

# MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnym piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Nowo-Zielna Nr. 47.

**Adres Redaktora:** Obożna Nr. 5.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d. r. med. H. Higier. — O ciężkiej postaci niedokrwistości ciężarnych, podał Józef Jaworski. — **Kazuistyka.** — Przyczynek do sprawy powstawania wykwitów skórnych, po zewnętrznym stosowaniu jodoformu. Napisał E. Sonnenberg (Zgierz). — **Streszczenia i wyciągi.** 14. Rozpoznawanie różniczkowe ropni mózgowych. 15. Przyczynek do leczenia złożeń nerkowych kwasu moczowego. 16. O leczeniu ekcemy u dzieci. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 29 grudnia r. z. — **Odcinek.** Nowy szpital w Hamburgu (Eppendorf). Skreślił d. r. med. J. Wszebor. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

## „Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Higier — Sur des formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle épinière. 2) D-r J. Jaworski — Sur une forme d'anémie grave pendant la grossesse. 3) D-r E. Sonnenberg — Contribution à l'étude des efflorescences cutanées après l'application externe de l'iodoforme.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obożna 5

## „Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Higier — Ueber seltene Gestalten hereditärer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. 2) D-r J. Jaworski — Ueber eine schwere Form der Anaemie bei Schwangeren. 3) D-r E. Sonnenberg — Beitrag zur Kenntniss von Hautefflorescenzen nach äusserem Gebrauch des Jodoforms.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obożna str. 5.

## O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. H. HIGIER.

Sz. Panowie! Pacjentki, które tutaj przed sobą widzicie, są prawdopodobnie niejednemu z Was dobrze znane <sup>1)</sup>. Są to te same 4 siostry, które przed kilku laty przedstawiał w Tow. Lek. jeden z kolegów, jako wyjątkowo rzadką postać histeryi z zaburzeniami troficznymi w stawach, co, być może, dało powód do ożywionej dyskusyi. Nie przesądzam w tej chwili, czy przy pierwszym przedstawianiu tych chorych mieliśmy do czynienia rzeczywiście z histeryą: nie chcę tego twierdzić, ani temu zaprzeczać, chociaż osobiście prędkiej byłbym skłonny przypuszczać wczesny okres cierpienia organicznego, z którym obecnie mamy do czynienia. Być może, że obok tego była i histerya, gdyż często spotykamy współistnienie organicznych i czynnościowych chorób nerwowych. Obecnie mogę w każdym razie z największą pewnością histeryę wyłączyć, zarówno samoistną, jako też współistniejącą, chociaż nie podejmuję się stanowczego w danym przypadku dokonać rozpoznania. Mam nawet pewne wątpliwości, czy się nam uda sprawę tę bez za-

<sup>1)</sup> Demonstrowane w Warsz. Tow. Lek. d. 17 marca 1896.

rzutu rozstrzygnąć nawet po dokładnem rozważeniu porównawczem obrazów chorobowych naszych 4-ch pacjentek. W literaturze lekarskiej znalazłem tylko niezbyt liczne, poniekąd sprzeczne i wręcz przeciwne sobie wskazówki, dotyczące klasyfikacji analogicznych spostrzeżeń.

Nie znając z piśmiennictwa zupełnie podobnego zbioru objawów, postaram się określić przynajmniej, do jakiej rubryki nozologicznej najbardziej się on zbliża. Jeżeli przy rozbiórce obrazu klinicznego okaże się, że mamy do czynienia z jakąś nietypową odmianą znanego cierpienia rodzinnego, to określimy właściwy jego typ; jeżeli ścisły rozbiór szeregu objawów przekona nas, że mamy przed sobą postać mieszaną lub przejściową, to postaramy się wykazać, jakie jednostki kliniczne składają się na dane cierpienie. Pozwoliłem sobie w nagłówku niniejszego odczytu zaliczyć omawiane cierpienie do działu „rodzinnych chorób nerwowych pochodzenia ośrodkowego“, gdyż to, jak zobaczymy, nawet przy braku ściślejszego rozpoznania, najmniejszej nie podlega wątpliwości.

Rodzinne i blisko z niemi spokrewnione dziedziczne choroby nerwowe natury organicznej są niezmiernie ciekawe i słusznie stanowią najbardziej w ostatnim dziesięcioleciu starannie opracowany dział neuropatologii, nie schodzący ani na chwilę z porządku dziennego. Uogólnianie odosobnionych faktów stało się w dziale neuropatii rodzinno-dziedzicznych dopiero w ostatnich czasach możliwem, z chwilą, gdy wiadomości nasze o powstawaniu i przebiegu klinicznym znacznie się rozszerzyły, a materiał anatomo - patologiczny stał się do pewnego stopnia wystarczający.

Pod nazwą *rodzinnych i dziedzicznych chorób nerwowych* należy pojmować grupę chorób, powstających niezależnie od zewnętrznych czynników chorobotwórczych. Powstawanie tych chorób znajduje się jedynie w zależności od pewnych wrodzonych osobliwości układu nerwowego, i właśnie wskutek wadliwej organizacji określonych odcinków (*Systeme*) tegoż, te ostatnie są bardzo skłonne do wczesnego zaniku. Większa przeto część organicznych rodzinno-dziedzicznych chorób nerwowych należy w pojęciu fizyologicznem do t. zw. *cierpień układuowych* czyli *systemowych* (*Systemerkrankungen*) i jest, wyrażając się zwięźle słowami MOEBIUS'a, pochodzenia wewnątrzustrojowego (*endogen*), w przeciwstawieniu do ogromnego działu chorób pochodzenia pozaustrojowego (*exogen*). Gdzie należy szukać ostatecznych przyczyn tej niezwyklej organizacji jednego lub kilku danych systemów włókien nerwowych, oraz dlaczego bardzo często zaburzenie w czynności nie przejawia się już od samego urodzenia, — o tem zgola nie wiemy. Tyle jedynie nie ulega najmniejszej wątpliwości: 1) że choroby te spotyka się zwykle w pewnych rodzinach zarówno pomiędzy najbliższem rodzeństwem, jako też pomiędzy członkami wielu pokoleń; 2) że stale występują w wieku dziecięcym lub młodzieńczym, i 3) że przebiegają zazwyczaj pod postacią przewlekłego cierpienia postępującego. W niektórych, rzadkich wprawdzie, przypadkach wrodzona organizacja chorobliwa może dotyczyć jednego tylko członka dziedzicznie obciążonej rodziny lub też przejawić się klinicznie dopiero w późnym stosunkowo wieku. Częściej jednak dzieje się odwrotnie: wadliwa organizacja zaczyna się bardzo wczesnie ujawniać upośledzając rozwój zarodkowy odnośnego systemu włókien nerwowych (*agenesis, aplasia*). Niekiedy w mowie będące cierpienia nie postępują

stale, jak to jest prawidłem, lecz zatrzymują się na pewnym okresie rozwoju choroby.

Gdy chodzi o rozstrzygnięcie zasadniczego pytania, co powoduje tak oryginalne umiejscowienie sprawy chorobowej to w tym, to w owym obrębie układu nerwowego, to większość klinicystów, dla których istnienie pierwotnych, samoistnych chorób systemowych nie ulega wątpliwości, słusznie wskazuje analogiczne zachowywanie się układu nerwowego względem substancji chemicznych. Zdaje się, że każdy system włókien w sposób swoisty oddziałuje na działanie jądów. „Każde bezwyjątkowo działanie swoiste trucizny na układ nerwowy polega — według STRÜMPPELL'a <sup>2)</sup> — na tym znamienym fakcie, że ta lub owa substancja może działać toksycznie tylko na ten lub ów obręb nerwowy, t. j. działa nań w niezwykle sposób, drażniąco lub też porażająco, gdy względem wszelkich innych obrębów pozostaje całkiem lub prawie całkiem obojętną“. Jako znane przykłady chorób systemowych pochodzenia toksycznego wymienić możemy: *saturnismus* z porażeniem typowem, dotyczącem wyłącznie mięśni, unerwianych przez nerw promieniowy, gdy inne nerwy obwodowe, a nawet obręb czuciowy tegoż nerwu, pozostają nietknięte; *lathyrismus* (*Lathyrus sativa*), przy którym ulegają zwyrodnieniu głównie boczne pęczki rdzenia; *ergotismus*, przy którym cierpią przeważnie tylne pęczki; *pellagra* (*mais* niedojrzały) z jednoczesnem zajęciem bocznych i tylnych pęczków rdzenia, i t. p. Następnie należy jako również przykłady chorób systemowych pochodzenia infekcyjno-toksycznego wymienić t. zw. choroby przewlekłe następne (*Nachkrankheiten*) po ostrych chorobach zakaźnych (np. *polioencephalomyelitis chronica*), po przebytych przymiocie (np. zwyrodnienie metasylityczne tylnych pęczków u tabetyków), zwyrodnienia systemowe przy chorobach ustrojowych (np. zwyrodnienie tylnych i bocznych pęczków przy niedokrwistości złośliwej, zanik rogów przednich rdzenia przy cukrzycy).

Nie należy jednak zapominać, że bynajmniej nie wszystkie rodzinno-dziedziczne organiczne choroby nerwowe są cierpieniami pewnych systemów, jak również, że nie wszystkie cierpienia systemowe muszą mieć za podstawę dziedziczność rodzinną. Tak np. niektórzy autorzy spotykali *syringomyelię* i *sclerosis multiplex*, które nie są wcale cierpieniami systemowemi, jako choroby dziedziczne. Z drugiej zaś strony znana jest choroba, słusznie nosząca niano „skombinowanego cierpienia systemowego“ (*combinirte Systemerkrankung*), przy której stale zostają zajęte te same trzy systemy włókien rdzeniowych, a która to choroba jest tylko wyjątkowo rodzinną lub dziedziczną.

W ostatniem dziesięcioleciu wyosobniono z coraz to zwiększającą się liczby pojedynczych spostrzeżeń wiele nowych postaci chorobowych, a pomiędzy niemi niektóre należące do grupy rodzinno-dziedzicznych. Do najbardziej znanych i klinicznie ważnych dziedzicznych lub rodzinnych organicznych chorób nerwowych należy zaliczyć:

1) Rodzinny niedorozwój (*hypoplasia*) mózgowia, mózgdzku resp. całego ośrodkowego układu nerwowego (NONNE); cierpienie to daje obrazy chorobowe bardzo złożone, w których główną rolę od-

<sup>2)</sup> STRÜMPPELL. Neurol. Centralblatt. 1893.

grywają zaburzenia w inteligencji, koordynacji i czynności odruchowej, oraz upośledzenie mowy i ruchów gałek ocznych.

2) Rodzinna postać pierwotnej sklerozy kory mózgowej (*sclerosis cerebialis genuina*), kory prawidłowej, ewentualnie mającej ku temu już usposobienie wrodzone. Choroba ta może się przejawiać klinicznie bądź w postaci rodzinnej diplegii mózgowej (*diplegia cerebialis*—FREUD), bądź w postaci płasawicy rodzinnej (*chorea* — UNVERRICHT) lub też jako rodzinna (MASSALONGO), względnie dziedziczna (OPPENHEIM) atetoza (*athetosis*). Przy cierpieniu tem spotykamy objawy spastyczno-paralityczne, zaburzenia choreatyczno atetotyczne, zaburzenia wrzekomo opuszkowe oraz przytępienie umysłu.

3) Dziedziczno - rodzinne spastyczne porażenie rdzenia (*paralysis spinalis spastica* — ERB, STRÜMPPELL), anatomicznie przedstawiające się jako samoistna skleroza pęczków bocznych rdzenia, klinicznie dająca objawy natury spastycznej z wzmocnieniem pobudliwości odruchowej.

