

30585

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7 półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. O otrzymywaniu surowicy przeciwbłoniczej. Podał Wł. Palmirski.— Wykłady kliniczne. Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha i stosunek jej do innych działów medycyny. Przez D-ra Teodora Helmana. — Streszczenia i wyciągi. 22. Zaburzenia mózgowie w przebiegu krztuśca. 23. Leczenie zapobiegawcze przyniotu dziedzicznego u płodu. 24. Przyczynki do zakażeń ogólnych łańcuchkowcami. 25. Przyczynki do etiologii zapalenia nerek. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 21 i 28 lutego r. b. — Odcinek. Ze spraw szpitalnych.— Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Odpowiedzi redakcyi. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Palmirski— Sur les procedés de preparation du serum contre la diphterie.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Palmirski — Ueber die Gewinnung des antidiphtheritischen Serums.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — S r. Krak.-Przedm. 7.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

O OTRZYMYWANIU SUROWICY PRZECIWBŁONICZEJ.

Podał

WŁADYSŁAW PALMIRSKI.

Spostrzeżenia BEHRING'a i KITASATO, że surowica zwierząt uodpornionych przeciwko danemu zarazkowi uodparnia zwierzę tego samego gatunku, a nawet innego przeciwko temuż zakażeniu, wytworzyły w medycynie najnowszy sposób szczepień ochronnych i leczniczych w celu zwalczania chorób zakaźnych, szczególnie zaś błonicy. Nowy ten kierunek ma tę wyższość nad innymi metodami uodparniania ustroju, że przy szczepieniu surowicą ochronną odporność rozwija się zaraz po dokonaniem szczepienia i że, powiększając ilość surowicy, możemy nieledwie otrzymać odporność przeciw dowolnie silnemu zakażeniu. Oprócz tego uodparnianiu tego rodzaju nie towarzyszy zwykle żaden odczyn ze strony szczepionego ustroju ludzkiego. Są to bardzo ważne czynniki, z którymi w leczeniu chorób zakaźnych, szczególnie zaś błonicy, liczyć się należy.

Ano 208/53/13

Nic też dziwnego, że wkrótce po ogłoszeniu wyników badań przez BEHRING'a i ROUX surowica przeciwbłonicza wywalczyła sobie prawo bytu w leczeniu błonicy.

Z szeregu zwierząt, używanych w celu uodparniania przeciwko błonicy, koń jest zwierzęciem najodpowiedniejszym, ponieważ z natury swej jest mniej wrażliwy na działanie zarazka błonicy i lepiej, niż inne zwierzęta, znosi działanie jadu w znacznych nawet ilościach. Godną uwagi jest jeszcze i ta okoliczność, jak to wykazał ROUX, że surowica konia nie posiada działania szkodliwego dla człowieka.

Pracując nad otrzymywaniem surowicy przeciwbłoniczej od listopada 1894 r. do obecnej chwili, miałem możność zebrać sporo spostrzeżeń, któremi uważam za obosowne podzielić się z Sz. czytelnikami w celu uczynienia zrozumiałym sposobu otrzymywania tego środka leczniczego.

Wszystkich koni, przeznaczonych na ten cel, przez ubiegłe 4 lata przewinęło się z obecnymi 50. Były to zwierzęta rosłe, zdrowe, różnej rasy i różnego wieku, cena tych koni nie przewyższała 80—100 rb. za sztukę. Każdy koń przed rozpoczęciem szczepień bywał oglądany przez weterynarza i wypróbowany malleiną w celu przekonania się, czy nie jest dotknięty nosacizną. Dopiero po wypróbowaniu malleiną przystępujemy do szczepień. Szczepienia rozpoczynamy od dawki 1 ctm. sz. jadu błoniczego, dawkę tę stopniowo powiększamy, dochodząc do 400 ctm. sz. jadu. Czas uodparniania konia w zwykłych warunkach nie trwa dłużej nad 2 miesiące.

Dla dokładniejszego zrozumienia rzeczy przytoczę zestawione w tablicy dawki toksyn, które konie otrzymują podczas uodparniania i podczas dalszego postępowania z nimi, np. koń Nr. 13 był nabyty 19. XI. 97 r.

20. XI. 97 r. zastrzyknięta malleina, odczynu nie było ani miejscowe, ani ogólne.

22/XI 97 r. dostał	1 ctm.sz. jadu błon.	8/II 98 r. upuszczono 6 litrów krwi
25/XI 97 r. "	3 " "	17/II 98 r. dostał 100 ctm.sz. jadu błon.
27/XI 97 r. "	5 " "	24/II 98 r. " 150 " "
29/XI 97 r. "	8 " "	28/II 98 r. " 200 " "
2/XII 97 r. "	10 " "	7/III 98 r. " 250 " "
4/XII 97 r. "	15 " "	10/III 98 r. " 300 " "
6/XII 97 r. "	20 " "	17/III 98 r. " 350 " "
9/XII 97 r. "	30 " "	21/III 98 r. " 400 " "
11/XII 97 r. "	40 " "	24/III 98 r. " 400 " "
13/XII 97 r. "	50 " "	7/IV 98 r. upuszczono 7 litrów krwi
16/XII 97 r. "	60 " "	14/IV 98 r. dostał 200 ctm. sz. jadu błon.
20/XII 97 r. "	80 " "	18/IV 98 r. " 250 " "
23/XII 97 r. "	100 " "	21/IV 98 r. " 300 " "
30/XII 97 r. "	125 " "	25/IV 98 r. " 350 " "
3/I 98 r. "	150 " "	28/IV 98 r. " 400 " "
7/I 98 r. "	200 " "	2/V 98 r. " 400 " "
10/I 98 r. "	250 " "	5/V 98 r. " 400 " "
13/I 98 r. "	300 " "	9/V 98 r. " 400 " "
20/I 98 r. "	350 " "	23/V 98 r. upuszczono 7 litrów krwi
24/I 98 r. "	400 " "	
31/I 98 r. probny upust 1 litr		i t. d.

Toksyny błonicze otrzymujemy w sposób następujący: do kolb ($\frac{3}{4}$ litra) EULENMEYER'a nalewamy 200—250 ctm. sz. alkalicznego buljonu z dodatkiem 2% peptonu i 0,5% soli kuchennej. Warstwa buljonu w kolbie nie

przenosi 3—4 ctm. na wysokość. Zarazek błonicy z hodowli 2-dniowej na agarze glicerynowym przenosimy na powierzchnię buljonu i stawiamy do termostatu przy 36—37° C. Po 48 godzinach występuje już wyraźny męt w buljonie, a na powierzchni jego tworzy się przezroczysta, krucha błonka, która z biegiem czasu staje się coraz wyraźniejsza i przybiera odcień szarawy.

W miarę tego cała hodowla coraz silniej mętnieje, a na dnie tworzy się obfity osad. Po 4—6—8 tygodniach wygląd hodowli ulega zmianie: górna jej warstwa staje się przezroczystsza, co oznacza, że hodowla rozwija się powolniej i że jest już gotowa do użytku.

Po dodaniu 1 ctm. sz. fenolu do kolby, zbadaniu osadu pod drobnowidzem i przesączeniu przez świeczki CHAMBERLAND'a otrzymujemy toksyny, których używamy do uodparniania koni. Jadowitość toksyn, otrzymanych w ten sposób, bywa różna, najczęściej 0,25 ctm. sz. jadu zabija świnkę wagi 400—500 grm. w przeciągu 48 godzin. Bywa i tak, że świnka pozostaje przy życiu, a w miejscu szczepienia występuje zgorzel skóry. Czy toksyny są silniejsze, czy słabsze, od szematu wyrobionego nie odstępujemy.

Konia szczepimy 2 razy na tydzień. Najodpowiedniejsze miejsca są boki konia, które starannie myjemy mydłem i roztworem sublimatu 1‰, w celu uniknięcia zakażenia miejscowego i ogólnego. Oprócz tego uważam za stosowne nadmienić, że konie są strzyżone i myte w dniu szczepień mydłem szarem.

Konie różnie reagują: jedne mniej, drugie więcej. Małe dawki znoszą przeważnie dobrze, zaczynając od dawki 100 ctm. sz. jadu — gorzej. Zwykle po zastrzyknięciu występuje tylko miejscowy obrzęk mniej lub więcej wydatny, po którym pozostaje wrażliwość na dotyk w ciągu 1—2 dni. Niekiedy obrzęki bywają bardzo duże, wielkości dużego bochenka chleba, mają one skłonność do opadania pod brzuch lub w nogi, które stają się grubsze od normalnych 3—4 razy. Konie wtedy silniej reagują ogólnie, tracą łaknienie na dni kilka, ciepłota podnosi się o 1—1½° C. Stan taki trwa kilka dni, po upływie których konie wracają do normy.

Co się tyczy ciepłoty ciała konia, to bywa różnie: niekiedy różnicy nie widzimy, częściej podnosi się 0,5 do 1—1½° C., rzadko kiedy wyżej. Dla uwidocznienia tych różnic przedstawię w tablicy ciepłotę 2 koni. Daty, czarnymi cyframi drukowane, oznaczają, że tego dnia wieczorem był zastrzykiwany jad.

	1-szy koń	2-gi koń.		1-szy koń	2-gi koń.
22/X	98	r. był zastrzykiwany jad			
23/X	39	rano	38,6	30/X	39,9 rano 39,2
	39	wieczorem	38,7		39,8 wieczorem —
24/X	38,1	rano	38,3	31/X	— rano —
	38,8	wieczorem	37,1		— wieczorem —
25/X	37,9	rano	38,7	1/XI	37,8 rano 38
	—	wieczorem	—		37,8 wieczorem 38,3
26/X	38,3	rano	38,1	2/XI	38 rano 38,4
	37,3	wieczorem	37,1		38 wieczorem 38,5
27/X	38,3	rano	38,3	3/XI	38,8 rano 38,9
	39	wieczorem	39,7		38,9 wieczorem 38,1
28/X	38,1	rano	37,4	4/XI	38,1 rano 38,4
	38,4	wieczorem	38,2		37,8 wieczorem 38,2
29/X	38,3	rano	37,8	5/XI	37,8 rano 37,7
	38,3	wieczorem	38,1		38,3 wieczorem 37,6

	1-szy koń		2-gi koń.		1-szy koń		2-gi koń.
6/XI	38,2	rano	39,1	25/XI	37,9	rano	38,9
	38,8	wieczorem	38,3		38,6	wieczorem	38,3
7/XI	38,6	rano	38,4	26/XI	38,1	rano	38,3
	38,6	wieczorem	38,3		38	wieczorem	38,6
8/XI	38,6	rano	38,1	27/XI	39,3	rano	39,4
	38,6	wieczorem	38,1		39,2	wieczorem	38,8
9/XI	38,1	rano	38,3	28/XI	38,9	rano	39,2
	37,9	wieczorem	37,8		38,1	wieczorem	39,6
10/XI	38,6	rano	38,2	29/XI	38,3	rano	38,3
	38	wieczorem	38,3		38,1	wieczorem	38,4
11/XI	—	rano	38,1	30/XI	39,2	rano	39,3
	—	wieczorem	38		38,9	wieczorem	39,1
12/XI	38,6	rano	38,8	1/XII	37,1	rano	38,2
	—	wieczorem	38,9		38,1	wieczorem	38,9
13/XI	38,3	rano	39,1	2/XII	38	rano	38,2
	38,5	wieczorem	39,4		38,1	wieczorem	38,4
14/XI	38,1	rano	38,9	3/XII	38,1	rano	38,1
	38,6	wieczorem	39		38,2	wieczorem	37,9
15/XI	38,1	rano	38,3	4/XII	37,8	rano	38
	37,8	wieczorem	38,2		38,1	wieczorem	38,1
16/XI	39,3	rano	39,7	5/XII	38,1	rano	37,9
	38,6	wieczorem	38,3		38,2	wieczorem	37,9
17/XI	38,9	rano	38	6/XII	37,9	rano	38,6
	38,4	wieczorem	38,1		37,6	wieczorem	38,9
18/XI	37,1	rano	38,2	7/XII	37,8	rano	38,3
	39	wieczorem	38,4		37,6	wieczorem	38,7
19/XI	38,2	rano	37,9	8/XII	39,3	rano	38,8
	38,3	wieczorem	37,7		38,9	wieczorem	38,7
20/XI	39,3	rano	38,9	9/XII	38,4	rano	38,3
	38,5	wieczorem	38,6		—	wieczorem	38,9
21/XI	38,3	rano	38,1	10/XII	37,7	rano	37,9
	38,3	wieczorem	38,2		37,8	wieczorem	37,8
22/XI	38,4	rano	38,1	11/XII	38,1	rano	37,7
	38,3	wieczorem	38,2		38	wieczorem	37,8
23/XI	38,6	rano	39,9				
	38,9	wieczorem	38,6				
24/XI	38,2	rano	38,6				
	38,3	wieczorem	38,8				

i t. d.

