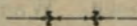


GAZETA LEKARSKA.

I. AGLUTYNACYA W ZAKAZENIU PNEUMOKOKOWEM.

Napisał

Leon Karwacki.



W 1891 r. MIECZNIKOW spostrzegł, że dvoinki TALAMON-FRAENKEL'a, hodowane w surowicy królików uodpornionych przeciw tym drobnoustrojom, rosną w postaci długich łańcuszków. W następnym roku MOSNY zauważył, że hodowle dvoinek w surowicy królików uodpornionych nie przedstawiały zwykłego typowego zmeńnienia, lecz pozostawały zupełnie przezroczyste, a drobnoustroje znajdowały się w drobnym ziarnistym opadzie na dnie próbówki. Identyczne wyniki otrzymali ISAJEW i WASHBOURNE podczas badań nad własnościami surowic antypneumokokowych—prace ich jednak nie dodały nic nowego do poprzednich spostrzeżeń i nie postawiły na właściwym gruncie sprawy aglutynacji dvoinkowej. Dopiero BEZANÇON i GRIFFON wykazali swoistość tego odczynu i zastosowali go do celów klinicznych, wzorując się na metodzie WIDAL'a. Pierwsze ich poszukiwania miały na celu wykazanie, że aglutynacya pneumokokowa, zarówno jak i durowa, jest odczynem zakażenia, a nie odporności. Dużem utrudnieniem w poszukiwaniach był ten fakt, że sprawy pneumokokowe u zwierząt, wrażliwych na dvoinki, przebiegają nader szybko, otrzymywanie więc krwi do badania za życia było prawie niepodobieństwem. Przy filtrowaniu jednak płynów zwierząt, padłych na pasocnicę pneumokokową—królików, myszy—przez świeczkę porcelanową, udało im się stwierdzić obecność swoistych aglutynin. Chcąc zbliżyć się do warunków przebiegu spraw dvoinkowych w organizmie ludzkim, BEZANÇON i GRIFFON uodporniali częściowo króliki, zastrzykując im zarazek złagodzony. W tych warunkach króliki nie zdychały w przeciągu 24-ch godzin po zastrzyknięciu hodowli jadownej i przebieg sprawy pneumokokowej był bardziej przewlekły; powstawały umiejscowienia w różnych narządach, a czasem cała sprawa ograniczała się do powstawania ropnia w miejscu zastrzyknięcia. Tego rodzaju zakażenie doświadczalne przedstawiało pewną analogię ze sprawą dvoinkową u człowieka. W surowicy zwierząt, otrzymanej za życia, badacze ci z łatwością wykryli swoiste aglutyniny. Po przeniesieniu badań na grunt kliniczny, podobne wyniki otrzy-

mali z surowicą chorych na zapalenie płuc włóknikowe. Naogół jednak stopień aglutynacji pneumokokowej zarówno doświadczalnej, jak i klinicznej, był znacznie niższy, niż stopień aglutynacji durowej, wskutek tego zwykła technika badania aglutynacji uległa pewnej zmianie. Badaczom tym nie udało się otrzymać aglutynacji natychmiastowej ani razu.

Technika, podana przez nich, jest następująca. Krew do badania można brać aseptycznie—przez nakłucie żyły strzykawką Pravaz'a lub też pomocą ciętych baniek. Ten ostatni sposób przy zachowaniu pewnych ostrożności—dokładne wymycie skóry, wyjąłowanie baniek i kieliszka do odstania się surowicy—daje wyniki zadowalające. Surowica zasiewa się nieznaną ilością dwoinek i przenosi do cieplarki na 15—16 godzin. Rozcieńczeń surowicy, jak przy durze, BEZANÇON i GRIFFON nie stosują, gdyż tylko jeden raz udało im się otrzymać odczyn w surowicy rozcieńczonej [u królika przy rozcieńczeniu 1 : 50]. Fakt ten francuscy badacze uważają za wyjątkowy, a mierzenie stopnia aglutynacji pneumokokowej za niemożliwe. Ważne znaczenie ma wybór dwoinek do zasiewu. Według ich poszukiwań, najlepiej aglutynuje się ta odmiana, która w danym razie jest sprawcą zakażenia. Płwocina chorego szczepi się białej myszce pod skórę. Po 24—36-iu godzinach mysz ginie; krew, aseptycznie otrzymana z serca, szczepi się na agarze lub bulionie. Hodowla, w ten sposób powstała, używa się do wykazania aglutynacji w krwi danego chorego. Dla porównania dobrze jest zasiewać także próbówkę z surowicą ludzką normalną. Przy zasianiu jednakową ilością dwoinek hodowla powstaje obfitsza w surowicy pneumoników. Po 15-tu godzinach surowica normalna jest zlekka mętnawa. Badając preparat drobnowidzowy, spostrzegamy mnóstwo dwoinek w otoczkach, równomiernie rozdzielonych w polu widzenia. Niektóre dwoinki formują krótkie łańcuszki po 3—4 ziarenka. Hodowla w surowicy pneumokokowej może przedstawiać się dwojako: albo płyn jest zupełnie przezroczysty, a drobnoustroje tworzą opad na dnie i ściankach próbówki [odczyn makroskopowy], albo też płyn jest mętny, a dla wykazania aglutynacji potrzebny jest mikroskop. Przy aglutynacji, widocznej dla nieuzbrojonego oka, wygląd opadu może być różny; opad tworzy rodzaj odlewu dna próbówki, lub też składa się z błon i kłaczków, lub z drobnitkich ziarenek. Przy silnie wyrażonym opadzie potrząsanie próbówką nie jest w stanie rozdzielić aglutynowanych gromadek, przy aglutynacji słabszej potrząsanie może zupełnie zmienić wygląd drobnowidzowy.

W każdym poszczególnym przypadku badanie gołem okiem powinno być poparte badaniem drobnowidzowym. Pod mikroskopem, przy znacznej sile aglutynacji gromadki bywają nieraz tak znaczne, że zajmują całe pole widzenia. Zwykle jednak gromadki bywają mniejsze. Otoczki silnie nabrzmiwiają. Przy słabszym stopniu aglutynacji brak wyraźnych gromadek, a są długie poskręcane łańcuszki, które zwiijając się, tworzą kłębki na podobieństwo prawdziwych gromadek—głowa M. duzy BEZANÇON'a i GRIFFON'a. Przy jeszcze słabszej sile aglutynacji są tylko mniej lub więcej długie łańcuszki i liczne pojedyncze drobnoustroje. Te postaci, odpowiadające, różnym stopniom rozcieńczeń surowicznych, obserwowałem przy zmodyfikowaniu techniki, podanej

przez BEZANÇON'a i GRIFFON'a. Pewne detale występują dokładniej, jeżeli preparat utrwalić w wysoku-eterze i zabarwić karbolowym błękitem KÜHNÉ'go: otoczki bardzo wyraźne u dwoinek, hodowanych w surowicy zwykłej, zacierają się i tracą wyrazistość konturów u dwoinek aglutynowanych. Fakt ten potwierdza zdanie GRUBER'a, że przy aglutynacji otoczki drobnoustrojów podlegają pewnym zmianom.

Nieco odmienną jest technika, podana przez DADDI'ego i PESCI'ego: badacze ci otrzymywali krew z żyły przez nakłucie i pozostawiali ją w strzykawce aż do wytworzenia się skrzepu włóknika. Następnie zbierali surowicę przez pipetkę i rozdzielali ją w wązkie, znaczone próbówki. Do tej surowicy dodawali w określonej ilości zawiesiny dwoinek, otrzymanych z hodowli agarowej. Dwoinki brane były z krwi lub płwociny chorego, używane były także inne odmiany pneumokokowe. Najczęstszem rozcieńczeniem surowicy, otrzymywanem przez dodatek zawiesiny, było 1:3, wyjątkowo 1:5. Probówki stały w termostacie przez 12—16 godzin i następnie odczyn był badany makroskopowo i drobnowidzowo. Technika ta, poza stwierdzeniem aglutynacji, pozwala także do pewnego stopnia określić i jej siłę, wyrażoną w rozcieńczeniu surowicy.

Do wyboru pneumokoka DADDI i PESCI nie przywiązują tej wagi, co francuscy badacze, zarówno bowiem pneumokoki, otrzymane od chorego, jak i laboratoryjne dawały wyniki jednakowe.

Poszukiwania BEZANÇON'a i GRIFFON'a nad zachowaniem się surowicy normalnej wobec pneumokoków obejmują 100 przypadków: w niektórych z nich krew była brana od osobników zdrowych, w innych od chorych na różne cierpienia, niezależne co do swego powstawania od dwoinek. W żadnym z tych przypadków surowica nie zawierała aglutynin pneumokokowych.

Ze wszystkich spraw chorobowych, wywołanych w ustroju ludzkim przez dwoinki TALAMON-FRAENKEL'a, zapalenie płuc szczególniej nadaje się do badania pod względem serodyagnostycznym, dzięki swej częstości, prawidłowości w przebiegu, łatwości w rozpoznaniu. BEZANÇON i GRIFFON zbadali 39 przypadków zapalenia płuc włóknikowego pierwotnego i 6 przypadków zapalenia płuc wtórnego. Odczyn był we wszystkich przypadkach bez wyjątku. Aglutyniny mogą pojawiać się w krwi w nieznacznej ilości już na 3—4-y dzień choroby, wyjątkowo mogą być wtedy nawet w znacznej ilości. Zwykle zaś aglutynacja występuje wyraźnie dopiero w przeddzień spadku ciepłoty, najwyższy stopień jej zaś bywa przy końcu przelomu, czasami na pierwszy dzień zdrowienia. Aglutynacja w początkach drobnowidzowa, staje się przed kryzysem makroskopową: dwoinki, aglutynując się początkowo w ziarenka, skupiają się następnie w kłaczkę i błonki. W okresie zdrowienia sprawa ma się odwrotnie: aglutynacja makroskopowa prędko przechodzi w mikroskopową, a ta ostatnia znika prędko, czasem już po tygodniu, zwykle zaś trwa nie dłużej nad miesiąc. Wobec tego, zdaniem BEZANÇON'a, aglutynacja pneumokokowa nie nadaje się do rozpoznania retrospektywnego.

Inni badacze mieli wyniki mniej stałe. LANDI na 27 przypadków sprawy pneumokokowej, z tych 26 potwierdzonych wykryciem dwoinek w krwi, otrzymał aglutynację tylko w 20-tu przypadkach.

DADDI i PESCI, badając aglutynację u 35-iu pneumoników, otrzymali wyniki dodatnie w 31 przypadkach. Również dodatnie wyniki były otrzymane u dwóch chorych na serce z opadodem zapaleniem płuc.

W tych razach, gdzie umiejscowienie płucne sprawy pneumokokowej występuje wtórnie jako powikłanie pierwotnego cierpienia, odczyn aglutynacyjny występuje nie mniej wyraźnie, jak w czystym zapaleniu płuc. BEZANÇON i GRIFFON widzieli to w grypie i durze, powikłanych zapaleniem płuc włóknikowym. W tym ostatnim przypadku był również i odczyn WIDAL'a. DADDI i PESCI przytaczają przypadek duru, powikłanego zapaleniem płuc: z krwi wyhodowali laseczniki EBERTH'a i dwoinki FRAENKEL'a, surowica zaś zawierała obydwie swoiste aglutyniny ¹⁾.

