

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 38.

Warszawa d. 4 (17) Września 1904 r.

T. XXXII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ —                    pocztową { półrocznie . . . „ 3. „ 50

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Sześć przypadków ciał obcych w drogach oddechowych. Podał D-r M. Hertz. O wpływie żucia na wydzielanie soku żołądkowego. Podał d-r J. Maybaum. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. O zjawisku aglutynacji. Podał B. Żebrowski. — Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych Posiedzenia z d. 17. V., 30. IX, 28. X, i 25. XI, 1903 r. — Z powodu konkursu, odbytego w szpitalu św. Ducha w d. 7 września r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

### „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. HERTZ — Six cas de corps étrangers dans les voies respiratoires. 2) D-r J. MAYBAUM — Sur l'influence de mastication sur la secretion du suc gastrique.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

### „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r M. HERTZ — Sechs Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. 2) D-r J. MAYBAUM — Ueber den Einfluss des Kauens auf die Secretion des Magensaftes.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chorób gardła, nosa i uszu d-ra Lublinerera  
w szpitalu Starozakonnym na Czystem.

### SZEŚĆ PRZYPADKÓW

### ciał obcych w drogach oddechowych.

Podał

D-r Maurycy Hertz

Asystent Oddziału.

Ciała obce w górnym odcinku dróg oddechowych znajdujemy względnie dosyć często — najczęściej w jamach nosowych. Główny kontyn-

genspacyentów stanowią tu dzieci, które ze specjalnem upodobaniem wprowadzają sobie do nosa wszelkie możliwe przedmioty, jak groch, perły szklane, guziki i t. p. Bardzo często dowiadujemy się o tem zupełnie przypadkowo, gdy rodzice zwracają się do nas po poradę z powodu ropienia z nosa lub też częstego krwawienia; wtedy ku wielkiemu zdziwieniu otoczenia wyciągamy na światło dzienne różne przedmioty, które często od lat wielu pozostawać mogły w nosie.

Drugie miejsce, gdzie często utkwieć mogą ciała obce, stanowi gardziel, rzadziej już krtań,



a jeszcze rzadziej ciała obce dostają się do tchawicy lub oskrzeli.

W oddziale miałem możność spostrzegania czterech przypadków ciał obcych w krtani, tchawicy i oskrzelach, ciekawe ze względu na umiejscowienie, a jeszcze bardziej na zejście.

I. Przypadek pierwszy dotyczy rocznego dziecka. Dnia 29. IV. r. b. przyjęte zostało do oddziału dziecko Lejba Briks z objawami silnej duszności, która wystąpiła gwałtownie nad ranem. Dziecko do wczorajszego dnia było zupełnie zdrowe: matka, która pozostawiła je pod opieką ojca — szewca, który obok kołyski pracował, wróciwszy po kilku minutach, zastała je gwałtownie dławiące się. Dziecko bawiło się kawałkami skóry i szkła ze stłuczonej szyby, którego szewcy używają do zeszkrobrywania skóry. Na razie matka starała się palcami wy dostać z ust przypuszczalnie połknięty przez dziecko kawałek skóry, nie udało się to jednak; wezwany felczer również nie był w stanie nie tylko wyjąć, ale nawet skonstatować obecności ciała obcego. Wobec tego, że na razie objawy duszności trochę się uspokoiły, matka postanowiła czekać do jutra. W nocy jednak, a głównie nad ranem duszność wzmożła się do tego stopnia, że matka niezwlekając, udała się do szpitala.

Przy badaniu dziecka znaleźliśmy stan następujący: dziecko blade, wargi sine, skóra pokryta lepkiem potem, kończyny zimne.

Oddech zdaleka słyszalny, duszność wdechowa, gwałtowne wciąganie żeber, wszystkie mięśnie pomocnicze pracują przy oddychaniu.

W gardzieli żadnych zmian nie znajdujemy, jedynie ślady z drapania, powstałe zapewne przy próbach wyjęcia ciała obcego.

Przy wprowadzaniu lusterka krtaniowego dziecko dostało gwałtownej duszności, tak że zaszła obawa, że wrazie dłuższego zwlekania dziecko zadusi się. Wobec ciężkiego stanu dziecka postanowiliśmy natychmiast przystąpić do tracheotomii, którą też bez uśpienia wykonał d-r ODERFELD. Po wprowadzeniu rurki dziecko

zaczęło od razu swobodnie oddychać; wtedy dopiero mogliśmy spokojnie przystąpić do badania dla dokładnego określenia, gdzie właściwie znajduje się ciało obce.

Przy badaniu palcem wyczuliśmy znacznie powiększoną obrzmiałą nagłośnię, odchyloną ku górze i ku prawej stronie. Wszedłszy palcem za nagłośnię do krtani, *resp.* głośni, wyczuliśmy twardej gładki brzeg jakiegoś obcego ciała, którego jednak palcem nie można było ani schwytać, ani podważyć. Przypuszczając, że mamy do czynienia z kawałkiem skóry, wklonowanej w głośnię (tembardziej że matka wciąż twierdziła, że dziecko bawiło się kawałkiem skóry), wprowadziliśmy do krtani pod kontrolą palca klebszczyki, które za każdym razem chwytały brzeg ciała obcego, ale przy próbach wyciągania zeslizgiwały się. Następnie probowaliśmy ująć ciało to szczypcami SCHRÖTTER'a, ale i z pod tych szczypek wymykało się ono, będąc bardzo mocno wklonowane w krtani. Kilkakrotne próby wyjęcia obcego ciała na tyle zmęczyły dziecko, że postanowiliśmy poczekać do jutra, tembardziej, że swobodnie oddychało, i żadnych groźnych objawów nie było.

Następnego dnia po kilku bezowocnych próbach wyjęcia ciała obcego przez jamę ustną, postanowiliśmy przepchnąć je ku górze ze strony tchawicy. Po rozszerzeniu dilatatorem otworu w tchawicy udało się za pomocą zgłębnika z giętkiej cyny, wprowadzonego przez ranę do tchawicy ku górze przez krtani, *resp.* głośnię, przepchnąć ciało obce do jamy ustnej, gdzie za pomocą wprowadzonych jednocześnie do ust za nagłośnię palców lewej ręki udało się je schwytać. Ciałem obcym okazał się kawałek szkła w postaci trójkąta o bokach długości 1 ctm i o podstawie długości 1½ ctm., o brzegach dość gładkich, grubych.

Natychmiast po usunięciu szkła dziecko zaczęło dobrze ssać, gdy przedtem nie mogło ssać wcale. Wobec obrzęku nagłośni, a przypuszczalnie i strun, nie usunęliśmy rurki tracheo-



tomijnej. Dziecko wieczorem, po tracheotomii, przed wyjęciem ciała obcego miało podniesioną ciepłotę (38,8°), w dolnych płatach płuc trochę wilgotnych rzężeń, tak że obawialiśmy się powikłania zapaleniem płuc. Dziecku zaleciliśmy zawiesinę z kamfory. Ciepłota następnego dnia wieczorem 37,4° — w nocy dziecko spało dobrze; przez rurkę wydziela się spora ilość śluzo-ropy; oddech szybki, tętno przyspieszone. W płucach rzężenia słyszalne na całej przestrzeni. Ciepłota rano 38,6°; wyjęto rurkę i ranę dokładnie oczyszczono ze śluzo-ropnej wydzieliny.

Dnia 2. V. ciepłota spada do normy, rzężenia powoli znikają, rana oczyściła się. Wydzielina przez rurkę mniejsza, ma charakter czysto śluzowy. Dnia 4. V. zdjęto dwa szwy, nałożone w dolnej części rany — brzegi rany dobrze przylegają i pokryte są zdrową ziarniną. 8 dnia po operacyi usunięto rurkę. Dziecko oddycha normalnie bez rurki — przy płaczu tylko nieco się krztusi. Dnia 16. V. dziecko wypisało się ze szpitala zupełnie zdrowe — głos zupełnie dobry, bez chryпки, oddech spokojny. Lusterkiem krtaniowym można było widzieć zupełnie normalną nagłośnię, wewnątrz zaś krtani nie udało się zbadać.

II. Frydman Mendel, lat 3 z Grójca. Przed 4 dniami, bawiąc się surowym grochem szablą, kilkanaście grochów włożył w usta i podczas zabawy zaczął się krztusić. Wezwany felczer dał mu środek wymiotny, poczem dziecko zwymiotowało 3 grochy, oddech stał się swobodniejszy, natomiast zjawily się ataki silnego spazmatycznego kaszlu, chwilami tak silne, iż matce zdawało się, że dziecko się zadusi. Dziecko od 4 dni weale nie sypia po nocach z powodu ataków kaszlu, niechętnie przyjmuje pokarmy, płacząc i skarżąc się na ból w piersiach. Matka po przyjeździe do Warszawy zwróciła się do kol. MINTZA, który wprowadził zgłębnik do żołądka, lecz ani w przelyku, ani w żołądku nie znalazł. Chory skierowany został przez kol. MINTZA do mnie dla zbadania krtani, czy tam

niema ciała obcego. Przy badaniu dosyć trudnem z powodu ciągłego kaszlu w krtani ciała obcego nie znalazłem; przypuszczając jednak, że ciało obce tkwi gdzieś głębiej, skierowałem dziecko do naszego oddziału dla ścisłej obserwacyi.

W szpitalu po dokładnem zbadaniu ani w krtani, ani w jamie nosogardzielowej ciała obcego nie znaleźliśmy. Przy badaniu klatki piersiowej znaleźliśmy następujące zmiany: z tyłu z prawej strony oddech mniej słyszalny, niż z lewej, po której w dolnych płatach płuc słyhać rozsiane wilgotne rzężenia — *fremitus pectoralis* wprawdzie z obydwóch stron jest wyraźny, ale z prawej strony znacznie osłabiony. Podczas badania dziecko kilka razy zanosilo się od kaszlu, płacząc przytem i wskazując na ból w piersiach z prawej strony w okolicy 4—5 żebra. Ból ten dziecko stale lokalizuje w tem miejscu.

Przerobiliśmy z dzieckiem próby oddychania ze zwieszoną głową, ujawniły je za nogi — przy jednoczesnem uderzaniu w klatkę piersiową. Zaleciliśmy dziecku środek wykrztusny, polecając posługaczce szpitalnej, aby kilka razy na dzień kładła je brzuchem na łóżku ze zwieszoną przez łóżko górną połową ciała i z oparciem na rękach na podłodze. Przez 2 dni stan trwał bez zmiany: dziecko nie gorączkowało, żadnych groźnych objawów nie było — postanowiliśmy więc z wszelką interwencyą poczekać. Po trzech dniach w nocy dziecko dostało ataku silnego kaszlu, podczas którego wykrztusiło fasolę. Chora, której polecone było zwracać uwagę na dziecko podczas kaszlu, spostrzegła, że dziecko wyplulo ciało obce. Ciałem obcem była rzezywiście fasola, trochę zmieniona, łuska była zmacerowana i łatwo się oddzieliła.

Natychmiast po wykrztuszeniu fasoli ustały ataki kaszlu, rzężeń o wiele było mniej, a na drugi dzień zupełnie nie można było skonstatować rzężeń; oddech z obydwóch stron czysty, pęcherzykowy — *fremitus pectoralis* z obydwóch stron jednakowy.



W danym przypadku mieliśmy do czynienia niewątpliwie z ciałem obcym w prawym oskrzelu, które najczęściej stanowi lokalizację ciała obcych. Dużą liczbą rzeżeń w lewym płucu tłomaczyć sobie można wzmogoną kompensacyjnie pracą lewego płuca z powodu zatkania prawego oskrzela — wzmogony przypływ krwi mógł wywołać objawy podrażnienia z obfitą sekrecją.

