

Nr 43.

Warszawa, d. 26 Października 1918. Rok LIII.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘT-
NOŚCI LEKARSKICH.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nr 2760.

Adres Redakcji—Zórawia 22.

Adres Administracji—Marszałkowska 73.

Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz
przepisywanie na maszynie przyjmuje b. stud. wydz.
lek. F. Stodolska. Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

Dr Leonard Leszczyński

powrócił z Kijowa.

Chirurgia jamy ustnej. Dentystyka.
Trębacka 4.

Do szpitala psychiatrycznego „KOCHANÓWKA” pod Łodzią

potrzebny jest lekarz

Zgłoszenia na imię lekarza naczelnego pod adresem: Łódź, skrzyn-
ka pocztowa 47.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

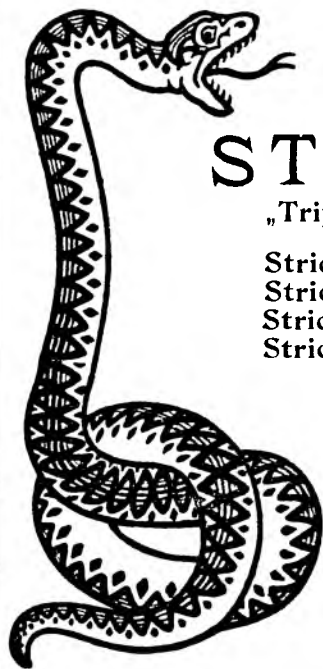
Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

== DUR WYSYPKOWY ==

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.



INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III” Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.
i wiele innych.

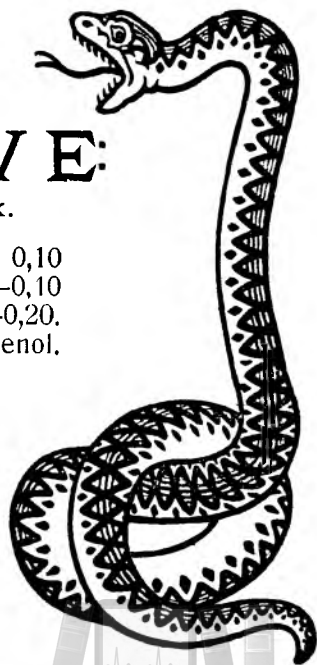
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Salosant Spiess

(PILULAE SANTALO-SALOLI)

Środek przeciw rzeżączce, nie wywołujący przykrych objawów w działaniu, przyjemny w użyciu.

Pudełko zawiera 60 pigulek drażowanych czekoladą.

Użycie: 3 — 4 razy dziennie po 3 pigułki.

Cystosan Spiess

(SPECIES DIURETICAE)

Skład: Folia Uvae Ursi, Rad. Ononidis, Lignum Sassafras, Herba Herniariae, Fruct. Petroselinii, Folia Menthae pip., Fruct. Cubebae.

Pojemność pudełka około 50 g.

Użycie: łyżkę na szklankę gorącej wody 2 — 3 razy dziennie.

Żądać prospektów.

Świerzbę

leczy

„Linimentum contra scabiem Hebdae“.
(Maść prow. Hebdy).

Skład maści: Peruscabin, Sulfur, Kali carbonicum, Creta alba, Oli. lini, Glycerinum Ungt. amyli, Sapo kalinus et odor.
Cena: 100.0 — 4.75 m., 250.0 — 12 m.; 1-ko — 40 m.

Dla szpitali cena specjalna.

Skład główny: Tow. Akc. F. R. KARPIŃSKI,
Warszawa — Elektoralna 35.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. PP. Doktorów, iż

„MOTOFER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Warszawa, d. 26 października 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2760.

JAN PRUSZYŃSKI

Docent Uniwersytetu Lwowskiego. Członek Warszawskiego Towarzystwa Naukowego, b. ordynator szpitala św. Rocha, b. redaktor i wydawca Gazety Lekarskiej

zmarł d. 20 października 1918 r.
w wieku lat 57.

Przyczynę do zachowania się czynności nerek w przypadku ostrego zatrucia sublimatem.

Podał

J. Skłodowski,

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

W ostatnich latach dyagnostyka choroby Brighta uczyniła ważne postępy, głównie dzięki zastosowaniu t. zw. metod czynnościowych, t. j. wymierzających różnymi sposobami sprawność fizjologiczną nerek. Wyniki tych badań nie pozostały też bez wpływu na rokowanie, a poniekąd i na terapię. Rozrost i pogłębienie semiotyki, obok pewnego zwrotu w pojęciach anatomopatologicznych, dały popohop do tworzenia nowych klasyfikacji choroby Brighta. Z tych najważniejsze są dwie: 1) francuska — Widala, oparta wyłącznie na objawach klinicznych, rozróżnia cztery ich zespoły, mianowicie: moczowy, chloruremiczny, azotemiczny i hipertensyjny; 2) nowa klasyfikacja niemiecka, zapoczątkowana przez F. Müllera i rozmaicie dalej rozwinięta w szczegółach przez licznych autorów, głównie przez Volharda i Fahra, opiera się po dawnemu o grunt anatomiczny. W zarysach ogólnych różni ona trzy formy choroby Brighta: a) nefrozy, czyli sprawy pierwotnie degeneracyjne w kanalikach nerkowych, b) nefryty, czyli zapalenia, lokalizujące się przeważnie w kłębkach i c) sklerozy, czyli zmiany następne, zależne od stwardnienia naczyń nerkowych. W każdej z tych trzech postaci zmianom anatomicznym odpowiadać ma pewien objaw swoisty czyli „główny”; w nefrozie — obrzęki, w zapaleniu — krwimocz, w sklerozie — hipertensja.