Wyraźny odczyn otrzymali również francuscy badacze przy zapaleniu płuc nieżyłtowym (*bronchopneumonia*), wywołanem przez dwoinki i przy innych sprawach pneumokokowych bez umiejscowień płucnych: przy ropnym otoku opłucnej, przy pneumokokowym zapaleniu osierdza i t. p. Wyraźną aglutynację makroskopową dawała surowica w jednym przypadku ropnego zapalenia stawu wywołanego przez dwoinki—przypadek WIDAL'a i LESNE'go. Na 4 przypadki zapalenia opłucnej, które wystąpiły po zapaleniu płuc włóknikowym, DADDI i PESCI otrzymali aglutynację trzy razy z surowicą chorych, dwa razy z płynem wysiękowym.

Aglutyniny pneumokokowe były stwierdzone także w krwi przy cierpieniach zakaźnych innej natury: BEZANÇON i GRIFFON otrzymali dodatni odczyn 4 razy w grypie, dwa razy w plamicy, trzy razy w prosówce, w przewlekłej gruźlicy płuc z gorączką hektyczną. DADDI i PESCI otrzymali odczyn u 8-iu chorych z gruźlicą płuc. Poszukiwania te rzucają ciekawe światło na rolę dwoinek w zakażeniach: grypowem i gruźliczem; w tej ostatniej sprawie dwoinki — być może — grają nie mniej ważną rolę od paciorkowców.

Wartość aglutynacji przy plamicy poparte jest także wykryciem dwoinek w krwi u osobników, dotkniętych tem cierpieniem.

1) Fakt ten obala twierdzenie KRAUS'a, że przy powikłaniu duru przez zakażenie pneumokokowe odczyn WIDAL'a znika. Chory KRAUS'a z wyraźną aglutynacją durową, na krótko przed śmiercią odczyn ten stracił. Autopsya wykazała, oprócz zmian właściwych dla duru zapalenie płuc włóknikowe. W drugim przypadku wyraźnego duru bez aglutynacji oględziny pośmiertne również wykryły w charakterze powikłania zapalenie płuc. Rozcieńczając surowicę durową w stosunku 1 : 30 surowicą pneumokoków, KRAUS nie otrzymywał zwykłej aglutynacji laseczników EBERTH'a. Dla przekonania się o słuszności twierdzenia KRAUS'a, powtórzyłem kilkakrotnie rozcieńczenie surowic durowych w surowicach pneumoników: aglutynację otrzymywałem również wyraźną, jak przy rozcieńczaniu fizyologicznym rozczynekiem soli. Brak aglutynacji w przypadkach KRAUS'a zależał prawdopodobnie nie od powikłania pneumokokowego, lecz od niedostatecznej akcji obronnej organizmu, wskutek czego wystąpiło wtórne zakażenie i śmierć.

Poszukiwania BEZANÇON'a i GRIFFON'a nad zapaleniem gardła niebłoniczej natury [9 przypadków] wykazały, że w wielopostaciowej florze drobnoustrojowej, mogącej wywoływać zapalenie migdałów, dwoinki grają rolę niepoślednią. Udział ich w sprawie chorobowej—oprócz stwierdzenia obecności na równi z paciorkowcami w wysięku zapalnym—poparty został wykazaniem swoistych aglutynin w krwi odnośnych chorych. Aglutynacja bywała zwykle słabo wyrażona i krótkotrwała, fakt ten jednak, zdaniem ich, wystarcza do ustalenia stanowiska pneumokoków w etyologii zapalenia migdałów. DADDI i PESCI w jednym przypadku kataralnego zapalenia gardła znaleźli dwoinki w krwi.

W 6-iu przypadkach, gdzie dwoinki wywołały sprawę nie umiejscowioną, lecz zakażenie ogólne, BEZANÇON i GRIFFON nie stwierdzili odczynu aglutynacyjnego w krwi—przypadki te zakończyły się śmiercią. Brak aglutynacji w zakażeniach śmiertelnych wogóle, lub na czas pewien przed śmiercią, jest—można powiedzieć—regułą w serodyagnostyce zakażeń i notowanym jest zarówno w durze, gruźlicy, jak i w innych zakażeniach. Fakt ten świadczy, że organizmowi brak sił do zdobycia się na akcję obronną, której jednym z wyrazów jest powstawanie aglutynin.

Zarówno technika BEZANÇON'a i GRIFFON'a, jak i modyfikacja, podana przez DADDI'ego i PESCI'ego, przedstawiają w stosowaniu praktycznym znaczne, niedogodności i odczyn może być skonstatowany dopiero przy końcu cierpienia na wyniki zaś badania trzeba czekać do następnej doby. Pewne zmiany, które wprowadziłem do tej techniki, podniosły w znacznym stopniu jej czułość. Zasadnicza zmiana dotyczy wyboru pneumokoka do aglutynacji. Prace bakteriologiczne z ostatniej doby ustaliły ten fakt, że mikroby, świeżo otrzymane z zakażonego ustroju, posiada własność aglutynowania się w stopniu bardzo słabym, pobyt zaś na pożywkach laboratoryjnych zdolność tę znakomicie potęguje.

Dwoinki, izolowane z płwociny chorego drogą szczepienia myszce, hodowałem przez czas pewien na zwykłym bulionie, przeszczepiając je co drugi dzień. Mikroby ten po trzech miesiącach dawał odczyn aglutynacyjny po upływie 10 minut z surowicą chorego, wziętą w okresie krytycznym. Aglutynowane drobnoustroje przedstawiały się nie w formie poskręcanych łańcuszków, lecz w postaci gromadek na podobieństwo laseczników durowych. 24-godzinna hodowla bulionowa tych dwoinek służyła mi stale jako odczynnik do aglutynacji. Dla wykazania odczynu natychmiastowego brałem kroplę tej hodowli i łączyłem ją na szkiełku przedmiotowym z kroplą surowicy pneumokokowej czystej, lub rozcieńczonej w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Największe rozcieńczenie, przy którym odczyn powstawał, było 1 : 5. Mieszanie przykrywałem szkiełkiem nakrywkowym i czekałem 10—30 minut. Brak odczynu po 30-tu minutach uważałem za wynik ujemny. Odczyn natychmiastowy powstawał w znacznej większości badanych surowic pneumonicznych w okresie zwiększonego narastania aglutynin w krwi, t. j. w drugiej połowie choroby. Oprócz odczynu natychmiastowego, badałem także wpływ surowicy na rozwijające się hodowle.

Dzięki łatwemu aglutynowaniu się dwoinek, mogłem rozcieńczać surowice dla określenia stopnia aglutynacji. Do rozcieńczeń brałem bulion, hodowany w wązkich probówkach, używając przytem niedużo surowicy, co pozwalało mi robić cały szereg rozcieńczeń dla określenia *maximum*. Probówki zasiewałem jednym uszkiem hodowli buljonowej i badałem po 16—24-godzinnym pobyciu w cieplarni. Największe rozcieńczenie, przy którym widziałem aglutynację gołym okiem, było 1 : 20; największe rozcieńczenie, przy którym w mętnym płynie mikroskop wykrywał wyraźną aglutynację, było 1 : 100. Taki wysoki stopień aglutynacji posiadały tylko te surowice, które dawały przedtem odczyn natychmiastowy.

Surowice, przepuszczone przez filtr CHAMBERLAIN'a, tracą część swych aglutynin, jeżeli odczyn natychmiastowy w surowicy powstawał przy rozcieńczeniu 1 : 5, 1 : 3, 1 : 2; po przefiltrowaniu aglutynację dawały tylko surowice nierozcieńczone.

Przy wysuszaniu surowice tracą również część swoich aglutynin. 10 kropeł surowicy, aglutynującej 1 : 3, wysuszonych na szkiełku i rozcieńczonych do pierwotnej objętości wodą przekroploną, aglutynowało 3 razy słabiej.

Gnicie surowicy niszczy aglutyniny pneumokokowe. W moczu nie wykryłem tych aglutynin ani razu.

Filtrat tygodniowej hodowli buljonowej pneumokoków dawał z bardzo czynną surowicą swoisty opad w niewielkiej ilości. Z płynów ustrojowych znalazłem aglutyniny tylko w surowicy i w wypocinie opłucnowej. Zawartość aglutynin w tym ostatnim płynie, z wyjątkiem jednego przypadku, była mniejsza, niż w surowicy. W przypadku, stanowiącym wyjątek, zapalenie opłucnej było pierwszym objawem zakażenia pneumokokowego.

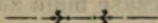
Jako wstęp do serodyagnostyki spraw pneumokokowych, wykonałem szereg poszukiwań nad własnością aglutynującą normalnej surowicy ludzkiej, korzystając z poprzedniego odczynnika drobnoustrojowego. Wobec tego, że każdy dorosły osobnik posiada przeszłość zakaźną, która może zaważyć na odczynie jego surowicy, za typ surowicy normalnej przyjąłem surowicę dziecięcą. Wnet po urodzeniu się dziecka krew z łożyskowego końca pępowiny była wyciskana do jałowej próbki. Po utworzeniu się skrzepu włókniaka surowica rozdzielana była przez pipetkę do wązkich probówek i zasiewana dwoinkami. Na 25 okazów zbadanej surowicy ani jeden nie dał z dwoinkami aglutynacji natychmiastowej, ani razu również nie otrzymałem aglutynacji w tworzącej się hodowli przy użyciu surowicy rozcieńczonej. Z surowic czystych jedna tylko dała drobnowidzową aglutynację: mętny płyn, zbadany pod mikroskopem, zawierał wyraźne gromadki dwoinek. Matka tego dziecka w pierwszej połowie ciąży przechodziła zapalenie płuc.

[D. n.]

Przypadek ostrej gruźlicy gardzieli u 6-letniego chłopca.

Podał

Maurycy Hertz.



Gruźlica gardzieli należy do cierpień względnie nie tak rzadko spostrzeganych, a przynajmniej częściej, niż dawniej przypuszczano. Od czasu klasycznych prac ISAMBERT'a i B. FRAENKEL'a pojawiła się masa obserwacji klinicznych tego cierpienia; literatura przedmiotu tego jest obszerna; w naszym piśmiennictwie mamy wyczerpującą monografię WRÓBLEWSKIEGO ¹⁾. Dane statystyczne co do częstości gruźlicy gardzieli w stosunku do gruźlicy innych narządów, nie u wszystkich autorów są jednakowe. B. FRAENKEL na 150 przypadków gruźlicy widział jeden przypadek owrzodzeń gruźliczych w gardzieli; NAVRATIL na 162 przypadki gruźlicy—20 gruźlicy gardzieli.

W naszym ambulatorium gruźlica gardzieli należy do cierpień bardzo często spotykanych; nie prowadzimy wprawdzie dokładnej statystyki chorých, uważam jednak dane NAVRATIL'a za więcej odpowiadające rzeczywistości, niż cyfry FRAENKEL'a; u nas przynajmniej niema okresu, żebyśmy nie mieli w obserwacji przypadku gruźlicy gardzieli.

Cyfry powyższe dotyczą jedynie gruźlicy gardzieli u osób dorosłych, natomiast gruźlica gardzieli u dzieci, a tembardziej gruźlica ostra, jak to miało miejsce w spostrzeganym przeze mnie przypadku, należy do cierpień rzadkich. W literaturze znajdujemy tylko kilkanaście przypadków tego cierpienia.

Najczęściej spotykamy gruźlicę gardzieli podług MIKULICZA i KÜMMEL'a ²⁾ pomiędzy 40—50 rokiem życia. WOHLAUER ³⁾ jest zdania, jakoby wiek nie odgrywał żadnej roli w rozwoju gruźlicy gardzieli, ponieważ ISAMBERT obserwował gruźlicę gardzieli u 4½ letniego dziecka, P. HEYMANN zaś u 76-letniego starca. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że gruźlica gardzieli u dzieci do lat 10-iu jest stanowczo zjawiskiem bardzo rzadkiem.