III. Kocyk Estera, lat 6, trzymając w ustach pestki od dyni, podczas kaszlu aspirowała pestkę, poczem wystąpiła duszność, która zwiększała się do wieczora; wezwany wtedy lekarz wziął sprawę za krupowe zapalenie krtani i zastrzyknął surowicę przeciwbłoniczą. Duszność jednak trwała w dalszym ciągu, i dziecko oddane zostało do szpitala do naszego oddziału. Przy badaniu krtani wziernikiem ciała obcego nie znaleziono, żadnych jednak objawów krupu również nie stwierdzono. Dziecku zalecono inhalacje, i wieczorem podczas ataku kaszlu dziecko wykrztusiło pestkę.

W danym przypadku najprawdopodobniej ciało obce było w tchawicy.

IV. Przypadek czwarty dotyczy 6-letniej Mani Fuks. Dnia 5. VI. r. b. późnym wieczorem wpadł do mnie ojciec z dzieckiem, opowiadając przerażony, że dziecko, gryząc jakoby pestki z dyni, odrazu dostało gwałtownej duszności, tak że zdawało się, że za chwilę zadusi się. Schwyciwszy dziecko na rękę, natychmiast przybiegł do mnie. Rzeczywiście dziecko było w stanie ogromnej duszności: oddech stenotyczny—gwałtowne i głębokie wciągania, sinica warg, wyraz twarzy przerażony, głos jednak zachowany, chociaż stłumiony. Dziecko gwałtownie opierało się wszelkiemu badaniu: udało mi się na chwilę obejrzeć krtani, ciała obcego jednak nie spostrzegłem. Wobec tego, że badanie dziecka przy gwałtownym z jego strony oporze powiększało duszność, w obawie grożącego mu zaduszenia się i przypuszczając konieczność tracheotomii, odesłałem ojca wraz z dzieckiem do szpitala, dając znać,

aby wszystko przygotowano do tracheotomii. W 1/2 godziny byłem już w szpitalu, gdzie przy pomocy kolegów miejscowych raz jeszcze starałem się obejrzeć krtani. Wobec oporu dziecka z jednej i dużej ilości śluzu z drugiej strony nie byłem w stanie dokładnie obejrzeć krtani, a tembardziej nie mogłem zajrzeć pod struny — chwilami zdawało mi się, że widzę coś białego w głęśni (ojciec mówił, że dziecko jadło pestki dyni), ale być może, że strunę prawdziwą wziąłem za ciało obce — naturalnie o wehrodzeniu kleszczykami na ślepo nie mogło być mowy. Wobec tego pozostało jedynie wykonać tracheotomię, licząc na to, że dziecko przez ranę wykrztusi ciało obce, ewentualnie uda się je wyjąć. Ojciec jednak kategorycznie nie zgadzał się na tracheotomię. W ciągu godziny dziecko zaczęło się uspakajać, duszność znacznie się zmniejszyła, i dziecko zasnęło. Wobec takiego stanu zostawiłem pacjentkę w szpitalu, polecając ją kolegom miejscowym. Całą noc dziecko spało zupełnie spokojnie, nad ranem dostało znowu gwałtownej duszności, tak że o 7 wezwano mnie telefonem do szpitala. Po przyjeździe moim dziecko znowu się uspokoiło; staraliśmy się znowu obejrzeć krtani, ale ani d-r LUBLINER, ani ja, nie byliśmy w stanie stwierdzić obecności ciała obcego w krtani. Wobec tego że pacjentka spokojnie oddychała, chwilami tylko dostając ataków duszności, postanowiliśmy z interwencją na razie poczekać. Podczas pobytu w szpitalu dziecko bawiło się, oddychało spokojnie, sypiało bardzo dobrze, jedynie od czasu do czasu zjawiał się męczący kaszel z gwałtowną dusznością, trwającą kilkanaście sekund. Obiektywnie można było skonstatować sporo rzeżeń wilgotnych w dolnych płatach płuc z przewagą pewną po stronie lewej — różnicę *fremitus pectoralis* z obydwóch stron trudno było uchwycić—zdawało się, że pod łopatką prawą oddech jest zastrzony, słowem, wyraźnych danych dla rozpoznania, gdzie właściwie znajduje się obce ciało, czy w dolnej części tchawicy, czy też w którymś



z oskrzeli (najpewniej w prawem), nie mieliśmy. Po 7 dniach pobytu rżenia w płucach powiększyły się, dziecko zaczęło źle sypiać po nocach z powodu kaszlu, tak, że postanowiliśmy wykonać tracheotomię, doszedłszy do wniosku, że tylko tą drogą uda się wydobyć ciało obce, gdyż wszelkie inne próby (środki wykrztusne, odwracanie dziecka do góry nogami i t. d.) zawiodły. Naturalnie, i tym razem ojciec nie zgodził się i zabrał dziecko do domu. Po 3 dniach jednak wrócił do szpitala, prosząc o wykonanie operacji, gdyż duszność chwilami podczas kaszlu tak się wzmagala, że obawiał się o życie dziecka.

W uspieniu chloroformowem przystąpiliśmy do tracheotomii, którą wykonał kolega Józef SPIELREIN. Podczas operacji dziecko przestało oddychać, lecz po założeniu rurki w kilka minut po zastosowaniu sztucznego oddechu wróciło do siebie. Pomimo gwałtownej ekspiracji z powodu podrażnienia rurką dziecko ciała obcego nie wykrztusiło. Podczas następnych kilku dni po operacji dziecko od czasu do czasu dostawało ataków silnego kaszlu, przyczem wyraźnie słychać było, że coś porusza się w tchawicy, i zdawało się, że dziecko lada chwila wykrztusi ciało obce—jednak w przeciągu 6 dni stan ten trwał bez zmiany. Siódmego dnia po operacji wyjęto rurkę dla przemycia, przyczem d-r LUBLINER starał się sondą podrażnić błonę śluzową tchawicy; w tej samej chwili dziecko zakasłało i przestało oddychać — nim podano rurkę, dilatorem rozszerzono ranę, i w tej samej chwili przez otwór w tchawicy wykrztuszone zostało z ogromną siłą ciało obce — spora pestka słonecznika. Wobec tego rurki już nie założyliśmy, nałożyliśmy jedynie opatrunek z gazy jodoformowej. Ataki kaszlu ustały odrazu, rżenia po 2 dniach znikły bez śladu, rana po 8 dniach zagoiła się, i dziecko wypisało się zupełnie zdrowe.

W danym przypadku, jak już wyżej zaznaczyłem, trudno było dokładnie określić, gdzie właściwie tkwiło ciało obce, najprawdopodob-

niej w dolnej części tchawicy, a może w prawem oskrzelu.

Przypadek ten utwierdza nas w tem przekonaniu, że, jeśli nie jesteśmy w stanie wydobyć ciała obcego z głębszych dróg oddechowych *per vias naturales*, należy wykonać tracheotomię i cierpliwie wyczekiwać, nie spiesząc się ze wszelkimi manipulacjami przez ranę w tchawicy.

(D. n.).

## O WPŁYWIE ŻUCIA na wydzielanie soku żołądkowego.

Podał

Józef Maybaum (Łódź).

Za pomocą tak zwanego karmienia pozornego dowiedli PAWŁOW i SZUMOW-SIMANOWSKI, że gruczoły żołądka zaczynają działać zanim jeszcze pokarm zetknie się z błoną śluzową żołądka. Doświadczenia prowadzone były w ten sposób, że podawano jadło psom, którym uprzednio wykonano gastro- i oesophagotomię. Połknięte jadło wypadalo, nie dochodząc do żołądka, przez przetokę przełykową, a po kilku minutach wypływał przez przetokę żołądkową sok trawienny.

Podobne zjawisko spostrzegal już dawniej fizyolog francuski KINNET (2) u chorej, u której z powodu zwężenia przełyku zastosowano gastrostomię. U chorej tej można było obserwować wydzielanie soku żołądkowego w chwilę po tem, kiedy brała do ust cokolwiek słodkiego lub kwaśnego. Z powodu kompletnego zwężenia się przełyku do żołądka nic dostać się nie mogło. Że sam widok pokarmów wystarcza niekiedy do pobudzenia czynności gruczołów żołądka, dowiedli na psach w r. 1852 — BIEDER i SCHMIDT (3), a PAWŁOW (4) potwierdził to licznymi doświadczeniami, ogłoszonymi w monografii p. t. „O czynności gruczołów trawiennych“.



Sok żołądkowy, wytworzony w ten sposób, nazwał PAWŁOW sokiem „psychicznym“, czyli „apetytowym“, i tłumaczy wydzielanie się jego w ten sposób, że zmysły powonienia i wzroku wywołują w korze mózgowej zwierzęcia obraz pożądanego pokarmu, poczem bodziec przechodzi z mózgu na nerw błędny, pod którego wpływem pozostają gruczoły żołądka. Czy może być mowa o tego rodzaju odległym oddziaływaniu na czynności gruczołów żołądkowych u człowieka, nie wiadomo, bo brak prac doświadczalnych w tym kierunku, wiemy atoli z codziennego życia, że „przychodzi nam ślinka“ na widok ulubionych pokarmów; może to uczucie jest wyrazem pobudzonej czynności błony śluzowej żołądka.

Najważniejszym czynnikiem pośrednio — z jamy ustnej — na czynności gruczołów żołądka wpływającym, jest podrażnienie, przez żucie wywoływane.

Odpowiednie doświadczenia wykonali: w 1897 r. SCHÜLE (5), w 1899 r. TROLLER (6).

SCHÜLE przeżuwał skórki cytrynowe i wydobywał po 10 minutach z żołądka sok, zawierający 0,09—0,22% HCl i sporo pepsyny, TROLLER zaś, żując gumę, stwierdzał wydzielanie soku żołądkowego — o mniejszej lub większej kwasocie. Substancje tak niesmaczne, jak skórki cytrynowe lub guma, nie mogły psychicznie wpłynąć dodatnio na czynności gruczołów żołądka. Kiedy użyto do żucia pokarmów zwykłych, jak mięsa lub chleba, to pod wpływem tego fizjologicznego podrażnienia wydzielał się sok żołądkowy w ilości większej i o wyższej kwasocie.

TROLLER wykazał następnie, że dana ilość pokarmu nie przeżuta, tylko wprowadzona w stanie rozdrobnionym wprost do żołądka przez zgłębnik, wywołuje mniejszą czynność wydzielniczą gruczołów, niż ta sama ilość pokarmu, zjedzona zwyczajnie, t. j. przeżuta i połknięta. Doświadczenie TROLLER'a powtórzyli SCHRENER i RIEGEL (7). Podawali oni 40,0 bulki i 300 grm.

herbaty osobnikom zdrowym do zjedzenia, jako śniadanie próbne, i badali po godzinie zawartość żołądka, następnie wprowadzali te same 40,0 bulki, ale starannie przetartej i namoczonej w 300,0 herbaty, tym samym osobnikom przez zgłębnik. Wydobyta po godzinie miazga żołądkowa wykazywała zawsze niższą kwasotę, niż miazga, pozostała w żołądku w godzinę po zjedzeniu śniadania próbnego; to znaczy, że czynność gruczołów żołądka była zwawsza wtedy, gdy śniadanie zostało zjedzone, t. j. przeżute i połknięte, niż kiedy je mielono, moczoło i przez zgłębnik do żołądka wprowadzano.