Obie powyższe klasyfikacje dopuszczają istnienie form mieszanych, które, zwłaszcza w klasyfikacji niemieckiej, tworzą chaos prawdziwy.

Stosowanie nowych metod na szerszą skalę jest rzeczą dość zmuśną, a niekiedy uciążliwą dla chorego; dlatego nie weszły one w powszechne użycie. Ztąd materiał faktyczny, na którym opierają się nowe systemy podziału, poglądy na rokowanie oraz propozycje terapeutyczne, jest w gruncie rzeczy dość skąpy. A więc podawanie do wiadomości ściślej w pewnym kierunku badanych przypadków posiada rację bytu. Sądzę, że stosuje się to i do opisanego poniżej przypadku zatrucia sublimatem.

Ł. A., lat 20, fryzjer. O północy z 4 na 5 marca r. b. zażył podobno aż 7 pastylek sublimatu. W godzinę nastąpiły obfite wymioty, które po apomorfynie jeszcze się wzmogły. W dalszym opi-

nie przytoczę naprzód krótko inne objawy, a potem bardziej szczegółowo te, które mają bliższy związek z nerkami.

W ciągu paru pierwszych tygodni stan był podgorączkowy. Dość długo skarżył się chory na bóle w brzuchu, a głównie w piersiach, za mostkiem. Stolec był przeważnie zaparty, skłonność do wymiotów trwała przez $2\frac{1}{2}$ tygodnia. Tętno przez cały czas nieźle, umiarkowanie częste, miarowe. Tylko 11 i 12 marca zauważyłem allorytmie ze zwolnieniem tętna do 64 uderzeń. Rozszerzenia tępości serca nie stwierdziłem. Ciśnienie tętnicze utrzymywało się stale na normalnym poziomie ($mr. = 16$, $mn. = 10$ według Pachona). Od 9 do 17 marca zapalenie śluzówki jamy ustnej z niewielkimi owrzodzeniami. Od 17 do 21 tegoż miesiąca wysypka na dłoniach, części przedramion i stopach, z wyglądu najbardziej podobna do odrowej. Chory opuścił szpital 23 maja w stanie zupełnie zadowolającym.

Przechodzę do t. zw. objawów nerkowych.

Białko w moczu wystąpiło bardzo wcześnie; już po niespełna 12 godzinach zawartość jego wynosiła $1,5\%$. W ciągu 2 dni osiągnęła ona swój punkt szczytowy $= 7,0\%$, a w ciągu 2 następnych spadła krytycznie do $0,75\%$. Jeszcze przez tydzień utrzymywała się z wahaniami na poziomie od $0,25$ do $1,25\%$, poczem białko znikło zupełnie z moczu, wracając czasem później w postaci niewielkich śladów. Wielokrotne próby na ciała białkowe, strącalne kwasem octowym na zimno, dały wynik ujemny. Mocz był z początku mętny. Pierwszego dnia znaleziono w osadzie tylko liczne, stłuszczone, rozpadające się komórki, ułożone w nieprawidłowego kształtu masy. Przez parę dni następnych rzucała się wprost w oczy niezmiernie liczba wałków, utworzonych w części z ziarnistego rozpadu, w części zaś z dających jeszcze rozpoznać się komórek typu nabłonkowego. Po kilku dniach wałki prawie zupełnie znikły, ustępując znowu miejsca masom rozpadowym i komórkom nabłonka różnej wielkości, wypełnionym ziarenkami, niekiedy grupującym się po kilka; zaczęły też ukazywać się komórki podobne do leukocytów. Krążki krwi znaleziono tylko dwukrotnie i to w niewielkiej liczbie. Po upływie 2 tygodni mocz oczyścił się prawie zupełnie i zawierał bardzo mało osadu, składającego się z nielicznych leukocytów, nabłonków i wałków, czasem mocno inkrustowanych solami.

Moczu w ciągu 3 pierwszych dni dokładnie nie zbierano; w każdym razie nie było wcale anuryi, ani nawet wybitnej oliguryi. Później, jak widać z tablicy, wydzielanie moczu było zupełnie dostateczne, zwłaszcza jeśli się zważy wymioty i skąpe odżywianie. Od 9 dnia rozpoczęła się poliurya, trwająca do końca pobytu chorego w szpitalu. Tak więc naogół rzecz można, że zahamowania w wydzielaniu wody moczowej, albo inaczej retencji wody w ustroju nie było, raczej przeciwnie. Zgadza się to z zupełnym brakiem obręzków przez cały czas trwania obserwacji oraz z zachowaniem się wagi chorego, która nie wykazywała żadnej skłonności do spadku w okresie poliuryi, a później, w miarę ogólnej poprawy, zaczęła stopniowo wzrastać, mimo wciąż jeszcze obfitego wydzielania moczu. Nadmiar wody moczowej pokrywał chory większym zapotrzebowaniem jej z zewnątrz, o czym świadczyło wzmożone pragnienie.

