jak i na górze. Korytarz jest widny i otrzymuje światło z okien wychodzących na galerjyje.

Wielkość samego budynku zależy od okoliczności. I tak, jeżeli oddział chirurgiczny byłby jeden, w takim razie zadowolili by się można było budynkiem parterowym, który zawierałby salę operacyjną [złożoną z dwóch pokojów], oraz 3 gabinety lekarskie, t. j. dwa dla terapeutów, jeden dla neuropatologa. Gdyby miał się utrzymać obecny podział na dwa oddziały chirurgiczne, w takim razie należałoby na dole umieścić 2 sale operacyjne [po 2 pokoje] a na pierwszym piętrze pomieścić gabinety.

Co do sali operacyjnej, to składa się ona z dwóch pokojów, t. j. właściwej sali operacyjnej w której prócz rzeczy do operacyj służących nie się nie ma znajdować, oraz pokoju w którym mieszczą się pomoce naukowe [mikroskop], oraz w którym odbywa się opatrywanie chorych, jeżeli takowe dla jakiego bądź powodu nie może się odbywać w sali operacyjnej. Sale operacyjne winny się znajdować po rogach budynku, tak aby mogły mieć okna z dwóch stron i światło z góry. Gdyby budynek był piętrowy, możnaby, tak jak to widziałem w małym szpitalu w Gdańsku, w każdej sali operacyjnej zrobić występ oszklony, rodzaj altany, w której stoi stół i która wtedy otrzymuje światło z trzech stron i z góry.

Urządzenie wewnętrzne sal operacyjnych jest rzeczą chirurgów, a w każdym razie zasługiwałyby na oddzielne zaprojektowanie. Dodam tylko, że pomieszczenie na pierwszym piętrze sali operacyjnej nie byłoby właściwem, ze względu na trudność przenoszenia chorych. To, że okna sali operacyjnej wychodzą na ogród dla chorych, jest rzeczą mniejszej wagi, albowiem operacje odbywają się wtedy, kiedy chorzy są po salach. Przytem ponieważ budynek stoi na suterenach, nawet więc dolne szyby są dość wysoko; zresztą możnaby je zrobić ze szkła matowego.



Co do gabinetów, to ich urządzenie zależy od woli lekarzy ordynujących; pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na jeden mały szczegół. W gabinecie neuropatologa znajduje się duża, stała maszyna elektryczna; otóż aby z niej korzystać można na salach, winny być do obu sal przeprowadzone izolowane druty, tak jak to ma miejsce w instytucie klinicznym. Do zakończeń drutów [które winny być zamknięte w rodzaju małej szafeczki] na sali zakłada się przewodniki i tym sposobem przy pomocy małego przenośnego galwanometru, można na salach korzystać z maszyny stojącej w gabinecie i nie potrzeba nosić na sale przenośnych, tak kłopotliwych w użyciu i łatwo się psujących maszyn. Na pierwszy rzut podobne urządzenie może się komuś wydać czemś nadzwyczajnym, w gruncie rzeczy zaś wymaga ono tyle kosztów, co założenie prostych dzwonków elektrycznych. Nadmieniam wreszcie, że gabinet bakteryjologiczny pod jednym dachem ze szpitalem jest anomalją, która cierpianą być nie powinna. Najwłaściwszem dla niego miejscem będzie budynek, przeznaczony na trupiarnię.

Oto jest główny szkielet szpitala. Pozostają jeszcze dwa oddziały: t. j. położniczy i oddział chorych zakaźnych. Oba te oddziały mieścić się winny w zupełnie oddzielnych gmachach, nie połączonych nawet galeryją z poprzednimi. Co do oddziału t. zw. wysypkowego, to jest rzecz widoczna. Co zaś do położniczego, to aczkolwiek przy tak luźnem jak projektowane połączeniu, mógłby on wejść do ogólnej grupy, jednak stanowi on pewną całość, zupełnie osobny instytut, potrzebujący odpowiedniego gmachu, którego włączenie do ogólnego planu przedstawiałoby pewne trudności. Przytem ze względów moralności i wstydlivosti, lepiej będzie gdy oddział ten zupełnie będzie oddzielony. Plan tego oddziału, który o ile wiem mieścić ma 20 łóżek, w połowie akuszeryjnych, w połowie ginekologicznych, winien wypracować specjalista akuszer, któremu zresztą odnośnych wzorów nie braknie. Sądzę, że i ten oddział należałoby umieścić w dwóch zupełnie oddzielonych połowach, tak, aby chore ginekologiczne nie miały żadnej styczności z położnicami.