4) Dziedziczna i rodzinna odmiana *polioatrophiae anterioris progressivae*, której podstawę anatomiczną stanowi pierwotne zwyrodnienie komórek ruchowych, znajdujących się w przednich rogach rdzenia, lub też jąder ruchowych nerwów czaszkowych, ze stanowiska anatomicznego i fizyologicznego zupełnie równoznacznych komórkom zwojowym rogów przednich. *Polioatrophia* więc, względnie do siedliska, przejawia się jako: a) *poliomyelitis ant. chr. s. atrophia musculorum spinalis progr.* (WERDNIG, HOFFMANN) z zajęciem komórek zwojowych w przednich rogach rdzenia; b) *polioencephalitis inferior chron. s. paralysis bulbaris progr.* (BERNHARDT, FAZIO) z samoistną sklerozą jąder nerwów opuszkowych rdzenia przedłużonego; c) *polioencephalitis superior chron. s. ophthalmoplegia progr.* (MOEBIUS, KUNN) ze zwyrodnieniem przewlekłym jąder nerwów okoruchowych w obrębie ciał czworaczych (*corpora quadrigemina*). Każda z wzmiankowanych postaci dziedziczno-rodzinnych różni się nieco w przebiegu klinicznym od zwykłej odmiany, nie dziedzicznej. *Atrophia musc. progr.*, jako postać rodzinna, cechuje się porażeniem zanikowym, rozpoczynającym się w bardzo wczesnym wieku, a dotyczącym głównie mięśni okolicy lędźwiowej, mięśni bioder i miednicy. Rodzinne porażenie opuszkowe charakteryzuje się typowymi objawami opuszkowymi obok częstego zajęcia mięśni karku i gałązki górnej nerwu twarzowego. Ophthalmoplegia dziedziczna dotyczy pojedynczego lub wszystkich mięśni oka zewnętrznych, pozostawiając nietkniętą muskulaturę żrenicy.

5) Rodzinna amyotroficzna skleroza boczna (*sclerosis amyotrophica lateralis*—SEELIGMÜLLER), przy którym to cierpieniu, *par excellence* systemowem, zajęty bywa prawie cały ośrodkowy układ ruchowy: droga piramidalna wraz z ruchowymi komórkami zwojowymi mleczki pachyżowej i rdzenia przedłużonego. Obraz kliniczny zawiera cechy obu wyżej wymienionych grup: *paralysis spin. spast.* oraz *polioatrophiae ant. progr.*

6) Rodzinna postać *atrophiae musc. progr. neuralis s. neuroticae* (HOFFMANN, TOOTH, CHARCOT-MARIE). Cierpienie to, będąc klinicznym wyrazem samoistnego zwyrodnienia nerwów obwodowych, zarówno ruchowych, jak i czuciowych, cechuje się porażeniem kończyn dolnych, zanikiem mięśni, zniesieniem odruchów oraz wyraźnymi zaburzeniami w sferze czuciowej.

7) Rodzinna amyotrofia postępująca pochodzenia mięśniowego, czyli myopatyczna (*dystrophia muscul. progr.* — FRIEDREICH, ERB), polegająca wyłącznie na zmianach w układzie mięśniowym. Jako cechy kliniczne tej oddawna znanej i najdokładniej zbadanej postaci znane są zaniki mięśni z jednoczesnym przerostem rzekomym (*pseudohypertrophia*).

We wszystkich wyżej wymienionych postaciach chorobowych mamy do czynienia z postępującym zwyrodnieniem wyłącznie lub przeważnie drogi ruchowej. Każdy oddzielny odcinek teje, poczynając od komórki korowej okolicy psychomotoryjnej aż do zakończenia włókna nerwowego w narządzie mięśniowym, może sam przez się lub też wspólnie z innymi posiadać zmniejszoną odporność wrodzoną. W następującej teraz, dosyć obszernej grupie organicznych rodzinno-dziedzicznych chorób nerwowych, zajęte są przeważnie systemy, rządzące czynnością koordynacyjną oraz przewodnictwem czucia. Jako prototyp tej, dokładnie pod względem klinicznym zbadanej, kategorii należy uważać:

8) Dziedziczny bezład rdzeniowy, czyli chorobę FRIEDREICH'a (*ataxia hereditaria spinalis* — FRIEDREICH), przy której wielce charakterystyczny jest chód ataktyczny, brak odruchów ścięgnistych, zaburzenia w mowie i oczopląs. Podstawę anatomo-patologiczną tej, zwykle w dzieciństwie rozpoczynającej się choroby, stanowią zmiany w tylnych i bocznych pęczkach oraz w słupach CLARKE'a.

9) Pod względem klinicznym, do bezładu rdzeniowego FRIEDREICH'a wielce zbliżony jest, rozpoczynający się zazwyczaj w wieku męskim, dziedziczny bezład mózdkowy MARIE'go (*ataxia hereditaria cerebellaris* — MARIE), którego podstawę anatomiczną stanowić ma zanik wrodzony lub niedorozwój mózdku.

10) Pod względem zaś anatomicznym wielkie pokrewieństwo z dziedzicznym bezładem FRIEDREICH'a posiada t. zw. pierwotne skombinowane cierpienie systemowe rdzenia (*primäre combinirte Systemerkrankung* — WESTPHAL, KAHLER) z zajęciem pęczków tylnych, bocznych i mózdkowych. Obecność wyraźnych objawów spastycznych przy bezładzie, częsty brak obarczenia dziedzicznego, początek choroby w wieku podeszłym i względnie szybki przebieg choroby, aż nadto dostatecznie odróżniają ją od choroby FRIEDREICH'a, należącej również do grupy skombinowanych cierpień systemowych.

11) Co się tyczy kwestyi, o ile jest uzasadnione prawo obywatelstwa rodzinnej i dziedzicznej postaci sklerozy wieloogniskowej (DRESCHFELD, FRERICHs, EICHHORST) i *syringomyelie* (FERRANNINI, VERHAGEN - VANDERVELDE), to zdania pojedynczych autorów są wielce ze sobą niezgodne.

Pomijam na tem miejscu również dziedziczną płasawicę dorosłych (*chorea hereditaria adultorum* — HUNTINGTON), rodzinną postać *myotoniae* (THOMSEN) oraz *paramyotoniae congenitae* (EULENBURG) i bardzo do niej zbliżone rodzinno-dziedziczne porażenia napadowe (WESTPHAL, GOLDFLAM), ponieważ dane, dotyczące odnośnych zmian anatomo - patologicznych w układzie ośrodkowym, są jeszcze wielce niedostateczne.

Wymienione wyżej postacie chorobowe stanowią zasadnicze typy obszernego działu rodzinnych i dziedzicznych organicznych chorób nerwowych i powinny wystarczyć przy ewentualnem zaliczaniu typowego przypadku do pe-

wnej grupy. Spostrzeżenia jednak, dokonane w ostatnich latach, przekonywały coraz bardziej, że neuropatye dziedziczne względnie rzadko przebiegają zupełnie typowo. Coraz to więcej poznajemy postaci mieszanych i przejściowych, a zmienne linie, oddzielające pojedyncze rubryki nozograficzne, czynią niekiedy ściśle rozróżnienie podstawowych typów chorobowych zupełnie niemożliwym, rozpoznanie zaś kliniczne lub anatomiczno-patologiczne problemem nierozwiązalnym.

(C. d. n.).

ZE SZPITALA WOLSKIEGO W WARSZAWIE.

## O ciężkiej postaci niedokrwistości ciężarnych,

podał

JÓZEF JAWORSKI

lekarz ambulatorium chorób kobiecych tegoż szpitala.

W r. 1871 A. GUSSEROW<sup>1)</sup> opisał specyjalną, właściwą tylko ciężarnym chorobę, jak ją sam nazywa: *eine specielle Schwangerschaftskrankheit*, którą na podstawie 5-iu przypadków, spostrzeganych w swojej klinice, a zakończonych śmiercią, charakteryzuje w ogólnych zarysach w sposób następujący. Jest to rzadko wydarzająca się niedokrwistość złośliwa, rozwijająca się podczas ciąży, a prowadząca nie do hydremii, a do anemii,—prawdziwej oligemii, do której tylko pod koniec przyłącza się hydremia. Cierpienie to nie poddaje się żadnym zabiegom leczniczym i niechybnie sprowadza śmierć—przed końcem ciąży, a po przedwczesnym porodzie. Choroba zaczyna się niepostrzeżenie, a przebiega skrycie.

Pierwsze objawy występują w drugiej połowie ciąży. We wszystkich przypadkach GUSSEROW'a i jednym GFOERER'a<sup>2)</sup> poród nastąpił przedwcześnie, prawie zawsze około ósmego miesiąca ciąży, a stan ogólny chorych przy rozpoczęciu się porodu wydawał się tak złym, jak gdyby poród był zwiastunem śmierci; wszystkie chore zmarły zaraz po rozwiązaniu, a jedna nawet przed odejściem łożyska. Sam akt porodu, nawet przy najpomyślniejszym przebiegu, powodował w każdym razie śmierć, bez względu na to, czy utrata krwi była bardzo mała, czy większa.

Wyniki badania pośmiertnego, jak to GUSSEROW zaraz na wstępie mówi, są tak zgodne w pięciu spostrzeganych przypadkach, że protokół sekcyjny mógłby wystarczyć jeden dla wszystkich: *die Sectionsergebnisse sind ebenfalls bei allen fünf so übereinstimmend, dass der Sectionsbericht einer für alle ausreichen könnte*. Nigdzie nie znaleziono przy badaniu pośmiertnem głębszych zmian w narządach, oprócz objawów wysokiej niedokrwistości, hydremii i ich następstw. Uderzająco wyraźne i uwydatniające gwałtowny przebieg choroby we wszystkich przypadkach są objawy niedokrwistości mózgu i jego opon.

<sup>1)</sup> Ueber hochgradigste Anämie Schwangerer. Archiv f. Gynaekologie. 2. B. p. 218.

<sup>2)</sup> Memorabilien. 1874, Nr. 3. Znam tylko referat.

Lekki stopień zwyrodnienia tłuszczowego, które nie we wszystkich, lecz tylko w pojedynczych mięśniach serca i gruczołach żołądka znaleziono, jest, zdaniem GUSSEROW'a, w każdym razie tylko następstwem zmian krwi, a nie zmianą pierwotną. Zresztą, zmiany te, według autora—badania pośmiertnego dokonywał EBERTH — nie są zjawiskiem stałym, a nadto były zbyt drobne i nie obejmowały wszystkich narządów zarówno w takim stopniu, aby mogły za przyczynę całego przebiegu choroby być uważane. Podobne znaczenie, choć już w wyższym stopniu, mają także i przesieki surowicze do jam ciała, które we wszystkich przypadkach znajdowano; GUSSEROW uważa je tylko za objawy hydremii.

Opisu powyższego tej „specjalnej choroby ciężarnych“, tak dosadnie skreślonej przed 25-ciu laty przez GUSSEROW'a, nikt nowymi szczegółami nie rozszerzył, a jego wywodów, odnośnie powstawania danego cierpienia, nie uzupełnił i nie pogłębił. Gorzej—bo, o ile mogłem dostępne dla mnie źródła sprawdzić, i sama kazuistyka podobnych przypadków po włączeniu tutaj spostrzeżenia GFOERER'a, nie wzrosła dotychczas liczebnie. Nie ulega wątpliwości, że przypadki takie wydarzać się muszą, ale widocznie przechodzą one niepostrzeżenie, a przyczyną tego —bodaj czy nie zbyt szablonowy i ogólnikowy sposób postępowania przy porodzie i w połogu.

Spostrzeżenia, ogłoszone przez GUSSEROW'a, mają i dzisiaj jeszcze niepoślednią wartość kliniczną, a każdy nowy przypadek, zwłaszcza przy rozwoju w ostatnich latach badań hematologicznych, pozostaje zawsze cennym przyczynkiem do wytłomaczenia ciemnej dotąd sprawy chorobowej. Przypadek, przeżemnie spostrzegany, powstaniem, przebiegiem, wreszcie zejściem i wynikiem badania pośmiertnego, podobny jest zupełnie do podanych przez GUSSEROW'a, i z tego powodu, sądzę, zasługuje na ogłoszenie.

