

# GAZETA LEKARSKA

## I. Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu płoniezego.

Podał

**Alfons Malinowski,**

starszy ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.



Seroterapia błonicy gardła, krtani i innych narządów wywołała przewrót w poglądach na tę chorobę i jej leczenie. Bezstronny jednak badacz stosunków zaznaczyć musi z podziwieniem fakt, że jakkolwiek ośm lat minęło od chwili ogłoszenia przez lekarzy pierwszych wyników pomyślnych leczenia surowicą u nas, a dziewięć lat od Zjazdu w Rzymie, na którym HEUBNER w sekcji pediatrycznej pierwszy zakomunikował rezultaty leczenia surowicą, to dziś jeszcze tak za granicą, jak i u nas są lekarze, którzy nie zadawszy sobie trudu przeprowadzenia osobistych spostrzeżeń nad działaniem surowicy, „*antiquo modo*“ leczą błonice penzlowaniami, płukaniami, zasypywaniem proszków leczniczych, jak siarka, jodoform i t. p. Zabierając głos w sprawie leczenia błonicy od lat 25-iu co lat parę i zajmując się seroterapią tej choroby od 1895 roku z zamilowaniem, sądzę, że obowiązany jestem jeszcze raz zabrać głos w tej sprawie tem więcej, że i moje poglądy z upływem czasu uzupełniają się i zmieniają na korzyść metody, o której mówię.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że seroterapia błonicy w Warszawie nie jest praktykowana przez wielu kolegów, którzy jak wspomniałem, leczą chorych dawną metodą. Wielu takich chorych po 7—10-iu dniach choroby dostaje się do Szpitala dla dzieci w stanie groźnym lub beznadziejnym, wskutek tego leczenie ich jest trudne a wyleczenie nie zawsze możliwe. Koledzy, na prowincyi zamieszkali, daleko więcej ufają seroterapii. Przekonywam się o tem w czasie wyjazdów na konsultacye w różne okolice kraju. Aptekarze mają zawsze świeżą surowicę w zapasie, lekarze zaś nie szczędzą dawek, byle tylko chorego ocalić. Pomimo to jednak są w praktyce klinicznej pewne wątpliwości nawet dla nas pediatrów, mających do rozporządzenia dobrze urządzony oddział szpitalny, pomoc bakteryologa, możność kontroli osobistej każdego przypadku, wątpliwości, które roztrząsamy przy łożku chorego, w samotni naszego gabinetu



lub na posiedzeniach specjalnych w szpitalu. Jestem przekonany, że takie same wątpliwości rodzą się w umyśle kolegów prowincjonalnych, tylko im trudniej bywa je rozstrzygać.

Dla tychto kolegów prowincjonalnych, których znam jako gorliwych propagatorów nowych idei i metod leczniczych, przeznaczam moje wskazówki kliniczne z życzeniem szczerem, aby im ułatwiły szybkie orientowanie się przy łóżku chorego i wybór tej lub innej metody leczniczej.

Czytając prace, dotyczące seroterapii błonicy, ogłoszone w ostatnich latach, a oparte na statystyce porównawczej okresu przedsurowiczego i surowiczego, możnaby się zniechęcić do tej metody. Klinika jednak codziennie daje nam dowody skuteczności surowicy; i zastanawiając się nad tą sprawą, dziwić się musimy, jakim sposobem liczby mogą doprowadzić do wniosków, wprost przeciwnych doświadczeniu klinicznemu.

Zanim będę w możności przedstawić czytelnikom własne wyniki statystyczne, dotyczące seroterapii błonicy, roztrząsnąć muszę kilka pytań ze stanowiska klinicznego.

Przedewszystkiem dla klinicysty ważnem jest odróżnienie błonicy samoistnej od błonicy przy chorobach zakaźnych np. przy płonicy, odrze, i t. p.

Błonica samoistna bez względu na umiejscowienie przedstawia się jako forma czysta t. zw. LOEFFLER'owska, jako forma mieszana, nakoniec jako forma nie LOEFFLER'owska.

Błonica, towarzysząca płonicy lub odrze, bez względu na umiejscowienie [krtani, gardło, nos] przedstawia się najczęściej jako forma mieszana lub streptokokowa, wyjątkowo rzadko jako czysta forma LOEFFLER'owska.

W tem miejscu zaznaczyć muszę, że jeszcze przed odkryciem lasecznika LOEFFLER'a błonicę samoistną odróżnialiśmy od błonicy płonicowej. Klinicznie odróżnialiśmy prócz tego błonicę gardła, błonicę krtani, krup krtaniowy, krup fałszywy (pseudokrup). Dziś pojęcie krupu zlało się z pojęciem błonicy, jakkolwiek starsi lekarze twierdzą, że ta forma kliniczna dawniej niezaprzeczenie istniała. Dziś tych czystych krupów nie spotykamy, odróżniamy tylko błonicę krtani pierwotną i zstępującą, czyli wtórną.

„*Laryngitis diphtheritica*” przy płonicy jest dla naszych klinicystów nadzwyczajną rzadkością i spostrzeżenia moje, dotyczące jej, były nawet przez specjalistów pedyatrow kwestyonowane. Błonica przy odrze zdarzała się i dawniej wyjątkowo rzadko, jak tego dowodzi praca ś. p. prof. ŁUCZKIEWICZA. Dziś nawet przeciętny lekarz nie zdaje sobie sprawy, jakiej natury cierpieniem są natoty w gardle przy odrze lub płonicy; co się zaś tyczy cierpień krtani przy odrze lub płonicy, to te zawsze muszą być „krupem fałszywym“ bez względu na ich natężenie. Naturalnie, badań bakteryologicznych nie robi się w tych razach, bo ich się nigdy prawie nie robi w praktyce prywatnej, lekarz więc mimowoli staje na fałszywym gruncie ze swoją dyagnozą, z czego wynika, że i leczenie jego na fałszywych opiera się podstawach.

Gdybyśmy każdy przypadek kliniczny mogli badać bakteryologicznie, byłoby inaczej. Byłoby lepiej, ale jeszcze nie byłoby dobrze. Wtedy bowiem leczylibyśmy surowicą te tylko przypadki, w których znaleźlibyśmy laseczniki



LOEFFLER'a. Nie należy jednak zapominać, że czyste formy LOEFFLER'owskie są bardzo rzadkie; przeważnie mamy do czynienia z formami mieszanymi. Niekiedy laseczek LOEFFLER'a jest niewiele, niekiedy niema ich wcale. A jednak chorobę leczyć należy i w wyborze metody szybko się trzeba decydować, nawet w braku badań drobnowidzowych.

Oprócz tego są formy zapaleń gardła z nalotami tak niewyraźnymi, że je rozpoznać można jako błonicę tylko przez to, że ustępują po zastrzyknięciu surowicy. Niekiedy błonica zaczyna się w kryptach i przedstawia się jako t. zw. *tonsillitis desquamativa*, to znów jako *angina follicularis*. Postaci te niekiedy są to czyste LOEFFLER'owskie błonice, ustępujące tylko po surowicy. Dawniej sądzono, że błonica nigdy się w kryptach nie zaczyna i dzisiaj nawet pomimo przeciwnych poglądów, wypowiedzianych przed laty piętnastu przez HERYNGA i przeze mnie, pogląd dawny jeszcze się utrzymuje.

Błonica niekiedy z początku przedstawia się jako *angina follicularis*, lub też na drugi dzień dołącza się do niej, maskując się w ten sposób. Wszystkie te okoliczności należy mieć w pamięci przy rozpoznawaniu i leczeniu. Jako ilustrację dołączam tu opis przypadku, spostrzeganego w r. b. przeze mnie.

Chłopczyk P. w pierwszym roku życia leczony był przeze mnie surowicą z powodu błonicy krtani, stwierdzonej zapomocą wziernika wspólnie z kol. WRÓBLEWSKIM.

Mając lat 3, zachorował powtórnie; tak samo wspólnie z kol. DOBROWOLSKIM znaleźliśmy naloty w krtani i w gardzieli. Wyleczony został surowicą. Mając lat 4, w r. z. zachorował na błonicę gardła w Copotach i tam surowicą był leczony.

Na wiosnę r. b. wezwano mię do niego z powodu bólu gardła i gorączki. Znalazłem ciepłotę 39°, głos czysty, migdały przekrwione, każdy z nich przedstawia na swej powierzchni 2 — 3 wyniosłości, wystające nieco nad powierzchnię, wielkości ziarna konopi, formy okrągławej, wyraźnie ograniczone, barwy różowo-żółtej. Jest to więc wyraźna „*angina follicularis*“. Zaleciłem penzlowanie bromem w glicerynie.

Następnego dnia stan bezgorączkowy, w gardle powstają nowe przyszczyki. Wieczorem ciepłota podniosła się do 40°, chory senny. Na migdałach obok wyraźnych, jeszcze liczniejszych przyszczyków, pojawił się nalot biały, płaski o nieregularnych formach w kilku miejscach. Uznawszy te naloty za błonicę, wstrzyknąłem jeden flakon surowicy PALMIRSKIEGO. Nazajutrz ciepłota spadła do normy, naloty błonicowe znikły, „*angina follicularis*“ jeszcze trwała przez dwa dni następne, poczem chory wrócił do zdrowia.

Zasługuje tu na uwagę wrażliwość tego dziecka na zarazek błonicowy, czego dowodzi czterokrotne zachorowanie w ciągu lat pięciu, pomimo leczenia surowicą.

Aby sobie ułatwić ściśle rozpoznanie, naturalnie najlepiej będzie robić hodowle z błon i badanie mikroskopowe. Nie zawsze jednak jest na to czas i możność. Dla tych lekarzy, którzy tylko wyglądem gardła i nalotów kierować się muszą, podaję następujące wskazówki praktyczne.



## I. Błonica gardła czysta LOEFFLER'OWSKA.

Początek choroby niewyraźny, bólu gardła zwykle niema, ciepłota mało lub wcale nie podwyższona z początku. Niekiedy chorobę znajdujemy przypadkowo, wezwani z powodu czegoś innego, lub do inego chorego. Nalot jest biały lub żółtawy, twardy, przylega mocno do błony śluzowej, która krwawi lekko po usunięciu nalotu. Umiejscowienie najczęściej na migdałach, skąd szerzy się na łuki, podniebienie miękkie, języczek, podniebienie twarde, na którym tworzy oddzielne wysepki, wielkości ziarna konopi lub grochu. Niekiedy zaczyna się w postaci podobnej do „*angina follicularis*“, poczem rozszerza się na płask i przybiera formę nieregularną. Niekiedy występuje w przebiegu pierwotnej błonicy krtani lub zjawia się jednocześnie z nią, ułatwiając rozpoznanie. Daje czyste hodowle laseczników LÖEFFLER'a, niekiedy bardzo licznych.—Niekiedy zjawia się forma pierwotnie w nosie, lecz występując w gardle, nie ma skłonności do przechodzenia na nos i kanały łzowe lub trąbkę Eustachiusza.

Postać tę łatwo rozpoznać klinicznie. Surowica działa tu szybko i skutecznie, przyczem należy pamiętać, że w 6 do 12-stu godzin po zastrzyknięciu błony zwykle znacznie się powiększają, pomimo spadku ciepłoty i poprawy stanu ogólnego.

