

GAZETA LEKARSKA

I. Dwa przypadki tężca przyrannego, lezione surowicą.

Podał

Ludwik Rabek,

ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

W roku ubiegłym spostrzegalem w Warszawskim Szpitalu dla dzieci dwa następujące przypadki tężca przyrannego.

Przypadek pierwszy. W dniu 12 maja przed południem została przyjęta na oddział wewnętrzny Helena R., mająca 5½ lat, zamieszkała przy rodzicach we wsi Hruszniewie, gub. siedleckiej. Przed dwoma tygodniami zraniła się w kolano prawe ze strony zewnętrznej. Obrażenie to było leczone środkami domowymi i rodzice na stan dziecka nie zwracali należytej uwagi, ponieważ chore dziecko zabrali z sobą w podróż do Częstochowy. W Częstochowie—a było to w dniu wczorajszym—rodzice zwracali się do lekarza o pomoc. Wezwany lekarz wykonał przecięcie skóry na cierpiącym kolanie i z głębi tkanki podskórnej wydobyl cienki kawałek drzewa.

Pierwsze objawy tężca pod postacią zeszywnienia karku i szczękościsku wystąpiły przed czterema dniami.

Stan obecny. Ciepłota 39,7° C., tętno 128, oddychanie 20; język bardzo mało wysuwa się na zewnątrz, ponieważ szczęki pomiędzy brzegami zębów siecznych nie dadzą się rozsunąć więcej nad 0,5 ctm. *Risus sardonicus*. Mięśnie tułowia i kończyn silnie zeszywniałe, ściana brzucha twarda, jak deska. Cały tułów silnie wygięty ku przodowi (*opistotonus*).

O godzinie 12½ po południu zastrzyknięto 30 ctm. sz. surowicy przeciw-tężcowej z Instytutu PASTEUR'a.

Chora zmarła o godzinie 2-jej po północy.

Przypadek drugi. Stanisław S., lat 9 mający, zamieszkały przy rodzicach we wsi Woli pod Warszawą, przyjęty został do szpitala dnia 1 sierpnia.

Chory przed tygodniem, śpiąc w nocy na kufunku, upadł na podłogę kamienną i silnie stłukł sobie dolną część czoła w okolicy oczu. Dnia następnego

powieka dolna oka lewego mocno posiniąła, a przed trzema dniami wystąpiło zeszywnienie karku i utrudnienie w lykaniu.

Stan bezgorączkowy, tętno 120; język obłożony, wilgotny. Chory z trudnością roztwiera usta. Szerokość szpary pomiędzy brzegami zębów siecznych nie większa nad 1 ctm. *Risus sardonicus*. Skóra powieki dolnej lewego oka zabarwiona w odcień żółto-siny. Na stronie zewnętrznej powieki górnej oka prawego dwa świeże strupy wielkości małego grochu. Silne zeszywnienie karku i kręgosłupa. Chory leży w łóżku na plecach, lecz gdy następuje silny napad skurczów mięśni, to wygina się silnie ku przodowi i wtedy kładzie się na boku; ściana brzucha silnie napięta. Mięśnie kończyn nie są silnie naprężone, tak że kończyny można zginać. Zaleciłem kąpiel ciepłą.

W południe pod skórę ściany brzucha zastrzyknięto 30 ctm. sz. surowicy przeciwężcowej z Instytutu PASTEUR'a.

2.VIII. Ciepłota ranna 37,1; wieczorna 37,4; tętno 112. Chory spał w nocy dosyć spokojnie. Sztywność mięśni bez zmiany. Dzisiaj przed południem było sześć napadów silnego naprężenia mięśni całego ciała. Jeden napad—według słów dozoruującej—ciągnął się około sześciu minut, inne były krótsze. Apetyt bardzo mały. Mocz chory nie może oddawać, należało użyć cewnika. Kąpiel.

Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy.

3.VIII. 37,2°—37°; tętno 100. W nocy spał dobrze. Napady skurczów mięśni rzadsze. Dwa napady trwały po 2 minuty, reszta krócej. Mocz usunięto cewnikiem. Po ławatywie obfite wypróżnienie.

4.VIII. 36,8°—37,1°; tętno 92. W nocy spał dobrze. Były trzy napady skurczów mięśni. Jeden napad ciągnął się 3 minuty, inne krócej. Chory zaczyna obracać głowę we wszystkie strony. Mocz usunięto cewnikiem. Kąpiel.

Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy.

5.VIII. 36,8°—36,6°; tętno 80. Język wilgotny, obłożony. Sen był dobry. Napadów skurczów mięśni wcale nie było. Mięśnie tułowia i kończyn jeszcze są silnie napięte. Mocz usunięto cewnikiem. Osłabienie. Do wewnątrz. *Rp. Sat. natr. carbonici e 1,5 ad 90,0, Trae Valer. aether. 1,2, Syr. simplicis 10,0, S.* Co dwie godziny po łyżeczce od herbaty.