X. X. kobieta 45-letnia, przybyła do szpitala Wolskiego dnia 30 marca r. z. i nazajutrz, wczesnym rankiem, po kilkunastu zaledwie bólach, urodziła szczęśliwie niedonoszone dziecko płci męskiej, które w kilkanaście godzin po przyjściu na świat zmarło. Przy porodzie obecni byli lekarz i akuszerka. Rodząca pochodzi z rodziny zdrowej i poważniejszych cierpień nie przeżywała; w ciągu 24 lat urodziła 12-cioro dzieci, porody były prawidłowe i odbywały się lekko, w położach powikłania się nie wydarzały. Warunki życia miała ciężkie, nie wyjątkowe jednak, jak na osobę z tej sfery, żonę wyrobnika. Obecnie jest ona 13-ty raz w ciąży i, jak twierdzi, w połowie ósmego miesiąca. Opowiada, że już od samego początku ciąży czuje się osłabioną, że brak sił wzmagał się z każdym miesiącem, zaś od trzech tygodni niedomaga wyraźniej, nie kładła się jednak do chwili obecnej. Jednocześnie ze wzrastającym osłabieniem straciła sen, łaknienie nieco zmniejszyło się, chwilami doznaje silnych zawrotów głowy, tak, iż chwyta się oburącz przedmiotów, aby nie upaść, a nadto czuje pewną ociężałość; bólów nie doznaje żadnych.

Badanie szczegółowe chorej, którą lekarz naczelny, d-r F. SOMMER, powierzył mojej opiece, wykazało co następuje: osoba dobrego wzrostu i prawidłowej budowy, w stosunku do wieku swego wygląda starzej, odżywiania dobrego, w najwyższym jednak stopniu niedokrwista. Skóra blada, z odcieniem woskowym, nieco wilgotna, pozbawiona sprężystości; błona śluzowa warg, dziąseł, a także łącznicy zupełnie blada, prawie bez śladów odcienia różowego; język nieobłożony, suchy; lekki obrzęk stóp; gruczoły chłonne nie powiększone. Ciężota 37,4. Tętno 80, małe, prawidłowe. Oddechów 28. Dość silne tętnienie żył szyjowych. Górny brzeg

słumienia sercowego na dolnym brzegu IV-go żebra, granica wewnętrzna—wzdłuż lewego brzegu mostka, zewnętrzna od uderzenia wierzchołkowego nieco wypukła się nazewnątrz. Szmer podmuchowy skurczowy u wierzchołka serca i u aorty. Opukiwanie i osłuchiwanie przedniej powierzchni klatki piersiowej, ze strony płuc nie nieprawidłowego nie wykazuje. Brzuch nieco obwisły, porysowany licznymi smugami (*striae*), niebolesny, ciastowaty. Macicę wyczuwa się ponad spojeniem łonowym na szerokość ręki, nieco na lewo od linii środkowej—w postaci ciała kulistego, twardego; odchody połogowe blade, skąpe, o woni swoistej; żadnych uszkodzeń ani sromu, ani krocza nie widać. Brzegu wątroby, a także śledziony wyczuć nie można. Stolec zaparty. Mocz, wypuszczony cewnikiem elastycznym w ilości 400 ctm. sz., jest przezroczysty, odczynu alkalicznego, ciężaru gatunkowego 1017, ani białka, ani cukru nie zawiera.

Przez nakłucie brzucha 2-go i 3-go palców wzięto krew do zbadania.

Chorej podano: *trae ferri chloratae aethereae, trae valer. aeth. aa*; zalecono: ławatywę opróżniającą, a następnie co kilka godzin ławatywki z rozczynu fizjologicznego soli kuchennej.

Dnia 1. IV. (t. j. nazajutrz po porodzie). Ciepłota 37,5. Tętno 120, małe, prawidłowe. Oddechów 32. Mowa utrudniona z powodu osłabienia. Pragnienie znaczne. Brzuch niebolesny. Odchody połogowe blade, skąpe, o woni właściwej. Tony serca słabe, głuche; szmeru nie słyhać; w żyłach szyjowych buczenie. Obrzęk stóp większy. Usposobienie do wymiotów. Dwa stolce w nocy po ławatywie. Mocz wypuszczony cewnikiem elastycznym w ilości 600 ctm. sz., tych samych własności co dnia wczorajszego, ani białka, ani cukru nie zawiera. Chorej podano proszki: *camphorae* 0,2 + *coff. natro-benzoici* 0,03. S. Co 3 godziny proszek. Zalecono okład ciepły na głowę; ławatywki z rozczynu fizjologicznego soli kuchennej.

Dnia 2. IV. Ciepłota 36,8°. Tętno 136, małe, miękkie, dwubitne. Tony serca słabe, głuche; szmeru nie słyhać. Oddechów 40. Pragnienie duże. Częste wymioty. Uczucie ciśnienia w piersiach i przeszkody w oddychaniu. Brzuch niebolesny; odchody połogowe tych samych własności, co poprzednio, tylko jeszcze mniej obfite. Żrenice równomiernie rozszerzone, na światło oddziałują. W moczu białka niema. Obrzęk kończyn dolnych i stóp powiększa się. Środki lecznicze te same co poprzednio. Chora już około południa wpadła w stan półseny i przy objawach zwiększającej się z każdą chwilą niedokrwistości mózgu i niedomogi sercowej o godzinie 3-iej w nocy życie zakończyła.

W dniu 3. IV. dokonano badania zwłok. Powłoki blade, z odcieniem żółtawym, ilość tkanki tłuszczowej dosyć znaczna; duże obrzęki kończyn dolnych. Płuco prawe wolne, lewe zrośnięte z opłucną ścienną. W workach opłucnowych około 150 grm. płynu przezroczystego. Taką mniej więcej ilość i w jamie brzusznej. Oba płuca ciastowate, na przekroju obficie broczą drobnopęcherzykowym płynem słomkowo-żółtym. W worku sercowym około 20-grm. płynu żółtawego, przezroczystego. Mięsień serca blady, wiotki; zastawki sercowe prawidłowe. Śledziona 12 ctm. długa, 6 szeroka, na przekroju blada, sucha. Gruczoły krezkowe nie powiększone, znajdują się w wysokim stopniu niedokrwistości. Lewa nerka trochę powiększona; otoczką schodzi łatwo; budowa zachowana; miąższ bardzo suchy i blady; z prawej strony to samo. Wątroba na przekroju bardzo sucha, w wysokim stopniu niedokrwista, z odcieniem szaro-żółtawym. Błona śluzowa kiszek i żołądka bardzo blada, miejscami podbiegnięcia krwawe. Dno macicy sięga po nad spojenie łonowe na szerokość czterech palców. Otrzewna macicy nadwyzczaj blada. Mięsień macicy dobrze skurczony, bardzo blady. Miejsce przyklejenia łożyska na przedniej



ścianie. Błona śluzowa macicy i pochwy bardzo biała, pokryta wydzieliną śluzową. Jajniki i jajowody zmian nie przedstawiają.

Szpik kostny (z kości goleniowej i mostka) przedstawiał się jako galareta maślana, a swą barwą karminowo-czerwoną rażąco odbijał od bledzi wszystkich innych narządów i tkanek.

Zaraz w pierwszej chwili, gdy chorą oglądał wspólnie z naczelnym lekarzem SOMMEREM, wyraziłem przypuszczenie, że mamy przed sobą specjalną chorobę ciężarnych GUSSEROW'a, a wobec wysokiego stopnia niedokrwistości postanowiłem między innymi przeprowadzić badanie krwi i skorzystałem z gotowości, z jaką się oświadczył pod tym względem kol. A. MANDUK, który już od pewnego czasu zajmuje się badaniami hematologicznymi w różnych sprawach chorobowych. Wynik badania przytaczam poniżej. Badania krwi dokonano przy zachowaniu wszystkich wskazanych warunków ostrożności, przed obiadem (chora dostawała rosół i mleko), w ośm godzin po porodzie. Wypływająca krew z miejsca nakłucia (III i IV palca) okazała się niezwykle bledą, płynną i jakby mętną; badana za świeża pod drobnowidzem zwracała uwagę z powodu znacznego zmniejszenia ilości czerwonych ciałek i powiększenia liczby białych, a także z powodu ogromnej różnorodności co do wielkości erytrocytów, które jednak w znacznej przynajmniej części zachowały jeszcze własności układania się w rolki; poikilocytozy wyraźnej nie znaleziono. Przy dalszym badaniu stwierdzono: hemoglobiny według GOWERS'a — 12, według FLEISCHL'a — 12—13; czerwonych ciałek — 605,000; białych ciałek — 76,800; stosunek białych do czerwonych 1 : 8.

Barwione preparaty krwi, a także i szpik kostny przedstawiłem prof. BRODOWSKIEMU i PRZEWOSKIEMU. Na preparatach tych widać było czerwone krążki mniej więcej prawidłowej wielkości, pojedyncze krążki z jądrami (normoblasty), pojedyncze mikrocyty i makrocyty. Również spotykają się i poikilocyty. Wśród białych ciałek krwi większość stanowią neutrofilowe leukocyty, dużo jest komórek eozynofilowych, wreszcie widać także nieliczne limfocyty.

Co się tyczy przyczyn tak ciężkiej postaci niedokrwistości ciężarnych, to w pierwszym rzędzie — rzecz prosta — znaleźć się muszą ewentualne utraty krwi, jak np. zbyt obfite miesiączkowanie, kończące się niekiedy nawet zejściem śmiertelnym, co miałem sposobność spostrzegać<sup>3)</sup>; powtórę, wyniszczające choroby, następnie niekorzystne warunki bytowe, częstość porodów; wreszcie zmiany we krwi *en bloc*, gdzie wszystkie składowe jej części ulegają zmianie.  
(D. n.).

## KAZUISTYKA.

### PRZYZYNEK DO SPRAWY POWSTAWANIA WYKWITÓW SKÓRNYCH

po zewnętrznem stosowaniu jodoformu.

Napisał E. SONNENBERG (Zgierz).

M. C., 23-letni młodzieniec, dotknięty wrzodem miękkim, pozostaje od dwóch tygodni pod obserwacją lekarską; lecz sprawa gojenia się wrzodu bardzo leniwo posuwa się naprzód. Po bezskutecznem użyciu kilku środków, zastosowano

<sup>3)</sup> J. JAWORSKI. Mors sub menstruatione ex anaemia, Kronika Lekarska, 1896, Mgd. N. 5.

jodoform w postaci zasypywań. Lecząc, po kilkodniowym używaniu tego środka, chory uczuwał palenie, swędzenie skóry rąk i jednocześnie dostrzegał, że ręce są mocno zaczerwienione i spuchnięte.

W czwartym tygodniu trwania wrzodu, chory skierował się do mnie. W owej chwili stan chorego był następujący. Na przednio-zewnętrznej powierzchni żołądki, z prawej strony, znajduje się dosyć duży, głęboki i bolesny wrzód; postać jego lejkowato się zwęża; brzegi wrzodu są zlekka podminowane, wygryzione, a dno nierówne i obficie wydzielina ropną pokryte; podstawa wrzodu miękka. W prawej pachwinie chorego jeden gruczoł jest znacznie powiększony, bolesny i twardy.

Jednocześnie kończyny górne przedstawiają obraz następujący. Kiście obu rąk chorego, wraz z okolicą stawu napięstkowego, są obrzmiałe, zwłaszcza na powierzchni grzbietowej; skóra na miejscach naciekłych jest spójności ciastowatej, mocno zaczerwieniona, z lekkim odcieniem sinawym i przytem znacznie zgrubiała. Zmiany w skórze obu rąk zajmują symetryczne i jednakowe przestrzenie, t. j. kiście rąk wraz z okolicą stawów napięstkowych. Przestrzeń zaogniona odgranicza się bardzo wyraźnie i ostro od zdrowej okolicy skóry przedramion. Gdziekolwiek, w miejscach naciekłych, skóra pokryta jest łuszczącym się naskórkiem, a tu i owdzie, zwłaszcza w fałdach skóry między palcami, znajdują się miejsca pęknięte, z których występują krople żółtawego, przejrzystego płynu. Ruchy przy zginaniu palców oraz ręki są nieco ograniczone. Gruczoły łokciowe trochę powiększone. Chory w miejscach obrzękłych uczuwał palenie oraz lekkie swędzenie. Skarżył się na bezsenność, brak łaknienia. Ciepłota 37,6° C. M. C. jest szczupły, lecz nieźle odżywiony. Na skórze tułowia, kończyn dolnych, szyi oraz głowy żadnych wykwitów niema. Stan oraz czynność narządów wewnętrznych prawidłowe. Wywiady wyłączają wszelką samoistną przyczynę powstawania opisanego wyżej cierpienia skórniego.