Zaznaczyłem to w pracach moich, ogłoszonych 1895 roku <sup>1)</sup>, przestrzegając, aby tego objawu nie uważać za pogorszenie, wymagające powtórnego wstrzyknięcia surowicy, lecz czekać cierpliwie 48 godzin, i jeżeli się po upływie tego czasu naloty nie rozmiękczają, dopiero wtedy powtórzyć wstrzykiwanie.

Przy rozpoznawaniu krupu w czystej formie, jeżeli w gardle niema nalotów możemy się kierować badaniem wziernikowem. W braku wziernika krtaniowego lub niemożności badania, co u dzieci młodszych zdarza się dość często, należy się opierać na objawach klinicznych. Badanie bowiem lusterkiem w pierwszych latach życia jest niezwykle trudne i laryngolog, wezwany do pomocy, zwykle odpowiada wymijająco: po większej części mówi, że „zdaje się, że jest nalot w krtani”.

Dane kliniczne przy rozpoznawaniu pierwszych okresów błonicy krtani są następujące:

1) Niewyraźny początek choroby, bez gorączki lub przy małym podwyższeniu ciepłoty. Kaszel rzadki, matowy, podobny do kaszlu chorych na gruźlicę krtani i tchawicy. Głos z początku nie zmieniony, objawów zwężenia niema jeszcze. Lecz już od początku znajdujemy w górnym płacie prawego płuca silne zaostrenie oddechu. Objaw ten jest stałym przy krupie pierwotnym i w górnym płacie prawego płuca powstaje najpierwej ognisko zapalne lub *bronchitis crouposa*, co się następnie rozprzestrzenia zwykle na oba płuca. W innych razach ogranicza się tylko na przekrwieniu, przyczem wzmocnienie oddechu trwa przez całą chorobę.

<sup>1)</sup> O leczeniu chorych na błonicę surowicą. Gaz. Lek. 1895.



Przebieg dalszy jest dosyć gwałtowny. W miarę wytwarzania się błon w krtani i tchawicy występuje szybko zwężenie, głos się zmienia i niknie zupełnie. Pomijam inne objawy, jako dobrze znane, zaznaczę tylko, że podwyższenie ciepłoty przy błonicy krtani bywa nieznaczne z powodu małego wchłaniania przez krtani i tchawicę. Przeciwnie wysoka gorączka towarzyszy zawsze katarom krtani, zwiastującym odrę lub influencją. Podniesienie ciepłoty jest również większe przy formach mieszanych, przy krupach szkarlatynowych zanim się wysypka pokaże.

Krupy czyste LOEFFLER'owskie przy silnem natężeniu, zwłaszcza gdy w pierwszych dniach surowica nie zostanie wstrzykniętą, wywołują zwężenie krtani i oskrzeli tak znaczne, że do płuc wchodzi bardzo mało powietrza. Dlatego, oprócz silnego wciągania dolnego odcinka klatki piersiowej, zwłaszcza *sub scrobiculo* i w okolicy nadmostkowej, stałym objawem jest w tym okresie osłabienie oddechu na tylnej części klatki piersiowej. Jeżeli większe oskrzela nie są bardzo zwężone, a wysięk włóknikowy zatyka pęcherzyki płucne, wtedy słyszymy na odpowiedniej przestrzeni klatki piersiowej oddech oskrzelowy.

Objawy te przy użyciu surowicy również niekiedy występują, lecz w miarę rozmiękczenia się wysięku powietrze stopniowo wchodzi do drobnych oskrzeli i pęcherzyków płucnych, zjawiają się rżenia trzeszczące (*crepitatio redux*) i sprawa chorobowa powoli ustępuje.

Niekiedy jeszcze przed wystąpieniem zwężenia krtani, gdy dziecko ledwie kilka razy dziennie kaszle chrypowato, znajdowałem zgęszczenie miąższu płucnego w prawym górnym płacie. Dowodzi to, że krupy wstępujące mogą się zaczynać jako *bronchiolitis diphtheritica* i że drobne oskrzela a nawet pęcherzyki płucne są miejscem, gdzie się lokalizuje pierwotnie choroba i skąd się rozszerza na grubsze oskrzela, krtani i gardło.

[C. d. n.]

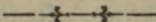
---

## II. PRZYPADEK „ROGU KRTANIEGO“.

(CORNU LARYNGEUM).

Podał

Dr med. B. Chorążycki.



Dnia 1-go października roku 1902 zgłosił się do mnie kapitan kawalerii L. M., 44 lat liczący, z chrypką, która trwała bez przerwy już lat trzy. Na początku cierpienia, gdy chory zachowywał się spokojnie, nie palił i nie pił, można było jeszcze mówić o jakimś chwilowem polepszeniu, później atoli już żadne środki nie pomagały. Chory, dobrze odżywiony, miał 18 lat temu przymiot, który odpowiednio leczył. Wziernikowanie, które, nawiasem mówiąc, wskutek zapadania i wykrzywienia się nagłośni [co prawdopodobnie zależało od



niewidzialnej blizny poprzymiotowej], wcale do łatwych nie należało, wykazało ponad struną prawdziwą lewą, prawie na środku — obecność guza białego, kosmkowatego, wielkości grochu, szeroką podstawą częścią do struny rzekomej, częścią do komory krtaniowej przyczepionego. Powierzchnią kosmkowatą narośl zwrócona była więcej na prawo, niżeli do góry i robiła wrażenie kurzajki. Całość przypominała bardzo opisany przez JURASZA (*Berliner klinische Wochenschrift*. 1886. Nr. 5) róg krtani (*cornu laryngeum*), a to tem bardziej, że na dotyk guz okazał się twardym.

Chory natychmiast poddał się operacji. Mając w pamięci przypadek JURASZA [chory, po kilku zabiegach operacyjnych i nawrotach cierpienia, więcej się nie pokazał], postanowiłem, w miarę możliwości, usunąć wszystko na jednym posiedzeniu, co też po kilku próbach zapomocą cienintkiewej pętli dało się w zupełności uskutecznić. Krwawienie było nieznaczne. Chory już po kilku dniach lepiej mówił, a po trzech tygodniach, jak się dowiedziałem, głos miał zupełnie czysty i na nowo zaczął palić i pić.

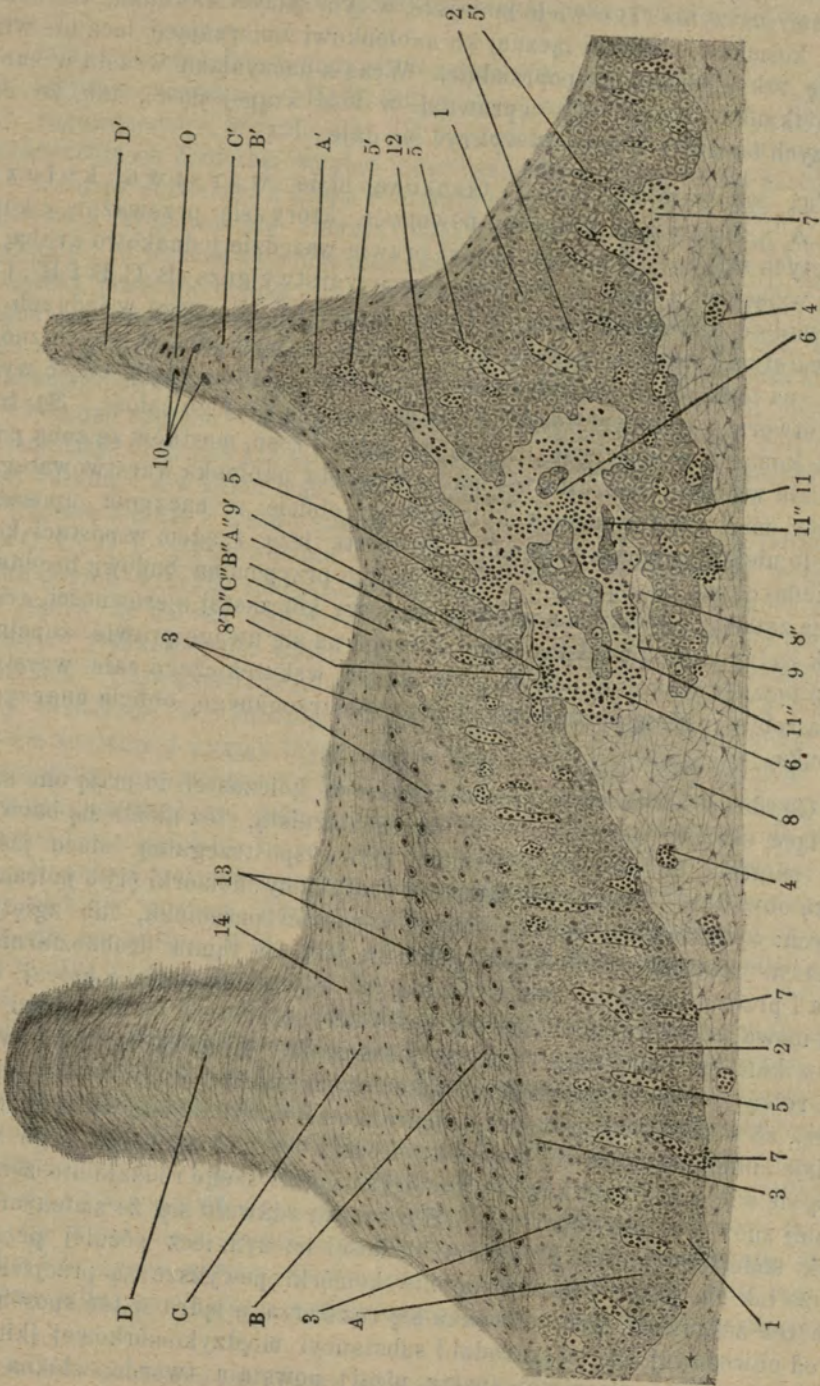
Usunięty guz miał 10 mm szerokości i 8 mm wysokości, był okrągły, twardy jak chrząstka i wydawał się bielszym, niż w krtani, gdzie miał wygląd szarawy. Guz nie wszędzie był pokryty kosmkami; pośrodku np. przeważnie był gładki. Kosmki miały od 4-ch do 7-iu mm długości i siedziały na warstwie o wiele miększej i znacznie czerwieńszej od całego guza. Warstwa ta miejscami miała blisko 1 mm grubości, miejscami była o wiele cieńsza, gdzie indziej znów zupełnie znikiała, tak, że guz składał się tu tylko z kosmków sterczących. Właśnie okoliczność ta przemawiałaby za tem, że narośl nie całkiem wyluszczonej została; jednak następcze dokładne oględziny nie wykryły ani śladu guza i dlatego wtórnych przyżęgań zaniechano.