6.VIII. 36,6°—36,7°; tętno 84. Napadów skurczów mięśni nie było. Mięśnie są jeszcze silnie napięte.

7.VIII. 36,7°—36,8°; tętno 80. Spał w nocy dobrze. Napięcie mięśni słabsze. Mocz sam oddał.

8.VIII. 36,8°—36,9°; tętno 88. Napięcie mięśni znacznie mniejsze.

9.VIII. 36,8°—36,7; tętno 84. Napięcie mięśni ciągle się zmniejsza.

Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy.

10.VIII. 36,4° — 36,2°; tętno 80. Napięcie mięśni mniejsze. Kąpiel codziennie.

11.VIII. 36,4°—36,1°; tętno 76. Chory zaczyna podnosić się na łóżku.

14.VIII. 36,2° — 36°; tętno 72. Chory otwiera usta szerzej. Ruchy kończyn wolne.

18.VIII. Chory zaczyna chodzić.

31.VIII. Stan dobry.

5.IX. Wypisany zdrowy.

Przypadek pierwszy miał przebieg ciężki i bardzo prędko zakończył się zejściem śmiertelnym. Na ciężki przebieg cierpienia miała wpływ okoliczność, że ciało obce przez dni 13 znajdowało się w ranie. Do przypadku tego w swym przebiegu bardzo zbliżony jest jeden z przypadków tężca, opisanych przeze mnie w roku 1899 w „Kronice Lekarskiej”. Mianowicie ciało obce—kawałek skóry—pozostawało w ranie dni 7, cierpienie szybko dosięgło wysokiego stopnia rozwoju; bardzo szybko zakończyło się niepomyślnie.

W przypadku drugim przebieg był bezgorączkowy, silne napady skurczów mięśni powodowały w pierwszych dniach choroby niemożność samowolnego oddawania moczu. Surowicy przeciwtężcowej zużyto razem 80 ctm. sz. i po upływie czterech tygodni nastąpiło zupełne wyleczenie.

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB NEURWOWYCH DRA MED. EDWARDA FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

Z kazuistyki neurologicznej.

Podał

Maurycy Bornstein,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 9].

PR—znacznie żywszy z lewej strony, niż z prawej, wyraźne drżenie kloniczne (*Fussclonus*) lewej stopy, oraz objaw BABIŃSKIEGO ze strony lewej.

O d r u c h u b r z u s z n e g o nie udaje się wywołać ani z prawej, ani z lewej strony.

Status visualis idem. Świadomość przez cały czas i dziś również zupełnie zachowana.

12.II. *St. idem.* Tętno = 100, trochę arytmiczne.

16.II. Wzrok znacznie się poprawił. Jeżeli stanąć w końcu łóżka, długości 3-ch kroków, to chory odróżnia okiem prawem przedmioty i rachuje palce prawidłowo. Okiem lewym widzi na odległość 2-ch kroków.

Chód wyraźnie hemiplegiczny. Ani bólów głowy, ani wymiotów. Apetyt dobry.

22.II. Chód lepszy: typ hemiplegiczny występuje nie tak wyraźnie, jak poprzednio, nie widać mianowicie wyraźnie zakreslanego lewą nogą półkola. Chodzi daleko prędzej.

Odruchy ścięgnowe z lewej kończyny dolnej są jeszcze o wiele żywsze, niż z prawej. Objaw BABIŃSKIEGO ze strony lewej. Siła mięśniowa, okazuje się słabszą z lewej strony, niż z prawej. Na odległość 3-ch kroków odróżnia chory przedmioty prawem i lewym okiem. Świadomość i samopoczucie normalne.

25.II. Przy chodzeniu różnica bardzo nieznaczna pomiędzy obiema kończynami.

Badanie wzornikiem wykazuje poprawę: tarcze nie są tak blade, jak poprzednio i granice tarcz prawie normalne; naczynia [zwłaszcza żyły] jeszcze rozszerzone.

29.II. Chód prawie zupełnie normalny; chory może już nawet biegać szybko.

3.III. Dziś odróżnia przedmioty ciemne na odległość dalszą, niż długość łóżka, i mniej niż poprzednio szuka oczami. Oko prawe lepsze od lewego.

PR, AR—mniej żywe, niż poprzednio, ale z lewej strony silniejsze, niż z prawej. Odruch jądrowy z prawej strony wyraźnie silniejszy, niż z lewej.

O d r u c h u b r z u s z n e g o z lewej strony nie udaje się wywołać.

Kończyny lewe trochę słabsze od prawych, zarówno górne jak i dolne.

