

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONÉ

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 jedno 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 racyję bytu i pierwszeństwo przed innemi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigulek 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 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi $\frac{1}{2}$ grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigulek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencyi z podobnemi 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.

Właściciel Apteki, Nowy-Świat Nr. 18.

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—18 *Dyrekcja źródeł Salvator. Eperies (Węgry).*

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie
w **SAN REMO**

20—4

D-r Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle podczas zimy
w **Meranie**

(podczas sezonu letniego w Francensbadzie).

6—

o 4 wiorsty od stacyi
Kolei Nadwiślańskiej

Zakład Wodoleczniczy **NAŁĘCZÓW**

Apteka, poczta,
telegraf na miejscu

Cały rok otwarty, w sezonie zimowym od 1 Października do 1 Maja, ceny znacznie niższe.

Dyrektor stały lekarz zakładu

D-r Konrad Chmielewski.

6—23

W CHEMICZNO - MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia,
kału i t. d. (Chmielna 32).

0—4

KSIEGARNIA I SKŁAD NUT FERDYNANDA HÖSICKA W WARSZAWIE

Ulica Senatorska № 496.

Zaopatrzona jest zawsze we **Wszelkie Nowości** tak **Medycyny i Nauk przyrodniczych** jak i wszelkich innych działów wiedzy dotyczące, w językach Polskim, Niemieckim, Francuzkim, Angielskim i innych.

Takowe udziela chętnie do przejrzenia Panom lekarzom i profesorom.

Wypisuje z zagranicy w najkrótszym czasie wszelkie pilno potrzebne pisma i książki. Przyjmuje przedpłaty i dostarcza **Wszelkie pisma peryjodyczne** w Kraju i za granicą wychodzące. 2—2

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. W. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. — II. J. STRZEMIŃSKI. Antypiryna i antyfebryna jako środki kojące bóle. — III. F. SZTAMPKE. Bąblieca ostra (*Pepmiphigus acutus*) jako choroba ogólna zakaźna, jej przebieg i leczenie. — *Notatki lekarskie*. 10. J. PUTERMANN. Przyczynę do działania gorzykwiatu wiosennego (*adonis vernalis*) w przypadku niezrównoważonej wady serca. — Jaką powinna być sala operacyjna? — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBACH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH, NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tego oddziału.

W pracy niniejszej podaję zestawienie 25 przypadków laparotomii, wykonanych przezemnie w oddziale chirurgicznym kobiecym od dnia, w którym po zmarłym kol. PLACZKOWSKIM i zastępującym go czasowo kol. MODRZEJEWSKIM objąłem czynności lekarza ordynującego, do Września r. b.. Podobne zestawienie potrzebuje pewnego usprawiedliwienia. Obejmuje ono zbyt różnorodne operacje: jak owaryjotomije, histerektomije, wycięcia macicy przez pochwę i t. d.. Jeśli nawet zatrzymać się nad jedną z tych kategorii, to i tak każdy doświadczeńszy chirurg zgodzi się na to, iż, z wyjątkiem może przepuklin, mało która operacja w ramach swoich tyle zawiera przypadków indywidualnie niepodobnych, co np. owaryjotomija, lub histerektomija; weźmy z jednej strony torbiel jednokomorową, wielkości pięści, z surowiczą zawartością, nieprzyrosłą, na długiej szypule, u kobiety chudej, która rodziła—z drugiej torbiel wielokomorową, wypełniającą brzuch, z zawartością gęstą, przyrosłą do miednicy małej, pęcherza lub jelita, ze ścianką rwącą się łatwo, umocowaną na krótkiej i szerokiej szypule, u kobiety otyłej, która nie rodziła, a każdemu odrazu jasnym się stanie różnica owaryjotomii jako jednostki operacyjnej, od amputacji np. jako drugiej jednostki. Jest przecież pewna cecha, która łączy wszystkie owaryjotomije, histerektomije i t. d., a tę stanowi wstępny, że tak rzekę, akt, którym jest otwarcie jamy otrzewnej. Otóż laparotomija wśród innych danych może do

pewnego stopnia służyć jako probierz dla oddziału. Nadto skłania mnie do ogłoszenia tego zestawienia i druga okoliczność: jest to pierwsze całkowite, zamknięte w sobie sprawozdanie o operacjach tego rodzaju; dotychczas podawano do druku u nas same tylko pojedyncze przypadki, wybierając te, które się zakończyły dobrze, przemilczając o niepomyślnych. Rozpocznam od owaryjotomii.

I-o OŚM OWARYJOTOMII.

Spostrzeżenie I. *Cystosarcoma utriusque ovarii; ascites; punctio abdominis; ovariotomia duplex; sanatio.*

B... k Amelija, 35 lat, przy rodzinie, przybyła do oddziału d. 25. III. 1884 r.; początku choroby dobrze nie pamięta; brzuch zwolna się powiększał, w ostatnich zaś czasach przyrost był szybszy, sprawiając mocne osłabienie, duszność, oraz obrzęk kończyn dolnych; miesiączkowanie nie odbywa się od kilku miesięcy. Chora średniego wzrostu, bardzo blada, osłabiona tak dalece, że z trudnością może chodzić. Brzuch ogromny, zawiera swobodny płyn przesiękowy, przez który wyczuwa się w podbrzuszu twardy guz; z otworu sromnego zwiesza się tylna ściana pochwy; celem ułatwienia chorej oddechania i krążenia, oraz dla względów rozpoznawczych, dnia 4. IV. 1884 r., przekłułem brzuch w smudze białej i wypuściłem 8400 ctm. sześciennych płynu surowiczego. Przedsięwzięte w kilka dni później badanie wykazało guz twardy, wielkości głowy, nierówny, ruchomy, zajmujący podbrzusze; przez pochwę wyczuwa się w sklepieniu tylnem również guz twardy, bardzo mało ruchomy, przypierający macicę do spojenia łonowego, część pochwowa stoi dość nisko i od przodu; macica jest nieco poruszalną i oddzielnie od guza. Narządy krążenia i oddechania zaburzeń nie przedstawiają, w moczu białka nie ma.

Rozpoznanie skłaniało się na stronę guza wychodzącego z macicy, a tem samem guza charakteru łagodnego; przesięk objaśniony został jako wynik nacisku guza w miednicy małej na żyły. Wszystkie te domysły okazały się błędne, jak to pokazało *sectio in vivo*.

Wyczekawszy czas pewien dla wzmocnienia chorej, d. 17. IV. 1884 r., przystąpiłem do operacji przy pomocy kol. KONDRATOWICZA, ORŁOWSKIEGO, Naczelnego lekarza KOBYLAŃSKIEGO i innych; cięcie w smudze białej; po otwarciu jamy otrzewnej wylała się jeszcze masa płynu ascytycznego, poczem okazał się guz twardy, nigdzie nie przyrosły, nierówny, na mocnej, dość długiej szypule, wyrastający z prawego rogu macicy, a zatem zajmujący miejsce jajnika. Po rozszerzeniu cięcia w ścianie brzusznej ponad pępek, wydobylem guz na zewnątrz poczem podwiązałem szypulę i obciąłem ją. Wtedy przekonaliśmy się, iż drugi guz, zupełnie podobny, twardy i nierówny, lecz nieco mniejszy zajmuje jamę miednicy małej, wypełniając dół DOUGLAS'a; guz ten wychodził z lewego jajnika, a był tak mocno zaparty za *promontorium*, że z trudnością udało się go zmatnąć wydobyc. I tu szypuła była dość długa; została także podwiązana i obcięta. Oczyszczywszy jamę otrzewnej tamponami [wówczas bowiem nie używałem gąbek], opuściłem podwiązane szypuły do jamy otrzewnej, poczem całą ranę w ścianie brzusznej zaszyłem.

Guz na przekroju okazał się jednolicie szarobiałym, z licznymi małemi torbielami, a drobnowidz wykazał w nim budowę mięsاکową.

Przebieg był idealny; chora nie doznawała żadnych dolegliwości, ciepłota nie podniosła się wcale; brzuch pozostał płaskim, małym, zapadłym. Jedynie z powodu znacznego osłabienia zmuszony byłem zatrzymać chorą w oddziale do dnia 7. VI., którego to dnia opuściła szpital zdrową.

Spostrzeżenie II. *Cystis ovarii; accretio larga cum pariete abdominis; incisio; sanatio.*

Pancenek Maryjanna, żona włościanina z pod Warszawy, [z Natolina], 29 lat licząca, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus, dnia 15. VI. 1884 r., do oddziału D-ra KARWOWSKIEGO, zkąd została przepisana do mojego.

Chora zawsze była przedtem zdrową i pochodzi ze zdrowej rodziny; miała 5-ro dzieci, z których troje żyje. Przed 5 laty po urodzeniu trzeciego dziecka zauważyła, że brzuch nie zmniejszył się w takim stopniu, jakby to po rozwiązaniu nastąpić powinno i od tej pory przypuszcza obecność guza w brzuchu, lecz mimo to wciąż jeszcze była zdrową. Dnia 28. III. r. b. piąty, ostatni poród, odbył się zupełnie prawidłowo; gdy podniosła się po nim, czuła się zupełnie zdrową, lecz starsze kobiety śmiały się z niej, że znowu ma duży brzuch. Niedługo potem bo 6. IV. zachorowała ciężko; dostała strasznych boleści, wysokiej gorączki, zaparcia stolca, a lekarze mówili, że chora na zapalenie kiszek; od tej pory już ciągle jest słabą. Miesiączkowała zawsze prawidłowo i dopiero od ostatniego porodu miesiączka się nie pojawiła; zawsze była chuda.

St. praesens. Chora wysokiego wzrostu, chuda, z wybitną *facies ovarica*; skóra brudno-szara, szczególnie w brzuchu, skutkiem czego tembardziej odbijają obszerne plamy białe w okolicy pasa, powstałe od ściskania się. Przy ułożeniu chorej wznak, brzuch silnie wypukła się w środkowej części, t. j. w okolicy pępkowej i podbrzuszu, zkąd kulisto opada ścianka na prawo i na lewo, lecz w prawej okolicy biodrowej jest ona bardziej wzniesioną niż w lewej; najwypuklejszą część brzucha przypada poniżej pępka. Obwód brzucha 83½ ctm., od *p. xyp.* do *umb.* 16, od *umb.* do *s. pubis* 18, od *umb.* do *spin. ant. sup.* z każdej strony po 18. Guz wyraźnie drży, chełbocze i faluje przy uderzeniu. Przy macaniu ściana brzuszna jest naprężona i silnie przylega do guza, który jest kulisty, wszędzie elastyczny, bardzo mało lub wcale nie poruszalny we wszystkich kierunkach i tylko razem ze ścianą brzuszną ujęty, przesuwają się nieco głębokim swoim odcinkiem po kiszka. Ponad spojeniem łonowym jest przestrzeń na 2—3 poprzeczne palce miękko elastyczna, gdzie guza się nie wyczuwa. Do okola torbieli, nie wykluczając nad spojeniem, odgłos tympaniczny, kiszki dość daleko zachodzą między guz i ścianę brzuszną. Pochwa obszerna, macica znajduje się wysoko i od tyłu, jest ruchomą; część pochwowa mała, miękka, z bliznami po pęknięciach. Sklepienie tylne puste; przez przednie wyczuwa się jakiś guz wielkości jabłka, elastyczny. Nieznaczne ruchy nadawane torbieli przez ujęcie jej w ręce nie odbijają się wcale na macicy; natomiast guz wyczuwany przez sklepienie przednie i nieco z prawej strony porusza się cokolwiek.