Urządzenie oddziału dla chorób zakaźnych jest rzeczą niezmiernie ważną, ale zarazem trudną, szczególnie gdy idzie o oddział mały, liczący około 40 łóżek. Najpierw zachodzi pytanie: jakie choroby odosabniać należy? Mojem zdaniem trzy tylko, a mianowicie ospę, szkarlatynę z dyfterytem, oraz tyfus wysypkowy. Chorzy na inne choroby zakaźne, jak tyfus brzuszny, odrę, różę nie przyranną, leżyć winni na salach ogólnych. Inne wreszcie, jak cholera, tyfus powrotny, a do pewnego stopnia i wysypkowy, zdarzają się jedynie w postaci epidemii i powinny mieć dla siebie zapasowe baraki, a w braku tychże powinien być dla nich opróżniony jeden z baraków terapeutycznych. W gruncie rzeczy to zdaniem mojem, każde nagromadzenie jednej i tej samej choroby jest szkodliwe, dla chorych i tylko ze względu na otoczenie powyższe trzy choroby wymagają odosobnienia. Co do urządzenia tego oddziału, to o osobnych barakach dla każdej z trzech tych chorób myśleć nawet nie można. Natomiast jest rzeczą pierwszej wagi, aby chorych, mianowicie też na ospę, jak tylko przestaną gorączkować odosabniać; doświadczenie przekonało mię, że groźną jest nie tyle ospa ile jej wtórne powikłania, których najlepiej uniknąć odosabniając jak najwcześniej rekonwalescentów od chorych. Następujący rozkład budowy wydałby mi się najpraktyczniejszym: dla ciężko chorych stoją dwa baraki, jeden dla kobiet, drugi dla mężczyzn, zbudowane zupełnie tak, jak poprzednie, z tą różnicą, że sali jadalnej nie ma, gdyż tu jest ona zbyt wąską. Natomiast barak podzielony jest na trzy sale, łączące się z sobą za pomocą drzwi, a to dla trzech rodzajów chorób. Chodzi tu nie o zupełne izolowanie, które byłoby pożądanem, lecz w danych warunkach skutecznie się nie da; lecz o oszczędzenie chorym, np. na dyfteryt, wstrętnego widoku chorych, których twarz pokryta jest strupami ospowemi. Nadto barak ten powinien posiadać małą salkę operacyjną, przeznaczoną mianowicie dla wykonywania tracheotomii u chorych cierpiących na dyfteryt, a których na salę



operacyjną pod żadnym pozorem przenosić nie należy. Na salę tę nie należałoby używać baraku i lepiej by było umieścić ją w przystawce, mianowicie w pokoiku przeznaczonym w innych barakach dla służby, tę zaś umieścić w baraku dodatkowym, o którym będzie mowa. Dwa te baraki za pomocą galeryi łączą się z trzecim budynkiem, także rodzajem baraku, podzielonym ścianą na dwie połowy, dla mężczyzn i dla kobiet. Każda połowa zawiera po 2 sale, dla rekonwalescentów, oraz małą salę jadalną. W każdym baraku głównym w przystawce zatem będzie się mieścić łazienka na jedną wannę [ruchomą], pokój operacyjny, wychodek oraz skrytka na brudną bieliznę; w baraku dla rekonwalescentów znajduje się z każdej strony przystawka, która zawiera wychodek, łazienkę na jedną wannę, pokój dla służby, kuchenkę i pokój na czystą bieliznę. Sale w głównym baraku winny mieć po 6 łóżek, w baraku rekonwalescentów po 4. Powietrza powinno tu być więcej jeszcze niż w barakach dla chorób ogólnych.