W dawkowaniu toksyn kierujemy się ogólnym i miejscowym odczynem, jak również stopniem ciepłoty. Jeżeli koń bardzo silnie reaguje, wstrzymujemy się od szczepień. Z siłą zastrzykiwanego jadu liczymy się bardzo w początkowych okresach uodparniania konia, później mniej.

Kilkoletnie doświadczenie wykazuje, że w tem przedsięwzięciu najważniejszą rolę odgrywa indywidualność konia. Konie niekiedy bywają tak wrażliwe na działanie jadu, że nawet po względnie małych dawkach słabego jadu padają.

Podczas początkowych okresów uodparniania padło nam przez te 4 lata 9 koni. 2 konie padły po dojściu zaledwie do dawki 10 ctm. sz. jadu, 2—po dawce 15 ctm. sz. jadu, 1—po 20 ctm. sz. jadu, 1—po 60 ctm. sz. jadu, 1—po 120 ctm. sz. jadu i 2—po 400 ctm. sz. jadu t. j. po ostatniej dawce przed upustem. Z uodpornionych padło nam 7 koni, lecz te służyły do celów leczniczych od 5 do 20 miesięcy.

Średnio koń służy rok czasu, po upływie którego zostaje wycofany z obiegu najczęściej z powodu małej siły surowicy. Konie te są dobrze utrzy-

mywane, dobrze wyglądają, zdają się być w pełni siły, pomimo to po pewnej dawce nieraz padają najniespodziewaniej.

Choroba konia trwa krótko, śmierć następuje po upływie 1—2 dni przy objawach ogólnego niedowładu. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że śmierć spowodowana jest zatruciem toksynami. Dlaczego występuje ono tak niespodziewanie, trudno odpowiedzieć na to pytanie, być może toksyny wywierają działanie kumulacyjne.

Obecnie, jeżeli koń silnie reaguje na początkowe małe dawki jadu, wycofujemy go z obiegu, ażeby go uchronić od nieuniknionej śmierci. Takich koni mieliśmy 3. Inne konie doskonale znosiły i znoszą jad błoniczy, lecz surowicę dają słabą pomimo kilkomiesięcznej pracy. Takie konie również usuwamy, liczba ich dosięga już 8. Z zestawienia tych danych widzimy, że na 50 koni 20 odpadło, bądź z powodu śmierci podczas uodparniania, bądź z powodu nadzwyczajnej wrażliwości na działanie jadu błoniczego, bądź z powodu słabej surowicy pomimo kilkomiesięcznej pracy, co świadczy o dużej odsetce koni (40%) niezdatnych do tego celu. W tej odsetce pomijam te 7 koni, które padły z uodpornionych, ponieważ służyły one w przeciągu 5—20 miesięcy do otrzymywania surowicy przeciwbłoniczej.

Jak wyżej zazaczyłem, czas uodparniania konia nie trwa dłużej nad 2 miesiące, następnie dajemy odpoczynek dwutygodniowy i robimy upust 6—7 litrów krwi. Po upuście koń odpoczywa 4—7 dni, po upływie których zastrzykujemy jad 2 razy na tydzień w przeciągu 4 tygodni i po 2 tygodniowym wypoczynku przystępujemy do 2-go upustu i t. d. Przeciętnie z koni uodpornionych co 7 tygodni robimy upusty. Otrzymywanie krwi odbywa się w sposób następujący. Koń zostaje wprowadzony do klatki drewnianej, urządzonej w ten sposób, że stoi swobodnie, wyskoczyć jednak z niej, położyć się lub stanąć dęba nie może, ponieważ przeszkadzają mu odpowiednio przeprowadzone pasy. Na szyję nakładamy sznurek z pętlicą lub kółkiem żelaznym, który przez lekkie zaciągnięcie o tyle uciska żyłę szyjową od dołu, że występuje ona widocznie. Po odpowiednim wystrzyżeniu i obmyciu skóry trójgraniec COLLIN'a, wyjałowiony i umoczony w wyjałowionej oliwie, wkluwamy w nabraną żyłę. Gdy czujemy, że żyła już została przebita, co się poznaje po charakterystycznym oporze przy przebijaniu elastycznej ściany żyły, który to opór odrazu niknie po jej przebiciu, wprowadzamy trójgraniec głęboko, prawie pod szyjkę, wyjmujemy igłę i zakładamy rurkę gumową z czopkiem, prowadzącą do wyjałowionej kolby. Krew spływa do kolby litrowej silnym strumieniem pod przykryciem, zabezpieczającym od zanieczyszczenia. Krew ustaje się w kolbach w ciągu 1 dnia. Czerwone ciałka krwi opadają na dno, wyżej tworzy się skrzep włóknika, który, kurcząc się, wydziela surowicę; ilość jej wynosi zwykle około $\frac{1}{3}$ objętości krwi. Surowica, w ten sposób otrzymana, zostaje złana do wyjałowionych kolb EULENMEYER'a objętości 260 ctm. sz., zatkaných korkami gumowymi, a w celu nadania jej większej trwałości, dolewa się nieco chloroformu. Następnie określamy jej siłę ¹⁾ i po pełnem odstaniu się kłaczków włóknika w kolbkach zostaje rozlana za pomocą przyrządu ²⁾, opisanego przez kol. W. ORŁOWSKIEGO, do wyjałowionych flaszeczek i zatkana wyjałowionymi, gumowymi korkami ³⁾. Objętość surowicy

¹⁾ Wł. PALMIRSKI i W. ORŁOWSKI — Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy BEHRING'a, ARONSON'a, ROUX, krakowskiej i warszawskiej. „Medycyna“ Nr. 16 z 1895 r.

²⁾ W. ORŁOWSKI — Nowy przyrząd do aseptycznego zlewania płynów. „Medycyna“ Nr. 21 z 1896 r.

³⁾ Wł. PALMIRSKI i W. ORŁOWSKI — Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciw-błoniczą, część I. „Medycyna“ Nr. 38 z 1893 r. Wł. PALMIRSKI — Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą. Część II. „Medycyna“ Nr. 18 z 1897 r.

warszawskiej we flaszeczce bywa różna, lecz siła zawsze odpowiada 1000 jednostkom uodparniającym. Do tej pory nie udawało nam się dojść do tego, ażeby dawka lecznicza surowicy przeciwbłoniczej była zawsze jednakowej objętości. Zależy to od siły surowicy, otrzymywanej z koni, która nie zawsze jest jednakowa. Wahania w sile surowicy, pochodzącej z różnych upustów, lecz od tego samego konia, bywają bardzo znaczne.

Dla dokładniejszego zrozumienia rzeczy przytoczymy krzywe siły surowic z różnych koni, zestawione w niżej podanej tablicy.

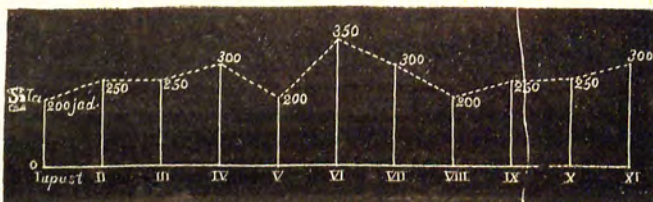
KRZYWE SIŁY SUROWICY.

1. Kupiony 16. I. 96 r.



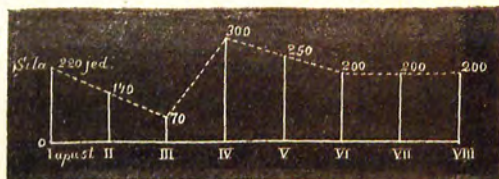
Wycofany 24. IX. 96 r.

2. Kupiony 25. IV 1896 r.



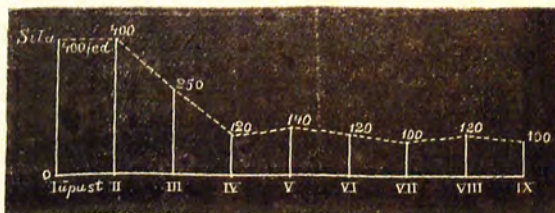
Paź 24. I. 98 r.

3. Kupiony 2. VII. 96 r.



Wycofany 9. IX. 97 r.

4. Kupiony 23. X. 96 r.



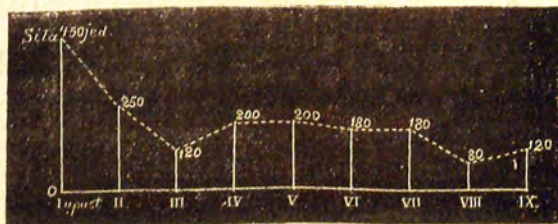
Wycofany 4. II. 98 r.

5. Kupiony 6. X. 96 r.



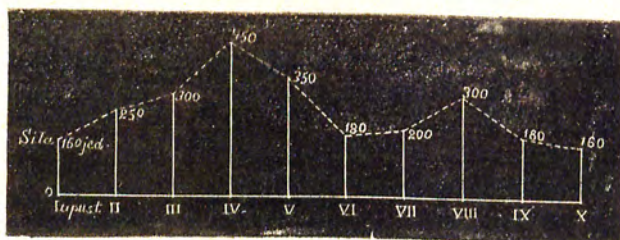
Wycofany 26. X. 97 r.

6. Kupiony 14. XII. 96 r.



Wycofany 14. IV. 98 r.

7. Kupiony 5. III. 97 r.



Paźdź 17. X. 98. r.

8. Kupiony 16. I. 96 r.



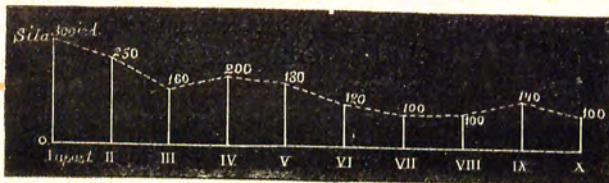
Paźdź 20. XI. 1897 r.

9. Kupiony 31. VII. 97



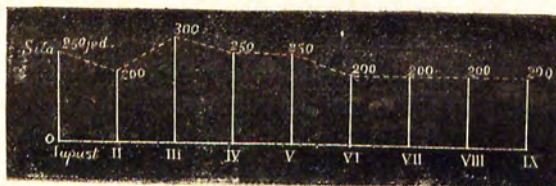
Wycofany 20. V. 98. r.

10. Kupiony 3. IX. 1897 r.



Wycofany 17. XII. 1898 r.

11. Kupiony 29. X. 97 r.



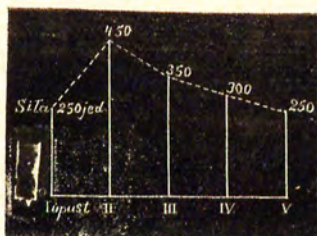
Służy jeszcze 20. I. 99 r.

12. Kupiony 29. X. 97 r.



Wycofany 29. XII. 98 r.