19.III. PR i AR z lewej strony żywsze, niż prawej. Siła mięśniowa w obu kończynach górnych i dolnych bez widocznej różnicy z obu stron.

O k i e m p r a w e m chory odróżnia liczbę palców na odległość łóżka, przyczem odpowiedzi daje od razu, nie szukając długo tem okiem.

Z lewej strony odróżnia palce na odległość 2-ch kroków jeszcze z trudem, przyczem szuka okiem dość długo na wszystkie strony, zanim odpowie, co widzi.

Odruchy brzuszny i jądrowy ze strony lewej słabsze, aniżeli z prawej.

Odruch podeszwowy z prawej strony normalny (*flexio plantaris*); z lewej — odruch niewyraźny [objawu BABIŃSKIEGO niema].

1.IV. Wypisuje się po 2-ch miesiącach ze znaczną poprawą.

W streszczeniu przypadek nasz przedstawia się, jak następuje. 10-letni chłopiec, który przedtem nigdy nie chorował i pochodzi z rodziny zdrowej, uderzył się silnie w prawą stronę głowy. Po tym urazie wystąpiły silne bóle głowy i wymioty, które trwały przez kilka dni, a wkrótce potem chory prawie zupełnie zaniewidział. Przy pierwszym badaniu okazało się w istocie bardzo znaczne osłabienie siły wzroku na obu oczach, zwłaszcza na lewym, a wzornik wykazał zanik obu tarcz wzrokowych po zapaleniu nerwu wzrokowego.

Dalsze badanie wykazało objawy niewybitne: nieznaczne osłabienie siły mięśniowej w kończynie dolnej, lewej, w porównaniu z prawą, wzmożone odruchy ścięgnowe z lewej strony w porównaniu z prawą, oraz brak od-

ruchów brzuszno i jądrowego z lewej strony, oraz czasami objawów BABIŃSKIEGO z lewej strony.

W tydzień po przybyciu chorego na oddział wystąpiła nagle wyraźna lewostronna pareza [chód hemiparetyczny, odruchy ścięgniste z lewej strony wzmożone, *Fusclonus*, wyraźny objaw BABIŃSKIEGO]. Świadomości chorego nie tracił zupełnie, bólów głowy, ani wymiotów zupełnie nie było. Po 10-u dniach objawy lewostronnej hemiparezy zaczęły szybko ustępować, tak że w ciągu 3-ch tygodni, poza wzmożeniem odruchów ścięgnistych i brakiem skórnych z lewej strony, nie było między jedną a drugą stroną żadnej różnicy w sile mięśniowej. Po 4-ch tygodniach zauważyć można były tylko osłabienie odruchu brzuszno i jądrowego z lewej strony w porównaniu z prawą; objaw BABIŃSKIEGO znikł.

Jednocześnie nastąpiła stopniowo znaczna poprawa wzroku, [zwłaszcza na oku prawym] i odpowiadająca temu zmiana na lepsze w obrazie oftalmoskopowym: tarcze były mniej blade i mniej zatarte, naczynia mniej rozszerzone.

Po upływie 2-ch miesięcy pobytu na oddziale chorego wypisuje się ze znaczną poprawą.

Rozpoznanie wahać się tu może pomiędzy 5-u możliwościami: 1) *haemorrhagia cerebri*, 2) *tumor cerebri*, 3) *hydrocephalus acutus acquisitus s. meningitis serosa acuta*, 4) *Meningite en plaques*, 5) *pseudo-tumor* [NONNE'go].

Wylew krwawy, zdaniem naszym, wykluczyć tu najłatwiej, po 1-e ze względu na to, że naglej prawie hemiparezie nie towarzyszyło żadne zamroczenie świadomości; po 2-e, że ze względów apriorystycznych trudno byłoby wytłómaczyć sobie wogóle wylew krwawy u zdrowego dotąd chłopca bez żadnych danych, pozwalających przypuszczać jakieś pierwotne zmiany w ścianach naczyń mózgowych. Natomiast przeprowadzić należy rozpoznanie różniczkowe pomiędzy nowotworem mózgu a ostrem wodogłowiem. Jak wiadomo i co zresztą omawiane już było z okazji poprzedniego przypadku różniczkowanie takie przedstawia wielkie trudności. OPPENHEIM sądzi, że kilka zaledwie istnieje punktów różniczkowo rozpoznawczych.

1) W ostrem wodogłowiu mamy zazwyczaj do czynienia z jakimś usposobieniem wrodzonym, ujawniającym się w postaci anormalnej wielkości i ukształtowania czaszki, 2) dalej, w przebiegu tej choroby bywają okresy dłuższej, nawet kilkoletniej poprawy i peryodyczne nawroty, czego zazwyczaj w przebiegu nowotworów mózgu nie bywa; 3) brak tu zwykle objawów ogniskowych.

