

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu Ś-go Leona w Opatowie, za rok 1873. Skreślił *Marcelli Lewiński*, lekarz tegoż szpitala. Sprawozdanie VII z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1873. Napisał Dr med. *A. Rothe*, naczelny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie, Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów. (Dokończenie). Kronika zagraniczna. O leczeniu pompą żołądkową. Przez Dra *Schliep*. Wiadomości bieżące. O leczeniu suchot za pomocą fosforanu wapna i soku mięsnego. Kalendarz lekarski na rok 1875.—Dodatek. Medycyny Sądowej T. II. ark. 10. Akuszeryi T. III. ark. 26. Choroby zaraźliwe ostre T. II. ark. 3. Choroby zaraźliwe chroniczne ark. 4.

Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu Ś-go Leona w Opatowie, za rok 1873.

Skreślił *Marcelli Lewiński*, lekarz tegoż szpitala.

Szpital Ś-go Leona, funkcjonujący dopiero od końca roku 1869, należy bez zaprzeczenia do najmłodszych i najmniejszych w Królestwie¹⁾. Mieści się w jednopiętrowym murowanym domu; etatem obejmuje łóżek 28, które latem zaledwie w połowie bywają zajmowane, zimową porą za to cyfra przybywających na kurację chorych od 40—50 dziennie dochodzi. Chorzy mieszczą się w 10 pokojach, z których 5 na dole dla mężczyzn i 5 na górze dla kobiet prze-

1) Krótką historję szpitala Ś-go Leona w niedługim czasie czytelnikom Gazety Lekarskiej podamy. (Przyp. autora).

znaczono. Weneryczni i świerzbowaci tak w oddziale męzkim jak i w żeńskim zajmują oddzielne pokoje. Przy niewielkiej liczbie chorych pomieszczenie takie jest bardzo korzystnym, pozwala bowiem każdy pokój utrzymać w przyzwoitej czystości i należywym porządku, co ze względu na dość częste wypadki operacyjne, stanowi dodatny warunek szpitala. Brak łazienek, brak pokoju sekcyjnego i trupiarni stanowi jedynie ujemną stronę tej instytucji, którą z niemałym trudem i mozołem dopiero po kilkonastoletniej budowie wzniesiono.

W roku 1873 leczyło się ogółem chorych 345, z tych 271 wyzdrowiało, 35 umarło. a 39 pozostało na rok bieżący, jak sprawozdanie roczne wskazuje.

O ile niedokładne są szematy szpitalne, służące do oficjalnych sprawozdań miesięcznych i rocznych, wie o tem każdy lekarz szpitalny — naśladować więc ich tutaj nie będę a przedstawivszy ogólną tablicę ruchu chorych, nad niektórymi tylko ciekawszemi zastanowię się wypadkami.

Numer	Wyszczególnienie chorób	Przybyło	Wypisano	Zostało	Umarło
1	Choroby nerwowe i umysłowe	14	9	2	3
2	Choroby organów oddechania	42	26	4	12
3	Choroby serca	5	3	—	2
4	Choroby organów trawienia	29	24	1	4
5	Zimnice i durzyce	32	25	7	—
6	Choroby dróg moczowych i nerek	8	5	2	1
7	Choroby skórne	24	19	4	1
8	Ropnie, wrzody, zapalenie skóry	18	17	1	—
9	Stłuczenia i rany	21	20	—	1
10	Próchnienia, zgorzele kości	24	15	7	2
11	Złamania	17	12	1	4
12	Choroby oczu	10	9	1	—
13	Choroby weneryczne	73	64	8	1
14	Nowotwory	10	8	1	1
15	Czarna krostka	7	6	—	1
16	Ciaża	5	5	—	—
17	Konający	2	—	—	2
18	Na obserwacyi	4	4	—	—
	Razem	345	271	39	35

I. Do grupy chorób pod pozycją pierwszą w tabeli wykazanych, wchodzi 14 wypadków, z których było: 3 wypadki *leptomeningitis* — wszystkie

zakończone śmiercią; 3 *mania generalis*, z których 2 wypisane z małym polepszeniem a 1 został na rok obecny; 8 wypadków *paralysis et paraesis extremitatum*, *paraplegia*, *tabes dorsalis*, z tych 7 wypisano bez żadnej ulgi, a jeden pozostał na dalszej kuracyi.

Ze względu na stan w jakim przywiezione były wszystkie trzy chore na *meningitis*, niepodobna było poczynić dokładnych obserwacyj. Cierpienie mózgowie widać było z jednego rzutu oka; ten stan głębokiej depressyi, brak wszelkiego uczucia, brak słowa, ciągle mamrotanie niezrozumiałych wyrazów, oddech nadzwyczajnie utrudniony, jak u konających, wszystko to przepowiadało blizkie zakończenie choroby, co też we wszystkich trzech wypadkach najstalej się potwierdziło. Aetiologia żadna, obserwacya najwyżej dwudniowa (gdyż w tym terminie wszystkie 3 wypadki zakończyły się śmiercią) nie dają nam prawa do żadnych wniosków naukowych z powyższej cytowanych wypadków.

Następnie 32 wypadki *manii* należą do tej kategorii chorych, których instytucye właściwe „dla braku miejsca“ przyjąć nie mogły i przez to samo zostawily na opiece rodziny. Otóż, gdy chory taki, zwyczajnie uważany przez wszystkich za półgłównka i trzymany w rygorze, rozumianym po wiejsku, wyrwawszy się z pod dozoru nastraszony jaką kobietę, lub spsocy co w domu, przywożą go skutego i związanego a nieraz i pobitego porządnie do szpitala, z kąd najczęściej po kilkodniowym pobycie ucieka. Co robić z podobnym chorym w małym szpitalu, gdzie za całą usługę posiada się jednego człowieka, odpowiedzą koledzy, którzy znajdując się w podobnym wypadku mieli sposobność czynić nad nim obserwacye? Szkoda, że przynajmniej miasta gubernialne nie posiadają domów dla obłąkanych! Z 8 wypadków najrozmaitszych zbroczeń nerwowych, trzymany w szpitalu jedynie z braku schronienia (w bliskości) dla paralityków niewyleczalnych, jeden tylko przedstawiał szansę leczenia:

Ischio-tabes. Grodecki Stefan, lat 53, budowy dobrej, odżywiany należycie, skarży się na ból w dolnej części krzyża i wzdłuż przebiegu nerwów kulszowych, obustronnie. Chód utrudniony, pod stopami uczucie czegoś miękkiego przy stapaniu, bóle przelatujące, bardzo dotkliwe w obydwóch kończynach dolnych. Uczucie na podszewkach i wielkich palcach zmniejszone (*anaesthesia*), w przebiegu zaś nerwów kulszowych powiększone (*hyperaesthesia*). Cierpienie datuje od 5-ciu miesięcy. Z zamkniętymi oczami kroku postąpić nie może. Po zażyciu środków drażniących i pryszczących, zrobiliśmy przyżeganie rozpalonem żelazem dolnej części kolumny kręgowej i miejsc odpowiednich przebiegowi nerwów kulszowych wielkich (*nn. ischiadici magni*). Nadto do wewnątrz podaliśmy *kali hydrojodicum* $\mathfrak{3j}$ ad $\mathfrak{3vj}$ *aq. destil.* Po 6-ciu tygodniach, zażywszy 10 drachm *kali hydrojodici*, chory zupełnie prawie wyleczony szpital opuścił.

II. Choroby organów oddechania rozpadają się w następujący sposób:

	Przybyło	Wyzdrowiało	Zostało	Umarło
1. Laryngitis crouposa	1	—	—	1
2. Emphysema pulmonum	8	4	1	3
3. Pleuritis	13	12	—	1
4. Pneumonia	12	6	2	4
5. Tuberculosis i phthisis pulmonum	8	4	1	3
Razem	42	26	4	12

O tej grupie chorych byłoby dużo do pisania a protokoły sekcyjne byłyby bardzo ciekawe, ale przez wzgląd na częstość wypadków ograniczymy się do paru obserwacji:

Laryngitis crouposa. Tracheotomia. Mors. Gotwillen Bronisława, dziecko 4-letnie, pięknie zbudowane, przyniesione zostało do szpitala w 8-mym dniu choroby. Usta i język ciemno-sine, na czole pot kroplisty, kończyny zimne, oddechanie chrapliwe, rzadkie, powierzchowne. Badanie płuc niemożliwe. O 7-jej rano przystąpiliśmy do tracheotomii. W kwadrans potem, po wprowadzeniu rurki, auskultacya płuc nie bardzo nas zadowolniła. W prawem płucu od samej góry aż do dołu znaleźliśmy oddech niewyraźny i rżenia drobne. Oddechanie wszakże było teraz równe, dłuższe choć przyspieszone; twarzyczka bladła; temperatura ciała wynosiła 41,5°. Puls bardzo częsty i drobny. Kilka suchych baniek na plecy i środek wykrztuśny zaleciliśmy. W parę godzin po operacyi stan chorej nie uległ widocznej zmianie. Z powodu wyjazdu na wieś, nie widzieliśmy chorej aż do godziny 4-jej rano dnia następnego. Pomimo rurki tracheotomicznej, oddechanie było bardzo powierzchowne i coraz to radsze. Twarz na nowo sinieć poczęła, dziecko senne a jednak nie śpiące, obojętne na wszystko; głośniejsze tylko zdaje się rozumieć pytania; od czasu do czasu przychodzą drgawki całego ciała, słowem następuje duszenie się (*asphyxia*). W godzinę potem umarło. Sekcyi nam zrobić nie pozwolono.

Pleuritis exsudativa sinistra chronica. Volvulus. Laparotomia. Mors. Aleksandrowicz Jakób, ex-żołnierz, 65 lat wieku liczący, wszedł do szpitala z bólem lewego boku, trwającym już od kilku tygodni, bardzo wycieńczony. Gdy po dniach kilku czuł się zupełnie dobrze a wysięk w lewej opłucnej był już na wessaniu, zaczął się skarżyć na podpieranie w brzuchu, ciągle odbijanie i nudności. Stolca przez całą dobę nie miał. Brzuch miał wzdęty, twarde. Poprzecznicą (*colon transversum*) wydawała odgłos tępy, niżej w reszcie kiszek odgłos był bębniasty. Olejek rycynowy żadnego nie przyniósł skutku,

domięszaliśmy do niego parę kropli *Ol. Crotonis*, również bezskutecznie. Następnego dnia, gdy wystąpiła silna gorączka a wskutek nadmiernego meteoryzmu oddechanie stało się bardzo trudnem, podawaliśmy kalomel z jalappa lecz także nie z wielkiem powodzeniem. Zimne okłady na brzuch, rurka wstawiona w odbytnicę dla wyprowadzenia gazów, nie zmieniły stanu tego w niczem. Gdy i ławatywy wszelkiego gatunku nie pomagały, a po lewej stronie brzucha, poniżej pępka wyczuwaliśmy wyraźnie guz twardy, z odgłosem bębniwym, postanowiliśmy wspólnie z doktorem Mroczkowskim wykonać przecięcie ścian brzucha (*Laparotomia*), w celu odprowadzenia zaciśniętej skręconej lub uwięzionej kiszki. Po dostaniu się do jamy brzucha, uderzyła nas przede wszystkim nadmierna objętość kiszki zstępującej (*colon descendens*), fioletowe jej zabarwienie i to, że ani uwięzienia, ani zaciśnięcia we właściwym znaczeniu (*incarceratio*) nie znaleźliśmy, a tylko skrócenie kiszki zstępującej w ten sposób, że *S rominum* zakreślało krzywiznę do zwyczajnego *S* podobną. Skrócenie (*volvulus*) poprzeczniicy (*c. transversum*) na około osi nastąpiło w tym miejscu, gdzie ona przechodzi w kiszkę zstępującą i normalnie tworzy łuk. Ponieważ rana nasza była zrobiona nieco niżej skrócenia, wypadło więc obniżyć kiszkę aby ją na właściwe miejsce odłożyć; staraliśmy się przeto pociągając jej koniec dolny sprowadzić samo skrócenie do brzegu rany i odkręcając w stronę przeciwną, nadać właściwy kierunek kiszce zstępującej, co po dość długiem a trudnem manewrowaniu z powodu nadmiernego meteoryzmu udało nam się wreszcie. Następnie zaszyliśmy ranę podwójnym szwem: głębokim, złożonym z 3-ch szpilek, przechodzących przez otrzewną i powierzchowną—przez mięśnie i skórę. Późem, nie zdejmując chorego ze stołu, daliśmy mu jeszcze parę ławatyw z olejku rycynowego —po których, prócz wielkiej ilości gazów zaledwie ślady stolca się pokazały. Chory po operacji czuł się znacznie lżej, przeniesiono go na łóżko, gdzie kilka godzin zasnął spokojnie. Nad ranem, pojawiły się womity kałowe, temperatura spadła, oddech nadzwyczaj utrudniony, górną częścią klatki piersiowej. Okolica żołądka wzdęta, twarda. Cały brzuch przyjął poprzednie kształty z tą tylko różnicą, że guza po stronie lewej nie było. Womity stawały się coraz częstsze choć coraz skąpsze co do ilości. Żadnych środków powstrzymujących womity żołądek już nie zatrzymywał, lecz zwracał natychmiast. Ciało stygło coraz więcej, chory przestał mówić, pot bardzo obfity wystąpił na całą powierzchnię skóry i pacjent nasz w 18 godzin po operacji żyć przestał.

Przytaczam tu ten wypadek z 2-ch głównie względów: 1) że nie każde zatwardzenie stolca kończy się pomyślnie po zadaniu środków rozwalniających, i 2) że każdy guz w brzuchu (w podobnych okolicznościach) wskazuje miejsce uwięzienia lub wsunięcia się kiszki (*intussusceptio*), których w tym wypadku poszukiwaliśmy. Co do 1 go, przyznaję, że chory, który po 10 dniach pobytu w szpitalu i prawie już wyleczony z cierpienia z którym przybył, skarżąc się na zatwardzenie stolca nie budził we mnie żadnej obawy (w dniu pierwszym)—kazałem mu dać łyżkę olejku rycynowego i uspokoilem, że na jutro zdrowym zupełnie będzie. Tymczasem, następstwa przekonały, że pro-

guoza moja mylną była zupełnie. Przebieg choroby w dniu 2, 3 i 4 przekonał mnie o tem najdowodniej. Wyczerpawszy wszelkie możliwe środki przystąpiłem do operacyi jako do *ultimum refugium*, w tem przekonaniu, że *melius remedium anceps, quam nullum*.

Co do 2-go, guz w lewej stronie brzucha, poniżej pępka, odległym był od samego skręcenia o kilka cali przynajmniej i nie wskazywał dokładnie miejsca największego zoczenia кишки zstępującej. Przyczyną guza była średnia część *S romani*, odwróconego w stronę przeciwną, nadmiernie rozdęta gazami.

Sekoya potwierdziła przypuszczenie, że następane po operacyi, powtórne skręcenie, stało się przyczyną śmierci. W miejscu rany od strony otrzewnej znaleźliśmy bardzo nieznaczne przekrwienie i początek tworzenia się wysięku.