Natomiast bardzo wybitnie upośledzone było wydzielanie chlorków. Ich koncentracja w moczu była z początku nadzwyczaj niska i bardzo powoli wzrastała do zwykłego poziomu. Nie można o to winić samej tylko diety, ponieważ chory przyjmował wtedy $1\frac{1}{2}$ — 2 litrów mleka na dobę, a więc około 2 do 3 gramów soli kuchennej, podczas gdy jednocześnie wydelał znacznie mniej od 1 grama. Prawda, że z powodu dość częstych w tym okresie wymiotów rzeczywista cyfra dowozu soli z zewnątrz, musiała być odpowiednio mniejsza, lecz z drugiej strony, jak o tem będzie jeszcze mowa przy rozważaniu azotemii, musimy przyjąć w pierwszych tygodniach po zatruciu żywy rozpad tkanek, przyczem i chlorki uwalniać się musiały obficie ze swych połączeń organicznych. Zresztą po upływie 2 tygodni chory otrzymywał począł prócz mleka także kleiki, kasze, jarzyny i pieczywo, a mimo to aż do 20 dnia obserwacji wydzielanie soli z moczem było jeszcze niezwykle niskie, zwłaszcza zaś niską pozostała jej koncentracja. Dopiero od wyżej wspomnianego dnia, nagle, bez żadnego uzasadnienia ze strony diety i bez redukcji wody moczowej, stężenie soli w moczu zaczęło gwałtownie się podnosić.

Tak więc przy sprawnem wydzielaniu wody przez nerki mieliśmy do czynienia w ciągu pierwszych 3 tygodni po zatruciu z widoczną retencją chlorków w ustroju, czyli t. zw. suchą ich retencją.

Przypadki zerwania paralelizmu w wydzielaniu wody i soli znane są dobrze w chorobach nerkowych, podobnie jak i w innych.

Wzbudzają one wątpliwości, czy uświadczenie owego niestałego paralelizmu przez nazwę chloruremii w sensie Widala, t. j. przede wszystkim w znaczeniu skłonności do obręzków, jest dostatecznie uprawnione i czy nie słuszniej byłoby mówić o zatrzymaniu każdej z tych dwóch substancji oddzielnie.

Do ciekawych wniosków prowadzi porównanie eliminacji azotu bezbiałkowego przez nerki z zawartością jego we krwi. Obliczone na mocznik stężenie azotu w moczu wykazywało stale cyfry bliskie normy. I cyfry dobowe absolutne od samego początku nie wykazują szczególnego *manco* w stosunku do przypuszczalnego dowozu, o ile wziąć pod uwagę dyetę i wymioty. A jednak wydzielanie azotu bezbiałkowego z moczem musiało być z początku niedostateczne, skoro nagromadzał się on w ustroju w tak wielkim nadmiarze. Zawartość jego we krwi wynosiła już na 3-ci dzień $1,6^0/_{\infty}$ i stopniowo wzrastając, dosięgła na dzień 10-ty wysokiej cyfry $4,6^0/_{\infty}$! Osiemnastego dnia spadła do $0,9^0/_{\infty}$, a jeszcze po tygodniu zeszła do $0,38^0/_{\infty}$, t. j. do normalnego poziomu. Rodzi się pytanie, co właściwie było powodem tak wielkiej azotemii, jeśli stosunek azotu pokarmowego do moczowego nie zdawał się być poważnie naruszony. Inaczej objaśnić sobie tego faktu nie umiem, jak tylko przypuszczając, że w okresie azotemicznym azot bezbiałkowy krwi pochodził nie tylko z pokarmów, lecz przede wszystkim z gwałtownego rozpadu tkanek pod wpływem zatrucia. Sprawność wydzielnicza nerek dla ciał azotowych mogłaby zapewne sprostać swemu zadaniu przy normalnej ich ilości, okazała się jednak niewystarczającą wobec tak wielkiego przesycenia niemi ustroju.

Nasz przypadek stoi w wyraźnej sprzeczności z dość rozpowszechnionym poglądem, jakoby azotemia w zatruciu sublimatem była zawsze następstwem anuryi. Aczkolwiek niepodobna zaprzeczyć, iż anurya może spotęgować, a nawet wywołać azotemię, nie jest ona widocznie jedyną jej przyczyną, ani też koniecznym warunkiem.