Stosunki powyższe w niczem nie zmieniają się po wypuszczeniu moczu, który jest przezroczysty, oddawany bywa 1—2 razy na dobę. Wypróżnienia prawidłowe codziennie. *St. subfebrilis*, wieczorem 38° C., brzuch bolesny przy dotykaniu.

Dnia 23. VI. 1884 r. po zachłoro formowaniu chorej, w obecności kol. ORŁOWSKIEGO, KONDRATOWICZA, JASIŃSKIEGO, GARBOWSKIEGO oraz naczelnego lekarza, poprowadziłem cięcie począwszy powyżej pępka, a skończywszy je niedochodząc do spojenia na dwa palce w poprzek. Ostrożnie przecięto wszystkie warstwy aż do ściany torbieli, która ukazała się przyrosłą do ściany brzusznej nie tylko w granicach cięcia, lecz i zdala od niego na bardzo znacznej przestrzeni; zrost był bardzo mocny i dawny, gdyż próba odluszczenia ściany brzusznej od ściany torbieli była trudną; poczem wyrzekłszy się dalszego odluszczenia, a zatem i wydobycia torbieli w całości, rozciąłem szeroko tę ostatnią i wypuściłem jej zawartość płynną koloru brudno-czokoladowego, na pół przezroczystego, nie posiadającą wybitnego zapachu. Wprowadziwszy wówczas rękę do jamy torbieli przekonałem się, że ściana torbieli mocno zrosła jest ze ścianą brzuszną nawet w odległości 3—4 palców od cięcia; co się tyczy od strony kiszek,

to niepodobna na pewno orzec, gdyż chociaż ścianę torbieli można ująć w fałdę, lecz z powodu jej grubości nie można wymacać, czy w niej nie ma przyklejonej, pętlicy; w każdym razie zdaje się, że zrostów nie ma, gdyż przy kurczeniu się kiszek widać jak tylna ściana torbieli podnosi się i zapada. Warstwa wewnętrzna torbieli jest miękka, krucha, jak gdyby rozmiękła. Wyskrobawszy ścianę jamy łyżką VOLKMANN'a celem zmniejszenia materiału do ropienia, wymyłem ją roztworem chlorku cynku, następnie rozczyłem fenolu, a obrębivszy brzegi otworu nawiniętą skórą, celem pokrycia warstw przeciętych i osłonięcia od zakażenia, włożyłem w otwór paski gazy jodoformowej i opatrzyłem ranę. Przebieg był zupełnie pomysłny; ciepłota prawidłowa, opatrunek co drugi dzień, z powodu znacznej wydzieliny, z początku brudnej, zawierającej resztki płynu oraz kłaczki tkanki w kształcie rozmiękłej waty oddzielającej się z wewnętrznej powierzchni ściany torbieli, potem ropnej. 10 dnia po operacji było pierwsze wypróżnienie. Od tej pory stan chorej stale się poprawiał, przyszło niezwykle łaknienie, a w dniu 29. VIII. 1884 r., chora opuściła szpital zdrową, z pasem dla zapobieżenia ewentracji.

W dwa lata później widziałem była moją chorą, zgłosiła się do mnie w celu, żebym tak zrobił, iżby już nie mogła mieć dzieci; ostatnia ciąża, szósta, którą odbyła po operacji, była dla niej uciążliwą. Pod wpływem obciążenia blizna w ścianie brzusznej już i tak znaczna rozciągnęła się tak, że chora z trudnością tylko podwiązując sobie brzuch, mogła utrzymać trzewa; od tej pory pozostała znaczna ewentracja, stan ogólny kwitnący. Chorej zaproponowałem operację, polegającą na wycięciu blizny, dokładnem zeszcyciu warstw ściany brzusznej, lecz dotychczas się nie zgłosiła, prawdopodobnie z powodu ciężkiej słabości swojego męża [nieżyt żołądka z bardzo wielkiem rozszerzeniem].

O ile przypadek niniejszy jest ciekawym, o tyle jest niejasnym, a na wyjaśnienie wielu punktów brak danych. W. ROSER z Marburga *), ogłosił bardzo ciekawą pracę o torbielach powstałych z pomocownika (*urachus*). Szczególniej pierwszy przypadek jest wysoce interesujący. U kobiety w 3-im miesiącu ciąży w ostry sposób powstała napięta torbiel, napychająca ku dołowi pęcherz, z której przez nakłucie wypuścił R. dużą miednicę surowiczej cieczy; w 4 lata znowu to samo; znowu nakłucie; znowu nastąpiło połączenie torbieli z pęcherzem, potem nanowo zamknięcie tego połączenia i znowu wytworzyła się torbiel napięta, poniżej pępka, z wyraźnym górnym konturem; cięcie w linii białej, przez które wypuszczono dwa nocniki płynu śmierdzącego, ropno-amonijakalnego; wprowadzony palec do jamy stwierdził tylko obecność ścianki dość cienkiej po opróżnionej torbieli; w następstwie skoro naprężenie się zmniejszyło, znowu widać powróciła komunikacja z pęcherzem, gdyż w kilka tygodni po zagojeniu się rany w ścianie brzusznej znowu ROSER znalazł torbiel. W drugim przypadku ROSER przypuszczał obecność wielkiej torbieli jajnikowej przyrośniętej ze ścianą brzuszną; po przebicciu tej ostatniej znalazł torbiel, wielkości głowy, siedzącą między ścianą brzuszną i otrzewną; torbiel tę udało mu się w całości wyluszczyć; zawartość jej była wodnisto-ropną. Otóż możnaby przypuszczać, czy i w naszym przypadku torbiel nie pochodziła z pomocownika. W końcu przytoczonej pracy ROSER'a znajdujemy ustęp co do rozpoznania różniczkowego: „jeśli we wczesnym okresie znajdujemy w podbrzuszu torbiel naprężoną ku przodowi, od przodu zrosłą, u kobiet naciskającą na macicę, a rosnącą powoli, to możemy przypusz-

*) Ueber Operationen der Urachus-Cysten. Archiv für klin. Chir. 1877. str. 472.

czać, że to jest torbiel pomocznikowa. Dla większych torbieli zdaje się być charakterystycznym, że u osób w średnim wieku szybko się powiększają, sprawiając znaczne dolegliwości.

Jak widzimy, cechy tylko co skreślone nie są wcale ani typowe ani charakterystyczne w zestawieniu z nader zmiennym biegiem torbieli jajnika. Jedną tylko okoliczność mogłaby rozjaśnić wątpliwości, a mianowicie, że torbiele pomocznikowe wysłane są nabłonkiem płaskim. Tak więc rozpoznanie różniczkowe jest nader trudnem i tylko laparotomija połączona z obejrzeniem obu jajników i więzów szerokich, lub komunikacyja z pęcherzem i to nie przypadkowo wskutek otwarcia się zropiałej torbieli jajnika do pęcherza, jest w stanie wątpliwości rozstrzygnąć. W naszym przypadku za pochodzeniem torbieli z jajnika przemawiały: klejowate własności płynu, dalej okoliczność, że guz sięgał znacznie ponad pępek, oraz, że między torbiel i ścianę brzuszną dookoła dość daleko zachodziły kiszki.

Spostrzeżenie III. *Kystoma ovarii; ascites; punctio cystidis; ovariotomia; sanatio.*

Boleścina [Bolestaj Józefa, żona włościanina, z powiatu Bielskiego, 48 lat licząca, przybyła dnia 25. IX. 1885.. Chora zauważyła guz około 1½ roku temu; nie sprawiał jej żadnej dolegliwości, nie powiększał się z początku; około roku temu wystąpiły boleści w brzuchu i wymioty, które jednak krótko trwały, mniej więcej w tej porze guz zaczął się powiększać. Miesiączka pierwszy raz pojawiła się w 20 roku, następnie przychodziła dość nieprawidłowo i była skąpą. Przed 3-ma laty był trzeci i ostatni poród, od którego już się miesiączka nie ukazała. Chora żali się na osłabienie, rozpieranie brzucha; oddawanie moczu jest trudne, wypróżnienia bez bólu.

Chora średniego wzrostu, chuda, prawidłowej budowy; skóra sucha, żółtawa. Tętno 76, prawidłowe. Brzuch powiększony bardzo znacznie; obwód przez pępek 111; od *pr. xyph.* do *umb.* 26, od *umb.* do *s. pub.* 26, od *spina ant. sup.* po obu stronach do *umb.* 31 ctm. Łuki żebrów rozepchnięte na zewnątrz, boki brzucha oraz pępek wypukłone, ten ostatni ścięnczony. *In decubitu dorsali* część brzucha nad pępkiem płaskawa, podpępkowa kulisto wypukła. Ściana brzucha gładka, żyły podskórne zdala widoczne, szczególnie jedna zmierzająca od *epigastrium* ku pępkowi. Ściana brzucha nie obrzękła; wyraźne chębotanie i drżenie; przy głębszem naciskaniu wymacywa się twarde guzy, uciekające z pod palców. *In epigastrio* odgłos bębnowy rozpoczyna się na 4 palce powyżej pępka; przy położeniu na lewym boku odgłos tympaniczny w okolicy lędźwiowej prawej, w prawem podżebrzu, oraz nad *crista* i *spina ant. sup. dex.*; przy położeniu na prawym boku, te same objawy w lewych okolicach; w ogóle przy położeniu na boku okolica pępkowa bardziej się wypukła. Ze sromu wystaje guz wielkości pięści, z owrzodzeniami—wypadnięcie tylnejściany pochwy, łatwo odprowadzalne. Pochwa obszerna, sklepienia miękkie; *portio* w kształcie małej brodawki, macica ruchoma, guza przez sklepienia wymacać nie można. Obrzęku kończyn nie ma, tony serca czyste, błony śluzowe blade, kaszlu nie ma. Mocz mało, mętny, bez białka w większej ilości (*cystitis*).

Rozpoznanie postawiono jako *kystoma ovarii*, lecz mając na uwadze lichej stan ogólny chorej, obecność przesięku w jamie otrzewnej, szybki wzrost guza, przypuszczono jednocześnie złośliwy nowotwór powstały ze zmienionego torbielowato jajnika.

Co do leczenia, to pierwszym zadaniem naszym było choć cokolwiek podnieść siły bardzo wyniszczonej chorej, która ledwie chodzić mogła. W tym

celu mając na myśli operację doszczętną, w dniu 29 zrobiłem nakłucie przez smugę białą i wypuściłem 7500 ctm. sześciennych płynu lepkiego, dość przezroczystego ciemno-bursztynowego koloru; po zmniejszeniu w ten sposób brzucha łatwiej było wymacać twarde, nieprawidłowe, guzowate masy, wypełniające dolną część brzucha; badanie to zresztą było powierzchowne, z obawy żeby przez dziurę od nakłucia torbieli nie wygnieść zawartości do jamy otrzewnej. Chora po południu tegoż dnia miała 2 obfite wypróżnienia, a około 4 godziny dreszczyki, wieczorem zaś ciepłota 39^o2 C., tętno 38.