SCHLIFEROWITSCH ⁴⁾ na 12 przypadków gruźlicy gardzieli nie widział ani jednego chorego niżej lat 3; WRÓBLEWSKI ⁵⁾ na 14 opisanych przypadków gruźlicy gardzieli—niżej lat 20. ISAMBERT ⁶⁾, który pierwszy opisał gruźlicę

1) WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli. Gazeta Lekarska r. 1887.

2) MIKULICZ i KÜMMEL. Krankheiten des Mundes. 1898.

3) WOHLAUER. Ueber Pharynx tuberculose. Inaug. Dissert. 1890.

4) SCHLIFEROWITSCH. Ueber Tuberculose der Mundhöhle. Inaug. Dissert.

5) WRÓBLEWSKI. l. c.

6) ISAMBERT. Ann. d. mal. de l'oreille et du larynx. T. I str. 77. T. II str. 162.

gardzieli pod nazwą *tuberculose miliaire aigue pharyngo-laryngée* obserwowaną u 4 $\frac{1}{2}$ -letniego chłopczyka, u którego gruźlica gardzieli rozwinęła się pierwotnie, bez wyraźnych zmian gruźliczych w organizmie.

JULES DESPLOUS ¹⁾ opisał przypadek gruźlicy gardzieli u 6-letniego dziecka.

SAMUEL SÉE—u 8- i 6-letniego.

ABERCOMME i GAY u trojga małych dzieci.

BARTH ²⁾ na 35 przypadków gruźlicy gardzieli, zebranych w literaturze, znalazł w 3-ch gruźlicę u dzieci niżej lat 10-ia.

Wobec tak nielicznej kazuistyki gruźlicy gardzieli u dzieci, uważać należy przypadek obserwowany przeze mnie za dosyć rzadki. Dnia 3-go czerwca 1902 r. zgłosił się do ambulatoryum wyrobnik Ł. z 6-letnią córeczką swą Maryą, chcąc zasięgnąć porady naszej z powodu upórcozwej, długotrwałej choroby gardła u dziecka. Dziecko zachorowało w kwietniu r. b. Pewnego dnia dziecko, wróciwszy do domu, zaczęło się skarżyć na silny ból gardła, nie chciało nic jeść, płacząc, że polykanie bardzo je boli. Dziecko już kilka dni przedtem niedomagało, skarżyło się na ból głowy, brak apetytu, zimno, wychodziło jednak na ulicę. Rodzice, zaniepokojeni silnym bólem gardła i gorączką, wezwali lekarza, który zajrzawszy do gardła, rozpoznał dyfteryt; polecił zastrzyknąć surowicę. Tegoż wieczora zastrzyknięto dziecku dwa flakony surowicy przeciwbłoniczej; na drugi dzień jednak żadnej poprawy co do bólu gardła nie było—dziecko wciąż skarżyło się na dotkliwy ból gardła, powiększający się przy przyjmowaniu pokarmów. Wszelkie przestrzykiwania gardzieli żadnej dziecku ulgi nie przynosiły—ból gardła wciąż się powiększał. Rodzice, widząc bezskuteczność wszelkich zabiegów, przestali dziecko leczyć. Dziecko po pewnym czasie wzbraniało się przyjmować nawet płyny, wciąż leżało i z dnia na dzień chudło. W ostatnich kilkunastu dniach zaczęło kaszleć i spluwać z trudnością gęstą żółto-zieloną flegmę. Widząc, że stan dziecka jest coraz gorszy, postanowili zasięgnąć jeszcze naszej porady.

Z wywiadów okazuje się, że dziecko przedtem zawsze było zdrowe; prócz odry w trzecim roku życia, żadnych chorób nie przechodziło. Dziecko karmiła matka, zaczęło chodzić do roku, nigdy na płuca nie chorowało, nie kaszlało. Rodzice zdrowi, w rodzinie żadnych chorób płucnych podobno nie było, wprawdzie siostra ojca wciąż kaszle, na co choruje, nie wiedzą.

Dziecko znajduje się w najwyższym stopniu wycieńczenia; chodzić nie może, ledwo odpowiada na pytania. Cera woskowo-blada, wyraz oczu apatyczny, każdy skurez gardzieli widocznie bardzo bolesny. Z ust wycieka obfita ilość lepkiej śliny, usta na wpół otwarte. W jamie ustnej pełno gęstej wydzieliny, dokładne obejrzenie gardzieli możliwe jedynie po przestrzyknięciu. Język obłożony, pokryty brudno-żółtym nalotem. Na języczku, na podniebieniu miękkim, na łukach i na tylnej ścianie gardzieli pełno drobnych owrzodzeń;

¹⁾ JULES DESPLOUS. De la tuberculose de l'arrière-bouche. Thèse de Paris. 1879.

²⁾ H. BARTH. De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse. Thèse de Paris. 1880.

miejscami [przeważnie na tylnej ścianie gardzieli] owrzodzenia małe zlewają się z sobą, tworząc większe owrzodzone powierzchnie. Błona śluzowa wokół owrzodzeń na małej przestrzeni zaczerwieniona, reszta błony śluzowej, jak również i na podniebieniu twardem, na policzkach wybitnie blada. Języczek obrzmiały; na języczku widać miejscami, jak również i na przednich łukach szare małe guziczki, wielkości ziarnka maku. Laryngoskopowanie ze względu na bolesność bardzo utrudnione: nagłośnia obrzmiała, turbanowata, zakrywa wnętrze krtani; na wolnym brzegu nagłośni i na językowej powierzchni miliarne owrzodzenia. Na języku i w jamie ustnej owrzodzeń niema. W płucach perkusyjnie żadnych zmian nie udało się wykryć, przy wysłuchiwanu z tyłu na całej przestrzeni bardzo zaostzony oddech, miejscami rżenia wilgotne. Śledziona wyczuwa się. Tętno drobne—110. Ciepłota 38,2.

Rozpoznanie nie przedstawiało żadnych wątpliwości, że mamy do czynienia z gruźlicą gardzieli w ostrej jej postaci t. zw. *angine tuberculeuse (maladie d'ISAMBERT)*. Dla potwierdzenia rozpoznania zebrałem trochę wydzieliny z owrzodzeń. Wydzielina zbadana została łaskawie w pracowni szpitalnej przez kol. PODCZASKIEGO. W wydzielinie znaleziona została ogromna ilość laseczników gruźliczych,

W danym więc przypadku u dziecka, przedtem zupełnie zdrowego, rozwinęła się ostra gruźlica gardzieli, która w trzy miesiące doprowadziła do zejścia śmiertelnego. Dziecko zmarło w końcu czerwca przy objawach kompletnego wyniszczenia. Dziecko kilkakrotnie jeszcze widziałem: sprawa rozpadowa w płucach powiększała się z dnia na dzień; w ostatnich dniach chwilami nieprzytomność. Gruźlica gardzieli wystąpiła tu pierwotnie, zmiany zaś w krtani i płucach rozwinęły się następnie, gdyż dziecko przedtem nie chorowało, nigdy nawet nie kaszało i wogóle do chwili wystąpienia objawów ze strony gardła było najzupełniej zdrowe. Objawy ze strony gardzieli, wystąpiwszy wśród ogólnych objawów burzliwych, dały powód do fałszywego rozpoznania dyfterytu gardzieli.

W podręcznikach chorób dziecięcych zbyt mało jest uwzględniona gruźlica gardzieli u dzieci i lekarzom niespecjalistom mało jest znana. Gruźlica gardzieli u dzieci występuje najczęściej pierwotnie, w postaci bardzo ostrej t. zw. *anginy gruźliczej (tuberculose miliaire aigue, maladie d'ISAMBERT)*. Przy ogólnych objawach, jak ból głowy, gorączka, osłabienie, zjawia się dotkliwy ból gardła, stale trwający i wzmagający się przy połykaniu. Ból ten wzmagają się coraz więcej, tak że nawet połykanie płynów jest niezmiernie bolesne. Ból ten jest tak silnego natężenia, że podobnego nie spotykamy w żadnym innem cierpieniu zapalnym gardzieli; stanowi on najwięcej charakterystyczny objaw gruźlicy gardzieli. Przy badaniu gardła znajdujemy na błonie śluzowej języczka, łuków, miękkiego podniebienia drobne, szare, na wpół przezroczyste guziczki. Gruźelki te, wielkości ziarnka maku lub prosa, a nawet i większe, znajdują się tuż pod nabłonkiem lub pod błoną śluzową. W niektórych miejscach łączą się one w oddzielne kępki, otoczone karminowo- lub ciemnoczerwonym brzeżkiem, który bezpośrednio przechodzi w normalną błonę śluzową gardzieli.

W krtani zwykle na początku żadnych zmian nie znajdujemy; później także same zmiany znajdujemy i na nagłośni, na strunach głosowych. Na powierzchni gruzelków wkrótce [nieraz po kilku dniach] następuje zmętnienie nabłonka, łuszczenie się i rozpad, co daje powód do tworzenia się owrzodzeń. Gdzie znajdowały się konglomeraty guziczków, tworzą się obszerne owrzodzenia; na miejscu zaś rozpadu oddzielnych gruzelków—owrzodzenia drobne, soczewicowate, ograniczone. Przy obszernej owrzodzeniach na języczku może dojść do przedziurawienia, a nawet i do zupełnej eliminacji języczka. Owrzodzenia pokryte są szaro-białą wydzieliną, w której znajdujemy dużo laseczników gruczołowych. W pierwszym okresie choroby, kiedy krtąń jeszcze nie zajęta i kiedy gruźlica wystąpiła pierwotnie, jedynym objawem choroby jest ból gardła; chorzy zwykle nawet nie kaszlą.

Liczba owrzodzeń szybko wzrasta, ból gardła wciąż się powiększa i dysfagia staje się tak znaczną, że chorzy nie są w stanie przyjmować nawet płynów. Wobec tego, że nawet polykanie śliny jest bolesne i chorzy w obawie bólu nie polykają jej, nagromadza się ona w wielkiej ilości w ustach, z których wciąż wypływa; wytwarza się bardzo męczący dla chorego ślinotok. Gruczoły szyjowe i podszczękowe brzękną, są bardzo twarde, mało bolesne. Wobec tego, że nacieczenia i owrzodzenia przechodzą na krtąń i jednocześnie rozwija się gruźlica płuc, chorzy zaczynają kaszleć, uskarżają się na silną duszność, która nieraz występuje tak gwałtownie, że zachodzi potrzeba tracheotomii.

Pod koniec, o ile gruźlica gardzieli była pierwotną, sprawa zaczyna się rozwijać z wielką gwałtownością w płucach; przyłączają się objawy ze strony kiszek [zatwardzenie lub też silna biegunka], co wraz z niemożnością przyjmowania pokarmów doprowadza do tak strasznego wyniszczenia, jakiego nie znajdujemy w żadnej innej chorobie; chorzy nareszcie po strasznych cierpieniach umierają. W niektórych zaś przypadkach sprawa przebiega tyfoidalnie pod postacią ogólnej prosówkowej gruźlicy.

Typ gorączki nieokreślony, jest ona równie nieprawidłowa, jak przy suchotach płuc. Ze strony mózgu zwykle niema powikłań [ANGÉLOT ¹⁾].

Rozpoznanie cierpienia nie przedstawia wiele trudności: kto raz dokładnie spostrzegł gruźlicę gardzieli, ten zawsze zrobi właściwe rozpoznanie.