Poza tem wszystkie inne objawy, zwłaszcza ogólne, jak bóle głowy, wymioty, zaburzenia wzrokowe, obraz dna ocznego [zapalenie nerwu lub tarcza zastoinowa] mogą być i tu, i tam identyczne. W naszym przypadku z ogólnych objawów mózgowych na plan pierwszy wysuwały się zaburzenia wzrokowe, zaś bóle głowy i wymioty były tylko na samem początku choroby i trwały bardzo krótko. Choroba zaczęła się prawie nagle, jak się zdaje, wskutek urazu; w przebiegu choroby wystąpiła prawie nagle pareza połowiczna, która po kilku tygodniach ustąpiła. Wszystko to przemawia raczej prze-

ciwko nowotworowi mózgu, którego przebieg jest zazwyczaj postępujący, gdzie objawy z czasem dopiero zyskują na natężeniu. Wprawdzie zdarzają się i tu remisje, ale są bardzo rzadkie. Jeżeli chodzi o połowiczną parę, to w przebiegu nowotworów mózgu występuje ten objaw dość często, ale w ogromnej większości przypadków przebiegają wtedy te porażenia chronicznie, zjawiają się powoli, z czasem stopniowo zwiększa się zarówno ekstensywność, jak i intensywność porażenia. Natomiast w ostrem wodogłowie hemipareza—typowy objaw ogniskowy—zdarza się wogóle niezmiernie rzadko, ale jeżeli się zdarza, to zazwyczaj właśnie w takiej, jak w naszym przypadku, przemijającej, przelotnej postaci. Oczywiście, zastrzedz się musimy raz jeszcze, że nie są to zupełnie pewne cechy różniczkowo-rozpoznawcze, w każdym razie jednak skłonni jesteśmy przypuszczać, że mamy tu do czynienia raczej z ostrem wodogłowiem nabytem, aniżeli z nowotworem mózgu, głównie ze względu na przebieg samej sprawy chorobowej, a mianowicie—ze względu na ostre wystąpienie objawów [o ile, oczywiście, pewnym być można, że dawniej nic nie zdradzało cierpienia mózgowego]; na szybką i znaczną poprawę wzroku i na przemijający charakter parezy połowicznej. Może dłuższa obserwacja zniewoliłaby nas do zmiany powziętego tu mniemania, tymczasem jednak wydaje nam się ono z wyżej wyłuszczonych względów najbliższem prawdy.

W uzupełnieniu rozpoznaniu różniczkowego zaznaczyć jeszcze musimy dwie możliwości, które mogłyby tu przyjść na myśl. Istnieje rzadka postać gruźliczego zapalenia opon mózgowych, które obejmuje korę mózgową i wywołuje objawy ogniskowe. Jest t. zw. *meningoenkephalitis tuberculosa* [RENDU, CHANTEMESSE, WEINTRAUD, OPPENHEIM].

Na posiedzeniu Berlińskiego Tow. Lek. z d. 23-go stycznia 1901 r. OPPENHEIM przytoczył kilka obserwowanych przez siebie przypadków z objawami guza w okolicy ruchowej kory mózgowej; występowały silne bóle głowy, wymioty, drgawki w prawej połowie twarzy oraz prawej kończynie górnej ze zboczeniem głowy i oczu w tę samą stronę i z przemijającą niemotą. Stwierdził również OPPENHEIM zapalenie nerwu wzrokowego, niedowład nerwu twarzowego oraz prawej kończyny górnej. Po pewnym czasie przy leczeniu wewnętrznem objawy wymienione zaczęły ustępować, i dzieci wracały do zdrowia; w jednym przypadku OPPENHEIM obserwował dziecko w ciągu 6-u lat po wyzdrowieniu. Co do istoty sprawy, przypuszcza OPPENHEIM pomiędzy innymi *meningoenkephalitis tuberculosa*.

O ile objawy kliniczne i przebieg choroby w naszym przypadku nie przemawiałyby przeciwko tej postaci, to jednak brak wszelkich danych co do gruźlicy zarówno w rodzinie, jak i u samego pacjenta, przypuszczenie ograniczonego zapalenia gruźliczego opon, które zajęło i istotę mózgową, ma mało cech prawdopodobieństwa.