Dnia 30. ciepłota 38^o4 C., rano 38^o6 C., znowu dwa wypróżnienia, ból przy macaniu w nadbrzuszu; stłumienie w dolnych ustępach klatki piersiowej, oddech wzmocniony, trzeszczenia, ruchy oddechowe mocniejsze, odchylenie się skrzydeł nosa, oraz suchy, rzadko przychodzący kaszel. Przez kilka dni następnie był *st. subfebrilis*, lecz objawy powyższe wahały się co do natężenia i obawy nasze co do cięższego powikłania ze strony płuc i otrzewnej ustąpiły.

Dnia 14. X. 1885 r. po zachloroformowaniu chorej, cięcie w smudze białej, odrazu poczynając powyżej pępka aż do spojenia; po otwarciu otrzewnej wyszło się dużo płynu ascytycznego, poczem pociągając za sfaldowaną grubą ścianę, nakłutej przedtem, jak to wyżej opisano, torbieli, swobodnie wyciągnąłem ją na zewnątrz, a wtedy okazało się, że owe guzy twarde, wyczuwane przed operacją, są torbielami wtórnymi, w ścianie dużej torbieli, oraz w jej szypule umieszczonemi, napełnionemi gęstym płynem i dla tego nie dającymi uczucia chębotania. Torbiel zupełnie swobodna, posiada tylko obszerny, taśmowy zrost z siecią, podzielony na oddzielne pasma, podwiązane i przecięte. Szypuła niezbyt szeroka, przekłuta i podwiązana wychodziła z lewego jajnika. Po wpuszczeniu szypuły do jamy otrzewnej, zrobiono staranną toaletę tej ostatniej, wyczerpując płyn z miednicy gąbkami, poczem ranę w ścianie brzusznej zeszyto jedwabiem.

Przebieg idealny, najwyższa ciepłota 37^o9 C., tętno po operacji 76, późniejszy stale od 76—84. Oddech po operacji 28, następnie stale od 28—32. Mocz u każdego dniem ilość większa | 360 ctm. sześciennych 1170, 1060, 1190 i t. d.] 8 dnia zdjęto szwy. *I-ma intentio* bez zarzutu. Dnia 12. XI. 1887 r. zdrową wyszła ze szpitala.

Spostrzeżenie IV. *Cystis multilocularis ovarii dextri; ovariectomy; sanatio.*

Z ka, lat 56, wdowa, przybyła do oddziału d. 3. VI 1884 r. Chora zauważyła guz przed kilkunastu laty, który, nie sprawiając jej żadnych, prócz uczucia rozpierania, dolegliwości, rósł powoli, tak, że obecnie jest wielkości macicy w 8-ym miesiącu ciąży. Chora nie miesiączkuje od kilku lat; dzieci miała kilkoro, które szczęśliwie powiła.

Sredniego wzrostu i odżywiania, w wewnętrznych organach nie przedstawia zmian wydatniejszych. Brzuch duży, ścianki nie naprężone, skutkiem czego guz wymacać można dokładnie; jest on gładki, kształtu nerkowatego, z wcięciem zwróconem ku górze; część prawa mniejsza od lewej, obie ruchome razem zarówno w kierunku pionowym, jak i z boku na bok. Guz jest twarde elastyczny w lewej, w prawej zaś połowie daje niewyraźne uczucie chębotania. Odgłos opukowy w granicach guza tępy, naokoło tympanityczny. Przez pochwę znajdujemy macicę małą, ruchomą a sklepienia miękkie i wolne.

D. 17. VI. Przy pomocy kol. ORŁOWSKIEGO, KONDRATOWICZA i kilku młodszych kolegów, oraz w obecności naczelnego lekarza Dr. KOBYLAŃSKIEGO, chora została zachloroformowana, poczem zrobiwszy cięcie w smudze białej, rozpoczynając je ponad pępkiem, wydobyłem guz, przyrośły do sieci, na zewnątrz wraz z tą ostatnią, poczem oddzieliwszy zrost po uprzednim podwiązaniu, przekłutem szypułę igłą, zawiązałem na dwie strony, a obciawszy guz, opuściłem ją do jamy otrzewnej; szew na ścianę brzuszną jedwabny.

Przebieg idealny bez gorączkowego podniesienia ciepłoty, oraz objawów podrażnienia otrzewnej, jak: wymiotów, czkawki lub boleści.

Guz składał się z jednej dużej torbieli z zawartością klejowatą, czekoladowego koloru, a nadto z licznych torbieli mniejszych najrozmaitszej wielkości z zawartością gęstą, szarą, na pół przezroczystą. [C. d. n.]

II. ANTYPIRYNA I ANTYFEBRYNA, JAKO ŚRODKI KOJĄCE BÓLE.

Przez

J. Strzeмиńskiego [z Wilna].

Środki te, od niedawna zaledwie znane, początkowo stosowano jedynie jako przeciwgorączkowe. Obecnie coraz bardziej wysuwa się na pierwsze miejsce wpływ ich kojący bóle, który wkrótce prawdopodobnie zaćmi przeciwgorączkowe ich własności. Pierwsza, o ile wiem, wzmianka w literaturze o nowem tem działaniu antypiryny, należy się prof. CHOMIAKOW'owi i LWOW'owi ¹⁾, którzy stosowali ją z powodzeniem przy migrenie i bólach gośćcowych w stawach i mięśniach. Za ich przykładem KACAUFROW ²⁾ również pomyślnie stosował ją przy bólach głowy i rzęskowych, towarzyszących różnym chorobom ocznym. Prawie jednocześnie z ostatnim [od końca r. 1885] zacząłem także stosować antypirynę zamiast morfiny przy bolesnych cierpieniach oka, a niebawem pierwsze próby zachęciły do częstego ich powtarzania. Wynik spostrzeżeń tych przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego 13 Października r. 1886 i odtąd nie zaniedbywałem w odpowiednich przypadkach uciekać się do uspokajającego działania antypiryny, tak, iż obecnie ilość spostrzeżeń, jaką rozporządzam, przedstawia dość poważną cyfrę. W roku bieżącym kojące działanie antypiryny zostało wielokrotnie stwierdzone za granicą, jako dowód czego wymienimy prace prof. GERMAIN SÉE ³⁾ prof. PETER'a ⁴⁾, MENDEL'a ⁵⁾, FISCHER'a ⁶⁾, DEMÉVILLE'a ⁷⁾ i t. d. Spostrzegali oni dobre skutki antypiryny przy najrozmaitszych cierpieniach, odznaczających się bólem i to jej działanie kojące cenią wyżej niż jej wpływ na gorączkę. W końcu fakty kliniczne zostały poparte przez doświadczenia w laboratoryjum, dokonane przez prof. SÉE i GLEY na królikach i psach.

Cierpienia, w których używałem antypiryny, były następujące: owrzodzenia rogówki połączone z bolesnością [35 przypadków], garbiec rogówki z bólami rzęskowemi [7 przypadków], traumatyczne uszkodzenia oka [15 przypadków],

1) „Wracz“ r. 1885. Nr. 51.

2) „Wracz“ r. 1886. Nr. 7.

3) De l'antipyrine contre la douleur, in Journal d. Soc. savantes. 1887. Nr. 17 et 39.

4) Gazette des hôpitaux. 1887. Nr. 71.

5) Therapeutische Monatshefte. Lipiec. 1887.

6) Münchener med. Woehenschrift. 7 Czerweca. 1887.

7) Revue médicale de la Suisse Romande, 15 Czerweca. 1887.

współczulne zapalenie oka [5 przyp.], *scleritis* [4 przyp.], *iritis* [16 przyp.], *irido-choroiditis* [8 przyp.], migrena [19 przyp.], *neuralgia nervi trigemini* [8 przypadków, z tych kilka zastarzałych], *neuralgia supra et infra-orbitalis* [7 przypadków]. O kilku innych cierpieniach, których zbyt małą liczbę przypadków spostrzegalem, nie wspominam. Początkowo używałem antypiryny jedynie wewnątrz po 10—15 gran na raz. W lżejszych przypadkach jedna taka dawka dostateczną była do przerwania bólów na kilka lub kilkanaście godzin, w cięższych należało ją po półgodzinie lub po godzinie powtórzyć. W niektórych cierpieniach ból ustępuje jedynie wysokim dawkom, np. w niektórych zastarzałych przypadkach *neuralgiae nervi trigemini* skutek można otrzymać dopiero po 3j—3s antypiryny, kilka razy dziennie powtórzonej. Bóle zjawiające się pod postacią napadów łatwiej ustępują antypirynie, niż inne. U histeryczek działanie mniej dobre i mniej pewne jest niż u innych chorych. Gdy po kilku lub po kilkunastu godzinach ból powraca, dawkę należy powtórzyć. W ten sposób nerwobóle po pewnym czasie ustępują zupełnie, a czasem już po pierwszej dawce napad nie powtarza się lub zjawia się w słabszym stopniu i po dłuższej przerwie. *Neuralgia supra et infra-orbitalis* znikają zwykle po kilkodniowym leczeniu dawkami 10—15 gran, 2—3 razy dziennie powtarzanymi. Do przypadków łatwo ustępujących antypirynie, muszę zaliczyć także te, w których po wydobyciu obcego ciała z rogówki pozostaje na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu ból, pomimo, iż oprócz nieznacznej utraty substancji w rogówce, niczego więcej dopatrzyć się nie można. Bolesność ta, o ile mi się zdaje, da się objaśnić podrażnieniem zakończeń nerwów przez obce ciało i następne wystawienie na działanie powietrza i drażnienie powiekami w miejscu utraty substancji. W paru takich przypadkach, które spostrzegalem, antypiryna usunęła ból szybko i bezpowrotnie. W chorobach zapalnych antypiryna nie wpłynęła na istotę choroby, lecz usuwając ból, bezsenność i rozdrażnienie, podtrzymujące chorobę, tem samem łagodziła znacznie i skracała jej przebieg.

U osobników z prawidłową ciepłotą ciała [a do nich wyłącznie odnoszą się wyżej wspomniane przypadki] antypiryna na wysokość tej ciepłoty najzupełniej nie wpływa; serce, oddechanie, wydzielina potu nie ulegają także żadnym zmianom [odwrotnie jak to bywa u gorączkujących]. Stosowana nawet długo, antypiryna po większej części zaburzeń żadnych nie wywołuje. Wyjątkowo tylko sprawia nudności, wymioty i zawrót głowy, w którym to przypadku należy dawkę zmniejszyć. Po długim używaniu może ona spowodować wysypkę podobną do szkarlatyny lub do pokrzywki, która jednak natychmiast po przerwaniu tego środka, znika ¹⁾. W wielkich dawkach użyta, może sprawić krótkotrwałe zaburzenie w przewodzie pokarmowym. Wszystkie te przypadłości prócz tego, że rzadko się zdarzają, nie mogą iść w porównanie z zaburzeniami, jakie wywołuje stosowana w podobnych przypadkach morfina, zwłaszcza przy dłuższem użyciu.