Poniżej przytaczam badania własne w sprawie wpływu żucia na trawienie:

Doświadczenie I. R. K. lat 19. *Dyspepsia nervosa.*

2. XII. 03. Naczezo—w żołądku kilka ctm. sz. kwaśnego płynu.

Po śniadaniu próbnem zjedzonym, 2 bulki, 2 szklanki herbaty	}	miazga dobrze strawiona, śluz L + C + T
		kwasota całkowita 72

10. XII. 03.

Śniadanie próbne przez zgłębnik, 2 bulki zmielone, szklanka herbaty.	}	Miazga strawiona równomiernie L + C + T
		kwasota całkowita 64

Doświadczenie II. B. L. 24 a. n. *Eructatio nervosa.*

12. XII. 03. Naczezo żołądek pusty.

śniadanie próbne zjedzone	}	dość dobrze strawione L + C + T
		całkowita kwasota 64

13. XII. 03.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	}	strawione dobrze. L + C + T
		całkowita kwasota 56

Doświadczenie III. R. K. 19 a. n. *Dyspepsia nervosa.*

12. XII. 03. Naczezo, kilka ctm. soku kwaśnego.

Śniadanie próbne zjedzone	}	strawione dobrze, trochę śluzu L + C + T
		kwasota całkowita 68



14. XII. 03.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	} strawione dobrze, śluz L + C + T całkowita kwasota 56
Doświadczenie IV. <i>B. L. 24 a. n. Eructatio nervosis.</i>	

15. XII. 03. Naczecz — żołądek pusty.

16. XII. 03.

Śniadanie próbne zjedzone	} strawione nieźle śluz L + C + T całkowita kwasota 60
17. XII. 03.	

Śniadanie próbne przez zgłębnik	} miazga równomierna L + C + T całkowita kwasota 54
Doświadczenie V. <i>A. T. 22, a. n. Obstipatio.</i>	

1. II. 04. Naczecz, żołądek pusty.

Śniadanie próbne zjedzone	} strawione dobrze L + C + T całkowita kwasota 80
---------------------------	---

2. II. 04.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	} L + C + T całkowita kwasota 72
Doświadczenie VI. <i>Eadem.</i>	

3. II. 04.

Śniadanie próbne zjedzone	} strawione dobrze L + C + T całkowita kwasota 82
---------------------------	---

4. II. 04.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	} miazga płynna L + C + T całkowita kwasota 76
---------------------------------	--

Z badań tych wynika, że ilość wydzielonego HCl po śniadaniu próbnem jest większa, kiedy śniadanie zostało zjedzone, niż kiedy je przez zgłębnik wprowadzono.

Innemi słowy: życie ma na sprawność gruczołów żołądkowych, przy trawieniu węglowodanów, bezwarunkowo wpływ podudządzający.

(D. n.).

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### O zjawisku aglutynacji.

Podał

Bolesław Żebrowski.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22, 31, 32, 37).

**Aglutynacja laseczek:  
błonicy, moru i innych.**

Zjawisko sklejanja daje się obserwować nie tylko w grupie laseczki tyfusu i gruźlicy. Spotykaną i opisaną została aglutynacja: la-

seczki trądu (SPRONCK<sup>8)</sup>), laseczki nosacizny (ARPAĐ 270, KLEINE 276, RABIEAUX 280), laseczki ropy błękitnej (ACHARD 269), laseczki żółtej febry SANARELLI'ego (BANDI 271), laseczki „z“ koklusz (MANICATIDE 279), *B. proteus* (LANNELONGUE i ACHARD 278, BRUDZIŃSKI 273, HAIM 274), lasecznika tężca<sup>9)</sup>, lasecznika obrzęku złośliwego (LECLAINCHE i VALLÉE), *B. botulinus* (HERMANN), lasecznika węglika (LAMBOTTE i MARÉCHAL 277, BOCHICCHIO 272), *B. subtilis* (HALBAN 275), *B. megatherium* (VINCENT), *B. mesentericus vulgatus* (VINCENT<sup>8)</sup>), laseczki czerw-

<sup>8)</sup> według ŻURAKOWSKIEGO przypisów w tłumaczeniu podręcznika GÜNTHER'a.

<sup>9)</sup> według BRUNO (262).



ki świń (DEUTSCH 28), laseczki cholery świń (HOG-cholera <sup>9</sup>).

Prace autorów, dopiero co wyszczególnionych, posiadają wartość jedynie teoretyczną, zresztą niewielką. Nie będziemy ich streszczali dokładnie. W krótkich słowach zreferujemy tu wyniki badań nad aglutynacją laseczki błonicy i zarazka dżumy.

Normalna surowica ludzka zawiera aglutyniny błonice (LUBOWSKY 263).

U ludzi, chorych na dyfteryt, ilość tych aglutynin nie ulega wyraźnemu zwiększeniu, wobec czego serodyagnostyka błonicy nie jest możliwa (BRUNO 262).

Po iniekcji surowicy przeciwbłonicy LUBOWSKY zaobserwował wybitne wzmoczenie zawartości aglutynin swoistych we krwi chorych.

Tyle co do serodyagnostyki błonicy.

Znacznie lepiej stoi sprawa odróżniania laseczki LOEFFLER'a za pomocą surowicy swoistej.

Pierwsze kroki w tym kierunku uczynił LUBOWSKY wspólnie z NEISSER'em. N. uodpornił kozła żywymi hodowlami szczepu błonicy, który odznaczał się zupełnym brakiem toksyczności i zjadliwości. Za pomocą surowicy tego kozła, która aglutynowała szczep izohomologiczny w rozcieńczeniu 1:160, LUBOWSKY mógł różniczkować szczepy błonice i pseudobłonice. Jeszcze lepsze wyniki otrzymał SCHWONER (264), uodparniając konie hodowlami, zabitemi przy 62°C. Surowica konia, immunizowanego szczepem błonicy, sklejała 50 różnych szczepów laseczki LOEFFLER'a w rozcieńczeniu 1:10000, zaś szczepy pseudobłonice najwyżej à 1:10. Być może, próba z surowicą czynną okaże się najpewniejszym środkiem odróżnienia *B. Loeffleri* od laseczek pseudobłonicy. Jednak w klinice nie znajdzie ona prawdopodobnie zastosowania, gdyż sposób otrzymywania odpowiedniego materiału bakteriologicznego jest dość długi i bardzo zmudny. Przytem nie wszystkie szczepy nadają się do próby.

Surowica ludzi zdrowych nie aglutynuje laseczki moru, nawet zmieszana w równych częściach z hodowlą tej laseczki (KOLLE i MARTINI 266).

U chorych dżumowych aglutyniny swoiste zjawiają się dopiero po ustąpieniu ostrych objawów—zwykle przy końcu siódmego dnia choroby; zawartość ich we krwi wzrasta przez 3—4 tygodnie, poczem ulega stopniowemu zmniejszeniu. Niejednokrotnie udaje się wykryć aglutyniny dżumowe u ludzi zdrowych zupełnie, którzy przechodzili dżumę przed 8 tygodniami (WYSOKOWICZ i ZABOŁOTNY 268). Fakt to bardzo ważny, bowiem tacy ludzie mogą w ustroju swym nosić zjadliwe zarazki moru.

Oczywiście tylko dodatni wynik próby serodyagnostycznej ma znaczenie. KOLLE i MARTINI robią rozpoznanie dżumy istniejącej lub przebytej, jeżeli surowica osobnika podejrzanego aglutynuje specyficzną laseczkę w rozcieńczeniu 1:3—5.

ZABOŁOTNY znajdował aglutyniny dżumowe we krwi ludzi zdrowych, którym szczepiono limfę HAFKIN'a.

Próba aglutynacyjna z silną surowicą przeciwdżumową, szczególnie z suchą surowicą paryską, pozwala z zupełną pewnością i bardzo szybko rozpoznać zarazek moru (MARKL 267, KOLLE i MARTINI 266).

#### LITERATURA.

Aglutynacja laseczki błonicy.

261) Bandi. C. B. 33 p. 535.

262) Bruno. B. W. 1898 N. 51.

263) Lubowski. Z. H. 35 p. 87.

264) Schwoner. W. W. 1903 N. 50.

Aglutynacja laseczki moru.

265) Aujeszky i Wenhardt. B. W. 1902 N. 32.

266) Kolle i Martini. D. W. 1902 N. 1—4.

267) Markl. C. B. 29 p. 810.

268) Wysokowicz i Zabołotny. A. P. 1897 p. 662.

Aglutynacja innych laseczek.

269)\* Achard. B. C. I. N. 206.

270)\* Arpad. C. B. 32 p. 118.

271) Bandi. Z. H. 46 p. 81.

272)\* Bochiechio. B. C. I. N. 781.

273) Brudziński. Przegl. lek. 1899 N. 48. 49 i Jahrb. f. Kinderhiknd. 52. p. 469.

274) Haim. W. W. 1903 N. 20.

275) Halban. A. P. 1898 p. 417.

276) Kleine. Z. H. 44. p. 183.

277) Lambotte i Maréchal. A. P. 1899 p. 637.



278) Lannelongue i Achard. S. M. 1896 p. 400.

279) Manicatide. Z. H. 45 p. 469.

280)\* Rabieaux. C. B. 32 p. 533.

### Aglutynacja paciorkowców i innych koków.

(*Strepto-Pneumo-Staphylo et Meningo-coccus*).

I. Od chwili gdy van de VELDE (290) podał wzmiankę o sklejanii łańcuszkowców przez surowicę swoistą, różni autorzy zaczęli pilnie badać to zjawisko, spodziewając się na tej drodze znaleźć odpowiedź—pomiędzy innymi—na ważne zagadnienie, czy mianowicie różne szczepy paciorkowców są odmianami jednego zasadniczego typu, czy też są to zupełnie odrębne gatunki mikrobów. W kwestyi tej, jak wiadomo, panują znaczne różnice zapatrywań. Poprzednio panowała przez jakiś czas teorya unitarna, której wyznawcą pozostał do ostatniej chwili MARMOREK.

Obecnie, dzięki oświeceniu sprawy z innej strony, a mianowicie, pod wpływem wyników badań nad aglutynacją, pogląd na kwestyę uległ pewnym modyfikacyom, rzecz cała jednak nie została rozstrzygnięta ostatecznie. Spotykamy tu jeszcze mnóstwo wątpliwości i sprzeczności.

Część tych sprzeczności da się pogodzić, jeżeli uwzględnimy ten nie ulegający kwestyi fakt, że różne szczepy paciorkowców, pochodzące z analogicznych przypadków chorobowych, mogą posiadać zupełnie różną zdolność aglutynowania z daną surowicą czynną (ARONSON 282, MOSER i PIRQUET 284, ŻELEŃSKI 292). Mając ten fakt na względzie, możemy sobie wytłomaczyć, na przykład, dlaczego żaden z autorów nie potwierdza spostrzeżenia MEYER'a (283) co do odrębności paciorkowców „ropnych” od paciorkowców, pochodzących z przypadków zapalenia gardła (we względzie zdolności aglutynowania).

Drugi fakt, stwierdzony z zupełną pewnością przez wielu autorów, dotyczy różnych genetycznie szczepów: paciorkowce różnego pochodzenia mogą aglutynować jednakowo.

Tak, ARONSON (281) znalazł, że niektóre szczepy paciorkowców, pochodzących z przy-

padków gośca stawowego, aglutynują w tym samym stosunku, co i pewne szczepy szkarlatynowe. Jedna z surowic swoistych, otrzymanych przez MOSER'a i PIRQUET'a, dawała odczyn z izohomologicznym szczepem szkarlatynowym, dalej ze szczepem, otrzymanym z wysięku otrzewnowego, i wreszcie ze szczepem, wyhodowanym ze krwi chorego na płasawicę—ze wszystkimi trzema w stosunku 1 : 1000.