Współczesne istnienie choroby skórnej, z wyżej opisanym owrzodzeniem żołądki, przy braku wszelkich innych przyczyn powstawania owych wykwitów na skórze rąk — nasunęło zrazu podejrzenie o możebnym związku genetycznym między sprawą skórnią a wzmiankowanym cierpieniem podstawowym. Przypuszczenie powstania wykwitów skórnych na drodze odruchowej jest nieprawdopodobne z powodu uprzedniego 2-tygodniowego istnienia wrzodu, zanim wykwity skórne się pojawiły. Należało więc podejrzewać tu wpływ jodoformu, ze względu na to, że wystąpienie sprawy na skórze rąk uwidoczniło się dopiero po użyciu tego środka.

W celu uzasadnienia tego przypuszczenia, zupełnie usunąłem jodoform przy leczeniu wrzodu.

Od tej chwili objawy zapalne na obu rękach, jakkolwiek powoli, widocznie zaczęły się zmniejszać; i gdy po kilku dniach niestosowania jodoformu, objawy na skórze znacznie, bo prawie do połowy się ograniczyły, postanowiłem jeszcze raz doświadczyć wpływu jodoformu. Posypywałem więc wrzód w ciągu dwóch dni cienką warstwą proszku jodoformowego. Na skutek czekałem niedługo. Po 3-ch dniach spostrzegłem, że sprawa na skórze obu rąk nanowo uległa znacznemu zaognieniu. Dopiero po zupełnym zaniechaniu jodoformu przy leczeniu wrzodu, cierpienie skórne, acz powoli, bo w ciągu 8—10-iu dni, bez wszelkiego zabiegu leczniczego znikło zupełnie. Wrzód weneryczny, po zastosowaniu chlorku cynku, wkrótce również się zabił.

Wystąpienie więc zaburzeń skórnych w wyżej opisanym przypadku należy bezsprzecznie przypisać osobliwej tkliwości (*idiosyncrasia*) chorego na jodoform.

Bardziej uderzającą w powyższym przypadku jest ta okoliczność, że małe stosunkowo ilości jodoformu, jakie mogły być wchłonięte z bardzo ograniczonej przestrzeni wrzodu miękkiego, zdołały wywołać na oddalonej części ciała wysypkę toksyczną.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

14. Prof. H. OPPENHEIM. **Rozpoznawanie różniczkowe ropni mózgowych.** Wkroczenie chirurgii w dziedzinę chorób mózgu rozszerza zakres zabiegu leczniczego, jednocześnie zaś wzrastają wymagania od nauk rozpoznawania chorób. Istotnie bowiem, dokładne określenie rodzaju cierpienia i jego siedliska rozstrzyga, czy i jaką operację dokonać należy. Tymczasem prawidłowe rozpoznanie wielu chorób mózgu nasuwa niekiedy poważne wątpliwości. Szczególniej powiedzieć to należy o chorobach, mających związek z cierpieniem ucha. Te właśnie względy skłoniły O. do rozpatrzenia rozpoznania ropni mózgowych pochodzenia urazowego i usznego (ropnie przerzutowe O. pomija w swym wykładzie).

W rozpoznawaniu ropni pochodzenia urazowego należy uwzględniać: 1) *mening. traumat.*; 2) *apoplexia traumat.*, a zwłaszcza atak apoplektyczny, występujący późno po urazie; 3) *encephalitis haemor. non purulenta*; 4) nowotwory (pochodzenia urazowego); 5) padaczkę urazową; 6) nerwice urazowe (histerya, neurastenia i t. p.); 7) wreszcie zbiór objawów naczynioruchowych FRIEDMANN'a.

Błędów rozpoznawczych literatura posiada wiele. BOLLINGER zwrócił uwagę, że późno występujący po urazie atak apoplektyczny może maskować ropień mózgowy. Znane są przypadki, w których na zasadzie objawów klinicznych rozpoznano ropień mózgowy, a dopełniona z tego powodu operacja wykazała *encephalitis non purulenta* (HAHN). I na innej drodze może powstać wątpliwość co do rozpoznania różniczkowego dwóch ostatnich chorób, mianowicie tam, gdzie po urazie czaszki występuje róża: róża bowiem może pociągnąć za sobą zarówno ropień mózgowy, jakoteż *encephal. non purulenta*, t. j. dwie różne sprawy, dla których istnieją różne wskazania lecznicze. Obok nerwic urazowych wymienić także należy cierpienie, wyodrębnione przez FRIEDMANN'a: po urazie czaszki występują bóle głowy, napady zawrotów, zaburzenia naczynioruchowe, utrata przytomności, do czego może się przyłączyć gorączka i stan podniecenia. Cierpienie to, które FRIEDMANN wiąże z drobnymi zmianami w narządzie naczyniowym mózgu (zwłaszcza naczyniach włoskowatych), łatwo może odtwarzać obraz ropnia. Z własnych spostrzeżeń przytacza O. przypadek 6-letniego dziecka, u którego po urazie wystąpiły objawy ropnia mózgowego; ognisko przypuszczano w zrazie czołowym. Operacja rozpoznania nie potwierdziła. W parę dni nastąpiła śmierć przy objawach podniesienia ciepłoty, wzmożenia tętna, sztywności karku i śpiączki. Badanie pośmiertne wykazało *mening. tubercul.* Rzecz jasna, iż cierpienie to istniało przed urazem i że uraz przyspieszył tylko rozwój sprawy ukrytej.

Jeszcze większe trudności przedstawia rozpoznanie ropni mózgowych, zależnych od cierpienia ucha. Z jednej bowiem strony i wielkie ropnie mózgowie mogą przebiegać bez żadnych objawów; z drugiej zaś rozpoznanie utrudniają mogą inne powikłania mózgowie przy zapaleniu ropnem ucha. Cierpienia, które mogą maskować ropień mózgowy, O. dzieli na 2 kategorie: 1) choroby mózgowie, zależne od cierpienia ucha. Tu należą: objawy mózgowie przy niepowikłanem *otitis media*, *abscessus extraduralis*, *thrombosis sinuum*, *mening. cerebrospinal. purul.*, *mening. serosa*, objawy

mózgowe w następstwie wydłutowania wyrostka sutkowego; 2) choroby, które nie mają związku z cierpieniem ucha (nowotwór mózgu, *encephalitis haemor. purul.*, zapalenie opon gruźlicze i nagminne, *typh. intermit.* i inne choroby zakaźne, *arterio-sclerosis*, choroby umysłowe, histerya i pokrewne jej nerwice).

Szczególną wagę przedstawia pod tym względem *mening. cerebrospinal. purul. ex otitide*, bo rozpoznanie często nie łatwe, a wskazania lecznicze dla tego cierpienia i dla ropnia mózgowego mogą być odmienne. O. radzi zwracać baczniejszą uwagę na objawy rdzeniowe, tembardziej, że, jak wykazały liczne spostrzeżenia, *mening. ex otitide* może ograniczyć się do opon rdzeniowych. Tu należą: toniczne napięcie mięśni tułowia i kończyn, bóle w zakresie nerwów kończyn i międzyżebrowych, zachowywanie się odruchów ścięgnistych (początkowo wzmożone, później zniesione), zaburzenia czynności pęcherza i kiszek prostej (co nie posiada żadnej wartości rozpoznawczej u osób, będących w stanie śpiączki), wreszcie paraplegie. Dalej uwzględnić należy fakt, że zapalenie opon *ex otitide* może przebiegać jako *mening. spinal. circumscripta*, że więc objawy mogą być nieliczne i ściśle zależne od ogniska sprawy zapalnej. Pomocnemi także mogą być dane co do tętna. Co do ciepłoty, to O. zgodnie z innymi autorami twierdzi, że przy ropniach bywa ona zwykle prawidłowa lub obniżona. A nawet wysoka ciepłota nasuwa przypuszczenie, że albo nie mamy do czynienia z ropniem, albo też, że obok ropnia odbywa się inna jeszcze sprawa. Przemijające jednak podniesienie ciepłoty zdarza się często przy ropniach mózgowych. Ważne także pod względem praktycznym jest odróżnianie ropnia od *enceph. haemor.* Sprawa ta stała się szczególnie palącą od czasu, kiedy jako następstwo grypy zaczęły występować zarówno ropnie, jak i *enceph. haemor.* Wyraźnych cech różniczkowych nie posiadamy. Przy rozpoznawaniu uwzględniać należy etiologię choroby, umiejscowienie ogniska, rodzaj porażenia, wreszcie peptonurię (objaw, cechujący ropień mózgowy, chociaż spostrzegano go i przy *enceph. haemor.*). Wreszcie pamiętać należy, że histerya może dać objawy, nasuwające myśl o ropniu. Zdarza się często, iż świeże cierpienie uszne albo też operacja uszna wywołuje szereg objawów histerycznych. W większości przypadków łatwo możemy określić, z czem mamy do czynienia. Bywa jednak (O. przytacza parę takich przypadków), że rozpoznanie nasuwa niejake trudności.

W końcu O. przytacza dane cyfrowe ze spostrzeżeń swych z lat ostatnich. Przypadków, w których mogła być mowa o ropniu mózgowym, spostrzegł 35. Z liczby tej w 17 rozpoznawano ropień. W 14 przypadkach rozpoznanie potwierdziło się, w 1 było *mening. purul.*, w 1 *mening. tuberc.*, w 1 *otitis* bez powikłań. W innych 18 przypadkach O. wyraził się przeciwko ropniowi, co potwierdził dalszy przebieg choroby. W tej liczbie było w 4 przyp. *enceph. non purul.*, w 1 nowotwór, w 3 *absces. ex tradural, et thrombos. sinuum*, w 3 *mening. cerebrospinal. purul.*, w 3 *otitis* bez powikłań, w 1 *otitis et arteriosclerosis*, w 2 histerya, w 1 następstwa wydłutowania wyrostka sutkowego. Z liczby 14 prawidłowo rozpoznanych przypadków ropnia mózgowego, trepanację zrobiono tylko w 5. Ropień znaleziono w oczekiwanem miejscu tylko w 3 przypadkach, z których trwałe wyleczenie miało miejsce w 1, w 2 zaś innych śmierć nastąpiła skutkiem powikłania przez *mening. purul.*

(*Berlin. klin. Wochenschr. N. N. 45—46. 1896.*)

W. Męczykowski.

15. G. KLEMPERER. Przyczynę do leczenia złogów nerkowych kwasu moczowego. Leczenie chorego na kamice nerkową ma na celu wydalenie istniejącego piasku nerkowego zapomocą obfitej dyurezy oraz uprzedzanie wytwarzania się świeżych złogów.

Ponieważ osadzanie się moczanów w moczu jest wynikiem zbyt silnego stężenia moczu, co może być zależnem zarówno od zwiększonej zawartości kwasu moczowego, jak i zmniejszonej ilości wody, należy przeciwdziałać jednocześnie obu tym zbieżnościom. Zapomocą obfitej dyurezy nie można nb. utrzymać w roztworze całej ilości zawartego w moczu kwasu moczowego (1 gm. kwasu moczowego rozpuszcza się przy ciepłocie ciała w 7 litrach wody), lecz jest ona w wysokim stopniu pomocną innym czynnikom, utrzymującym kwas w roztworze. W celu wywołania dyurezy należy podawać chorym znaczne ilości napojów, dbając jednocześnie o to, by ustrój inną drogą wody nie tracił; przeciwdziałać zatem należy biegunce, poceniu się, oraz zabronić nadmiernej pracy fizycznej.