W pierwszym okresie choroby różniczkować należy gruźlicę gardzieli od wyprysku (*herpes*), aft, *plaques muqueuses* II-go okresu syfilisu i dyfterytu [w obserwowanym przeze mnie przypadku przyjęto z początku sprawę gruźliczą za dyfteryt].

Przy wyprysku guziczki przedstawiają się w postaci pojedynczych lub złanych pęcherzyków, napełnionych surowiczym płynem i otoczonych zapalną obwódką. Przy wycieraniu watą takich pęcherzyków wycieka płyn, pod pęcherzykiem znajdujemy gładką, nie owrzodzoną powierzchnię. Przy oczyszczaniu gruzelków gruźliczych krwawi, zeszkrobać się ich jednak nieda.

¹⁾ E. ANGÉLOT. De la maladie d'Isambert. Thèse de Paris. 1883.

Afty różnią się od gruźlicy tem, że są więcej rozszerzone, znajdują się również i na błonie śluzowej jamy ustnej, gruźlica zaś ogranicza się tylko gardzieli; następnie afte, jako jednostka, są większe.

Plaques muqueuses bardzo są zbliżone do zlanych gruzelków gruźliczych ze względu na swą wielkość, otoczkę zapalną i na kolor szarawy. Powierzchnia jednak *plaques muqueuses* jest inna niż w gruźlicy, jest więcej gładka; znajdujemy również i inne objawy syfilisu na ciele; następnie ból gardła przy *plaques muqueuses* jest umiarkowany, bez porównania mniejszy niż przy gruźlicy.

Dyfteryt również jest zbliżony do gruźlicy prosówkowej gardzieli. Znajdujemy w obydwóch tych sprawach podobne do siebie naloty [błony rzekome], jednakowe szerzenie się choroby z gardzieli na krtań, powiększone gruczoły limfatyczne. Guziczki gruźlicze oddzielone są od siebie, niczem nie pokryte, ale po pewnym czasie tworzy się na nich nalot szaro-biały, składający się ze zbitej śliny, złuszczonego nabłonka, wypełniający przestrzenie pomiędzy gruzelkami i zupełnie przypominający błony rzekome przy dyfterycie. Należy tylko zmyć nalot, a otrzymamy typowy obraz gruzelków, naloty zaś dyfterytyczne nie dają się zmyć [naturalnie badanie bakteryologiczne rozstrzygnie tu sprawę]. Przy dyfterycie sprawa przechodzi na krtań w przeciągu kilku dni, w gruźlicy — jest to kwestya dłuższego czasu. Gruczoły limfatyczne przy dyfterycie obrzmiewają, nim występują objawy ze strony gardzieli; przy gruźlicy gruczoły powiększają się po dłuższym trwaniu.

Rokowanie w ostrej gruźlicy gardzieli jest zawsze beznadziejne. Przebieg bardzo krótki: od kilku tygodni do kilku miesięcy. Leczenie objawowe.

W końcu mam sobie za miły obowiązek serdecznie podziękować drowi WRÓBLEWSKIEMU za łaskawe udzielenie mi materyału i za wskazówki przy pisaniu niniejszego artykułu.

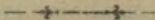
ODCINEK.

Nowy Szpital Starozakonných w Warszawie (na Czystem).

Opisał

Wl. Freudenson,

ordynator oddziału gruźliczego tegoż szpitala.



Wzniesienie i otwarcie nowego Szpitala Starozakonných jest faktem, z dwu względów niezwyklej doniosłości. Naprzód, ponieważ dobrze urządzony szpital, jako przybytek ubóstwa i choroby, jest instytucją — w najszlachetniejszym tego słowa znaczeniu — filantropijną, a powtóre, iż stary

szpital tej gminy, oddawna nieodpowiadający potrzebom higienicznemu - leczniczemu, w ostatnich czasach znalazł się w stanie godnym politowania. Z czasem, stał się on za szczupłym i wysoce niedogodnym, z wiekiem uległ takiemu zniszczeniu, iż o poprawie, nawet kosztem znacznego nakładu pracy, kapitału nie podobna już było myśleć.

Jeszcze lat temu 15, ówczesny prezes Zarządu Warszawskiej gminy Starozakonnych, dziś już nieżyjący dr LUDWIK NATANSON, za inicjatywę grona obywateli, dbałych o dobro publiczne, wziął w energiczną dłoń swoją sprawę wzniesienia nowego szpitala, przyczem, po omówieniu niektórych zasadniczych kwestyi, obecni zadeklarowali na ten cel pierwszą składkę wysokości 100,000 rb.

Niebawem fundusz ten został zdwojony, a po uzyskaniu przychylniej decyzji władzy zarządzono ogólną składkę, wynoszącą 400,000 rb. i ukonstytuowano „Komitet budowy nowego Szpitala Starozakonnych“ pod przewodnictwem znanego tutejszego obywatela p. JANA BERSONA, z współudziałem członków - obywateli, sekretarza Zarządu gminy, kuratora i czterech lekarzy szpitala - ogółem osób 14.

Cała suma wydatkowana na kupno placu, budowę i urządzenie wewnętrzne szpitala, a wynosząca 1,200,000 rb., już to gotowizną, już też w materiałach, powstała niemal wyłącznie ze składek i dzięki ofiarności członków Warszawskiej gminy Starozakonnych, gdyż z zewnątrz wpłynęło jedynie 100,000 rb., jako hojny dar szlachetnej filantropki bar. HIRSZOWEJ.

Komitet budowy zabrał się z niezwykłą energią do wykonania dzieła, na wielką pomyślanego skalę.

Po odpowiednich poszukiwaniach i przeprowadzeniu studyów technicznych nad położeniem, naturą gruntu, i uzyskaniu, w tym kierunku miarodajnej aprobaty Warszawskiego Tow. Lekarskiego, komitet uznał za najodpowiedniejszą miejscowość, zwaną Czystem, położoną za Wolską rogatką.

Obszar wybranego placu pod budowę, wynoszący ogółem 200,000 ł. kw., względnie do terytorium starego szpitala przedstawia się tak, iż obecny oddział psychiatryczny - o 80,000 ł. kw. - zajmuje prawie dwa razy tyle miejsca, co rozległość całego dawnego szpitala

Sporządzenie planów i kierownictwo budowy powierzone zostały pp. budowniczym GEBŁOWI i DOMANIEWSKIEMU.

Szpital, zrazu obliczony na 500 łózek, pomieści ich jednak około 600, a koszt jednego łóżka wraz z placem wynosi nie więcej nad 2,000 rb. System budowy jest pawilonowy - chorzy mieszczą się w oddzielnych, zależnie od specjalności, budynkach, tylko oddział chorób kobiecych i oftalmiczny - jako mniejsze - w jednym pomieszczeniu zabudowaniu.

Pokoje dla chorych ogółem jest 200 (przecięciowo po trzech chorych na pokój). Jakkolwiek pawilony posiadają sale po 6 a nawet i po 8 łózek, to zato jest mnóstwo ich o 1-2-3 łózkach, zwłaszcza na oddziałach: gruźliczym i infekcyjnym. Pod tym ostatnim względem szpital ten różni się nie tylko od naszych, ale od tego rodzaju zakładów zagranicznych.

System mniejszych sal i pokoi, jakkolwiek posiada, zwłaszcza pod względem ekonomicznym, swe niedogodności, to jednak dla chorych samych ma tę niewątpliwą wyższość, iż pobyt ich w szpitalu czyni znośniejszym; współcierpienia bowiem, wynikającego z pomieszczenia wielu chorych na jednej obszernej sali, jest nierównie mniej, pomijając już okoliczność, iż i wzajemnego ich krępowania się, przy systemie przeważnie celkowym, jest o wiele mniej.

Przy budowie poszczególnych budynków starano się, o ile można, aby gabinety lekarskie, różne gospodarskie ubikacje i wygodny mieściły się od strony północnej, aby natomiast sale posiadały jak najwięcej światła, co w wyższym jeszcze stopniu, wyzyskano w pawilonie gruźliczym. Rozmiary sal i pokoi,

tą, prosta rzecz, różne, a korytarze wszędzie względnie szerokie. Ostatnie prowadzą do t. zw. sal dziennych, *resp.* wspólnych jadalni, zakończonych obszernymi balkonami zarówno na parterze, jak i na piętrze. Balkony te zamieniono przez odpowiednie przybudówki w oddziale gruźliczym na t. zw. leżalnie, o czym niżej jeszcze słów parę podamy.

Z boku korytarzy i sal dziennych odchodzą sale i pokoje dla chorych. System ten, z pewnemi w niektórych pawilonach zmianami, jest wszędzie przeprowadzony, tak iż korytarz z ubikacjami dodatkowemi, sale dzienne z balkonami i odchodzące od pierwszych pokoje chorych, stanowią same w sobie jakby całość — pododdział, których zwykle bywa cztery, t. j.: dwa na parterze i dwa na I-em piętrze. Względnie do obszaru pawilonu *resp.* ilości chorych, rzecz prosta, te pododdziały są też różnej wielkości.

Jeśli pod względem rozległości przestrzennej korytarze, sale, oddzielne pokoje chorych, sale dzienne a nawet wszelkie dodatkowe ubikacje nie wiele pozostawiają do życzenia, to jednak wysokość ich stanowi bezsprzecznie ujemną stronę naszego szpitala, gdyż wynosi ogólnie, z nieznacznemi różnicami, łokci 6.

Podłogi pokryto terrakotową posadzką, ściany w salach operacyjnych w całości malowane są olejno i polakierowane, wszystkie zaś pokoje dla chorych i innych celów służące — pociągnięto farbą klejową, nadto i tu na ściany do pewnej wysokości danó farbę olejną.

Parapety u okien szerokie, z umysłu pochyło urządzone, celem uniknięcia gromadzenia na nich rozmaitych zbytecznych przedmiotów, wnoszących nieporządek i nieczystość do pokoi chorych. Kąty w nich wszędzie zaokrąglone.

Przewietrzanie sal odbywa się zapomocą odpowiednio urządzonych oberluftów, dalej otworów wentylacyjnych w ścianach a ewent. i płomyków gazowych, pomieszczonych w przestworach ścian, łączących z sobą dwa sąsiednie pokoje, gdyż wnijkające tu od spodu powietrze rozcodzi się po salach. Płomyki te służą przedewszystkiem dla nocnego oświetlenia sal.

Oświetlenie dziedzińców szpitalnych, sal, domu administracyjnego i t. p., w myśl oszczędności, odbywa się zapomocą gazu; z elektrycznego oświetlenia, jak dotąd, korzystają tylko sale operacyjne i cały oddział gruźliczy. Dodać należy, iż w przyszłości światła elektrycznego będzie można, ze względu na istniejące już odpowiednie urządzenie, wprowadzać więcej.

Łazienek kąpielowych posiada szpital 36, więc jedna łazienka służy przeciętnie dla 16-tu chorych, prócz odpowiedniego urządzenia w budynku administracyjnym, przeznaczonego na kąpiele dla urzędników i innych funkcyonaryuszów szpitalnych.

Umywalni, urządzone przy oddziałach, wraz z kranami wodociągowemi nad temiż, jest w szpitalu mniej więcej tyleż co łazienek kąpielowych.

Pokoje kredensowe, dość obszerne, mieszczące się przy oddziałach, zaopatrzone w szafy do naczyń kuchennych i do bielizny; są też windy dla zaopatrywania z zewnątrz oddziały w żywność.