NEUFELD (285) nie widział różnicy w zachowaniu się szczepu szkarlatynowego, szczepu z ropówki i szczepu ze śledziony trupa—względem jednej i tej samej surowicy swoistej. Przykładów tych możnaby przytoczyć więcej.

MOSER chciał wyodrębnić paciorkowce szkarlatynowe, posilkując się wysokowartościową surowicą, którą otrzymał z konia, uodparnianego paciorkowcem, wyhodowanym ze krwi serca dziecka, zmarłego na płonicę. Surowica ta (z konia „Bertram”), w istocie, w granicznych rozcieńczeniach aglutynowała tylko paciorkowce płonicze. NEUFELD, sprawdzając wyniki badań MOSER'a, znalazł, że surowica „Bertram” skleja: paciorkowca, użytego do uodparniania, w stosunku 1 : 50000; paciorkowca płoniczego HASENKNOPF'a i SALGE'go à 1 : 20000; paciorkowca płoniczego, przeprowadzonego przez myszy, (szczep ARONSON'a)—nie aglutynuje nawet w rozcieńczeniu 1 : 100. Tak samo jak szczep ARONSON'a zachowuje się szczep, otrzymany przez NEUFELD'a z ropówki. Dwa ostatnie szczepy były bardzo zjadliwe dla myszy. NEUFELD próbował zmiejszyć ich zjadliwość, co mu się oczywiście łatwo powiodło. Otóż pokazało się, że osłabione szczepy obydwu aglutynowały w rozcieńczeniu surowicy à 1 : 20000—to jest w tem samym, jak i szczep płoniczy HASENKNOPF'a i S.

Tak więc w odczynie aglutynacyjnym paciorkowców nie widać jakiegokolwiek prawidłowości, ani stałości, które pozwoliłyby na wyodrębnienie pewnych grup czy odmian, gdyż paciorkowce różnego pochodzenia niejednokrotnie zachowują się jednakowo, i w ten sposób zacierają się różnice pomiędzy genetycznie różnymi grupami, z drugiej zaś strony oddzielne indywidua jednej takiej grupy wykazywać mogą pewną odrębność biologiczną.



„Mamy tu do czynienia z odczynem wybitnie indywidualnym, jakiego nie spotykamy w żadnej innej grupie bakteryologicznej“ (ARONSON 282).

W większości przypadków zachowane zostaje przynajmniej to prawo, że najlepiej aglutynuje szczep izohomologiczny, t. j. użyty do uodparniania (VELDE, ARONSON). Ale i tu zdarzają się wyjątki (ARONSON, MOSER i PIRQUET).

Prawdopodobnie zdolność aglutynowania ulega znacznym wahaniom w zależności od różnych czynników, nieznanych nam bliżej. Jednym z takich czynników jest zjadliwość zarazka.

ARONSON znajduje, że szczepy paciorkowców, wyhodowane dopiero co z ustroju ludzkiego, aglutynują bardzo niejednakowo, ale przeważnie nader łatwo ( $\lambda$  1 : 3000 — 20000). Też same szczepy, po przeprowadzeniu kilkakrotnem przez zwierzęta, stawszy się zjadliwymi, ulegają sklejanemu znacznie trudniej ( $\lambda$  1 : 30 — 50); przytem zdolność aglutynacyjna różnych genetycznie szczepów, wprzód niejednakowa, teraz zbliżyć się zaczyna do jednego poziomu (w stosunku do surowicy, otrzymanej przez uodparnianie koni szczepami zjadliwymi dla myszy i królików).

Analogiczne spostrzeżenie zrobił NEUFELD (ob. wyżej) i inni.

Co więcej, MEYER twierdzi, że, uodparniając konie szczepami, przeprowadzonymi, na przykład, przez myszy, otrzymujemy surowicę, która aglutynuje tylko szczepy zjadliwe dla myszy, a pozostaje nieczynną względem szczepów zjadliwych dla człowieka, t. j. wyhodowanych wprost z jego ustroju. Dlatego też MEYER (a po nim MENZER i MOSER) uważa za rzecz niezbędną, przy wyrobieniu surowicy leczniczej dla ludzi, posilkować się wyłącznie szczepami, nieprzeprowadzanymi przez zwierzęta. Postulat MEYER'a nie przez wszystkich uwzględniony został. Nasamprzód bowiem podstawowe twierdzenie MEYER'a zostało obalone w doświadczeniach ARONSON'a (282) i HASENKNOFF'a i SALGE'go<sup>10)</sup>. Powtórnie zdolność aglutynacyjna danej surowicy przeciw paciorkowcowej nie koniecznie bywa miernikiem siły ochronnej (ARONSON 281). Chociaż w wielu wypadkach znajdu-

wano w istocie, że obydwie te zdolności rozwijają się równoległe (VELDE 290, PIASECKA 286, WŁASJEWSKIJ 291).

II. Badania różnych autorów nad własnościami aglutynacyjnymi surowicy ludzkiej względem paciorkowców dały sprzeczne wyniki. Nasamprzód co do surowicy ludzi zdrowych.

KRAUS i LÖW (71) znaleźli, że normalna surowica ludzka nie zawiera aglutynin paciorkowców.

HASENKNOFF i SALGE twierdzą, że surowica ludzi zdrowych nie aglutynuje paciorkowca płoniczy.

ŻELEŃSKI, przeciwnie, zaobserwował, że „w ogromnej większości prób surowica prawidłowa ludzka posiadała zdolność aglutynowania prawie wszystkich odmian paciorkowca i to nie raz do wysokich rozcieńczeń (również i paciorkowca płoniczy)“.

Wpływ surowicy chorych płoniczych na paciorkowce płoniczy badali: BAGIŃSKI i SOMMERFELD<sup>11)</sup>, MOSER i PIRQUET, ŻELEŃSKI. Wszyscy oni otrzymali wyniki zgola ujemne lub też nie decydujące. Tylko badania HASENKNOFF'a i SALGE'go doprowadziły do wyników dodatnich. Znaleźli oni, mianowicie, że surowica chorych na płonicę posiada własność sklejaną paciorkowca płoniczego, że ta własność znika pod koniec okresu zdrowienia, i że też surowica skleja paciorkowce innego pochodzenia bardzo słabo albo wcale nie. Wobec tych faktów, H. i S. wypowiadają przypuszczenie, że w przebiegu płoniczy paciorkowce wchodzą w pewien związek biologiczny z ustrojem chorego.

Przyczynę wszystkich tych sprzeczności w wynikach dotychczasowych badań upatruje ŻELEŃSKI w różnorodności metod, jakimi posługiwali się różni autorowie, i na dowód przytacza kilka przekonywujących doświadczeń porównawczych<sup>12)</sup>.

Druga przyczyna, nie mniej może ważna, o której mówiliśmy wyżej, leży w odmiennej zdolności aglutynacyjnej różnych szczepów, należących do jednej genetycznej grupy.

Wreszcie dla mieszaniny jednego szczepu z jedną i tą samą surowicą mogą się zdarzyć

<sup>10)</sup> HASENKNOFF i SALGE. Jahrb. f. Kinderhklude. VIII p. 218. 1903. Według referatu w SCHMIDT's Jahrb. 282 H. 4 p. 69 r. 1904.

<sup>11)</sup> według ŻELEŃSKIEGO (292).

<sup>12)</sup> Metodykę badania aglutynacji paciorkowców wyczerpująco wyłożył i krytycznie oświecił ŻELEŃSKI.



wahania w granicach  $\frac{1}{1,000}$  —  $\frac{1}{1,6000}$  (MOSER i PIRQUET).

„Stosunki, dotyczące aglutynacji paciorkowców, są bardzo zawile i nie dadzą się na razie ująć w jakieś stałe prawidła; budzą one również pewne wątpliwości, czy na tej drodze uda się kiedyś rozjaśnić zagadnienia, których nie mogły rozstrzygnąć badania postaciowych i hodowlanych własności paciorkowców“ (ŻELEŃSKI).

Aglutynację pneumokoka w surowicy królików uodpornionych obserwował ISAJEW już w roku 1893 (296).

Po nim inni badali odczyn przy łożu chorego. Wszyscy zgadzają się na to, że nie ma on wartości rozpoznawczej w przypadkach zapalenia płuc włóknikowego (BEZANÇON i GRIFFON 294, KARWACKI 297, GARGANO i FATTORI 295).

KARWACKI mniema, że odczyn aglutynacyjny może stać się nicią przewodnią dla diagnozy zakażeń pneumokokowych o umiejscowieniu niezwykłym i tych samych zakażeń, wnikających inne cierpienia (powikłania grypy, tyfusu, gruźlicy płuc, gruźlicy prosówkowej, spowodowane przez pneumokoka, pneumokokowe zapalenia wsierdzia, stawów i t. d.).

KOLLE i OTTO (300, 301), uodparniając króliki dużymi dawkami zabitych hodowli gronkowca (*staphylococcus albus, aureus, citreus*), otrzymali silnie aglutynującą surowicę, za pomocą której byli oni w stanie z zupełną pewnością odróżnić szczepy chorobotwórcze od saprofitycznych. Przytem K. i O. przekonali się, że zjadliwe dla człowieka szczepy gronkowców spotykają się w powietrzu, na otaczających nas sprzętach i t. p. daleko rzadziej, niż przypuszczano dotychczas.

JAEGER (302) na zasadzie odczynu aglutynacji identyfikuje *meningococcus* WEICHELBAUM'a i *meningococcus* JAEGER'a; oddziela zaś od nich *micrococcus catarrhalis* CZAPLEWSKIEGO. W jednym przypadku zapalenia opon mózgowych nagminnego PLAGGE wyhodował pewną odmianę mikrokoka ze śluzu nosa; JAEGER znalazł, że ze względu na zdolność aglutynowania odmianę tę odnieść należy do grupy *meningococcus* WEICHELBAUM-JAEGER.

## LITERATURA.

- Aglutynacja paciorkowców.
- 281) Aronson. B. W. 1902. N. 42—43.  
 282) Tenże. D. W. 1903. N. 25.  
 283) Meyer. D. W. 1902. N. 42.  
 284) Moser i Pirquet. C. B. 34. p. 560,  
 714.  
 285) Neufeld. Z. H. 44. p. 161.  
 286) Piasecka. Arch. d. médec. expérim.  
 1903.  
 287) Piorkowski. B. W. 1902. N. 48.  
 288) Salge i Hasenkopf. M. W. 1902.  
 N. 41.  
 289) Tavel. D. W. 1903. N. 50—51.  
 290) van de Velde. Arch. de médec. expér. Tom IX.  
 291) Własiewski. C. B. 33 p. 464.  
 292) Żeleński. Przegląd lekarski. 1904.  
 N. 8—9.  
 Aglutynacja pneumokoków.  
 293) Bezançon i Griffon. S. M. 1897. p. 217.  
 294) Ci sami. A. P. 1900. p. 449.  
 295)\* Gargano. B. C. II. N. 291.  
 296) Isajew. A. P. 1893. p. 260.  
 297) Karwacki. Gazeta lekarska. 1902.  
 N. 50—51.  
 298\*) Stefanelli. B. C. I. N. 1617.  
 299)\* Wadsworth. B. C. II. N. 524. Oprócz  
 tego artykuł pod N. 103.  
 Aglutynacja innych koków.  
 300) Otto. C. B. 34. p. 44.  
 301) Kolle i Otto. Z. H. 41. p. 369.  
 302) Jaeger. Z. H. 44 p. 225.