Kwas moczowy wytwarza się wskutek rozkładania się nukleiny, dostarczanej ustrojowi z pokarmem, oraz wskutek rozpadania się białych ciałek krwi. Z ostatniego źródła wytwarza się dziennie zaledwie 0,3—0,6 gm. kwasu moczowego, nie winno ono zatem być brane w rachubę, a należy jedynie uregulować odpowiednio dyetę chorego. Pokarm powinien się składać z potraw, zawierających nieznaczne ilości nukleiny, jakimi są: mleko, ser, białko jajka ptasiego, eukaina, owoce, chleb, jarzyny; ograniczyć należy ilość pokarmu mięsnego, a wyłączyć zupełnie tkanki obfitujące w jadra, jak grasica i wątroba. (Po spożyciu 500,0 grasicy wydziela się o 0,75 kwasu moczowego więcej, niż po spożyciu takiej samej ilości mięsa, a trzy razy więcej, niż po spożyciu dwóch litrów mleka). Ponieważ i ksantynowe związki sprzyjają wytwarzaniu się kwasu moczowego, należy unikać zbyt wielkiej ilości kawy, herbaty, czekolady i wyciągów mięsnych.

Lecz oprócz stężenia moczu rozpuszczalność kwasu moczowego zależna jest również od zasadowości moczu; znajdujące się w moczu zasady tworzą bowiem wraz z kwasem moczowym łatwo rozpuszczalne związki. Obok zatem zwiększenia dyurezy i uregulowania diety powinniśmy się starać o zmniejszenie kwasowości moczu.

Kwasowość moczu określa się nader dokładnie według metody LIEBLEIN'a, jako kwasowość względną, wynoszącą u zdrowych osobników przeciętnie 65.

Doświadczenia BENDIX'a wykazały, że zawarty w moczu kwas moczowy zostaje stracony, gdy kwasowość względna moczu przewyższa 65; przy kwasowości zaś 61,5 i niższej wszystek kwas jest rozpuszczalny, a moc rozpuszcza nawet kwas moczowy dodany.

HAUSSMANN studyował wpływ na kwasowość moczu fizyologicznych warunków przyjmowania pokarmów. Okazało się, że wogóle podczas trawienia żołądkowego kwasowość się zmniejsza, a w kilka godzin po jedzeniu zwiększa, lecz można spostrzegać znaczne wahania jej, nawet u jednego osobnika. Jakość pokarmów nie wywiera wpływu na kwasowość moczu; praca mięśniowa oraz przyjmowanie środków przeczyszczających zwiększają kwasowość, zmniejszają ją zaś ciepłe kąpiele i zwiększenie ilości wydzielanego moczu. Leczenie owocowe wpływa nader mało na zmniejszenie kwasowości, co można usprawiedliwić tem, że kwasy organiczne owoców zostają spalane w ustroju na kwas węglowy, wydzielany przez płuca.

Z leków, zasady organiczne (piperazyna, lysidina, urotropina) przechodzą, nie rozkładając się, do moczu i znacznie zmniejszają jego kwasowość. Lecz są to środki drogie, a dają się świetnie zastąpić nieorganicznymi alkaliami, choćby dwuwęglanem sodu w ilości 10 gm. *pro die*; również skutecznie działają *lithium citricum* 4 gm. *pro die*, lub *saturatio citrica* 200 gm. Zalecić należy przyjmowanie tych środków w wodach mineralnych, wśród których na pierwszym miejscu stoi W i e s-

b a d e n, następnie Bilin, Vichy, Salcbunn, Selters, Fachingen, a wreszcie sztuczny 6‰ roztwór sody. Środkami tymi można zazwyczaj utrzymać kwasowość moczu między 45 i 60.

Jednym z mało stosowanych dotychczas środków jest mocznik, jako mający własność rozpuszczania kwasu moczowego. Autor stosuje go od lat dwóch z najlepszym wynikiem; chorzy otrzymują 5—10‰ roztwór co 2 godz. łyżkę, i mogą zażywać ogromną ilość jego, gdyż nigdy autor nie zauważył żadnego szkodliwego działania pobocznego prócz pożądanego wielce zwiększenia ilości wydzielanego moczu (patrz refer. Med. Nr. 72. 96 r.). Działanie mocznika objawia się klinicznie przez znikanie objawów kolki nerkowej i przejrzystość moczu, doświadczalnie zaś tem, że mocz chorych po zażyciu przez nich mocznika rozpuszcza znaczną ilość kwasu moczowego, aczkolwiek kwasowość moczu jest jednakowa.

Chociaż więc wyżejopisanymi sposobami można ustrzedz chorego przed tworzeniem się złogów kwasu moczowego, mocznik jest świetnym środkiem sam przez się i stosować go należy.

(*Berliner klinische Wochenschrift* 1896. Nr. 33). *Maksymilian Bernstein.*

16. **DUENGES.** O leczeniu ekcemy u dzieci. Do najuciążliwszych postaci ekcemy, szkodliwie wpływających na stan ogólny chorego, bezsprzecznie należą wypryski na tylnej stronie uda i w okolicy odbytu, powstające wskutek ciągłego drażnienia skóry moczem i kałem. Mali chorzy krzyczą, rzucają się, śpią niespokojnie i są narażeni na wytworzenie się ropni i wrzodów na chorych miejscach. Dotychczasowy sposób leczenia tego cierpienia nie może być bynajmniej uznany za dostateczny, albowiem wyprysk częstokroć nie ginie pomimo cierpliwego i długotrwałego stosowania pudrów, maści, rozmaitych kąpiei i zachowywania najściślejszej czystości. D. podaje wypróbowany przezeń niejednokrotnie a niewinny i prosty sposób leczenia.

Stosuje on kąpiel ciepłą 27°—28° R., poczem suszy (a nie trze!) chore miejsca miękkim suknem lub wacikiem, posypuje obojętnym pudrem, a następnie—co jest najważniejsze—pokrywa powierzchnię chorej skóry papierem gutaperkowym, by zapobiedz zaciekanu moczu lub kału. Następnym dni znajduje poprawę, albowiem mokre miejsca zaczynają schnąć i kruszyć się.

D. przytacza historię choroby 13-miesięcznej dziewczynki, nędznie odżywianej, dotkniętej krzywicą. Od siedmiu miesięcy miała ona na łędźwiach, dolnej części grzbietu i górnej uda liszaj po części moknący, po części grudkowaty, po części łuszczący się. Z prawej strony było miejsce wielkości marki, a z lewej—wielkości talara, zupełnie ze skóry огоłocone. Żadne maści nie pomagały. Po zastosowaniu powyższego sposobu leczenia chore miejsce zmniejszyło się na zajutrz o  $\frac{1}{3}$  poprzednich rozmiarów, skóra zbladła, moknący liszaj zamienił się w suchy. Po upływie tygodnia ledwie pozostało kilka grudek i zaczerwienionych miejsc. Przy złejszych postaciach leczenie—zapewnia D.—jest jeszcze rychlejszem i skuteczniejszym.

(*Centralblatt für Kinderheilkunde* 1896, N. 6). *Maksymilian Kraushar.*

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 grudnia r. z.

TREŚĆ: 1) DOWNAROWICZÓWNA—przedstawienie chorego z t. zw. *spasmus saltatorius*. 2) BORYSSOWICZ—W sprawie torbieli międzywieszadłowej, przedstawionej na posiedzeniu z dnia 29. IX. 1896. 3) Prof. KOŚCIŃSKI—Ciećle przelyku.

1) Przedstawiony przez kol. DOWNAROWICZÓWNĘ, a znajdujący się w oddziale kol. GAJKIEWICZA, Icek B. zdradza objawy cierpienia rzadkiego, bo notowanego w literaturze zaledwie dwadzieścia kilka razy od roku 1859, kiedy BAMBERGER po raz pierwszy je opisał pod nazwą *spasmus saltatorius*—s k u r c z s k a c z ą c y. Chory ma lat 28, zbudowany i odżywiony jest dobrze i pochodzi z rodziny zdrowej; do 16-go roku życia nie doświadczał żadnych dolegliwości; w następstwie dopiero, kiedy zaczął bardzo ciężko pracować (jako kowal, a potem tragarz), doznawał bólów i zawrotów głowy; przed 7-iu miesiącami, po kilkogodzinnej jeździe konnej, chory uczuł silne bóle w kończynach dolnych oraz utrudnienie chodu, które to objawy skłoniły go do szukania pomocy w szpitalu. Tu chory przedstawiał podmiotowo: chód utrudniony, bóle i zawroty głowy, bicie serca, uczucie kuli w przelyku oraz przemijające bóle kończyn; przedmiotowo zaś można było stwierdzić: przy zupełnem zachowaniu zdolności ruchowej i dostatecznej sile mięśniowej — wzmożenie odruchów kolanowych, *retropulsio*, tętno 90 — 100, oddechów 16—18 na minutę. Po kilku tygodniach stan chorego poprawił się znacznie, wszelako później znów nastąpiło pogorszenie, tak, że obecnie, przy tych samych co poprzednio, lecz silniej wyrażonych objawach podmiotowych, dane przedmiotowe przedstawiają się jak następuje: źrenice rozszerzone, prawidłowo oddziaływające na światło i przystosowanie; pole widzenia dośrodkowo zwężone, smak przytępiony; zniesienie czucia bólowego wysepkami rozsianymi po całym ciecie; odruch kolanowy żywy, brzuszny słaby, stopowy zniesiony, języczka, gardzieli i łącznicy—osłabiony; czucie mięśniowe zachowane, mięśnie zginacze uda i goleni bolesne przy ucisku, zarówno jak i nerw goleniowy i strzałkowy; w położeniu leżącym i siedzącym ruchy czynne zupełnie prawidłowe; w chwili jednak, kiedy chory staje na ziemi, zjawia się skurcz zginaczy uda i goleni, skutkiem czego chory pochyla tułów naprzód i unosi się na palcach; po chwili, prawdopodobnie skutkiem skurczu rozginaczy, robi skok naprzód, potem w tył, potem znów parę skoków naprzód, i tak dalej, dopóki nie napotka jakiegoś przedmiotu, o który może oprzeć się; te same ruchy zjawiają się przy usiłowaniu chodzenia, przyczem chory doświadcza silnego bólu w mięśniach kończyn dolnych, głównie tylnej ich powierzchni. Narządy wewnętrzne żadnych zmian nie przedstawiają. Kol. DOWNAROWICZÓWNA zalicza przypadek ten do histeryi, uzasadniając zdanie swe zarówno brakiem jakichkolwiek danych cierpienia ogniskowego przy obecności całego szeregu objawów histeryi właściwych, jak i przebiegiem cierpienia, w ciągu którego polepszenia i pogorszenia szły zawsze w parze z takimiż zmianami i w nateżeniu innych objawów, wreszcie niewątpliwym wpływem woli, co zdradza się tem, iż chory, pomimo tak znacznego utrudnienia przy staniu i przy chodzeniu, nie upada i nie sprawia sobie przez to żadnych obrażeń.

2) Odczyt kol. BORYSSOWICZA: „W sprawie torbieli międzywieszadłowej, przedstawionej na posiedzeniu z dnia 29. IX. 1896“, znajdą czytelnicy w naszym piśmie.

W dyskusyi prof. HOYER oświadcza, że, badając odnośny preparat, znalazł w nim dwa kanały, przedzielone warstwą tkanki łącznej i wysłane nabłonkiem

slupkowym, w sąsiedztwie których można było zauważyć gdzieś młode jajka lub nawet więcej dojrzałe pęcherzyki GRAFF'a; oprócz tego znajdowały się jeszcze kanaliki zgięte, wysłane nabłonkiem slupkowym ze śladami nabłonka rzęskowego, skutkiem czego prof. HOYER uważa preparat za jajnik w początkowych okresach rozwoju, poczytując widziany przez siebie kanał za szczątki przewodu WOLFF'a; należy przypuścić zatem, że zmiana uległa tylko ta część plazmy, która daje początek przewodowi WOLFF'a, druga zaś, z której tworzy się macica, pozostała nietknięta. Dla wyjaśnienia sposobu powstania torbieli, prof. HOYER podnosi najnowsze poglądy na embryologię narządów płciowych. Otóż, podług nich, w tej masie, z której w następstwie powstaje przewód WOLFF'a, zjawia się najpierw t. zw. *pronephros*, t. j. zagłębienia, które wrastają wgłąb miednicy i, dążąc wzdłuż kręgosłupa, dają początek kanałowi WOLFF'a; kanaliki te łączą się z jamą brzuszną zapomocą lejkowatych rozszerzeń, co u niższych zwierząt widoczne jest i w późniejszych okresach rozwoju. W następstwie w kanały te wpuklają się od strony aorty pęcherzyki wysłane nabłonkiem płaskim, i tą drogą powstają kłębki nerkowe. Że zaś w danym przypadku mamy do czynienia niewątpliwie z ciałem WOLFF'a, przeto możliwe są dwa przypuszczenia powstania torbieli: albo część jego nie zanikła i stała się w następstwie punktem wyjścia torbieli, albo też wzięła ona początek z rozszerzenia lejkowatego, które się z biegiem czasu oddzieliło.