W celu bliższego zbadania narośli, która przeleżała przez jakieś trzy godziny w słabej formalinie, włożyłem ją do 50<sup>o</sup>-ego, a następnie do coraz mocniejszego alkoholu, z którego po upływie 2-ch dni przeniósłem do alkoholicznego rozczynu boraksu karminowego. Skrawki parafinowe, sposobem skombinowanym [„japońskim”] zapomocą białka i wody do szkiełek przedmiotowych przyklejone, podbarwiałem kwasem pikrynowym, według metody przeze mnie do badań embryologicznych <sup>1)</sup> ze skutkiem stosowanej. Powyższe podwójne barwienie pozwalało już gołym okiem jedną warstwę od drugiej odróżnić.

Na załączonym tu rysunku widać dwa wzdłuż przecięte kosmki i gładką między nimi powierzchnię. Cała narośl leży na luźnej tkance łącznej (8), składającej się z połączonych wypustkami gwiazdkowatych komórek; w tkance tej występują miejscami skupienia czerwonych ciałek krwi (4) i czasami obok nich wrzecionowate komórki śródbłonkowe. Rzadko natomiast spotykamy naczynka z całkowicie zachowaną ścianką. Pośrodku skrawka rzuca się w oczy grube naczynie (6), z tkanki łącznej wgłąb nowotworu wrastające. Naczynie to jakby rozszczepiało nabłonek nowotworu na oddzielne wypustki (11, 11', 11''), które na poprzecznym przecięciu przyjmują kształty wysepek unaczynionych i otoczo-

<sup>1)</sup> B. CHORAŻYCKI. Anatomische Hefte. 1900. str. 1—260.—Tenże. Comptes rendus du XII Congr. internat. de Médic. à Moscou. Tom. II, str. 115—121.







nych ścianką głównego naczynia. Dokoła opisanego tu naczynia krwionośnego spotykamy naczynia (7) o wiele mniejsze, w tym samym kierunku, równoległym do osi kosmków, z tkanki łącznej ku nabłonkowi zmierzające, lecz nie wrzynające się tak głęboko, jak poprzednie. Wraz z naczyniami wrasta w nabłonek i luźna tkanka łączna (8''), wprawdzie w dość skąpej ilości, tak, że dokoła mniejszych naczyń z ledwością wykryć się daje.

Tuż za warstwą łączno-tkankową idzie warstwa koleczasta (A, A', A''), stanowiąca już sam nowotwór, który się przeważnie z komórek koleczastych składa. Warstwa ta jest prawie wszędzie jednakowo gruba; jeżeli jednak wziąć pod uwagę, że powierzchowne warstwy guza (B, C, D i B'', C'', D'') są rozwinięte nierównomiernie, to łatwo zrozumieć, dlaczego w jednych miejscach warstwa koleczasta prawie cały nowotwór wypełnia, w innych znów nie. I tak, na lewo komórki koleczaste (A), zajmują ledwo piątą część wysokości nowotworu, gdy na prawo (A', A'') stanowią prawie jego całość. Są to przeważnie komórki wielościennie, zapomocą koleców resp. mostków ze sobą połączone. Cała warstwa koleczasta nie ma tu wyglądu nabłonka warstwowatego, lecz jakiegось mięszu z komórek koleczastych, obficie w naczynia uposażonego. Naokoło niektórych naczyń komórki koleczaste leżą rzędem w postaci komórek sześciennych lub walcowatych (5), co bardzo przypomina budowę brodawkowatą, lecz zatartą, gdyż górne pokłady warstwy koleczastej nierówności, resp. brodawek żadnych nie przedstawiają. Zwraca na się uwagę prawie zupełny brak tkanki łącznej w okolicy powyższych naczyń, wskutek czego cała warstwa koleczasta robi wrażenie niezmiernie rzadko spostrzeganego, obficie unaczynionego nabłonka.

Co do pojedynczych komórek warstwy koleczastej, to mają one silnie się barwiące, okrągłe jądra i jednolitą, drobnoziarnistą, też nieźle się barwiącą zaródź; ostatnia dokoła jądra formuje ledwo spostrzegalną, nieco jaśniejszą, cienką obwódkę. Prócz tych komórek spotykamy komórki (1) o jądrach zmienionych: wydłużonych, zakrzywionych w postaci przecinka, lub zgiętych jak podkowa. Zaródź dokoła tych jąder nie jest, jak tamta, drobnoziarnista, lecz jasna i przezroczysta, co robi wrażenie, jak gdyby obwódka, o której tylko co była mowa, rozszerzyła się, zaródź zaś sama usunęła się ku obwodowi, co daje obraz kolcami pokrytego ciemnego pierścienia. Komórki te na pierwszy rzut oka robią wrażenie poprzecznie przeciętych kapilarów, które się jednak tem różnią, że w ściankach zawierają jądra komórek śródbłonkowych, a w świetle o wiele silniej barwiące się krążki krwi czerwone. Z komórek tego typu formują się miejscami całe kolonie, komórkami pierwszego rodzaju otoczone; gdzieindziej znów leżą one oddzielnie. Z początku zdawało się, że zmienione te komórki umiejscawiają się głównie w bliskości naczyń, lecz później przekonałem się, że tak nie jest. Prawdopodobnie komórki powyższe są przejściowemi do komórek zrogowaciałych: obwódka się rozszerza, a jądro w ten sposób oddziela się od obwodowej części zarodzi i substancji międzykomórkowej [kitu], z których w warstwie ziarnistej [patrz niżej] powstają twarde włókna i blaszki, a z nich — tkanka rogowa.



Drobne naczynia części górnej warstwy kolczastej, jak to widać na szeregu skrawków, wychodzą (5') z grubych naczyń, leżących w tejże warstwie pod nimi (12).

Dalej idzie, tak jak w skórze, warstwa przejściowa, *resp.* ziarnista (*stratum granulosum*—B, B', B''). Spotykamy tu po części już opisane ślady rogowacenia. Wogóle da się powiedzieć, że warstwa ta ma, wskutek przeistoczenia się komórek, wygląd niewyraźny: obwodowe części zarodki wchodzi w związek ściślejszy z kitem i formują bezkształtną masę, z której stopniowo powstają zrogowaciałe blaszki i włókna. W bliskości warstwy kolczastej spotykamy i tu jeszcze zupełnie niezmienione komórki kolczaste (3); zachowały one mostki, jeżeli nie dokoła, to przynajmniej z jednej strony. W górnych pokładach tej warstwy przejściowej znajdujemy (13) dużo komórek z jądrami mocno zabarwionymi <sup>1)</sup> i otoczonymi szerokim, jasnym pasmem, poza którym leży cieniutka obwódka zarodki, do pewnego stopnia z zewnątrz zrogowaciałymi włóknami spojona. Komórki te przypominają bardzo drugi rodzaj komórek warstwy kolczastej, z tą jednak różnicą, że nie mają one mostków, które weszły całkowicie w skład masy zrogowaciałej.

Trzecią z kolei warstwę stanowi warstwa świetlana (*stratum lucidum*—C, C', C''). Zrogowaciałe części formują tu już całkowite spłaszczone blaszki, pośród których spotykamy rozsiane płaskie i skurczone jądra komórek (14). Jądra te barwią się bardzo mocno i nie wykazują ani śladu pierwotnej struktury. Naokoło jąder widać jasną przestrzeń, najczęściej wypełnioną tylko powietrzem. Cała zaródź przeistoczyła się w substancję rogową, a leżące pomiędzy blaszkami tej substancji wydłużone, błyszczące cząsteczki nadają warstwie świetlanej wygląd błyszczący. Cząsteczki te barwią się dość dobrze kwasem pikrynowym i przeto łatwo od wyżej wspomnianych przestrzeni powietrznych odróżnić się dają, a cała warstwa, w przeciwieństwie do warstwy kolczastej i przejściowej, które przy naszym barwieniu są czerwone, ma wygląd żółty. Następna warstwa zrogowaciała przeważnie też wychodzi na czerwono i tylko niektóre miejsca, gdzie blaszki są przezroczystsze i więcej błyszczące, barwią się na żółto. Widocznie w tych miejscach w skład tkanki rogowej więcej weszło kitu.

W niektórych kosmkach między warstwą świetlaną a zrogowaciałą dość pokaźny pokład (0) ulega częściowemu zwyrodnieniu skrobiowatemu (*deg. amyloidea*). Wtedy pośród żółtych [po części też i czerwonych] blaszek spotykamy dobrze na czerwono zabarwione, mniejsze lub większe, jednolite cząsteczki „amyloidu” (10). Zdarzają się kosmki, gdzie skrobiowate ciała zajmują całe przestrzenie, poroździelane jednak włóknami.

Warstwa czwarta—zrogowaciała (*stratum corneum*—D, D' D'') składa się wyłącznie z blaszek zrogowaciałych, które łatwo odpadają. Na powierzchni i brzegach warstwa ta wygląda jakby wyskubana, w głębi zaś zawiera dużo szczelin, powietrzem wypełnionych. Jąder tu nie spotykamy wcale.

<sup>1)</sup> Jądra oznaczyłem na rysunku umyślnie ciemniej aby się w tej masie zatartej lepiej wydatniały.



Szczególnem jest, że w niektórych, nieco niższych kosmkach tylko głębsze pokłady warstwy zrogowaciałej mają opisaną tu budowę, powierzchowne zaś zawierają jeszcze dużo jąder, które leżą w oczkach siatki, włókienkami, łącząciami blaszki zrogowaciałe, sformowanej. Jąder tych nie należy brać za leukocyty, które się tu z zewnątrz jakoby dostały; przeciwnie są to jądra komórek, które zachowały się w kosmkach niskich a szerokich, nie podlegających tarcia o przeciwną ściankę krtani. Kosmki te właśnie dlatego, że nie były przygniatane, zachowały budowę siatkowatą, a w oczkach siatki zakonserwowane jądra. Dlatego też wszystkie niskie a szerokie kosmki na powierzchni barwią się na czerwono, w głębi zaś, gdzie blaszki leżą zbite,—na żółto.