Jeśli teraz porównamy ze sobą sprawność wydzielniczą nerek dla soli i dla azotu, to się okaże, że pierwsza upośledzona była względnie i absolutnie, druga zaś tylko względnie. Ztąd też stosunek mocznika do chlorków, wynoszący w moczu normalnym około 2,3, wzrósł w naszym przypadku aż do 20. W końcu drugiego tygodnia, z nastaniem poliuryi, daje się zauważyć gwałtowny spadek koncentracji mocznika w moczu, a niebawem

tylko wyraźnie podkreślić, iż retencja soli była wyłącznie sucha.

Trudniej daleko znaleźć dla naszego przypadku właściwe miejsce w nowej klasyfikacji niemieckiej. Według zgodnej opinii autorów współczesnych zmiany w nerce sublimatowej dotyczą prawie wyłącznie nabłonka kanalików i są natury degeneracyjnej, a nie zapalnej. Strauss wyraża się, że stanowią one może najbardziej pouczający przykład nefrozy nabłonkowej. Zdanie to jednak może

być słuszne chyba tylko ze stanowiska anatomicopatologicznego. Nowa klasyfikacja, usiłująca ściśle połączyć zasadę kliniczną z anatomiczną, wprost poradzić sobie nie może ze schorzeniem nerek sublimatowem. Jest to bowiem nefroza, której z reguły brak najważniejszego objawu klinicznego, mianowicie obrzęków. Potwierdza to w zupełności i nasz przypadek, w którym nie było wcale obrzęków nawet pomimo wybitnego zatrzymania soli.

Wyżej podaję tablicę liczbową i graficzną.

ODCINEK.

Zasady psychiatrii praktycznej z uwzględnieniem potrzeb kraju.

Podał

Teodor Łapiński.

W wiekach średnich ówczesne społeczeństwa dbały jedynie o zabezpieczenie się od szkodliwych i niszczyielskich przejawów choroby umysłowej. Obłąkanych uważano wtedy za opętanych przez złego ducha lub za przestępców i odpowiednio postępowano z nimi, urządzano oblawy, zakuwano w kajdany, wrzucano do więzień i t. p. W miarę rozwoju uczuć i nauk humanitarnych coraz więcej rozpowszechniało się mniemanie, że obłąkani są chorymi i wymagają leczenia. Podawnemu jednak zwracano uwagę jedynie na chorych gwałtownych, przeważnie ostrych, i ówczesne zakłady bardzo mało lub wcale nie różniły się od zwykłych więzień. Z czasem do zakładów zaczęli się dostawać chorzy spokojni, ostrzy i przewlekli, nie przedstawiający zgoła żadnego niebezpieczeństwa dla otoczenia. Odtąd zakłady dla umysłowo chorych stopniowo przybierają postać zakładów leczniczych; wśród psychiatrów coraz więcej zwolenników zaczyna zdobywać przekonanie, że wszelkie środki mechanicznego skrepowania nie są niezbędne w leczeniu chorych umysłowo, często zaś bywają zupełnie zbyteczne, a nawet szkodliwe. Długo jednak obawiano się ucieczki obłąkanych ze szpitali i związanych z tem niebezpieczeństw dla społeczeństwa. W myśl tego poszczególne oddziały ówczesnych zakładów łączono zapomocą korytarzy, by chory, przechodząc z jednego oddziału na drugi, przypadkiem kroku nie stąpił na powietrzu. Po dawnemu chorych gwałtownych i krzykliwych trzymano w izolatorach, nierzadko uciekano się również do kaftanów, rękawic i innych łagodniejszych środków skrepowania mechanicznego.

Z rozwojem opieki nad umysłowo chorymi liczba chorych przewlekłych w zakładach odnośnych stale się zwiększała. Wobec ich właściwego zachowania się powstała myśl wykorzystania siły roboczej takich chorych

dla zakładu, początkowo w pomieszczeniach zamkniętych, a potem i na powietrzu.

Dobroczynny wpływ zajęcia na stronę fizyczną i psychiczną obłąkanych, szczególnie zaś pracy w polu i ogrodzie nie mógł ująć uwagi światłych psychiatrów. Obawa ucieczki i czynów niebezpiecznych ze strony pracujących chorych słabła coraz więcej, gdyż stwierdzono, że z usuwaniem przeszkód do swobodnego poruszania się na powietrzu dążenie chorych spokojnych do ucieczki słabnie lub ustępuje zupełnie. Ówczesne zakłady z ich ówczesnymi korytarzami i szczerlnie zamykanymi drzwiami nie odpowiadały już duchowi czasu.

W myśl tego miast wielkich gmachów, otoczonych wysokimi murami społeczna psychiatria planuje szereg pawilonów, na pierwszy rzut niezem nie różniących się od zwykłych domów mieszkalnych; miast wysokich murów otacza się w miarę potrzeby poszczególne pawilony ogrodzeniami, podobnemi do parkanów zwykłej własności prywatnej.