Gabinety lekarskie urządzone w sposób, odpowiadający specjalnym potrzebom pawilonu. Nadto wszystkie posiadają przyrządy do badania moczu, a większość posiadać będzie możność mikroskopowania, bez potrzeby uciekania się za każdym razem do pomocy pracowni bakteriologiczno-mikroskopowej, gdzie dokonywane będą badania subtelniejsze ¹⁾.

Kłozetów mamy w szpitalu 72 — przeciętno jeden kłozet na 8 chorych.

¹⁾ Budynek dla tych celów przeznaczony a dotąd jeszcze niewykończony, mieścić będzie na parterze ambulatoryum chorób skórnych a na I-em piętrze powyższą pracownię.

Nadmienić wypada, iż na korytarzach pawilonów znajdują się w ścianach, w odpowiednich miejscach dwa otwory: jeden dla wrzucania omiecín z sal a drugi dla spuszczenia brudnej bielizny do na dole umieszczonej kadzi z płynem dezynfekcyjnym, skąd następnie bielizna ta usuwana jest do pralni.

Spluwaczek na korytarzach i salach szpital posiada 300, a nadto chorzy na oddziale gruźliczym zapewne otrzymają kieszonkowe, dziś tak popularne w sanatoryjach dla tego rodzaju chorych.

Umeblowanie sal i celek stanowi: łóżko żelazne z takimż elastycznym materacem, pokrytym poduszkami z włosia i kołdrą. Łóżko każde zaopatrzone na tylnej ścianie w pręt żelazny poprzeczny dla ręcznika, a na każdym oddziale szpitalnym znajduje się przyrząd odpowiedni, ułatwiający przenoszenie łóżka z miejsca na miejsce. Przy każdym łóżku jest stoliczek żelazny u głowy chorego i krzeselko u nóg tegoż. Nadto w każdym większym pokoju i na salach dziennych widzimy stoły i krzeselka, dla użytku chorych służące.

Chorzy prócz spodniej odzieży, odpowiednio do pory, zaopatrzeni są w szlafroki zarówno letnie jak i zimowe, w ręczniki i chustki do nosa.

Urządzenia telefoniczne, istniejące w każdym pawilonie, połączone z telefonem głównym [mieszczącym się w oddzielnym pokoju budynku administracyjnego] a ten ostatni z miastem. Brak dotąd dzwonekóelektrycznych w pokojach chorych wkrótce niewątpliwie uzupełniony zostanie.

Techniczne urządzenia w nowym szpitalu, prócz niektórych wymienionych przy oddziałach, pomyślane są na wielką skalę i przedstawiają się imponująco w porównaniu z takimiż urządzeniami naszych starych szpitali i dlatego poświęcimy im słów kilka.

Na placu między domem służbowym [mieszczącym się na froncie zabudowań szpitalnych] a domem administracyjnym wzniesiono budynek gospodarczy, na kuchnię i pralnię przeznaczony, od tamtych sporemi przestrzeniami oddzielony. Z boku drugiego frontu tego budynku bieży dziedziniec wjazdowy szpitala, a od tyłu tegoż zbudowano kamerę dezynfekcyjną i komin dla maszyny parowej, wysokości 25 metrów.

Skrzydło wzmiankowanego zabudowania, od południa położone, stanowi właściwą kuchnię, do której prowadzi obszerny przedsionek.

Jest to dużych rozmiarów, dobrze oświetlona i wysoka sala, z 10-iu kotłami mosiężnymi, mogącymi pomieścić każdy około 200 porcy pokarmów płynnych. Ogrzewanie odbywa się zapomocą pary. Połowę kotłów przeznaczono, ze względów rytnalnych, na pokarmy mięsne, a drugą na mleczne. Na lewo od tych ostatnich widzimy odpowiednio zbudowany przyrząd specjalny do gotowania kartofli, również zapomocą pary. Na ścianie przeciwległej od wejścia jest piec, służący wyłącznie do przyrządzania piecystego. Na koniec na prawo od wejścia do kuchni istnieje ogromnych rozmiarów ogrzewana żelazna skrzynia, służąca do czasowego przechowania w odpowiedniej ciepłocie porcy pokarmów, nim przez odpowiednie okienko w ścianie nie zostaną wydane, kolejno, służbie oddziałowej.

W pokoju obszernym, za salą kuchenną, mieści się na środku jego t. zw. pomywalnia dla statków kuchennych. Jest to rodzaj niskiej kadzi, przedzielonej na 4, dużych rozmiarów miednice, nad którymi znajdujemy krany z zimną i ciepłą wodą, a u dołu zaopatrzone w spusty dla ścieku wody zużytej. Inne ubikacje przy kuchni mieszczą surowe materiały spożywcze, pieczywo i mieszkanie kucharza. Wiinniśmy dodać, iż na lewo w przedsionku kuchennym zbudowano obszerną i dobrze oświetloną salę — to jadalnia dla służby szpitalnej.

Drugie skrzydło w mowie będącego budynku, od strony dziedzińca wjazdowego położone, przeznaczono na pralnię. Składa się ona z 3-ech obszer-nych sal ze składem nad jedną z nich, służącym dla czystej zapasowej bielizny. Właściwa pralnia — to ogromnych rozmiarów wysoka i widna sala, do któ-

rej cała brudna bielizna, po odpowiednim rozsegregowaniu według przeznaczenia [koszule, powłoczki, chustki i t. p.] w t. zw. sortowni, t. j. dwóch ubikacjach przylegających do pralni, zostaje tu ponownie rozdzieloną na białą z plamami krwawymi i na zwykłą brudną bieliznę. Ta pierwsza idzie do balii, dla zatarcia plam, gdy ostatnia moczy się przez noc w 3-ch obszernych kadziach miedzianych. Następnie, połączona w jedno, cała bielizna idzie do t. zw. praczki, gdzie po podwójnym jej przepłukaniu w wodzie mydlanej na zimno i na ciepło, dzięki odpowiednim ruchom wahadłowym tego przyrządu, odbywa się pranie a następnie automatyczne wyrzucanie sztuk upranej bielizny do wózka. Stąd ulega ona płukaniu w wodzie z farbką — w płuczkarńi i dalej idzie do centrifugi [o 1200 obrotach na minutę]. Wyżęta w ten sposób bielizna, przechodzi, o ile sztuki są pojedyncze, do gorącego magła, pozostałe zaś do suszarni, odpowiednio urządzonej i pod zimny magiel. Tą drogą przygotowana bielizna przeniesiona zostaje zapomocą windy do składu nad pralnią.

Pralnia obsługiwana jest przez maszynę parową o sile 8-iu koni. To ostatnie urządzenie mieści się w sali [sąsiadującej z pralnią], gdzie też widzimy dynamo-maszynę o sile 22-ch koni, przeznaczoną dla produkowania elektryczności na użytek szpitala.

Szczegóły tych ostatnich instalacji pomijamy, nadmienimy tylko, iż pod opisanym budynkiem zbudowano kotłownię, prowadzącą parę do dwu wspomnianych maszyn i że prócz tej ostatniej poszczególne pawilony mają swoje kotłownie, zaopatrujące je w gorącą wodę, służącą dla centralnego ogrzewania oddziałów. Oddzielny budynek wzniesiono też dla kamery dezynfekcyjnej, prawdziwo już funkcjonującej w szpitalu.

Aby skończyć z urządzeniami dla celów administracyjnych i gospodarczo-służbowych instytucji, musimy wspomnieć o t. zw. dodatkowych budynkach, zupełnie od właściwego szpitala oddzielonych. Mamy tu na myśli:

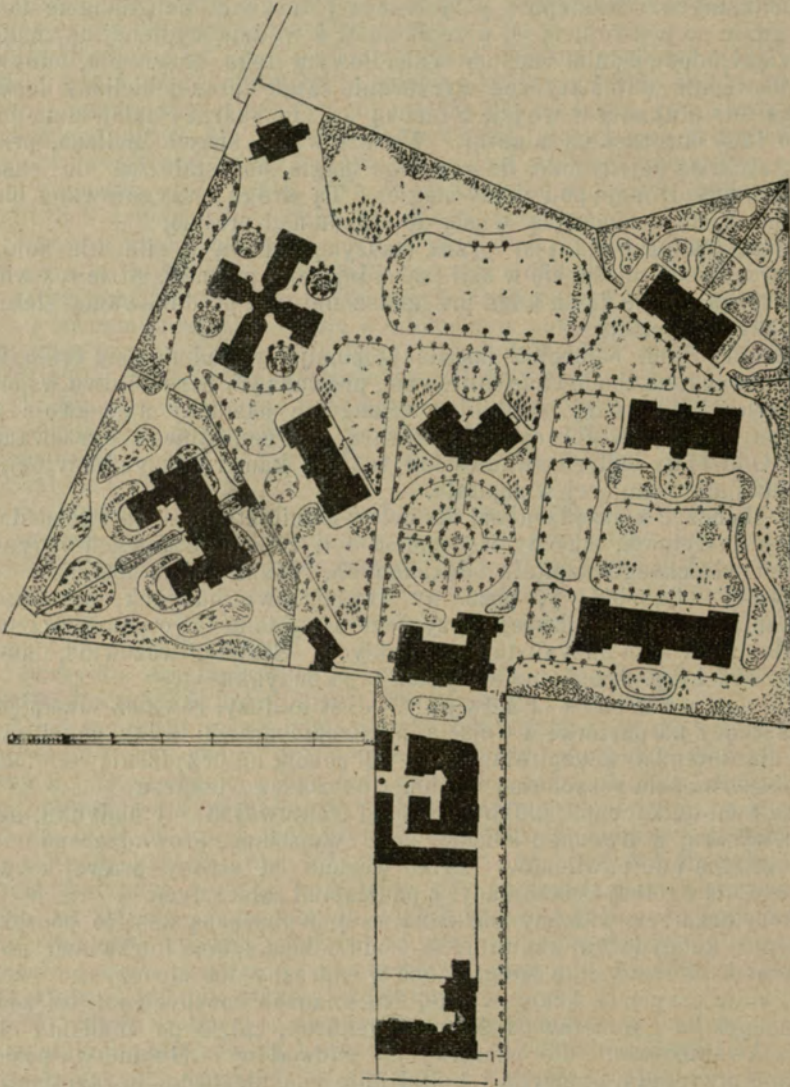
1) **Dom służbowy**, obszerny dwupiętrowy budynek, przeznaczony na mieszkania dla służby niższej, przyczem pomyślano też o pomieszczeniu na szkółkę dla dzieci tych oficyalistów szpitalnych. Stajnie, wozownie, mieszkania dla stróżów i t. p. urządzono na tyłach tego budynku.

2) **Dom administracyjny**. Jest to duży, również dwupiętrowy dom, mieszczący na parterze u wejścia, po stronie prawej kilka pokoi na kancelaryę i dla intendenta szpitala, na lewo pokoik na urządzenie telefoniczne a zanim obszerna sala sesyjnalna i gabinet naczelnego lekarza.

Poza temi ubikacjami, ulokowanemi od frontowej strony budynku, biegnie szeroki korytarz z dwoma u końców jego wyjściami, prowadzącemi na dziedzińce szpitalne i do pawilonów. Tylko wejście od strony prawej korytarza jest otwarte dla ogólnej komunikacji z oddziałami szpitalnymi.