Do powyższego szczegółowego opisu dodać wypada, że w tych miejscach, gdzie kosmki szczególnie są nagromadzone, warstwy zrogowaciała i świetlana formują dość głębokie wpusty. Ostatnie leżą na granicy oddzielnych kosmków, *resp.* terytoryów, przez oddzielne naczynia zajętych. Tym sposobem zachowana jest do pewnego stopnia brodawkowata budowa, dzięki wtórnemu zbytniemu bujaniu nabłonka, szczególnie zaś komórek warstwy kolczastej, nieco zatarta. Jeżeli wziąć pod uwagę, że w krtani brodawki w błonie śluzowej są wogóle słabo rozwinięte, to z jednej strony brak ich w naszym nowotworze nie będzie nas raził, z drugiej znów strony brodawek nie będziemy uważali za punkt wyjścia nowotworu. Co więc dało początek naszej narośli, która z nabłonka i naczyń się składa (znajdującej się dokoła naczyń w bardzo skąpej ilości tkanki łącznej niema co brać w rachubę)? Z punktu widzenia biomechanicznego nieprawdopodobnem jest, by nasamprzód nabłonek się rozrósł, a później naczynia w nim się zjawily; nie mamy też w naszym przypadku żadnych po temu danych. Z drugiej jednak strony prawidłowe ugrupowanie się komórek kolczastych dokoła naczyń (5), dalej wpusty pomiędzy temi naczyniami, przez nabłonek utworzone, wskazują wprost na budowę brodawkowatą, wskazują na pewną działalność elementów, w samym środku kosmków, *resp.* brodawek leżących. Elementami tymi są naczynia i dlatego, choć nowotwór składa się przeważnie z nabłonka, to jednak forma, *resp.* wygląd jego zależy od naczyń. Nie mamy więc tu do czynienia z włókniakiem, ani też z włókniakiem brodawkowatym, jeno z tak zwanym prawdziwym brodawkakiem (*papilloma*) laryngologów <sup>1)</sup> czyli z nowotworem nabłonkowym o kształtach brodawczaka

W końcu zaznaczyć wypada, że nasz nowotwór różni się od dotychczas opisanych jeszcze pod dwoma względami. Przedewszystkiem składa się nie z nagromadzonego płaskiego nabłonka, lecz wszędzie z komórek wielościennych: podstawę nowotworu stanowi miąższ z wielościennych komórek kolczastych; w warstwie ziarnistej też mamy porozsiewane komórki wielościenne. Co do warstw świetlanej i zrogowaciałej, to choć spotykamy tu jądra spłaszczone, mowy niema o nabłonku płaskim, gdyż tu wogóle komórek nie widać i to dlatego,

<sup>1)</sup> Nazwa „*papilloma*“ dlatego z laryngologii nie może być wyrugowana, że nie daje się zastąpić terminami proponowanymi: „*Fibroma papillare*“, „*Verruca dura s. cornea*“. Najwłaściwszą byłaby tu nazwa „*Epitelioma hyperplasticum*“ (VIRCHOW'a), która jednak dla zrozumiałych przyczyn w laryngologii się nie przyjęła.



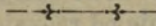
że cała zaródź przeistoczyła się w zrogowaciały, warstwowaty śródmiąższ (*stroma*), w którym gdzieniegdzie tylko występują jeszcze spłaszczone jądra.

Następnie niezwykle też jest nadmierne zrogowacenie nowotworu, dzięki któremu za przykładem JURASZA nazwałem go rogiem krtaniowym (*cornu laryngeum*).

### III. Laseczniki wrzecionowate (*bacilli fusiformes Vincent'a*) i spiryle w cierpieniach jamy ustnej.

Podał

**Leon Karwacki.**



[Dokończenie. — Patrz Nr. 23].

Na 2-gi—3-ci dzień błona zmienia wygląd: z ciastowatej brudno-szarej staje się bardziej żółtą, słabiej też przylega do powierzchni owrzodzenia. Nowe błony, tworzące się na miejscu opadłych, są coraz cieńsze, koloru blado-żółtego lub białawego. Równocześnie dno owrzodzenia wypełnia się powoli drobną ziarniną, wskutek czego owrzodzenie staje się coraz bardziej powierzchownem w kierunku dośrodkowym. Błona jeszcze się zmniejsza, staje się lśniaco-białą i oddziela się bardzo łatwo. Błona wtedy już nie cuchnie, a badanie drobnowidzowe wykazuje w bardzo nieznacznej ilości pierwotne zarazki: miejsce laseczników VINCENT'a i spiryl zajmują zwykle okazy drobnoustrojowe jamy ustnej. Po zupełnem zablźnieniu [na 8-y—10-y dzień od pojawienia się owrzodzenia] tylko nieznaczne miejscowe przekrwienie błony śluzowej zdradza ślad przebytej sprawy. W niektórych jednak razach, gdzie owrzodzenie zniszczyło znaczną część miąższu migdałowego, ubytek tkanek nie wypełnia się całkowicie.

Owrzodzenia języczka i podniebienia miękkiego wogóle nie pozostawiają śladu.

Sprawa trwa zwykle od 6-u do 14-u dni i kończy się wyzdrowieniem, były jednak notowane przypadki, gdzie sprawa, trwająca całymi tygodniami, nie zdradzała wcale skłonności do samoistnego wyleczenia.

Pod mikroskopem błony wykazują budowę identyczną z nalotami błoniczymi. Do barwienia przyrządzonych skrawków można używać karbolowej tioniny [15 minut tionina, parę sekund roztwór kwasu octowego w glicerynie 0,5%, woda i t. d.], albo tioniny i aurancyi [tionina, wyskokowy roztwór aurancyi, ksyloł i t. d.]. Słabe powiększenia wykazują, że błona składa się z trzech warstw. Powierzchnowa warstwa, składająca się z tworów ziarnistych, nie przedstawia wyraźnej budowy i barwi się bardzo słabo—są to znekrotyzowane, zewnętrzne warstwy nabłonka. Gdzieniegdzie znajdują się jądra, silniej chłonna barwniki.



W warstwie tej laseczniki wrzecionowate i spiryle pomieszane są z innymi drobnoustrojami. Warstwa środkowa przedstawia prawie czystą hodowlę laseczników wrzecionowatych: mikroby tworzą zbitą masę i puszczają odnogi w warstwę głęboką. W warstwie tej spotykają się i pierwiastki komórkowe w stanie zwyrodnienia; w jądrach, barwiących się słabo brak kariokinezy, jąderko znika, chromotyna rozpuściła się w protoplazmie. W warstwie głębokiej można rozróżnić siatkę włóknikową, pierwiastki komórkowe mniej uszkodzone i nieliczne lasecznik wrzecionowate, łatwiejsze do rozróżnienia dzięki mniejszemu skupieniu.

Jak widać z przytoczonego powyżej, objawy kliniczne tych spraw nie dają dostatecznych podstaw do rozpoznania; miarodajnym może być tylko badanie nalotów: obecność w przeważającej liczbie laseczników wrzecionowatych lub laseczników i spiryl wyjaśni istotę sprawy.

Rozumie się samo przez się, że w miejscu owróżdzenia zmartwiałe warstwy nabłonka tracą swą wartość ochronną, i że przez tę lukę różne inne drobnoustroje mogą przedostawać się do krwi obiegu, wywołując szereg powikłań mniej lub więcej poważnych, zależnie od rodzaju zarazka, jego jadowości, odporności ustroju i t. p. SIMONIN uważa, że gorączka i odczyn [gruczołowy już są wyrazem powikłania pierwotnej symbiozy przez inne drobnoustroje, najczęściej paciorkowce. Wtórne zakażenia powstają najczęściej między pierwszym a drugim tygodniem choroby. Im rozleglejsze i głębsze bywa owróżdzenie, tem szybszem i intensywniejszem bywa wtórne zakażenie. Sprawy na migdałach rzadziej dają takie powikłania: zapobiega temu—zapewne—potężna sieć obronna migdałów w postaci woreczków limfatycznych podśluzowych i licznych grup gruczołów chłonnych w sąsiedztwie. Daleko poważniejsze są sprawy, powstające na dziąsłach, błonie policzkowej, a w szczególności na języku, gdyż ich terytorium jest w gorszych warunkach samoobrony. SIMONIN na 26 przypadków wrzodziejąco-nalotowego zapalenia widział występowanie powikłań 5 razy [prawie 20%]. Klinicznie powikłania lżejszej natury wyrażają się wysoką ciepłotą, bólami w stawach, białkomoczem, wysypkami, przypominającymi płonice lub *erythema nodosum*, albo *polymorphum*. Objawy w jamie ustnej mogą być przytem bardzo łatwo przeoczone, a tem samem i przyczyna zakażenia pozostawać ciemną.

W podobnych przypadkach SIMONIN z krwi, z moczu wyhodował odmianę paciorkowca, nadzwyczajnie zbliżoną do typu FEHLEISEN'owskiego.

W tych razach, gdy akcja obronna ustroju jest niedostateczna, powikłanie może wystąpić w postaci posocznicy lub ropnicy z przeważnym umiejscowieniem płucnem, opłucnowem, nerkowem lub sercowem.

PAGLIANO i FRANÇOIS opisują przypadek wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej u młodej dziewczyny, gdzie jako powikłanie wystąpiło zapalenie stawów, połączone z wysypką plamicową na całym tułowie. Następnie rozwinęło się zapalenie płuc, które bezpośrednio spowodowało śmierć.

LANDRIAUX opisał przypadek wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej u żołnierza: 8-go dnia choroby wystąpiły bóle w stawach, na 12-ty dzień pojawiła się wysypka plamicowa na skórze i guz wybroczynowy podskórny. Z krwi



otrzymano czystą hodowlę gronkowca białego. Następnie wystąpiła biegunka i obrzęk języka tak znaczny, że trzeba było wykonać laryngotomię. Chory zmarł przy objawach nieżytego zapalenia płuc.

Jak widać z tego, rokowanie pomyślne w sprawie wywołanej przez czystą symbiozę laseczników wrzecionowatych i spiryl, staje się bardzo niepewnem i groźnem w przypadkach powikłanych.

Na zakończenie słów parę o leczeniu. Cały arsenał środków, używanych przy zapaleniach gardzieli różnej natury stosowany był w tej sprawie z niewielkim powodzeniem. Prawdziwym postępowaniem w leczeniu tych spraw było wprowadzenie przez SIREDEY'A do terapii błękitu metylenowego w postaci przysypki lub płukania. Środek ten — chemicznie czysty — powinien być stosowany jeden raz dziennie. Jedyłą ujemną jego stroną jest to, że barwi silnie błonę śluzową jamy ustnej. Lek ten znakomicie skraca przebieg cierpienia, działając w sposób prawie swoisty.

*Przyp. autora.* Z powodów ode mnie niezależnych praca moja przeleżała w Redakcyi kilka miesięcy. W tym czasie pojawił się bardzo ciekawy komunikat kol. LEWKOWICZA (*Przeegl. Lek.*), traktujący o hodowlach lasecznika wrzecionowatego. We wstępie autor zaznacza — niesłusznie zresztą, — że hodowli prątków wrzecionowatych przed nim nikt nie otrzymał. Lewkowicz otrzymał czyste hodowle laseczników VINCENT'a w następujący sposób: materiał drobnoustrojowy wdmuchiwał przez pipetę do płynnego agaru cukrowego z dodatkiem surowicy. Probówki z agarem przenosił następnie do zimnej wody dla wywołania szybkiego skrzepnięcia agaru. W tych warunkach powstawały wewnątrz agaru osady laseczników wrzecionowatych. Już po dwóch dniach można było dostrzedz kolonie o wyglądzie drobnoziarnistym, przeświecającym. Kolonie te przy dalszym rozroście dochodziły do 0,30 milim. średnicy i miały wygląd szaro białawy, mało przezroczysty. Laseczniki wrzecionowate rosły również i na powierzchni agaru cukrowego z surowicą, ale tylko w próżni. Cechy morfologiczne i własności barwienia się znalazł LEWKOWICZ te same, co i inni badacze. W końcu autor załączył parę fotografów.

## L I T E R A T U R A

— 3 —

WURTZ i BOURGES. Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol. 1890.

ROUX i YERSIN. Annales de l'inst. Past. 1888—1890.

CHAILLOU i MARTIN. Ann. de l'inst. Past. 1894.

GRIFFON i BEZANÇON. Ann. de l'inst. Past. 1900.