III. Z pomiędzy chorób sercowych, których stosunkowo mało mieliśmy w leczeniu, bo wszystkiego 5 wypadków, żadnej obserwacyi podać nie możemy. Troje chorych wypisanych z małym polepszeniem, na własne żądanie, po kilka dni zaledwie przebyło w szpitalu, a dwoje zmarłych, już w ostatnich chwilach przyniesiono. Sekoya wskazała w obydwóch wypadkach rozszerzenie komórek sercowych (*dilatatio ventriculorum cordis*), a śmierć nastąpiła wskutek *syncope*, przy ogólnej puchlinie wodnej (*anasarca*).

IV. Choroby organów trawienia mieliśmy w szpitalu następujące:

N a z w a c h o r o b y	Przybyło	Wypisano	Zostało	Umarło
Gastralgia, Gastroenteritis. Typhlitis	19	15	1	3
Icterus. Atrophia hepatis. Ascites .	7	7	—	—
Cholera asiatica	3	2	—	1
Razem	29	24	1	4

Typhlitis chronica, perforatio caeci, mors. Głowacka Katarzyna lat 26, budowy dobrej, znacznie wyniszczona, weszła do szpitala po 17 tygodniach choroby. Skarży się na ból w prawej okolicy brzucha, dodając, że żadnego pokarmu przyjąć nie może, gdyż takowy natychmiast womitami zwraca. Opowiada, że przed 17 tygodniami zachorowała na jakąś chorobę, przy której zupełnie straciła przytomność i miała wielką gorączkę, poczem, gdy przyszła do siebie, ani apetytu ani dobrego trawienia odzyskać nie mogła. Ból w prawej połowie brzucha prześladowa ją od dawna; ten ból wstrzymuje ją od jedzenia, gdyż za połknięciem choć łyżki stawy zwiększa się nadzwyczajnie. Przy oddawaniu stolca doznaje tak silnego osłabienia, że naraz mdleje w wychodku. Skóra chorej ciemno-żółta, wiotka, pomarszczona, sucha. Błony śluzowe blade. Język wilgotny, obłożony. W klatce piersiowej nie godnego uwagi.

W okolicy kątnicy (*coecum*) guz niewielki, bardzo bolesny, z odgłosem bębni-
stym, nieco przytłumionym, reszta brzucha płaska, prawie wklęsnięta. Stolce
zaparte. Womity kilkanaście razy dziennie. Chora tak osłabiona, że z tru-
dnością z łóżka podnieść się może. Gorączki nie ma.

20 Lipca. Dostała pół łyżki olejku rycynowego, a na miejsce bolące
brzucha 6 suchych baniek i ciepły okład. Dyeta ścisła. Na drugi dzień poka-
zał się stolec skąpy, ciemny—jakby po użyciu żelaza. Bólu to wszakże nie
złagodziło; womity stały się rzadsze. Lekki napar ziółek gorzkich i okłady
ciepłe jak dawniej.

24 Lipca. Stan o tyle lepszy od poprzedniego, że bóle złagodniały,
stolec choć mały, lecz codziennie a womitów już od dni paru niebywa. Prosi
o większy posiłek. Okłady ciepłe zdjęto, a miejsce bolące posmarowano
Tinct. Jodi.

28 Lipca. Womity bardzo częste. Ból całej prawej połowy brzucha,
idący od miejsca kątnicy aż do dołka sercowego; czasami chora doznaje tar-
gania wewnątrz brzucha, wśród którego mdleje wyraźnie, kończyny stygną
a twarz pokrywa się potem. Temperatura normalna, puls 124. Przepisano
krople morfiny, lód w kawałkach do lękania; całą połowę brzucha posmarowa-
no maścią lapisową; nadto dostała ławatywę z olejku rycynowego.

2 Sierpnia. Stan coraz gorszy. Prócz odrobiny wody zimnej nie przyjąć
nie może; womity częste, śmierdzące. Na ból nie skarży się wcale. Brzuch
wpadnięty, nie bolesny. Stolca zaledwie ślady były. Puls trudny do zliczenia,
temperatura 39,8, skóra sucha. Od czasu do czasu dreszcze. Mówi niechętnie,
jęczy bardzo słabym, głębokim głosem. Oddechanie bardzo częste, powierzch-
wne. Wieczorem tegoż dnia chora bezprzytomna; puls przepuszczający, słaby;
temperatura 40,2. Kończyny dolne i górne szczególnie przy palcach zimne jak
marmur. Majaczenie—śpiączka.

Dnia 3 Sierpnia o 5-jej rano umarła.

Przy sekcyi znaleźliśmy: żołądek skurczony, bardzo nieznacznej pojemno-
ści; kiszki cienkie ściągnięte, nieznaczną ilością śluzu z wielką masą nabłon-
ka zmieszana wypełnione; kiszka ślepa o ścianach zgrubiałych, prawie dokoła
z organami sąsiednimi zrosnięta, pokryta świeżym wysiękiem włókuikowym;
błona jej śluzowa i mięsna zniszczona przez owrzodzenia bar-
dzo obszerne, rozciągające się po za zastawką Bauchina, która
w $\frac{3}{4}$ także została zniszczona, aż do części wstępującej okrężnicy,
w jednym miejscu przedziurawiona; reszta kiszek grubych nie godnego uwagi,
prócz znacznego zgrucenia ścian nie przedstawia. Otrzewna pokrywająca kisz-
kę ślepa zrosnięta z nią świeżym wysiękiem; w jamie brzusznej nieznaczna
ilość płynu mętneho, różowawego, ze skrzepami włókuika zmieszanego. W resz-
cie organów nie godnego uwagi.

Wypadek ten zasługuje na szczególną uwagę: 1) z obszerności o-
wrzodzenia; 2) wątpliwiej jego natury. Owrzodzenia powstające przy
zapaleniu kątnicy (*Typhlitis*) przeważnie tylnej części, przyrośniętej dotyczą,
ale nie niweczą całego jej światła, tem więcej—nie naruszają zastawki Bau-

china, która tą razą, jeżeli tak powiedzieć można, wskutek zniszczenia bardzo niedomykalną była.

2) Dno owrzodzenia było tak twarde, nierówne, w różnych kierunkach podziergane, jak w owrzodzonych rakach twardych żołądka (*scirrhus ventriculi*). I gdyby tak komuś kawałek tej wyciętej kątnicy pokazać, niewątpliwie z wyglądu powiedziała by, że to jest raczej rak żołądka, jak owrzodzona część kieszki ślepej. Przemawiało zatem także nadmierne zgrubienie listka surowiczego i twardość nadana przez to samej kiszce.

Po stwardzeniu kawałka preparatu w kwasie chromnym, badałem po kilkakroć pod mikroskopem z najrozmaitszych miejsc brane skrawki, lecz te podejrzenia swego nieusprawiedliwiły. Zmuszony więc byłem zakonkludować, że tak obszerne owrzodzenie następstwem przewlekłego zapalenia było.

(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

Sprawozdanie VII z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1873.

Napisał Dr med. A. Rothe, naczelny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie, Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów.

(*Dokończenie.*)

4. *Mania partialis*. Obłąkanie częściowe. *Partielle Verruektheit*, zawsze powstaje z jednej z wyżej opisanych form, po ustawianiu lub przytępieniu pierwotnych chorobliwych objawów i popędów, z pozostawieniem pewnych błędnych lecz ustalonych i jakby wymotywowanych przedstawień i idei, na tle których chory bredzi nieustannie powtarzając. Tu najwłaściwiej daje się zastosować owa stara nazwa *Monomania*, z tém wszakże zastrzeżeniem, aby nie sądzono, że jedna błędna idea lub popęd chorym zawładnęły i że on pod każdym innym względem zupełnie zdrowo czuje, myśli swoje przedstawia i przytomnie działa. Prawda, że chory powtarza głównie i nieustannie jedną tylko ulubioną myśl lub ideę, lecz przy tém władze umysłowe ogólnemu ulegają rozstrojowi. Chorzy tego rodzaju daleko są niebezpieczniejsi, aniżeli melancholik lub maniak. Chory taki zawsze jest podejrzliwy, podstępny i powoli przysposabia swoje zamiary, które częstokroć i skutecznia, niezważając na ciągłą przezorność i baczność otaczających go osób. Oni właśnie pomimo pozoru spokojnego i warunkowo rozsądnego rozumowania, są najniebezpieczniejsi, i nie tylko na wolności ale nawet i w zakładach dobrze urządzonych są ciężarem.

Pierwsze miejsce zajmuje tu obłąkanie prześladowcze (*Manie avec des idées de persecution. Verfolgungswahn*), już to dla tego, że forma ta najczęściej się napotyka już też dla tego, że ona przeważnie przyczynia się do wywołania czynów gwałtownych. Prześladowanie, podług ich zdania, pochodzi bądź od nieprzyjaciół znajomych, bądź nieznanym. W tej właśnie formie, charakter poprzedni chorego wielkie ma znaczenie dla ocenienia, czy on będzie gwałtowny lub nie. I tak człowiek, poprzednio czynny i energiczny, sam

przystąpi do wymierzenia sobie sprawiedliwości, lub usunięcia swych nieprzyjaciół; człowiek zaś cichy i spokojny przed rozwojem choroby, zniesie wszystko spokojnie, choć nie obojętnie, lub szuka pomocy u władz, które on zarzucać będzie nieustającymi prozbami i skargami, co dało ś. p. Kaspro-
wi powód do utworzenia nowej formy którą on nazwał *Querulantenwahn*, a ludzi takich *unruhige Querulanten*.

Złudzenia zmysłowe, a mianowicie słuchowe wielkie tu mają znaczenie. Błędne wyobrażenie obłąkanego nadaje temu objawowi doniosłość i stanowczy charakter rzeczywistych wrażeń zmysłowych zewnętrznych, i przymusza go do nieustannego oddziaływania. Jeżeli wtedy złudzenie zmysłowe przedstawi się w kształcie rozkazu, to chory, który długo się wahał wykonać pewien czyn, niezwłocznie przystępuje do wykonania, co spełni z tém większą energią im wyraźniej i częściej głos mniemany go do tego zachęca.

Chorzy tego rodzaju tém jeszcze będą niebezpieczniejsi, im więcej ukrywają swoje błędne idee i omamy, do czego zwykle wielką mają skłonność. W takich razach ukrywają oni błędne swoje pojęcia i bredzenie w samych sobie, udają nawet sztuczny spokój dla usunięcia od siebie podejrzenia, jeżeli się znajdują na wolności, lub dla prędszego wydostania się z zakładu, jeżeli w takowem się znajdują.

To samo, co tu wypowiedziałem o obłąkaniu prześladowczem, odnosi się także i do wszelkich innych form obłąkania częściowego, czy to z charakterem przygnębienia lub rozdrażnienia: niebezpieczniejszymi ma się rozumieć będą te przypadki, w których dostrzedz się dają tak zwane napady gwałtownego rozdrażnienia.

5. Szaleństwo ogólne (*Paranoia. Wahnsinn*) także powstaje z zadumy lub szaleństwa gwałtownego i cechuje się podnieconem samopoczuciem i takiemiż błędnymi przedstawieniami, podlegającymi jednakowoż jeszcze pewnej zmienności. Chorzy tego rodzaju stanowią niejako załogę zakładową lecz również często możemy ich także i napotykać na wolności, oni przeważnie z małymi tylko wyjątkami należą do chorych spokojnych, gadatliwych, lecz w ogóle nie są niebezpieczni. Niebezpieczeństwo wtedy tylko być może, jeżeli chory podlega napadom silnego rozdrażnienia. Chorzy ci zwykle starzy chroniccy bredzą (majaczą) także, lecz bredzenie to jest więcej ustalone i przedstawia raczej następstwa form poprzednich, przez co staje się więcej monotonnem, niewytwarzając nowych idei i pomysłów. W zakładach chorzy tej grupy są najpracowitsi i ulegle, mechanicznie wykonywają polecane im zajęcia. Przyzwyczajenie wielką w nich odgrywa rolę. Ocenienie czy takiego chorego za liczyć należy do niebezpiecznych lub nie, zależy będzie od charakteru poprzedniego, napadów rozdrażnienia i mniej lub więcej silnych złudzeń i omamów zmysłowych. Chory taki po większej części spokojny i pokorny chwilowo może się stać niebezpiecznym.

6. Bezład ogólny postępowy (*Paralysis progressiva*) staje się niebezpiecznym dla społeczeństwa w pierwszych dwóch okresach swego istnienia z powodu tak często w tym czasie napotykanym idei wielkości, które ich skłaniają nie tylko do rozrzutności, trwonienia, ale nawet i do czynów gwałtownych.

7. Obląkanie z osłabieniem czyli stepieniem władz umysłowych (*Demencia, Amentia, Fatuitas*) rozmaite może przedstawiać podziały, zależące od mniejszego lub większego stepienia umysłowego; stanowi ono formę krańcową znie dołączenia umysłowego, jeżeli ono było nabytym. Prócz nabytego znie dołączenia odróżniamy jeszcze i wrodzone. Tego rodzaju chorych najczęściej napotykamy na wolności, zdaje się jakoby chorobliwe lenistwo i niedołączstwo umysłowe hamowało ich postanowienia, bez których czyn staje się nie możebnym. I tak w wielu razach bywa rzeczywiście, lecz tylko wtenczas, jeżeli oni mieć będą należytą opiekę i dozór, jeżeli potrzeby ich konieczne będą za spokojone. Tam jednakowoż, gdzie to wszystko nie ma miejsca, znie dołączniały na umyśle może się stać nader niebezpiecznym. tak dla siebie samego, jak również dla całego społeczeństwa.

Niebezpieczeństwo to powstaje z powodu popędów, które ich opanowują, a którym sprzeciwić się nie mogą, z powodu braku zastanawiania się i woli. Prócz tego są oni zwykle kłótlivi, mściwi i nadzwyczaj łatwo unoszą się. Ztąd kłótnie, bijatyki, kradzieże, podpalania, a nawet i morderstwa. Nadto ludzie tacy bez opieki i dozoru częstokroć przez indywidua zdrowe na umyśle, bywają używani do wykonania rozmaitego rodzaju przestępstw i zbrodni. Z tego wszystkiego, łatwo zrozumieć, że niezważając na to, iż mnóstwo chorych tego rodzaju rzeczywiście żyć może na wolności, za obrębem zakładu, to jednakowoż i oni, jeżeli pozostawieni będą samym sobie, mogą się stać nadzwyczaj niebezpiecznymi.

8. Dotknięci padaczką bezwąt্পienia są najniebezpieczniejszymi dla towarzystwa: codzienne doświadczenie przekonywa nas o tem na każdym kroku. Epileptyk zwykle jest kłótlivy, złośliwy skłonny do czynów namiętnych.

Niebezpieczeństwo epileptyków dla otaczających powstaje ztąd, że napady pojawiają się nagle, nieprzewidzianie. Ztąd nagła zmiana i przejście człowieka spokojnego do wściekłości szalonej, która ich niejako przymusza do czynów gwałtownych. Czują oni jakby niezbędną potrzebę ruchu i biegania i wtedy nie uważają na nic co im wpada w drogę. Rachliwość ta wywołana jest skutkiem nieobjaśnionej wewnętrznej obawy i przestachu, podobnych do obawy melancholika. Dla uwolnienia się od tego okropnego stanu, chory bezwiednie wykonywa czyny gwałtowne na osobach jak również i na przedmiotach nieżywych. Drugi powód niebezpieczeństwa leży w tem, że padaczka zwykle łączy się z obląkaniem. Liczba tych, u których władze umysłowe, niezważając na mniej lub więcej długie trwanie napadów, zupełnie bywają normalne, stanowi tylko nadzwyczaj małą ilość i w tem miejscu niemamy ich na myśli. Przy ocenianiu niebezpieczeństw epileptyka należy zatem mieć na uwadze: poprzedni jego charakter gwałtowny lub łagodny, stan i charakter jego cierpienia umysłowego, jak również i objawy pojedyncze poprzednich napadów. Ostatnie nadzwyczaj jest ważne z tego powodu, że prawie z pewnością wyrzec można, iż pojedyncze napady u jednego i tego samego człowieka nadzwyczaj do siebie są podobne, tak że nie tylko te same słowa, ale te same czyny się powtarzają.