## Aglutynacja wibriona cholery.

Badania nad aglutynacją wibriona cholery, zapoczątkowane przez ISAJEW'a i IWANOW'a (303), poprowadzone w dalszym ciągu przez BORDET'a (10), dały wyniki bardzo ważne we względzie rozpoznawczym głównie dzięki pracom PRAUSNITZ'a (307) i KOLLE'go i GOTTSCHLICH'a (305). K. i G. wypracowali przedewszystkiem metodę otrzymywania surowicy, silnie aglutynującej. Polega ona na tem, że królikowi średniej wagi wstrzykuje się do żyły ucha w tygodniowych przerwach wzrastające dawki hodowli wibriona cholery, zabitej przez godzinne ogrzewanie do 60° C.: za pierwszym razem zastrzykujemy



1 uszko platynowe hodowli, za drugim — 3 uszka, za trzecim — 5. Po trzeciej iniekcji siła aglutynacyjna surowicy królika względem wibriona dochodzi do 10000. W ten sposób K. i G. uodpornili 28 królików, a mianowicie: 20 — za pomocą dwudziestu różnych szczepów wibriona Koch'a, zaś 8 innych króli — za pomocą ośmiu różnych szczepów wibrionów choleropodobnych. Każdą z 28 otrzymanych surowic (20 surowic „cholerycznych“ i 8 surowic „choleropodobnych“) próbowali oni z każdym z 28 szczepów, użytych do uodparniania, i znaleźli, że:

1) Szczepy choleryczne (20 szczepów) aglutynowały z surowicami „cholerycznymi“ w stosunku 1 : 1000 — 10000, zaś z surowicami „choleropodobnymi“ tylko w stosunku 1 : 50 *maximum*, często słabiej albo wcale. Odwrotnie:

2) Szczepy choleropodobne (8 szczepów) aglutynowały z surowicami homologicznymi i à 1 : 500 — 10000, zaś z surowicami cholerycznymi à 1 : 50 najwyżej.

Jedna z surowic przeciwocholerycznych sklejała 65 szczepów *vibrio* KOCHI w stosunku 1 : 2000 — 10000, a 30 szczepów innych wibrionów à 1 : 10 — 50.

K. i G. zaznaczają zupełną zgodność wyników, otrzymanych na drodze badania cech morfologicznych i biologicznych — w szczególności odczynu PFEIFFER'a, z wynikami próby aglutynacyjnej.

Wobec tego że:

1) stopień zjadliwości, odczyn na „Chole-raroth“, wygląd hodowli na płytkach żelatynowych nie zawsze dają zupełnie pewne punkty oparcia dla rozpoznania wibriona KOCH'a;

2) próba PFEIFFER'a może zawieść, jeżeli zjadliwość danego szczepu osłabła po nad zwykłą miarę,

a szczególnie biorąc pod uwagę fakt, że ani w jednym wypadku (na 900 doświadczeń bez mała) nie zauważono aglutynacji „grupowej“, której wystąpienie mogłoby zatrzeć różnice w

zachowaniu się szczepów KOCH'a i choleropodobnych, K. i G. twierdzą, że odczyn aglutynacyjny prowadzi najpewniej — przytem najkrótszą drogą — do katerycznego rozpoznania zarazka cholery.

Poza tem praca K. i G. stwierdza jeszcze raz swoistość i jedność tego zarazka.

Inaczej rzecz się ma z wibrionami choleropodobnymi: PRAUSNITZ, opierając się na odczynie aglutynacji, dzieli je na 11 grup (badał 165 szczepów wibrionów wodnych).

W „Instrukcji do rozpoznania bakteryologicznego przypadków cholery“, wydanej w 1902 roku przez pruskie ministerium spraw oświecenia i lekarskich, a opracowanej przez KOCH'a, KIRCHNER'a, KOLLE'go, FLUEGGE'go i KOSSEL'a, próba aglutynacyjna z wysokowartościową surowicą przeciwocholeryczną znalazła szerokie uwzględnienie. „Instrukcja“ podana jest *in extenso* w pierwszym tomie podręcznika EULENBURG'a na stron. 332—337 (EULENBURG etc. 42).

#### LITERATURA.

- 303) Isajew i Iwanow. Z. H. 17 p. 117.  
 304)\* Koch, Kirchner, Kolle, Flügge i Kossel. C. B. 33 p. 43.  
 305) Kolle, Gottschlich i inni Z. H. 44. p. 1.  
 306)\* Oya. C. B. 34 p. 202.  
 307) Prausnitz. Z. H. 43 p. 239.  
 Oprócz tego artykuły sub N. 10 i 42.
- Mimoходом wspomniemy, że LAVERAN i MESNIL, a po nich JÜRGENS obserwowali aglutynację trypanosomów. MACFADYEN i MALVOZ otrzymali surowicę, sklejącą drożdże; SCHÜTZE nie mógł za pomocą takiej surowicy odróżnić różnych gatunków drożdży.
- 308) Juergens. A. H. 42 p. 265.  
 309) Laveran i Mesnil. A. P. 1901 p. 673.  
 310) Macfadyen. C. B. 30 p. 368.  
 311) Malvoz. C. B. 29 p. 688.  
 312) Schütze. Z. H. 44 p. 423.



## Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych.

Posiedzenie z dnia 17. V. 1903.

1) SOKOŁOWSKI przedstawił 32 letniego rolnika, który od 16 dni znajduje się w szpitalu św. Ducha. Zgłosił się on ze skargą na duszność, kaszel z nieznaczem odpluwaniem, bóle w klatce piersiowej, szczególnie w górnej okolicy mostka. Choroba rozpoczęła się przed 8 miesiącami, jakoby po przemoczeniu nóg podczas koszenia siana. Od tego czasu kaszel i duszność stale się wzmacniały i pomimo tych dolegliwości chory pracował do października r. z., od tej daty duszność zaczęła go bardziej męczyć, zwłaszcza przy ruchu i wysiłku fizycznym. Do owej chwili nie chorował wcale, przymiotu nie przechodził, napojów wysokokowych nie nadużywał. Stan bezgorączkowy. W ostatnim tygodniu kaszel i duszność zlagodniały, w płwocinie laseczników Koch'a nie wykryto. Przy badaniu krtani znaleziono nierówność i zgrubienie lewej struny prawdziwej oraz zgrubienie i duże wyniosłości w okolicy podgłośniowej bardziej z lewej strony. Roentgenoskopia nie wykryła zmian w klatce piersiowej. SOKOŁOWSKI przypuszcza twarżdział.

W dyskusji WRÓBLEWSKI powiada, że guzowatości w tchawicy nie widział. Raz w podobnym przypadku znalazł nowotwór tchawicy, który był operowany. Zapytuje, czy ordynatorowie oddziałów nie stosują KILLIAN'owskiej bronchoskopii, która w danym przypadku mogłaby ułatwić rozpoznanie.

ŁOGUCKI widział chorego, gdy miał silną duszność. Badając go wtenczas, widział na pierścieniach tchawicy z lewej strony guzowatości. Przypuszcza twarżdział.

SZLEIFSTEIN przypomina niedawno ogłoszony przypadek KILLIAN'a, w którym za pomocą bronchoskopii rozpoznano *enchondroma*.

SREBRNY wyniosłości w okolicy podstrunowej nie widział—rozpoznaje zwężenie oskrzela.

SOKOŁOWSKI powiada, że bronchoskopii w oddziale swoim jeszcze nie stosował, ale zamierza ją wprowadzić.

LUBLINER na przypadku zwężenia oskrzela przez ciało obce ilustruje ważność bronchoskopii.

SOKOŁOWSKI uważa bronchoskopię za metodę trudną. W przypadku LUBLINERA doskonale nadawała się roentgenoskopia.

SZUMLAŃSKI wspomina o chorym, który nagle dostał silnej duszności, z jednej strony klatki piersiowej oddech niesłyszalny. Chory opowiedział, że wyjmowano mu zęby pod chloroformem, i że w kilka dni później dostał influenzy. Podejrzewano *pleuritis* i zrobiono nakłucie próbne, wreszcie zdecydowano pleurotomię. Nazajutrz, gdy wszystkie przygotowania do operacji były zrobione, chory nagle przy kaszlu wykrztusił ząb. Od tej chwili ma się dobrze.

2) DUDREWICZ (syn) przedstawił 29 letniego mężczyznę, który w ostatnich 3 latach zgłaszał się kilkakrotnie do niego z powodu chrypki. W obecnej chwili chory dotknięty jest bezgłosem. W stanie zwykłym widać u niego na miejscu zatoki MORGAGNI'ego wałek, obecnie w tem samym miejscu znajduje się guz wielkości pestki od wiśni.

WRÓBLEWSKI widział tego chorego przed kilku laty i, o ile pamięta, znalazł zmiany w szczytach płuc i to, co było widać w krtani, robiło wrażenie nacieku. Przed 3 dniami znowu widział chorego i znalazł duży guz, który proponował usunąć.

LUBLINER utrzymuje, że gruźlica nie wyłącza możliwości wypadnięcia błony śluzowej zatoki MORG., przeciwnie, sprawa gruźlicza ułatwia nawet to wypadanie.



LOGUCKI uważa sprawę więcej za obrzękową, niż za infiltracyjną.

MEYERSON zastanawia się nad sprawą *prolaps. ventr. Morgagni*.

SREBRNY przypomina, że według badań anatomicznych FRENKEL'a nie należy mówić o wypadaniu błony śluzowej zatoki MORG.; to, co widzimy w podobnych razach, jest przerostem dolnej powierzchni strun fałszywych albo górnej powierzchni strun prawdziwych.

LUBLINER nie uważa badań FRENKEL'a za rozstrzygające.

SOKOŁOWSKI zwraca uwagę, że wypadający guz robi wrażenie torbieli, nawet zlekką prześwieca, ale nie pozostawia wątpliwości co do swej natury.

3) LUBLINER przedstawił guz, wydobyty z gardzieli kobiety 40 letniej. Chora ta od 4 lat czuła jakąś przeszkodę w gardle. Na prowincyi robiono cięcie. Guz znajdował się po za łukiem tylnym i drażył do jamy nosogardzielowej, przy obmacywaniu dawał wrażenie masy elastycznej. Przekłucie guza wykazało brak w nim wolnego płynu. Rozpoznano: *myxoma* albo *lipoma*. Guz usunął d-r ODERFELD drogą zewnętrzną bez rezeceki szczęki dolnej. Badanie drobnowidzowe jeszcze nie zostało wykonane. Guz drażył do podstawy czaszki i wychodził z tkanki łącznej gardzieli.

4) SZUMLAŃSKI zakomunikował historię następującego przypadku. Dziecko 2 letnie bawiło się na stole i upuściło na ziemię zabawkę, po którą schyliła się matka; wtenczas dziecko obaliło palącą się świecę, z której stearyna kapnęła do ucha matki. S. znalazł przewód słuchowy zewnętrzny zatkany czopem stearyny, który został wystrzyknięty. Przewód słuchowy i błona bębenkowa bez obrażeń.

5) W dyskusyi nad odczytem MEYERSONA „o pierwotnej zgorzeli migdałka“ WRÓBLEWSKI powiada, że w jego przypadku guz rósł we wszystkich wymiarach, był twardy, później wystąpiło powiększenie gruczołów w okolicy podszczękowej, otwór po cięciu rozszerzał się ciągle skutkiem powiększania się guza. Widzieli go chirurgowie, którzy skonstatowali nowotwór złośliwy, następnie wskutek duszności wykonano tracheotomię. Zrobiono jeszcze cięcie na migdałku i kawałek tkanki z głębi wycięto do zbadania. Wyniku badania jeszcze nie ma.

Posiedzenie z dnia 30. IX. 1903.