LEMOYEZ HELME i BARBIER. La Sem. méd. 1894.

BERNHEIM. Centralbl. für Bakt. 1898.

VINCENT. Bull. de la Soc. méd. des hôp. 1898.

idem Ann. de l'inst. Past. 1896 i 1899.

idem Soc. méd. des hôp. 1901.

idem Soc. de biologie. 1901.

ABEL. Centralbl. für Bakt. 1898.

RAOULT i THIRY. Soc. franç. de Laryng. 1899.

DE STOECKLIN. Arch. de méd. exp. et d'anat. path. 1900.



- BERNHEIM und POSPISCHIL. Jahrbuch. für Kinderheilkunde. 1898.  
SACQUÉPÉE. Soc. méd. des hôp. 1899,  
NICOLLE. Mém. et travaux du labor. de bact. de l'Ecole de méd. de Rouen. 1899.  
NICLOT i MAROTTE. Revue de méd. 1901.  
SIREDEY. Soc. méd. des hôp. 1901.  
LETULLE. Soc. méd. des hôp. 1900.  
CHAUFFARD. Soc. méd. des hôp. 1901.  
FREYCHE. Thèse de Toulouse. 1899.  
PANOFF. Thèse de Nancy. 1899.  
ATHANASIU. Thèse de Paris. 1900.  
BERGERON. Diction. encycl.  
VERNEUIL i CLADO. Comptes rendus de l'Ac. de sciences. 1889.  
MILLER. Cytowany u ATHANASIU'a.  
STOOS. Annales suisses. 1895.  
PLAUT. Deutsche méd. Woch. 1894.  
RACZYŃSKI. Przegląd Lekarski. 1898.  
SEITZ. Cytowany u ATHANASIU'a.  
SIMONIN. Soc. méd. des hôp. 1902.  
idem. ibidem 1901.  
DOPTER. ibidem 1902.  
LICHTWITZ i SABRAZÈS. Arch. de Laryng. 1896.  
PAGLIANO i FRANÇOIS. Progrès méd. 1899.  
LANDRIAU. Arch. de méd. et de pharm. milit. 1900.

---

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie d. 5. V. r. b.

1. SZTEYNER przedstawił a) 37-letnią kobietę, wyleczoną po wycięciu nerki, dotkniętej roponerczem i kamieniem miedniczki nerkowej. Wycięta nerka przedstawiała się w postaci wielkiej torbieli, napelnionej zawartością ropną, w miedniczce nerkowej ponad początkiem moczowodu usadowiony był kamień, wielkości jaja kurzego, zatykający otwór moczowodu. b) Preparat chrząstniaka kostniejącego, wielkich rozmiarów, usuniętego z chrząstki 6-go żebra u mężczyzny 22-letniego.

2. GROSGLIK przedstawił szereg kamieni pęcherzowych, usuniętych przezeń w ostatnich czasach i należących przeważnie do kategorii t. zw. kamieni nierozpoznanych, t. j. przebiegających bez zwykłych objawów kamienia pęcherzowego. Wszystkie przedstawione kamienie składały się z moczanów. G. podnosi konieczność badania pęcherza w przypadkach ciemnych zapomocą cystoskopu.

3. A. KARCEWSKI przedstawił przypadek, w którym na zasadzie badania cystoskopem, po katetyryzowaniu moczowodów — rozpoznano gruzlicę nerki lewej. Czynność tej nerki całkowicie zmieniona [próba florydzynowa]. Pomimo, iż sprawność prawej nerki okazała się obniżoną, przystąpiono do operacji wycięcia nerki lewej. Usunięty guz ma w wymiarze podłużnym około 20-tu ctm., w poprzecznym około 15-tu ctm. Na przekroju widać cały szereg jam ropnych, w niektórych — kamienie. Moczowód zatkały kamieniem. Operacya



trwała 1½ godz. Stan chorej po operacji polepsza się stopniowo. Czwar- tego dnia tętno 140, moczu 700 ctm. sz.; chora dopominała się o jedzenie.

4. J. BRUDZIŃSKI przedstawił mózg 10-letniego chłopca z Domu podrzut- ków, który za życia przedstawiał objawy choroby LITTLE'a — *paraparesis spa- stica*. Wybitne zaburzenia ze strony mowy. *Strabismus*. Cierpiał na napady epileptyczne. Bezpośrednia przyczyna zgonu — gruźlicze zmiany płuc i kiszek. Na sekcji w mózgu nader wybitne zmiany: *Porencephalia*. Lewa półkula wy- kazuje znaczne braki substancji, w zrazie czołowym duży otwór, rozszerzający się od powierzchni w głąb, tak że cały prawie zraz czołowy i część ciemienio- wego zniszczone, zniszczona również wewnętrzna część. (*Autoreferat*).

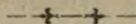
5. S. KLEIN wygłosił pierwszą część swego odczytu. p. t. „O rozpozna- waniu białaczki”. Autor wysnuwa swe wnioski na podstawie spostrzeganych przezeń 40-u przypadków białaczki, (23 przyp. białaczki limfatycznej) i 52 przy- padków t. zw. pseudoleukemii K. podaje cechy kliniczne i hematologiczne obu postaci i przytacza między innymi przypadek limfemii ostrej, ciekawy z te- go względu, że trwał najdłużej z opisanych dotąd w literaturze przypadków (około 6-u miesięcy).

K. przechodzi do wniosku, iż najważniejszą oznaką kliniczną leukemii limfatycznej ostrej, również jak i przewlekłej jest przy pewnym obrazie klinicz- nym zwiększenie znaczne odsetki limfocytów [limfocytoza, limfocytemia].

Wывody swe autor popierał poglądowo przedstawionemi danemi badania hematologicznego.

J. Brudziński.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 28. Adler. O wczesnem rozpoznawaniu tyfusu brzuszego zapomocą nakłucia śledziony i o próbie Gruber-Widal'a.

Rozpoznanie tyfusu brzuszego w początkowych okresach choroby jest bardzo trudne. Najlepsze wyniki w tym kierunku daje nam nakłucie śledziony i następczom badanie bakteryologiczne. Jest to sposób już dawno znany, ale rzadko stosowany, ponieważ pozyskał wielu przeciwników, upatrujących w nim niebezpieczeństwo dla chorego.

Nakłucia dokonywamy w następujący sposób: zapomocą opukiwania określamy granice śledziony; miejsce powyższe dokładnie wymywamy mydłem i wycieramy eterem i wyskokiem. Następnie na jeden poprzeczny palec poni- żej górnej granicy śledziony, na linii pachowej średniej wkładamy poprzecznie wyjąłowaną szprycę, szybko wyciągamy tłok a po 3 — 4 sekundach i całą szprycę. Nakłucie robimy w kierunku poziomym i nieco ku dołowi. Podczas tej manipulacji, która powinna trwać kilka sekund, chory powinien wstrzy- mywać oddech. Po wyjęciu szprycy miejsce ukłucia na skórze przykrywamy pla- sterkiem cynkowym. Po tym rękoczynnie chory powinien w ciągu dwu dni le- żeć w łóżku najspokojniej, a na okolicę śledziony najlepiej położyć pęcherz z lodem.

Przez nakłucie otrzymujemy od 1 — 10 kropeł soku śledziony, które rozle- wamy do probówek z bulionem po 1 — 2 kropeł na probówkę i umieszczamy je w termostacie przy ciepłocie normalnej ciała. Przy dodatnim wyniku nakłu-



cia już po 10-u—20-u godz. możemy postawić pewną dyagnozę. Sposób powyższy ma wielu przeciwników: otóż jedni utrzymywali, iż przez nakłuciu-otrzymujemy za mało soku, aby można było przeprowadzić z nim dalsze badania, inni znów, że nim hodowle rozwiną się, już i obraz kliniczny będzie jasny. Pominąwszy te mniej ważne zarzuty, które nie zgadzają się z rzeczywistością, należy zauważyć, iż niektórzy uważali tę manipulację za bardzo niebezpieczną przez to, że przytem może nastąpić rozerwanie śledziony i obfity krwotok, lub też nieznaczny krwotok do jamy otrzewnej bez rozerwania śledziony, ale dostateczny do wywołania zapalenia otrzewnej. ADLER przeprowadził swe badania na obfitym materiale i nie podobnego nie zauważył. Na oględzinach pośmiertnych nie można było wcale odszukać na śledzionie miejsca nakłucia lub też znajdowano nieznaczną bliznę bez wszelkich objawów zapalnych. Jako przeciwskazanie tego zabiegu autor uważa krwawiącą, wiek podeszły i prawdopodobne mięzzsowe zwyrodnienie śledziony; w dwóch ostatnich wypadkach może łatwo nastąpić rozerwanie śledziony.

Do sposobów, zapomocą których staram się wcześniej rozpoznać tyfus brzuszny, należy próba GRUBER-WIDAL'a, która polega na tem, iż nieznaczna ilość surowicy krwi chorego na tyfus brzuszny, dodana do hodowli laseczników EBERTH'a, wywołuje ich aglutynację. Nadzieja, pokładana w tej próbie jako we wczesnym sposobie rozpoznawczym, nie ziściła się, a to z następujących powodów: surowica krwi chorych na tyfus brzuszny rzadko nabiera własności aglutynacyjnych w końcu pierwszego tygodnia, zwykle w drugim, a niekiedy i jeszcze później. Różne powikłania w przebiegu tyfusu mogą również wpłynąć ujemnie na tę próbę. Jednakże pewne znaczenie rozpoznawcze próba ta posiada: otóż praktyka wykazała, że wraz z rozwojem tyfusu wzrasta i aglutynacyjna zdolność surowicy; przeto w wątpliwych przypadkach, stwierdziwszy fakt ten klinicznie, możemy z zupełną pewnością rozpoznać daną chorobę. Z tego również wynika, że jednokrotny dodatni wynik próby W. nie przemawia jeszcze za tyfusem brzuszny, jeżeli wraz z rozwojem choroby nie zwiększa się aglutynacyjna zdolność krwi. Z drugiej strony, i jednokrotny ujemny wynik próby W. nie przemawia przeciwko tyfusowi brzuszemu. Jeżeli zaś w przebiegu choroby gorączkowej bez wszelkich powikłań ani razu nie udaje się nam próba WIDAL'a przy nierozcieńczonej surowicy, to z pewnością możemy wykluczyć tyfus brzuszny.

Z powyższego wynika, że próba W., jako wczesny sposób rozpoznawczy tyfusu brzuszego, ma niewielkie znaczenie, lecz często daje nam możność postawienia rozpoznania choroby w ciągu kilku dni w tych przypadkach, gdzie innych objawów tyfusu nie mamy, lub też są słabo wyrażone.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin.* 1903. T. 75. Z. 6.) Springer.