Aby się lepiej zabezpieczyć od niektórych z tych przypadłości, zacząłem w ostatnich czasach używać antypiryny w podskórnych wstrzykiwaniach i w tym

¹⁾ Rzadki przypadek wysypki, wywołanej przez antypirynę bardzo prędko, bo już po trzeciej 15-sto-granowej dawce, podaje Johnson: *The Lancet*. 1886. II. 386.

celu, korzystając z wielkiej rozpuszczalności tego środka, używałem roztworu z 3j na 3j wody. Wstrzyknięcie jednej szpryki PRAVAZ'a, zawierającej 8 gran, równy skutek wywiera mniej więcej 15-stu granom, zadany wewnątrz. Wstrzykiwania dokonywałem w okolicy miejsca najbardziej bolesnego i o ile możności głęboko. W pierwszej chwili po wstrzyknięciu chory doznaje uczucia naprężenia tkanek, a czasem nawet dość silnego bólu (jeżeli wstrzyknięcie jest bardziej powierzchowne), co jednak trwa bardzo krótko, poczem szybko występuje kojące działanie antypiryny. Nie spostrzegałem po wstrzykiwaniu ani wymiotów, ani zawrotu głowy, ani senności, ani innych złych skutków, jakkolwiek być może, że skutków tych dotąd dlatego nie mogłem dopatrzeć się, że liczba przypadków, leczonych podskórnymi wstrzykiwaniami, znacznie była mniejszą od liczby przypadków leczonych wewnątrznie antypiryną. W najbardziej upartych przypadkach używałem jednocześnie antypiryny do wewnątrz i podskórną, w innych zaś używałem kolejno to jednego, to drugiego. Przy obu tych sposobach oszczędza się w pewnej mierze drażliwość przewodu pokarmowego.

Miałem sposobność zauważyć w kilku przypadkach, że kojące działanie antypiryny, długi czas stosowanej, wyczerpuje się w końcu. Jeden taki przypadek skłonił mnie do użycia antyfebryny, którą następnie w innych też przypadkach próbowałem zastąpić antypirynę. Wynik spostrzeżeń nad kojącem działaniem antyfebryny streściłem na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego 12 Lutego 1887. Wyniki, do jakich doszedłem obecnie w tym względzie, na podstawie 32 przypadków, w których stosowałem antyfebrynę, są następujące:

Przy użyciu dawek 4—6 gran, w potrzebie powtarzanych 1—2 razy w przerwach godzinnych, bolesność ustępuje lub przynajmniej zmniejsza się bez spowodowania jakichbądź powikłań. Środek ten działa dobrze nie tylko przy nerwobólach, lecz także usuwa ból przy zapalnych sprawach, nie wpływając wszakże w tym razie na istotę samego cierpienia. Uspakajające działanie występuje po upływie pół godziny lub godziny. W niektórych przypadkach antyfebryna działała silniej i energiczniej od antypiryny, lecz w innych, liczniejszych, ustępowała tej ostatniej, przyczem, o ile zdawało mi się, różnica ta zależała nie tyle od natury samego cierpienia, ile raczej od bliżej nieokreślonych właściwości indywidualnych. W dawkach wyższych lub przez czas dłuższy antyfebryny nie używałem z obawy zaburzeń, jakieby mogła spowodować. Mamy wskazówki w zagranicznej literaturze, iż dłuższe jej użycie wywołuje silny upadek odżywiania, Obecnie więc, oddając pierwszeństwo antypirynie, działającej po większej części skuteczniej, a obok tego zawsze bezpieczniej od antyfebryny, zostawiam tę ostatnią dla tych tylko przypadków, w których działanie antypiryny przez dłuższe użycie wyczerpało się lub też idyosynkrazyja chorego, pod postacią wczesnie występującej wysypki lub zaburzenia przewodu pokarmowego, zmusiła do jej przzerwania. W końcu w pewnych razach taniłość antyfebryny nadaje jej pewną przewagę nad antypiryną.

Antypiryny, również jak i antyfebryny, używałem w celu kojącym jedynie u chorych nie gorączkujących. U takich ciepłota, od wskazanych przynajmniej dawek, nie ulegała zmianie. W ostatnich czasach znalazłem niektóre wska-

zówki o kojącem działaniu antyfebryny u zagranicznych autorów [LÉPINE, DUJARDIN-BEAUMETZ ¹⁾, WALTER FAUST ²⁾, HERCEL ³⁾]. Pomijając zawarte w nich szczegóły, z których nie wszystkie zgadzają się z pojęciem, jakie sobie utworzyłem o tym środku, zaznaczę tylko twierdzenie niektórych z pomiędzy tych autorów o nieszkodliwości wielkich dawek antyfebryny u niegorączkujących.

Obecnie uważam za pewnik, że antypiryna i antyfebryna, a zwłaszcza pierwsza, pod względem skuteczności w działaniu kojącem mogą w zupełności zastąpić środki uśmierzające bez spowodowania niedogodności właściwych tym ostatnim, a zatem z wielkim dla chorego pożytkiem. Nie podaję obecnie szczegółowych spostrzeżeń przypadków, leczonych temi środkami, odkładając sobie na później ich rozbiór.

III. BĄBLICA OSTRĄ

(*pemphigus acutus*).

JAKO CHOROBA OGÓLNA ZAKAŻNA, JEJ PRZEBIEG I LECZENIE.

Podał

F. S t a m p k e.

W roku 1885 w *Journal des Sociétés scientifiques* (août), SPILLMANN opisał postać chorobową, którą proponował nazwać „fièvre exanthématique bulleuse“.

Rzeczona choroba jest mało dotąd znana, bardzo rzadka, dosyć charakterystyczna, gwałtowna i prawie zawsze kończy się śmiercią.

W r. b. w Styczniu zdarzyło się obserwować dwa przypadki tej samej jak myślę choroby, sądzę więc, że nie będzie bez interesu, jeżeli z objawami jej, przebiegiem i leczeniem, podzielę się z czytelnikami *Gazety Lekarskiej*.

Maryjanna M., Czeszka z pod Horochowa, [gub. Wołyńska] była u mnie dnia 8 Stycznia b. r. na konsultacyi, uskarżając się na jakieś dziwne, od kilku dni trwające osłabienie, niemoc w całym ciele i jak mówiła we wszystkich członkach. Od dwóch dni straciła łaknienie, nie może spać, chodzić i ustać na nogach jej trudno, nawet siedząc czuje ciągle znużenie; najdogodniej mi jeszcze, mówiła, kiedy leżę i wyciągnę wszystkie członki o ile można najwięcej.

Chora ma lat 36, silna brunetka, dobrze zbudowana, o kształtach ciała pulchnych i zaokrąglonych, miesiąckuje od 14 roku życia, dotąd zawsze regularnie, trzy razy rodziła lekko, dzieci donoszone żyją; żadnej choroby obłożnej nie przechodziła. Badając wówczas chorą najściślej, prócz tętna wydającego mi się nieco za miękkim i za słabem i mdłego jakiegoś, nienaturalnego wyrazu w oczach i twarzy, nic więcej nieprawidłowego wykryć nie mogłem. Ciepłota

¹⁾ Bull. gén. de Thérapieutique, 1887. Nr. 6.

²⁾ Allg. med. Central-Zeitung, 2 Lipca 1887.

³⁾ Wiener med. Blätt. 28 Lipca 1887.

ciała była też prawidłową. Chora spodziewała się lada dzień miesiączki. Nie mogąc niczem innym wytłómaczyć tego niedomagania chorej, przyjąłem je za zwiastuny jakiejś ciężkiej choroby, jak to często bywa, chociaż można je było równie dobrze odnieść do miesiączki, która już piąty dzień, według rachunku chorej, opóźniała swoje zjawienie się, czego dotąd nigdy nie bywało.

Zaleciłem chorej położyć się do łóżka, natrzeć wszystkie członki spirytusem, użyć na noc dwie szklanki ziółek napotnych i o dalszym swym stanie donieść mi.

Już na drugi dzień rano zostałem wezwany do domu chorej, którą znalazłem ciężko chorą i zmienioną na twarzy niezwykle. Z trudnością opowiedziała mi, że około północy dostała silnych dreszczów, przeszło trzy godziny trwających. Obecnie cierpi na straszny ból głowy i w obu dolnych kończynach, przyczem jest nad wyraz ciężko osłabioną, ręki podnieść bez pomocy nie jest w stanie.

Badając chorą znalazłem: źrenice nie jednakowo rozszerzone, prawa szersza niżeli lewa, ciepłotę dochodzącą do 40,8° C., skórę suchą, a piersi, brzuch, twarz, grzbiet, nogi, szczególnie też kończyny górne, obsypane żywo-czerwonymi planami (*maculae*), nie wystającymi nad powierzchnię skóry i zupełnie podobnymi do różyczki (*roseola*). Po naciśnięciu palcem czerwoność znika, a występuje natomiast zabarwienie sine, co wskazuje na surowicze nacieczenie tkanki. Łącznice oka prawidłowe, żadnych oznak kataru, błona śluzowa jamy ustnej i gardziela prawidłowe, brzuch lekko wzdęty, nie bolesny, język jednak czerwony, suchy, lepkiem śluzem zlepiony z podniebieniem, śledziona i wątroba znacznie powiększone, stawy kończyn szczególnie górnych obrzmiałe, czerwone. Chora, pomimo że leży prawie nieruchomo, jest jednak, rzecz dziwna, bardzo gadatliwa i podniecona. Tętno 120, pełne, twarde.

Z przytoczonych objawów skłonny byłem wnosić, że będę miał do czynienia z ostrym goścem stawów lub tyfusem wysypkowym. Lecz już na drugi dzień [10 Stycznia], obraz choroby przedstawił się inaczej zupełnie. Skóra cała stała się jakby powłoką szkarłatną powleczone, cała twarz, szyja, plecy, piersi, brzuch kończyny, szczególnie górne, usiane zostały pęcherzykami (*vesiculae*) nie równej wielkości; na ramionach, piersiach i brzuchu dochodziły one wielkości laskowych orzechów. Zawartość pęcherzy przedstawiała się płyn jako żółtawy, po usunięciu naskórka widnieje obnażone w zupełności *corium*. Ciepłota ciała 40,8° C.. Oczy i twarz nastrzyknięte krwią, uderzenia serca gwałtowne, tętnice szyjowe silnie tętnią; tętno w tętnicy sprychowej 135, pełne, twarde. Chora ciągle zrywa się, bredzi, jest nieprzytomną, ustawicznie tylko zdrapuje pęcherzyki na ciele, co wydaje mi się być wskazówką silnego swędzenia skóry. Brzuch wzdęty, język popękany, obłożony żółtawym nalotem. Od 24 godzin chora stolca ani moczu nie oddała. Ze względu na wzdęcie brzucha i język, poleciłem: *Natr. sulphur.* 30,00, *aq.* 80,00, *acid. sulph. dil.* 2,00 *MDS* co godzinę łyżkę aż do skutku, nadto na wszystkie części ciała dostępneradziłem stosować zimne okłady z kwasu bornego.