Przedstawiwszy w krótkim zarysie pojedyncze formy obłąkania, starałem się wykazać te zasady, któremi lekarz powinien się kierować, chcąc z pewnem prawdopodobieństwem ocenić, czy ten lub ów chorey na umyśle może być uważany jako niebezpieczny dla towarzystwa lub nie. Zasady tu podane zwykle będą dostateczne do usunięcia jeżeli nie wszystkich, to przynajmniej przeważną część tych wypadków, które obłąkani sprawić mogą; które jednakże nie zważając na wszelkie środki zapobiegające zawsze i ciągle od czasu do czasu powtarzać się będą. Żadne też przepisy policyjno-lekarskie lub administracyjne, żadna choć najściślejsza baczność nie uwolni nas od nich zupełnie, i jedynie ścisłe i dokładne badanie chorób umysłowych, kliniczne odróżnienie pojedynczych form i zakresów da nam możebność ocenienia, którzy chorzy stać się mają niebezpiecznymi dla siebie lub otaczających, i z tego powodu pod ścisłym pozostawać winni dozorce, a którym dana być może większa lub mniejsza wolność.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

O leczeniu pompą żołądkową.

Przez Dra Schliep.

Z zamiarem podania praktycznemu lekarzowi odpowiedniego materiału do leczenia pompą żołądkową opisuje Dr Schliep 74 wypadków w ten sposób leczonych. Wypadki te odnoszą się do rozmaitych chorób jak to okazuje następujący wykaz:

Chwilowe wskazania (zatrucia) 2 wypadki; prosty nieżyt żołądka 25; nieżyt żołądka powikłany innymi cierpieniami 17; a mianowicie: a) bladaczką 4; b) cierpieniami nerwowymi 5; c) chorobami płuc 4; d) żółtaczką 2; e) nowotworami innych organów 2; owrzodzenia żołądka (*Ulcus ventriculi*) 10; rozszerzenia żołądka (*Dilatatio*) 14; rak żołądka 6, razem 74 wypadki.

Z zestawienia powyższego widzimy, że większość wypadków odnosi się do nieżytów przewlekłych.

Leczenie pompą żołądkową przy rozszerzeniu żołądka oddawna jest już znanem w Niemczech; w Anglii i Francji jest ono prawie nieużywanem. Podczas gdy w Anglii lekarz nie zastosowujący pompy przy ostrych zatruciach narażony jest na ciężkie zarzuty w obec władzy; to dziwnem się wydaje, że przy przewlekłych cierpieniach, tak często napotykanych, sposób ten miejscowego leczenia jest zupełnie zaniedbany. W listopadzie 1872 r. miał Dr Schliep w Clinical Society w Londynie odczyt o leczniczych działaniach pompy; z licznie zebranych lekarzy znalazł się zaledwie jeden, który przy zwątpionym wypadku rozszerzenia żołądkowego przyniósł znaczną chwilową ulgę umierającemu choremu, wypompowaniem z niego znacznych ilości płynu.

Przewlekłe nieżyty żołądka są jednymi z częściej się zdarzających wypadków i zazwyczaj niezmiernie trudnymi do wyleczenia. Ciągłe narzekania takich chorych na wymioty, bóleści, upadek sił i niemożność pracy, niecierpliwosć ich wywołana długimi i kosztownymi a bezskutecznymi kuracjami, zmusza nareszcie lekarza do wyszukania choćby najprzykrzejszego, najbardziej heroicznego środka, aby tylko być w stanie przyniesienia rzeczywistej ulgi takim cierpiącym. Środkiem takim nie zasługującym jednak bynajmniej na miano heroicznego, jest pompa żołądkowa. Leczenie to jest wprawdzie połączone z pewnemi nieprzyjemnościami, wymaga pewnego przymusu ze strony chorego, daje jednak rzeczywiste korzyści, nie narażając przy tém chorych na jakiegokolwiek niebezpieczeństwo lub uszkodzenie. Chorzy Schliep'a podlegający temu leczeniu za wyraźnem swem życzeniem, rozstawali się z niem zupełnie zadowoleni. Zastosowanie więc pompy żołądkowej przy długotrwałych nieżytach żołądka, w razie uporności cierpienia i życzenia chorego być wyleczonym najprędzszym, najprostszym i najpewniejszym środkiem, jest zupełnie uzasadnione.

Częstość zakładania pompy przy niezżytach zależną jest od natury wypadku. W 25 wypadkach prostego niezytu była ona przecięciowo 9 razy zakładywaną, często dwu lub trzykrotne założenie jest już wystarczającym do zwrotu choroby ku lepszemu. Znakomite polepszenia, jakie następują po środkach wymiotnych, tłómaczą nam takie przemiany. Pompa ma jednak tę niezaprzeczoną wyższość nad temi ostatniemi, że częste ich używanie jest wprost szkodliwym, a w wielu razach wprost przeciwwskazanym stanem miejscowego podrażnienia.

Trzeba prawdziwie widzieć, pisze Dr Schliep, jak łatwo gardziel i przelyk, przyzwyczajają się do zglębniaka, jak łatwo przyuczają się chorzy do odpowiedniego zachowywania się, tak że mogą z wprowadzonym zglębniakiem swobodnie oddechać, a nawet i rozmawiać, aby być przekonanym, że kuracya ta leczy nietylko *tuto i cito*, ale także po pewnym przyzwyczajeniu i *juvende*. Pomimo tego należy chorych zawczasu obeznać z przykrością początkowej kuracyi i wprost im oświadczyć, aby jeżeli nie czują w sobie dosyć sił do pokonania pierwszych nieprzyjemności, zaniechali dalszego leczenia się tym sposobem. Nieprzyjemności te znikają jednak w bardzo prędkim czasie. Dwu lub trzykrotne założenie pompy, zwłaszcza po wystawieniu choremu działalności i skuteczności leczenia, jest zupełnie wystarczającym do skłonienia chorego do dalszego prowadzenia kuracyi. Pacyenci nabierają przytęm otuchy i zaufania, a wiadomo jak ważnym leczniczym czynnikiem jest stan psychiczny chorego. Oto ogólne sprawozdanie odnoszące się do wypadków leczonych przez Schliep a.

Dla wydobycia z żołądka jadowitych substancyj zakładałem pompę żołądkową w londyńskim niewielkim szpitalu, 3-letniej dziewczynce otrutej jadem na myszy, zawierającym arsen i u 7-letniego dziecka, które połknęło znaczne ilości alkoholycznego roztworu pokostu (*spirituose Lacklösung*). Oboje byli w stanie nieprzytomnym i od czasu do czasu wymiotowali. Po kilkakrotnym i dokładnym oczyszczeniu żołądka nastąpiło prawie natychmiastowe wyzdrowienie. Dwa inne wypadki (ostre zatrucie alkoholem i wymiotowania kałem przy *hernia incarcerata*) dały podobne wyniki.

W 17 wypadkach niezytu powikłanego innymi cierpieniami zakładał Schliep pompę po 10½ razy przecięciowo. Rezultata otrzymane były bardzo pocieszającemi, nawet przy takiej komplikacyi jak suchoty. Polepszenie trawienia pociągało za sobą w większości wypadków zwiększenie wagi ciała i znaczne ulżenie w cierpieniach chorych.

Leczenie pompą owrzodzeń żołądkowych, zwłaszcza przy następczym rozszerzeniu jest już ogólnie prawie przyjętym. Świeże owrzodzenia pozostawiają się zwykle naturze. Przy silnych jednakże wymiotach zagrażające niebezpieczeństwo przedziurawienia żołądka może być zmniejszonym przez wypompowanie żołądka. Przewlekłe owrzodzenia, w części się już zablizniające albo przynajmniej w których zmniejszyła się gwałtowność symptomów, najodpowiedniej i najracjonalniej leczą się za pomocą wydalenia zawartości żołądka, kwaśno oddziaływających i drażniących błonę śluzową. Czystość i unikanie drażnienia jest tu również ważnym warunkiem zagojenia jak i przy zewnętrznych uszkodzeniach.

F e n w i c k trafnie porównywa rozszerzony żołądek z rozdętym pęcherzem moczowym. Najważniejszym wskazaniem przy zapaleniach pęcherza z rozkładem zawartości jego jest regularne wypróżnianie; oznaki zapalne ustępują a jednocześnie z rozszerzeniem pęcherza znika i rozkład moczu. F e n w i c k też twierdzi, że gdybyśmy byli w stanie wypróżnić rozszerzony żołądek i przeszkodzić powtórnemu rozszerzeniu się to należy się spodziewać, że zmniejszyłyby się wydzieliny żołądkowe i ustalo by także wytwarzanie się grzybków rozkładowych. Najdokładniej opracował to pytanie K u s s m a u l, który pierwszy zalecił używanie pompy żołądkowej. Schliep stwierdza też że wszelka dezynfekcyja rozkładających się zawartości nie daje odpowiednich skutków. Chcąc wyleczyć rozszerzenie żołądka, chcąc zapobiedz następczym głębszym przemianom tkanki ścian żołądka należy codziennie i jak można najwcześniej dokładnie wypróżnić żołądek. Jeżeli tylko błona mięsna może odzyskać swoją kurezliwość, jeżeli tylko zanik i przemiana gruczołów żołądkowych nie przeszły pewnych granic, to po niedługim leczeniu znika rozkład zawartości, a chemiczne przemiany pokarmów wracają do zwykłych granic. Ale i w razach, w których powrót do zdrowia jest niemożliwym, osiągamy znaczne korzyści zastosowaniem pompy żołądkowej. Już samo bowiem zadostępczynienie wskazanym symptomatycznym zmniejsza cierpienia chorych i umożliwia dalszą ich egzystencyę. W 14 wypadkach rozszerzenia żołądka, z których 5 zostało zupełnie wyleczonemi, a reszta znacznie poprawionemi, zakładał Schliep pompę przecięciowo

po 21 razy. Kilku chorych, nie mogąc go regularnie nawiedzać, zaopatrzyło się we własne aparata, i sami przeprowadzali z dobrym skutkiem dalszą kurację.

Przy raku żołądka wszelka ulga dla cierpiących ma już wielkie znaczenie, a skutku takiego za pomocą pompy osiągamy w wysokim stopniu. Leczenie zakładamy stosując się do czasu trwania choroby; większość pacjentów domagała się codziennych posiedzeń. W ogóle zastosowywał Schliep pompę żołądkową w swoich 74 wypadkach 982 razy.

Co się tycze wykonania samej operacji, instrumentów używanych i środków leczniczych, streszcza Schliep swoje doświadczenia w następującóm:

Koniecznym jest zwrócić uwagę pacjentów na te trzy punkta: regularne i uważne oddechanie, wystrzeganie się ugryzienia zgłębnika, a nakoniec przechylenie głowy przy wprowadzeniu zgłębnika z początku ku tyłowi a następnie za danym znakiem ku przodowi. Zgłębnik bowiem napotyka dwie przeszkody: pierwsza utworzona przez tylną ściankę gardzieli daje się łatwo pokonać przez pochylenie głowy ku tyłowi. Wypukłość łuku kręgów szyjowych stanowi drugą przeszkodę w okolicy 3 lub 4 kręgu. E m i n g h a u s mniema, że przeszkodę tę powoduje krtań. Powstrzymanie zgłębnika przez krtań jest możebnym, wszyscy jednak inteligentniejsi pacjenci Schliepa oznaczali tę drugą przeszkodę jako nie z przodu lecz w tyle leżącą. Skoro zgłębnik dojdzie do tego miejsca, natenczas przechylając głowę ku przodowi wypukły łuk zamienia się na wklęsły i zgłębnik dochodzi już bez przeszkody aż do samego wpustu (*cardia*). Doszedłszy do wpustu, o czém nas przekonywa długość zapuszczonego zgłębnika i niewielki opór, należy nam zbadać normalność lub też patologiczne zmiany tych części. Ból, zwiększony opór, w danym razie lekkie krwawe zabarwienie początkowo wydobytych zawartości, dają nam w tym razie odpowiednie wskazówki. Dowodem, że przemiany wpustu były rzeczywiście przyczyną zwiększonego oporu, jest okoliczność, że zgłębnik bez przeszkody dochodzi dalej do żołądka, nie natrafiając już na żadne przeszkody. Opór przy wyciąganiu zgłębnika przemawia za zwężeniem wpustu, napotykamy jednakże takież sam opór, gdy rak lub blizna leżą wyżej, w przełyku. W razie napotkania znaczniejszego oporu, ułatwiał Schliep dalsze przejście, pozwalając inteligentniejszym pacjentom samym wprowadzać sobie zgłębnik zwracając naturalnie ciągłą uwagę na wszelkie dolegliwsze uczucia. Jednoczesne wsprycowywanie do zgłębnika letniej wody było bardzo pożytecznym. Ruchy lękania w czasie wprowadzania, przez przywykłych chorych powtarzane, również ułatwiają znacznie przejście.

Obawa spowodowania krwotoków, wskutek umiejscowienia w przełyku nowotworów, jest nieuzasadnioną. Schliepowi nie zdarzył się taki wypadek. W dwóch wypadkach raka przełyku, w których miano założyć zgłębnik, powstał zabójczy krwotok przed operacją. Był to zatem krwotok *ante hoc* a nie *propter hoc*, ku wielkiemu zadowoleniu Schliepa i Dra Niedema, obserwujących ten wypadek.

Największe trudności napotyka zgłębnik, w razie rozszerzenia leżącego nad zwężeniem przełyku. Cierpliwosć pokonywa jednak i te trudności zwłaszcza po kilkakrotnym wprowadzeniu. Najtrudniejszym wypadkiem Schliepa było bardzo znaczne zwężenie przymiotowe z następczem olbrzymiem rozszerzeniem.

Wprowadziwszy zgłębnik przełykowy, napelnia się żołądek wodą aż do oznak pełności żołądka, lub też wymiotów. Ciepłota użytej wody stosuje się do życzenia chorych. Schliep zaczyna od 30° R. i zostawia woli pacjentom niżenie lub podwyższenie temperatury. Zimna woda była rzadko używaną, chorzy bowiem uskarżali się na bóle lub mdłości. Po tych przygotowaniach następuje wypompowanie zawartości żołądka. Dla zauważenia wszelkiej przerwy w wypływie płynu, czy to zależnej od wielkości kęsa, czy też spowodowanej wciągnięciem przez sprycę ściany żołądkowej, koniecznym jest dobry wyrób używanej sprycy. Mianowicie powinien się tłok swobodnie poruszać, a sprycy z dodatkowemi częściami i zgłębnikiem powinna tworzyć jeden kanał dla powietrza niedostępny. Ważnym jest w tym względzie przyrząd kontrolujący w postaci worka (*schlauchartig*) a leżący pomiędzy zgłębnikiem a sprycą. W razie bowiem przerwania strumienia wypompowywanego płynu, ściany worka pod ciśnieniem zewnętrznego powietrza opadają. Rurka szlanna może też uwidocznnić przepływanie płynu.