13. Kupiony 19. XI. 97 r.



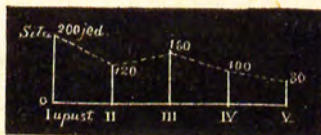
Paźdź 28. IX. 1898 r.

14. Kupiony 19. XI. 97 r.



Wycofany 13. IV. 98 r.

15. Kupiony 22. X. 97 r.



Wycofany 3. VIII. 98 r.

Przypatrując się bliżej tym krzywym, nie widzimy stałego typu. U jednych koni siła surowicy stopniowo się zwiększa (patrz Nr. 1, 2, 5, 7, 13), poczem stopniowo opada; u drugich, odwrotnie, siła surowicy staje się coraz słabszą (patrz Nr. 4, 6, 8, 9, 10, 12, 15).

Niekiedy spotykamy takie konie, których surowica przedstawia ciągle wahania: siła jej wzrasta, następnie się zmniejsza, wzrasta i obniża się i t. d. (patrz Nr. 2, 3, 7, 11). Pomimo woli nasuwa się pytanie, od czego zależą te wahania? 4-letnie doświadczenie nie daje nam stanowczej odpowiedzi. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jest pewien związek pomiędzy siłą szczepionego koniom jadu, a siłą otrzymywanej surowicy, lecz prostej zależności nie ma. Gdybyśmy zestawili krzywe siły jadu, szczepionego koniom, i krzywe siły surowicy z nich, przekonalibyśmy się, że nie zawsze idą one współmiernie, znajdziemy tu nieraz stosunek odwrotny: t. j. konie, szczepione jadem silnym, dają surowicę słabą i odwrotnie, szczepione jadem słabym dają niekiedy surowicę silną. Z tego wynika, że najważniejszą rolę w otrzymywaniu surowicy odgrywa indywidualność konia. Tem tylko możemy wytłomaczyć sobie, dlaczego jedne konie znoszą szczepionki bez najmniejszego odczynu miejscowego lub ogólnego, lub też dlaczego surowica różnych koni nie jest jednakowej siły, pomimo jednakowej siły jadu, zastrzykiwanego w jednym i tym samym czasie. Dla uwidocznienia wpływu indywidualności konia, przypatrzmy się koniom Nr. 13 i 14. Konie te były kupione w jednym i tym samym czasie, jednocześnie były szczepione, pomimo to siła surowicy z 1-go upustu konia Nr. 13 równała się 250 jednostkom w 1 ctm. sz., gdy siła surowicy konia Nr. 14 równała się 120 jednostkom. Drugi upust z tych koni dał jeszcze większą różnicę. Siła surowicy konia Nr. 13 = 450 jednostkom, drugiego = 140. Weźmy drugie dwa konie, np. Nr. 8 i 9. Krzywe siły surowicy tych koni wykazują jeszcze znaczniejsze różnice.

Takąż samą różnicę wykazują konie Nr. 4 i 5, również pomimo jednakowych warunków. Tych kilka przykładów w zupełności wyjaśnia, w jak trudnych warunkach znajdują się wytwórcy surowicy leczniczych. W praktyce niejednokrotnie spotykamy się z żądaniem, ażeby dawka lecznicza surowicy była jak najmniejsza, nie zawsze jednakże jesteśmy w stanie zadość uczynić tym wymaganiom, ponieważ, jak widzimy, na siłę surowicy wpływają czynniki niezależne od nas.

WYKŁADY KLINICZNE.

Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha

i

stosunek jej do innych działów medycyny¹⁾.

Przez

D-ra TEODORA HEIMANA.

Szanowni Panowie! Za przedmiot lekcji, z którą występuję dziś przed tem wielce szanownem zebraniem, obrałem „Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha i stosunek jej do innych działów medycyny“. Temat o tak sze-

¹⁾ Lekcja próbna, wypowiedziana w Warszawskim Uniwersytecie w dniu 27 Października 1898 r.

rokim zakroju obrałem po długim i poważnym namyśle i kierując się względami czysto praktycznymi. Mógłbym ograniczyć się na pewnym, ściśle ograniczonym dziale nauki o chorobach ucha i przedstawić Panom obecne pojęcia o nim; nie uczynilem tego jednakże dlatego, ponieważ pragnąłem przypomnieć o ważności i znaczeniu otyatryi wogóle, zainteresować Was tym działem medycyny i zachęcić do zajęcia się tą specjalnością, która uzyskuje szerokie prawa obywatelstwa i pewnym krokiem idzie po drodze postępu, jaki wogóle cechuje medycynę ostatnich lat dziesiątków.

Sz. Panowie! Choroby ucha są tak stare, jak ród ludzki, i zwróciły na siebie uwagę już w czasach najdawniejszych. Pierwsze ślady o chorobach ucha napotykaemy w XVI wieku przed narodzeniem Chrystusa u egipcyan i indyan; zaś w 5-em stuleciu u greków. Z pomiędzy greków pierwsze miejsce zajmuje HIPPOKRATES, i można powiedzieć, że on pierwszy położył podwaliny dla otyatryi. HIPPOKRATES znał stosunek, istniejący między chorobami ucha, nosa i gardzieli, i stosunek chorób ucha do całego ustroju; wiedział o tem, że choroby gorączkowe i zapalne wikłają się często chorobami ucha i rozumiał niebezpieczeństwo spraw ropnych dla mózgu. Uważał on ropienie z ucha za następstwo choroby mózgowej i, podług jego pojęć, ropienie z ucha stanowiło objaw bardzo pomyślny, i dlatego nie należy go powstrzymywać. Jak wykazały późniejsze spostrzeżenia, pogląd taki był mylny; lecz, niestety, dotąd jeszcze jest dość rozpowszechniony wśród publiczności nielarskiej, a w części i lekarskiej. Po HIPPOKRATESIE nastąpił okres bezmyślnego empiryzmu, i okres ten przetrwał całe wieki. GALEN (131—210 po nar. Chr.) powstał przeciw takiemu kierunkowi. Pogląd GALEN'a nosi nazwę spekulacyjno-apriorystycznego. Okres lekarzy greko-lacińskich zamyka PAWEŁ z Aeginy (wiek VII), który odznaczył się na polu chirurgii otyatrycznej. Empiryzm i kierunek spekulacyjny doszły do najwyższego rozwoju u lekarzy arabskich; wpływ tych ostatnich trwał do końca XIII wieku (RHazes, AVICENNA, HALI ABAS). Począwszy od XVI wieku, nauka o chorobach ucha zrobiła wielki krok naprzód pod wpływem wielkich anatomów BERENGER'a di CAPRI, VESALUS'a, EUSTACHIUS'a, FALLOPIUS'a i FABRICIUS'a ab AQUAPENDENTE. Dotąd uwaga lekarzy była tylko zwrócona na ucho zewnętrzne, dzięki zaś powyższym anatomom zaczęto badać i inne odcinki narządu słuchowego. Prace tych anatomów posłużyły za podstawę do badań wszystkim następnym pokoleniom nie tylko na polu anatomii, lecz i fizjologii, patologii i terapii narządu słuchowego. Nie można wszelako zaprzeczyć, że współcześnie z tymi uczonymi istniał niemały zastęp lekarzy w XVII wieku, którzy zajmowali się medycyną i mistyczną i zabobonną, którzy z energią godną lepszej sprawy bronili dawniejszych systemów i bezwiednie stali na przeszkodzie postępowi.

Znakomity anatom francuski Du VERNEY (1640—1730) pierwszy usiłował wytworzyć dla otyatryi stanowisko samodzielne i fakty, otrzymane z licznych spostrzeżeń klinicznych, starał się oświecić i rozjaśnić na podstawie danych anatomicznych i fizjologicznych. BONNET, Jean Baptiste MORGAGNI, J. L. PETIT zostawili w pracach swoich wiele ważnych danych dla anatomii patologicznej ucha. W wieku XVIII dobre prace o chorobach ucha napisali LESCHEVINE, ALARD i SAISSY we Francji, SIMS i SANNDERS w Anglii. W bieżącym stuleciu francuski pocztmistrz GUYOT wynalazł cewnik uszny, który początkowo wprowadzał się przez usta GLELAND, ANTOINE PETIT i in. zastosowali go przez nos, i sposób ten utrzymał się po dziś dzień. J. L. PETIT pier-

wszy otworzył wyrostek sutkowy w celach leczniczych; niezależnie od niego operację tę wykonali lekarz rosyjski A. F. LÖFFLER i pruski lekarz wojskowy JASSER. Znakomity chirurg angielski ASTLEY COOPER pierwszy przecinał błonę bębenkową w celu wyleczenia głuchoty. Pomimo tego wszystkiego, nasz wiek dopiero miał postawić naukę o chorobach ucha w rzędzie działów medycyny, zasługujących na bacniejszą uwagę. Zaslugę tę w pierwszym rzędzie pod tym względem mają ITARD i DELEAU we Francyi, WILDE i TOYNBEE w Anglii oraz KRAMER w Niemczech. Wraz ze śmiercią wzmiankowanych autorów francuskich i angielskich naukowy poziom otyatryczny w krajach tych znacznie się obniżył, ażeby przejść całkowicie do Niemców, którzy dotąd nie odgrywali żadnej roli w rozwoju i postępie nauki o chorobach ucha. Oprócz KRAMER'a wybitne miejsce w otyatryi zajęli Antoni v. IRÖLTSCHE, którego Niemcy sprawiedliwie nazywają ojcem otyatryi niemieckiej, i cały szereg badaczy jak np. POLITZER, GRUBER, URBANTSCHITSCH i ZAUFAL w Austrii, SCHWARTZE, MOOS, LUCAS, TRAUTMANN i in. w Niemczech. Dzięki pracom i usiłowaniom tych badaczy, z pomiędzy których wielu było doskonałych nauczycieli, chorobami ucha zaczęto zajmować się w drugiej połowie naszego stulecia prawie we wszystkich krajach cywilizowanych, i już w roku 1883 było otyatrycznych katedr uniwersyteckich w Niemczech 17, w Austrii 7 i w Szwajcaryi 4.

Ogólne dążenie do rozpowszechnienia wiadomości o chorobach ucha nie pozostało bez wpływu w Rosyi. Oprócz wzmiankowanego wyżej LÖFFLER'a, wydał RAUCH w r. 1821 po niemiecku książkę „o chorobach przewodniczącego słuchowego i błony bębenkowej“. Głównymi przedstawicielami otyatryi w Rosyi w drugiej połowie naszego stulecia byli PRUSSAK i WREDEN. Pierwszy z nich położył zasługi jako pedagog i anatom; drugi zrobił wiele ważnych odkryć na polu patologii i terapii ucha. Pierwszą katedrę chorób usznych otworzono w Akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu, dzięki staraniom profesora BOTKINA.

Obecnie nauka o chorobach ucha jest wykładana w większości uniwersytetów rosyjskich. Najpoważniej przedmiot ten jest traktowany w Akademii wojenno-lekarskiej i w klinice moskiewskiej, urządzonej kosztem znanej filantropki pani Bazanowej. Moskiewska klinika uszna stanowi zakład jedyny w świecie; może ona służyć za wzór i przykład dla tego rodzaju zakładów.

Badania otyatryczne ostatnich czterech dziesiątków lat przyjęły zupełnie inny kierunek, niż to było dawniej, ponieważ w badaniach tych zaczęto kierować się metodą czysto naukową. Sposoby badania stały się bardziej dokładnymi. Otyatrya, podobnie jak inne działy medycyny, oparła się na metodach badania, przyjętych w naukach przyrodniczych. Drobnowidz przyczynił się do rozszerzenia zakresu naszych wiadomości z anatomii normalnej i patologicznej ucha; fizjologia dała nam możliwość określenia zaburzeń i zbieżności czynnościowych narządu słuchowego za pomocą sposobów czysto fizycznych. W zakres badań naszych wciągnięta została bakteryologia, i była zwrócona uwaga na choroby nosa i gardzieli. Operacje zarzucone, jak otworzenie wyrostka sutkowego i przecięcie błony bębenkowej, zostały na nowo wprowadzone i wynaleziony został cały szereg nowych operacji, jako to: wycięcie częściowe i całkowite błony bębenkowej, wyjęcie pojedynczych lub wszystkich kosteczek słuchowych, otworzenie wszystkich jam ucha środkowego, wreszcie udoskonalono sposoby leczenia t. zw. powikłań śmiertelnych ucha. Wskazania dokładne, technika udoskonalona i wykonanie operacji przy za-

chowaniu wszelkich prawideł współczesnej antyseptyki i aseptyki nie mało przyczyniły się do postępu terapii usznej.