Tym sposobem mamy już cały szpital dla chorych ogólnych; teraz wypada wspomnieć o budynkach dodatkowych. Na pierwszym miejscu stawiamy tu baraki zapasowe. Opisane powyżej budynki odpowiadają etatowi chorych i większa część łóżek cały rok w nich zajęta będzie. Tymczasem zdarzają się epidemie np. cholery, tyfusu wysypkowego i powrotnego, w których potrzeba wiele więcej łóżek, a jednak zwykłych chorych szpital rugować nie ma prawa. W tym celu należy wybudować zupełnie oddzielnie 2 baraki jak powyższe, które winny być zawsze puste i używane chyba czasowo w lecie, w czasie odnawiania szpitala. Rozumie się, że do tych baraków więcej niż do czego innego odnieść się daje to, co powiedziałem, iż powoli w ciągu wielu lat plan wypełnianym być może.

[D. n.]

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na pierwszym po feryjach klinicznym posiedzeniu towarzystwa w dniu 6 Września r. b. prof. M. NENCKI [z Bernu] wygłosił bardzo pouczający odczyt „o salolu, jego związkach i zastosowaniu leczniczem“. Rzecz ta w całości drukowaną jest w naszym piśmie. W trakcie dyskusji na wzmiankę uczynioną przez obecnego na posiedzeniu kol. DRZEWIECKIEGO, że otrzymywał zawsze znakomite wyniki leczenia salolem zapalenia płucnej i że uważa ten środek, za środek absolutnie znakomity i wyższy od kwasu salicylowego, prof. NENCKI zaznaczył, że nie może zgodzić się na istnienie rzeczy absolutnie dobrych lub złych, jakkolwiek więc salol w użyciu ma więcej stron dodatnich niżli ujemnych, nie sądzi jednak, aby mógł zastąpić całkowicie kwas salicylowy, są bowiem przy padki, gdzie nie wywiera działania tam, gdzie doskonale działa kwas salicylowy. Kol. SOKOŁOWSKI dodał jeszcze, że stosując w kilku przypadkach gościa stawowego salol, w jednym otrzymał wyniki doskonałe, w drugim zaś żadne i że w tym ostatnim razie, właśnie jak tylko co wspomniał prof. NENCKI bardzo skutecznym okazał się kwas salicylowy. Stosował go równie u suchotników w gorączkach hektycznych bez wyraźnego dodatniego wyniku, podczas gdy wielokrotnie stosowany kwas salicylowy dał dobre wyniki.

Następnie po odczytaniu przez sekretarza komitetu higieny publicznej protokółów z posiedzeń za czas od 16. III. do 8. VI., kol. PACANOWSKI opisał pompę żołądkową aspiracyjną pomysłu D-ra CZYRNIAŃSKIEGO z Wiednia <sup>1)</sup>. Przyrząd ten jest zbudowany na tejże zasadzie co aspirator JAWORSKIEGO, t. j.

<sup>1)</sup> Pompka ta opisana jest w Gazecie Lekarskiej Nr. 31 r. b.



wydobywanie zawartości żołądka za pomocą rozrzedzonego w butelce powietrza, lecz zbudowany jest znacznie prościej. D-r Cz. do rozrzedzania lub zgęszczania w butelce powietrza użył balonika ssąco-tłoczącego o dwóch wentylach, z których jeden zwrócony jest ku zewnątrz, drugi ku wewnątrz; przez zastosowanie na przemian jednego lub drugiego końca balonika otrzymujemy ciśnienie bądź dodatnie, bądź ujemne, które można dowolnie miarkować. przyrząd ten opisany został przez wynalazcę już przed kilkoma miesiącami; nadaje się on, według zdania kol. P. wybornie do wydobywania zawartości nierozcieńczonej żołądka, mniej zaś do przepłukiwania tego narządu. Wydobywanie zawartości nierozcieńczonej odbywa się tu lepiej i prędzej, niż przy ogólnie zalecanej metodzie EWALD'a, doskonale również służy aspirator Cz. przy opróżnianiu żołądka rozszerzonego, wreszcie w przypadkach otrucia np. fosforem, gdzie stosowanie zwykłej pompki żołądkowej stać się może mniej bezpiecznem, a dużo zależy na szybkości działania; nadaje się wreszcie do sztucznego karmienia np. u obłąkanych i nieprzytomnych chorych. Natomiast przepłukiwanie żołądka małemi ilościami płynu daleko szybciej da się za pomocą zwykłego lewaru dokonać. Co do proponowanego przepłukiwania za pomocą tego przyrządu i jamy klatki piersiowej, to zdaniem kol. P. wartoby spróbować go i w tym kierunku, ze względu chociażby na drogość przyrządu POTAIN'a. W ogóle zdaniem kol. P. przyrząd ten zasługuje na rozpowszechnienie, zwłaszcza w szpitalach i klinikach.