Zgłębniki z jednym końcowym otworem są niebezpieczniejsze skutkiem zwiększonej siły wciągania, przez co uszkodzoną być może błona śluzowa. Uszkodzenia te jednak, jak się Schliep przekonał w kilku wypadkach, pozostają bez złych skutków. Doświadczenia też na trupie okazują całą trudność takiego uszkodzenia, tak że tylko wyjątkowo sprzyjające okoliczności mogą spowodować zranienie błony śluzowej.

W wypadku przez *Ziemssen* a opisanym zranienie takie pozostało też bez złych skutków.

Innym wydarzeniem, powodującym obawę jest możliwość krwotoku żołądkowego. *Schliep* w swoich wypadkach miał tylko minimalne krwotoki, dochodzące zaledwie do słabego krwistego zabarwienia wypompowanej zawartości. Regularnie spostrzegano to u jednego chorego na raka wpustu, rzadko u kilku innych pacjentów, mianowicie po gwałtownych wymiotach, w czasie których zgłębnik leżał w żołądku. Gwałtowne ruchy wymiotowe spowodowały zapewne zranienie błony śluzowej końcem zgłębnika. Stężone roztwory alkaliczne powodujące ogólne przekrwienie błony śluzowej, mogą także przyczynić się do krwawego zabarwienia. Jakkolwiek stosunkowo rzadko, widziałem jednak, pisał *Schliep*, dość znaczną liczbę takich wypadków, aby móc zapewnić o ich nieszkodliwości (*unschuldiges Ereigniss*).

W razie przerwania wypływającego strumienia, należy lekkim poruszeniem tłoka ku żołądkowi upewnić się czy przeszkodę nie stanowiła wciągnięta w otwór zgłębnika błona śluzowa. Przekonawszy się, że to nie ma miejsca, pozostaje jeszcze dowiedzieć się o ile żołądek został wypróżniony. Możliwym jest bowiem, że zgłębnik niedoszedł od razu do dna żołądka, przez co znaczne ilości zawartości, zwłaszcza w żołądku rozszerzonym, nie byłyby usunięte. Zmienianie położenia zgłębnika przez wyciąganie i zagłębienie może nam dawać w takich razach odpowiednie wskazówki. Chcąc się zaś upewnić, że żołądek został rzeczywiście zupełnie wypróżniony trzeba, aby wsprycowane wiadome ilości wody, nie zmączone obcymi dodatkami, napowrót zostały wypompowanymi.

Jeżeli napełnienie żołądka doprowadzonym zostało aż do uczucia zupełnej pełności, natenczas ilość użytego płynu może nam dać miarę objętości żołądka (*Volumenmass*), co przy stwierdzaniu diagnozy ma niezaprzeczoną wartość. Dla zupełnego oddzielenia przylegającego do ścian żołądkowych śluzu, radzi *Schliep*, jeżeli nie ma przeciwwskazań, wywoływać ruchy wymiotne podczas obecności zgłębnika w żołądku. Przez ściąganie się bowiem ścian żołądkowych mieszanie się śluzu z wodą łatwiej i zupełniej następuje. Ruchy te dają się łatwo wywołać przez podrażnienie gardzieli ostrożnymi poruszeniami zgłębnika. W pewnych wypadkach jednak trzeba wszelkich starań dołożyć, by uniknąć ruchów wymiotowych, tak na przykład przy skłonności do silnych wymiotów, nadmiernej czułości lub też w wypadkach świeżego przedziurawienia. W jednym wypadku tego rodzaju, pisał *Schliep*, gazy tak wzdęły żołądek, że była obawa aby wprowadzenie zgłębnika nie wywołało ruchów wymiotowych, przez co mogłoby nastąpić rozerwanie świeżo zrosniętego miejsca przedziurawienia. Niebezpieczny ten eksperyment udał się jednak i chora po wypuszczeniu znacznej ilości gazów i cuchnącej zawartości znacznej doznała ulgi.

Wyciąganie zgłębnika powinno być bardzo ostrożne. Jeżeli chory nie czuje przy tem żadnego bólu albo też nie napotyka się znaczniejszego oporu, to można być pewnym o nieuszkodzeniu ścian żołądkowych.

Zwróćmy teraz uwagę na zawartość żołądka. Ilości śluzu przybliżenie dają się oznaczyć pałeczką szklaną, którą wyciągamy po zmieszaniu zawartości. Często są one zdumiewająco ciągnące się i przylegające do ścian pałeczki. Papierem lakmusowym oznaczamy reakcję. Badanie mikroskopowe daje nam także ważne wskazówki.

Ogólne oznaczenie stanu chorego możemy w części z zawartości żołądka określić, co już wielce ułatwia rozpoznanie i rokowanie. Niektóre jednak ważne i ciekawe pytania musimy pozostawiać bez odpowiedzi skutkiem niedokładności metody badania. Tak na przykład doniosłą ma wartość oznaczenie ilości pepsyny, zawikłana jednak chemiczna metoda takiego określenia nie jest dostępną dla lekarza.

W grubszych zarysach i klinicznie możnaby odróżnić następujące rodzaje zawartości:

1) Zawartości czysto śluzowe. Ilości względnie niewielkie. Odczyn obojętny. Najczęściej przy prostym przewlekłym nieżycie.

2) Zawartości żółcią zabarwione, Ilości małe, odczyn obojętny, przy nietypowych zapaleniach żołądka i kiszek, jak również przy żółtaczce.

3) Zawartości składające się z nieprzetrawionych pokarmów i śluzu są w niewielkich ilościach, obojętnego lub też słabo kwaśnego odczynu. W nich to znajdował *Schliep* wraz z *Drem Niedemem* z Londynu, rodzaj zagadkowych pseudo-parasitów. W najbardziej ciągnących się cząsteczkach zanieczyszczonego śluzu oka-

zywały się pod mikroskopem małe strączkowate (*pfriemenartig*) wyraźnie konturowane ciała nierównej wielkości i zwykle podługowatego kształtu, dające w sobie rozpoznać centralny kanał. Były one zupełnie nieruchome. Po wielu badaniach i prównaniach, przekonano się, że to są maleńkie włoski tworzące rodzaj pęczka na końcu ziarn pszenicznych. Prawdopodobnie spożyte one były w chlebie. Ostre ich końce mogą łatwo uszkodzić błonę śluzową. Przypuszczenie to zdaje się potwierdzać tą okolicznością, że zwykle leżą one pośród najgęstszego śluzu, co ztąd pochodzi, że w miejscach najsilniejszego podrażnienia, największe bywają wydzieliny. Również brunatne zabarwienie takich cząstek śluzu może być spowodowane, oprócz resztek chleba, małymi ilościami krwi pochodzącej z uszkodzenia błony śluzowej.

4) Zawartości kwaśno fermentujące złożone są w największej części z niestrawionej masy (*ingestis*) i bywają w obfitych ilościach. Najczęściej napotykamy je przy ostrych zapaleniach i owrzodzeniach. Prognozę dają nie złą, albowiem usunięcie ich znosi przyczynę choroby i pociąga za sobą prawie natychmiastowy skutek.

5) Świetniejsze jeszcze rezultata daje pompa przy zawartościach obfitujących w grzybki. Reagują one kwaśno i pomimo codziennych wypróżnień znajdują się w zdumiewających ilościach. Najczęściej spotykamy *leptothrix*, *oidium albicans* i *sarcinę*. Codzienne i regularne wypompowywania zmniejszają zwykle w takich razach rozszerzenie żołądka i niedopuszczają dalszego wytwarzania się tych grzybków. Środki dezinfekcyjne nie wywierają w takich razach odpowiednich skutków.

6) Zawartości gnijące podobne do osadu kawowego (*kafesatzartig*) znajdujemy najczęściej przy znacznych rozszerzeniach spowodowanych mianowicie rakowatym zwężeniem odzwiernika. Składają się z wszelkich możliwych organicznych rozkładowych części, są w bardzo znacznych ilościach i reagują kwaśno.

8) Nakoniec może być żołądek wypełniony gazami. Takie gazowe zawartości widział Schliep parę razy u kobiet a raz u mężczyzny, w wypadkach przewlekłego nieżytu żołądka i kiszek z zatrzymaniem stolca, mniejszego lub większego przekrwienia wątroby, przy silnie rozwiniętych oznakach nerwowych (nadczołość różnych organów, ciągły niepokój i obawa). Gazy te mogą być połkniętem powietrzem, lub też wytworzonymi chemicznie w żołądku, i w tym razie składają się przeważnie z kwasu węglanego lub też z wodorowych gazów. Popoff znalazł w jednym wypadku palny gaz składający się z C 12,82, O 10,82, H 32,52 i N 44,02, w innym wypadku składał się on z C 16,7, O 7,9, H 46,5 i N 28,9. Leczenie pompą dało pomyslnie skutki. Przy wprowadzeniu zgłębnika w tych wypadkach dawały się wyczuć kurczenia przełyka, które jednak zniknęły po kilku posiedzeniach.

Odnosnie do narzędzi przy wypompowaniu używanych oddaje Schliep pierwszeństwo dobrze wyrobionej ssąco tłoczącej sprycy z podwójnym kurkiem. W Niemczech najczęściej używają sprycy Weissa, nazywaną też sprycą Fischera albo Wiemana. Pierwszą tego rodzaju pompę zrobił Weiss (junior). W pompie tej wzdłuż przedziurawionego kurek przekręcał się z zewnątrz za pośrednictwem ręki. Weiss junior uprosił ją w ten sposób, że bocznem skręceniem tłoku zmieniał się kierunek wypływu. Wymann zastosował ją do wypróżniania wysięków opłucnej a Fischer z polecenia Kussmala do wypompowywania żołądka. Jako wyłącznie w Niemczech używaną można tę pompę nazwać dla odróżnienia „niemiecką“ i wyrobioną przez Fischera „pompą Kussmala“, a roboty Wiemana, mniejszą „pompą Berlińską.“

W Anglii używają jeszcze mniejszego narzędzia, w którym zmiana prądu (*Stromwendung*) odbywa się przez zewnątrz dopasowany drażek, przekręcający w poprzek leżący kurek na 90°. Narzędzie to nazywa Schliep „angielską pompą.“

Drugi sposób wypompowywania żołądka polega na zasadzie lewarka. Według Jurgensa po napelnieniu żołądka irygatorem obniża się otwór wypływowej rurki pod poziom żołądka przez co ciecz w żołądku zawarta zaczyna wypływać. Rosenthal skutecznie napelnienie i wypróżnienie w ten sposób, że najprzód łączy żołądek z wysoko postawionym zbiornikiem, a następnie z rurką działającą jak lewarek i prowadzącą do pustego naczynia, a przemiana ta odbywa się za pośrednictwem prostego kurka.

Zasada lewarkowa ustępuje pod względem dokładności działania. Pompa bowiem wypróżnia zupełnie i nieraz w wypadkach w których lewarkiem nie dało się

wydobyć, pompa jeszcze znaczne ilości wydobywała. Narzędzia lewarkowe są jednak dogodniejsze i dostępnejsze. (Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— O leczeniu suchot za pomocą fosforanu wapna i soku mięsnego. (Dr Henry Blanc, The Lancet, Nr 24. 1874. Allgem. med. Centr.-Ztg. Nr 71. 1874). Obydwa środki zachwalają lekarze jako nader skuteczne przeciwko suchotom, jednakże pomyslnie rezultaty można osiągnąć tylko przez stosowne połączenie jednego z drugim. Z rozmaitych preparatów fosforanu wapna jest zdaniem autora, najlepszym roczyn fosforanu wapna zawierający w sobie kwas solny, jako też każdy syrop zmieszany z trójwapniowym fosforanem (*Trippelphosphat*). Co się tyczy soku mięsnego to zaleca Blanc przyrządzać go sposobem następującym: 1—1½ funta mięsa pozbawionego kości i tłuszczu przystawia się na kilka minut do mocnego ognia, potem rozcina go się na kilka kawałków i sok wyciska za pomocą maszyny na ten cel przyrządzonej. Do tego soku dolewa się nieco letniego rosółu zawierającego w sobie sól i trochę pieprzu; do rosółu można dodać nieco ryżu, kaszy i t. d. Należy jednakże na to baczyć, aby rosół był tylko letnim, ponieważ w przeciwnym razie mógłby skrzepnąć sok miēsny. Leczenie suchotników należy w ten sposób urządzić: rano podaje się ciepłe mleko z bułką i masłem, a jeśli apetyt chorych jest dobry także nieco słoniny i jaj; drugie zaś śniadanie może się składać z lekkiej jurzynki, ryby, drobiazgu, z syropu zawierającego w sobie łyżeczkę od kawy trójwapniowego fosforanu i z filiżanki rosółu, w którym rozpuszczono powyższy sok miēsny. Na obiad powinien tego rodzaju chory spożywać lekko strawne potrawy, roczyn fosforanu wapna zawierający kwas solny, znowu filiżankę rosółu z sokiem miēsny, nieco dobrego wina. Jeśli wątroba nie jest powiększona albo tłuszczowo zwyrodniała, to chory może jeszcze zażyć łyżeczkę od kawy tranu. Wieczorem powinien chory wypić filiżankę ciepłego mleka i nieco wody Vichy. Tylko przy nadzwyczajnych objawach chorobowych należy podawać leki; o ile możności trzeba ich unikać, ponieważ środkami odwracającemi psuje się apetyt, wdychaniami zaś, przylepcami i t. d. osłabia się tylko organizm. Przebywanie w świeżem powietrzu, zmywanie ciała wspierają znacznie opisaną powyżej kurację, pod wpływem której trawienie się polepsza, ustaje kaszel i płucie, znikają poty nocne i inne przykre objawy i chorzy powracają do dawnych sił i nabierają na nowo ciała.

— Kalendarz Lekarski na rok 1875 wyszedł z druku; treść jego następną: 1) kalendarz kościelny, astronomiczny i urzędowy; 2) wykaz alfabetyczny środków lekarskich obecnie używanych; 3) o leczeniu winogronowcem; 4) o leczeniu serwatką; 5) kąpiele igliwiowe; 6) kąpiele morskie; 7) leczenie zimną wodą; 8) metoda stosowania środków leczniczych za pomocą wzięwania płynów rozpylonych (*inhalatio*); 9) metoda stosowania środków lekarskich za pomocą podskórnych zastrzykiwań; 10) Rozbiór chemiczny mieszanin organicznych, zwłaszcza rozmaitych części roślinnych; 11) trucizny i przeciwtrutki; 12) tablica brzemiennosci; 13) wagi i miary krajowe i francuzkie; 14) badanie i semiotyka moczu (*uroscopia*); 15) zasady termometryi klinicznej; 16) piśmiennictwo lekarskie; 17) służba zdrowia w mieście Warszawie i guberniach Królestwa Polskiego.

— Sprostowanie. W Nr 16 Gaz. Lek. na str. 253 zamiast „o błonicowem zapaleniu“ powinno być „o dławcowem zapaleniu.“ W Nr 20 Gaz. Lek. na str. 320 w ostatnim odcinku powinna być mowa nie o siarczanie cynku jako odtrutce fosforowej, lecz o siarczanie miedzi (*cuprum sulphuricum*).