Prędzej już można byłoby pomyśleć, że mieliśmy w naszym przypadku do czynienia z t. zw. *pseudotumor cerebri* „NONNE'go. Autor ten na ostatnim dorocznym Zjeździe neuropatologów i psychiatrów niemieckich w Baden-Badenie (*Monatschrift f. Psych. u. Neurologie* T. XVI. Z. I), mówił o 12-u spostrzeżeniach

nych przez siebie przypadkach, które przebiegały klinicznie pod postacią nowotworu mózgowego; w 8-u przypadkach NONNE notował wyleczenie trwałe [obserwacja trwa 2 $\frac{1}{2}$, — 3 $\frac{1}{2}$ lat], a w 4-ch nastąpiła śmierć. W 3-ch przypadkach, w których dokonana została sekcya, nie wykryto żadnych zmian ani w mózgu, ani w oponach, ani w naczyniach zarówno makroskopowo, jak i drobnowidzowo. W jednym przypadku po zupełnem wyleczeniu, które trwało dwa lata, śmierć nastąpiła nagle.

Klinicznie wszystkie te przypadki przebiegały w ten sposób, że podostro lub chronicznie, postępująco rozwijały się objawy mózgowo ogólne [wraz z tarczą zastoinową], a później występowały objawy ogniskowe. Dwa razy notował NONNE przejściowe porażenie połowiczne, jak to było w naszym przypadku; tylko raz spostrzegł N. przejście tarczy zastoinowej w zanik. NONNE wykluczał w swoich przypadkach wodogłowie, jako rozpoznanie wyłączone, na tej podstawie, że nigdzie nie można było stwierdzić wyraźnego momentu etyologicznego [uraz psychiczny lub fizyczny, infekcja albo intoksykacja, przymiot], dalej—że istniały zawsze objawy ogniskowe obok objawów, zależnych od zajęcia podstawy mózgu przed sprawę patologiczną [porażenie nerwów *abducentis* i *facialis*], albo też bez tych ostatnich objawów. wreszcie, że w przebiegu chorobowym nie było wahań.

Z tych względów NONNE we wszystkich przypadkach swoich postawił rozpoznanie „*tumor cerebri*“, a wobec zupełnie negatywnego wyniku sekcji, ochrzcił je nowem mianem „*pseudotumor*“, przypominając o przypadkach JACOBSONA, dotyczących porażeń połowicznych bez żadnych zmian anatomo-patologicznych.

I w naszym przypadku rozpoznanie „*pseudotumor cerebri*“, nie daje się wykluczyć z całą pewnością. [C. d. n.]

III. Z INSTYTUTU PASTEUR'A.

Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow-Gamaleïa.

Napisał

Feliks Majewski,

asystent kliniki chirurgicznej prof. KADERA w Krakowie.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 9].

W celach kontrolujących wykonałem doświadczenie następujące: dwom gołębiom, z których jeden [N. 1] otrzymał przed 10-u dniami 2 ctm. sz. hodowli GAZ LEK. № 11.

ogrzaną przez $\frac{1}{2}$ g. przy 60° , drugi zaś [N. 2] zupełnie prawidłowy, jednocześnie wprowadzono do *vena axillaris* 2 ctm. sz. hodowli przecinkowca GAMAŁEJA. Po upływie 4-ch godzin gołąb N. 1 zdycha, gołąb N. 2 nie okazuje jeszcze żadnych oznak ciężkiego stanu chorobowego. Obydwa gołębie zabito, a krew, śledzionę i wątrobę poddano badaniu mikroskopowemu. Prócz tego, ze krwi, otrzymanej u każdego z badanych zwierząt z prawej komory serca, dokonano po 4 zasiewy na pożywcę peptonowo-bulionową.

Porównawcze badanie pod mikroskopem krwi i narządów obydwóch gołębi wykazało tylko różnice ilościowe, a mianowicie zarówno kuleczek, jak przecinkowców daleko mniej było w preparatach z gołębia N. 1, niż z gołębia N. 2. Fagocytozy nie widziałem. Wyniki, otrzymane z porównania probówek, w których dokonano zasiewu z krwi, przedstawiały się tak: z czterech zasiewów ze krwi gołębia, który otrzymał uprzednio wstrzyknięcie ogrzanej hodowli, 1 wykazuje hodowlę przecinkowców, 3 inne pozostają jałowe; z czterech zasiewów, dokonanych równolegle z krwi gołębia N. 2, który przed zakażeniem znajdował się w stanie zupełnie prawidłowym, wszystkie cztery probówki wykazały hodowlę przecinkowców. Wobec tych wyników wydaje mi się zupełnie uprawnionym wniosek, że w ustroju gołębi, które otrzymały uprzednio wstrzyknięcie hodowli, ogrzanych przez $\frac{1}{2}$ g. przy 50° i 60° , drobnoustroje już po upływie 4-ch godzin giną w ogromnej ilości, dzięki sprawie bakteriolizy, czyli rozpuszczaniu się w otaczającej je cieczy. Przeistaczane się kuleczkowate przecinkowców jest u nich wstępnym okresem tej sprawy, kończącej się zupełnym zniszczeniem zarazków. Jest to jedynie możliwe tłumaczenie obserwowanych faktów, tem bardziej, że fagocytoza nie interweniowała wcale. Wyżej wspomniane fakty, widziane w ustroju gołębi zakażonych do żyły, w pewien czas po otrzymaniu hodowli ogrzanej do mięsni, musimy tłumaczyć w ten sposób, że pod wpływem dokonanego wstrzyknięcia, znacznie wzmogła się we krwi badanych gołębi zawartość substancji działających bakterjolytycznie, które wywołały szybkie zniszczenie przecinkowców.