Sądząc z przedstawionego krótkiego rysu historycznego, zdawałoby się, że nauka o chorobach ucha rozwijała się jednocześnie i równoległe z innymi działami medycyny; w rzeczywistości jednak ma się rzecz zupełnie inaczej, i otyatryę uważać musimy za naukę zupełnie młodą. Po wsze czasy byli wprawdzie pojedynczy lekarze, którzy zajmowali się otyatryą i niejedno zdrowe pojęcie wnieśli do tej nauki; wszelako ogół lekarzy odnosił się do niej obojętnie. Jeszcze przed 50 laty jeden ze znakomitych chirurgów radził TRÖLTSCH'owi, pragnącemu poświęcić się otyatryi, porzucić tę myśl, jeśli nie chce stawić na kartę swojej dobrej sławy, i niezbyt odległe są jeszcze te czasy, gdy lekarze wogóle nie tylko odnosili się obojętnie do nauki o chorobach ucha, lecz uparcie nie zwracali na nią uwagi. Na taki stan rzeczy złożyło się wiele przyczyn. Najglówniejszą była ta, że otyatrya nie miała swych przedstawicieli w żadnym uniwersytecie. We Francyi, gdzie położone były podstawy otyatryi współczesnej, dopiero przed dwoma laty urządzona została na koszt rządu pierwsza klinika uszna przy paryskiej szkole lekarskiej! Wogóle sądzono, że wystarczy pomieścić otyatryę w jakimś zakątku chirurgii lub połączyć ją z wykładem chorób oczu. Trudności przy preparowaniu narządu słuchowego, głębokie jego położenie, jego budowa złożona i mnóstwo nazw jego części składowych już studentów nie bardzo zachęcały do tego przedmiotu, i narządem tym zajmowano się o tyle, o ile to było potrzebne dla zdania egzaminu z anatomii i fizyologii narządu słuchowego. Przy takim stanie rzeczy brak postępu i wyników praktycznych składano na właściwość samego przedmiotu, któremu odmawiano możności jakiego bądź postępu, jakiegobądź rozwoju naukowego. Na ten stosunek oplakany nie mało też wpłynęły kłótnie literackie i brak wszelkiego poczucia godności osobistej wśród wielu adeptów tej nauki, jak również i ta okoliczność, że leczeniem chorób ucha zajmowali się przeważnie nie lekarze, a różnego rodzaju szarlatani. Nic też dziwnego, że doszło do tego, iż wszystko, co się tyczyło chorób narządu słuchowego, przyjmowane było z lekceważeniem i z największem niedowierzaniem. Następstwem tego było, że publiczność nielekarska, podtrzymywana przez lekarzy w błędnych pojęciach, lekkomyślnie odnosiła się do chorób narządu słuchowego, i ta obojętność, to niedowierzanie względem tej nauki i obecnie jeszcze jest, niestety, bardzo rozpowszechnione. I dziś jeszcze spotykamy wiele osób, które wzywają pomocy lekarskiej przy najmniejszych zboczeniach lub zaburzeniach jakiegobądź innego narządu, a tymczasem na głuchotę postępującą lub na cierpienia narządu słuchowego, zagrażające ich życiu, nie zwracają żadnej uwagi i dopiero wtedy szukają pomocy u lekarza specjalisty, gdy choroba trwała całe lata i dziesiątki lat, t. j. wtedy, gdy się już nic albo też bardzo niewiele da zrobić. Chorzy tacy otwarcie i naiwnie przyznają się, że się przeważnie dlatego nie leczyli, że ich upewniali znajomi i lekarze, iż im pomódz nie można, że w chorobach narządu słuchowego nic zrobić nie można, i że wreszcie przez leczenie ich stan chorobowy jeszcze więcej się pogorszy. Jako przykład lekkomyślnego odnoszenia się publiczności do chorób narządu słuchowego służyć mogą uszkodzenia narządu słuchowego, jakie często napotykałem u rekrutów, chcących uchylić się od służby wojskowej; wybierano dlatego narząd słuchowy do tych celów przestępnych, że uszkodzenia jego mają być mało ważne i bez znaczenia dla zdrowia i życia osobnika.

Dzięki rozpowszechnieniu pojęć zdrowszych o chorobach narządu słuchowego, coraz rzadziej spotykamy się z tego rodzaju poglądami nie tylko wśród lekarzy, lecz i wśród publiczności nielekarskiej. Tylko umysł leniwy i krótkowidzący twierdzić będzie, że w chorobach ucha nie można nic zrobić, i że tu nic się nie zmieniło na lepsze. Ma się rozumieć, ludzie tacy istnieją, jak zawsze istnieć będą tacy, dla których powagi i nie bardzo rozległego umysłu wygodniej jest nie zwracać uwagi na to, co się dokoła nich dzieje, lub też zamykać oczy na fakty dokonane. Zachodzi przecież pytanie, dlaczego nie można by było nic zrobić w chorobach narządu słuchowego? Czyż on się nie składa z tych samych tkanek, co inne części naszego ustroju? Czyż podlega innym prawom, aniżeli cały ustrój? Czy jest mniej dostępny dla rozpoznania i leczenia spraw chorobowych w nim zachodzących, aniżeli inne narządy, leżące daleko głębiej, jak np. mlec pacierzowy? W rzeczywistości niema tego wszystkiego. Jeżeli zrobimy nauce o chorobach ucha zarzut, że istnieją w niej dotąd wielkie braki, to sądzę, że to nie może służyć za podstawę do zaniedbywania tego działu medycyny; przeciwnie braki te powinny być bodźcem do usilnej pracy, do coraz to nowych badań. Braki i niedostatki istnieją nie tylko w otyatrii, nie tylko w medycynie, lecz na wszystkich polach ludzkiej wiedzy; nikomu jednakże z tego powodu nie przyjdzie na myśl założyć ręce; każdy badacz starać się będzie ciemne punkty nowymi badaniami, nowymi pracami, nowymi spostrzeżeniami wyświecić.

Sz. Panowie! Nie mogę tego przed Wami ukryć, że nauka o chorobach narządu słuchowego przedstawia, jak dotąd, jeszcze wielkie luki, nie bacząc na to, co zrobiono dotychczas na polu rozpoznania i leczenia chorób tego narządu. Luki te są bardzo wybitne w całej grupie spraw chorobowych, znanych pod nazwą ogólną „przewlekłego nieżyty ucha środkowego“, przebiegających przy nieznacznych objawach. Niezależnie od złośliwości tej grupy chorób, smutne wyniki lecznicze i niedostateczna ich podstawa anatomiczna pochodzą w znacznej mierze ztąd, że choroby te, szczególnie w ich okresie początkowym, są często pozostawiane bez wszelkiego leczenia, i chorzy zwracają się o pomoc do lekarza wtedy, gdy w narządzie słuchowym zaszły zmiany, nie dające się już usunąć. Z drugiej strony przyczynę niezadawalniających wyników rozpoznawczych i leczniczych stanowi ta okoliczność, że bardzo rzadko udaje się zmiany, istniejące za życia, sprawdzić badaniem pośmiertnym. To ostatnie stanowi też przyczynę niedostatecznego opracowania nauki o chorobach błędnika usznego. Wszelako uważam za potrzebne przypomnieć jeszcze raz, że tego rodzaju niedostatki nie stanowią swoistej własności chorób narządu słuchowego. Jak panom wiadomo, pozostaje jeszcze wiele do zrobienia i w innych działach medycyny na polu anatomii patologicznej, dyagnostyki i terapii. Choroby przewlekłe i innych części ustroju przedstawiają niewdzięczne pole dla leczenia, nie bacząc na to, że badaniem spraw chorobowych w innych narządach ciała i leczeniem ich zajmują się daleko dłużej i daleko więcej badaczy, aniżeli to miało dotąd miejsce w otyatrii. Za to w sprawach chorobowych ostrych narządu słuchowego, a przedewszystkiem w chorobach ucha zewnętrznego i środkowego lekarz sumienny i znający przedmiot może choremu przynieść wielką korzyść; może często uchronić chorego, ażeby chorobą jego nie przeszła w stan przewlekły, niewyleczalny i często zagrażający jego życiu. Wiele można też zrobić w sprawach przewlekłych ropnych ucha zewnętrznego i środkowego; jesteśmy obecnie w stanie zachować to, co jeszcze nie uległo zniszczeniu i usuwać przyczyny, od których jeszcze do nie-

dawna ginęła znaczna liczba chorych i często uratować chorego w tych przypadkach, które niedawno jeszcze uważane były za stracone. Musimy zgodzić się ze zdaniem TRÖLTSCH'a, że im więcej będzie lekarzy, obeznanych z chorobami ucha, tem łatwiej i tem prędzej chorzy szukać będą pomocy lekarskiej. Następstwem tego będzie z jednej strony zmniejszenie się liczby przypadków niewyleczalnych chorób narządu słuchowego; z drugiej znowu strony, im więcej lekarzy pracować będzie na tem polu, tem prędzej, mamy nadzieję, usunięte zostaną, a przynajmniej zmaleją istniejące obecnie niedostatki, i tem widoczniejszym okaże się postęp tej nauki, co tylko na korzyść cierpiącej ludzkości wyjść może. My się z pewnością naprzód posuniemy, bo sami wiemy, czego nam niedostaje, a przez to badania nasze stawiamy na bardziej trwałym gruncie i mamy jasno wytkniętą drogę, po której iść powinniśmy.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

22. SCHREIBER. **Zaburzenia mózgowe w przebiegu krztuśca.** Do napisania pracy omawianej skłonił autora przypadek krwotoku mózgowego, spostrzegany u dwuletniej, dobrze odżywianej dziewczynki, u której nagle pod koniec napadu kaszlu wystąpiły drgawki. Dziecko stało się apatyczne, przestało mówić, ruszać dowolnie kończynami, nie przyjmowało pożywienia, często wymiotowało. Wypróżnienia i mocz nie uległy zmianie. Napady kaszlu wyprzedzały zazwyczaj drgawki. Wkrótce przyłączyły się do powyższego obrazu chorobowego: porażenie prawego nerwu twarzowego, brak oddziaływania ze strony źrenic, brak odruchów skórnych i ścięgniętych. Początkowo ciepłota ciała podniosła się do 39,5° C., lecz po dwu dniach spadła do normy. Rozpoznanie zapalenia mózgu musiało upaść ze względu na jednakowy wciąż stan ogólny. Wreszcie po 12 dniach drgawki ustąpiły, wymioty znikły, dziecko żądało jeść. Po 8 dniach przemówiło i usiłowało się podnieść. Stan ogólny stale się odtąd poprawiał.

Przebieg choroby przemawiał za rozpoznaniem krwotoku w mózgu, zwłaszcza w opony — ową najczęstszą u dzieci postacią krwotoku mózgowego. Trudno bowiem przypuścić u dziecka zdrowego, z sercem prawidłowym, zator lub zakrzep w mózgu, jako przyczynę nagłego pojawienia się porażeń bezpośrednio po kaszlu.