W korytarzu tym widzimy zaraz na wstępie obszerną salę: to poczekalnia dla chorych — kandydatów szpitalnych, — oddzielona ścianą i drzwiami do niej prowadzącemi. Poczekalnię zaopatrzono w tapczany dla odpoczynku czekających swej kolei przyjęcia, krany wodne. Na ścianach bocznych sali tej widzimy drzwi, wiodące do gabinetów dyżurnych lekarzy, gdzie po zbadaniu chorzy zostają zakwalifikowani do właściwych oddziałów. Gabinety posiadają odpowiednie przyrządy, utensylia i środki apteczne, niezbędne w razie potrzeby podania doraźnej pomocy przed pomieszczeniem tych chorych w specjalnych pawilonach. Obok gabinetów lekarzy-dyżurnych, przeznaczono pokoik na poczekalnię dla cięższych chorych lub wymagających izolacji ze względu na niebezpieczeństwo zarażenia. Resztę parteru budynku administracyjnego zajmują ubikacje klozetowe i kąpielowe dla członków administracji i innych funkcyjnarjuszów szpitala, na przeciwległym zaś końcu rzeczzonego korytarza pomieszczono aptekę szpitalną, z dodatkowemi urządzeniami aptecznemi jak: labo-

Plan sytuacyjny Szpitala.



- a) dom służbowy, b) kuchnia z pralnią, c) kotłownia z izbą dezynfekcyjną, d) stajnia i obory, e) dom administracyjny. 1. Pawilon chirurgiczny. 2. Pawilon ginekologiczno-ocny. 3. Pawilon weneryczno-skórny. 4. Pawilon dla gruźliczych. 5. Pawilon wewnętrzny. 6. Pawilon infekcyjny. 7. Pawilon psychiatryczny. 8. Dom przedpogrzebowy z salą sekcijną.

ratorium, materialnię, skład na szkło apteczne. Na parterze też mieści się Synagoga szpitala.

Pierwsze piętro, opisywanego domu administracyjnego, zawiera mieszkanie naczelnego lekarza, intendenta, ekonomy, a na drugim pomieszczono mieszkanie aptekarza, jego pomocnika i lekarzy miejscowych szpitala.

Wszystkie mniejsze lub większe przestrzenie między pojedynczymi budynkami szpitalnymi, a przede wszystkim między pawilonami zamieniono na trawniki, posadzano na nich drzewa, tak, iż w niedalekiej przyszłości szpital nasz posiadać obszerny i piękny ogród ku ozdobie i pożytkowi służący. Szpital posiada wodociąg i kanalizację — połączone z miastem.

Przystępując z kolei do opisu poszczególnych pawilonów, zastrzegamy się, iż opis ten do pewnego stopnia pobieżniej traktowany będzie ¹⁾, jakkolwiek z drugiej strony dodać winniśmy, iż podstawowo budynki owe zbudowane są wedle planów analogicznych. Dlatego też przy opisie ich postaramy się głównie uwzględnić różnice, zachodzące w budowie i urządzeniu, bacząc na specjalności, jakie reprezentować mają. Czytelnik znajdzie nie jeden szczegół w ogólnej części, co nas również uwolni od powtarzania ich w opisie pawilonów.

Wszystkich pawilonów, przeznaczonych dla chorych, jest siedm a mianowicie:

Pawilon dla chorych chirurgicznych [z przybudówkami na 2-em piętrze]. Ogółem ma łożek 125.

Pawilon ginekologiczny i oftalmiczny, każdy zbudowany na łożek 36.

Pawilon syfilityczno-skrótny; łożek tu jest 72. Przy tym oddziale istnieje ogród, wyłącznie dlań przeznaczony.

Pawilon dla chorych piersiowych [gruźliczy] urządzone na 40 łożek. Przybudówki na 2-em piętrze tu istniejące, zużytkowane zostaną w razie przepełnienia tego oddziału na łożka nadetatowe dla chorych.

Pawilon dla chorych wewnętrznych [łącznie z nerwowymi]. Ma łożek 50.

Pawilon dla chorych obłąkanych, przy nim ogród. Pomieścić może wygodnie 100 chorych.

Jako uzupełnienie pawilonów dodać należy, iż na skraju terytorium szpitala i od strony przeciwległej dziedzińca wjazdowego wzniesiono mały budynek, przeznaczony na salę sekcijną, trupiarnię [oddzielną dla chrześcijan i izraelitów] i mieszkanie grabarza. Jest to t. zw. dom przedpogrzebowy, pomieszczony tak, iż widok eksportacji zwłok nie będzie raził chorych szpitalnych.

Pawilon dla chorych chirurgicznych, największy i, można rzec, najdatniejszy, stanął od północnej strony placu szpitalnego. Ma kształt obszernego czworoboku; podzielony został na 4 oddzielne i równe części, z których dwie na parterze i dwie na pierwszym piętrze, stanowią każda jakoby oddzielny oddział z kompletnem dla tegoż urządzeniem.

Każdy taki pododdział posiada 3 sale większe o 5-iu—6-iu łożkach oraz oddzielne pokoje na 1—2—3-ch chorych urządzone; każdy z nich ma oddzielny gabinet lekarski, wannę, ustępy t. zw. pokój kredensowy oraz wyłączną dla swego użytku salę operacyjną antyseptyczną.

Salę operacyjną a s e p t y c z n e urządzone wzorowo.

Dwa oddziały, *resp.* każde piętro posiada wspólną salę operacyjną asepetyczną do której przylegają sale, służące do przygotowania [mycia, golenia i t. d.] chorego przed mającą nastąpić operacją, oraz pokój sterylizacyjny.

[D. n.]

¹⁾ Z przyczyn od piszącego niezależnych rysunku pawilonów nie podajemy, a dla łatwiejszego oryentowania się w rozmieszczeniu i względnem położeniu budynków, stanowiących całość instytutu, załączamy planik sytuacyjny szpitala.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dn. 4. XI. b. r.

1. FELIKS MALINOWSKI przedstawił dwa przypadki:

a) *Lichen variegatus*—cierpienie rzadkie—charakteryzujące się występowaniem wykwitów—jak w danym przypadku najobficiej w okolicy łędzwiowej i na biodrach—płaskich, czerwonych twardych, przykrytych białymi dość szczerlnie przylegającymi łuskami.

b) *Gumma serpiginosum* na twarzy.

2. A. KOZERSKI przedstawił przypadek *lichen ruber accuminatus*, cierpienia bardzo rzadkiego: Cała skóra wygląda jak t. zw. gęsia skórka, lecz ten stan trwa stale, gdyż skóra pokryta jest bardzo drobnymi guzikami, z których każdy ma na wierzchołku okrągłą białą łuseczkę. Cała skóra jest mocno zaczerwieniona, silnie bruzdkowana. Ręce, golenie i stopy zaczerwienione, pokryte jakby pergaminowym pancerzem, z głębokimi nieraz pęknięciami na skórkę. Stan ogólny chorego dobry. Chory leczony jest podskórnymi wstrzykiwaniami *natr. cacodylici*.

3. J. STEINHAUS demonstrował preparaty anatomiczne z przypadku *sarcoma* u 24-o l. mężczyzny z niezwykle umiejscowionymi przerzutami.

4. St. KOPCZYŃSKI przedstawił chorego, l. 18, z wieloogniskowym cierpieniem mózgu w następstwie urazu.

Po urazie chory zaczął stopniowo źle mówić, źle widzieć i stracił władzę w palcach prawej ręki. K. przytacza szczegółowe dane badania przedmiotowego, które wykazało następujące zmiany: 1) upośledzenie mimiki, 2) lekki niedowład prawostronny z lekkim zajęciem dolnej gałązki nerwu twarzowego, z wyraźnym porażeniem rozginaczy prawej kiści, 3) hemianopsję lewostronną jednoimienną, 4) zaburzenia w ruchu gałek ocznych pod postacią ruchów skokowych, 5) lekkie przekrwienie wewnętrznych części tarcz nerwu wzrokowego. Na zasadzie tych faktów K. przypuszcza istnienie cierpienia wieloogniskowego mózgu w następstwie urazu, mianowicie: w *thal. opt.* [ośrodek ruchów mimicznych], w zrazie potylicowym prawym na drodze prawego szlaku wzrokowego i w lewym płacie ciemieniowo-czołowym. K. zaznacza, iż przypuszczenie jego o *sclerosis multiplex* potwierdzili drzy GOLDFLAM i FLATAU.

W dyskusyi WOLBERG zapytuje, prel., czy uwzględnił możliwy w danym przypadku wpływ chronicznego zatrucia alkoholem.

PILTZ sądzi, iż dla rozpoznania, *sclerosis multiplex* brak w danym przypadku 3-ch objawów: wzmożenia odruchów, *nystagmus*, drżenia zamiarowego. P. nie usuwa więc możliwości istnienia jednego tylko ogniska w *thal. optig. sin.* z przerostami w *caps. int.*

KOPCZYŃSKI w odpowiedzi WOLBERGOWI podnosi, że nadużycie alkoholu w tak młodym wieku nie mogłoby wywołać podobnego wieloogniskowego cierpienia.

PILTZOWI K. odpowiada, iż przeciwko przypuszczeniu jednego ogniska w *thal. opt.* przemawia: 1) brak hemianoptycznego oddziaływania źrenic, 2) brak cięższych objawów mózgowych, co niechybnie miałyby miejsce przy tak dużym ognisku, wywołującym naraz tyle objawów.

FLATAU zwraca uwagę, iż jedno ognisko w *thal. opt.* lewym, jak to przypuszcza PILTZ, wywołałoby wraz z *hemiparesis dextra* hemianopsję prawostronną.

ną, nie zaś lewostronną, jak to miało miejsce, w przypadku K.; F. przypuszcza w danym przypadku *sclerosis multiplex*.

STAN. ORŁOWSKI wygłosił część pierwszą swego odczytu O „hypnotyzmie leczniczym”. Po krótkim wstępie historycznym prelegent przytacza dane z kliniki psychoterapeutycznej VAN RENTERGHEM'a w Amsterdamie dla uwydatnienia pomyślnych wyników, otrzymywanych przy stosowaniu hypnotyzmu leczniczego [polepszenie i wyzdrowienie w 73%].

Działanie hypnotyzmu leczniczego opiera się na dwu głównych czynnikach: a) sugestji leczniczej, głównie w celu usunięcia objawów danego cierpienia b) śnie hypnotycznym, jako czynnika pomocniczym dla zastosowania sugestji. Prel. wspomina o wpływie ecznicznym samej hypnozy — metoda WETTERSTRARD'a „sztucznie przedłużonego snu”, którą i prel. z powodzeniem stosował [ciężka histerya, morfinizm].

Wogóle hypnoterapia nie wymaga głębokiego snu.

Hypnotyzm leczniczy największe ma zastosowanie w histeryi; wyniki też są najlepsze. Prel. wspomina o metodzie leczenia histeryi FREUD'a, BRENER'a i JANET'a — wydobyć na jaw w hypnozie „wzruszenia uwięzionego”. Co do stosowania metody tej, prel. wyraża pewne wątpliwości, co szczegółowiej uzasadnia.

J. Brudziński.

Posiedzenie z dn. 18. XI. b. r.

1. W. STERLING przedstawił chorego z owrzodzeniem syfilitycznym pierwotnym na języku.

2. FR. NEUGEBAUER demonstrował przypadek *kraurosis vulvae*, połączony z rakowatym zwyrodnieniem wielkiej wargi sromnej prawej [rzecz przeznaczona do druku].