Pozatem psychiatria społeczna nie robi różnicy między chorymi ostrymi i przewlekłymi, w przekonaniu, że każdy obłąkany wymaga odpowiednio do swego stanu psychicznego lub fizycznego leczenia, dozoru lub opieki. Weźmy na przykład otepiatego epileptyka; w stadium zamroczenia wymaga on przy ścisłym dozorze leżenia w łóżku, podobnie jak cierpiący na obłąd opilczy lub napad psychozy maniakałnodepresyjnej. Z punktu widzenia sprawiedliwości również niema dostatecznych motywów, któreby uzasadniały dzielenie chorych umysłowo na uprzywilejowanych i nieuprzywilejowanych. Dla pierwszych budowano szpitale, ostatni mieścili się i mieszczą, jak to się przeważnie dzieje u nas, w zwykłych domach. Wobec tego społeczne zakłady mieszczą u siebie chorych przewlekłych na

równi z ostrymi. W myśl zaś tego, że każdy obłąkany wymaga mniejszego lub większego dozoru, stałego lub chwilowego, dzieli się obecny zakład dla umysłowo chorych na część zamkniętą, przeznaczoną dla obłąkanych, wymagających dozoru, opieki i pomocy lekarskiej w ścisłym tego słowa znaczeniu, i otwartą dla chorych mogących korzystać z otwartych drzwi na terenie zakładowym lub poza murami jego. W części zamkniętej mamy do czynienia z chorymi nowoprzybyłymi, z chorymi ostrymi i tymi z przewlekłych, którzy są niebezpieczni dla siebie lub innych. Liczba pracujących jest niewielka, odsetek zaś nieuspołeczniczonych wysoki.

Chorzy umysłowo, nadający się do zamkniętej części, są tak różnorodni, wykazują tak sprzeczne skłonności, że winni być odpowiednio do swego zachowania podzieleni na chorych spokojnych i niespokojnych.

Zamknięta część zakładu dzieli się ze swej strony na pawilony ze stałym dozorem i na zwykłą zamkniętą część. Do pierwszej kategorii należą przede wszystkim nowoprzybywający chorzy, póki wywiady, obserwacja i badanie nie zdecydują o przeniesieniu ich do odnośnego pawilonu. Poza nowoprzybyłymi w oddziałach części zamkniętej ze stałym dozorem spotykamy chorych podnieconych lub zahamowanych, zamroczonych, podlegających nowym atakom, skłonnych do ucieczki, samobójstwa, samogwałtu, zanieczyszczających się, obłożnie chorych fizycznie i t. d. Przy budowie takich pawilonów należy tak rozmieszczać i grupować sale dla chorych i części pomocnicze, by stały dozór i obserwowanie chorych wymagały najmniejszej liczby personelu, jednym słowem, dążyć należy, by oddział był przejrzysty.

Przy projektowaniu oddziału lub pawilonu stałego dozoru dla chorych niespokojnych, należy zawsze mieć na względzie, że będziemy mieli tutaj do czynienia z największą podnieconymi, głośnymi i niebezpiecznymi chorymi; wyłączeniem być winno wszystko to, co może stać się niebezpiecznym dla chorego lub otoczenia. Oddział taki winien znajdować się na parterze, w jednej sali nie powinno się mieścić ponad 8—10 chorych, większość miejsc winna być przeznaczona do leczenia leżeniem w łóżku, jedna wanna winna wypadać na 5—7 chorych; w zapasie należy posiadać kilka pokoi do odosobniania i jeden do wyodrębniania odpowiednich chorych na czas krótki.

Co się tyczy oddziału, względnie pawilonu dla chorych spokojnych, wymagających stałego dozoru, to wobec ich przeciętnie wyższego uspołecznienia i mniejszej skłonności do niepokojenia swych towarzyszy, w salach dla leżenia w łóżku lub dziennego pobytu może znajdować się więcej obłąkanych, niż to ma miejsce na oddziałach dla chorych niespokojnych; w poszczególnych pokojach kąpielowych może być wię-

cej wanien; tutaj również potrzebny jest jeden pokój do wyodrębniania chorych i kilka do odosabniania.

Dla oszczędności oddział taki może znajdować się na piętrze, może być również zmniejszona ilość powietrza, przypadająca na pojedynczego chorego.

Jeśli się okaże, że dany chory nie wymaga stałego dozoru, to zostaje on przeniesiony do zwykłej zamkniętej części zakładu. Tutaj również obowiązuje podział na chorych spokojnych i niespokojnych. Wobec tego, że w oddziale dla niespokojnych będziemy mieli do czynienia z osobnikami, których podniecenie zaczęło zcichać, wobec tego że wielu z tych chorych będzie oddawało się pracy, zmniejsza się tutaj popyt na leczenie leżeniem w łóżku i stałymi kąpielami na korzyść sal dziennego pobytu. Możliwość obostrzeń każe przewidywać w takim oddziale kilka pokoi do odosobniania lub wyodrębniania chorych, jednocześnie zaś radzi oddzielać niewielkie sypialnie jedna od drugiej pomieszczeniami pomocniczymi, by jeden chory podniecony nie zakłócił spokoju większej liczbie chorych.

Obłąkani spokojni, nie wymagający stałego dozoru, spędzają czas przeważnie w salach dziennego pobytu, gdzie winni oddawać się jakiemuś zajęciu, dzięki czemu zmniejsza się tutaj również zapotrzebowanie na oddzielne pokoje i leczenie leżeniem w łóżku i stałymi kąpielami na korzyść sal dziennego pobytu. Oddział taki może się mieścić na piętrze.