1) SZLEIFSTEIN uzupełnia historię chorego z gangreną migdałka w następujący sposób. Nowotwór migdałka rósł i zaczął wywoływać zwężenie dróg oddechowych, które spowodowało potrzebę przecięcia tchawicy. Gruczoły podszczękowe i szyjowe kolosalnie obrzmiały, wystąpiły silne bóle przy łykaniu i wycięcie, zakończone śmiercią. Prof. PRZEWOSKI oglądał preparat kawałka tkanki, wyciętej z guza, i stanowczego rozpoznania zrobić nie był w stanie. Sądząc z przebiegu choroby, skłaniać się można do rozpoznania chłoniako-mięsaka.

DOBROWOLSKI mniema, że prawdopodobnie był to nowotwór, wątpi jednak, czy mięsak, mięsaki bowiem nie dają powiększenia gruczołów. Nie wyłącza i promienicy, opierając się na ropieniu z przetoki.

SZLEIFSTEIN dodaje, że badano guz na promienicę, lecz nie znaleziono grzybków swoich.

SREBRNY przypomina o t. zw. *angina Vincenti*, którą należy mieć na oku, gdy idzie o sprawę zgorzelinową migdałka. Czy w danym przypadku ze sprawą tą liczyłyby się należało, nie wie, gdyż chorego w swoim czasie nie widział.

SZLEIFSTEIN powiada, że badanie bakteriologiczne nie podobnego do *bacillus fusiformis Vincenti* nie wykazało.

SOKOŁOWSKI przypomina przebieg choroby, zwraca uwagę DOBROWOLSKIEGO, że w przebiegu chłoniako-mięsaków gruczoły chłonne obrzmiewają, i dodaje, że z wyciętego kawałka tkanki pewnego badania drobnowidzowego nie można było zrobić.

POLAŃSKI widział omawiany przypadek i odniósł wrażenie nowotworu, dyfteryt, o którym wspomiano, może dołączył się przypadkowo po cięciu, zgorzel należy wyłączyć z powodu braku odoru.

SOKOŁOWSKI przypomina, że, według słów MEYERSONA, z początku był odór bardzo silny.

2) SOKOŁOWSKI opowiedział historię choroby przypadku, w którym rozpoznał *perichondrit. purul. laryngis*. Mężczyzna lat 40 kilku dostał bólu przy łykaniu i duszności. W końcu 1 tygodnia choroby przybył do szpitala. Przy badaniu znaleziono: obrzęk tylnej ściany krtani



i więzów nagłośnio - nalewkowych, na jednym więzie ropa. Zrobiono tracheotomię, i w ciągu 10 dni sprawa zakończyła się pomyślnie. SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na silną duszność, której nie widzimy przy analogicznym obrazie w sprawach przewlekłych, i objaśnia ową duszność prawdopodobnym nacieczeniem podgłośniowem. Wreszcie stawia S. kwestyę, czy w podobnym przypadku należy próbować zrobić cięcie w krtani, czy też od razu przystąpić do przecięcia tchawicy, skłaniając się osobiście do drugiego poglądu.

SREBRNY objaśnia różnicę w stopniu duszności pomiędzy sprawami przewlekłymi a ostremi tem, że w pierwszych chorzy powoli przyzwyczajają się do zwężenia krtani. Co się tyczy wyboru pomiędzy postępowaniem wewnątrzkrtańniowem a tracheotomią w przypadkach daleko posuniętej duszności, to w praktyce prywatnej bez wahania wybrałby tę ostatnią, ale i w szpitalnej przedewszystkiem na nią zdecydował już choćby z tego względu, że kokaina, której użycie do wykonania rękoczynu wewnątrzkrtańniowego byłoby niezbędne, sama przez się wywołuje uczucie duszenia się, a przy istniejącej silnej duszności mogłaby ją spotęgować.

DOBROWOLSKI w praktyce prywatnej wybrałby tracheotomię, w szpitalu usiłowałby wykonać zabieg wewnątrzkrtańniowy.

POLAŃSKI widział przypadek ostrego zapalenia ochrzęstny krtani po połknięciu ciała obcego.

SOKOŁOWSKI mniema, że w jego przypadku musiał być silny obrzęk okolicy podstrunowej, co się zaś tyczy wyboru pomiędzy cięciem w krtani a tracheotomią, to przekłada ostatnią, albowiem nawet i w szpitalu nieraz ryzykuje się życie chorego, usiłując pomódz mu na drodze naturalnej.

Posiedzenie z dnia 28. X. 1903.

1) DOBROWOLSKI przedstawił dziecko 3 letnie, któremu z lewej jamy bębenkowej usunął ciało obce. Przewód słuchowy zewnętrzny był mocno obrzmiały, ropienie było obfite, co bardzo utrudniało wydobywanie ciała obcego na drodze naturalnej. Z tego też powodu kilku innych kolegów chciało usunąć owo ciało przez odłuszczenie muszli, D. udało się jednak uskutecznić to drogą naturalną. Ciałem obcym był

kawałek węgla kamiennego, które dziecko włożyło sobie do ucha przed miesiącem. Z początku matka usiłowała wydostać ciało obce, ale wepchnęła je głębiej, następnego dnia lekarz robił bezskuteczne próby. Gdy we 2 tygodnie po wypadku matka zgłosiła się do D., tenże zaproponował pozostawienie dziecka w szpitalu, na co matka się nie zgodziła. Po upływie drugich 2 tygodni sprowadzono dziecko do D. po raz wtóry, i teraz wydobywanie ciała obcego z jamy bębenkowej drogą naturalną udało się w uspieniu chloroformowem.

LUBLINER uważa, że lekarz, który chciał odłuszczyć muszlę w celu wydobywania ciała obcego, miał słuszość, gdyż nie narażał dziecka na możliwe następstwa czekania.

SZUMLAŃSKI zapytuje, czy było probowane przestrzykiwanie ucha.

DOBROWOLSKI odpowiada, że lekko przestrzykiwał.

SZUMLAŃSKI ani razu nie widział się zmuszonym do wykonania operacji zewnętrznej, zawsze udawało mu się usunąć ciało obce drogą naturalną, najczęściej przestrzykiwaniem.

SREBRNY z powodu tej uwagi nadmienia, że sam także dochodził zawsze do celu drogą naturalną aż do czasu, kiedy sprowadzono doń raz dziecko z głęboko w jamie bębenkowej zaklinowanym ciałem obcym przy groźnym stanie ogólnym pacjenta. Radził odłuszczenie muszli, na co matka dziecka się nie zgodziła. Stracił chorego z oczów, w jakiś czas potem dowiedział się, że dziecko zmarło.

2) DOBROWOLSKI wspominał o przypadku krupu w przebiegu odry.

LUBLINER w przypadku tym nie widzi nic nadzwyczajnego i wyraża żal z powodu, że błony nie były zbadane bakteryologicznie.

DOBROWOLSKI odpowiada, że badanie bakteryologiczne było wykonane i wykryło tylko *streptokoki*.

SREBRNY powiada, że krup w przebiegu odry należy do rzeczy bardzo częstych, po większej części są to sprawy nie LÖFFLER'owskie.

SOKOŁOWSKI przypuszcza, że sprawa rzekomobłoniasta w krtani mogła być mieszana.

Posiedzenie z dnia 25. XI. 1903.

1) SINOŁĘCKI zakomunikował następującą niezwykle przypadek obcego ciała w nosie.



W roku 1902 w miesiącu czerwcu zgłosił się do ambulatorium szpitala Ewangelickiego mężczyzna 24 letni, opowiadając, że przy kuciu żelaza na gorąco oderwał się duży kawał tegoż, odbił się z wielką siłą o podłogę i wpadł mu do nosa w chwili, kiedy był pochylony. Doznawszy bardzo dotkliwego bólu, chory chwycił palcami za wystający kawałek żelaza, silnie oparzył sobie palec, ale odłamka żelaza wydobyć nie był w stanie. Dopiero ująwszy go kleszczami, zdołał wyciągnąć go z nosa i przedstawił go SINOŁĘCKIEMU. Był to gruby kawał żelaza, długości kilkunastu centymetrów. Chory miał palec prawej ręki poparzone, oparzenie widać było również na prawem skrzydle nosa. Wewnątrz nosa ściany dolnego przewodu z prawej strony pokryte strupem, pochodzącym od oparzenia, na przegrodzie, muszli dolnej i średniej ślady oparzenia. Krwawienie z nosa było bardzo nieznaczne, rana po oparzeniu pokryta skąpymi skrzepami. Choremu zasypano nos dermatolem. Następnego dnia wystąpił obrzęk policzka i grzbietu nosa. Wydzielina była śluzowa z małą domieszką ropy. 5 dnia oparzenie skrzydła oraz obrzęk policzka i grzbietu nosa mniejsze. Chory więcej nie zgłaszał się. Od żony jego S. dowiedział się, że cała sprawa zakończyła się pomyślnie, oddechanie nosem zupełnie swobodne, z czego wnosić można, że żadne zrosty w nosie nie powstały.

W dalszym ciągu, przytaczając z literatury kazuistykę obcych ciał nosa, S. wspominał o przypadku PARKER'a, który ogłosił przypadek obcego ciała w nosie, ważącego 105 gramów: była to szruba z mutrą od fuzyi—wyjęto ją po dokonaniu rezekcji szczęki górnej.

SZLEIFSTEIN powiada, że ciało obce oczywiście nie tkwiło całkowicie w nosie, skoro je można było uchwyć kleszczami.

LUBLINER zapytuje, jak wyglądała druga strona nosa, i jak wyglądał nos wogóle pod względem wymiarów.

SINOŁĘCKI tych szczegółów nie przypomina sobie. Osobliwszych rozmiarów nos nie posiadał. Ciało obce, według słów chorego, tkwiło tak, że tylko dwa centymetry wystawały.

SOKOŁOWSKI poczytuje za godne uwagi rozmiary ciała obcego i jego temperaturę.

LUBLINER nie nadaje tak poważnego znaczenia temu przypadkowi. Porównać go można

z przypadkami ciał obcych, dostających się do jam ustroju wskutek eksplozyi.

SZUMLAŃSKI nie jest pewny, czy całe opowiadanie chorego nie jest zmyślane, czy możliwą jest rzeczą, aby taki kawał żelaza odbił się od ziemi z taką siłą, by mógł odskoczyć na dostateczną wysokość i dostać się do nosa chorego.

SREBRNY przyznaje, że i jemu także wątpliwości przychodziły do głowy, należałoby zatem przed ogłoszeniem podobnego przypadku wyłączyć wszelką możliwość podstępu ze strony chorego.

SOKOŁOWSKI z powodu uwagi LUBLINERA powiada, że ciała eksplodujące dostają się do ustroju drogą nienaturalną, tutaj zaś ciało przeszło drogą naturalną. Zdaje się, że opowiadanie chorego jest zgodne z prawdą, kiedy zgłosił się sam i przyniósł ciało obce.

WRÓBLEWSKI dodaje do historii przypadku, opowiedzianego przez SINOŁĘCKIEGO, następujące szczegóły: zalecono pulweryzacje z kokainy i okłady lodowe. Zdrowa strona nosa nie przedstawiała nic szczególnego. O braniu wymiarów z nosa wobec cierpienia chorego nie mogło być mowy. W nosie widać było drobne pęcherze. Oparzenie szło w kierunku dolnego przewodu. Symulację ze strony chorego można byłoby przypuszczać tylko w takim razie, gdyby żądał świadectwa—tymczasem nie zgłosił się on do szpitala po nie. Po tak silnym oparzeniu, zdawałoby się, powinnyby nastąpić zrosty, wartoby więc było odszukać chorego i zbadać stan nosa.

2) WRÓBLEWSKI zapytuje, dlaczego tak skwapliwie opisują przypadki krwawiących polipów przegrody nosa, kiedy, według zdania jego, są to rzeczy nie rzadkie. Między innymi operował dziś dużego polipa przegrody, wystającego z nozdrza.