## 29. Escherich. O wynikach leczenia szkarlatyny surowicą Moser'a w Wiedeńskiej klinice pedyatrycznej.

Jak wiadomo, kwestyi tej MOSER poświęcił wykład na Zjeździe internistów w Karlsbadzie, w którym przedstawił wyniki, oparte na leczeniu 84 ch ciężkich przypadków szkarlatyny surowicą, otrzymaną innym zupełnie sposobem, niż dotychczasowe surowice przeciwpaciorkowcowe. Dotychczas przeprowadzano zawsze hodowle streptokoków przez organizmy zwierzęce [surowica MARMOREK'a, ARONSON-BAGINSKY'ego i t. d.], przez co siła ich zabójcza wzmagala się i traciły zdolność aglutynacyjną względem odpowiedniej surowicy. MOSER poszedł inną drogą: streptokoki, wychodowane z krwi serca dzieci, zmarłych na szkarlatynę, używane były bezpośrednio lub w hodowlach sztucznych do uodporniania koni. Szczegółowe dane ogłosił MOSER w tym roku w *Jahrb. f. Kinderheilk.*, z podaniem historii chorób i t. d. Z badań swych MOSER wyciąga wnio-



sek, przychylny dla działania nowej surowicy, ponieważ jednak działanie to nie jest z natury samej choroby tak wybitne, jak np. przy błonicy, czytelnik gubi się w szczegółach i jasnego poglądu na sprawę z pracy Moser'a nabyć nie może. Z radością też powitać należy zwycięży a wyraźny co do stanowiska wykład prof. Escherich'a, wygłoszony na Zjeździe międzynarodowym w Madrycie. Badania te prowadzone były na klinice Wiedeńskiej jeszcze przed objęciem przez niego kierownictwa, mógł więc im się przyjrzeć krytycznie. Od czasu komunikatu Moser'a poddano leczeniu jeszcze 28 przypadków ciężkiej szkarlatyny. Wogóle ze względu, iż jak dotąd ilość zastrzykiwanej surowicy jest duża [100—200 ctm. sz.], że występują bądź co bądź działania uboczne i że produkcja surowicy z powodu nader długiego czasu, potrzebnego do uodpornienia koni, bo 7 do 8-iu miesięcy, jest bardzo powolną—ograniczono się tylko do przypadków ciężkich. Fakt to ważny przy ocenianiu wyników leczenia. Dla łatwiejszego zorientowania się co do działania surowicy na objawy szkarlatynowe, Escherich dzieli je na dwie grupy: na objawy infekcyjne—miejscowe i intoksykacyjne—ogólne. Jako miejscowe infekcyjne uważa Escherich: zmiany w gardzieli, naloty, obrzęk i żerzel, obrzęk gruczołów, zmiany w nosie i przestrzeni nosogardzielowej. Objawy te przechodzą bez wyraźnej granicy w powikłania właściwe, jak oto: zapalenie ucha środkowego, zropienie gruczołów, zapalenie wsierdza i wogóle *sepsis* z jej najróżnorodniejszymi przejawami.

Jako objawy zatrucia, intoksykacji uważać można wymioty, ciężkie zaburzenia stanu ogólnego, objawy ze strony systematu nerwowego w ciężkich przypadkach [bredzenie, silny stan podrażnienia, lub apatya, śpiączka], zmiany degeneracyjne w nerkach i mięśniu sercowym, zaburzenia tętna i oddechu, wreszcie gorączkę i wysypkę, jak również i zajęcie stawów szkarlatynowe.

Surowica wpływa, zdaniem Escherich'a, bardzo wybitnie już po 4—12 tu godzinach na objawy intoksykacyjne, działanie więc jej jest *par excellence* anty-toksyczne.

W przypadkach silnej intoksykacji od początku choroby, z bardzo wysoką ciepłotą, bredzeniem na przemian ze śpiączką, zapaleniem łącznicy oczu i nadewszystko zieloną biegunką, z niewielkim zaatakowaniem gardzieli, działanie surowicy, jeżeli zastrzyknięta była wcześniej i w odpowiedniej dawce, jest—słowa własne Escherich'a—„prawie rzecz można c idowne“, na zasadzie „obserwacji klinicznej przypadków takich stałem się zdecydowanym zwolennikiem tej metody leczenia“.

Sprawa ta jest tak ważną, iż pozwolę sobie szczegółowiej przytoczyć dane tego wybitnego pediatry i bakteriologa co do przebiegu klinicznego po zastrzyknięciu surowicy.

W 4 do 12-stu godzin po zastrzyknięciu spada ciepłota niekiedy o 2° i więcej u chorych z bardzo wysoką ciepłotą; spadek ten nie pociąga za sobą potów ani zapaści. Jednocześnie tętno i oddech stają się powolniejsze, wybitnie szkarlatna w takich ciężkich przypadkach wysypka blednie. Najwybitniejsza zmiana następuje jednak w stanie ogólnym: dziecko budzi się jakby ze snu, bredzenie, rzucania się ustępują, wymioty ustają, dziecko siada, żąda jeść i pić, odpowiada na pytania. Pełnia działania występuje po 18 u—30-stu godz. Dalszy przebieg, gdy nie występują, wzmiankowane przy infekcyjnej grupie objawów, powikłania, pozostaje bezgorączkowy; z całego obrazu chorobowego pozostaje jeszcze parę dni stopniowo zmniejszająca się wysypka. W niektórych przypadkach dnia następnego, wieczorem ciepłota podnosi się jeszcze, następnie już stale trwa stan bezgorączkowy.

Wpływ surowicy na wyliczone powyżej objawy infekcyjne jest już znacznie słabszy. Na objawy ze strony gardzieli już istniejące, działanie jest prawie żadne, natomiast przy wczesnem zastrzyknięciu, jeżeli objawy te występują nawet, jak to ma zwykle miejsce około 3-go—4-go dnia, przebieg jest znacznie ła-



godniejszy. To samo tyczy się obrzęku gruczołów, zmian nekrotycznych na błonie śluzowej jamy ustnej i nosa.

Jeżeli powikłania (*otitis, lymphadenitis suppur., endocarditis*) już wystąpiły, zastrzyknięcie surowicy niema już na nie wpływu. To samo da się powiedzieć o t. z. *Nachkrankheiten*, jak *nephritis*. ESCHERICH zastrzega się, że na zasadzie dotychczasowej obserwacji nie może nawet twierdzić, by wczesne zastrzyknięcie surowicy mogło zawsze te zachorowania wtórne uprzedzić, nadaje im jednak, również jak i powikłaniom przebieg łagodniejszy. Dla sprawdzenia wyników otrzymanych, pewną część dzieci zostawiono bez zastrzykiwania, lecząc metodami zwykłemi, innym znowu zastrzykiwano zwyczajną surowicę końską lub różne gatunki surowic przeciwpaciorkowcowych zwykłych; z prób tych surowica MOSER'a wyszła zwycięzko — wybitne jej działanie nie ulegało wątpliwości.

ESCHERICH przytacza dane co do śmiertelności, zastrzegając się, że ogólne cyfry nie dowodzą jeszcze tak wybitnego działania, jakie obserwowano a to dlatego, że najważniejszym warunkiem działania surowicy jest wczesne zastrzyknięcie: z dzieci, którym zastrzyknięto surowicę pierwszego lub drugiego dnia choroby, nie umarło ani jedno; im później zastrzykuje się tem szanse się zmniejszają i śmiertelność wzrasta od 13-u—50-u % (8—9 dzień.) Surowica działa na objawy początkowe i uprzedza ciężkie powikłania, nie wywiera jednak wpływu na proces choroby, w całej już pełni rozwinięty. ESCHERICH z naciskiem zaznacza, iż leczenie surowicą MOSER'a uważa za punkt zwrotny w leczeniu szkarlatyny, uznając, iż obecna surowica MOSER'a musi uleść jeszcze ulepszeniu, gdyż i cena jej jest zbyt wysoka i za duże ilości naraz [100—200 ctm.] trzeba zastrzykiwać; wreszcie i działania uboczne muszą być sprowadzone do znacznie mniejszego stopnia. Te same trudności miały jednak miejsce w swoim czasie z surowicą przeciwbłoniczą, a jednak przeszkody udało się przezwyciężyć. Badania te kliniki peryatrycznej Wiedeńskiej muszą być naturalnie sprawdzone w innych pracowniach klinicznych, pozwalają jednak spodziewać się, iż tym razem zyskamy rzeczywiście środek skuteczny.

J. Brudziński.

---

## Zjazd higienistów w Warszawie.

---

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 24].

### Sekcja ludowa.

W sekcji tej następujące sprawy były obszerniej roztrząsane: najpilniejsze potrzeby sanitarne miasteczek, praktyka lekarska ludowa i organizacja pomocy lekarskiej gminnej. Dalej idą: mieszkania ludności wiejskiej, popularyzowanie higieny i czystość u młodzieży szkolnej. Na omówienie innych spraw, objętych programem, zabrakło czasu: na szkoły wiejskie, pożywienie i odzież ludu, kąpiele. Co do kąpiel, to zwiedzającym kąpiele ludowe im. CHALUBIŃSKIEGO na Pradze udzielał wyczerpujących objaśnień prof. BARANOWSKI, a przy zwiedzaniu kąpiel fabrycznych dr BABIŃSKI.



Ponieważ wszystkie przytoczone sprawy dotyczą najbardziej palących potrzeb prowincyi, nic więc dziwnego, że rozprawy nad niemi ściągaly do sekcyi ludowej większość przyjezdnych. Przeważną większość referatów opracowali lekarze z prowincyi a nie warszawscy. Delegacya sekcyi rolnej wystąpiła z całym szeregiem cennych wniosków, opracowanych już uprzednio na posiedzeniach specjalnej komisji, złożonej z ziemian i lekarzy a dotyczących wszystkich spraw, projektowanych w programie narad.

Co do miasteczek, to rozprawy nad niemi dały nader ponury obraz ich stanu sanitarnego. Nie zaspokojonych a krzyczących potrzeb higienicznych widzimy tu mnóstwo na każdym kroku i trudno wyróżnić między niemi najpilniejsze. A jednak zgodność we wnioskach zabierających głos w tej sprawie była niemal zadziwiająca. Dr S. KLARNER z Bełżyc i Fr. GRODECKI z Pren choć zamieszkali na dwóch przeciwległych krańcach Królestwa, piszący każdy z innego stanowiska, podali wnioski niemal identyczne. Dr S. KLARNER skreślił obrazowo wrażenia, jakich doznałby inteligentny człowiek, przyjeżdżając po raz pierwszy do miasteczka i badając je pod względem sanitarnym. Dr GRODECKI ten sam temat opracował z punktu widzenia lekarza, zamieszkałego w takim miasteczku. Dr MICHAŁOWSKI opisywał szczegółowo miasteczko Żelechów i losy miejscowej komisji sanitarnej, które mogłyby być śmieszne, gdyby nie były tak smutne. Tow. Lekarskie Radomskie oraz sekcye rolne dały szeregi wniosków w sprawie uzdrowotnienia miasteczek,

Najwyższe niechlujstwo, zakażenie powietrza i studzien wskutek braku bruków i ścieków, podwórz i ustępów, jeżeli zaś są, to w ohydnyim stanie, zacieśnienie domów, wznoszonych bez oglądania się na jakikolwiek plan regulacyjny dla miasteczka lub na ustawę budowlaną, brak wody do picia, wstrętne brudy przy przygotowaniu produktów spożywczych najpierwszej wagi, a więc w rzeźni [jeżeli jeszcze, na szczęście, istnieje] i w piekarniach; brak kąpeli lub łaźni, brak zadrzewienia, brak przytułku, ochrony lub szpitalika — oto najpilniejsze sprawy sanitarne.