Trzeciego dnia choroby, t. j. do 11 Stycznia chorej cały dzień widzieć nie mogłem.

Dnia 12. I. pęcherze znikły zupełnie, a na ich miejscu widnieje utrata substancji skóry, obnażone *corium* pokryte wszędzie krupowym wysiękiem i krwawiące. Brzegi powstałego tym sposobem owrzodzenia silnie zaognione, przedstawiają jakby wał ochronny od zdrowej części skóry. Ciepłota ciała 41. Chora przedstawiała istnie Hiobowy obraz cierpienia. Po trzydniowym bezmocznie oddała dziś przy mnie 1,100 ctm. sześcien. moczu, fłwoni cuchnącej, barwy czerwono-żółtawej. Mocz ten wstrząsany pienił się, mieszany z chloroformem okazywał ślady barwnika żółci [chloroform zabarwiony na żółto bilirubinem opadał na spód probówki], oddziaływanie moczu alkaliczne. Ciężar gatunkowy 1,030, białka i fosforanów znaczna ilość, chlorków prawie nie ma. Wyraźnie czerwona barwa kazała przypuszczać obecność w nim krwi, badając jednak później osad pod drobnowidzem ciałek krwi nie znalazłem; widocznie, jak to zresztą ma w pewnych warunkach się zdarzać, jeszcze w ustroju ciała krwi musiały uległ zniszczeniu; tylko wolna hemoglobina przeszła do moczu (*haemoglobinuria*). Polecilem dalej okłady, obecnie z octanu glinki: *aluminis* 20,00. *Plumb. acet.* 25,00 *aq.* 600,00, a do wewnątrz *Natr. benzoic.*, *natr. salicyl.* *aa* 1,00 S. 3 proszki dziennie.

Dnia 13 Stycznia około północy chora dostać miała silnych drgawek, z wrzodzików sączy się ropa biało-żółtawa, brzegi zaś krwawią, język suchy strupiatym osadem pokryty. Chora na przemian bredzi, spi, zrywa się, krzyczy gwałtownie, jęczy, to znów chwilami zdaje się być przytomną i skarży się wtedy na ból głowy, darcie w nogach, palenie i swędzenie w całym ciele. Oddech chorej ciężki, częsty, powierzchowny, mimo, że w narządzie oddechowym prawie żadnych objawów chorobowych nie znalazłem; duszność ta zapewne zależy od zaburzenia w działalności skóry. Ciepłota ciała 41,8° C., stan rozpaczliwy.

Zadaniem leczenia było zniżyć jak najprędzej nadzwyczaj podniesioną ciepłotę, łagodzić i ograniczać silne nacieczenia w skórze i nie dopuszczać aby ów wysięk krupowy powstały na miejscach pierwotnie pęcherzyków, szerzył niszczące działanie na skórze. W tym celu postanowiłem stosować długotrwałe o ile można, kąpiele ogólne ciepłe, z następnem stopniowem ochładzaniem tychże, i z dodatkiem sublimatu [1,00:2000,00].

Urządziwszy w obszernej wannie wygodne siedzenie, pomieściłem w niej chorą. Ciepłota wody na początku 28%. Już po 25 minutach chora uczuła się nieco swobodniejszą. Widząc, że chora kąpiel dobrze znosi, obniżyłem jej ciepłotę do 26% przez odlewanie ciągle wody, a dodawanie zimnej z odpowiednim procentem sublimatu. Podczas kąpieli mogłem zauważyć, że tętno stało się mniej częstym, a w miarę przedłużania kąpieli chora stawała się swobodniejszą. Po upływie godziny dopiero [wodę oziębiłem do 23%], uczuła lekkie dreszczyki, poczem zaraz też wyprowadzono ją z wanny, zawinąwszy w cienkie prześcieradło i okrywszy kołdrą.

Oddany po kąpieli mocz miał ciężar gatunkowy lżejszy, zawierał więcej chlorków, a mniej białka, dowód, że wielka ilość białka przed kąpielą zależała tylko od silnego przekrwienia nerek. Ciepłota ciała opadła do 38%. W pół godziny po kąpieli chora zasnęła; sen spokojny, głęboki, trwał 5 godzin. Odwiedzając chorą

wieczorem [kąpiel brała rano o 8-ej], znalazłem ją znów niespokojną, rozpaloną, jęczącą, z wyrazem ciężkiego cierpienia w oczach. Ciepłota 40,5° C.

Zachęcony porankowym rezultatem kąpeli, postanowiłem takową stosować dalej, o ile będzie można przez czas jeszcze dłuższy. Jakoż nie zdejmując z chorej prześcieradła, w które rano została obwinięta, wsadzono ją do wanny, podobnie jak poprzednio przyrządzonej. Kąpiel tym razem trwała przeszło dwie godziny [3 całe kwadransy chora w kąpeli spała]. Oziębiono wodę do 22%. W wannie podawano czarną kawę, koniak. Po kąpeli: tętno 85, ciepłota ciała 37,5° C., oddech swobodny, chora zupełnie przytomna, prosi o posiłek. Podano mleko z mocnym rosółem. Mocz po kąpeli chora oddała pół litra, chlorków przybywa znacznie, białka ślady, oddziaływanie kwaśne, barwa jaśniejsza, stolec obfity. W trzy godziny później, oglądając chorą szczegółowo, przekonałem się, że zapalne nacieczenia brzegów około wrzodzików bardzo już nieznaczne, wysięk krupowy po większej części zniknął, a na jego miejscu widnieje żywo czerwone dno, na mniejszych wrzodzikach tworzą się strupki, widocznie zasychają. Wątroba i śledziona zmniejszone, nienamacalne. Opukiwanie wykazuje tylko śledzionę nie zupełnie prawidłową jeszcze.

Dnia 14 Stycznia. Z powodu uszkodzenia wanny w tym dniu kąpeli nie stosowano. Już też pod wieczór, zatem w całe 24 godziny po poprzedniej kąpeli, chora zaczęła gorączkować, 39,8° C. Naciek krupowy wystąpił na nowo, lecz już tylko gdzie niegdzie. Podawano wino, *natrum benzoicum* w wodzie salcerskiej. Noc przeszła dosyć niespokojnie; chora skarży się na palenie i swędzenie skóry i bóle w stawach nóg.

Dnia 15 Stycznia. Rano ciepłota ciała 40,8° C., bóle w stawach znaczne, silne swędzenie. Wieczorem dwugodzinna kąpiel. Całą noc chora przespała spokojnie, ciepłota ciała dochodziła do 38° C.. Rano następnego dnia [16. I.] wypila z apetytem dwie szklanki mleka. Wieczorem znów kąpiel o ciepłocie 28° C. bez sublimatu, chora skarży się po raz pierwszy, że woda za zimna. Noc spokojna, sen dobry, stolec prawidłowy, mocz jasno brunatny, zawiera prawidłową ilość chlorków, białka ani śladu.

Dnia 17. I. [10-tego dnia choroby] na całej przestrzeni skóry rozpoczyna się zasychanie, tworzą się strupy, a na małych wrzodzikach strupy odpadają — naskórek się odradza. Odtąd stan chorej zupełnie się poprawił, powrócił sen, łaknienie się wzmagало. Choroba wstąpiła w okres zdrowienia. Zasychanie, odpadanie strupów i gojenie ukończyło się jednak dopiero w dwa tygodnie później, przyczem w wielu miejscach, szczególnie na tułowiu, powstały równe, białe blizny.

Dnia 22. I. zostałem znów wezwany do tego samego domu. Wskazano mi tu siostrę poprzedniej chorej, dziewczynę 20-letnią, która przed dwoma dniami silnie zachorowała. Choroba miała rozpocząć się dreszczem, bólami w stawach i zaraz wystąpiły plamy, które na drugi już dzień, t. j. dziś w chwili mojej wizyty, zamieniły się w pęcherze.

Chora silnie zbudowana i dotąd zawsze była zdrową.

Po dokładnem zbadaniu rozpoznałem też samą co u siostry jej chorobę, z równie gwałtownem nasileniem. Wywiady wykazały, że i ta chora na kilka

dni przed wybuchem choroby czuła się niezdrową, nieswoją, co się głównie miało objawiać ciągłymi wybuchami płaczu i bezgraniczną jakąś tęsknotą.

Zaleciłem to samo leczenie. Niestety chorej odwiedzać ani też dopilnować wykonania przepisanej procedury nie mogłem, gdyż zmuszony byłem w tym razie bezzwłocznie w dalszą wyjechać drogę. Po powrocie dowiedziałem się, że chora w siódmym dniu choroby, wśród gwałtownych objawów nerwowych, bredzenia i śpiączki, życie zakończyła.

Zaleconego leczenia nie stosowano, bali się — jak mówili — robić w krostach kąpiele bez doktora.

Zastanawiając się pokrótce nad chorobą moich chorych, nie trudno zdaje się będzie wyprowadzić ten wniosek, że mieliśmy tu do czynienia nie z jakąś chorobą miejscową, nie z prostym zapaleniem skóry, ani też żadną ze znanych wysypek, ale z chorobą *sui generis*, oddzielną, ogólną, zakaźną. Powyższe przypuszczenia uzasadniają najpierw wystąpienie objawów ogólnych i to dosyć ciężkich i dosyć charakterystycznych, odpowiadających w zupełności okresowi wtargnięcia (*invasio*) innych typowych chorób wysypkowych. Drugim dowodem jest fakt zapadnięcia na taką samą chorobę drugiej osoby w tym samym domu mieszkającej, która zresztą mało miała styczności z pierwszą chorą, zastępując ją w gospodarstwie. Ten ostatni mianowicie fakt, nie mogąc mieć innego przyczynowego momentu — wskazuje, że cierpienie moich chorych odnieść należy do grupy chorób zymotycznych, z właściwego zarazka pochodzących.

Jakich potrzeba warunków, aby ów zarazek wniknął do ustroju i wywołał cały szereg charakterystycznych dla siebie objawów? Odpowiedzi na to pytanie chyba długo nie będzie. Cóż bowiem wiemy pewnego o przyczynie innych, lepiej już znanych chorób zakaźnych? W obecnym przypadku obie chore były w zupełności ciągle zdrowe, można powiedzieć obie przedstawiały jakby uosobienie zdrowia. A jednak moment usposabiający, właściwy istnieć musiał.

Z kilku przypadków naturalnie nic wnioskować nie można, muszę jednak zwrócić uwagę kolegów, więcej jednak, a nawet jedynie tylko ze względu na przyszłość, czy czasem pewna pleć, jak w tym razie żeńska, nie jest szczególnie do tej choroby usposobioną?, SPILLMANN bowiem także obserwował tę chorobę u kobiety i to dosyć młodej jeszcze [3-io letniej].