Prof. PRZEWOSKI, uważając, że w danym przypadku najważniejszą jest sprawa powstania torbieli, wypowiada zdanie, że rozwijała się ona, zawierając jajnik, w ten sam sposób, jak się rozwija *theratoma*.

3) Rzecz prof. KOSIŃSKIEGO p. t. „Cięcie przełyku“ pomieszczona będzie w piśmie naszym; podajemy ją przeto w najtreściwszem skróceniu. Chłopczyk czteroletni połknął guzik mundurowy, który utkwił w przełyku, powodując trudność polykania, kaszel i ból; chorego umieszczono w szpitalu, gdzie, mimo starannego badania zgłębnikiem i prześwietlania röntgenowskiego, ciała obcego nie wykryto; chory następnie zgłosił się do prof. KOSIŃSKIEGO, który, uspiwszy malca, wyczuł guzik poza tchawicą, ponad rękojęścią mostka; dokonawszy natychmiastowego cięcia przełyku, ciało obce usunął, poczem nastąpiło wyzdrowienie.

W dyskusyi kol. JASIŃSKI, który przypadek ten zna dobrze ze słyszenia, przyznaje, iż po tak starannem i różnostronnem zbadaniu, jakiemu poddano chorego, wobec nadto zachowanej drożności przełyku, rzeczywiście nie można było przypuszczać, aby ciało obce mogło się w nim znajdować.

Kol. M. BRUNNER daje objaśnienia co do wyników dokonanego przez siebie prześwietlania, przyczem widać było plamę ku stronie lewej na wysokości drugiego żebra.

Kol. SZTEYNER, obecny przy prześwietlaniu, plamę widział raczej na wysokości stawu mostko-obojczykowego lewego; co do samego przypadku, zwraca uwagę, że drożność przełyku niezawsze jest dowodem nieobecności w nim ciała obcego, które nieraz udaje się usunąć zapomocą koszyczka GRAEFE'go. Z tem ostatniem zdaniem zgadza się i kol. ORZEŁ, popierając je opisem przypadku wydobywania sztucznych zębów, uwięzionych w dolnym końcu przełyku.

Kol. REJCHMANN podnosi znaczenie ezofagoskopii przy rozpoznawaniu ciał obcych w przełyku.

Prof. KOSIŃSKI zaznacza w odpowiedzi, że niezupełnie dokładnie był zrozumiany; nie miał bowiem zamiaru odmawiać znaczenia röntgenoskopii, przestrzegał tylko przed zbyt dużym entuzjazmem i zaniedbywaniem starych wypróbowanych metod, jak np. w danym przypadku badania w uspieniu chloroformowem.

Prof. BARANOWSKI w zupełności podziela wypowiedziane przez prelegenta zdanie.



## ODCINEK.

# NOWY SZPITAL OGÓLNY W HAMBURGU (EPPENDORF).

Skreślił d-r med. J. Wszelibor.

### I.

Nowy szpital hamburski słynie, od chwili otwarcia w roku 1889, jako wzorowy pod względem urządzeń higienicznych i leczniczych. Skorzystałem w roku 1896-ym z bytności mojej w Hamburgu, i ze środkowego punktu miasta, jakim jest plac ratuszowy, tramwajem elektrycznym dojechałem w ciągu 20-u minut do parku, którego szeroką ulicą doszedłem w 10 minut niespełna do głównego wejścia szpitala. Jak się później dowiedziałem, tramwaj konny, komunikujący z elektrycznym, byłby mnie bezpośrednio przed sam szpital zawiózł.

Po zgłoszeniu się do kancelaryi szpitalnej, bez trudności otrzymałem pozwolenie wejścia, przyczem dodano mi przewodnika dla oprowadzenia i udzielania objaśnień.

Zaznaczyć muszę przedewszystkiem, że to, com widział, przeszło moje oczekiwania. Nowy szpital, łącząc w sobie przymioty sławnych miejskich szpitali berlińskich (Moabit, Friedrichshain i am Urban), o ile mi się zdawało, przewyższał każdy z nich tak pod względem miejsca, na którym stoi, jak i pod względem rozmieszczenia, typu i liczby pawilonów dla chorych. Mogło mnie to zainteresować tem bardziej, że miasto Hamburg, liczące w końcu 1895 r. 625,552 mieszkańców <sup>1)</sup>, zbliża się przez swoje zaludnienie do Warszawy i potrzeby lekarsko-szpitalne mniej więcej w podobnych rozmiarach odczuwać powinno. Dlatego, nim do samego opisu szpitala przystąpię, pozwolę sobie przedstawić, jak powyższe potrzeby ludności zaspokajane były w Hamburgu do chwili otwarcia nowego szpitala i jakim brakiom miał ten ostatni zaradzić.

Przez długie wieki nie posiadał Hamburg szpitala w właściwym tego słowa znaczeniu, t. j. zakładu wyłącznie przeznaczonego do leczenia chorych przez stale, codziennie odwiedzających ich lekarzy.

Z inicjatywy prywatnej powstawały różnymi czasy przytułki dla biednych, niezdolnych do pracy wskutek wieku, choroby chronicznej lub kalectwa, a w czasach panującej jakiej zarazy tworzyły się, pod wpływem obawy, zakłady, przeznaczone dla zarażonych, przedewszystkiem w celu odosobnienia ich od ludzi zdrowych. Tak np. w roku 1198, Adolf III-ci na Schauenburgu zakłada szpital Ś-go Jerzego, jako przytułek dla trędowatych, do dziś dnia istniejący jako schronienie dla 104-ch wdów i starych panien, które tu oprócz mieszkania otrzymują 3 marki tygodniowo i opał, a w razie choroby bezpłatne leczenie i lekarstwa.

Założony przed 1246 r. szpital Ś-go Ducha dla chorych pielgrzymów, obecnie jest przytułkiem 200 starców samotnych płci obojej, powyżej lat 60-ciu.

Hans Treptow zakłada w 1505 r. szpital Hioba dla chorych wenerycznych, który obecnie jest przytułkiem dla 143-ch starych kobiet.

W dzisiejszych już czasach powstały wielkie przytułki dla wdów po żeglarskich, jak Hartwiga Hessego dla 24 wdów, Barona v. Schroedera dla 200, Arnesen-Stift dla 46, gdzie każda pensyonarka otrzymuje mieszkanie z dwóch pokoi i kuchni;

<sup>1)</sup> RICHTER'S Hamburg—Altona. Str. 36.

Kaland-Stift, gdzie przeznaczono 27 mieszkań dla tyłuż ubogich; Robert Adickes Stift z 57-iu mieszkaniami dla biednych rzemieślników lub ich wdów, — i wiele innych, różnych kategorii przytułków.

Bliżej nas tu obchodzi założony w 1606 r. dom zarazy, zwany dawniej „Pesthaus“, „Pesthof“, lub „Kranken Hof“. Budynki bowiem tego zakładu długi czas służyły za szpital dla chorych miasta Hamburga, i dopiero w r. 1814 zburzone zostały. Chorych z zakładu pomieszczano tymczasowo po różnych lokalach, aż do 1823 r., w którym wybudowano na Lohmühlenstrasse przedmieścia S-t Georg, wielki szpital, dziś istniejący pod nazwą Stary szpital ogólny.

Przestrzeń ogólnaplacu, zajętego przez Stary szpital ogólny, wynosi 18½ morgów (103,000 metr. kwadr.), z których pod same budynki 2,3 morgów. Pierwotnie obliczony na 1,000 łózek, w latach 1855-ym i 1856-ym znacznie powiększony przez dodatkowe budynki, mógł szpital pomieścić wygodnie do 1,400 chorych, a w konieczności i znacznie więcej. Wybudowany systemem korytarzowym, przedstawia jeden ogromny budynek dwupiętrowy o 345-iu metrach frontu (około 600 łokci długości). Od tyłu z owym głównym budynkiem bezpośrednio łączą się 4 prostopadłe do niego pawilony, tworząc razem 3 obszerne podwórza, z trzech stron osłonięte. Z pawilonami zapomocą werend komunikują cztery duże muryrowane baraki dla chorych wewnętrznych i dla chirurgicznych. Odosobniony budynek przeznaczony jest na 150 chorych na ospę, inny mniejszy do izolowania chorych. Oprócz tego wznoszą się oddzielne sale sekcyjne, trupiarnia, dom gospodarski, składy, pralnia i kuchnia parowa z kotłownią oraz lodownia, — wszystko wśród drzew i ogrodów. Ogrzewanie we wszystkich pomieszczeniach odbywa się zapomocą pieców kaflowych.

Pomimo powstałych w ostatnich czasach kilku drobnych szpitali prywatnych, należących do zgromadzeń religijnych lub filantropijnych, cały ciężar leczenia chorych z miasta spoczywał przeważnie na Starym szpitalu ogólnym, który z tego powodu ciągle był przepełniony; zwłaszcza, że od chwili otwarcia zmuszony był przyjmować na stałe pielęgnowanie chorych nieuleczalnych, kalek i obłąkanych. Gdy w roku 1864 wybudowano zakład dla obłąkanych w Friedrichberg, szpital ogólny zaprzestał ich przyjmować. Niewiele to jednak pomogło, z powodu przepisów, wydanych w 8-em dziesięcioleciu naszego wieku, a ułatwiających wstęp do szpitala dla potrzebujących nie leczenia, lecz tylko opieki i przytułku. Wobec wzrastającej ludności miasta, łatwo zrozumieć, że liczba łózek stopniowo musiała być zwiększana, i że ostatecznie w roku 1883 stała wynosiła 2,000. Szpital zmuszony był odmawiać przyjęcia w cięższych przypadkach choroby, wcześniej, niż należało, wypisywać rekonwalescentów, zajmować dla chorych mieszkania urzędników, aptekarzy i lekarzy szpitalnych, umieszczać nieraz ciężko chorych w niedostatecznych warunkach powietrza i światła. Z tego powodu, w roku 1882 powstał projekt wybudowania nowego oddzielnego zakładu dla ostrych przypadków chorób wewnętrznych i chirurgicznych, wogóle dla ciężko chorych, potrzebujących energicznego leczenia i najpomyślniejszych warunków higienicznych; istniejący zaś szpital w części obrócić na przytułek dla kalek i chronicznie chorych, w części przeznaczyć do leczenia chorób skórnych i syfilitycznych, a nawet w razach wyjątkowych dla takich ciężko chorych, którychby niebezpiecznie było przewozić na dalszą odległość<sup>2)</sup>.

<sup>2)</sup> Obecnie przy d. w. ym szpitalu ogólnym istnieje nadto poliklinika dla chorych chirurgicznych i ocznych.

Już w końcu tegoż 1882 r. zakupiono w podmiejskiej miejscowości Eppendorf, wybrany poprzednio jako odpowiedni, plac trzy razy większy od przestrzeni potrzebnej pod budowę, a w roku następnym wyznaczono na nim położenie przyszłego szpitala i zajęto się urządzeniem drogi dla uzyskania doń dostępu. Wygotowanie planów powierzono głównemu budowniczemu miasta Zimmermann'owi, dyrektorowi lekarskiemu dawnego szpitala d-rowsi CURSCHMAN'owi, i dyrektorowi administracyjnemu tegoż szpitala Lundt'owi, dla tego, aby przy obrobieniu planów, wymagania techniczne, lekarsko-higieniczne i administracyjno-gospodarskie zároveň mogły być uwzględnione.