Przyczyną tego oplakanego stanu jest ciemnota, bieda, brak zmysłu czystości u mieszkańców i obojętność inteligencji miejscowej. W każdym jednak razie z rozpraw okazało się, że mieszkańcy byliby gotowi ofiarować dobrą wolę, czas, pracą a nawet i składki pieniężne dla poprawy złego, gdyby nie jakieś beznadziejne przeświadczenie, że wszystko to pójdzie na marne, że prace ich nie będą miały ciągłości, ani siły wykonawczej.

Jako środek zaradczy wskazywano stałe komitety sanitarne, które właściwie od czasu ostatniej cholery zniesione nie były a nawet przed dwoma laty rozporządzeniami władz wyższych powołane zostały do dalszej czynności. Dzisiejsze protokoły policyjno-sanitarne, wyroki i kary nie mają żadnego wpływu na usunięcie nieporządków. Dalej: zwiększenie liczby lekarzy miejskich z nadaniem im pewnych praw: łączenie się właścicieli domów w spółki dla wynajmowania wspólnych stróżów.

Jako środki materyalne wskazywano: dochody propinacyjne, z rzeźni i z kas pożyczkowo-oszczędnościowych miejskich.

Dr. POŁAK, któremu niemal wyłącznie przypadły w udziale trudy około przygotowania narad higienicznych kwietniowych i zasługa doprowadzenia ich do skutku, zajmował się sprawą uzdrowotnienia miasteczek ze szczególną energią. W celu posunięcia tej sprawy naprzód, utworzył delegacyę, złożoną z prezydentów i burmistrzów miast prowincjonalnych, lekarzy, finansistów i t. d. mającą za cel zebranie i zbadanie istniejących przepisów i postanowień, oraz obmyślenie operacji finansowych, któreby umożliwiły miastom śpieszniejszą poprawę swego stanu. Delegacya ta odbyła kilka wstępnych posiedzeń, rozpoczynając w ten sposób swe czynności.



W sprawie pomocy lekarskiej ludowej przemawiał dr. BIEGAŃSKI, opierając się na wynikach narad nad tym przedmiotem w Tow. Lekarskiem Częstochowskiem i na odczytanych tam pracach drów WITKOWSKIEGO i BRZOWSKIEGO. Z 880 lekarzy w Królestwie tylko 240 przypada na miasteczka. Z 25—30 tysięcy ludności wiejskiej, przypadającej na jednego takiego lekarza, lekarz udziela porad zaledwie 1500 rocznie włościanom. Znaczy to, że na 10 chorych jeden tylko radzi się lekarza. A jednak lud nasz leczyć się lubi i ma mnóstwo doradców zdrowia, z których najmniej może jeszcze szkodliwymi są dziedziczki we dworze. Właściwie jakiejś jednolitej medycyny ludowej nie ma u nas. Zażegnywanom, zamawianom i t. p. lud wierzy nie z przekonania, ale z braku krytycyzmu i w gruncie rzeczy wielkiego zaufania do nich nie żywi. W przekonaniu ludu, skłonnego do materyalistycznego raczej poglądu na świat, skutek zależy od nakładu pracy. To też zamawiania, homeopatyja nie trafiają tak do przekonania ludu, jak pomoce materyalne energiczne: upust krwi, bańki, pijawki, nacierania. Akuszerowie, chirurdzy łatwo zdobywają powagę śród ludu. Lud nie ma dokładnego pojęcia o sposobie zdobywania wiedzy lekarskiej. Wszystkich swych doradców zdrowia uważa za doktorów, którzy nabyli swą wiedzę przez terminowanie u innych i zajęli różne hierarchiczne stanowiska. W praktyce ludowej konieczną jest znajomość psychologii ludu i dużo takt w postępowaniu: obok życzliwości — stanowczość i powaga. — Porada lekarska kosztuje włościanina zbyt drogo, jak to pokazuje głębsze wniknięcie w istotę rzeczy, bo pochłania  $\frac{1}{30}$  rocznego jego dochodu przy sprowadzaniu lekarza z odległości 7-u wiorst. Fermer francuski poświęca 10 razy mniejszą część swych dochodów dzięki lepszym drogom, mniejszym odległościom od lekarza, innemu stosunkowi do aptek.

Wolna praktyka lekarska wiejska, dziś ledwie u nas kielkująca, chyba się bujnie nie rozwinie, w obec tego, że w ostatnich czasach potężnie się rozrasta stała pomoc lekarska przy stowarzyszeniach, kasach chorych i t. d. I u nas powstał już lekarze fabryczni i kolejowi a niezadługo otrzymamy stałych lekarzy wiejskich na wzór ziemstw w Cesarstwie, gdzie lekarzy wiejskich wolnopracujących niema wcale.

Już od r. 1867 lekarze nasi, zwłaszcza Tow. Lekarskie Lubelskie, domagali się uorganizowania stałej pomocy lekarskiej wiejskiej — lekarzy gminnych. Były nawet pewne usiłowania w tym kierunku, ale od dłuższego czasu już ustały. W r. 1897 władze uorganizowały pomoc lekarską wiejską w gub. Płockiej.

Pomoc taka jest poniekąd żywiołowem, koniecznem następstwem ciągłej demokratyzacyi praktyki lekarskiej i mimo wad dzisiejszych ma wszelkie widoki rozwoju przed sobą. Powinniśmy ją uważnie śledzić i poddawać ściślej a bezstronnej krytyce. Obok tego pracujmy nad wyrobieniem u ludu większego zaufania do lekarzy.

W rozprawach podnoszono, że liczba lekarzy, żyjących z praktyki ludowej wiejskiej, wzrasta, że „chłopski rozum” wieśniaka pozwala mu nawet na wielkie wydatki, gdy widzi skuteczność medycyny [surowica przeciwwłonicza], że na „wyleczenie” ofiarowałby nawet i trzecią część rocznego dochodu. Lekarz wiejski winien znać dobrze i choroby oczne i dziecinne; nie może traktować ludu jako coś niższego, wstrętnego, głupiego; nie wolno mu występować przed ludem w roli znachora i umacniać tem istniejących przesądów. Zaufanie do lekarza gra w leczeniu rolę pierwszorzędną a więc zawsze będzie podstawą wolnej praktyki, a przynajmniej wolnego wyboru lekarza. Uorganizowana zbiorowo przez dwory pomoc lekarska dla służby folwarcznej w Drobinie, Szreńsku i Ciechanowie rozwija się bardzo pomyślnie. Gdzie drogi są lepsze, lekarz może objeżdżać chorych własnym powozikiem w jednego konia, co o połowę zmniejsza koszt porady.



Sprawę projektowanej rządowej pomocy lekarskiej ludowej rozważali drzy: FIDLER, KĄDZIERSKI i MICHAŁOWSKI z dwóch różnych punktów widzenia. FIDLER i MICHAŁOWSKI zastanawiali się, czy projektowana pomoc może spełnić to, czego od niej należałoby oczekiwać, KĄDZIERSKI zaś—jaki pożytek ma ludność z dotychczasowej próbnej organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Płockiej. Mimo różnego punktu wyjścia, wnioski wszystkich były bardzo zbliżone.

Błędem dotychczasowej organizacyi jest przytłoczenie lekarzy ogromem pracy lekarskiej i kancelaryjnej, niemożliwym do udźwignięcia. Błędem jest przeniesienie punktu ciężkości na leczenie ambulatoryjne i to jeszcze objazdowe. Ogromne cyfry porad ambulatoryjnych nie mogą służyć za dowód korzyści tych porad dla ludności, jeżeli uwzględnimy, że w takim licho urządzone ambulatoryjum bez poczekalni, zimnem, wilgotnem, masy chorych [do stu], przybyłych z daleka, wyczekują lekarza, który wreszcie przybywa, znużony męczącą podróżą po złych drogach i udziela pośpiesznych minutowych porad, wpuszczając po kilka osób na raz do *quasi* gabinetu, bo lwią część czasu musi poświęcić zapisywaniu chorych. — Błędem jest dotychczasowe zaniedbanie leczenia szpitalnego, bo ono jedynie zapewnia choremu z warstw ludowych jakie takie warunki higieniczne, spokój i umiejętną pomoc. Dotychczasowe lecznice wiejskie w lokalach wynajętych, często nieodpowiednich nie czynią zadość nawet skromnym wymaganiom a przez dwa dni wyjazdowe w tygodniu chorzy byli pozbawieni wszelkiej pomocy i nadzoru.—Do stosunków szpitalnych nowa organizacja wprowadza wielkie zamieszanie. Obok dotychczasowych szpitali płatnych, powstają szpitaliki wiejskie bezpłatne. Czy nie stracą przez to dzisiejsze szpitale, i tak już niezmiernie ubogie, znacznej części swych dochodów, składających się w połowie z opłat, wnoszonych przez gminy za leczenie chorych? Czy miasta będą płaciły i nadal większą część podatku na nową organizację dla ludu wiejskiego a obok tego jeszcze utrzymywały szpitale? Przyszłość dzisiejszych szpitali może budzić poważne obawy. Zdawałoby się więc, że pomoc lekarska powinna przedewszystkiem objąć wszystkie szpitale, zapewnić wszystkim bezpłatne leczenie w szpitalach, stworzyć naprzód nowe szpitale w miastach powiatowych, gdzie ich dotąd nie było, podnieść stan dzisiejszych szpitali, a wszystko to z nowego podatku. — Podatek na nową organizację pominął bezrolnych właścicieli domów w osadach [żydów], rzemieślników, zawody wyzwolone, służbę leśną w lasach rządowych. Kto wie, czy inny rodzaj podatku np: mieszkaniowy albo pogłówny z uwzględnieniem zamożności — nie byłby słuszniejszy. Apteki po wsiach i w osadach przy nowej organizacyi są poważnie zagrożone. Felczerów, stanowiących plagę naszego lecznictwa, nowa organizacja podnosi, powierza im nowe czynności — aptekarskie i nadaje im prawa służby rządowej.

Szerszej pomocy położniczej dla ludu, obrony od chorób zakaźnych, chorzy umysłowych, kalek i nieuleczalnych, poprawy warunków higienicznych organizacja nie uwzględnia. W dotychczasowej organizacyi razi brak zaufania do szerszego ogółu i gmin, usuniętych zupełnie od wszelkiego udziału w zarządzie i kontroli, choć gminy powołane są do tego przez zasadnicze prawa państwowe. A jednak zaufanie i ofiarności ogółu mogłyby bardzo dopomóc prawidłowemu rozwojowi tej trudnej sprawy.

Wybór lekarzy, od którego trafności zależy cała wartość nowej organizacyi, powinien być powierzony Towarzystwom lekarskim, ewentualnie jakimś gremium powołanych do tego przez władze lekarzy. Służba lekarska winna być ubezpieczona od śmierci i starości. Leczenie bezpłatne powinno przysługiwać tylko ubogim.