Chorzy nie wymagający dozoru, opieki i pomocy lekarskiej w ścisłym tego słowa znaczeniu podlegają przeniesieniu z części zamkniętej zakładu do otwartej. Pawilony, względnie domki tej kategorii winny swym wyglądem być podobne do zwykłych domów mieszkalnych. Tutaj mieszczą się ozdrowieńcy i chorzy przewlekli, nie wymagający specjalnego dozoru i mogący pracować. Wobec możliwości występowania u nich chwilowych niewielkich obostrzeń i chorób somatycznych, niezbędną jest sala do leżenia w łóżku, szczególnie to się tyczy pawilonów kobiecych, łazienki, pojedyncze pokoje do odosabniania chorych niespokojnych, wreszcie kilka mniejszych sal-pokoi dla jednostek przywykłych do pewnego komfortu i nieznoszących liczniejszego towarzystwa.

W zakładach nowoczesnych wybiera się zaufanych pielęgniarzy, umieszcza się ich z rodzinami w odpowiednio urządzonych na terenie zakładowym domkach i poleca się im opiekę nad chorymi, którzy zachowaniem swym w zakładzie nie budzą wątpliwości co do swego dalszego sprawowania. Taki system opieki nad umysłowo chorymi nazywa się opieką rodzinną; główną zaś zasadą jego winno być dążenie, by obłąkani pracowali nadal tak, jak w zakładzie. Po pewnym czasie odpowiedni chorzy bywają oddawani pod opiekę swym krewnym lub obcym z warunkiem, że ci ostatni zgodzą się zamieszkać w pobliżu zakładu, który z jednej strony winien dać im

odpowiednią ilość gruntu, z drugiej zaś dbać, by choremu nie działa się krzywda. Tutaj również obowiązuje zasada, by chorzy pracowali; nie nadają się przeto do opieki rodzinnej umysłowo chorzy, niedołężni, i przeciwnie, bardzo dobrze się tutaj nadają cierpiący na psychozę okresową, padaczkę z rzadkimi atakami i zachowaną inteligencją, niektórzy alkoholicy, morfiniści i t. d. Więcej nad 3 obłąkanych w jednej rodzinie być nie powinno, gdyż większa liczba chorych wpływałaby ujemnie na życie rodzinne opiekuna.

Od czasu, gdy leczenie leżeniem w łóżku stało się jedną z nieodzownych metod leczniczych w zakładach dla obłąkanych, od czasu, kiedy wobec tego każdy obłąkany

w razie zachorzenia na chorobę somatyczną może znaleźć odpowiednie leczenie, dozór i opiekę w pawilonie, do którego się nadaje odpowiednio do swego zachowania, budowanie w zakładach specjalnych pawilonów dla chorych fizycznie stało się zupełnie zbędne.

Wobec specjalnych warunków, w jakich chorzy umysłowo się znajdują, wobec niemożności zapewnienia im zawsze odpowiednich warunków higienicznych i wobec obawy powstania epidemii, posiadać winien każdy zakład pawilon dla chorych zakaźnych. Pawilon taki tworzyć winien sam w sobie całość i posiadać oddziały dla chorych zakaźnych ostrych (dur, biegunka krwawa, płońca, błonica) i przewlekłych (gruźlica). (C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 22 b. m. na cmentarzu Powązkowskim odbył się pogrzeb ś. p. Jana Pruszyńskiego, b. redaktora i wydawcy Gazy Lekarskiej, na którym kol. Henryk Nusbaum, po przytoczeniu danych biograficznych, przemówił w imieniu towarzyszy pracy redakcyjnej w słowach następujących:

Radują się serca nasze wszystkie, iż po wiekowej przeszłości ciężkiej, bolesnej niewoli — duch sprawiedliwości przywraca nam Ojczyznę wolną! niepodległą! Ojczyzna żyje i wiecznie żyć będzie, ale dzieci Jej umierają! Najlepsi, najzasłużeńsi Jej synowie odchodzą do wieczności innej.

W długim okresie, w którym Ojczyzna nasza była smutnym, ponurym domem niewoli, wielu Jej synów i cór odeszło z wiarą i nadzieją w sercu — ale nie danem im było święcić wielkiej chwili wyzwolenia!

Ciebie, drogi Janie, u samego progu doby wyzwolenia, zmagając poczęta okrutna choroba i nawet pierwszymi promieniami błogosławionej tej zori — w całość pełni radować się nie było Ci danem.

Wielu współobywateli naszych pracuje dziś bezpośrednio przy odbudowie wolnego Państwa Polskiego, ale nie zapominajmy, że cały zastęp patriotów, w ciągu długiego tego wieku, krwią, cierpieniem, pracą znojną przygotowywał fundamenty niezachwiane pod ten przyszły kościół wolności!

Nieśmiertelnym jest naród, w którym żyje duch mocny!

I wszyscy, którzy u ołtarza duchowych sił narodu pracowali — pracowali dla przyszłego jego wyzwolenia!