Wogóle objawy nerwowe w przebiegu krztuśca nie spotykają się nazbyt często, wbrew zdaniu dawniejszych autorów. Występują one w najrozmaitszych postaciach: w postaci drgawek, bezpośrednio po lub przed napadem kaszlu, obejmujących oddzielne grupy mięśni albo gałęzie nerwowe, zwłaszcza nerw twarzowy, albo jako drgawki ogólne. Są one często zwiastunami poważniejszego zaburzenia mózgu. Rzadziej zdarzają się napady istotnej eklampsji z zejściem przeważnie śmiertelnem.

Cięższem powikłaniem są porażenia. Przeważnie dotyczą one nerwu twarzowego. Spostrzega się też porażenia jednej kończyny, połowy ciała, rzadziej — obustronne—. Zaburzenia w sferze zmysłów umiejscawiają się zazwyczaj w oku, rzadziej w uchu. Mowa tu, rozumie się, o zaburzeniach, powstałych w następstwie zmian ośrodkowych, nie zaś o zniszczeniach, bezpośrednio wylewem krwi do danego narządu powodowanych. Notowano też wielokrotnie psychozy w przebiegu krztuśca.

Zmiany anatomo-patologiczne, znajduwane u dzieci, zmarłych wskutek powikłań nerwowych w przebiegu krztuśca, są jeszcze przedmiotem sporu. Przeważnie nie spostrzega się nic patognomicznego dla danego cierpienia. Widocznie zachodzą w takich razach jakieś wewnątrz-komórkowe sprawy, niedostępne dla naszych metod badania. GUIBERT oprz. nie znalazł nic patologicznego w jednym przypadku, w drugim zaś zauważył, iż naczynia u podstawy mózgu wypełnione były dużą ilością krwi czarnej. W przypadkach BACH'a również nic nie znaleziono w mózgu oprócz przekrwienia opón mózgo-rdzeniowych i t. d.

NEURATH przypuszcza istnienie jakiegoś czynnika zakaźnej natury w tych przypadkach, w których badanie pośmiertne zwłok nic nie wykazuje. Zdaniem jego, w krztuścu, podobnie jak w innych chorobach zakaźnych, np. w błonicy, działa jakiś jad. Już FUERBRINGER podejrzewał zakażenie w krwotocznym zapaleniu mózgu. Wreszcie i KRANNHALS powołuje się na prawdopodobny wpływ toksyn w rzekomem zapaleniu mózgu.

Owym ujemnym wynikiem badań zwłok można przeciwstawić cały szereg dodatnich, gdzie spostrzegano: wodogłowie ostre lub przewlekłe, zanik tkanki mózgowej, krwotoczne albo zwykłe zapalenie mózgu, zastój i obrzęk mózgu, rozmięczenie mózgu, — wreszcie zmiany wyłącznie natury naczyniowej: krwawienia, zakrzepy, zatory. Która z tych zmian ma najistotniejszy związek z objawami nerwowymi w kokluszu, trudno, wobec nieobfitego materiału sekcyjnego, dociec i rozstrzygnąć. Z pewną stanowczością można utrzymać, iż przy cięższych objawach mózgowych przeważnie znaczenie mają krwotoki w mózgu.

Na zasadzie przejrzenia 38 przypadków z literatury wnioskuje autor, że przeważnie ma się do czynienia z krwotokiem oponowym, rzadziej korowym, w postaci albo obfitych wylewów krwi, albo krwawień włoskowatych, jak w krwotocznym zapaleniu mózgu. Najczęściej podlegają mu dzieci w wieku lat 2-3. Najmłodsze z nich miało 10 miesięcy, najstarsze — 10 lat. Zdaniem LEYDEN'a bywają krwotoki w mózgu i u starszych dzieci.

O przyczynie powstania krwotoku istnieją rozmaite przypuszczenia; gdy jedni winią jakiś zastój nerwowy, inni podejrzewają wzmożone ciśnienie tętnicze. THEODOR przypuszcza, iż naczynie krwionośne, a mianowicie żyła, ulega rozdarciu. KOPLIK i CARMICHAEL zwracają uwagę na wybitną dwubitność i nieprawidłowe tętno podczas napadu kaszlu, czyli na nader silne napięcie serca, zdolne początkowo zwalczyć powstały zastój, w końcu jednak serce słabnie i następuje krwotok. Należy jednakże pamiętać, iż w innych stanach chorobowych, połączonych z zastojem krwi, jak np. w rozedmie płuc, krwotoki powstają rzadko. Być może, iż nie bez wpływu są tu zmiany w ścianach naczyń, lub — we krwi samej wskutek zaburzeń w trawieniu. A może ściany naczyń krwionośnych stają się bardziej łamliwymi pod wpływem toksyn, wydzielanych przez pasorzyty krztuśca?

Co się tyczy rokowania w krwotokach, to nie zawsze kończą się one niepomyślnie. Wyzdrowienie jednakże jest niezupełne, gdyż w wielu razach powstają następcze zaburzenia w postaci przykurceń w kończynach, atetycznych ruchów, płasawicy lub padaczki.

Oprócz krwotoków mózgowych bywają zatory i zakrzepy. Rozpoznanie nabiera prawdopodobieństwa przy istnieniu źródła ich powstania (charłactwo, zapalenie wsierdZIA), gdy niema tego ostatniego, rozpoznanie przechyla się w stronę krwotoku. Względnie nie zbyt częste tworzenie się krwotoków w mózgu dziecięcym tłumaczy się tem, że ściany naczyń krwionośnych są u dzieci bardziej elastyczne i wytrzymałe na ciśnienie krwi, z drugiej zaś strony — niema w tym wieku miażdżycy naczyń.

(Arch. f. Kind. r. 1899. Zeszyt 1—2 Tomu XXVI). M. Kraushar.

23. FOURNIER. **Leczenie zapobiegawcze przymiotu dziedzicznego u płodu.** Leczenie zapobiegawcze przymiotu w tych przypadkach, kiedy matka jest zupełnie zdrowa, przymiot zaś płód dziedziczny tylko po ojcu, jak tego dowodzą liczne spostrzeżenia akuszerów i syfilidologów, zawsze przynosi korzyść: matkę ocala od poronień, płód od dziedziczenia przymiotu lub od śmierci. Metoda leczenia płodu za pośrednictwem ustroju matki jest racjonalna, gdyż badania PORAK'a (1878) wykazały, że już w 40 minut po zażyciu jodku potasu przez matkę można go wykryć w moczu płodu; CATHELINÉAU i STEF w 100,0 płodu znaleźli 0,007 rtęci, jeżeli matka przyjmowała rtęć; znaleziono też ją w *meconium* i *amnion*. Nie ulega więc wątpliwości, że przez ustrój matki możemy działać na płód. Leczenie przeciwpzymiotowe nie wywiera ujemnego wpływu ani na ustrój matki, ani na przebieg ciąży. Co do wskazań stosowania leczenia swoistego, to stosować je będziemy we wszystkich przypadkach, gdzie przymiot ojca może jeszcze zaszkodzić dziecku, w przypadkach zaś wątpliwych lepiej stosować leczenie swoiste, gdyż ono nic nie zaszkodzi, a może przynieść pożytek. Środków używamy zwykłych t. j. rtęci i jodku potasu. Ponieważ w większości przypadków zmuszeni jesteśmy leczenie prowadzić tak, ażeby kobieta nie wiedziała, że stosujemy leczenie swoiste, dajemy rtęć, od której przeważnie zależy pomysłny wynik leczenia, wewnętrznie. Najlepszym preparatem, gdyż nie obciąża żołądka i dobrze bywa znoszony, jest *protojoduretum hydrargyri* w dawkach podług FOURNIER'a 0,025—0,05 *pro die*. Leczenie powinno trwać przez cały przeciąg ciąży i zaczynać się nie później, niż w 5 miesiącu; im wcześniej zaczniemy leczenie, tem pewniej możemy spodziewać się dobrych wyników. Sposób stosowania leczenia swoistego bez przerwy, lub z przerwami samą rtęcią lub też na przemian z jodkiem potasu zależy od osobistych poglądów i indywidualności danego przypadku.

(*La semaine médicale* Nr. 60. 1898).

K. Pawlikowski.

24. FRIEDJUNG. **Przyczynę do zakażeń ogólnych łańcuszkowcami.** Po rozpoznaniu czynnika, powodującego zakażenie ran, można wykryć drobnoustroje we wszystkich ogniskach przerzutowych w najrozmaitszych narządach chorych, ropnicą dotkniętych. Największą ilość odnośnych spostrzeżeń dostarczają chirurdzy i ginekolodzy. Nie brak jednakże danych ze strony patologii dziecięcej, jak np. ropnica noworodków wskutek zakażenia rany pępkowej, t. zw. „wtórne zakażenia“ w różnych ostrych chorobach zakaźnych, zwłaszcza w płonicy i t. p. Gdy jednakże udział dróg limfatycznych przy zajęciu okolicznych gruczołów chłonnych nie ulega najmniejszej wątpliwości, wyniki badań bakteryologicznych krwi w ropnicy nie stwierdzają udziału dróg krążenia przy przerzutach do najrozmaitszych narządów, pomimo, iż logicznie jedynie tylko ta droga była możliwa i przypuszczalna. Dopiero CANON, a jeszcze bardziej SITTMANN i PETRUSCHKY, dzięki nowej metodzie otrzymywania dużej ilości krwi do badania, wykazali stanowczą obecność drobnoustrojów ropnych we krwi chorych na ropnicę. Otrzymano w ten sposób znakomity środek pomocniczy dla rozpoznania przypadków utajonej posocznicy (*sepsis kryptogenetica*). Niemniej przeto skąpo przedstawia się w literaturze dział dodatnich badań krwi w ropnicy w wieku dziecięcym. Brak ten wypełnia autor opisem przypadku ogólnego zakażenia ustroju dziecka łańcuszkowcami, których obecność stwierdzona została badaniem krwi.

Ciekawym klinicznie jest ten przypadek ze względu na niemożność wykrycia za życia pierwotnego źródła zakażenia. Dziecko zachorowało we dwa tygodnie po przebyciu zapalenia płuc włóknikowego. Zdawałoby się przeto, iż przerzuty w stawach wytworzyły się pod wpływem dwuziarniaka FRAENKEL-WEICHELBAUM'a, tembardziej, że nie brak opisów podobnych. Ujemny wynik badania ropy wykazał

bezpodstawność takiego przypuszczenia. Zarówno w ropie, jak we krwi wykryto czyste hodowle łańcuszkowców. Dopiero pośmiertne badanie zwłok pozwoliło odnaleźć pierwotne źródło zakażenia w obu uszach, czego nie można było stwierdzić za życia pomimo zwrócenia należytego uwagi na stan uszu.

(*Jahrb. f. Kind. z r. 1899. Zeszyt 1—2. Tom XXVI.*)

Kraushar.

25. J. SEITZ **Przyczynek do etiologii zapalenia nerek.** W etiologii zapaleń nerek nowsze badania coraz bardziej usuwają na dalszy plan kategorie „przyczyn nieznanych“, przeziębień i t. p. Jak wiadomo, istnieje cała masa spraw chorobowych zakaźnych, w przebiegu których występują objawy zapalenia nerek z przebiegiem ostrym lub przewlekłym. Skóra, przewód pokarmowy, drogi moczowe — mogą być wrotami, przez które przenikają drobnoustroje do nerek: zapalenie nerek spotykamy w przebiegu róży, czyraków, zapalenia kiszek ostrego i przewlekłego, krwawej biegunki, zapalenia pęcherza, zapalenia płuc, błonicy gardzieli i t. p. Najnowsze spostrzeżenia kliniczne J. SEITZ'a wskazują, że w etiologii zapalenia nerek „a frigore“ często możemy doszukać się zapalenia oskrzeli. W dwóch przypadkach u chłopczyka 12-letniego i dziewczynki 8-letniej, chorych na katar nosa i zapalenie oskrzeli, znaleziono w moczu w kilka dni po wystąpieniu objawów ze strony oskrzeli duże ilości białka, krew, wałeczki i nabłonek nerkowy. Badanie bakteryologiczne moczu i płwociny wykazało w obu przypadkach stafilokoki i streptokoki. Mikroby te były bardzo złośliwe, i zaszczepienie ich wywoływało szybko śmierć myszy, a silne miejscowe zapalenie z następczą zgorzelą u królików. U dziewczynki białkomocz wkrótce znikł, u chłopca sprawa przeszła w przewlekłą. W kilku innych przypadkach znajdował SEITZ w niezycie nosa i ostrem zapaleniu oskrzeli w wydzielinie z nosa i w moczu też same bardzo złośliwe paciorkowce i gronkowce białe i złociste. Spostrzeżenia więc SEITZ'a wypełniają lukę w patogenezie zapalenia nerek, infekcyjnego i zmniejszają grupę „przyczyn nieznanych“, dowodząc jednocześnie nieodzowności badania moczu w zapaleniu oskrzeli. (*La semaine médicale Nr. 64. 1898.*)

Pawlikowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 21 Lutego 1899 r.