Po zatwierdzeniu planów przez kolegium lekarskie miasta, budowę rozpoczęto w maju 1885 r. Trwała ona przez lat cztery, pod ciągłym dozorem wyżej wymienionych specjalistów, którzy każdą następującą się kwestyę wspólnie rozstrzygali i inspektorowi budowlanemu Behunek, prowadzącemu roboty, do wykonania podawali.

Taką drogą powstał wspaniały zakład, którego opis jest przedmiotem niniejszej pracy.

Z powyższego krótkiego rysu historycznego zakładów dobroczynnych w Hamburgu widocznem jest, że pierwszą troską dobroczynności publicznej w tem mieście było przede wszystkim zapewnienie przytułku na stare lata ludziom steranym w ciężkiej pracy fizycznej, w porcie i na okrętach, a w razie ich przedwczesnej śmierci—wdowom po nich. Pomyślność i rozwój tego dawnego Hanzeatyckiego miasta, żyjącego i bogacącego się handlem zamorskim, posiadającego dziś największy i najruchliwszy port handlowy na stałym lądzie Europy, wymagały koniecznie pomocy tej pracy fizycznej, połączonej z niebezpieczeństwami żeglugi i zajęć portowych. Trzebaż było nie tylko samą tę pracę należycie opłacać, ale nadto i zachęcić do niej nadzieją spokojnej starości. Z tego też powodu zakłady, pierwotnie przeznaczone dla chorych, z czasem traciły ten charakter, a zamieniały się na przytułki dla starców i wdów. Los ten spotkał po części i stary szpital ogólny i wywołał konieczność nowego szpitala wyłącznie do celów leczniczych.

Wybór placu pod szpital wypadł jaknajpomyślniej: oddalony od środka miasta na  $4\frac{1}{2}$  kilometrów, znajduje się w miejscu ze wszystkich stron otwartem, i to tak dalece, że odległość zabudowań szpitalnych od najbliższych dzielnic miejskich 1 do  $1\frac{1}{2}$  kilometra wynosi. Wzniesienie jego nad o<sup>o</sup> powierzchni Elby dochodzi 17 do 23 metrów (grunt bowiem ku wschodowi się obniża) i jest 8 do 10 metrów wyższy od miejscowości okolicznych. Na gruncie obranym nie stały nigdy poprzednio budynki mieszkalne, część jego była polem, część łąką. Grunt ten składa się z drobnego, ścisłego piasku, wolnego od domieszek organicznych, przykrytego zwierzchu bardzo cienką warstwą ziemi rodzajnej. Na  $\frac{1}{4}$  części jego przestrzeni, od południa, znajduje się po nad piaskiem warstwa gliny 3 do 4-ch metrów gruba, także wolna od zanieczyszczeń organicznych. Poziom wody gruntowej przy robotach grabarskich nigdzie nie był osiągnięty; wierząc, natrafiono dopiero w głębokości 65 iu metrów na nieobfite źródło wody.

Słowem, hamburczycy, sami o tem nie wiedząc, zastosowali się najściślej, przy wyborze miejsca na szpital, do naszej ustawy szpitalnej z roku 1842, dotychczas obowiązującej, a która w rozdziale II-im „O urządzeniu szpitali“ w § 41 dosłownie orzeka:

„Szpitale mają być zakładane w miejscu suchem, wzniesionem i odosobnionem, tudzież wolnem od wpływu wyziewów szkodliwych. Stąd miejsce na zakład szpitalny nie powinno być wybierane ani wśród samego miasta, ani też w bliskości

jego wałów, cmentarzy, szlachtuzów, fabryk, szkodliwe wyziewy wydających, bagien, błot stojących, kanałów nieczystości odprowadzających i t. p.; ze względu zaś na spokojność, jaka dla chorych jest potrzebna, nie powinny być szpitale zakładane w bliskości młynów i takich zakładów fabrycznych, które łoskot sprawują. Nadto, przy obieraniu miejsca na założenie szpitala, za korzystniejsze uważać potrzeba takie, które posiada dostateczną ilość wody czystej źródlanej, a jeszcze lepiej, gdy w pobliżu będzie rzeka wśród gruntów twardych, kamienistych“.

Temu ostatniemu życzeniu co do wody, zadosyć uczyniono przez połączenie szpitala z siecią wodociągów miejskich.

Właściwy plac szpitalny, zamknięty od tyłu i boków murem, a od frontu kratą żelazną, ma rozległości 18,61 hektarów, co czyni przeszło 33 morgów polskich lub blisko 17 dziesiątyn. Długość frontu, zwróconego na południo-wschód, wynosi 450 metrów, t. j.  $1562\frac{1}{2}$  stóp bieżących polskich, lub  $781\frac{1}{4}$  łokci, albo 1476,403 stóp bieżących ruskich, czyli 211 sażeni. Kształt, jak widać na fig. 1-ej, jest od południa prostokątny, od północy ścięty ukośnie dwiema liniami pod kątem prostym, dlatego, by nie wkroczyć w granice sąsiedniego państwa Holsztynu.

Wznosi się na nim 90 różnych budynków (pierwotnie 83), z których 10 w północnym kącie ma charakter tymczasowy lazaretu epidemicznego, na potrzeby chwili przedewszystkiem urządzonego. Z tych 10-iu budynków, 3 są z muru pruskiego, a 7 z drzewa wystawione. Wszystkie pozostałe 80 budynków są wyłącznie z cegły murowane. Są to:

a) dom administracyjny, b) 60 pawilonów dla chorych, c) pawilon operacyjny, d) zakład kąpielowy, e) zakład anatomo-patologiczny, f) zakład dezynfekcyjny, g) dom do dezynfekcyi wód odpływowych, h) piec do spalania zużytych materiałów opatrunkowych, i) siedm budynków oddziału gospodarskiego, k) pięć domów mieszkalnych dla urzędników, l) domek dla szwajcara.

Myślą przewodnią budowy było, by każdy pawilon dla chorych urządzić jako odrębny szpitalik, niezależny od innych i stanowiący jednostkę szpitalną, dającą się powtórzyć tyle razy na rozporządzalnej przestrzeni, ile wymagać tego będzie potrzeba danej chwili. Obmyślono wzór takiej jednostki szpitalnej i postanowiono, by, wobec rozporządzalnego znacznego obszaru, budować pawilony o jednym tylko piętrze, t. j. parterowe. Ustawiono je rzędami, zachowując odstępy na 20 przynajmniej metrów szerokości, tak pomiędzy rzędami, jak i pojedynczymi budynkami. Odrzucono wszelkie kryte przejścia i przystawki, tamujące ruch powietrza. W takich warunkach ułatwionej wentylacji wybudowano 60 pawilonów.

Ponieważ każda z tych jednostek szpitalnych musi z konieczności korzystać z usług pewnej liczby zakładów wspólnych, jak: kuchni, pralni, domu kąpielowego, dezynfekcyjnego, operacyjnego i t. p., nieraz odległych, urządzono pomiędzy tymi zakładami a każdym pawilonem komunikację telefoniczną, zaprowadzono najodpowiedniejsze środki przewozowe, uorganizowano odpowiednio niższą służbę lekarską i administracyjną, którą poddano ścisłej karności, dla zgodnego współdziałania wszystkich w grę wprowadzonych czynników. (Patrz fig. I. str. 116)

Budynek administracyjny znajduje się na środku frontowego boku zakładu, główny wjazd do szpitala odbywa się przez bramę rzeczonoego budynku, w dalszym ciągu której ciągnie się ulica, przerzynająca całą prawie głębokość placu szpitalnego i oddzielająca połowę jego, dla mężczyzn przeznaczoną, od połowy dla kobiet. Ulicę tę zagradzają w dwóch miejscach wspólne dla obu połów budynki, mianowicie pawilon operacyjny i dom kąpielowy; na przestrzeni pomiędzy nimi ulica się rozszerza i tworzy plac 50 metrów szeroki, z ozdobnym na środku skwe-



rem. Na lewym i prawym boku placu wznoszą się pawilony dla chorych pensjonarzy, wyższą opłatę wnoszących.

Z tej ulicy głównej rozchodzą się na prawo i na lewo do niej prostopadłe ulice poprzeczne, 20 - metrowej szerokości, przegradzające 6 rzędów pawilonów

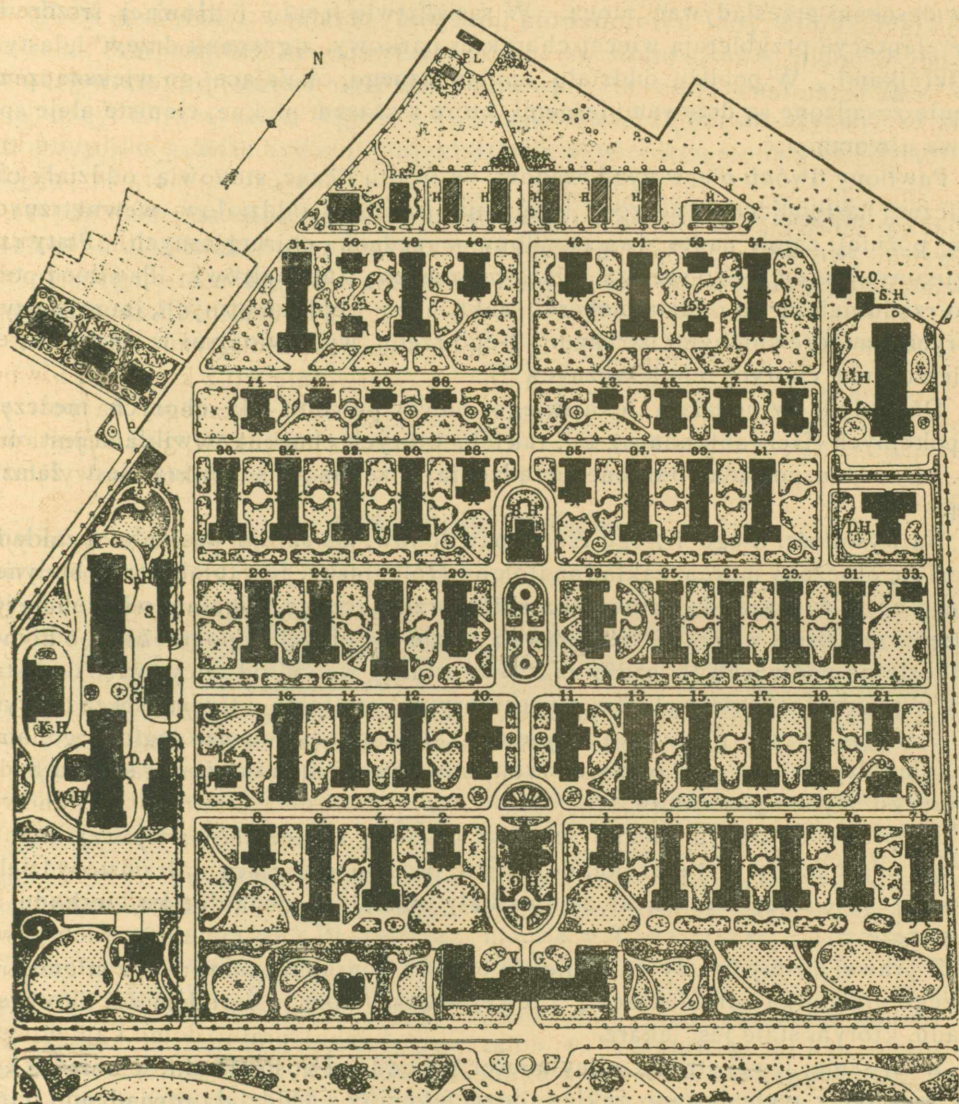


Fig. 1. PLAN OGÓLNY.

B. H. Kaplele. D. A. Zakład dezynfekcyjny. D. H. Chorzy z obłędem. D. W. Mieszkanie dyrektora. E. H. Lodownia. H. Baraki z drzewa. I. W. Mieszkanie inspektora. K. G. Zabudowania kuchenne. K. H. Kółtownia. L. H. Trupialnia. O. G. Zabudowania gospodarcze. O. H. Sale operacyjne. Pf. Odźwierny. P. K. Kuchnia prowizoryczna. P. L. Trupialnia prowizoryczna. P. V. Budynki zarządu szpitala cholerycznego. S. Składy gospodarcze. S. H. Dezynfekcja wód odpływowych. Sp. H. Narzędzia ogniowe. V. G. Zarząd. V. O. Plec do palenia opatrunków. V. W. Rządca. W. H. Pralnia. W. W. Mieszkania dla dozorców.