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu Ś-go Leona w Opatowie, za rok 1873. Skreślił *Marcelli Lewiński*, lekarz tegoż szpitala. Sprawozdanie VII z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1873. Napisał Dr med. *A. Rothe*, naczelny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie, Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów. (Dokończenie). Kronika zagraniczna. O leczeniu pompą żołądkową. Przez Dra *Schliep*. Wiadomości bieżące. O leczeniu suchot za pomocą fosforanu wapna i soku mięsnego. Kalendarz lekarski na rok 1875.—Dodatek. Medycyny Sądowej T. II. ark. 10. Akuszeryi T. III. ark. 26. Choroby zaraźliwe ostre T. II. ark. 3. Choroby zaraźliwe chroniczne ark. 4.

Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu Ś-go Leona w Opatowie, za rok 1873.

Skreślił *Marcelli Lewiński*, lekarz tegoż szpitala.

Szpital Ś-go Leona, funkcjonujący dopiero od końca roku 1869, należy bez zaprzeczenia do najmłodszych i najmniejszych w Królestwie¹⁾. Mieści się w jednopiętrowym murowanym domu; etatem obejmuje łóżek 28, które latem zaledwie w połowie bywają zajmowane, zimową porą za to cyfra przybywających na kurację chorych od 40—50 dziennie dochodzi. Chorzy mieszczą się w 10 pokojach, z których 5 na dole dla mężczyzn i 5 na górze dla kobiet prze-

1) Krótką historję szpitala Ś-go Leona w niedługim czasie czytelnikom Gazy Lekarskiej podamy. (Przyp. autora).

znaczono. Weneryczni i świerzbowaci tak w oddziale męzkim jak i w żeńskim zajmują oddzielne pokoje. Przy niewielkiej liczbie chorych pomieszczenie takie jest bardzo korzystnym, pozwala bowiem każdy pokój utrzymać w przyzwoitej czystości i należywym porządku, co ze względu na dość częste wypadki operacyjne, stanowi dodatny warunek szpitala. Brak łazienek, brak pokoju sekcyjnego i trupiarni stanowi jedynie ujemną stronę tej instytucji, którą z niemałym trudem i mozołem dopiero po kilkonastoletniej budowie wzniesiono.

W roku 1873 leczyło się ogółem chorych 345, z tych 271 wyzdrowiało, 35 umarło. a 39 pozostało na rok bieżący, jak sprawozdanie roczne wskazuje.

O ile niedokładne są szematy szpitalne, służące do oficjalnych sprawozdań miesięcznych i rocznych, wie o tem każdy lekarz szpitalny — naśladować więc ich tutaj nie będę a przedstawivszy ogólną tablicę ruchu chorych, nad niektórymi tylko ciekawszemi zastanowię się wypadkami.

Numer	Wyszczególnienie chorób	Przybyło	Wypisano	Zostało	Umarło
1	Choroby nerwowe i umysłowe	14	9	2	3
2	Choroby organów oddechania	42	26	4	12
3	Choroby serca	5	3	—	2
4	Choroby organów trawienia	29	24	1	4
5	Zimnice i durzyce	32	25	7	—
6	Choroby dróg moczowych i nerek	8	5	2	1
7	Choroby skórne	24	19	4	1
8	Ropnie, wrzody, zapalenie skóry	18	17	1	—
9	Stłuczenia i rany	21	20	—	1
10	Próchnienia, zgorzele kości	24	15	7	2
11	Złamania	17	12	1	4
12	Choroby oczu	10	9	1	—
13	Choroby weneryczne	73	64	8	1
14	Nowotwory	10	8	1	1
15	Czarna krostka	7	6	—	1
16	Ciaża	5	5	—	—
17	Konający	2	—	—	2
18	Na obserwacyi	4	4	—	—
	Razem	345	271	39	35

I. Do grupy chorób pod pozycją pierwszą w tabeli wykazanych, wchodzi 14 wypadków, z których było: 3 wypadki *leptomeningitis* — wszystkie

zakończone śmiercią; 3 *mania generalis*, z których 2 wypisane z małym polepszeniem a 1 został na rok obecny; 8 wypadków *paralysis et paraesis extremitatum*, *paraplegia*, *tabes dorsalis*, z tych 7 wypisano bez żadnej ulgi, a jeden pozostał na dalszej kuracyi.

Ze względu na stan w jakim przywiezione były wszystkie trzy chore na *meningitis*, niepodobna było poczynić dokładnych obserwacyj. Cierpienie mózgowie widać było z jednego rzutu oka; ten stan głębokiej depressyi, brak wszelkiego uczucia, brak słowa, ciągle mamrotanie niezrozumiałych wyrazów, oddech nadzwyczajnie utrudniony, jak u konających, wszystko to przepowiadało blizkie zakończenie choroby, co też we wszystkich trzech wypadkach najstalej się potwierdziło. Aetiologia żadna, obserwacya najwyżej dwudniowa (gdyż w tym terminie wszystkie 3 wypadki zakończyły się śmiercią) nie dają nam prawa do żadnych wniosków naukowych z powyżej cytowanych wypadków.

Następnie 32 wypadki *manii* należą do tej kategorii chorych, których instytucye właściwe „dla braku miejsca“ przyjąć nie mogły i przez to samo zostawily na opiece rodziny. Otóż, gdy chory taki, zwyczajnie uważany przez wszystkich za półgłówka i trzymany w rygorze, rozumianym po wiejsku, wyrwawszy się z pod dozoru nastraszony jaką kobietę, lub spsocy co w domu, przywożą go skutego i związanego a nieraz i pobitego porządnie do szpitala, z kąd najczęściej po kilkodniowym pobycie ucieka. Co robić z podobnym chorym w małym szpitalu, gdzie za całą usługę posiada się jednego człowieka, odpowiedzą koledzy, którzy znajdując się w podobnym wypadku mieli sposobność czynić nad nim obserwacye? Szkoda, że przynajmniej miasta gubernialne nie posiadają domów dla obłąkanych! Z 8 wypadków najrozmaitszych zbroczeń nerwowych, trzymany w szpitalu jedynie z braku schronienia (w bliskości) dla paralityków niewyleczalnych, jeden tylko przedstawiał szansę leczenia:

Ischio-tabes. Grodecki Stefan, lat 53, budowy dobrej, odżywiany należycie, skarży się na ból w dolnej części krzyża i wzdłuż przebiegu nerwów kulszowych, obustronnie. Chód utrudniony, pod stopami uczucie czegoś miękkiego przy stapaniu, bóle przelatujące, bardzo dotkliwe w obydwóch kończynach dolnych. Uczucie na podszwach i wielkich palcach zmniejszone (*anaesthesia*), w przebiegu zaś nerwów kulszowych powiększone (*hyperaesthesia*). Cierpienie datuje od 5-ciu miesięcy. Z zamkniętymi oczami kroku postąpić nie może. Po zażyciu środków drażniących i pryszczących, zrobiliśmy przyżeganie rozpalonem żelazem dolnej części kolumny kręgowej i miejsc odpowiednich przebiegowi nerwów kulszowych wielkich (*nn. ischiadici magni*). Nadto do wewnątrz podaliśmy *kali hydrojodicum* ʒj ad ʒvj aq. destil. Po 6-ciu tygodniach, zażywszy 10 drachm *kali hydrojodici*, chory zupełnie prawie wyleczony szpital opuścił.

II. Choroby organów oddechania rozpadają się w następujący sposób:

	Przybyło	Wyzdrowiało	Zostało	Umarło
1. Laryngitis crouposa	1	—	—	1
2. Emphysema pulmonum	8	4	1	3
3. Pleuritis	13	12	—	1
4. Pneumonia	12	6	2	4
5. Tuberculosis i phthisis pulmonum	8	4	1	3
Razem	42	26	4	12

O tej grupie chorych byłoby dużo do pisania a protokoły sekcyjne byłyby bardzo ciekawe, ale przez wzgląd na częstość wypadków ograniczymy się do paru obserwacji:

Laryngitis crouposa. Tracheotomia. Mors. Gotwillen Bronisława, dziecko 4-letnie, pięknie zbudowane, przyniesione zostało do szpitala w 8-mym dniu choroby. Usta i język ciemno-sine, na czole pot kroplisty, kończyny zimne, oddechanie chrapliwe, rzadkie, powierzchowne. Badanie płuc niemożliwe. O 7-jej rano przystąpiliśmy do tracheotomii. W kwadrans potem, po wprowadzeniu rurki, auskultacja płuc nie bardzo nas zadowolniła. W prawem płucu od samej góry aż do dołu znaleźliśmy oddech niewyraźny i rżenia drobne. Oddechanie wszakże było teraz równe, dłuższe choć przyspieszone; twarzyczka bladła; temperatura ciała wynosiła 41,5°. Puls bardzo częsty i drobny. Kilka suchych baniek na plecy i środek wykrztuśny zaleciliśmy. W parę godzin po operacji stan chorej nie uległ widocznej zmianie. Z powodu wyjazdu na wieś, nie widzieliśmy chorej aż do godziny 4-jej rano dnia następnego. Pomimo rurki tracheotomicznej, oddechanie było bardzo powierzchowne i coraz to radsze. Twarz na nowo sinieć poczęła, dziecko senne a jednak nie śpiące, obojętne na wszystko; głośniejsze tylko zdaje się rozumieć pytania; od czasu do czasu przychodzą drgawki całego ciała, słowem następuje duszenie się (*asphyxia*). W godzinę potem umarło. Sekcyi nam zrobić nie pozwolono.

Pleuritis exsudativa sinistra chronica. Volvulus. Laparotomia. Mors. Aleksandrowicz Jakób, ex-żołnierz, 65 lat wieku liczący, wszedł do szpitala z bólem lewego boku, trwającym już od kilku tygodni, bardzo wycieńczony. Gdy po dniach kilku czuł się zupełnie dobrze a wysięk w lewej opłucnej był już na wessaniu, zaczął się skarżyć na podpieranie w brzuchu, ciągłe odbijanie i nudności. Stolca przez całą dobę nie miał. Brzuch miał wzdęty, twarde. Poprzecznicą (*colon transversum*) wydawała odgłos tępy, niżej w reszcie kiszek odgłos był bębniasty. Olejek rycynowy żadnego nie przyniósł skutku,

domięszaliśmy do niego parę kropli *Ol. Crotonis*, również bezskutecznie. Następnego dnia, gdy wystąpiła silna gorączka a wskutek nadmiernego meteoryzmu oddechanie stało się bardzo trudnem, podawaliśmy kalomel z jalappa lecz także nie z wielkiem powodzeniem. Zimne okłady na brzuch, rurka wstawiona w odbytnicę dla wyprowadzenia gazów, nie zmieniły stanu tego w niczem. Gdy i lawatywy wszelkiego gatunku nie pomagały, a po lewej stronie brzucha, poniżej pępka wyczuwaliśmy wyraźnie guz twardy, z odgłosem bębniwym, postanowiliśmy wspólnie z doktorem Mroczkowskim wykonać przecięcie ścian brzucha (*Laparotomia*), w celu odprowadzenia zaciśniętej skręconej lub uwięzionej kiszki. Po dostaniu się do jamy brzucha, uderzyła nas przede wszystkim nadmierna objętość kiszki zstępującej (*colon descendens*), fioletowe jej zabarwienie i to, że ani uwieżienia, ani zaciśnięcia we właściwym znaczeniu (*incarceratio*) nie znaleźliśmy, a tylko skrócenie kiszki zstępującej w ten sposób, że *S rominum* zakreślało krzywiznę do zwyczajnego *S* podobną. Skrócenie (*volvulus*) poprzeczniicy (*c. transversum*) na około osi nastąpiło w tym miejscu, gdzie ona przechodzi w kiszkę zstępującą i normalnie tworzy łuk. Ponieważ rana nasza była zrobiona nieco niżej skrócenia, wypadło więc obniżyć kiszkę aby ją na właściwe miejsce odłożyć; staraliśmy się przeto pociągając jej koniec dolny sprowadzić samo skrócenie do brzegu rany i odkręcając w stronę przeciwną, nadać właściwy kierunek kiszce zstępującej, co po dość długiem a trudnem manewrowaniu z powodu nadmiernego meteoryzmu udało nam się wreszcie. Następnie zaszyliśmy ranę podwójnym szwem: głębokim, złożonym z 3-ch szpilek, przechodzących przez otrzewną i powierzchowną—przez mięśnie i skórę. Późem, nie zdejmując chorego ze stołu, daliśmy mu jeszcze parę lawatyw z olejku rycynowego —po których, prócz wielkiej ilości gazów zaledwie ślady stolca się pokazały. Chory po operacji czuł się znacznie lżej, przeniesiono go na łóżko, gdzie kilka godzin zasnął spokojnie. Nad ranem, pojawiły się womity kałowe, temperatura spadła, oddech nadzwyczaj utrudniony, górną częścią klatki piersiowej. Okolica żołądka wzdęta, twarda. Cały brzuch przyjął poprzednie kształty z tą tylko różnicą, że guza po stronie lewej nie było. Womity stawały się coraz częstsze choć coraz skąpsze co do ilości. Zadnych środków powstrzymujących womity żołądek już nie zatrzymywał, lecz zwracał natychmiast. Ciało stygło coraz więcej, chory przestał mówić, pot bardzo obfity wystąpił na całą powierzchnię skóry i pacjent nasz w 18 godzin po operacji żyć przestał.

Przytaczam tu ten wypadek z 2-ch głównie względów: 1) że nie każde zatwardzenie stolca kończy się pomyślnie po zadaniu środków rozwalniających, i 2) że każdy guz w brzuchu (w podobnych okolicznościach) wskazuje miejsce uwieżienia lub wsunięcia się kiszki (*intussusceptio*), których w tym wypadku poszukiwaliśmy. Co do 1 go, przyznaję, że chory, który po 10 dniach pobytu w szpitalu i prawie już wyleczony z cierpienia z którym przybył, skarżąc się na zatwardzenie stolca nie budził we mnie żadnej obawy (w dniu pierwszym)—kazałem mu dać łyżkę olejku rycynowego i uspokoiłem, że na jutro zdrowym zupełnie będzie. Tymczasem, następstwa przekonały, że pro-

guoza moja mylną była zupełnie. Przebieg choroby w dniu 2, 3 i 4 przekonał mnie o tem najdowodniej. Wyczerpawszy wszelkie możliwe środki przystąpiłem do operacyi jako do *ultimum refugium*, w tem przekonaniu, że *melius remedium anceps, quam nullum*.

Co do 2-go, guz w lewej stronie brzucha, poniżej pępka, odległym był od samego skręcenia o kilka cali przynajmniej i nie wskazywał dokładnie miejsca największego zoczenia кишки zstępującej. Przyczyną guza była średnia część *S romani*, odwróconego w stronę przeciwną, nadmiernie rozdęta gazami.

Sekoya potwierdziła przypuszczenie, że następne po operacyi, powtórne skręcenie, stało się przyczyną śmierci. W miejscu rany od strony otrzewnej znaleźliśmy bardzo nieznaczne przekrwienie i początek tworzenia się wysięku.

III. Z pomiędzy chorób sercowych, których stosunkowo mało mieliśmy w leczeniu, bo wszystkiego 5 wypadków, żadnej obserwacyi podać nie możemy. Troje chorych wypisanych z małym polepszeniem, na własne żądanie, po kilka dni zaledwie przebyło w szpitalu, a dwoje zmarłych, już w ostatnich chwilach przyniesiono. Sekoya wskazała w obydwóch wypadkach rozszerzenie komórek sercowych (*dilatatio ventriculorum cordis*), a śmierć nastąpiła wskutek *syncope*, przy ogólnej puchlinie wodnej (*anasarca*).