Pozostaje pytanie, dlaczego pomimo to, że drobnoustroje tak szybko zostały zniszczone, badane gołębie uległy zejściu śmiertelnemu i to w tak krótkim czasie po zakażeniu?

Tłumaczę to sobie w ten sposób, że w danym przypadku zniszczenie drobnoustrojów przez ich bakterjolisę, t. j. rozpuszczanie się, dokonywało się zupełnie poza komórką białych ciałek, to jest, że cała zawartość drobnoustrojów przechodziła, dzięki tej sprawie, wprost do osocza krwi, nie ulegając wcale modyfikującym wpływom trawienia wewnątrzkomórkowego. Jest więc rzeczą zupełnie zrozumiałą, że wyzwolenie naraz, dzięki wzmózonej bakterjolisie, bardzo wielkiej ilości substancji toksycznych, zawartych w drobnoustrojach, wywołało stan silnej toksemii i szybką śmierć badanych gołębi.

W ten sposób wydaje mi się rzeczą niewątpliwą, że w warunkach, towarzyszących moim doświadczeniom, obserwowałem istotnie szkodliwy wpływ osocza krwi na wprowadzone do niej zarazki. Objaw PFEIFFER'a, obserwowany

przeze mnie kolejno w plazmie krwi, w śledzionie i w wątrobie, jest tego wybitnym dowodem.

Jednym z głównych punktów teorii fagocytarnej jest twierdzenie, że aleksyna, t. j. właściwy ferment bakteryobójczy, nie krąży wolno w plazmie krwi, ale znajduje się wewnątrz białych ciałek, w których jest jednym z głównych czynników trawienia wewnątrzkomórkowego.

Na zasadzie całości obserwowanych przeze mnie faktów wydaje mi się twierdzenie takie niesłusznem, o ile się je zbyt uogólnia i widzi się w niem jedyne i dostateczne wytłomaczenie zjawisk odporności wrodzonej. Nie ujmując nic znaczeniu fagocytozy, jako jednemu z najważniejszych czynników odporności, musimy uznać za możliwe takie przypadki odporności, gdzie obok niej, a nawet zupełnie bez jej pomocy, również są w stanie wywierać wpływ znaczny substancje, krążące wolno w cieczach ustroju.

W n i o s k i.

1. Gołąb jest ustrojem nadzwyczaj wrażliwym na zakażenie wśródmięśniowe przecinkowcem MIECZNIKOW-GAMALEŃA, przedstawia jednak pewną cechę osobliwą, mianowicie: okazuje się możliwem znaleźć taką dawkę, która, będąc śmiertelną przy wstrzyknięciu śródmięśniowem, jest nieszkodliwą przy wprowadzeniu wprost do żyły.

2. Częściową odporność swoją na zakażenie przecinkowcem GAMALEŃA do żyły gołąb zawdzięcza wpływowi bakteryobójczych substancji, znajdujących się w plazmie jego krwi.

3. Objaw PFEIFFER'a może się odbywać w pewnych warunkach nie tylko w o t r z e w d e j, ale również we krwi i narządach niektórych ustrojów. Dzieje się to np. we krwi, wątrobie i śledzionie gołębia, zakażonego przecinkowcem MIECZNIKOW-GAMALEŃA.

4. Objaw PFEIFFER'a, obserwowany w ustroju gołębia, zakażonego przecinkowcem MIECZNIKOW-GAMALEŃA, odbywa się zupełnie niezależnie od czynności fagocytarnej białych ciałek, zawdzięcza zaś swoje istnienie fizyologicznym własnościom plazmy krwi gołębiej.

5. Ogólnie biorąc, białe ciała ustroju gołębiego wykazują obecność ujemnej c h e m o t a k s y w stosunku do przecinkowca GAMALEŃA, wskutek czego fagocytoza występuje w minimalnej ilości i niestale. W o t r z e w n e j jednak ujemną c h e m o t a k s ę białych ciałek udaje się zmienić w dodatnią przez uprzednie zastrzyknięcie pewnej ilości zwykłego bulionu peptonowego.

6. Badane przeze mnie hodowle wzmiankowanego przecinkowca, nie zawierały w sobie toksyn.

7. O ile się zdaje, wstrzyknięcie gołębiowi ogrzanej hodowli przecinkowca MIECZNIKOW-GAMALEŃA, zwiększa we krwi zawartość substancji, działających bakteryolitycznie na wzmiankowanego przecinkowca.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.