Oś podłużna pawilonu w danym rzędzie odpowiada środkowi odstępu między pawilonami w rzędach sąsiednich, przez co większa otwarta przestrzeń ogrodu

przypada na każdy z nich. Ulice wybrukowane są kamieniem i wysadzone drzewami, boczne drogi i przejścia wyłożone są płytami z cementu; obok ścian podłużnych pawilonów wyłożony pas ziemi służy w lecie do wynoszenia chorych na łóżkach. Zresztą na całej przestrzeni między pawilonami założone są plantacje, bez większych drzew, tamujących ruch powietrza. Są tu trawniki, klomby z krzaków ozdobnych i drzewa niższe, pod cieniem których na ławeczkach rekonwalescenci przesiadywać mogą. W sąsiedztwie frontu i głównej środkowej ulicy plantacje przybierają więcej charakter parkowy, z grupami drzew iglastych i kwietnikami. W pobliżu oddziału epidemicznego, okalające go większe przestrzenie zasadzone są drzewami liśćmi, które z czasem piękne, cieniste aleje spacerowe utworzą.

Pawilony dwóch pierwszych rzędów, od frontu licząc, stanowią oddziały chirurgiczne; następujące trzy rzędy obejmują pawilony oddziałów wewnętrznych, które później zajęły nadto dwa pawilony w rzędach chirurgicznych. Piąty rząd oddzielony jest od 6-ego szerszą ulicą poprzeczną (26 metrów). Pawilony tego 6-ego rzędu należą do oddziału chorób zakaźnych i epidemicznych, łącznie z prowizorycznymi drewnianymi barakami 7-ego rzędu, wystawionymi w roku 1884 dla pomieszczenia chorych cholerycznych <sup>3)</sup>.

Do budynków oddziału lekarskiego należy pawilon dla chorych mężczyzn niespokojnych (Delirantenhaus), t. j. takich, których choroba powikłana jest obłędem. Dom ten posiada odrębne urządzenia i zewsząd otoczony jest żelazną kratą.

Na wysokości 6-ego i 7-ego rzędu pawilonów, na skraju wschodnim zakładu, wznosi się otoczony murem zakład anatomo-patologiczny. Jest to obszerny budynek, którego część większa, do celów lekarskich przeznaczona, zupełnie oddzieloną jest od części mniejszej z kaplicą i zakrystią, gdzie się obrządki pogrzebowe odbywają. Oddzielne podwórko tej części ma swój własny wchód od ulicy, więc uczestniczący w pogrzebach nie wchodzi na terytorium szpitalne i styczności z chorymi nie mają. Od strony północno zachodniej zakładu anatomo-patologicznego, obok domu dla dezynfekcji wód odpływowych, stoi wysoki komin pieca, służącego do spalania zużytych opatrunków.

Na prawo od frontu oddział lekarski graniczy z oddziałem gospodarskim, od którego odgródzony jest szeroką, do frontu prostopadłą ulicą. Brama oddzielna prowadzi na tę ulicę, a szwajcar, zamieszkały w małym obok domku, wchodu do niej strzeże.

Z prawej strony bramy znajduje się ogród i dom przeznaczony na mieszkanie starszego urzędnika administracji, z lewej większy dom z ogrodem dla dyrektora zakładu, którym stale jest lekarz.

Z tej samej lewej strony ulicy mieści się oddział gospodarski, w obrębie którego w 1893 r. wybudowano zakład dezynfekcyjny. Oddział gospodarski składają następujące budynki: 1) kotłownia z kominem wysokim na 42 metry; 2) kuchnia parowa; 3) pralnia parowa; 4) dom na biura i warsztaty gospodarskie; 5) duża szopa; 6) narzędzia ogniowe i 7) lodownia dostępna tylko od strony oddziału lekarskiego.

---

<sup>3)</sup> 120 łóżek w tych barakach nie są wliczone do ogólnej liczby 1493 łóżek całego zakładu.

Po za murami szpitalnymi, od strony zachodniej, znajduje się obszerny ogród z 3-a domami mieszkalnymi dla dwóch inspektorów i 6-ciu dozorców szpitalnych.

Wszystkie ulice i drogi zakładu, zarówno jak budynki gospodarskie, gmach administracyjny i zakład anatomo-patologiczny, są oświetlone gazem. Plac środkowy pomiędzy domem operacyjnym a kąpielowym, jako punkt najbardziej ruchliwy, otrzymał oświetlenie elektryczne zapomocą 4-ch lamp łukowych. Lampy elektryczne żarowe zaprowadzone są we wszystkich pomieszczeniach dla chorych.

Wody dostarczają wodociągi miejskie, które do roku 1893 dawały wodę niefiltrowaną, czerpaną z Elby powyżej miasta. Wówczas każdy budynek musiał mieć swój własny zbiornik i mały filtr piaskowy. Po ukończeniu w 1893 r. centralnej stacji filtrów, woda wprost z wodociągów zdatną jest do użycia. W ostatnich czasach w pobliżu budowli gospodarskich wywiercono studnię z dobrą wodą do picia.

Wody nieczyste odpływają wprost z zakładu do kanałów miejskich, z wyjątkiem wód z oddziału zakaźnego i epidemicznego i wód z budynku anatomo-patologicznego, które ulegają uprzedniej dezynfekcyi w oddzielnych, w tym celu urządzonych zbiornikach.

(D. c. n.).

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Wyszedł z druku zeszyt IV z roku zeszłego „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“, ogólnego zbioru Tom XCII, i zawiera: 1) Wł. BRUNER. Badania nad zachowaniem się zawartości wody i metali alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek. 2) S. BRONOWSKI. Mleczan strontu w chorobie BRIGHT'a. 3) E. BIERNACKI. *Myelopathia endoarteritica acuta*. 4) B. WOJCIECHOWSKI. Stanisław Wosiński, lekarz XVI stulecia. Przyczynek do dziejów oświaty w Polsce. 5) F. GIEDROYĆ Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie (Przypiski). (Dokończenie). 6) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. War. od dnia 15 września do 19 listopada 1896 r. 7) Sprawozdanie Kasy Wsparcia przy Towarzystwie lekarskiem. 8) Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie (dokończenie).

— Nakładem „Gaz. Lek.“ wydane zostało dzieło GILLES de la TOURETTE'a p. t. „Histerya“ w opracowaniu kol. PułAWSKIEGO; zaś nakładem Kasy MIANOWSKIEGO: d-ra A. ERLICKIEGO „Wykła dy

kliniczne o chorobach umysłowych“. O obu tych dziełach, bardzo pożytecznych dla każdego lekarza, wkrótce podamy obszerniejsze wzmianki.

— W roku ubiegłym instytucja warszawskich kolonii letnich skończyła piętnasty rok pożytecznej swej działalności, a zarazem pierwszy okres swego istnienia w postaci dotychczasowej organizacji, wobec spodziewanego przeistoczenia się w Towarzystwo, oparte na stałszych i szerszych podstawach. Jak wiadomo, inicjatorem i nader czynnym dwukrotnie przewodnikiem kolonii letnich w Warszawie był kol. Stanisław MARKIEWICZ. W ocenie więc jego zasług przy podniesieniu i rozwoju tej instytucji, towarzysze jego pracy na tem polu wręczyli mu w dniu 22 stycznia r. b. cenny upominek pamiątkowy, w postaci artystycznie wykonanego portretu, wykutego w srebrze, z odpowiednimi emblematami i podpisami wszystkich ofiarodawców.

— Nakładem departamentu górniczego wydane zostało dzieło p. t. Hydrologiczno-chemiczne badania mi-



neralnego źródła „Narzan” i niektórych mu podobnych wód w Kiszłowsku na Kaukazie. Badania te, dokonane przez naszego ziomka d-ra S. ZALESKIEGO, interesują nie tylko ze względu na swą wartość w stosunku do źródeł, które mają na celu, lecz nadto mają znaczenie jako krytyczna i dokładna metoda badania źródeł w ogóle. Z tego to powodu praca ta nie jest bez znaczenia dla osób administrujących źródłami.

— Wiadomość, iż obecny inspektor szpitali cywilnych m. Warszawy podał się do uwolnienia, podobno sprawdza się. Przy tej sposobności przypominamy, że przed r. 1870 oddzielna posada tego rodzaju nie istniała. Czynność wizytowania szpitali spełniał Inspektor Główny Służby Zdrowia, do czego miał również prawo i każdy członek Rady Głównej Opiekuńczej. W zasadzie, posada podobna ma podrzędne znaczenie, wobec tego, że przedewszystkiem obowiązkiem lekarzy naczelnych jest czuwanie nad ściśłem wykonywaniem ustawy szpitalnej, i oni to powinni być owymi kontrolerami, którzy, jako mieszkający na miejscu, mogą tę czynność spełniać z większym, niż ktokolwiek inny, skutkiem. Lekarze naczelnicy przedtem byli zarazem członkami Rady Głównej i przedstawicielami interesów swoich szpitali. Jeżeli już posada podobna koniecznie istnieć by miała, to zajmować ją powinien lekarz gruntownie ze sprawami szpitalnictwa obeznany i bezwarunkowo taki, który sam był lekarzem szpitala, lub profesor kliniki, praktyk. Możliwe czynności tu należące powierzyć jednemu z lekarzy naczelnych za małą stosunkowo dopłatą, a tak znaczny fundusz, jaki się

obecnie wydaje, obrócić na niezbędne środki pomocnicze dla celów naukowych, lub wreszcie powiększyć liczbę ordynatorów.

— Uwadze kolegów, zamieszkałych tak w Warszawie, jak i na prowincyi, polecamy zbiory etnograficzne przy Muzeum Przemysłu i Rolnictwa (w Warszawie, Krak. Przedm. Nr. 66), ustawicznie powiększane i uzupełniane, a pod opieką pp. Janikowskiego i Karłowicza będące i z ich inicjatywy powstałe. Zbiory te, nie tylko w interesie naukowym, lecz i ze względów ogólniejszych, zasługują na poparcie, mając za zadanie zgromadzenie tego wszystkiego, co stanowi naszą odrębność etnograficzną. Zbiory te są poniekąd uzupełnieniem wydawnictwa „Wisła”, etnografii krajowej poświęconego, które dla tychże samych powodów winno być popierane.

— W ciągu listopada i grudnia zachorowało w Bombaju na dżumę 2430 osób, zmarło 1725. Pomimo, że połowa ludności opuściła miasto, umiera dziennie przeciętnie po 70 osób. Europejczycy również stają się ofiarami obecnej epidemii. Epidemia do Europy może się dostać dwiema drogami: przez Suez i zatokę Perską. W portach zatoki Perskiej nie wykonywa się żadnego nadzoru sanitarnego, i z tej strony może Europie zagrażać niebezpieczeństwo przeniesienia zarazy. VIRCHOW sądzi, że Europie większe niebezpieczeństwo zagraża, aniżeli podczas wybuchu dżumy w Wietnamie. Podobno austriacka Rada zdrowia wzięła pod uwagę grożące niebezpieczeństwo i ma zamiar przedsięwziąć odpowiednie środki zabezpieczające.

---

**Sprostowanie.** W Nrze 3-im i 4-yim należy poprawić następujące omyłki: Na str. 67 w wierszu 21-yim zam. Koterh, winno być Roberta. Na str. 68 wiersz 19 od dołu, zdanie „bez względu na to” należy wykreślić. Na str. 87 wiersz 6-y zam. węzełki winno być grudki. Na str. 88 wiersz 18 od dołu, zam. telangiectases, winno być telanglektasiae. Na str. 89 wiersz 25 od dołu wyraz „mycellum” winno być przed „różnicową”. Na str. 91 wiersz 18 od dołu, zam. zarazka, winno być zarodka. Na str. 95 wiersz 3-ci od dołu w pierwszej kolumnie zam. „Ilość” winno być „liczba spostrzeżeń”.

---