IV. Choroby organów trawienia mieliśmy w szpitalu następujące:

N a z w a c h o r o b y	Przybyło	Wypisano	Zostało	Umarło
Gastralgia, Gastroenteritis. Typhlitis	19	15	1	3
Icterus. Atrophia hepatis. Ascites .	7	7	—	—
Cholera asiatica	3	2	—	1
Razem . . .	29	24	1	4

Typhlitis chronica, perforatio caeci, mors. Głowacka Katarzyna lat 26, budowy dobrej, znacznie wyniszczona, weszła do szpitala po 17 tygodniach choroby. Skarży się na ból w prawej okolicy brzucha, dodając, że żadnego pokarmu przyjąć nie może, gdyż takowy natychmiast womitami zwraca. Opowiada, że przed 17 tygodniami zachorowała na jakąś chorobę, przy której zupełnie straciła przytomność i miała wielką gorączkę, poczem, gdy przyszła do siebie, ani apetytu ani dobrego trawienia odzyskać nie mogła. Ból w prawej połowie brzucha prześladowa ją od dawna; ten ból wstrzymuje ją od jedzenia, gdyż za połknięciem choć łyżki stawy zwiększa się nadzwyczajnie. Przy oddawaniu stolca doznaje tak silnego osłabienia, że naraz mdleje w wychodku. Skóra chorej ciemno-żółta, wiotka, pomarszczona, sucha. Błony śluzowe blade. Język wilgotny, obłożony. W klatce piersiowej nie godnego uwagi.

W okolicy kątnicy (*coecum*) guz niewielki, bardzo bolesny, z odgłosem bębni-
stym, nieco przytłumionym, reszta brzucha płaska, prawie wklęsnięta. Stolce
zaparte. Womity kilkanaście razy dziennie. Chora tak osłabiona, że z tru-
dnością z łóżka podnieść się może. Gorączki nie ma.

20 Lipca. Dostała pół łyżki olejku rycynowego, a na miejsce bolące
brzucha 6 suchych baniek i ciepły okład. Dyeta ścisła. Na drugi dzień poka-
zał się stolec skąpy, ciemny—jakby po użyciu żelaza. Bólu to wszakże nie
złagodziło; womity stały się rzadsze. Lekki napar ziółek gorzkich i okłady
ciepłe jak dawniej.

24 Lipca. Stan o tyle lepszy od poprzedniego, że bóle złagodniały,
stolec choć mały, lecz codziennie a womitów już od dni paru niebywa. Prosi
o większy posiłek. Okłady ciepłe zdjęto, a miejsce bolące posmarowano
Tinct. Jodi.

28 Lipca. Womity bardzo częste. Ból całej prawej połowy brzucha,
idący od miejsca kątnicy aż do dołka sercowego; czasami chora doznaje tar-
gania wewnątrz brzucha, wśród którego mdleje wyraźnie, kończyny stygną
a twarz pokrywa się potem. Temperatura normalna, puls 124. Przepisano
krople morfiny, lód w kawałkach do lękania; całą połowę brzucha posmarowa-
no maścią lapisową; nadto dostała ławatywę z olejku rycynowego.

2 Sierpnia. Stan coraz gorszy. Prócz odrobiny wody zimnej nie przyjąć
nie może; womity częste, śmierdzące. Na ból nie skarży się wcale. Brzuch
wpadnięty, nie bolesny. Stolca zaledwie ślady były. Puls trudny do zliczenia,
temperatura 39,8, skóra sucha. Od czasu do czasu dreszcze. Mówi niechętnie,
jęczy bardzo słabym, głębokim głosem. Oddechanie bardzo częste, powierzch-
wne. Wieczorem tegoż dnia chora bezprzytomna; puls przepuszczający, słaby;
temperatura 40,2. Kończyny dolne i górne szczególnie przy palcach zimne jak
marmur. Majaczenie—śpiączka.

Dnia 3 Sierpnia o 5-jej rano umarła.

Przy sekcyi znaleźliśmy: żołądek skurczony, bardzo nieznacznej pojemno-
ści; kiszki cienkie ściągnięte, nieznaczną ilością śluzu z wielką masą nabłon-
ka zmieszana wypełnione; kiszka ślepa o ścianach zgrubiałych, prawie dokoła
z organami sąsiednimi zrosnięta, pokryta świeżym wysiękiem włókuikowym;
błona jej śluzowa i mięsna zniszczona przez owrzodzenia bar-
dzo obszerne, rozciągające się po za zastawką Bauchina, która
w $\frac{3}{4}$ także została zniszczona, aż do części wstępującej okrężnicy,
w jednym miejscu przedziurawiona; reszta kiszek grubych nie godnego uwagi,
prócz znacznego zgrucenia ścian nie przedstawia. Otrzewna pokrywająca kisz-
kę ślepa zrosnięta z nią świeżym wysiękiem; w jamie brzusznej nieznaczna
ilość płynu mętneho, różowawego, ze skrzepami włókuika zmieszanego. W resz-
cie organów nie godnego uwagi.

Wypadek ten zasługuje na szczególną uwagę: 1) z obszerności o-
wrzodzenia; 2) wątpliwiej jego natury. Owrzodzenia powstające przy
zapaleniu kątnicy (*Typhlitis*) przeważnie tylnej części, przyrośniętej dotyczą,
ale nie niweczą całego jej światła, tem więcej—nie naruszają zastawki Bau-

china, która tą razą, jeżeli tak powiedzieć można, wskutek zniszczenia bardzo niedomykalną była.

2) Dno owrzodzenia było tak twarde, nierówne, w różnych kierunkach podziergane, jak w owrzodzonych rakach twardych żołądka (*scirrhus ventriculi*). I gdyby tak komuś kawałek tej wyciętej kątnicy pokazać, niewątpliwie z wyglądu powiedziałyby, że to jest raczej rak żołądka, jak owrzodzona część kieszki ślepej. Przemawiało zatem także nadmierne zgrubienie listka surowiczego i twardość nadana przez to samej kiszce.

Po stwardzeniu kawałka preparatu w kwasie chromnym, badałem po kilkakroć pod mikroskopem z najrozmaitszych miejsc brane skrawki, lecz te podejrzenia swego nieusprawiedliwiły. Zmuszony więc byłem zakonkludować, że tak obszerne owrzodzenie następstwem przewlekłego zapalenia było.

(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

Sprawozdanie VII z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1873.

Napisał Dr med. A. Rothe, naczelny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie, Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów.

(*Dokończenie.*)

4. *Mania partialis*. Obłąkanie częściowe. *Partielle Verruektheit*, zawsze powstaje z jednej z wyżej opisanych form, po ustawianiu lub przytępieniu pierwotnych chorobliwych objawów i popędów, z pozostawieniem pewnych błędnych lecz ustalonych i jakby wymotywowanych przedstawień i idei, na tle których chory bredzi nieustannie powtarzając. Tu najwłaściwiej daje się zastosować owa stara nazwa *Monomania*, z tém wszakże zastrzeżeniem, aby nie sądzono, że jedna błędna idea lub popęd chorym zawładnęły i że on pod każdym innym względem zupełnie zdrowo czuje, myśli swoje przedstawia i przytomnie działa. Prawda, że chory powtarza głównie i nieustannie jedną tylko ulubioną myśl lub ideę, lecz przy tém władze umysłowe ogólnemu ulegają rozstrojowi. Chorzy tego rodzaju daleko są niebezpieczniejsi, aniżeli melancholik lub maniak. Chory taki zawsze jest podejrzliwy, podstępny i powoli przysposabia swoje zamiary, które częstokroć i skutecznia, niezważając na ciągłą przezorność i bacność otaczających go osób. Oni właśnie pomimo pozoru spokojnego i warunkowo rozsądnego rozumowania, są najniebezpieczniejsi, i nie tylko na wolności ale nawet i w zakładach dobrze urządzonych są ciężarem.

Pierwsze miejsce zajmuje tu obłąkanie prześladowcze (*Manie avec des idées de persecution. Verfolgungswahn*), już to dla tego, że forma ta najczęściej się napotyka już też dla tego, że ona przeważnie przyczynia się do wywołania czynów gwałtownych. Prześladowanie, podług ich zdania, pochodzi bądź od nieprzyjaciół znajomych, bądź nieznanym. W tej właśnie formie, charakter poprzedni chorego wielkie ma znaczenie dla ocenienia, czy on będzie gwałtowny lub nie. I tak człowiek, poprzednio czynny i energiczny, sam

przystąpi do wymierzenia sobie sprawiedliwości, lub usunięcia swych nieprzyjaciół; człowiek zaś cichy i spokojny przed rozwojem choroby, zniesie wszystko spokojnie, choć nie obojętnie, lub szuka pomocy u władz, które on zarzucać będzie nieustającymi prozbami i skargami, co dało ś. p. Kaspro-
wi powód do utworzenia nowej formy którą on nazwał *Querulantenwahn*, a lu-
dzi takich *unruhige Querulanten*.

Złudzenia zmysłowe, a mianowicie słuchowe wielkie tu mają znaczenie. Błędne wyobrażenie obłąkanego nadaje temu objawowi doniosłość i stanowczy charakter rzeczywistych wrażeń zmysłowych zewnętrznych, i przymusza go do nieustannego oddziaływania. Jeżeli wtedy złudzenie zmysłowe przed-
stawi się w kształcie rozkazu, to chory, który długo się wahał wykonać pe-
wien czyn, niezwłocznie przystępuje do wykonania, co spełni z tém większą
energiją im wyraźniej i częściej głos mniemany go do tego zachęca.

Chorzy tego rodzaju tém jeszcze będą niebezpieczniejsi, im więcej ukrywa-
ją swoje błędne idee i omamy, do czego zwykle wielką mają skłonność.
W takich razach ukrywają oni błędne swoje pojęcia i bredzenie w samych so-
bie, udają nawet sztuczny spokój dla usunięcia od siebie podejrzenia, jeżeli się
znajdują na wolności, lub dla prędszego wydostania się z zakładu, jeżeli w ta-
kowym się znajdują.

To samo, co tu wypowiedziałem o obłąkaniu prześladowczem, odnosi się
także i do wszelkich innych form obłąkania częściowego, czy to z charakterem
przygnębienia lub rozdrażnienia: niebezpieczniejszymi ma się rozumieć będą te
przypadki, w których dostrzedz się dają tak zwane napady gwałtownego roz-
drażnienia.

5. Szaleństwo ogólne (*Paranoia. Wahnsinn*) także powstaje z zadumy lub
szaleństwa gwałtownego i cechuje się podnieconem samopoczuciem i takiemiż
błędniemi przedstawieniami, podlegającymi jednakowoż jeszcze pewnej zmienno-
ści. Chorzy tego rodzaju stanowią niejako załogę zakładową lecz również czę-
sto możemy ich także i napotykać na wolności, oni przeważnie z małymi tyl-
ko wyjątkami należą do chorych spokojnych, gadatliwych, lecz w ogóle nie
są niebezpieczni. Niebezpieczeństwo wtedy tylko być może, jeżeli chory pod-
lega napadom silnego rozdrażnienia. Chorzy ci zwykle starzy chroniccy bre-
dzą (majaczą) także, lecz bredzenie to jest więcej ustalone i przedstawia ra-
czej następstwa form poprzednich, przez co staje się więcej monotonnem, nie-
wytwarzając nowych idei i pomysłów. W zakładach chorzy tej grupy są
najpracowitsi i ulegle, mechanicznie wykonywają polecane im zajęcia. Przy-
zwyczajenie wielką w nich odgrywa rolę. Ocenienie czy takiego chorego za-
liczyć należy do niebezpiecznych lub nie, zależy będzie od charakteru poprze-
dniego, napadów rozdrażnienia i mniej lub więcej silnych złudzeń i omamów
zmysłowych. Chory taki po większej części spokojny i pokorny chwilowo
może się stać niebezpiecznym.

6. Bezład ogólny postępowy (*Paralysis progressiva*) staje się niebez-
piecznym dla społeczeństwa w pierwszych dwóch okresach swego istnienia z po-
wodu tak często w tym czasie napotykanym idei wielkości, które ich skła-
niają nie tylko do rozrzutności, trwonienia, ale nawet i do czynów gwałtownych.

7. Obląkanie z osłabieniem czyli stepieniem władz umysłowych (*Demencia, Amentia, Fatuitas*) rozmaite może przedstawiać podziały, zależące od mniejszego lub większego stepienia umysłowego; stanowi ono formę krańcową znie dołączenia umysłowego, jeżeli ono było nabytym. Prócz nabytego znie dołączenia odróżniamy jeszcze i wrodzone. Tego rodzaju chorych najczęściej napotykamy na wolności, zdaje się jakoby chorobliwe lenistwo i niedołączstwo umysłowe hamowało ich postanowienia, bez których czyn staje się nie możebnym. I tak w wielu razach bywa rzeczywiście, lecz tylko wtenczas, jeżeli oni mieć będą należytą opiekę i dozór, jeżeli potrzeby ich konieczne będą za spokojone. Tam jednakowoż, gdzie to wszystko nie ma miejsca, znie dołączniały na umyśle może się stać nader niebezpiecznym. tak dla siebie samego, jak również dla całego społeczeństwa.

Niebezpieczeństwo to powstaje z powodu popędów, które ich opanowują, a którym sprzeciwić się nie mogą, z powodu braku zastanawiania się i woli. Prócz tego są oni zwykle kłótlivi, mściwi i nadzwyczaj łatwo unoszą się. Ztąd kłótnie, bijatyki, kradzieże, podpalania, a nawet i morderstwa. Nadto ludzie tacy bez opieki i dozoru częstokroć przez indywidua zdrowe na umyśle, bywają używani do wykonania rozmaitego rodzaju przestępstw i zbrodni. Z tego wszystkiego, łatwo zrozumieć, że niezważając na to, iż mnóstwo chorych tego rodzaju rzeczywiście żyć może na wolności, za obrębem zakładu, to jednakowoż i oni, jeżeli pozostawieni będą samym sobie, mogą się stać nadzwyczaj niebezpiecznymi.

8. Dotknięci padaczką bezwąt্পienia są najniebezpieczniejszymi dla towarzystwa: codzienne doświadczenie przekonywa nas o tem na każdym kroku. Epileptyk zwykle jest kłótlivy, złośliwy skłonny do czynów namiętnych.

Niebezpieczeństwo epileptyków dla otaczających powstaje ztąd, że napady pojawiają się nagle, nieprzewidzianie. Ztąd nagła zmiana i przejście człowieka spokojnego do wściekłości szalonej, która ich niejako przymusza do czynów gwałtownych. Czują oni jakby niezbędną potrzebę ruchu i biegania i wtedy nie uważają na nic co im wpada w drogę. Rachliwość ta wywołana jest skutkiem nieobjaśnionej wewnętrznej obawy i przestachu, podobnych do obawy melancholika. Dla uwolnienia się od tego okropnego stanu, chory bezwiednie wykonywa czyny gwałtowne na osobach jak również i na przedmiotach nieżywych. Drugi powód niebezpieczeństwa leży w tem, że padaczka zwykle łączy się z obląkaniem. Liczba tych, u których władze umysłowe, niezważając na mniej lub więcej długie trwanie napadów, zupełnie bywają normalne, stanowi tylko nadzwyczaj małą ilość i w tem miejscu niemamy ich na myśli. Przy ocenianiu niebezpieczeństw epileptyka należy zatem mieć na uwadze: poprzedni jego charakter gwałtowny lub łagodny, stan i charakter jego cierpienia umysłowego, jak również i objawy pojedyncze poprzednich napadów. Ostatnie nadzwyczaj jest ważne z tego powodu, że prawie z pewnością wyrzec można, iż pojedyncze napady u jednego i tego samego człowieka nadzwyczaj do siebie są podobne, tak że nie tylko te same słowa, ale te same czyny się powtarzają.