---

## Wiadomości bieżące.

---

Warszawa. W ostatnich czasach zmarł w Suwałkach D-r WILLIAM GREGORY.

---

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 20 Września 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

- 1) GULIŃSKI. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu zaniedbanego; zejście pomyślnie [z demonstracją chorej].
  - 2) ZAGÓRSKI. Przyczynę do chirurgii dróg żółciowych.
  - 3) JAKOWSKI. Sprawozdanie z prac D-ra PUŁAWSKIEGO.
- 

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

*Medycyna* Nr. 37. S. RYBICKI. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich [C. d.].

*Przegląd Lekarski* Nr. 37. RUMSZEWICZ. Trzy nowe przypadki przetrwania błony żrenicznej [C. d.]. — BLUMENSTOK. Gwóźdź w głowie. Jaka przyczyna śmierci?

---

### NADESŁANO DO REDAKCYI:

Prof. D-r CYBULSKI. O hypnotyzmie ze stanowiska fizjologicznego.

D-r DANIEŁO. Słuczaj idiotyzma.

D-r WASSERUG. Co robić przy poprzedzeniu łożyska?

HENRYK KLAWE, magister farmacyi. Skorowidz środków zaradczych w przypadkach otrucia.

---

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

---



SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

# Salvator

wypróbowana przy chorobach nerek i pęcherza, przy dyjatezie kwasu moczowego, przy cierpieniach nieżytowych dróg oddechowych i narządów trawienia.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.  
20—16 *Dyrekcja źródeł Salvator. Eperies (Węgry).*

## D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w **SAN REMO**

20—1

## Dr. Z. Dobieszewski

praktykuje

12—8

w **Marienbadzie**

w **Meranie**

od 1 Maja do 1 Października Villa Dobieszewski.

od 15 Paźdz. do 1 Maja Habsburgerstrass. 48

## APTEKA MAGISTRA FARMACYI L. ZIEMIŃSKIEGO

Ulica Marszałkowska

Zawiadamia że, będąc w bezpośrednich stosunkach z zagranicznymi laboratoryjami chemicznymi, posiada na składzie wszystkie nowe środki lekarskie — z których na teraz poleca T-ram **Strophanti** w chorobach serca i nerek—oraz **Saccharinę** jako surrogat cukru dla dyjabe-tyków zalecana.

2—2

# SPRZEDAŻ

# „MARIENBAD“

w **Dubbeln-Majorenhof** pod Rygą

na brzegu morza Bałtyckiego.

Istniejący od r. 1870, a założony przez s. p. D-ra von Nordström Zakład Lecznico-Kąpielowy jest do sprzedania z wolnej ręki wraz z całym inwentarzem i sześciu budynkami gospodarskimi.

Zakład, urządzony z zastosowaniem siły parowej, zbudowanym jest częścią z kamienia, częścią z drzewa i zawiera: 40 umeblowanych pokoi mieszkalnych, 34 numerów kąpielowych do ciepłych kąpeli morskich, oraz kąpeli: szlamowych, gazowych i parowych, duszy, kąpeli rzymskich, kąpeli w wannach i t. p., oraz oddzielny budynek do gimnastyki leczniczej i mięsienia.

Sześć drewnianych budynków gospodarskich zawiera: 42 mieszkań umeblowanych wraz z kuchniami i innymi gospodarskimi urządzeniami.

Plac około zabudowań zajmuje 3 dziesiątyny, 1451 sążni □ (około 11 Sofstellen), pięknie nad morzem położony, lesisty, ozdobiony parkiem, w położeniu zdrowym.

Reflektanci zechcą zgłaszać się, celem poinformowania się co do warunków, do inspektora zakładu „Marienbad“.

3—3

Дозволено Цензурою Варшава, 3 Сентября 1887 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. № 29.