TREŚĆ: 1) BERNARD — Przedstawienie a) chorego z mięsakiem skóry, b) chorego z parchem. 2) NEUGEBAUER — Przedstawienie a) okazu mięśniaka macicy, b) okazu włókniaka macicy wraz z torbielą przyjajnikową. 3) CIECHOMSKI — Przedstawienie okazu krętań po częściowym wycięciu wola. 4) STANKIEWICZ — Przedstawienie a) okazu wola, b) okazu gruźlicy przyjadrza, c) okazu mięsaka jądra. 5) STEINHAUS — Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków.

Kol. BERNARD przedstawia chorego z mięsakiem skóry (*sarcoma cutis idiopathicum* (KAPOSI) i chorego z parchem (*favus*). Kol. NEUGEBAUER przedstawia dwa preparaty po operacji:

1) Mięśniaka śródściennego macicy wielkości główki dziecka. Guz ten wyjęty został u chorej, 36 lat liczącej, którą od $\frac{1}{2}$ roku zauważyła guz. Guz sterczał powyżej spojenia łonowego, wytłaczając ścianę brzuszną ku przodowi. Dokonano t. zw. nadpochwowej amputacji macicy z usunięciem trzonu macicy i schorzałych prawostronnych przydatków; lewy jajnik pozostawiono — ze względu na wiek chorej.

2) Macicę, amputowaną u 37-letniej chorej, mężatki, która przed 1½ rokiem rodziła pomyślnie. Chora ta wstąpiła do szpitala z powodu ustawicznych bólów w brzuchu. Po otwarciu jamy brzusznej ujawniono włókniak macicy, wielkości głowy dziecka, rozwinięty pomiędzy listkami więzu szerokiego prawego. Prawa trąbka okazała się wydłużoną i otaczała przyjajnikową torbiel, której osada była dwukrotnie skręcona dookoła osi. Długość jamy macicznej wynosiła 18 ctm.

Kol. CIECHOMSKI przedstawia preparat krtani wraz z pozostałą częścią wola, a to w celu wyłomaczenia powikłania po częściowem wycięciu wola. 29-letni wieśniak przybył do szpitala z wolem olbrzymich rozmiarów, które w ostatnich czasach utrudniało mu oddechanie. Dnia 2 lutego r. — b. podjęto częściowe wycięcie wola; pomimo podwiązania wszystkich większych pni naczyniowych krwawienie podczas samej operacji było niezmiernie obfite, a to z powodu budowy wola (*struma vasculosa*). Mając na względzie wielką utratę krwi, wycięcie lewej połowy guza odłożono na później. Trzeciego dnia po operacji chory uczuł odrazu mocną duszność, i, zanim zdążono mu z pomocą operacyjną, życie przestał. Badanie zwłok wykazało rozległy obrzęk samej tylko nagłośni, a na fałdzie nagłośnio-nalewkowej po stronie wyciętego wola dość obszerny wylew krwawy.

Zdaniem C. szybko powstały obrzęk nagłośni należałoby uważać jako skutek zaburzeń cyrkulacyjnych po podwiązaniu wielkich pni tętniczych i żylnych. Ostry obrzęk nagłośni był tu jedynym powodem uduszenia się chorego.

Kol. STANKIEWICZ przedstawia wyłuszczone u młodej kobiety wole, w postaci dwóch guzów, wielkości dużej pięści każdy. Guzy te nie wychodziły z istoty gruczołu tarczowego, lecz były ściśle zrosnięte z jego torebką za pomocą zbitej tkanki łącznej. Przy wyłuszczeniu prawego guza było znaczne krwawienie z powierzchni guza i zrostów, lewy zaś dał się wyłuszczyć z bardzo małą utratą krwi. Przebieg pooperacyjny był powikłany objawami tężca, który w samym zarodzie udało się powstrzymać zastrzyknięciem surowicy przeciwwężcowej PASTEUR'a. Następnie chora przebyła zapalenie opłucny z wysiękiem włóknikowym, który wypuszczano trzykrotnie przyrządem POTAIN'a. Chora w dobrym stanie zdrowia opuściła szpital.

Następnie kol. STANKIEWICZ okazuje preparaty gruźlicy przyjądrza oraz mięsaka jądra wraz z gruczołem chłonnym, mięsakowato zwyrodniałym, wyłuszczo-nym z pochwy wspólnej tętnicy i żyły biodrowej zewnętrznej.

Kol. STEINHAUS wygłosił odczyt p. t. „Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków“. Praca ta była drukowana w Nr. 9 i 10 „Medycyny“.

W dyskusji prof. BRODOWSKI zaznacza, że nie ulega wątpliwości, iż komórki, czy to nabłonkowe, czy też łączno-tkankowe mogą wnikać do naczyń; wnikają one tylko wówczas nie pojedynczo, lecz grupami, kiedy rozmnażają się silnie, kiedy uciskają się wzajemnie i zwyrodniają naczynia. Zdaje się, iż kol. STEINHAUS widział z jednej strony komórki, uciskające naczynia, z drugiej zaś wewnątrz naczyń komórki przerzutowe i wniósł zdąd, że komórki te wniknęły do naczyń.

Co się tyczy zapalenia płuc w tym przypadku, to prof. BRODOWSKI nie sądzi, by zapalenie to miało być bronchogenne pochodzenia, gdyż, gdyby wskutek przerzu tu komórek do płuc powstały ogniska zgorzelinowe, dałyby one punkt wyjścia do zapalenia zachyłkowego, zrazikowego, które pociągnęłyby za sobą tworzenie się ognisk nekrotycznych, a nie zapalenia rozlanego, jak to miało miejsce w danym przypadku. Tegoż zdania co do pochodzenia zapalenia płuc jest i kol. MIKLASZEWSKI. Kol. A. KAROZEWSKI wzmiankuje, iż w r. 1895 spostrzegł podobny przypadek.

Posledzenie z dnia 28 Lutego 1899 r.

TREŚĆ: 1) W. ŁAPIŃSKI — Przedstawienie pomyślnie leczonej chorej ze stopą końsko-szpotową oraz odlewów gipsowych. 2) M. KORZENIEWSKI — Przedstawienie chorego z guzem — *osteosarcoma sterni*. 3) Wł. STANKIEWICZ — Przedstawienie okazu wyluszczonej błony pochwowej wraz z jądrem w stanie rudimentarnym. 4) Fr. NEUGEBAUER: „Pomyłki w określeniu płci, ujawnione na drodze operacyjnej. Operacje, dokonane u wrzekomych obojnaków oraz osobników płci wątpliwej“.

1) Kol. ŁAPIŃSKI przedstawia 8-letnią dziewczynkę, u której przed 5 laty powstała stopa końsko-szpotawa na tle porażenia dziecięcego (*pes equino-varus paralyticus dexter*). Przednia część stopy była wybitnie zwrócona ku wewnątrz, sklepienie miała bardzo wysokie, a na grzbietowej powierzchni stopy znajdowała się wyniosłość wielkości orzecha laskowego (*capitulum tali*), natomiast ustawienie wywrotne stopy było uwydatnione mniej wyraźnie. Chora podczas chodzenia, a raczej podskakiwania, dotykała ziemi okolicą stawów palcowaśródstopowych, zwłaszcza zaś 3, 4-go i 5-go. Kol. Ł. przed 6 tygodniami wyprostował kończynę (w uspieniu chloroformowem chorej) według metody LORENZ'a (t. zw. „modellirendes Redressement“). Po upływie 6 tygodni u przedstawianej chorej zdjęto opatrunek gipsowy. Stopa przedstawiała zarysy prawidłowe, a wyniosłość na grzbiecie stopy znikła zupełnie. Chora chodzi równo, opierając się całą powierzchnią podeszwy o ziemię. Kol. Ł. przedstawił dwa odlewy gipsowe stopy: przed rękocyzynem i po nim.

2) Kol. M. KORZENIEWSKI przedstawia 22-letniego mężczyznę, u którego od dwóch lat rozwija się guz — *osteosarcoma sterni*. Guz ten obecnie dosięgnął wielkości główki dziecka.

3) Kol. Wł. STANKIEWICZ okazuje preparat wyluszczonej błony pochwowej (*tunica vaginalis*) wraz z jądrem w stanie rudimentarnym. 11-letni chłopiec, mający od urodzenia powiększony worek mosznowy, wskutek nagłego upadku i wstrząśnienia doznał silnego bólu w prawej pachwinie z objawami zaciśniętej przepukliny. Przy badaniu znaleziono *hydrocoele* ze strony prawej oraz lekkie obrzmienie w miejscu obrączki zewnętrznej kanału pachwinowego, ale bez śladu przepukliny. Samo *hydrocoele* było wielkości jaja gęsiego ze słabym napięciem, przy przeświecaniu zaś nie można było dojrzeć cienia, cechującego obecność jądra. Podejrzewając, iż jądro prawdopodobnie pozostaje w głębi kanału pachwinowego, i że przebyte objawy mogły zależeć od chwilowego zaciśnięcia jądra, S. postanowił usunąć *hydrocoele* za pomocą wyluszczenia błony pochwowej. Cała też błona pochwowa wraz z zawartym płynem dała się oddzielić w postaci pęcherza; przy przeświecaniu okazało się, iż tylko u dołu znajdował się niewielki cień, od którego ciągnęła się ku górze wąska, ciemna smuga. Nie będąc w stanie wzdłuż tej smugi ani dojrzeć, ani też wymacać elementów sznurka nasiennego, S. oddzielił w tym kierunku szerszy pasek błon, a podwiązawszy jedną część jego, odciął, drugą zaś część odciął bez podwiązania i wtedy dostrzegł, iż z górnego końca przeciętego wypłynęło kilka kropel płynu surowiczego. Ciecz ta wypływała z niezarośniętego wyrostka pochwowego otrzewny (*processus vaginalis peritonei*); wyrostek ten został podwiązany, i ranę zaszyto.

W torbieli S. znalazł zwykły płyn surowiczy; u dołu zaś jej znajdowało się ciało podłużne, długości $1\frac{1}{2}$ ctm., szerokości $\frac{2}{3}$ ctm., zrosnięte zupełnie ze zgrubiałą w tym miejscu błoną pochwową. Ciało to na przekroju miało barwę i wygląd tkanki jądrowej; nigdzie jednak nie można było odnaleźć przyjądra. Co do sznurka nasiennego, to zaledwie ślady jego znajdowały się w postaci bardzo małych niewyraźnych naczyń. Na ścianie górnej St. znalazł małe owalne wgłębienie, w dnie którego cienutkim zgłębnikiem natrafiono na bardzo wąski otvorek, prowadzący do kanału. Widocznie więc istniała komunikacja jamy otrzewny z jamą błony pochwowej — za pomocą bardzo wąskiego przewodu.

St. sądzi, że wyżej opisane zmiany organiczne należy zaliczyć do kategorii następstw wadliwego rozwoju, powstałych w bardzo wczesnym okresie życia płodowego.