Na powrót do zdrowia pierwszej chorej, skłonny bym był twierdzić, że najwięcej wpłynęło leczenie. Zbawienny wpływ długotrwałych kąpiele był tak wyraźny, tak widoczny, że niczem się zaprzeczyć nie da. Pod wpływem działania wody obniżyła się ciepłota ciała i to znacznie, bo prawie, jak po pierwszej kąpiele, o 4 stopnie bez wywołania wyniszczających potów, jak np. po stosowaniu wielkich dawek antypiryny. Takich wyników nie osiąga się żadnym ze znanych przeciwgorączkowych środków zadanych do wewnątrz. W kąpiele śledzić mogą spadek ciepłoty i jestem w możności nie dopuścić zbytniego jej obniżenia. W obecnym przypadku kąpiel oprócz znaczenia przeciwgorączkowego, wywarła także widoczny zbawienny wpływ na ciężko zajętą skórę, znosząc swędzenie trapiące chorą, splukując wysięki, łagodząc przekrwienie, nie dopuszczając do rozleglejszych nacieków, istniejące zmniejszając, co objawiało

się przybytkiem chlorków w moczu po każdej kąpeli, działając zaś kojąco na zakończenia nerwów w skórze, regulowała tym sposobem zburzoną równowagę czynności całego układu nerwowego, krzepiła go, znosiła gwałtowny niepokój chorej, zniżała tętno; pod jej wpływem oddechanie stawało się rzadszem, głębszem, równiejszem. Charakterystycznym jest również znikanie białka w moczu po każdej kąpeli. Czy i o ile sublimat wywierał jaki wpływ wyraźny na całą sumę dobroczynnych objawów, nie wiem, owszem ośmielę się twierdzić, że czynnikami działającymi tu była tylko woda i jej ciepłota.

Co zaś do samej manipulacji stosowania kąpeli w podobnych przypadkach, to przekonałem się, że jeżeli tylko lekarz okaże dosyć energii i chęci, wtedy nawet najcięższej chorej całymi godzinami w kąpeli trzymać można. W wannie urządza się choremu tak wygodne pomieszczenie, jak w jakim obszernym fotelu.

Wracając się teraz do, zacytowanego na początku niniejszego artykułu, SPILLMANN'a, dodaję, że za życia jeszcze jego chorej, badano kilkakrotnie krew, zawartość pęcherzyków i moczu i znajdowano we krwi małą ilość mikrokoków zaokrąglonych, charakterystycznych, bardzo ruchliwych, niezmiernie drobnych [od 0,0007—0,0013 mm. średnicy], występujących już to pojedynczo, najczęściej, już to w połączeniach po dwa, lecz nigdy więcej. Mikrokoki zaś znajduwane w zawartości pęcherzyków, lubo zupełnie podobne do mikrokoków krwi, były jednak liczniejsze, większe i zwykle występowały w połączeniu po dwa, po trzy, rzadko pojedynczo. W moczu, oprócz takich samych mikrokoków, znajdował SPILLMANN leucynę. Pojedyncze i mniejsze koki wykonywały ruch kołowy; większe pojedyncze wężykowaty, a koki połączone wahadłowy. Dalsze spostrzeżenia kliniczne i wyczerpujące badania histologiczne objaśnią nam zapewne w przyszłości rzeczywistą naturę niedostatecznie opisaną dziś choroby.

NOTATKI LEKARSKIE.

10. Przyczynę do działania gorzykwiatu wiosennego (*adonis vernalis*) w przypadku niezrównoważonej wady serca.

Zachęcony doświadczeniami Dr. GLUZIŃSKIEGO ¹⁾ nad działaniem gorzykwiatu wiosennego i konwalii majowej przy niezrównoważonych wadach serca, stosowałem również w mojej praktyce kilka razy powyższe środki. Ponieważ z 5 przypadków, w których stosowałem gorzykwiat, jeden tylko mogłem bliżej obserwować i przekonać się o znakomitem działaniu tego środka, tam, gdzie wszystkie inne środki okazały się zupełnie bezskutecznymi, sądzę, że podanie niniejszego przypadku ze wszechmiar zasługującego na uwagę, nie będzie bez pewnego interesu i zachęci Szanownych kolegów do próbowania gorzykwiatu wiosennego.

Historyczną wzmiankę o *adonis vernalis*, zdania różnych autorów [FRANK, GEIGER] co do działania gorzykwiatu i *helleborus niger*, z którym gorzykwiat długi czas był identyfikowany; wyrzucenie gorzykwiatu z użycia i zachowanie go w Rosyji jako środka ludowego, gdzie był używany jako przeczyszczający, przeciwkurczowy, jako też przeciw ogólnej opuchlinie, znaleźć można w powyżej zacytowanej pracy GLUZIŃSKIEGO.

¹⁾ WŁ. A. GLUZIŃSKI: „Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa, jako leki zastępujące naparstnicę“ [Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie zeszyt XI. 1885].

Również tam jest wzmianka o badaniach klinicznych nad tym środkiem, dokonanych przez BOTKINA, o składzie chemicznym [LINDEROS. GUENTHER], o wykryciu przez CERVELLO w gorzykwiecie glukozydu — *adonidynu*, o działaniu klinicznym i fizjologicznym gorzykwiatu [BUBNOW, ALTMANN]. Wyczerpujący opis rośliny pod względem botanicznym znajdzie czytelnik u F. G. HAYNE'go²⁾.

Przypadek, o którym zamierzam mówić, jest następujący. Dnia 27 Maja 1886 r. odwiedziłem pierwszy raz księdza z Opatowca, który skarżył się wtedy na męczący, prawie bez przerwy kaszel, nie dający choremu spać, na duszność i na „ataki sercowe“. Według słów chorego, od lat 16-tu cierpi co rok na gościec stawowy. Trzy lata temu zwrócił księdzu uwagę lekarz na „rozwijającą się u niego wadę serca“. *Abusus in Baccho*. Prócz gościa i ostatniej choroby, na żadną inną chorobę nigdy ksiądz nie chorował.

Stan obecny. Mężczyzna 46 lat mający, średniego wzrostu, dobrej budowy i doskonałego odżywiania, mięśnie silnie rozwinięte. Białkówki cokolwiek zażółcone. Nieznaczna sinica. Tętnienie tętnic szyjowych wyraźne. Stan bezgorączkowy. Klatka piersiowa beczułkowata. Oddechów 36 na minutę. Granice płuc obniżone. Oddech pęcherzykowy, wydech cokolwiek osłabiony. Kaszel częsty, suchy, bardzo męczący. Duszność.

Okolica serca nieco wyniosła. Ruchy serca niemiarowe. Uderzenie słabe wyczuwać można w 5-tej przestrzeni międzyżebrowej. Górna granica tępości serca pod 3 żebrem, lewa w postaci łuku cokolwiek na zewnątrz od linii sutkowej lewej, dochodzi do 6 żebra, dolna zlewa się ze słumieniem wątroby, prawa na linii środkowej ciała.

Wysłuchiwanie stwierdza arytmiję i zamiast tonów dwa niewyraźne szmery podmuchowe, z których skurczowy cokolwiek wyraźniejszy w miejscu uderzenia wierzchołkowego; 2-gi ton nad tętnicą płucną zaostrozony. Tętno małe, częste, miękkie i niemiarowe, nie da się obliczyć z powodu niemiarowości.

Brzuch wzdęty. Wątroba znacznie powiększona, dochodzi do wysokości pępka i zachodzi daleko z lewej strony za środkową linię ciała, gdzie tępość wątroby schodzi się z tępością serca; wątroba twarda, bolesna przy dotyku, również śledziona powiększona. W jamie brzusznej wolnego płynu wykryć nie można. Mocz błądy, ilości moczu na dobę, oraz ciężaru gatunkowego nie badano, białka nie zawiera.

Rozpoznanie me brzmiało: *Insufficiencia valvulae bicuspidalis et stenosis ostii venosi sinistri in stadio incomensationis incipientis. Myocarditis. Emphysema pulmonum*.

Pomijam tutaj cały arsenał środków, jak *digitalis*, *narcotica*, *excitantia*, środki czyszczące, pryszczydła, suche bańki, kolejno stosowanych przeszło 16 tygodni. Jeżeli mała i krótkotrwała ulga po stosowaniu powyższych środków nastąpiła, polepszenia wszakże przez cały czas nie było. Natomiast stopniowo zaczęły występować groźne objawy coraz większego zaburzenia czynności serca.

W pierwszych dniach Października stan chorego był niemal rozpaczliwy, znalazłem co następuje: Duszność ogromna, chory leżeć nie może, lecz w siedzącym położeniu na wpół przytomny przepędza noce. Tętno prawie niewyczuwalne. Sinica duża. Nos i kończyny chłodne. Mocny obrzęk nóg, obrzęk części płciowych, w jamie brzusznej można wykazać dość dużą ilość swobodnego płynu. Brak łaknienia i snu.

Dnia 5.X zacząłem stosować gorzykwiat wiosenny w postaci naparu:

Rp. *Inf. hbae adonis vernalis ex* 15·0—400·0

D. S. Co godzina łyżkę.

²⁾ FRIEDRICH GOTTLÖB HAYNE. *Genauere Darstellung und Beschreibung der in der Arzneukunde gebräuchlichen Gewächse wie auch solcher, welche mit ihnen verwechselt werden können*. I Band. Berlin 1805. S. 11.

Już dnia 9.X stan o tyle się poprawił że chory mógł leżeć, sen powrócił, apetyt dobry, kaszel daleko mniejszy. Około wieczora chory poczuł ból w lewym kolanie, następnie we wszystkich stawach palców lewej ręki. Od tego czasu spuchła cała dłoń i palce lewej ręki. Stan podgorączkowy, tętno wyczuwalne, mocniejsze, regularniejsze, 100. Szmer w miejscu wierzchołkowego uderzenia wyraźniejszy. Kończyny dolne wcale niespuchnięte [obrzęk moszny trwa]. W jamie brzusznej bardzo mała ilość wolnego płynu. Lewa dłoń i palce obrzękłe, czerwone i bardzo bolesne. Pacjent wypił dotychczas 3 porcje naparu z *adonis vernalis* [z 45 gramów].

Dnia 15.X obrzęk ręki i bóle w stawach ustępują. Od tego czasu polepszenie widoczne. Pacjent wstał z łóżka, cały dzień chodzi bez zmęczenia, kaszlu prawie niema, łaknienie doskonałe.

Dnia 11 Stycznia 1887 r. wezwany byłem do księdza z powodu pogorszenia się stanu w skutek wysiłków fizycznych.

Chory skarży się na męczący kaszel i duszność. Stan gorączkowy. T.^o 39. Tętno prędkie, nie da się obliczyć z powodu arytmii.

W płucach rżenia suche, rozrzucone, szczególnie z tyłu w dolnych płatach. Katar nosa. W jamie otrzewnej nieco wolnego płynu. Wątroba twarda bolesna. Zalecono najpierw naparstnicę, a następnie *adonis vernalis*. Od tego czasu stan chorego z każdym dniem się polepsza. Chory ciągle pije napar z gorzykwiatu, który sam sobie w domu przygotowuje podług wiadomego przepisu.

Ogólne zjawiska, jakie zauważyć się dały u mego pacjenta i u pacjentów Dr. GŁUZIŃSKIEGO po stosowaniu *adonis vernalis*, są następujące: tętno zwolniło i zyskało na sile, arytmija zmniejszyła się, szmery serca były wyraźniejsze, kaszel, duszność i opuchlina ustąpiły, ilość moczu wzrosła się, łaknienie polepszyło się. Do podobnych rezultatów przyszli i inni autorowie [BUBNOW, ALTMANN ¹⁾, DURAND ²⁾], po stosowaniu *adonis vernalis*.