Organizacja próbna w gub. Płockiej jest zaledwie miniaturą pomocy lekarskiej w ziemstwach, która pochłania daleko większe sumy. Projektowany



podatek jest za mały względnie do zadań. Kto wie, czy płacenie lekarzowi wiejskiemu jakichś 400 — 600 rubli za samo zamieszkiwanie w oznaczonym miejscu z obowiązkiem prowadzenia lecznicy i taniego leczenia chorych w ambulatoryum i po domach — nie byłoby najlepszym zużytkowaniem projektowanego podatku.

Co do higieny chat włościańskich p. RAKOWIECKI skreślił obecny ich stan na podstawie odpowiedzi z pięćdziesięciu kilku wsi na kwestyonyaryusz. Przeważna większość odpowiedzi pochodziła z gub. Płockiej, Warszawskiej i Lubelskiej, głównie od rodzin właścicieli ziemskich. Wsi nasze aż nazbyt często pobudowały się w niewłaściwym ze względów zdrowotnych miejscu, bo zbyt niskim i wilgotnym a to zapewne ze względu na łatwość dostania wody, często zaskórnej i zdrowiu szkodliwej. Chaty i budynki gospodarskie zbyt gęsto są skupione. Pożądana dążność do rozkolonizowania wsi ujawnia się dopiero w ostatnich czasach. Ogródki, pospolite przy chatach, rzadkie są jeszcze przy mieszkaniach dla służby folwarcznej. Do większości chyba chat przybudowane są chlewy a tuż przy chatach znajdują się zbiorniki gnoju i śmieci.

Obok chat drewnianych zjawiają się murowane [dla służby folwarcznej], lepione z gliny, piaskowo-wapienne, z wapieniaka, granitu, nawet kamienia polnego. Zamiast strzech tu i owdzie kryją dachy gontem, kleńcem, tekturą smołowcową, dachówką, zwłaszcza w domach dla służby folwarcznej. Trzyciałowe ściany chat drewnianych nie zabezpieczają od zimna i zmuszają do „gacenia“ ścian na zimę. Nader pożądane byłoby wzniesienie w pobliżu Warszawy budowli piaskowo-wapiennych i lepionych z gliny dla porównania pod względem higienicznym tych materiałów. Konieczne jest rozpowszechnienie planów dobrych chat.

Konieczne wzniesienie toku w chacie ponad poziom gruntu jeszcze rzadko się zdarza. Tak samo i podłogi w izbach, na ogół dusznych i ciemnych. Zaledwie siódma część izb ma wymagane 18 metrów sz. przestrzeni na dorosłego; znaczna zaś większość — zaledwie 12 metr. sz. lub mniej jeszcze. Tylko dwięta część izb ma dostateczne oświetlenie.

W Siedleckiem, Lubelskiem i Radomskiem częsty jest jeszcze smutny i szkodliwy zwyczaj mieszczczenia służby z obcych rodzin w jednej izbie.

Dr DOBRZYCKI przedstawił projekt i plany chaty zdrowotnej. Wybrał typ chaty z podsienią i wejściem od ściany szczytowej. Zwykły typ chaty z sienią na przestrzał pośrodku ściany dłuższej, zabiera dużo ciepła. Ciemną komorę zamienia się na drugą izbę mieszkalną, konieczną nawet u rodzin mniej zamożnych ze względu na obyczajność i zdrowie. Ze schowania [komory] schodzi się po schodach do murowanej pod niem piwnicy z przewiewnikami a drugimi schodkami wchodzi na strych. Dla lepszego wietrzenia ściany między izbami nie doprowadza się do pułapu, zostawiając półkociowy odstęp.

Wychodek, nieznanym dotąd w zagrodach włościańskich, poleca D. wypróbowany przez P. MODLIŃSKĄ. Za tyłami stajni i obory jest dół na nawóz, wyrzucany doń z tych budynków przez klapy ruchome w ich ścianie. U brzegu dołu budka ustępowa wejściem swem spoczywa na ziemi a nad gnojnikiem wznosi się na palach, wkopanych w dół. Deska przez środek dołu pozwala stanąć nad nim dla należytego wymieszania nawozu. Nawóz koński z małą domieszką piasku lub torfu najlepiej odwaniania odchody ludzkie.

O szerzeniu zasad zdrowotności wśród ludu mówili dr MACIESZA i pani SYMONOWICZOWA.

Odczyty na prowincyi nawet dla średnich klas są jeszcze u nas zjawiskiem rzadkiem. Brak nam prac higienicznych, brak stałych działów higienicznych w pismach ludowych. Trzeba założyć komitety popularyzacji higieny na wzór



powstałego przy Towarzystwie Lekarskiem Płockiem, wydać katalog rozumowawny wydawnictw higienicznych dla ludu, wydawać potrzebne książeczki [choćby drogą konkursów], urządzić muzeum przyrządów pomocniczych [diapozytywów i preparatów] do odczytów, starać się o wykłady higieny dla szerszych mas i w szkołach na wzór zapoczątkowanych w Zagłębiu Dąbrowskiem przez dra BRZEZIŃSKIEGO, o urządzanie działu higieny ludowej na wystawach rolniczych. Mówiono o potrzebie pisma higienicznego dla szerszych mas.

Dr ROSZKOWSKI mówił o naglącej potrzebie ochronek miejskich i wiejskich. Dla ochronek wiejskich należy uzyskać pozwolenie przyjmowania dzieci nie tylko do lat 7-iu, ale i do 10 ciu. [C. d. n.]

## Wiadomości bieżące.

— Prof. nadzwyczajny anatomii patologicznej w Uniwersytecie Warszawskim, dr PRZEWOŃSKI mianowany został profesorem zwyczajnym na tejże katedrze.

— Kol. KORZENIOWSKI mianowany został ordynatorem nadetatowym szpitala Dzieciątka Jezus.

— Dr KOHLBERGER mianowany został dyrektorem zakładu obłąkanych w Kulparkowie pod Lwowem.

— Donieśliśmy w swoim czasie, iż z inicjatywy prof. JAWORSKIEGO założono w r. 1900 w Krakowie Muzeum historyczne dla wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, mające za zadanie przechowywać wszelkie przedmioty, dotyczące profesorów, adjunktów, docentów, asystentów, demonstratorów, uczniów medycyny tegoż wydziału. Z 1-go sprawozdania o tem Muzeum, które mieści się w klinice chorób wewnętrznych, dowiadujemy się, iż do końca 1902 r. zgromadzono 1769 przedmiotów [broszur 947, książek 79, druków 157, czasopism 47, rękopisów 77, korespondencji 202, przyrządów i preparatów 31, świadectw 66, dyplomów i dokumentów 81, odznaczeń 30, podobizn 45, przedmiotów pamiątkowych 7]. Muzeum uprasza wszystkich, mających podobne przedmioty o nadsyłanie ich do Krakowa, ulica Starowiślna 10.

— W Chartres odsłonięto pomnik PASTEUR'a dłuta dra P. RICHER'a, prof. anatomii w Szkole sztuk pięknych w Paryżu, b. asystenta i współpracownika CHARCOT'a, który już wówczas słynął jako znakomity rysownik, czego między innymi złożył dowód w dziele swoim o histeryi.

— XI Kongres międzynarodowy higieny i demografii odbędzie się w Brukseli między 2—8 września r. b.

— W Berlinie zmarł dr SACHS z Austrii, który podczas doświadczeń zaraził się pasożytami dżumy.

— W Petersburgu zmarł rodak nasz dr MOCZUTKOWSKI, wykładający neuropatologię w Instytucie klinicznym W. Ks. Heleny Pawłowny w Petersburgu, znany głównie z wprowadzenia do leczenia wiądu rdzenia kręgowego metody wieszania, która kilka lat była w modzie a obecnie prawie powszechnie została zarzuconą.

— Wyszedł z druku № 170 Odczytów Klinicznych, zawierający pracę prof. J. COURMONT'a i V. MONTAGARD'a, p. t.: „Leukocyty. Technika [Hematologia-Cytologia]“ w tłumaczeniu, dokonanem przez dra J. KOLASIŃSKIEGO. Cena odczytu w sprzedaży odręcznej kop. 30.



— XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, odbyć się mający dnia 13-go, 14-go, ew. i 15-go lipca r. b.

Austryackie ministerium wojny zezwoliło na udział lekarzy wojskowych w Zjeździe naszym. Spodziewamy się, że w ten sposób Zjazdu nasze, obejmując coraz to szersze koła, ożywiać się będą coraz bardziej i coraz doskonalej służyć będą wzniosłemu swojemu celowi; postępowi nauki.

Dotychczas zapowiedziano następujące wykłady:

1. BOGDANIK [Biała]. O rezekcyi stopy według własnej metody.
2. Tenże. O zbrodniczem spędzaniu płodu z demonstracją przedziurawionej macicy.
3. CIECHANOWSKI [Kraków]. *Pneumatosis cystoides intestinorum*.
4. Tenże. Demonstracja preparatów z przypadku *lymphosarcomatosis (lymphoma malignum BILLROTHI)*.
5. GLIŃSKI [Kraków]. Gruczoły trawienne w górnej części przełyku oraz ich znaczenie [z demonstracją okazów makro- i mikroskopowych].
6. BORZYMOWSKI [Warszawa]. Demonstracja przyrządu do podawania ligatur i nowego zamykacza do irygatorów.
7. Tenże. Schemat graficzny do badania chorych chirurgicznych dla studentów IV kursu medycyny.
8. Tenże. Trzy przypadki zszywania rany serca oraz kilka modyfikacyi przy operacyach na sercu.
9. L. RYDYGIER sen. [Lwów]. Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie *appendicitis*.
10. Tenże. O zastarzałem zwichnięciu w stawie biodrowym z demonstracją preparatu.
11. Tenże. O wysokim raku odbytnicy i jego leczeniu.
12. HERMAN [Lwów]. O zmianach mikroskopowych w nerkach po zdjęciu torebki.
13. Tenże. Mięsak sieci czy żołądka? [z demonstracją preparatów].
14. SŁĘK [Lwów]. Wyniki leczenia naczyńniaków sposobem HOLLÄENDER'a [z przedstawieniem chorych].
15. Tenże. O guzach nerek.
16. Tenże. Uwagi o zapaleniu płuc po operacyach w znieczuleniu *modo SCHLEICH*.
17. A. RYDYGIER jun. [Lwów]. O znieczuleniu tropakokainą sposobem KOZŁOWSKIEGO.
18. Tenże. *Epithelioma labii superioris*.
19. Tenże. Niezwykła zawartość w przepuklinie wargi sromowej.
20. JASIŃSKI [Lwów]. Nasze wyniki po doszczętnych operacyach przepuklin i porównanie różnych sposobów używanych.
21. KAROCHYZY [Lwów]. Wyniki leczenia rozczyntem karbolu z kamforą sposobem CHLUMSKY'ego.
22. ZIELIŃSKI [Lwów]. O ranach postrzałowych, z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.
23. PAWLIKOWSKI [Lwów]. O leczeniu *anus preeternaturalis*,

L. Rydygier.

Do bieżącego numeru Gazety dołączamy prospekt Szczawnicy.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 6 Іюня 1903. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.