3. ST. ORŁOWSKI wygłosił dokończenie swego odczytu „o hypnotyzmie leczniczym”.

Prel. omawia w dalszym ciągu znaczenie hypnotyzmu w leczeniu różnych cierpień, a więc neurastenii i innych. W leczeniu neurastenii hypnotyzm nie daje już tak dobrych wyników, jak przy histeryi; przyczyny prel. szczegółowiej uzasadnia. Stosunkowo łatwo ustępują objawy podrażnienia, zburzenia w trawieniu, zaburzenia płciowe i t. p. jako też różne fobie; trudno poddają się leczeniu: osłabienie ogólne, nastrój hypochondryczny i upośledzenie działalności intelektualnej. W szeregu innych cierpień, poddających się leczeniu hypnotycznym, prel. wylicza: neurozy traumatyczne, nerwobóle, płasawicę. Wyniki, otrzymane przy leczeniu padaczki, brzmią niepomyślnie, to samo stosuje się do chorób psychicznych. W zakładach szwajcarskich hypnotyzm stosowany bywa u dozorców dla ułatwienia im dozoru nad chorymi. Terapia sugestyjna jest, zdaniem mówcy, jedynym leczeniem racjonalnym w rozmaitych ideach natrętnych, szczególniej połączonych z uczuciem trwogi, nastąpnie w dziedzinie zboczeń woli.

Prel. podkreśla dodatnie wyniki, otrzymywane przy leczeniu alkoholizmu, morfinizmu, ze zboczeń płciowych — w leczeniu onanizmu. Prel. wspomina o pomyślnych wynikach przy leczeniu różnych zaburzeń, jak: nawykowe zaparcie stolca, wymioty ciężarnych, zaburzenia menstrualne; za środek nieomal specyficzny uważa prel. hypnotyzm w *enuresis* nocnej i dziennej. Z cierpień organicznych, poddających się leczeniu hypnotyzmem, wspomina prel. o blednicy, głównie tu jednak hypnotyzm odgrywa rolę czynnika pomocniczego. Hypnotyzm, jako znieczulenie, stosowano w chirurgii i w akuszeryi.

Na zakończenie prel. omawia trudności, połączone z terapią sugestyjną, wpływające głównie, obok niepodatności do hypnozy, z auto- i kontrsuggestji, mających swe źródło w fałszywych poglądach na hypnotyzm i wyzyskanie hypnotyzmu w celach sceniczno-doświadczalnych. Hypnoterapia jest dla ust-

roju absolutnie nieszkodliwą, niepomysłne zjawiska zależą od błędnego wykonawstwa.

W dyskusyi RZECZNIOWSKI w dłuższym przemówieniu porusza kilka punktów z odczytu ORŁOWSKIEGO, R. sądzi, iż sugestyjność jest właściwością pewnej kategorii chorych, nie jest osobom zdrowym właściwą; omawia znaczenie hypnozy jako środka dyagnostycznego; w kwestyi wpływu leczniczego porusza różne trudności i omawia doświadczenia PIERRE JANET'a, powtórzone przez siebie, z których się okazuje, że w przypadkach uleczonych chore straciły wrażliwość na sugestyę i hypnozę, że wpływ hypnozy trwa tylko przez pewien czas, różny u różnych chorych.

PILTZ nie zgadza się z twierdzeniem poprzedniego mówcy, iż sugestyjność jest jakoby przejawem chorobliwym, na dowód przytacza dane z polikliniki FOREL'a.

Co do punktu hypnotyzowania dozorców w zakładach dla obłąkanych w Szwajcaryi, przytoczonego przez prelegenta, P. czyni pewne sprostowania—metody tej w zakładach szwajcarskich *largu manu* nie stosuje się, FOREL i PILTZ stosowali tę metodę, lecz w wyjątkowych wypadkach. Zdaniem P. zakres wskazań do hypnotyzmu, przytoczony przez prel., jest za szeroki.

BREGMAN co do ostatniej uwagi podziela zdanie poprzedniego mówcy, przyznaje, iż są przypadki, w których jedynie hypnotyzm daje wynik pomyślny, często jednak zdarza się inaczej. Zdaniem B., stosowanie hypnotyzmu należy ograniczyć do przypadków cięższych. W końcu mówca omawia niektóre szczegóły, dotyczące techniki hypnoterapii. Ciąg dalszy dyskusyi odłożono do posiedzenia następnego.

J. Brudziński.

Posiedzenie z dn. 25. XI. b. r.

1. KRAJEWSKI i MINCER demonstrowali przyrządy do zbierania moczu z każdej nerki oddzielnie dwu różnych systemów.

2. W dalszym ciągu dyskusyi nad odczytem ST. ORŁOWSKIEGO A. WIZEL uznaje doniosłość hypnotyzmu jako metody leczniczej, lecz uważa, iż wskazania nie są tak szerokie, jakby się zdawać mogło z przedstawienia rzeczy przez prelegenta. W szczególności omawia wskazania do leczenia hypnotycznego; do cierpień, w których leczenie rozpocząć należy od hypnotyzmu zalicza: niektóre stany histeryczne, alkoholizm, zaburzenia płciowe, *enuresis nocturna*. W neurastenii, hypochondryi, różnych stanach z ideami natrętnymi hypnoza działa na równi z innymi metodami leczniczymi. Do trzeciej kategorii W. zalicza cierpienia, w których hypnotyzm działa gorzej niż inne metody lecznicze, a więc w płasawicy, padaczkę, nawykowym zaparciu, zaburzeniach menstruacyjnych. Wreszcie w pewnych cierpieniach, np. w chorobach umysłowych, hypnotyzm zgoła nie działa, jak się o tem W. przekonał niejednokrotnie z własnego doświadczenia. Na zakończenie W. omawia technikę hypnotyzowania i zaznacza, iż jego zdaniem o szkodliwym wpływie hypnotyzmu nie może być mowy.

KARŃKOWICZ podnosi dodatnie wyniki leczenia hypnotycznego u alkoholiczków na zasadzie własnego doświadczenia.

DUNIN sądzi, iż prelegent za szerokie wskazania stawia leczeniu hypnotycznemu. Zupełnie niezrozumiałym jest wpływ leczenia hypnotycznego np. na blednicę; zdaniem D. o wpływie leczniczym hypnotyzmu mowy tu być nie może. Również leczenie hypnotyzmem przy *ischias* ogranicza się tylko do usuwania bólu; bez leczenia miejscowego, usuwającego samo cierpienie obejść się nie można. Zdaniem D. prelegent utożsamia zanadto psychoterapię z hypnotyzmem, tymczasem hypnotyzm jest tylko częścią psychoterapii. Hypnotyzmu nie powinno się stosować tam, gdzie cierpienie można usunąć prostrzymi środ-

kami, tembardziej, że pewne szkodliwości hypnotyzmu istnieją—wymienić tu należy: pożądanie hypnozy, wrażliwość na hypnotyzm. Zdaniem D. zbytnio popularyzować hypnotyzmu nie należy, może to bowiem dać powód do nadużyć; stosować go należy tylko tam, gdzie inne środki nie działają.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos TRZCIŃSKI, KOPCZYŃSKI i RZECZNIOWSKI; odpowiadał prelegent.

3. TARNAWSKI z Galicji w kilku słowach zapoznał słuchaczy z uzdrowiskami we Wschodniej Galicji [w Kossowie, w Żabim], podnosząc łagodność klimatu w tej części kraju w porównaniu z częścią zachodnią.

4. WŁAD. STERLING demonstrował preparaty mikroskopowe z przypadku choroby MORVAN'a, przytem omówił stronę kliniczną tego cierpienia i patogenezę [będzie drukowane w „Gaz. lek.“].

J. Brudziński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

85. H. M Joy. Leczenie chirurgiczne krwawień żołądkowych.

Po opisaniu i scharakteryzowaniu istoty samego cierpienia, autor przytacza sposoby dla odróżnienia *haematemesis* od *haemoptysis*, następnie zaś po wyliczeniu przyczyn, wywołujących krwawienie żołądkowe, przeprowadza rozpoznanie różniczkowe krwawień, wywołanych przez każdą z przyczyn oddzielnie, szczególnież wskutek wrzodu dziurawiącego, którego chirurgiczne leczenie stanowi główną treść pracy.

Za wskazania do interwencji chirurgicznej autor uważa głównie dwa objawy: 1) obfite krwawienia, bezpośrednio zagrażające życiu wskutek ostrej niedokrwistości, przyczem za wskazówkę do operacji uważa zwymiotowanie jednorazowe więcej niż pół litra krwi, lub 2) krwotoki umiarkowane co do ilości, lecz często powtarzające się i które chociaż nie przedstawiają niebezpieczeństwa każde oddzielnie, prowadzą jednak do wycieńczenia pacjenta.

Samą operację autor radzi wykonywać w sposób następujący: cięcie powłok brzusznych, długości 7—10 cmt. w smudze, pomiędzy wyrostkiem miedzykowlatym i pępkiem. Po wyciągnięciu żołądka należy dokładnie obejrzyć jego powierzchnię zewnętrzną, gdyż znajdujące się czasami na niej zrosty, zgrubienia ścian żołądka lub zmiany w barwie błony surowiczej żołądka, zaraz mogą dać wskazówki co do umiejscowienia wrzodu. W przeważnej jednak liczbie przypadków lokalizacya cierpienia przed otwarciem samego żołądka jest nielatwą i jako ułatwienie należy tylko pamiętać, że najczęściej wrzody są umiejscowione w pobliżu odźwiernika lub wzdłuż *curvatura major*.

Jeśli więc oględziny żołądka dały wynik ujemny, to po należytem zabezpieczeniu jamy otrzewnej od możliwego przedostania się zawartości żołądka, otwieramy ten ostatni cięciem 6—8 ctm. długości i przesuując kolejno przez ten otwór śluzówkę, oglądamy w ten sposób całą wewnętrzną powierzchnię żołądka. Nie należy przytem zapominać, że wrzodów często bywa kilka.

Po znalezieniu krwawiącego wrzodu mamy do wyboru jeden z następujących zabiegów:

- 1) Zwyczajne wycięcie chorej śluzówki z nałożeniem następczem szwów.
- 2) Częściową rezekcyę ścian żołądka, w przypadkach gdy wrzód draży przez warstwę mięśniową i zagraża przedziurawieniem surowiczej.

3) *Gastroenterostomiam*, kiedy śluzówka zajęta jest na znacznej przestrzeni, wrzody są liczne lub też wielkie i głębokie. W przypadkach tych gastroenterostomia sprzyja zablźnianiu się wrzodów przez usunięcie skurczów odźwiernika i szybkie przechodzenie pokarmów do kiszki.

4) Wreszcie, podśluzówkowe podkucie krwawiącej powierzchni wrzodu zapomocą przewiązki z katgut, nałożonej w postaci szwu kapciuchowego. Sposób ten wskazanym jest przy licznych owrzodzeniach i zdaniem autora posiada te zalety, że natychmiast zatrzymuje krwawienie, nie niszczy śluzówki, wreszcie najmniej sprzyja rozwijaniu się głębokich blizn.

W zakończeniu autor podaje dwa swoje przypadki, operowane ostatnim sposobem, jeden z dobrym, drugi z ujemnym rezultatem.

(*Medical News*. 1902. T. 81 № 7).

W. Horodyński.

Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujący komunikat:

Komitet polski dla XIV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie podaje w dalszym ciągu do wiadomości publicznej, co następuje:

Termin Kongresu. W następstwie ankiety, przeprowadzonej za pośrednictwem Komitetów narodowych, postanowiono trzymać się terminu pierwotnego, t. j. wiosny, a nie, jak proponowano, m. lipca. Kongres odbędzie się więc w czasie od 23-go do 30-go kwietnia 1903 r.