Głównym czynnikiem gorzykwiatu jest wykryty przez CERVELLO ³⁾ glukozyd — adonidyn, który jak digitalin reguluje czynność serca i zwiększa ciśnienie boczne krwi, z czem zgadzają się prawie wszyscy autorowie prócz niektórych ⁴⁾. Nad digitalinem adonidyn przedstawia tę wyższość, że nie wywołując skutków zbiorowych, może być przez dłuższy czas stosowanym bez najmniejszej dla organizmu szkody. Fakt ten stwierdza się najzupełniej na moim pacjencie, który z małymi przerwami od Października roku zeszłego dotychczas [blisko 7 miesięcy] zażywa napar z gorzykwiatu bez najmniejszych ubocznych działań [prócz początkowej krótkotrwałej biegunki].

Na zakończenie wypada mi nadmienić, że aczkolwiek obserwacja jednego przypadku nie upoważnia mnie do żadnych wniosków, jednakże widząc skuteczne działanie gorzykwiatu tam, gdzie inne środki odmówiły nam swego działania, pozwolę sobie powtórzyć za innymi autorami, że w tych razach, gdzie naparstnica nie może być znoszona, lub gdzie jest obawa stosowania naparstnicy przez dłuższy czas z powodu zbiorowego działania, trzeba próbować gorzykwiatu, który, jak nas przekonywają przypadki innych autorów i niniejszy, może być stosowanym przez długi czas i w dość dużych dawkach bez najmniejszej obawy wystąpienia jakichkolwiek szkodliwych ubocznych działań.

Jakób Putermann [z Koszyc].

¹⁾ ALTMANN. *Adonis vernalis*. Referat z posiedzenia towarzystwa lekarskiego Berl. d. 30. VI. 1884. Kronika Lekarska. 1884, str. 696.

²⁾ DURAND. De l'action comparée des médicaments cardiaques. Ref. w Kronice Lekarskiej. 1886 r., str. 220.

³⁾ CERVELLO. Ueber den wirksamen Bestandtheil des *Adonis vernalis*. [Archiv für experiment Pathologie und Pharmacologie XV Bd.]. Ref. w Kron. Lek. 1882. str. 340.

⁴⁾ LUBLIŃSKI, LEHNHARTZ i LEYDEN odmawiają gorzykwiatowi wyraźnego działania na serce, natomiast przypisują temu środkowi własności przeważnie moezopędne. Patrz Ref. w Gaz. Lek. 1885 str. 973. Dr LANGAARD. O środkach zastępujących naparstnicę.

JAKĄ POWINNA BYĆ SALA OPERACYJNA?

W sprawozdaniu z wystawy higienicznej kol. DUNIN w dwóch miejscach [str. 684 i 686] Gazety Lekarskiej [Nr. 29 i 30] mimochodem zaczął o urządzenie sali operacyjnej, przyczem jedną z istniejących sal operacyjnych w szpitalu Dzieciątka Jezus nazwał „prawie wzorową“, drugą „kto wie czy nie najlepszą jezeli“ i t. d.. Znając obie powyższe sale, nie mogę sobie tych pochlebnych określeń wytlómaczyć w inny sposób, jak tylko, że pod względem wymagań co do urządzeń szpitalnych jesteśmy tak dalece niewybredni, tak dalece przyzwyczailiśmy się aktualny stan rzeczy brać niemal za *maximum* koniecznych ulepszeń, że nawet trudno nam się wznieść do pomyslenia i wyobrażenia sobie idealnego urządzenia w tym względzie. Niezmiernie biedne uposażenie naszych szpitali doprowadziło szersze koła do przeświadczenia, a nawet gorzej wpoilo przekonanie, że w szpitalu ludziom nie może być lepiej niż w więzieniu; prasa też miejscowa rzadko tę sprawę poruszała i mało komu z szerszej publiki, która dość dobrze obeznaną jest z nowszymi ulepszeniami w teatrach, znanymi są olbrzymie postępy w urządzeniu szpitali, zbudowanych w najnowszych czasach; przynajmniej nie spotykaliśmy nigdzie rysunków i opisu nieraz pomnikowych budowli, jakie ludzkość wzniosła dla cierpiących swoich członków. Tutaj dotknąć chcę tylko sali operacyjnej, jak ją sobie wyobraziłem, z góry zastrzegając, że wcale bym się nie zdziwił, gdyby ktoś znalazł w moim opisie opuszczenie czegoś ważnego lub jakąś wadliwość, rzecz ta bowiem wymaga wielostronnego roztrząśnięcia i rozważenia ze strony specjalistów: chirurgów, jako strony stawiającej wymogi i techników, jako strony, urzeczywstniającej je w sposób najlepszy, najprostszy i najtańszy.

Osią, około której wszystko musi kręcić przy urządzeniu sali idealnej, jest aseptyka, t. j. warunki zabezpieczające ją przed zakażeniem, oraz pozwalające na dokładne jej a łatwe oczyszczenie; nadto należy mieć na oku drugi szczególnie wzgląd — jej dobre oświetlenie. Dla tych powodów: 1-o Sala operacyjna musi być umieszczoną w osobnym budyneczku, poza budynkiem przeznaczonym na sale dla chorych, korytarze, części administracyjne i t. d., tak aby była otoczoną, podwórzem z trzech stron, aby miała oświetlenie z trzech stron i z góry.

2 o Powierzchnie, ograniczające salę, muszą być z materiału nieprzemakalnego, nie wciągającego w siebie wyziewów, pary wodnej i zanieczyszczeń morfologicznych powietrza, oraz dającego się oczyszczać antyseptykami wogóle, w szczególności roztworem sublimatu. Do tego celu, wyobrażam sobie, prowadzą dwie drogi: albo ściany, sufit i podłoga są zwyczajnie murowane, lecz wyłożone tafelkami majolikowymi, szczelnie dopasowanymi, spojonymi cementem jak to widziałem w jadalni np. South-Kensington Museum, albo ściany i sufit są wyłożone żelazną blachą pomalowaną olejną farbą, podłoga zaś kafłowa lub z innego materiału nie wsysającego płynów i gazów. Zaledwie potrzebuję dodawać, że i drzwi, w tej powierzchni, którą są zwrócone do sali operacyjnej, powinny być powleczone materiałem nieprzepuszczalnym [majolika lub blacha], że nie powinno być klamki i dziurki od klucza, gdyż te mają być tylko z zewnątrz, dalej, że szyby musiałby być osadzone w metalowym skielecie [jak w średnich wiekach].

Ponieważ powierzchnie, ograniczające salę operacyjną, powinny być jak najmniej dogodne do osiadania kurzu, który zawiera zarazki, opadłe z powietrza, przeto:

6-o Rogi sali i połączenia ścian z sufitem powinny być zaokrąglone.

4-o Okna, lub tylko ich para wewnętrzna [u nas na lato wyjmowana] powinna być osadzoną ściśle w płaszczyźnie wewnętrznej powierzchni ścian, tak, aby wcale rowków, fug i t. p. nie było.

5-o Dla tej samej przyczyny ogrzewanie powinno być albo rurami [powietrzem lub wodą], lub jeżeli mają być piece, te winny być pomieszczone między ścianą i owym nieprzepuszczalnym pokrowcem [zglazuirowane tafle gliniane, lub blachy], tak żeby swoją fasadą wcale do wnętrza sali nie sterczały.

6-o Sala operacyjna powinna mieć wentylację, dwie rury z wodą gorącą i zimną [możnaby i rurę z gazem].

7-o W pewnym najniższym kącie podłogi, winien się znajdować otwór, prowadzący do rury, przez którą spływałaby woda do mycia podłogi, lub roztwory antyseptyczne, do mycia ścian i sufitu użyte.

8-o Przy jednej ze ścian 4—5 wielkich mis fajansowych, czyszczajngutowych, osadzonych na osi w żłobie ze sztaingutu, lub żelaza, służących do mycia rąk, gąbek i t. p., a opróżnianych przez przechylenie; ze żłobu rurą płyn zostaje odprowadzony na zewnątrz.

9-o W sali tak urządzonej nie powinno być n i c prócz stołu operacyjnego, szafy z narzędziami, szafy z materyjałami opatrunkowemi, oraz stołów podręcznych, o których wnet pomówimy. Tu zaś dodajemy, że naszym zdaniem tylko co wymienione punkta są podwalinami, abecadłem w urządzeniu sal operacyjnych, reszta zaś drobnostką; otóż tych fundamentów nie ma ż a d n a warszawska sala operacyjna [kliniczna u Ś-go Ducha, kliniczna u Dzieciątka Jezus, sala w szpitalu ewangelickim, żydowskim, Ś-go Rocha, Praska, wreszcie trzy u Dzieciątka Jezus], drobnostki zaś mają, ciemne i źle umieszczone i urządzone. Wszak we wzorowych szpitalach w Anglii, gdzie operują sławni na świat chirurgowie, gdzie robią operacje secinami, jak w King's College Hospital, St. Thomas Hospital, University College Hospital, Brompton Cancer Hospital, Middlesex Hospital, Charing Cross Hospital, Guy's Hospital i tylu innych jest tylko po jednej sali operacyjnej, a chirurgowie w ten sposób się godzą, że 1-o układają się co do godzin, [np. jeden od 8 do 12 ej z rana, drugi po południu], lub co do dni, [np. jeden Poniedziałki, Środy i Piątki, drugi Wtorki, Czwartki i Soboty]. U nas, gdzie taka mizerna liczba operacji wypada na jednego chirurga, taki rozkład jest bezwarunkowo możliwszy; co najwyżej mógłby każdy mieć osobną szafę dla siebie w pokoiku lekarskim. Zresztą są to szczegóły, nam zaś chodzi tu o główne zasady.

Ze koszt takiej sali operacyjnej po bliższem obliczeniu nie byłby tak znaczny. Wreszcie taka sala operacyjna mogłaby być dla każdego szpitala jedna; nie ma bowiem najmniejszej racyi, żeby każdy chirurg miał swoją salę operacyjną; traci się przez to tylko niepotrzebnie miejsce, a zamiast jednej dobrej, ma się trzy lub dwie, ciasne, ciemne i źle umieszczone i urządzone. Wszak we wzorowych szpitalach w Anglii, gdzie operują sławni na świat chirurgowie, gdzie robią operacje secinami, jak w King's College Hospital, St. Thomas Hospital, University College Hospital, Brompton Cancer Hospital, Middlesex Hospital, Charing Cross Hospital, Guy's Hospital i tylu innych jest tylko po jednej sali operacyjnej, a chirurgowie w ten sposób się godzą, że 1-o układają się co do godzin, [np. jeden od 8 do 12 ej z rana, drugi po południu], lub co do dni, [np. jeden Poniedziałki, Środy i Piątki, drugi Wtorki, Czwartki i Soboty]. U nas, gdzie taka mizerna liczba operacji wypada na jednego chirurga, taki rozkład jest bezwarunkowo możliwszy; co najwyżej mógłby każdy mieć osobną szafę dla siebie w pokoiku lekarskim. Zresztą są to szczegóły, nam zaś chodzi tu o główne zasady.