Psychoneurozy i ich leczenie.

[Według dzieł „Les Psychonévroses et leur traitement moral“ przez prof. DUBOIS z Berna i „Isolement et Psychothérapie“ przez drów J. CAMUS'a i PH. PAGNIER'a].

Do niedawna, pomimo prac PINEL'a i LASÈGUE'a, którzy wykazywali niejednokrotnie konieczność psychicznego leczenia pewnych neuroz, lekarze zadowalali się stosowaniem środków fizycznych. W ostatnich latach daje się jednak dostrzedz stanowczy zwrót ku metodom psychicznym, nadającym główne znaczenie moralnej ortopedyi, czyli reedukacyi osobowości danego osobnika. Główne zasługi w tym kierunku położyli profesorem DEJERINE [prof. neuropatologii w Salpêtrièr] i DUBOIS — w Bernie, szerząc w licznych pracach zasady psychoterapii i dając jej prawdziwe naukowe podstawy.

Inspirowana przez prof. DEJERINE'a praca p. t. „Isolement et psychothérapie“ asystentów jego drów CAMUS'a i PAGNIER'a, daje nam dokładny obraz powstania i rozwoju psychoterapii, dzieło zaś prof. DUBOIS (*Les Psychonévroses et leur traitement moral*), którego poglądy są w znacznej mierze pokrewne poglądom DEJERINE'a, jest interesującym psychologiczno-filozoficznym uzasadnieniem metod psychoterapeutycznych, przez niego stosowanych.

Obie te prace uzupełniają się nawzajem i stanowią cenny nabytek literatury medycznej, rzucając właściwe światło na kwestyę powstania psychoneuroz i podając racjonalny sposób ich leczenia.

Studując rozwój medycyny, widzimy, że wyzwolewszy się z pęt grubego empiryzmu i ciasnych doktryn początków XIX stulecia, staje się ona coraz bardziej naukową, ścisłą. Dzięki ulepszonym metodom badania, opartym na wynalazkach i odkryciach nauk przyrodniczo-matematycznych, nowożytna medycyna dochodzi do świetnych, zaiste, wyników. Rozwój anatomii patologicznej, bakteriologii, wykazanie wpływu gruczołów ślępych i t. d. dały początek całemu szeregowi nowych sposobów leczenia; seroterapia, organoterapia, metody fizykalne owdładnęły lecnictwem i skierowały uwagę lekarzy przedewszystkiem na choroby organiczne. Zapomniano o neurozach, a strona psychiczna chorego rzadko bywała przez lekarzy uwzględniana. Bezwątpienia stare przysłowie „*mens ana in corpore sano*“, pozostaje prawdziwe, lecz przysłowie to dałoby się zupełną słusznością odwrócić, a o tem lekarze przez długi czas nie myśleli wcale lub przynajmniej bardzo mało.

Metody fizykalne [masaż, elektroterapia, wzmózone odżywianie i t. d.], czyli środki zazwyczaj używane przy leczeniu neuroz, okazały się niedostatecznymi. Rezultaty kuracyi bywają najczęściej przemijające i niezbyt wyraźne. Pochodzi to stąd, że przeoczone jest źródło chorób nerwowych, a tym jest psychika—intellekt człowieka, i na to właśnie źródło należy odpowiednio, czyli psychicznie oddziaływać.

W nowszych czasach, pod wpływem ESQUIROL'a i WEIR MITCHELL'a, oprócz wyżej wymienionych środków, zaczęto uciekać się do odosobnienia chorych.

Jak wszystkie metody empiryczne, tak i leczenie systematyczne zapomo-
cą o d o s o b n i e n i a było poprzedzone próbami pojedynczemi, bezwiednie
niemal stosowanemi.

Odosobnienie mało miało zwolenników w Grecyi i starożytnym Rzymie.
Dopiero z nastaniem chrystyanizmu zamiłowanie do osobnienia rośnie i potęgu-
je się, epidemiczną niemal przybierając formę. Głównym powodem tego zja-
wiska były pobudki natury religijnej, chęć wyzwolenia się od grzechów, unik-
nięcie pokus i ściślejsze połączenie się z bóstwem. Obok pobudek religijnych,
z biegiem czasu występują czynniki innej natury; potrzeba skoncentrowania
myśli, skupienia wrażeń, pobudziły takich ludzi, jak PETRARKA, POPE, LUTER,
J. J. ROUSSEAU, GOETHE i t. p., do usunięcia się przez pewien czas od swego
otoczenia. Można przypuścić, że dla pewnych ludzi odosobnienie staje się nie-
kiedy nieodzowną potrzebą ducha. Łatwo jest wykazać, że wielu z tych ludzi
należy do rzędu osobników o dość wysokim poziomie umysłowym; inni zaś dadzą
się zaliczyć do rodziny nerwowców, neuropatów, kandydatów na neurasteników
lub też zupełnych już neurasteników.