Wysoka skala rozwoju sztuk i nauk jest niezawodnym zadatkiem trwałości i mocy narodowej!

Ty, ukochany Janie, należałeś do liczby tych, którzy na polu dźwigania twórczego geniuszu narodowego w dziedzinie nauki bez wątpienia wielkie położyli zasługi.

Dwa szlachetne bodźce parły Cię do mozolnej i owocnej pracy: jeden — to zamiłowanie prawdziwe do wiedzy, cześć dla ideału prawdy, drugi — to miłość Ojczyzny i przeświadczenie, że widoma i owocna współpraca narodu polskiego na arenie podniosłych dążeń ogólnoludzkich da Mu prawo niezaprzeczone do współżycia równego, wolnego, dostojnego wśród narodów padołu!

W dziedzinie nauk lekarskich — ta oto idea była motywem wskrzeszenia Gazy Lekarskiej w okresie, w którym zaborcza i okrutna pięść rosyjska usuwała z uczelni średnich i wyższych wszystko co polskie! Ś. p. Jan Pruszyński był jednym z najskrzётniejszych i najbardziej gorliwych pracowników tej doniosłej naukowej i niewątpliwie patriotycznej placówki!

Ś. p. Jan Pruszyński był nie tylko gorącym patriotą, niepospolitym pracownikiem naukowym, i biegłym lekarzem — był On człowiekiem dobrym, ludzkim i umiał — co bywa u nas, niestety, zaletą rzadką — umiał być prawdziwym przyjacielem!

To też żal i smutek niewysłowny towarzyszy Ci, drogi Janie, do tego łoża wiecznego spoczynku od wszystkich, którzy znali bliżej działalność żywota Twojego. Żal głęboki i szczerego hołdu wyrazy od szerokiego grona kolegów z Tow. Lekarskiego oraz od współwydawców i współpracowników „Gazy Lekarskiej“, a od społeczeństwa całego: cześć, cześć i zasłużona wdzięczność!

— Z kolei w imieniu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego przemówił prof. T. Koźniowski:

„My tak kochali, a pili truciznę,

„My tak żyć chcieli, a żyli w zamroczu,

„Inni, ach, będą oglądać Ojczyznę —

„Nim słońce wejdzie, rosa wyżre oczy.

O, jak dokładnie te smętnie owiane strofy naszego Wieszcza stosują się do życia ś. p. Jana Pruszyńskiego! Życie to było ciągłą walką z twarzą rzeczywistością, z przeszkodami, stojącymi na drodze każdego polaka z pod zaboru rosyjskiego, który nie chciał uznawać węgów, jakimi skuł nas rząd carski. Hasłem ś. p. Jana Pruszyńskiego było: Naprzód! łamać przeszkody, a na ich miejscu budować własne reduty! Nieustraszoną bojownikiem, niezmordowanym budowniczym był ś. p. Jan Pruszyński! Lekarz z zawodu, przyrodnik z wykształcenia, uczony-badacz w każdej niemal częstotliwości swego mózgu, ś. p. Jan Pruszyński pracował w warunkach tak trudnych, że wkrótce wyobrazić sobie tych trudności nie będziemy w stanie. Warunki pracy naukowej w Warszawie lat temu 25—30 były tak nieznosne, że tylko najwytrwalsi pozostawali pod sztandarem. Do nich należał ś. p. Jan Pruszyński: nie było w Warszawie instytucji

naukowej lekarskiej lub przyrodniczej, w której ś.p. Jan Pruszyński nie brał udziału, a z placówkami naukowymi polskimi, rozsianymi po świecie, utrzymywał on jaknajściślejszy kontakt: był uczniem wielkiego Marcellego Nenckiego podczas pobytu jego w Bernie szwajcarskim, wykonał szereg prac naukowych w pracowni znakomitego profesora krakowskiego, Napoleona Cybulskiego. Przed wielu laty habilitował się w uniwersytecie lwowskim i pracował tamże w zakładzie znanego badacza Leo na Popielskiego; nie brakowało go na żadnym zjeździe polskich lekarzy i przyrodników...

Ale najjaśniejszą chwilą w Jego życiu, jak to sam niejednokrotnie podkreślał, była chwila utworzenia Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Długie starania, mozolne zabiegi wielu znakomitych mężów polskich poprzedziły ten fakt tak doniosły w życiu naukowym całej Polski. Ci, którzy w pracach przygotowawczych nie brali udziału, a zobaczyli gotowy już piękny gmach Towarzystwa na ul. Śniadeckich, w którym grono uczonych polskich, tułających się po niegościnnych pracowniach rosyjskich lub skromnych laboratoriach prywatnych, znalazło wreszcie godne warsztaty pracy—ci sądzą nieraz, że ta placówka powstała bez szczególnych trudności, jak zwykle ogniwo w ewolucji nauki polskiej.

Dzielny udział w pracach tych brał ś. p. Jan Pruszyński, a i później żadna niemal pracownia przyrodnicza w Towarzystwie Naukowym nie powstała bez jego doświadczonej rady i pomocy.