4) Kol. Fr. NEUGEBAUER wygłosił odczyt p. t. „Pomyłki w określeniu płci, ujawnione na drodze operacyjnej. Operacje dokonane u wrzekomych obojnaków oraz osobników płci wątpliwej“. Wykazawszy porównawczo embryologicznie przy pomocy rysunków rozwój narządów płciowych kobiecych i męskich, N. przytacza z całego szeregu, zebranych przez niego z piśmiennictwa 669 spostrzeżeń wszakomego obojactwa, wszystkie przypadki, w których na drodze operacyjnej ujawniono pomyłki, zasze w określeniu płci, oraz operacje, dokonane u osobników o płci wątpliwej, czy to w celu rozpoznawczym, czy też leczniczym.

Statystykę swoją opiera N. na 37 operacjach przepukliny, *hydrocoele* i t. d. oraz na 13 cięciach brzusznych, dodaje następnie szereg operacji, dokonanych na narządach płciowych zewnętrznych i wewnętrznych, operacje plastyczne, dokonane na rozszczepionem prąciu i t. d.

Prelegent sądzi, że pomyłki w określeniu płci nie powinny zdarzać się tak często, jak to bywa obecnie, pomimo że leży w naturze rzeczy, iż zawsze zdarzać się będą, jak tego dowodzi wielka ilość przypadków, gdzie dopiero badanie drobnowidzowe gruczołu płciowego, przy kastracyi wyciętego, było w stanie określić prawdziwą płeć osobnika. Praca ta wkrótce drukowana będzie *in extenso*.

A. E.

ODCINEK.

ZE SPRAW SZPITALNYCH.

I.

Dużo papieru zapisano w ostatnich czasach o tem, że szpitale warszawskie, urządzone są niżej wszelkiej krytyki, że w Warszawie jest straszny brak łóżek szpitalnych, że żywienie chorych jest jednostajne i niedostateczne, służba źle płatna i źle żywiona i t. p. Rzeczy te dla wszystkich, którzy się stykają ze szpitalami, chcą i umieją na te rzeczy patrzeć, są dostatecznie wiadome. Obecnie i władze posiadają w tej sprawie dużo danych, ponieważ pod wpływem prasy utworzono komisye: jedną w przeszłym roku przy Radzie miejskiej, drugą obecnie z polecenia J. O. Jenerał Gubernatora. Komisye te zebrały dosyć materiału na to, żeby się przekonać, że potrzeba ogromnej poprawy, jeżeli nie kompletnego przeistoczenia stosunków szpitalnych. Komisya pierwsza, utworzona z ramienia Rady miejskiej, zajęła się zebraniem danych o ilości miejsc szpitalnych w Warszawie, ich stosunku do liczby mieszkańców i o środkach pieniężnych na utrzymanie szpitali.

W szeregu posiedzeń ułożyła komisya niemoriał, który został przez Radę miejską przesłany do kancelaryi p. Jenerał Gubernatora. O memoryale tym pisaaliśmy w przeszłym roku.

Utworzona obecnie komisya z kuratorem szpitala w Tworkach p. TURAU na czele posiada materiał do szpitalnictwa warszawskiego obfitszy i więcej wyczerpujący. Dostarczyły tego materiału odpowiedzi lekarzy szpitalnych, do których p. TURAU przed utworzeniem komisyi zwrócił się z szeregiem pytań w sprawie szpitali, ich urządzeń i stosunku do Rady miejskiej.

Odpowiedzi na pytania, odnoszące się do wewnętrznych urządzeń szpitalnych, są zapewne szczegółowo opracowane i dostatecznie malują porządki szpitalne. Nie sądzimy jednak, żeby odpowiedzi na stosunek szpitali do Rady miejskiej były wyczerpujące i zadawalniające.

Jest faktem bez zaprzeczenia pewnym, że obecny stan szpitali warszawskich został spowodowany zależnością szpitali od Rady miejskiej. Od czasu oddania szpitali pod zarząd Rady miejskiej, żaden szpital niema prawa nie tylko zarządzać i rozporządzać funduszami, jakie posiada, ale nie wolno mu robić najmniejszych nakładów i wydatków bez decyzji Rady miejskiej; każda rzecz musi być poddana zatwierdzeniu Rady miejskiej.

Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że taki porządek załatwiania spraw szpitalnych nie powinien pociągać takich fatalnych skutków, jakie obserwujemy w szpitalnictwie warszawskim. Zdaje się, że ta zależność od Rady miejskiej nie powinna bardzo wpływać na powstrzymywanie normalnego biegu spraw. Możeby tak było w rzeczywistości, gdyby sprawy szpitalne dochodziły wprost do Rady miejskiej, a nie przez cały szereg osób, z których każda może sparaliżować najdonioślejszą sprawę.

Zwykły, przy obecnym stanie rzeczy, bieg spraw szpitalnych jest taki, że każda rzecz musi uzyskać zgodę intendenta, lekarza naczelnego, kuratora, inspektora szpitali, naczelnika zakładów dobroczynnych, żeby się mogła dostać na porządek dzienny posiedzeń Rady miejskiej, w składzie której może nie być ani jednej osoby, obeznanej ze szpitalnictwem wogóle i szpitalnictwem warszawskim w szczególności. W sprawozdaniu Rady miejskiej za rok 1897 Rada miejska składa się z następujących członków: Naczelnik Zakładów Dobroczynnych, Ober-Policmajster m. Warszawy, Inspektor szpitali, Zarządzający Izbą obrachunkową, Inspektor szkół m. Warszawy, rz. r. st. Nowakowski, rz. r. st. Brodowski, rz. r. st. Jurkiewicz, hr. Czacki, r. st. Moldenhawer. Widzimy, że w r. 1897 na 10 członków było tylko 2 lekarzy, ale ani jednego takiego, któryby pracował stale w szpitalu.

W takim składzie Rady miejskiej decydują się sprawy szpitalne. Zwykle się mówi, że sprawy szpitalne nie są załatwiane pomyślnie z winy Rady miejskiej, w rzeczywistości zaś Rada miejska najmniej tu jest winna, winien raczej cały system biegu spraw szpitalnych, nim sprawy te dostaną się pod obrady Rady miejskiej.

Każda sprawa szpitalna może być powstrzymana od razu na miejscu w szpitalu; z jednej strony może ją paraliżować intendent, jeżeli mu w czemś niedogadza, z drugiej kurator, który nie zechce zgodzić się na przedstawienie lekarza naczelnego. Dalej może nastąpić zgoda na miejscu, ale odmówi swej zgody inspektor szpitali, jeżeli się zgodzi inspektor, może się nie zgodzić naczelnik Zakł. Dobroc. I wreszcie jeżeli się ci wszyscy zgodzą, może się nie zgodzić Rada miejska, boć w niej oprócz człowieka niefachowego, kuratora, nikt nie zasiada, ktoby mógł bronić interesów danej instytucji szpitalnej, skutkiem czego bardzo często cała sprawa upada bez względu na to, że lekarze na wypracowanie danej kwestyi stracili dużo czasu i energii.

Wszystko to wpływa nadzwyczaj demoralizująco i zniechęca tych wszystkich, którzyby radzi byli i chcieli poświęcić swoje usiłowania w kierunku poprawy szpitalnictwa.

Nie rada miejska winna więc, że szpitalnictwo od czasu przejścia pod jej zarząd szpitali wcale się nie rozwija, ale raczej cały ten system, związany z zależnością od Rady miejskiej, i brak w tej ostatniej ludzi fachowych.

W kwestyonaryuszu, rozesłanym do lekarzy szpitalnych, są 3 pytania, które uważać należy za najważniejsze; z rozstrzygnięciem tych pytań związany jest cały

byt i rozwój szpitalnictwa. Pierwsze z tych pytań żąda wyjaśnienia, jakie niedogodności wypływają z powodu obecnego zarządu szpitalami, i jakie są braki wewnętrznej organizacyi. Dwa drugie: jak prędko bywają załatwiane przez Radę miejską żądania szpitali i spis żądań, które nie zostały załatwione jeszcze przez Radę miejską.

Na pierwsze pytanie wszyscy zdaje się lekarze odpowiedzieli, że cały zarząd szpitala powinien być skoncentrowany w rękach naczelnego lekarza, ponieważ niema ani jednej sprawy w szpitalu, któraby nie była związana z bytem chorych. Na dwa drugie pytania lekarze nie mogli zapewne odpowiedzieć ściśle; droga dla żądań lekarzy do Rady miejskiej jest tak długa, o czem mówiliśmy wyżej, że lekarze nie wiedzą, czy ich żądanie doszło do Rady miejskiej, czy zostało gdzie po drodze zatrzymane. Z tego powodu na te dwa pytania odpowiedzieli intendenci, którzy stoją bliżej całej administracyi. Odpowiedzi ich brzmiały, że sprawy wogóle załatwiają się dosyć szybko, i kwestyi niezadowolonych przez Radę miejską niema. A jednak lekarze po kilka miesięcy a nawet i lat domagają się to jakiegoś lepszego w danym szpitalu i miejscu oświetlenia, to wanny, to naprawy okien, wychodków i t. p. i często doczekać się nie mogą! Czy w tych wypadkach winna jest Rada miejska, odpowiedzieć trudno, ale że winien jest obecny system rządzenia szpitalami, twierdzić można stanowczo. Tylko w najszerszem znaczeniu pojęta autonomia szpitali może je wydzwignąć z obecnego położenia i zapobiedz na przyszłość tej niepojętej i szkodliwej stagnacyi w szpitalnictwie.

Drugą przyczyną, powstrzymującą rozwój szpitali, jest brak funduszków. Prawie trzydziestoletni okres zarządu szpitalami przez Radę miejską nie posunął tej sprawy naprzód; nietylko nie znalazły się nowe fundusze, ale nawet fundusze z majątków szpitalnych nie powiększyły się w tym stopniu, w jakim mogłyby się powiększyć przy więcej sprężystym zarządzie. Za dowód mogą służyć dochody z majątków i posiadłości szpitali np. św. Ducha i św. Rocha. Szkoda, że Rada miejska w swoich sprawozdaniach nie podaje szczegółowego wykazu dochodów z rozmaitych nieruchomości z wymienieniem obszaru majątków (lasu, pól), placów i t. d.

Stan majątkowy szpitali dałby się polepszyć w ten sposób, że te szpitale, które mają własne kapitały i majątki (z zapisów) powinny się rządzić same, naturalnie, pod kontrolą jakiejś instytucyi, najlepiej zarządu miejskiego. Te zaś, które własnych funduszków nie posiadają, powinny być przyłączone do miasta i czerpać na utrzymanie z funduszków miejskich z zachowaniem kompletnego samorządu wewnętrznego.

Ze wszystkiego, co napisano o naszym szpitalnictwie w ostatnich latach, wiadać, że zależność szpitali od Rady miejskiej, że to oddanie całkowite szpitali w ręce ludzi może najzaciejszych, ale niefachowych, to podporządkowanie higieny i umiejętności lekarskiej administracyjno-kancelaryjnemu załatwianiu spraw najważniejszych powstrzymało prawidłowy rozwój szpitalnictwa zupełnie i doprowadziło do takiego stanu, z którego z pożytkiem dla sprawy trudno się wydostać. Próby, robione w ostatnich czasach, w celu poprawy stosunków szpitalnych są najlepszym dowodem, że kierunek spraw szpitalnych powinien być przeważnie w rękach ludzi fachowych t. j. lekarzy. Nie będziemy mówili o niefortunnych przenosinach szpitala Dz. Jezus, bo na to nic się już nie poradzi. Ale nad projektami rozszerzenia szpitala św. Ducha i przeniesienia szpitala św. Rocha nie można przejść do porządku dziennego. Gdyby takie projekty były zakomunikowane gronu ludzi fachowych, za jakich nie mogą być uważani obecni członkowie Rady miejskiej, to stanowczo byłyby zwrócone, jako projekty poronione, albo nadanyby im inny kierunek.