Uczestnicy. Wobec często przedkładanych nam pytań zaznaczamy powtórnie, że członkami Kongresu mogą być lekarze, dentyści, farmaceuci, weterynarze i wogóle osoby, wykonywujące jakkolwiek z gałęzi nauk lekarskich, a także osoby, nie należące do stanu lekarskiego, ale posiadające jaki tytuł zawodowy lub naukowy, wreszcie reprezentanci prasy. Zgłaszający się na uczestnika Kongresu winien oznaczyć sekcję, w której—lub w których uczestniczyć pragnie. W tym ostatnim razie wymienić ma główną, bo tylko z tej głównej sekcji otrzymać może bezpłatne sprawozdanie (*compte rendu*), z innych zaś tylko o tyle, o ile w nich wygłosił przyjęte do sprawozdania odczyty.

Sekcye. Sekcyi będzie 16, a mianowicie:

1. Anatomia. 2. Fizyologia, fizyka i chemia biologiczna. 3. Patologia ogólna, anatomia patologiczna i bakteryologia. 4. Terapia i farmacya. 5. Patologia wewnętrzna. 6. Neurologia, psychiatrya i antropologia kryminalna. 7. Pedyatrya. 8. Dermatologia i syfilografia. 9. Chirurgia ogólna. 10. Okulistyka. 11. Oto-rinolaryngologia. 12. Odontologia i stomatologia. 13. Położnictwo i ginekologia. 14. Medycyna i higiena wojskowa oraz marynarska. 15. Higiena, epidemiologia i technika sanitarno-lekarska. 16. Medycyna sądowa i toksykologia.

Językami urzędowymi Kongresu madryckiego mają być: język francuski, angielski i niemiecki, jak to z zasady dla międzynarodowych kongresów postanowiono, a nadto język hiszpański, włoski; nadto dowiadujemy się, że i Rosya dla siebie uznania języka rosyjskiego domaga się. Będziemy więc mieli stosunki, przypominające wieżę Babel.

Zgłoszenia uczestnictwa, referatów i odczytów. Komitet polski pośredniczy w przyjmowaniu ogłoszeń, odczytów [o ile możności przed 1-ym stycznia 1903 r.] i w zbieraniu wpisowego, wynoszącego 30 pezetów, czyli mniej więcej 25 franków

= 24 koron = 20 marek, lub = 10 rubli. Pieniądze przysyłać należy na ręce skarbnika Komitetu polskiego, prof. dra WŁADYSŁAWA REISSA [Kraków, ul. Basztowa L. 25]. Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmuje prezes Komitetu [Wolska 11]. Formularzy do zgłoszeń uczestnictwa, formularzy do zamawiania albumu [patrz niżej], tymczasowych programów Kongresu w języku francuskim udziela na żądanie sekretarz Komitetu, p. dr BUZDYGAN [Kraków, ulica Wiślna 8].

Dotychczas zgłosili przez Komitet polski następujący panowie odczyty, względnie referaty: dr PRĘGOWSKI z Heidelbergu jeden, dr REICHMAN i dr KUCHARZEWSKI z Warszawy i prof. WICHERKIEWICZ z Krakowa—po dwa.

Uprasza się kolegów o podawanie dokładnych adresów, a przy zapisywaniu się na członka trzeba przesłać kartę wizytową dla jeneralnego sekretaryatu, który odebrawszy od naszego skarbnika uzbierane kwoty wpisowe, prześle już wprost przyszłym członkom Kongresu, wedle ich własnych adresów, karty uczestnictwa. Z tego powodu podawanie dokładnych adresów jest niezbędne dla uniknięcia późniejszych reklamacji. Panie, towarzyszące członkom Kongresu, otrzymają karty udziałowe w cenie 12-tu pezetów od osoby, uprawniające do korzystania z uroczystości kongresowych, a także do zniżek, przyznanych członkom na kolejach i statkach.

Album pamiątkowe artystyczne. Wspomnieliśmy już swego czasu, iż Komitet wykonawczy przygotowuje wspaniałe album, mające pomieścić reprodukcje fotografii najwybitniejszych członków Kongresu. Komitet ten rozesłał, porozumiewawszy się z komitetami narodowymi, prośbę do najwybitniejszych osobistości świata lekarskiego o przysłanie w tym celu fotografii formatu gabinetowego. Chcąc odpowiedzieć przy tej sposobności na często jeszcze powtarzające się zapytania, nadmieniamy, że tylko osoby zaproszone do tego przez Komitet wykonawczy będą mogły w albumie figorować, i to jeżeli zapisały się na członków Kongresu, a przysyłając fotografię dołączyły zarazem 35 franków na ręce jeneralnego sekretarza [EXOMO SR. dr ANGEL FERNANDEZ-CARO, Madrid, Facultad de Medicina], jako pierwszą ratę ceny albumu, która dopiero później będzie unormowana, ale nie przekroczy 65-iu franków. Drugą, dopełniającą ratę, złoży się przy odbiorze albumu w Madrycie. Osoby, któreby nie odebrały albumu w przeciągu dwóch miesięcy po zamknięciu Kongresu, tracą prawo do wpłaconej raty pierwszej.

Delegacji. Pożądaną byłoby rzeczą, aby korporacje naukowe już dziś wybrały swoich delegatów na Kongres, a to w tym celu, aby jeneralny sekretaryat mógł się dowiedzieć o ich nazwiskach i wczas przesłać im zaproszenie do przesłania fotografii dla albumu pamiątkowego.

Ułatwienia podróży. Pod względem zniżek cen przejazdu, to Francya, Hiszpania, Włochy przyznały po 50%; Kompania transatlantycka 33% zniżki za okazaniem uczestnictwa; natomiast Austria, Niemcy i Rosya odmówiły zniżki wogóle, a Szwajcaryca nie udzieliła jeszcze odpowiedzi Komitetowi wykonawczemu.

Pomieszkania zamawiać już można teraz [w Bureau des logements, Faculté de Médecine, Madrid] i to wedle formularzy, których Komitet nasz dostarcza. Ceny oznaczono, jak następuje: W hotelach od 15—50 pezetów, czyli 15—40 franków, w domach prywatnych 10—30 pezetów, czyli 9—25 franków za pokój, trzykrotne posiłki dziennie od osoby. Ceną objętą jest należytość za przewiezienie gościa z bagażem do domu i z powrotem na kolej.

Wycieczki. Planu wycieczek organizowanych Komitet centralny dotychczas nie ogłosił, a niezawodnie i nie ogłosi, natomiast polecił zająć się tą sprawą firmie „Bureau Central des Voyages Pratiques à Paris 9, rue de Rome“ [Gare St. Lazare], które, jak to ogłasza w piśmie do nas wystosowanem, dyrektor tegoż biura p. Juxor, udziela chętnie bezpłatnie wszelkich wskazówek, tak co do sposobu udawania się do Hiszpanii, jakoteż co do podróżowania po Hiszpanii, wskazuje nadto stosowne hotele, organizuje wspólne podróże do głównych miast Hiszpanii i to dla pojedynczych grup, stosownie do życzeń komitetów narodowych. Odnosne grupy narodowe mogą mieć tłumacza i przewodnika. Skoroby koledzy objawili Komitetowi na

szemu życzenia co do wspólnych wycieczek po Hiszpanii, to komitet o ileby życzenia te dały się ująć w jeden wspólny odpowiedni plan, chętnie później porozumiałby się z „biurem praktycznych podróży”.

Skład Komitetu polskiego o tyle doznał zmiany, iż ś. p. dr FŁORKIEWICZ złożył z przyczyn podupadłego zdrowia już w czerwcu urząd wiceprezesa; w jego miejsce wybrano wiceprezesa profesora KRYŃSKIEGO w Warszawie.

Prof. dr Bol. Wicherkiewicz, prezes Komitetu polskiego.

— Do zbierania składek na pomnik dla VIRCHOW'a w Berlinie zawiązały się osobne komitety w Anglii, Ameryce i Holandyi.

— W Monachium zawiązał się komitet do wystawienia pomnika PETTENKOFER'OWI.

— Petersburgska Akademia Nauk ogłosiła konkurs na pracę o zbadaniu natury jadu rybiego. Nagród wyznaczono trzy: 5000 rb., 1500 rb. i 1000 rb. Termin składania prac do 1-go października 1903 r.

— W Królewcu zawiązało się Towarzystwo ginekologiczne wschodnio- i zachodnio-pruskie (*Ost- und Westpreussische Gesellschaft für Gynäkologie*), na przewodniczącego którego wybrano prof. WINTER'a w Królewcu.

— W celu walczenia z „Krankenkassami“ odbędzie się w Wiedniu, na Wielkanoc 1903 r. „*sozialärztlicher Reichskongress*“.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 45.

G. BIKELES i dr M. FRANKE. O lokalizacji w rdzeniu pacierzowym, dotyczącej włókien czuciowych i ruchowych najważniejszych nerwów spłotu barkowego (*plexus brachialis*). S. MINTZ. O uchyłkach w dolnej części przelyku [dk.]. W. OLTUSZEWSKI. Ośmy przyczynek do nauki o zbroczeniach mowy [dk.].—№ 46. M. BIRO. Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego istotne i wrzekomie (*Paralysis et pseudoparalysis m. serrati antici majoris*). G. BIKELES i M. FRANKE. O lokalizacji w rdzeniu pacierzowym, dotyczącej włókien czuciowych i ruchowych najważniejszych nerwów spłotu barkowego (*plexus brachialis*) [dk.].—№ 47. L. BREGMAN. Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii. M. BIRO. Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego istotne i wrzekomie (*Paralysis et pseudoparalysis m. serrati antici majoris*) [c. d.]. L. RABEK. Kazuistyka. Przypadek tęzka, leczony surowicą.—*Przegląd Lekarski* № 45. L. KARWACKI. Przyczynek do nauki o aglutynujących własnościach prawidłowej surowicy ludzkiej. E. LIERERMANN. Przyczynek do leczenia krwawnic (hemoroidów). K. GLIŃSKI. Przyczynek do poznania zmian anatomo-patologicznych w ostrej białaczce (*Lymphaemia acuta*) [c. d.].—№ 46. W. FROMMER. Szybkie rozwiązanie porodu za pomocą mego rozszerzadła (dylatora). Z. STEUERMARK. Obecny stan nauki o t. zw. „tuberkulidach skóry“. J. LACHS. W sprawie szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu. K. GLIŃSKI. Przyczynek do poznania zmian anatomo-patologicznych w ostrej białaczce (*Lymphaemia acuta*) [dk.].—№ 47. S. LEWICKI. Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w położu? Z. STEUERMARK. Obecny stan nauki o t. zw. „tuberkulidach skóry“ [c. d.]. J. LACHS. W sprawie szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu [c. d.].—*Kronika Lekarska* № 22. S. ORŁOWSKI. O hypnotyzmie leczniczym. W. GIEDGOWD. O odczynie dwuazotowym (diazoreakcyi). M. BORNSTEIN. Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego [c. d.].—*Krytyka Lekarska* № 11. FR. GIEDROYÓ. Polacy w służbie lekarskiej Carów Moskiewskich w wieku XVII. Z. KRAMSZYTK. Operacje i operatory. Z. KRAMSZYTK. Pokoje dla pensjonarzy w szpitalach. — *Zdrowie* zeszyt 11. L. LENARTOWICZ. Hygiena w rzeźniach i w handlu mięsem w Warszawie. A. MAJEWSKI. Kilka słów w sprawie pomocy lekarskiej w fabrykach. W. WOJDECKI. Szczawnica. Wrażenie z tegorocznego pobytu.—*Postęp Okulistyczny*. Październik. K. NOISZEWSKI. Ruptura *retinae* i *retinitis proliferans*. F. RYMOWICZ. Własności bakteryobójcze łez i cieczy wodnej.



Prof. Wacław Sobierański.