Nie miejsce tu i nie pora kreślić szczegółowy udział ś. p. Jana Pruszyńskiego w pracach Tow. Naukowego. Polecono mi krótkimi słowy pożegnać w imieniu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego odchodzącego towarzysza...

Dla nauki polskiej odchodzi on za wcześnie... Tragizm jego zgonu powiększa fakt, że temu uczestnikowi tylu poczynąń naukowych w Polsce los nie pozwolił wziąć udziału w odrodzonej Wszechnicy Polskiej w Warszawie. Złożony ciężką niemocą ś. p. Jan Pruszyński nie mógł przyjąć przeznaczonej dlań katedry na wydziale lekarskim.

Duch jeszcze był mocny, ale siły fizyczne złamane... Gasnącymi oczyma przez czas pewien jeszcze przyglądał się rozwojowi Wydziału lekarskiego... Niech mi będzie wolno i w imieniu tego Wydziału rzucić garstkę ziemi na jego zasłużone prochy.

A że dzisiaj na ziemiach polskich rozbrzmie-

wa wszędzie tryumfalny okrzyk na cześć wolnej, zjednoczonej, wielkiej Ojczyzny Polskiej, więc nie trenami żałobnymi lecz końcową strofą piosenki strzeleckiej żegnam towarzysza:

Śpij, Kolego, a w tym grobie
Niech się Polska przyśni Tobie!

— Na konkursie im. Kazimierza Chełchowskiego, ogłoszonym przez Tow. Higieny Praktycznej im. Bolesława Prusa w r. 1918, przyznano nagrodę I-szą kol. A. Puławskiemu, za pracę p. t. Co ma dać dziecku szkoła początkowa (ludowa), pogadanka z rodzicami; nagrodę II-gą — temuż autorowi za pracę p. t. Pogadanka o zdrowym mieszkaniu i nagrodę III-ą kol. M. Kasperowiczowej za pracę p. t. Pogadanka o porodzie.

— Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, uwzględniając ciężkie położenie wielu lekarzy, którzy powrócili do kraju, przeznaczyło na zapomogę dla nich 12 tys. marek.

Lekarze, pragnący korzystać z tej zapomogi, winni składać podania do Sekretaryatu Generalnego Ministerstwa (Marszałkowska 154). Termin prekluzyjny składania podań — 10 listopada.

Rozdział zapomogi tej Ministerstwo przekazało specjalnej Komisji pod przewodnictwem Prezesa Towarzystwa Lekarskiego, kol. M. Jakowskiego, w której skład ma wejść trzech przedstawicieli lekarzy-reemigrantów, delegat Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i Towarzystwa Medycyny Społecznej, oraz Sekretarz jeneralny Ministerstwa kol. J. Jaworski.

— Na Zjeździe w sprawie wyludnienia kraju, jaki odbędzie się w Warszawie w dn. 1, 2 i 3 listopada r. b., będą omawiane następujące tematy programowe: 1) Odżywianie podczas wojny, 2) Gruźlica w czasie wojny, 3) Walka z chorobami zakaźnymi, 4) Statystyka chorób wenerycznych, 5) Potrzeby kraju w zakresie lecznictwa chorób wenerycznych, 6) Prawodawstwo w zakresie walki z chorobami płciowymi, 7) Postawa społeczeństwa względem pierwiastku płciowego.

— Wydział szpitalnictwa Magistratu m. Warszawy podaje do wiadomości, że w szpitalu starozakonnych wakują stanowiska: a) zarządzającego pracownią chemiczno-bakteryologiczną i b) prosektora. Informacji zasięgnąć można od naczelnego lekarza szpitala.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Jan Pruszyński (nekrolog)	341	Odcinek. Teodor Łapiński. Zasady psychiatrii praktycznej z uwzględnieniem potrzeb kraju	345
J. Skłodowska-Ki. Przyczynek do zachowania się czynności nerek w przypadku ostrego zatrucia sublimatem	342	Wiadomości bieżące.	348

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 4^{1/2} do 6-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17,50, półrocznie M. 8,75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 1 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuspaltowy, drobnym pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1,75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1,50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Węclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena niższa m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie niższej nabywać można tylko w Administracji.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Wyszedł z druku Zeszyt 7. 8. 9. 10. Seryi XXII.

(Ogólnego zbioru zesz. 259, 260, 261, 262).

WŁADYSŁAW JANOWSKI.

Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena 4 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracyi Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

POLSKA KRAJOWA
LOTERYA
KLASYCZNA



R. G. O.

Warszawa, ul. Kredytowa 4.

**4-ta Loterya Klasyczna Rady Głównej Opiekuńczej na II pół-
rocze 1918 r.**

SUMA
WYGRANYCH

6 milionów 440 tys. mar.

Wielka wygrana: pół miliona marek.

Ciągnięcie 4 klasy — 5 i 6 listopada 1918 r.

Losy 4 klasy już są w sprzedaży.

Na każdej ćwiartce pieczęć z Orłem Polskim i napisem: Rada Główna Opiekuńcza.