Przed paru jeszcze laty nie tylko przypuszczano, ale twierdzono nawet stanowczo, że miejsc szpitalnych w Warszawie jest dosyć. Potem pod wpływem prasy zmieniono to zdanie; kiedy zaś i władze zwróciły uwagę na brak miejsc, zaczęły się wylaniać projekty, dążące do rozszerzenia szpitali. Myśli powiększenia ilości łóżek szpitalnych przyklasnąć należy, ale projekty takie, jak proponowane rozszerzenie szpitala św. Ducha i przeniesienie szpitala św. Rocha, nie powinny i nie mogą być uskutecznione, albowiem nie wytrzymują krytyki. A jednak i jeden i drugi projekt został przychylnie przyjęty przez Radę miejską.

Szpital św. Ducha ma być rozszerzony przez kupno sąsiednich zabudowanych posesyi. Tak można każdy szpital rozszerzyć, tylko czy nie szkoda pieniędzy na takie rozszerzanie? Za pieniądze, wydane na kupno sąsiednich kamienic, można przecież nabyć place daleko obszerniejsze i położone w miejscu odpowiedniejszym, niż środek miasta. Czy szpital św. Ducha, jeżeli posiada środki, nie powinien wystąpić z projektem wybudowania w swoich posiadłościach wiejskich, lasach ogromnych, jakiegoś zakładu leczniczego, np. sanatorium dla piersiowych chorych? Przecież w taki sposób by rzeczywiście przybyło łóżek szpitalnych, gdyż część chorych piersiowych ze szpitali warszawskich mogłaby być tam skierowywana. Nicby to nie przeszkadzało projektowi sanatorium d-ra DUNINA, bo zakładów takich nam potrzeba jaknajwięcej. Za te sto kilkadziesiąt tysięcy rubli, które chcą wydać na zakupienie sąsiednich kamienic, można pobudować przyzwoity zakład leczniczy we własnych lasach.

Nie lepszy, jeżeli nie gorszy, jest projekt przeniesienia szpitala św. Rocha na terytorium szpitala św. Łazarza. Czy projektodawcy i ci, którzy przychylni się do tego projektu, nie zwrócili uwagi na to, że obok proponowanej miejscowości, na odległość kilku sążni jest przeszło dwadzieścia kominów fabrycznych, i że wszystkie drzewa na placu, gdzie ma stanąć szpital, toną zwykle w kłębach dymu? Że i z innych względów miejsce to nie jest odpowiednie na szpital ogólny, mówić nie będziemy. Trudno pojąć, jak takie projekty mogły znaleźć poparcie Rady miejskiej. Ustawa z 1842 roku, na którą chętnie się nieraz powoływano, jeżeli nie chciano się zgodzić na jakieś ulepszenie w szpitalnictwie, i która zawiera dużo nadzwyczaj cennych wskazówek, wyraźnie powiada, że „szpitale mają być zakładane w miejscu suchem, wzniesionem i odosobnionem, tudzież wolnem od wpływu szkodliwych wyziewów. Ztąd miejsce na szpital nie powinno być wybierane ani wśród samego miasta, ani też w bliskości jego wałów, cmentarzy, szlachtuzów, fabryk, bagien, błot stojących, kanałów, nieczystości odprowadzających i t. p.“. Czyżby to nie obowiązywało projektodawców i członków Rady miejskiej? Ustawa z 1842 roku w paru punktach może być zacofana, w paru może posiadać i posiada niewątpliwie braki, ale wogóle jest tak dobrze i szczegółowo obmyślona, że warto do niej jak najczęściej zaglądać. Przytoczony zaś wyżej ustęp o tem, gdzie mogą być szpitale wznoszone, jest tak zasadniczy i iak doskonały, że musi pozostać na zawsze obowiązującym bez względu na to, jakim preistoczeniem będą ulegały inne paragrafy ustawy szpitalnej.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— SCHURYGIN badał zmiany anatomiczne prącia u starców (55—88 lat), przyczem wyłączał choroby przewlekłe, mogące wpływać na zmiany chorobowe prącia, i otrzymał wyniki nastę-

pujące: 1) największe zmiany wykazują naczynia krwionośne: w wielkich tętnicach — stwardnienie i zakrzepy, w małych — *endoarteriitis chr.* z zanikiem licznych gałązek; światło naczyń zwężone;

stwardnienie wielkich żył mało wydane; 2) ilość kapillarów, zwłaszcza w żołądździ, znacznie zmniejszona; 3) zanik nerwów rozpoczyna się od drobnych gałązek i bywa większy u ludzi starszych; zmniejsza się ilość włókien nerwowych i rozrasta tkanka łączna między nimi; 4) ilość zakończeń nerwowych i ciała MEISSNER'a w brodawkach skórnych żołądździ zmniejszona; 5) *tunica albuginea* twardnieje wcześniej, staje się zbitszą, unaczynienie się zmniejsza; 6) w ściach przestrzeni jamistych zanika mnóstwo włókien mięśniowych gładkich, na miejscu których rozwija się tkanka łączna. (Wien. med. Presse. 98. 44.).

== NIEDERMAYR zaleca euchininę w rozmaitych chorobach. W krztuścu oddaje te same usługi, co chinina: w dawkach po 0,2 2—4 r. dz. w mleku lub kleiku zmniejsza gwałtowność i ilość napadów. W gruźlicy działała w dawce 0,5—1,0 przeciwgorączkowo i na poty nocne nie wpływała. Jako *tonicum* w blednicy, małokrwiistości działa dość skutecznie w dawce 0,1—0,2 dwa razy dziennie; podług FAUSER'a również w zimnicy. Euchinina przeto zastąpi zapewne chininę, zwłaszcza że jest prawie bez smaku, tylko cena jej jeszcze jest za wysoka. (Wien. med. Blätt. 98. 46).

P.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. KOSSOBUDZKIEMU w Lipówce, pow. Belch., gub. Orł.

Jak wiadomo, zapalenie włóknikowe płuc stanowi jedno z najcięższych, aczkolwiek niezbyt częstych powikłań ciąży. Wogólności ciąży nie uspasabia do tego cierpienia. Zdarza się ono w późniejszych okresach ciąży rzadziej, niż w początkowych, przebieg jego wówczas jest jednak cięższy. Dla tego też okres ciąży, w którym się zjawia zapalenie płuc, ma znaczenie pod względem rokowania. Podług CHATELAIN'a z 26 ciężarnych, dotkniętych tem cierpieniem w okresie ciąży do siódmego miesiąca, zmarło zaledwie 4, w okresie zaś późniejszym z 12 ciężarnych—sześć; chorych podług RICAU z 28 ciężarnych okresu pierwszego zmarło zaledwie 5, zaś z ostatniego z 15 — siedm chorych. Wogólności ciąży wywiera wpływ ujemny na przebieg zapalenia włóknikowego płuc, który jest wówczas cięższy, ciepota ciała wyższa, duszność większa. Ujemny wpływ ciąży na przebieg zapalenia płuc tłumaczy GUSSEBROW zmianami, jakie zachodzą w krwiobiegu płucnym, wskutek nacleczenia zapalnego płuc. Gdy włącz prawa komora serca, a zastój krwi w stanie wyrównać tej przeszkody przez zwiększenie swej działalności, wówczas wystąpi zastój krwi i obrzęk płuc. Z rozpoczęciem porodu niebezpieczeństwo to z każdym bólem porodowym wzrasta. wówczas bowiem większa ilość krwi żyłnej, obiegającej w macicy, przyplywa do prawej komory serca, a zastój krwi w płucach zwiększa się znacznie, tem więcej, iż podczas bólów porodowych ma miejsce ucisk klatki piersiowej. Dla tego też większa część rodzących umiera przy objawach duszności i obrzęku płuc. Z chwilą ukończenia porodu przy zapaleniu płuc, poprawa nie występuje tak, jak to ma miejsce np. przy wadach serca, a to z łatwo zrozumiałych powodów.

Zapalenie płuc wywiera także wpływ ujemny na życie płodu. Pomijając już tę okoliczność, iż często wydarzyć się może poronienie lub poród przedwczesny, nieradko podczas ciąży obumiera płód w macicy. Przyczyną tego zejścia jest przeważnie niedostateczne utlenianie krwi i wskutek tego zaduszenie płodu, nadto ujemne działanie wywiera podniesienie ciepłoty, a wreszcie nie bez wpływu pozostaje obecność we krwi pneumokoków i ich toksyn. Znae są przypadki, w których płody umierały po przyścisłu na świat na zapalenie płuc, a przy badaniu ich krwi i płuc znajdowano pneumokoki (VELLER, VITZ).

Przebieg porodu przy tem cierpieniu przeważnie nie ulega zaburzeniom, częściej jednak podczas i po porodzie występują krwotoki, które powodują lub przyspieszają zgin chorej. Z 25 ciężarnych, dotkniętych zapaleniem płuc, które odbyły poronienie w jednym ze szpitali wiedeńskich, zmarło z tego powodu siedm chorych. Leczenie winno być wyczekujące, aczkolwiek znane są przypadki, w których po wywołaniu porodu sztuką, nastąpiła poprawa w przebiegu cierpienia. Postępowanie wyczekujące zapewnia w ogólności lepsze wyniki. Tak podług FISCHEL'a z 21 chorych, traktowanych wyczekująco, zmarło zaledwie 3, a podług GUSSEBROW'a z 8 przypadków, w których poród sztuką wywołano, zmarło aż 5. Aczkolwiek uwzględniamy tę okoliczność, iż poród wywoływano sztuką przeważnie w ciężkich przypadkach, nie mniej jednak stanowczo oświadczyć musimy, iż postępowanie czynne podczas ciąży wpływ szkodliwy wywiera. Dla tego też, poprzestając na leczeniu farmakologicznem, unikać winniśmy u ciężarnych takich sposobów, jak upust krwi z żyły, albowiem zabieg ten pobudza do skurczów macicy i poród wznicić mogą. Atoli w razie rozpoczęcia porodu, należy poród ułatwić lub przyspieszyć.

Cięcia cesarskiego w celu rozwiązania rodzącej w obec uleczalności cierpienia wykonywać nie należy. W jednym przypadku rękożyn ten wykonał SOHENK już po śmierci rodzącej, kobiety 22-letniej, zmarłej na zapalenie płuc w 9 miesiącu ciąży. Rękożyn wykonano w 15 minut po śmierci matki i wydobyto płód omdlały, który docucano.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Довзодено Цензурою. Варшава, 4 Марта 1899 г.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.
Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p. p.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. *Ambulatoryum* codziennie od 9—10 i od 11—12.
Cena biletu kop. 50.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

Egzystuje od 1878 roku

ZAKŁAD BLACHARSKI TEOFILA PETZ.

w Warszawie, Nowy Świat № 25.

Wykonuje Aparaty Parowe do Sterylizacji Materiałów
Opatrunkowych dla Szpitali i Zakładów Lecznicych.

Sterylizatory rozmaitej wielkości do sterylizacji instrumentów używane w prywatnej praktyce, jak też po matych szpitalach.

Za dobry wyrób zostałem zaszczycony Medalem Złotym na
Wystawie Hygienicznej 1896 roku w Warszawie

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

SKŁAD WIN

i towarów kolonialnych

„pod BACHUSEM“

róg Widok i Marszałkowskiej

Telefonu Nr. 109,

wina lecznicze z renomowanej firmy

MAURYCY SEYDEL i S^{ka}

w WARSZAWIE

nagrodzonej złotym medalem na wystawie higienicznej
w r. 1896.

SPECYALNY SKŁAD

Naczyń i Przyborów Aptecznych, Chemicznych
i Doktorskich

S. JARUNTOWSKIEGO

Warszawa Senatorska 23.

Poleca wszelkie nowości w zakres medycyny wchodzące po cenie najniższej. Cenniki gratis i franko.