Przedstawiwszy w krótkim zarysie pojedyncze formy obłąkania, starałem się wykazać te zasady, któremi lekarz powinien się kierować, chcąc z pewnem prawdopodobieństwem ocenić, czy ten lub ów chorey na umyśle może być uważany jako niebezpieczny dla towarzystwa lub nie. Zasady tu podane zwykle będą dostateczne do usunięcia jeżeli nie wszystkich, to przynajmniej przeważną część tych wypadków, które obłąkani sprawić mogą; które jednakże nie zważając na wszelkie środki zapobiegające zawsze i ciągle od czasu do czasu powtarzać się będą. Żadne też przepisy policyjno-lekarskie lub administracyjne, żadna choć najściślejsza baczność nie uwolni nas od nich zupełnie, i jedynie ścisłe i dokładne badanie chorób umysłowych, kliniczne odróżnienie pojedynczych form i zakresów da nam możebność ocenienia, którzy chorzy stać się mają niebezpiecznymi dla siebie lub otaczających, i z tego powodu pod ścisłym pozostawać winni dozorce, a którym dana być może większa lub mniejsza wolność.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

O leczeniu pompą żołądkową.

Przez Dra Schliep.

Z zamiarem podania praktycznemu lekarzowi odpowiedniego materiału do leczenia pompą żołądkową opisuje Dr Schliep 74 wypadków w ten sposób leczonych. Wypadki te odnoszą się do rozmaitych chorób jak to okazuje następujący wykaz:

Chwilowe wskazania (zatrucia) 2 wypadki; prosty nieżyt żołądka 25; nieżyt żołądka powikłany innymi cierpieniami 17; a mianowicie: a) bladaczką 4; b) cierpieniami nerwowymi 5; c) chorobami płuc 4; d) żółtaczką 2; e) nowotworami innych organów 2; owrzodzenia żołądka (*Ulcus ventriculi*) 10; rozszerzenia żołądka (*Dilatatio*) 14; rak żołądka 6, razem 74 wypadki.

Z zestawienia powyższego widzimy, że większość wypadków odnosi się do nieżytów przewlekłych.

Leczenie pompą żołądkową przy rozszerzeniu żołądka oddawna jest już znanem w Niemczech; w Anglii i Francji jest ono prawie nieużywanem. Podczas gdy w Anglii lekarz nie zastosowujący pompy przy ostrych zatruciach narażony jest na ciężkie zarzuty w obec władzy; to dziwnem się wydaje, że przy przewlekłych cierpieniach, tak często napotykanych, sposób ten miejscowego leczenia jest zupełnie zaniedbany. W listopadzie 1872 r. miał Dr Schliep w Clinical Society w Londynie odczyt o leczniczych działaniach pompy; z licznie zebranych lekarzy znalazł się zaledwie jeden, który przy zwątpionym wypadku rozszerzenia żołądkowego przyniósł znaczną chwilową ulgę umierającemu choremu, wypompowaniem z niego znacznych ilości płynu.

Przewlekłe nieżyty żołądka są jednymi z częściej się zdarzających wypadków i zazwyczaj niezmiernie trudnymi do wyleczenia. Ciągłe narzekania takich chorych na wymioty, bóleści, upadek sił i niemożność pracy, niecierpliwosć ich wywołana długimi i kosztownymi a bezskutecznymi kuracjami, zmusza nareszcie lekarza do wyszukania choćby najprzykrzejszego, najbardziej heroicznego środka, aby tylko być w stanie przyniesienia rzeczywistej ulgi takim cierpiącym. Środkiem takim nie zasługującym jednak bynajmniej na miano heroicznego, jest pompa żołądkowa. Leczenie to jest wprawdzie połączone z pewnymi nieprzyjemnościami, wymaga pewnego przymusu ze strony chorego, daje jednak rzeczywiste korzyści, nie narażając przy tém chorych na jakiegokolwiek niebezpieczeństwo lub uszkodzenie. Chorzy Schliepa podlegający temu leczeniu za wyraźnem swem życzeniem, rozstawali się z niem zupełnie zadowoleni. Zastosowanie więc pompy żołądkowej przy długotrwałych nieżytach żołądka, w razie uporności cierpienia i życzenia chorego być wyleczonym najprędzszym, najprostszym i najpewniejszym środkiem, jest zupełnie uzasadnione.

Częstość zakładania pompy przy niezżytach zależną jest od natury wypadku. W 25 wypadkach prostego niezżytu była ona przecięciowo 9 razy zakładywaną, często dwu lub trzykrotne założenie jest już wystarczającym do zwrotu choroby ku lepszemu. Znakomite polepszenia, jakie następują po środkach wymiotnych, tłómaczą nam takie przemiany. Pompa ma jednak tę niezaprzeczoną wyższość nad temi ostatniemi, że częste ich używanie jest wprost szkodliwym, a w wielu razach wprost przeciwwskazanym stanem miejscowego podrażnienia.

Trzeba prawdziwie widzieć, pisze Dr Schliep, jak łatwo gardziel i przelyk, przyzwyczajają się do zglębniaka, jak łatwo przyuczają się chorzy do odpowiedniego zachowywania się, tak że mogą z wprowadzonym zglębniakiem swobodnie oddechać, a nawet i rozmawiać, aby być przekonanym, że kuracya ta leczy nietylko *tuto i cito*, ale także po pewnym przyzwyczajeniu i *juvende*. Pomimo tego należy chorych zawczasu obeznać z przykrością początkowej kuracyi i wprost im oświadczyć, aby jeżeli nie czują w sobie dosyć sił do pokonania pierwszych nieprzyjemności, zaniechali dalszego leczenia się tym sposobem. Nieprzyjemności te znikają jednak w bardzo prędkim czasie. Dwu lub trzykrotne założenie pompy, zwłaszcza po wystawieniu choremu działalności i skuteczności leczenia, jest zupełnie wystarczającym do skłonienia chorego do dalszego prowadzenia kuracyi. Pacycenci nabierają przytém otuchy i zaufania, a wiadomo jak ważnym leczniczym czynnikiem jest stan psychiczny chorego. Oto ogólne sprawozdanie odnoszące się do wypadków leczonych przez Schliep a.

Dla wydobycia z żołądka jadowitych substancyj zakładałem pompę żołądkową w londyńskim niewielkim szpitalu, 3-letniej dziewczynce otrutej jadem na myszy, zawierającym arsen i u 7-letniego dziecka, które połknęło znaczne ilości alkoholycznego roztworu pokostu (*spirituose Lacklösung*). Oboje byli w stanie nieprzytomnym i od czasu do czasu wymiotowali. Po kilkakrotnym i dokładnym oczyszczeniu żołądka nastąpiło prawie natychmiastowe wyzdrowienie. Dwa inne wypadki (ostre zatrucie alkoholem i wymiotowania kałem przy *hernia incarcerata*) dały podobne wyniki.

W 17 wypadkach niezżytu powikłanego innymi cierpieniami zakładał Schliep pompę po 10½ razy przecięciowo. Rezultata otrzymane były bardzo pocieszającemi, nawet przy takiej komplikacyi jak suchoty. Polepszenie trawienia pociągało za sobą w większości wypadków zwiększenie wagi ciała i znaczne ulżenie w cierpieniach chorych.

Leczenie pompą owrzodzeń żołądkowych, zwłaszcza przy następczym rozszerzeniu jest już ogólnie prawie przyjętym. Świeże owrzodzenia pozostawiają się zwykle naturze. Przy silnych jednakże wymiotach zagrażające niebezpieczeństwo przedziurawienia żołądka może być zmniejszonym przez wypompowanie żołądka. Przewlekłe owrzodzenia, w części się już zablizniające albo przynajmniej w których zmniejszyła się gwałtowność symptomów, najodpowiedniej i najracjonalniej leczą się za pomocą wydalenia zawartości żołądka, kwaśno oddziaływających i drażniących błonę śluzową. Czystość i unikanie drażnienia jest tu również ważnym warunkiem zagojenia jak i przy zewnętrznych uszkodzeniach.

F e n w i c k trafnie porównywa rozszerzony żołądek z rozdętym pęcherzem moczowym. Najważniejszym wskazaniem przy zapaleniach pęcherza z rozkładem zawartości jego jest regularne wypróżnianie; oznaki zapalne ustępują a jednocześnie z rozszerzeniem pęcherza znika i rozkład moczu. F e n w i c k też twierdzi, że gdybyśmy byli w stanie wypróżnić rozszerzony żołądek i przeszkodzić powtórnemu rozszerzeniu się to należy się spodziewać, że zmniejszyłyby się wydzieliny żołądkowe i ustalo by także wytwarzanie się grzybków rozkładowych. Najdokładniej opracował to pytanie K u s s m a u l, który pierwszy zalecił używanie pompy żołądkowej. Schliep stwierdza też że wszelka dezynfekcyja rozkładających się zawartości nie daje odpowiednich skutków. Chcąc wyleczyć rozszerzenie żołądka, chcąc zapobiedz następczym głębszym przemianom tkanki ścian żołądka należy codziennie i jak można najwcześniej dokładnie wypróżnić żołądek. Jeżeli tylko błona mięsna może odzyskać swoją kurezliwość, jeżeli tylko zanik i przemiana gruczołów żołądkowych nie przeszły pewnych granic, to po niedługim leczeniu znika rozkład zawartości, a chemiczne przemiany pokarmów wracają do zwykłych granic. Ale i w razach, w których powrót do zdrowia jest niemożliwym, osiągamy znaczne korzyści zastosowaniem pompy żołądkowej. Już samo bowiem zadostępczynienie wskazanym symptomatycznym zmniejsza cierpienia chorych i umożliwia dalszą ich egzystencyę. W 14 wypadkach rozszerzenia żołądka, z których 5 zostało zupełnie wyleczonemi, a reszta znacznie poprawionemi, zakładał Schliep pompę przecięciowo

po 21 razy. Kilku chorych, nie mogąc go regularnie nawiedzać, zaopatrzyło się we własne aparata, i sami przeprowadzali z dobrym skutkiem dalszą kurację.

Przy raku żołądka wszelka ulga dla cierpiących ma już wielkie znaczenie, a skutku takiego za pomocą pompy osiągamy w wysokim stopniu. Leczenie zakładywania stosuje się do czasu trwania choroby; większość pacjentów domagała się codziennych posiedzeń. W ogóle zastosowywał Schliep pompę żołądkową w swoich 74 wypadkach 982 razy.

Co się tycze wykonania samej operacji, instrumentów używanych i środków leczniczych, streszcza Schliep swoje doświadczenia w następującóm:

Koniecznym jest zwrócić uwagę pacjentów na te trzy punkta: regularne i uważne oddechanie, wystrzeganie się ugryzienia zgłębnika, a nakoniec przechylenie głowy przy wprowadzeniu zgłębnika z początku ku tyłowi a następnie za danym znakiem ku przodowi. Zgłębnik bowiem napotyka dwie przeszkody: pierwsza utworzona przez tylną ściankę gardzieli daje się łatwo pokonać przez pochylenie głowy ku tyłowi. Wypukłość łuku kręgów szyjowych stanowi drugą przeszkodę w okolicy 3 lub 4 kręgu. E m i n g h a u s mniema, że przeszkodę tę powoduje krtań. Powstrzymanie zgłębnika przez krtań jest możebnym, wszyscy jednak inteligentniejsi pacjenci Schliepa oznaczali tę drugą przeszkodę jako nie z przodu lecz w tyle leżącą. Skoro zgłębnik dojdzie do tego miejsca, natenczas przechylając głowę ku przodowi wypukły łuk zamienia się na wklęsły i zgłębnik dochodzi już bez przeszkody aż do samego wpustu (*cardia*). Doszedłszy do wpustu, o czém nas przekonywa długość zapuszczonego zgłębnika i niewielki opór, należy nam zbadać normalność lub też patologiczne zmiany tych części. Ból, zwiększony opór, w danym razie lekkie krwawe zabarwienie początkowo wydobytych zawartości, dają nam w tym razie odpowiednie wskazówki. Dowodem, że przemiany wpustu były rzeczywiście przyczyną zwiększonego oporu, jest okoliczność, że zgłębnik bez przeszkody dochodzi dalej do żołądka, nie natrafiając już na żadne przeszkody. Opór przy wyciąganiu zgłębnika przemawia za zwężeniem wpustu, napotykamy jednakże takż sam opór, gdy rak lub blizna leżą wyżej, w przełyku. W razie napotkania znaczniejszego oporu, ułatwiał Schliep dalsze przejście, pozwalając inteligentniejszym pacjentom samym wprowadzać sobie zgłębnik zwracając naturalnie ciągłą uwagę na wszelkie dolegliwsze uczucia. Jednoczesne wsprycowywanie do zgłębnika letniej wody było bardzo pożytecznym. Ruchy lkania w czasie wprowadzania, przez przywykłych chorych powtarzane, również ułatwiają znacznie przejście.

Obawa spowodowania krwotoków, wskutek umiejscowienia w przełyku nowotworów, jest nieuzasadnioną. Schliepowi nie zdarzył się taki wypadek. W dwóch wypadkach raka przełyku, w których miano założyć zgłębnik, powstał zabójczy krwotok przed operacją. Był to zatem krwotok *ante hoc* a nie *propter hoc*, ku wielkiemu zadowoleniu Schliepa i Dra Niedema, obserwujących ten wypadek.

Największe trudności napotyka zgłębnik, w razie rozszerzenia leżącego nad zwężeniem przełyku. Cierpliwość pokonywa jednak i te trudności zwłaszcza po kilkakrotném wprowadzeniu. Najtrudniejszym wypadkiem Schliepa było bardzo znaczne zwężenie przymiotowe z następczem olbrzymiem rozszerzeniem.

Wprowadziwszy zgłębnik przełykowy, napelnia się żołądek wodą aż do oznak pełności żołądka, lub też wymiotów. Ciepłota użytej wody stosuje się do życzenia chorych. Schliep zaczyna od 30° R. i zostawia woli pacjentom niżenie lub podwyższenie temperatury. Zimna woda była rzadko używaną, chorzy bowiem uskarżali się na bóle lub mdłości. Po tych przygotowaniach następuje wypompowanie zawartości żołądka. Dla zauważenia wszelkiej przerwy w wypływie płynu, czy to zależnej od wielkości kęsa, czy też spowodowanej wciągnięciem przez sprycę ściany żołądkowej, koniecznym jest dobry wyrób używanej sprycy. Mianowicie powinien się tłok swobodnie poruszać, a sprycy z dodatkowemi częściami i zgłębnikiem powinna tworzyć jeden kanał dla powietrza niedostępny. Ważnym jest w tym względzie przyrząd kontrolujący w postaci worka (*schlauchartig*) a leżący pomiędzy zgłębnikiem a sprycą. W razie bowiem przerwania strumienia wypompowywanego płynu, ściany worka pod ciśnieniem zewnętrznego powietrza opadają. Rurka szlanna może też uwidocznnić przepływanie płynu.