Wreszcie uwzględnić muszę jeszcze jeden zarzut, pozornie słuszny, a mianowicie, że wszak i przy obecnych warunkach można osiągnąć dobre wyniki. Co do tego należy się najprzód porozumieć, co pojmujemy pod wyrazem „dobre“. Nie dosyć jest, żeby nie było róży, ropnicy i posocznicy. Dzisiaj nie powinno być także wcale 1-o gorączki przyrannej (*Wund-Reinigungs-Aseptische-Fieber* i t. p.), 2-o rany o ile nie są zeszyte, powinny się goić bez ropienia, pod wilgotnym strupem, dopiero, wtedy chirurg może powiedzieć, że osiągnął swój ideał, na szczęście już dziś osiągalny. Prócz tego nie byłoby właściwem na tem miejscu rozwodzić się nad tem, że dobre swoje wyniki, o ile je mamy, osiągamy trudnemi do uwierzenia wysiłkami osobistemi i poświęceniem czasu i pieniędzy, o czem za granicą chirurgom ani się marzyło, lecz ta materyja odprowadziłaby nas na inny przedmiot. Tymczasem dodamy, że chirurg prócz osobistych wysiłków, powinien mieć pomoc przeciw strasznym wrogom, czyhającym na chorego, we wzorowo urządzonej sali operacyjnej.

Zaledwie dodawać potrzebuje, że stół operacyjny, oraz stoliki do rozstawiania naczyń i narzędzi muszą być z żelaza z blatami żelaznemi, marmurowemi

lub co najlepiej szklanemi; dwa krzeselka i taburety również żelazne; dwie szafy [jedna do narzędzi, druga do przechowywania słoików z gąbkami, wacikami, sączkami, podwiązkami, oraz materyałami opatrunkowemi] także winny posiadać skielety żelazne z oszklonemi drzwiami i bokami.

Trzeba nadto rozróżnić dwie rzeczy w zasadzie: urządzenie aseptyczne sali i jej użycie. Otóż co do tego ostatniego, powinno być niewolno na sali operacyjnej nic innego robić tylko operować, a zatem opatrywanie i badanie chorych, przebywanie lekarzy, palenie tytoniu, rozprawy i t. p. wcale tam odbywać się nie powinny. Sala operacyjna winna być owem *sanctum sanctorum* jak w arce przymierza; do niej wchodzić mogą tylko ci, co są niezbędni, oraz chory odpowiednio ubrany i przygotowany; w niej zaś odbywają się tylko operacje.

Ponieważ zaś opatrywanie chorych, podczas którego obnaża się ranę, nieraz jej się dotyka, porusza, rozkrwawia i t. d., lub uskutecznia małe poprawki, do czego potrzeba pod ręką mieć wiele przyborów, rozczyńców, nawet narzędzi, jest na sali chorych naszym zdaniem niewłaściwem, nadto z powodu płaczu, jęczczenia i t. d. chorych, wpływającego przygnębiająco na innych chorych, nieodpowiedniem i na zakażenie rany narażającym, z drugiej strony ponieważ badanie chorych dla względów moralnych, estetycznych, oraz technicznych jest również na salach ogólnych nieraz nie możebnem — przeto — obok sali operacyjnej powinna być salka odpowiednio urządzona do opatrywania i badania chorych. Wreszcie musi być osobny pokoik, rodzaj kancelaryjki dla chirurga i lekarzy, gdzie mogliby się naradzać, uskutecznić czynności administracyjne, przechowywać księgi kontroli i t. p. Razem wzięwszy wyobrażam sobie, że z głównego korytarza budowli szpitalnej, może odchodzić boczny korytarz do głównego prostopadły; po jednej ręce jego znajdowałaby się salka opatrunkowa, po drugiej naprzeciw pokój dla lekarzy, a sam korytarz prowadziłby do drzwi sali operacyjnej, wyżejopisanej.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 20 Września r. b., nie odbyło się według zapowiedzianego porządku dziennego, obaj bowiem koledzy, prace których miały być zakomunikowane nie stawili się. Tylko kol. MATLAKOWSKI przedstawił wyciętą przez się macicę wraz z licznemi mięśniakami śródcieinnemi, podsurowiczemi. Chora, 40-letnia, panna, od kilku miesięcy doznawała zatrzymania moczu, tak uporeczywie, że trzeba było wypuszczać go cewnikiem; zresztą innych objawów mięśniaków, jak krwawień, bólów i t. p. nie było. Uskuteczniiono w tym przypadku *histerectomiam supravaginalem*, z otwarciem jamy macicy, z traktowaniem szpuly zewnątrz-otrzewnie.

Na posiedzeniu klinicznym dodatkowem w d. 27 Czerwca r. b. kol. ZAGÓRSKI wygłosił rzecz p. t. „Przyczynę do chirurgii dróg żółciowych”. Po krótkim wstępie kol. Z. opisał dwa odnośne spostrzeżenia, pierwsze dotyczyło chorej, której prof. Kosiński w Listopadzie r. z. dokonał wycięcia pęcherzyka żółciowego z powodu ropnia, wywołanego obecnością dużego kamienia żółciowego, uwięzniętego w szyjce pęcherzyka i początku przewodu pęcherzykowego. Cięcia zrobiono dwa, jedno na linii białej i drugie pionowe do pierwszego na 4 palce powyżej pępka z prawej strony. Najtrudniejszą częścią operacji było wydobycie kamienia. Szew na ranę brzuszną nałożono dwupiętrowy. Chora zmarła wskutek zapalenia otrzewnej. Drugi przypadek dotyczył chorej, którą kol. ZAGÓRSKI przedstawił na posiedzeniu. Przybyła ona do szpitala Ś-go Ducha z wybitnemi objawami zatkania przewodu żółciowego i następczą cholemią. Gdy po drugiem leczeniu wewnętrznem nie było poprawy, a dołączyły się jeszcze krwiopłucie i krwotoki z dziąseł i uosa, kol. Z., który wówczas po raz

pierwszy widział chorą, zaproponował zrobienie cholecystotomii. Chora jednak zgodziła się na takową dopiero w kilka tygodni, gdy już zjawily się odleżyny i choroba coraz więcej jej dokuczala. Kol. ZAGÓRSKI dokonał operacyi na początku Lipca r. b. Po zrobieniu cięcia 12 ctm. długiego, na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha prawego, znaleziono wodną puchlinę pęcherzyka żółciowego, spowodowaną przez zatkanie przewodu pęcherzykowego i wspólnego [w miejscu zlania się z dwunastnicą], strzępkami złożonemi ze śluzu i drobnego piasku [kryształki cholestearyny]; ani kamienia, ani nacieczenia nowotworowego, ani blizn żadnych nie znaleziono. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bezgorączkowy; cała ilość żółci [5—14½ uncjy dziennie] stale wypływała przez przetokę. Stan ogólny się ciągle poprawiał. W 6 tygodni po operacyi kol. Z. rozpoczął kateteryzowanie, jednakże po pierwszym tylko był skutek, gdyż stolce były zabarwione na żółto, następne pozostały bez skutku. 1 Września chora wypisała się na własne żądanie z kliniki i jak opowiada w tydzień potem rozpoczęły się wypróżnienia zabarwione żółcią. Obecnie ponieważ nic już nie stoi na zawadzie do zrobienia autoplastyki, kol. Z. ma zamiar takową wykonać.

Następnie kol. Z. podał krótki rys historyczny pojęć dotyczących chirurgii dróg żółciowych, przyczem z dawniejszych prac szczególnie nacisk położył na prace PETIT'a i HERLIN'a, z nowszych wspominał obszerniej o pracy WINI-WARTER'a. Z tego zestawienia wynikło, że wszystkie operacje, wykonywane na drogach żółciowych dają się sprowadzić do 5 głównych typów, a mianowicie 1) przekłócie pęcherzyka żółciowego, 2) przecięcie pęcherzyka zrosniętego ze ścianą brzuszną, 3) przecięcie pęcherzyka niezrosniętego ze ścianą brzuszną [cholecystotomija], 4) wycięcie pęcherzyka [cholecystotomija] i 5) utworzenie przetoki pęcherzykowo-kiszkowej [cholecystenterostomija]. Kol. Z. podał technikę i wskazania do każdego z opisanych rękoczynów, przyczem porównując cholecystotomiję z cholecystektomiją, z uwagi, że pierwsza pozostawia zawsze po sobie przetokę, a druga przedstawia niekiedy w wykonaniu duże trudności, położył nacisk na możliwość uzupełnienia pierwszej przez jednoczesne z nią podwiązanie przewodu pęcherzykowego. Kol. ZAGÓRSKI wspominał o doświadczeniach, jakie w celu wypróbowania tej myśli przedsięwziął na zwierzętach [psach]. W końcu mówił o szansach możliwej interwencji chirurgicznej przy nowotworach pęcherzyka i o wskazaniach jakie przy zranieniu dróg żółciowych na zasadzie przytoczonych faktów teoretycznie wprowadzić można.

W dyskusyi jaka się wywiązała nad pracą kol. ZAGÓRSKIEGO, zabrał głos kol. MATLAKOWSKI zaznaczając, że kazuistyka przypadków chirurgicznej interwencji na drogach żółciowych w obecnej chwili jest u nas, w Warszawie, dość liczną. Co do oceniania różnych metod operacyjnych, to kol. M. jest zdania, że każda z nich w poszczególnych przypadkach, może mieć racyjną bytu.

W dalszym ciągu dyskusyi kol. MATLAKOWSKI zaznaczył, że operacja przecięcia i zaszycia pęcherzyka żółciowego ma przyszłość przed sobą. Można ją udoskonalic i zabezpieczyć się od wypływu żółci do jamy otrzewnej za pomocą metody podobnej do sposobu traktowania szypuły po wycięciu mięśniaków macicy; można mianowicie, zaszywszy pęcherzyk, obszyć go listkami otrzewnej ściennej, a ponad to zaszyć ścianą brzuszną; w ten sposób, gdyby nawet szew puścił, to żółć nie dostanie się do jamy otrzewnej. Wreszcie co do nowotworów, to nie może się zgodzić ze zdaniem kol. Z., aby nowotwory pęcherzyka żółciowego były przeważnie pochodzenia wtórnego, przeciwnie są one przeważnie pierwotne. Kol. ZAGÓRSKI odpowiada na to, że nie opiera się w tym względzie wcale na własnem doświadczeniu, lecz na zdaniu DENUĆ. Co do metody SPENEER-WELLS'a, zaszywania i opuszczania do jamy otrzewnej pęcherzyka żółciowego, to sam wynalazca otrzymawszy na 4 razy 3 przypadki śmierci, w ostatniem wydaniu swego dzieła wcale o niej nie wspomina.

Kol. ZAGÓRSKI okazał także na tem posiedzeniu chorą, u której skutek wycięcia kiszki stolecowej [10—18 ctm.], wyciął metodą MIKULICZA 14 ctm. kiszki.

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—6

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiorów 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 rozbiorów 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

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Oblężonych 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

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