LUBLINER powiada, że polipy przegrody nosa widywał, ale nie często. Tak wielkiego, jak wspomniany przez WRÓBLEWSKIEGO, wcale nie widział.

SREBRNY podziela zdanie WRÓBLEWSKIEGO co do względnej częstości polipów krwawiących przegrody nosa i cytuje kilka przykładów. Do dużych rozmiarów polipy te dochodzą chyba rzadko, a to już choćby dlatego, że, wywołując bardzo obfite krwotoki, zmuszają chorych



do wczesnego zwrócenia się do lekarza. Dalej sądzi S., że przypadki polipów przegrody nosa byłyby jeszcze częstsze, gdybyśmy baczniejszą zwracali uwagę na owe maleńkie punkciki na przegrodzie, dające powód do krwotoków nosowych. Te drobne, wystające ponad powierzchnię błony śluzowej punkty są prawdopodobnie początkiem przyszłych polipów.

WRÓBLEWSKI powiada, że w jego przypadku polip nie był wcale tak wielki, miał wielkość fasoli, ustawił się tylko tak, że wystawał

z nosa. Może być, że polipy przegrody powstałyby istotnie z tego, o czym mówił SREBRNY, on sam jednak uważa owe punkty za *aneurysmata milliaria*.

Tego samego zdania, co WRÓBLEWSKI, jest i SOKOŁOWSKI.

SREBRNY objaśnia, że nie miał na myśli tych przypadków, w których istotnie mamy tętniaki, ale takie, gdzie wyraźnie widać drobny kawałek tkanki, który przy poruszeniu zgłębnikiem silnie krwawi.

## Z powodu konkursu,

odbytego w szpitalu św. Ducha w d. 7 września r. b.

Dnia 7 b. m. w szpitalu św. Ducha odbył się konkurs na posadę ordynatora oddziału chirurgicznego w zakresie chorób dróg moczowych. Do delegacji konkursowej należeli: delegat Rady miejskiej Dobr. Publ. inspektor szpitali d-r TROICKI, z urzędu lekarz naczelny szpitala św. Ducha d-r Mikołaj BRUNER, z wyboru: d-r STANKIEWICZ, lekarz naczelny i ordynator oddz. chirurg. szpit. Ewangielickiego, d-r WATRASZEWSKI, lekarz naczelny i ordynator szpit. św. Łazarza, d-r SZTEJNER i KARZEWski, ordynatorzy oddz. chir. szpit. Dz. Jezus, i d-r CHROSTOWSKI, ordyn. oddz. wewnętrznego szpit. Dz. Jezus. Zastępcami na wypadek niestawienia się którego z sędziów byli: d-r KRAJEWSKI, ordynator oddz. chir. szpit. Dz. Jezus, i d-r Edward ZIELIŃSKI, ordynator oddz. wewnętrznego szpitala na Pradze.

Do konkursu stanęli d-rzy DAMSKI, GROSLIK, KRYŃSKI, MINCER i ŚWIĄTECKI. Początek konkursu wyznaczono na godzinę 9½.

O godzinie 11 przewodniczący delegacji, otwierając konkurs publiczny, ogłosił współubiegającym się i licznie zebranemu audytorium lekarzy warunki, jakie delegacja konkursowa zdecydowała zastosować do oceny kandydatów. A mianowicie: 1) kandydaci będą badali cho-

rych i mieli wykłady w porządku składania podań, 2) każdy z kandydatów zbada dwóch chorych, wyznaczonych przez losowanie, 3) operacji nie będą wykonywali wszyscy kandydaci, lecz tylko ci 2, ewentualnie 3, którzy otrzymają największą jednakową liczbę stopni; operacja ta ma służyć do ponownego balotowania i rozstrzygnąć ostatecznie, który z kandydatów otrzyma ordynaturę, 4) badania chorych, skomplikowane i wymagające specjalnych przyrządów, nie są konieczne, kandydat jednak musi zaznaczyć, że do zupełnego rozpoznania trzebaby było wykonać takie a takie badanie. Część chorych do badania przysłano przed rozpoczęciem konkursu z innych szpitali, reszty dostarczyła klinika chirurgiczna szpitala św. Ducha.

Po zbadaniu przez kandydatów chorych i zakomunikowaniu rozpoznania, zrobiono godzinną przerwę, po której odbyło się wygłaszanie rozpraw. Następnie delegacja konkursowa usunęła się na naradę przy drzwiach zamkniętych. W trakcie narad wezwano na posiedzenie delegacji d-ra GROSLIKA; o przyczynie i rezultacie tego wezwania niebawem dowiedziało się całe audytorium. O godzinie 6½ przewodniczący delegacji oznajmił publicznie, co następuje: jedna-



kową największą liczbę kresek (po 66) otrzymali trzej kandydaci: d-rzy GROSGLIK, KRYŃSKI i MINCER, pozostali dwaj otrzymali mniejszą, lecz również dostateczną liczbę kresek. Z wymienionych trzech kandydatów d-r GROSGLIK dla pewnych względów zrzekł się posady podczas wezwania go na naradę delegacyi, z dwóch zaś pozostałych delegacya konkursowa na życzenie lekarza naczelnego szpitala św. Ducha d-ra Mikołaja BRUNERA dała pierwszeństwo d-rowi MINCEROWI i jego przedstawia jako kandydata na posadę ordynatora.

Wykonanie operacyi, która miała wedle publicznej zapowiedzi delegacyi konkursowej rozstrzygnąć o kandydatach, pominięto młeczeniem. Musimy tutaj wyjaśnić powód zrzeczenia się d-ra GROSGLIKA, o czem zresztą wszyscy wiedzą.

Wezwanemu na posiedzenie delegacyi obiecano ordynaturę, która się ma utworzyć w szpitalu Starozakonnych, jeżeli zrzeknie się jej u św. Ducha. D-r GROSGLIK zrzekł się, pomimo że miał z początku, jak się po ściślejszem obliczeniu przekonano, największą liczbę kresek.

Tak się odbył konkurs 7 września r. b. w szpitalu św. Ducha.

Dla należytej oceny warunków, w jakich odbył się konkurs, musimy przypomnieć te przepisy prawa, które mają być stosowane w konkursie, o jakim mowa

Przepisy prawa są następujące: Do oceny samego konkursu wyznaczona będzie na każdy raz osobna delegacya konkursowa. Do składu tej delegacyi oprócz a) członka-lekarza Rady, jako przewodniczącego, należą b) lekarz naczelnny szpitala, dla którego konkurs się odbywa i c) pięciu lekarzy szpitalnych, tak z liczby naczelnnych innych szpitali, jako i ordynujących. Udział w delegacyi konkursowej lekarzy szpitalnych, o jakich jest mowa pod lit. c, tak ma być urządzony, aby do konkursu chirurgiczno-operacyjnego powołanych było czterech lekarzy, mających oddziały chorych zewnętrznych, a jeden z oddziału chorób wewnętrznych (§ 6 część III, tom V przep. Administr. Król. Polsk.).

Lekarze, będący w bliskim pokrewieństwie z którymbądź z konkursujących nie mogą należeć do składu delegacyi konkursowej. Lekarze szpitalni do delegacyi wyznaczani będą

losom. Losowanie takie odbywać się będzie na posiedzeniu rady (§ 7).

Wszelkie decyzje delegacyi następują większością głosów (§ 8).

Sam konkurs odbywać się będzie w tym szpitalu, dla którego jest ogłoszony. Na konkursie obecni mogą być lekarze i studenci lekarsey (§ 9).

Na próbę szpitalną chorych wybiera delegacya konkursowa. Na badanie chorego i zdanie sprawy wraz z rozpoznaniem, przepowiednią i wskazaniem sposobu leczenia przeznacza się po kwadransie czasu (razem pół godziny). Rozprawę po jednogodzinnym namyśle lekarz, konkurs odbywający, ustnie wyklada w przedmiocie chorób, danych mu do próby klinicznej, rozprawa taka zakończyć się ma w przeciągu pół godziny (§ 10).

Konkurs na lekarza oddziałów chorób zewnętrznych, okulistycznych i syfilitycznych stanowią a) próba szpitalna na dwóch chorych z odpowiedniego oddziału, b) rozprawa ustna i c) wykonanie dwóch operacyi na trupie. Jakie operacye mają być wykonane, los wskaże; o ile zaś możliwość dozwoli, wszyscy kandydaci mają wykonać też same operacye (§ 11).

Zestawiając przytoczone przepisy prawa i porządek, przyjęty i ogłoszony przez delegacyę konkursową odbytego w dniu 7 września r. b. konkursu, widzimy różnicę, na którą czujemy się w obowiązku zwrócić uwagę. 1) Delegacya konkursowa nie wybierała chorych do badania klinicznego przed posiedzeniem konkursowem, skutkiem czego nie znała chorych i naturalnie nie mogła ocenić badania i rozpoznania, stawianego przez kandydatów. Z powodu uchylenia się delegacyi od tego przepisu prawa do badania klinicznego był przedstawiony chory, który nie był chorym urologicznym. Kiedy zaś kandydat, dzięki tylko obyciu klinicznemu, zwrócił po zbadaniu chorego uwagę delegacyi, że chory ten nie jest chorym urologicznym, chciano to przedstawić jako nieumiejętność rozpoznawania. Choć często trudniej jest dowieść, że pacjent jest zdrow, niż powiedzieć przypuszczalne rozpoznanie. 2) Delegacya konkursowa zadecydowała, że nie wszyscy będą wykonywali operacye, lecz tylko ci, co będą mieli największą jednakową liczbę kresek. A jednak ten punkt w § 11 o wy-



konywaniu operacji jest również ważny, jak punkty *a* i *b*, bo służy do oceny uzdolnienia kandydata.

Delegacja nie mogła powziąć takiej decyzji, bo to obraża wyraźny przepis prawa. Nie dość na tem, delegacja konkursowa nie zastawała się nawet do własnej nieprawnie powziętej decyzji, ogłoszonej publicznie przy rozpoczęciu konkursu, zapominając, że nie można zmieniać warunków konkursu z chwilą publicznego ich ogłoszenia, bo one już zostały prawem publicznym i obowiązują tak delegację, jak i kandydatów. Trzem kandydatom z jednakową liczbą kresek nie dano do wykonania operacji, lecz przeprowadzono wybór kandydata w sposób, dotychczas niepraktykowany. Jednemu wezwanemu na posiedzenie delegacji ofiarowano za zrzeczenie się nieistniejącą posadę w szpitalu Starozakonnych. Z dwóch pozostałych wybrano tego, kogo sobie życzył lekarz naczelny d-r Mikołaj BRUNER. Gdyby dotrzymano przynajmniej własnego przyrzeczenia, danego na początku konkursu publicznie, to bardzo być może, że wszystkie te układy byłyby zbyteczne. Nowe głosowanie, które miało się odbyć po wykonaniu przez kandydatów operacji, mogłoby wysunąć tylko jednego jedyne kandydata. Opowiadano później, że nie było narzędzi, trupów i miejsca do wykonania operacji, wreszcie, że było już późno. Dlaczego w takim razie nie odłożono konkursu, nie przecież pilnego nie było. Oddziału przecież właściwie niema, bo niema ani sali operacyjnej, ani żadnych urządzeń niezbędnych w takim oddziale. Chciano przecież tylko stworzyć, jak to często się robiło, nowego ordynatora nadetatowego, aby powiększyć liczbę całej masy ordynatorów bez oddziałów lub oddziałów, zupełnie nie urządzonych i nie odpowiadających zadaniu. Co zaś do spóźnionej pory, to trudno, delegaci wiedzieli o tem, że tam, gdzie staje pięciu kandydatów, na odbycie konkursu trzeba będzie 10 godzin. Wreszcie można było odłożyć wykonanie operacji do dnia następnego, bo prawo temu nie przeczy.