Zgłębniki z jednym końcowym otworem są niebezpieczniejsze skutkiem zwiększonej siły wciągania, przez co uszkodzoną być może błona śluzowa. Uszkodzenia te jednak, jak się Schliep przekonał w kilku wypadkach, pozostają bez złych skutków. Doświadczenia też na trupie okazują całą trudność takiego uszkodzenia, tak że tylko wyjątkowo sprzyjające okoliczności mogą spowodować zranienie błony śluzowej.

W wypadku przez *Z i e m s s e n a* opisanym zranienie takie pozostało też bez złych skutków.

Innym wydarzeniem, powodującym obawę jest możliwość krwotoku żołądkowego. *S c h l i e p* w swoich wypadkach miał tylko minimalne krwotoki, dochodzące zaledwie do słabego krwistego zabarwienia wypompowanej zawartości. Regularnie spostrzegł on to u jednego chorego na raka wpustu, rzadko u kilku innych pacjentów, mianowicie po gwałtownych wymiotach, w czasie których zgłębnik leżał w żołądku. Gwałtowne ruchy wymiotowe spowodowały zapewne zranienie błony śluzowej końcem zgłębnika. Stężone roztwory alkaliczne powodujące ogólne przekrwienie błony śluzowej, mogą także przyczyniać się do krwawego zabarwienia. Jakkolwiek stosunkowo rzadko, widziałem jednak, pisał *S c h l i e p*, dość znaczną liczbę takich wypadków, aby móc zapewnić o ich nieszkodliwości (*unschuldiges Ereigniss*).

W razie przerwania wypływającego strumienia, należy lekkim poruszeniem tłoka ku żołądkowi upewnić się czy przeszkodę nie stanowiła wciągnięta w otwór zgłębnika błona śluzowa. Przekonawszy się, że to nie ma miejsca, pozostaje jeszcze dowiedzieć się o ile żołądek został wypróżniony. Możliwym jest bowiem, że zgłębnik niedoszedł od razu do dna żołądka, przez co znaczne ilości zawartości, zwłaszcza w żołądku rozszerzonym, nie byłyby usunięte. Zmienianie położenia zgłębnika przez wyciąganie i zagłębianie może nam dawać w takich razach odpowiednie wskazówki. Chcąc się zaś upewnić, że żołądek został rzeczywiście zupełnie wypróżnionym trzeba, aby wsprycowane wiadome ilości wody, nie zmączone obcymi dodatkami, napowrót zostały wypompowanymi.

Jeżeli napełnienie żołądka doprowadzonym zostało aż do uczucia zupełnej pełności, natenczas ilość użytego płynu może nam dać miarę objętości żołądka (*Volumenmass*), co przy stwierdzaniu diagnozy ma niezaprzeczoną wartość. Dla zupełnego oddzielenia przylegającego do ścian żołądkowych śluzu, radzi *S c h l i e p*, jeżeli nie ma przeciwwskazań, wywoływać ruchy wymiotne podczas obecności zgłębnika w żołądku. Przez ściąganie się bowiem ścian żołądkowych mieszanie się śluzu z wodą łatwiej i zupełniej następuje. Ruchy te dają się łatwo wywołać przez podrażnienie gardzieli ostrożnymi poruszeniami zgłębnika. W pewnych wypadkach jednak trzeba wszelkich starań dołożyć, by uniknąć ruchów wymiotowych, tak na przykład przy skłonności do silnych wymiotów, nadmiernej czułości lub też w wypadkach świeżego przedziurawienia. W jednym wypadku tego rodzaju, pisał *S c h l i e p*, gazy tak wzdęły żołądek, że była obawa aby wprowadzenie zgłębnika nie wywołało ruchów wymiotowych, przez co mogłoby nastąpić rozerwanie świeżo zrosniętego miejsca przedziurawienia. Niebezpieczny ten eksperyment udał się jednak i chora po wypuszczeniu znacznej ilości gazów i cuchnącej zawartości znacznej doznała ulgi.

Wyciąganie zgłębnika powinno być bardzo ostrożne. Jeżeli chory nie czuje przy tem żadnego bólu albo też nie napotyka się znaczniejszego oporu, to można być pewnym o nieuszkodzeniu ścian żołądkowych.

Zwróćmy teraz uwagę na zawartość żołądka. Ilości śluzu przybliżenie dają się oznaczyć pałeczką szklaną, którą wyciągamy po zmieszaniu zawartości. Często są one zdumiewająco ciągnące się i przylegające do ścian pałeczki. Papierem lakmusowym oznaczamy reakcję. Badanie mikroskopowe daje nam także ważne wskazówki.

Ogólne oznaczenie stanu chorego możemy w części z zawartości żołądka określić, co już wielce ułatwia rozpoznanie i rokowanie. Niektóre jednak ważne i ciekawe pytania musimy pozostawiać bez odpowiedzi skutkiem niedokładności metody badania. Tak na przykład doniosłą ma wartość oznaczenie ilości pepsyny, zawikłana jednak chemiczna metoda takiego określenia nie jest dostępną dla lekarza.

W grubszych zarysach i klinicznie możnaby odróżnić następujące rodzaje zawartości:

1) Zawartości czysto śluzowe. Ilości względnie niewielkie. Odczyn obojętny. Najczęściej przy prostym przewlekłym niezycie.

2) Zawartości żółcią zabarwione, Ilości małe, odczyn obojętny, przy niezycowych zapaleniach żołądka i kiszek, jak również przy żółtaczce.

3) Zawartości składające się z nieprzetrawionych pokarmów i śluzu są w niewielkich ilościach, obojętnego lub też słabo kwaśnego odczynu. W nich to znajdował *S c h l i e p* wraz z *D r e m N i e d e m e m* z Londynu, rodzaj zagadkowych pseudo-parasitów. W najbardziej ciągnących się cząsteczkach zanieczyszczonego śluzu oka-

zywały się pod mikroskopem małe strączkowate (*pfriemenartig*) wyraźnie konturowane ciała nierównej wielkości i zwykle podługowatego kształtu, dające w sobie rozpoznać centralny kanał. Były one zupełnie nieruchome. Po wielu badaniach i prównaniach, przekonano się, że to są małe włoski tworzące rodzaj pęczka na końcu ziarn pszenicznych. Prawdopodobnie spożyte one były w chlebie. Ostre ich końce mogą łatwo uszkodzić błonę śluzową. Przypuszczenie to zdaje się potwierdzać tą okolicznością, że zwykle leżą one pośród najgęstszego śluzu, co ztąd pochodzi, że w miejscach najsilniejszego podrażnienia, największe bywają wydzieliny. Również brunatne zabarwienie takich cząstek śluzu może być spowodowane, oprócz resztek chleba, małymi ilościami krwi pochodzącej z uszkodzenia błony śluzowej.

4) Zawartości kwaśno fermentujące złożone są w największej części z niestrawionej masy (*ingestis*) i bywają w obfitych ilościach. Najczęściej napotykamy je przy ostrych zapaleniach i owrzodzeniach. Prognozę dają nie złą, albowiem usunięcie ich znosi przyczynę choroby i pociąga za sobą prawie natychmiastowy skutek.

5) Świetniejsze jeszcze rezultata daje pompa przy zawartościach obfitujących w grzybki. Reagują one kwaśno i pomimo codziennych wypróżnień znajdują się w zdumiewających ilościach. Najczęściej spotykamy *leptothrix*, *oidium albicans* i *sarcinę*. Codzienne i regularne wypompowywania zmniejszają zwykle w takich razach rozszerzenie żołądka i niedopuszczają dalszego wytwarzania się tych grzybków. Środki dezynfekcyjne nie wywierają w takich razach odpowiednich skutków.

6) Zawartości gnijące podobne do osadu kawowego (*kafesatzartig*) znajdujemy najczęściej przy znacznych rozszerzeniach spowodowanych mianowicie rakowatym zwężeniem odzwiernika. Składają się z wszelkich możliwych organicznych rozkładowych części, są w bardzo znacznych ilościach i reagują kwaśno.

8) Nakoniec może być żołądek wypełniony gazami. Takie gazowe zawartości widział Schliep parę razy u kobiet a raz u mężczyzny, w wypadkach przewlekłego nieżytu żołądka i kiszek z zatrzymaniem stolca, mniejszego lub większego przekrwienia wątroby, przy silnie rozwiniętych oznakach nerwowych (nadczołność różnych organów, ciągły niepokój i obawa). Gazy te mogą być połkniętem powietrzem, lub też wytworzonymi chemicznie w żołądku, i w tym razie składają się przeważnie z kwasu węglanego lub też z wodorowych gazów. Popoff znalazł w jednym wypadku palny gaz składający się z C 12,82, O 10,82, H 32,52 i N 44,02, w innym wypadku składał się on z C 16,7, O 7,9, H 46,5 i N 28,9. Leczenie pompą dało pomyslnie skutki. Przy wprowadzeniu zgłębnika w tych wypadkach dawały się wyczuć kurczenia przełyka, które jednak zniknęły po kilku posiedzeniach.

Odnosnie do narzędzi przy wypompowaniu używanych oddaje Schliep pierwszeństwo dobrze wyrobionej ssąco tłoczącej sprycy z podwójnym kurkiem. W Niemczech najczęściej używają sprycy Weissa, nazywaną też sprycą Fischera albo Wiemana. Pierwszą tego rodzaju pompę zrobił Weiss (junior). W pompie tej wzdłuż przedziurawionego kurek przekręcał się z zewnątrz za pośrednictwem ręki. Weiss junior uprosił ją w ten sposób, że bocznym skręceniem tłoku zmieniał się kierunek wypływu. Wymann zastosował ją do wypróżniania wysięków opłucnej a Fischer z polecenia Kussmala do wypompowywania żołądka. Jako wyłącznie w Niemczech używaną można tę pompę nazwać dla odróżnienia „niemiecką“ i wyrobioną przez Fischera „pompą Kussmala“, a roboty Wiemana, mniejszą „pompą Berlińską.“

W Anglii używają jeszcze mniejszego narzędzia, w którym zmiana prądu (*Stromwendung*) odbywa się przez zewnątrz dopasowany drażek, przekręcający w poprzek leżący kurek na 90°. Narzędzie to nazywa Schliep „angielską pompą.“

Drugi sposób wypompowywania żołądka polega na zasadzie lewarka. Według Jürgensa po napelnieniu żołądka irygatorem obniża się otwór wypływowej rurki pod poziom żołądka przez co ciecz w żołądku zawarta zaczyna wypływać. Rosenthal skutecznie napelnienie i wypróżnienie w ten sposób, że najprzód łączy żołądek z wysoko postawionym zbiornikiem, a następnie z rurką działającą jak lewarek i prowadzącą do pustego naczynia, a przemiana ta odbywa się za pośrednictwem prostego kurka.

Zasada lewarkowa ustępuje pod względem dokładności działania. Pompa bowiem wypróżnia zupełnie i nieraz w wypadkach w których lewarkiem nie dało się

wydobyć, pompa jeszcze znaczne ilości wydobywała. Narzędzia lewarkowe są jednak dogodniejsze i dostępnejsze. (Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— O leczeniu suchot za pomocą fosforanu wapna i soku mięsnego. (Dr Henry Blanc, The Lancet, Nr 24. 1874. Allgem. med. Centr.-Ztg. Nr 71. 1874). Obydwa środki zachwalają lekarze jako nader skuteczne przeciwko suchotom, jednakże pomyslnie rezultaty można osiągnąć tylko przez stosowne połączenie jednego z drugim. Z rozmaitych preparatów fosforanu wapna jest zdaniem autora, najlepszym roczyn fosforanu wapna zawierający w sobie kwas solny, jako też każdy syrop zmieszany z trójwapniowym fosforanem (*Trippelphosphat*). Co się tyczy soku mięsnego to zaleca Blanc przyrządzać go sposobem następującym: 1—1½ funta mięsa pozbawionego kości i tłuszczu przystawia się na kilka minut do mocnego ognia, potem rozcina go się na kilka kawałków i sok wyciska za pomocą maszyny na ten cel przyrządzonej. Do tego soku dolewa się nieco letniego rosółu zawierającego w sobie sól i trochę pieprzu; do rosółu można dodać nieco ryżu, kaszy i t. d. Należy jednakże na to baczyć, aby rosół był tylko letnim, ponieważ w przeciwnym razie mógłby skrzepnąć sok mięsny. Leczenie suchotników należy w ten sposób urządzić: rano podaje się ciepłe mleko z bułką i masłem, a jeśli apetyt chorych jest dobry także nieco słoniny i jaj; drugie zaś śniadanie może się składać z lekkiej jurzynki, ryby, drobiazgu, z syropu zawierającego w sobie łyżeczkę od kawy trójwapniowego fosforanu i z filiżanki rosółu, w którym rozpuszczono powyższy sok mięsny. Na obiad powinien tego rodzaju chory spożywać lekko strawne potrawy, roczyn fosforanu wapna zawierający kwas solny, znowu filiżankę rosółu z sokiem mięsnym, nieco dobrego wina. Jeśli wątroba nie jest powiększona albo tłuszczowo zwyrodniała, to chory może jeszcze zażyć łyżeczkę od kawy tranu. Wieczorem powinien chory wypić filiżankę ciepłego mleka i nieco wody Vichy. Tylko przy nadzwyczajnych objawach chorobowych należy podawać leki; o ile możności trzeba ich unikać, ponieważ środkami odwracającymi psuje się apetyt, wdychaniami zaś, przylepcami i t. d. osłabia się tylko organizm. Przebywanie w świeżem powietrzu, zmywanie ciała wspierają znacznie opisaną powyżej kurację, pod wpływem której trawienie się polepsza, ustaje kaszel i plucie, znikają poty nocne i inne przykre objawy i chorzy powracają do dawnych sił i nabierają na nowo ciała.

— Kalendarz Lekarski na rok 1875 wyszedł z druku; treść jego następująca: 1) kalendarz kościelny, astronomiczny i urzędowy; 2) wykaz alfabetyczny środków lekarskich obecnie używanych; 3) o leczeniu winogronowcem; 4) o leczeniu serwatką; 5) kąpiele igliwiowe; 6) kąpiele morskie; 7) leczenie zimną wodą; 8) metoda stosowania środków leczniczych za pomocą wzięwania płynów rozpylonych (*inhalatio*); 9) metoda stosowania środków lekarskich za pomocą podskórnych zastrzykiwań; 10) Rozbiór chemiczny mieszanin organicznych, zwłaszcza rozmaitych części roślinnych; 11) trucizny i przeciwtrucizny; 12) tablica brzemiennosci; 13) wagi i miary krajowe i francuzkie; 14) badanie i semiotyka moczu (*uroscopia*); 15) zasady termometryi klinicznej; 16) piśmiennictwo lekarskie; 17) służba zdrowia w mieście Warszawie i guberniach Królestwa Polskiego.

— Sprostowanie. W Nr 16 Gaz. Lek. na str. 253 zamiast „o błonicowem zapaleniu“ powinno być „o dławcowem zapaleniu.“ W Nr 20 Gaz. Lek. na str. 320 w ostatnim odcinku powinna być mowa nie o siarczanie cynku jako odtrutce fosforowej, lecz o siarczanie miedzi (*cuprum sulphuricum*).

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.