O zrzeczeniu się d-ra GROSGLIKA przed ostatecznym rezultatem, t. j. przed wykonaniem operacji, nie będziemy mówili, bo to jest jego rzecz prywatna. Musimy jednak podnieść propozycję delegacji konkursowej, która ofiarowała mającą się utworzyć posadę w innym szpitalu

za zrzeczenie się jej w szpitalu św. Ducha. Delegacja nie miała żadnego prawa z dobrą wiarą robić takiej obietnicy, bo jej dotrzymać nie może. Posady w szpitalu Starozakonnych niema i może nie być zupełnie.

Inicytywa do utworzenia takiej posady może wyjść tylko od szpitala Starozakonnych, który zapewne nie zechce pozbyć się prawa rozporządzania się u siebie i w myśl § 2 wystąpi z przedstawieniem o ogłoszenie konkursu, do którego, naturalnie, musi stanąć każdy, kto zechce otrzymać posadę, bez względu na to, czy stawał już gdziekolwiek do konkursu, i czy mu ktośkolwiek kiedykolwiek obiecywał.

To też przebieg konkursu i wyrok delegacji konkursowej wywarł na wszystkich obecnych bardzo przykre wrażenie. I słusznie. Takie gwałcenie kardynalnych zasad konkursu dla widzimisię jednostek obniża samą zasadę konkursu. Zaczęto też wypowiadać wątpliwość, czy droga jawnego konkursu jest drogą najlepszą, bo również nie zabezpiecza od stronności i samowoli. Musi jednak każdy po bliższem zastanowieniu się przyznać, że tą drogą jest się narażonym na mniejszą niesprawiedliwość, niż inną. Trzeba tylko, ażeby sędziowie konkursowi stali na wysokości zadania i obowiązku obywatelskiego.

Gdyby nie jedna, dwie, lecz nawet kilka jednostek w delegacji nie stało na wysokości zadania i chciało powziąć postanowienia niezgodne z prawem i sprawiedliwością, to jeden po męsku wypowiedziany protest może zniweczyć wszelkie machinacje.

Konkurs jest jawny, i złą wolę zdemaskować łatwo. Dlaczego sędziowie konkursowi dopuścili do tego, co się stało, jest zgola rzeczą niezrozumiałą. Wszyscy wiedzą np. że już na parę dni przed konkursem agitowano wśród sędziów na jednego z kandydatów, że prowadzono układy z drugim kandydatem, aby zrzekł się, jeżeli otrzyma jednakową liczbę kresek z protegowanym. Jednemu z kandydatów, który przez grzeczność (jak się okazało w tym wypadku zupełnie zbyteczną) poszedł się zarekomendować, jako kandydat, lekarz naczelny szpitala d-r M. BRUNER odpowiedział, że zupełnie niepotrzebnie staje do konkursu, bo, gdyby się nawet utrzymał, to oddziału nie dostanie, gdyż ten oddział ma być urządzony dla kogo innego. Dalej już



posunąć się w pogwałceniu zasady konkursu trudno, na określenie zaś takiego postąpienia brak słów.

Wie też ogół, jak się odbyło dodawanie stopni i głosowanie. Konkurs, w tych warunkach odbyty, powinien być nieważny i wywołać gorący protest.

Dużo pisano i mówiono u nas w ostatnich czasach o znaczeniu konkursów. Wobec jednak takich faktów, jakie miały miejsce na ostatnim konkursie, pozwolimy sobie zwrócić uwagę jeszcze raz na korzyści, jakie z konkursu wypływają: 1) otrzymanie posady jest mniej zależne od protekcyi, a więcej od wartości kandydata; 2) posady szpitalne będą obsadzone przez dzielniejszych lekarzy, bo miernota do konkursu nie stanie; 3) lekarz dla otrzymania posady musi liczyć na własne siły, a to go zachęci do pracy i nie będzie demoralizowało wyszukiwaniem protekcyi i t. p. Naturalnie, że, aby tak było, powinni stać na wysokości zadania sędziowie konkursowi. I o to wszelkiemi siłami należy się starać.

Jeszcze parę słów wyjaśnienia w sprawie głosowania. Często sędziowie konkursowi, żeby nie uchybić kandydatom, piszą 2-m lub 3-m najwyższą liczbę kresek, t. j. po 10. To nie powinno mieć miejsca. Konkurs nie jest egzaminem na jakiś stopień naukowy, lecz jest współubieganiem się kandydatów o jedną jedyną posadę. Nie może więc sędzia konkursowy przeznaczać 2 lub 3, lecz musi, zważywszy wszystkie okoliczności, wybrać tylko jednego, któremu, według jego zdania, najsluszniej należy się oddział, dla którego odbywa się konkurs. W ocenianiu zaś kandydatów nie tylko strona naukowo-lekarska kandydata powinna być brana pod uwagę, lecz i strona moralna i etyczna. Chorzy szpi-

talni nie mogą dowolnie wybierać lekarzy i dlatego powinni być powierzani pieczy takich lekarzy, którzy na to wszechstronnie zasługują.

Delegacya konkursowa d. 13 września podpisała protokół konkursu, odbytego 7 września. W zakończeniu protokołu przedstawia na posadę d-ra MINCERA, o 2 zaś pozostałych z taką samą liczbą kresek zwróciła się do Rady miejskiej, aby pierwsze, jakie będą, posady oddziałów chorób dróg moczowych oddano bez konkursu tym 2 kandydatom, t. j. d-wi GROSGLIKOWI i d-wi KRYŃSKIEMU. Otóż musimy oświadczyć, że delegacya konkursowa była wybrana do obsadzenia jedynie posady w szpitalu św. Ducha, nikogo więc nie może polecać Radzie miejskiej, która zapewne nie będzie naprawiała błędów komisji konkursowej i tolerować rzeczy, niezgodnych z prawem. Na każdą posadę konkursu powinien być ogłaszany, i o tem delegacya przedewszystkiem wiedzieć powinna. Tem swoim wystąpieniem do Rady miejskiej delegacya chce zamazać swoją nieprawą decyzję. Sądźmy też, że Rada miejska, a właściwie szpitale nie zgodzą się na wytwarzanie oddziałów specjalnych dla takich chorób, jak choroby dróg moczowych. Takich oddziałów niema nigdzie, bo wszędzie cierpienia te leczą się w oddziałach ogólnych chirurgicznych, a że tamgdzieś, np. w Paryżu, ktoś specjalnie zajmuje się temi chorobami, to przez to nie przestał być chirurgiem i za takiego jest uważany przez zarząd szpitala. Gdyby tak chciano tworzyć specjalne oddziały według organów, to niezadługo możemy usłyszeć o konkursie na oddział kończyn górnych lub dolnych i t. p. Należy raczej pomyśleć o zaopatrzeniu należytem istniejących oddziałów, a lepiej na tem chorzy wyjdą i całe nasze szpitalnictwo.



## Wiadomości bieżące.

— Redaktor odpowiedzialny naszego czasopisma kol. SADOWSKI powrócił do Warszawy i objął kierownictwo pisma.

— W ministerium oświaty utworzono posadę zarządzającego wydziałem lekarskim zakładów naukowych i jego pomocnika. Posady te zajmować mają lekarze.

— Na dziekana wydziału lekarskiego we Lwowie wybrano prof. ŁUKASIEWICZA, we Wrocławiu prof. MIKULICZA.

— Dotychczas podobno w armii mandżurskiej nie ma wogóle epidemii chorób zakaźnych, oprócz przypadków tyfusu brzuszego.

— W Charbinie powstało czasowe Towarzystwo lekarskie. Na prezesa został wybrany d-r TOŁMACZOW, na sekretarzy AREIMOWICZ i MAMONOFF.

— XV międzynarodowy zjazd lekarski (Lizbona, kwiecień 1906 r.). Otrzymaliśmy numer 2 i 3 Dziennika zjazdu. Obydwa te numery są wypełnione sprawami komitetu organizacyjnego tegoż zjazdu. Zapowiada się podczas zjazdu wystawa kolonialna. Sprawa pellagry ma być omawiana w sekcji psychiatrycznej. W końcu znajdujemy listę komitetów narodowych, które prawie już we wszystkich krajach zostały uformowane.

— W Monachium powstało „Towarzystwo zwalczania pyłu na ulicach“. Towarzystwo ma zamiar osiągnąć cel swój przez starania u władz odpowiednich oraz za pomocą agitacji ustnych i piśmiennych.

— „O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla rodzących oraz opieki nad noworodkiem“, interesująca rozprawka kol. Józefa JAWORSKIEGO, opuściła prasę w drugim wydaniu. Autor odnośnie przesady i zwyczaje ludu naszego grupuje w pewne działy, mianowicie: naprzód wiara w złe duchy, boginki, strzygi, czarownice, uroki, złe spojrzenia

i t. p.; powtóre, brak zmysłu czystości; po trzecie, nieumiarkowanie co do ilości i jakości w jedzeniu i pićiu w tych stanach; po czwarte, niezajomość znaczenia utraty krwi, a nawet upatrywanie w tem pożytku; nakoniec, nieufność wobec lekarza i fachowo wykształconej akuszerki, jako też obawa wszelkich zabiegów lekarskich. W wyborze, co do podawania przesądów, JAWORSKI kieruje się mniejszem lub większem znaczeniem danego przesądu lub zwyczaju z punktu widzenia pożytku lub szkody dla zdrowia; powtóre, stopniem rozpowszechnienia się, rozmiarem co do częstości stosowania. Walka z przesądami i zwyczajami nie jest łatwa i zdaniem J. według tego, jakie umysły przesąd zajmuje, i sama odmienna być musi. Pragnąc skutecznie zwalczać szkodliwość leczniczych przesądów i zwyczajów wśród ludu, potrzeba się nagiąć, mówi J., do sposobu myślenia jego, zastosować się do potrzeb tegoż ludu. „Poprawa tych stosunków — kończy autor — odbędzie się więcej podstawowo, stanie się tem prędzej, im silniejsze będzie parcie ducha czasu, im żywsze w nas wszystkich obudzi się poczucie odpowiedzialności za przeszłość i przyszłość ludu naszego“.

Drugie wydanie rozprawki tej pod względem zewnętrznym w niczem nie ustępuje pierwszemu.

— ZMARLI. W ubiegłym miesiącu zmarł d-r Leon PATKOWSKI, lekarz powiatu Sandomierskiego, w Sandomierzu (samobójstwo).

— W Kijowie zmarł d-r Eugeniusz GNUS, lekarz zarządzający Pogotowiem ratunkowym w Kijowie (samobójstwo).

— Na Kaukazie zmarł d-r Władysław GOGOCKI, dyrektor szkoły akuszerkiej w Kamieńcu Podolskim.

SPROSTOWANIE. Na str. 688, szpalta 1, wiersz 6 od góry powinno być: „zarazek ten może nie szkodzić“. Na str. 690, szpalta 2, wiersz 16 od góry, powinno być: „suszonego rdzenia“. Na str. 687, szpalta 1, wiersz 10 od dołu, powinno być: „54620 osób“.



Bardzo pożyteczny produkt z

**Cascara Sagrada**

” **CASCARINE**  
 $C^{12}H^{10}O^5$  **LEPRINCE** ”  
(Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku  
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892  
roku i 3 Lipca 1899 r.

**WSKAZANIA:** stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zależy się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16) Składy we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

## Racyonalne leczenie fosforem

**R H O M N O L**

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,  
przygotowanego przez D-ra Leprince

$C^{40}H^{54}Az^{14}O^{27}P^4$

**Wskazania:** Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—  
Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour, Paris (16).

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.