Z punktu widzenia terapeutycznego zastosowanie odosobnienia, nie wypły-
wającego z chęci danego osobnika, lecz narzuconego mu, jest stosunkowo dość
świeższej daty. JEAN WEYER [w. XVI] i RAULIN [w. XVIII] polecają wpraw-
dzie izolowanie, jako środek leczący konwulsje i inne objawy histeryi, lecz czy-
nią to mimochodem, nie przywiązując do tego wielkiej wagi. Dzieło ZIMMER-
MAN'a [filozof i lekarz z Szwajcaryi] o „samotności“ zawiera dużo myśli o wpły-
wie leczniczym samotności. Doskonale szkicuje ZIMMERMAN obraz neurastenii
i nalega na potrzebę kształcenia woli. (*La solitude considérée relativement à l'es-
prit et au coeur, par Zimmerman*).

Odosobnienie, jako środek leczniczy wyrozumowany i metodyczny, zasto-
sowano przedewszystkiem u obłąkanych.

Wprawdzie od dawna już izolowanie obłąkanych było w użyciu, lecz w ce-
lu raczej ochrony społeczeństwa, aniżeli w celach leczniczych. Pod wpływem
ESQUIROL'a (*Mémoire sur l'isolement des aliénés, 1832*), stan rzeczy się zmienił.
Odosobnienie stało się koniecznym warunkiem i głównym środkiem leczenia
zboczeń umysłowych, a zbawienne skutki tej metody ujawniły się niebawem.

Powoli zaczęto stosować powyższą metodę i względem histeryków i neu-
rasteników. Na czele nowego kierunku stanęli: w Ameryce WEIR-MITCHELL,
we Francyi CHARCOT. Leczenie WEIR-MITCHELL'a, polegające, jak wiadomo,
na zastosowaniu absolutnego wypoczynku w formie leżenia, intensywnem odży-
wianiu, masażu, elektryzacyi i przedewszystkiem na usunięciu chorego od co-
dziennego jego otoczenia, dawało WEIR-MITCHELL'owi i jego zwolennikom dosko-
nałe nieraz rezultaty. Odtąd skuteczność izolowania w leczeniu wymienionych
chorób jest uznana przez wszystkich prawie neurologów. Stosują go jednak
najczęściej w przypadkach ciężkich, wtedy gdy wszystkie inne środki zostały
wyczerpane, lub gdy stwierdzono, że otoczenie i rodzina chorego są głównym
powodem, przewlekającym chorobę. W r. 1895 prof. DÉJERINE rozpoczął w swo-
im oddziale w Salpêtrière leczenie neurozy zapomocą izolowania, przystosowu-
jąc je do warunków szpitalnych.

Odosobnienie samo przez się jest czynnikiem, sprzyjającym ustaniu, a przy-
najmniej zmniejszeniu się liczebnie podnieć zewnętrznych, przez co staje się nie-
zbędnym warunkiem odpoczynku. Można powiedzieć, że dla wszelkich istot
jest ono potrzebne, w mniejszym lub większym stopniu. Dla człowieka, jako
istoty o systemie nerwowym wysubtelnionym, a tem samym łatwiej ulegającym
wyczerpaniu, pewne okresy samotności i spokoju są niezbędne. Potrzebę odo-
sobnienia każdy z nas nieraz odczuwa, a zwykle po wypoczynku w samotności

czujemy się zdolniejsi do pracy, orzeźwieni i jakby odrodzeni. Dla wszelkiej pracy umysłowej odosobnienie jest warunkiem *sine qua non*. Są wprawdzie ludzie, którzy twierdzą, że mogą tworzyć wśród hałasu i ruchu ulicznego, lecz i oni, przez nabytą umiejętność skupiania uwagi dowolnie na jakimś przedmiocie izolują się kompletnie od swego otoczenia, co nie jest dla każdego dostępne. Im bardziej zmniejszamy liczbę podnieć zewnętrznych, tem silniej mogą pozostałe wywrzeć swój wpływ i utrwalić się w pamięci.

Zbawienne skutki odosobnienia występują jeszcze wyraźniej, jeżeli je zastosujemy do ludzi chorych. W wielu cierpieniach konieczne jest usunięcie chorego z pod opieki rodziny i postawienie go w warunkach, wśród których nie będzie przeciwdziałało zdaniu i woli lekarza. Troskliwa, lecz częstokroć nieumiejętna ręka krewnych raczej zaszkodzić, niż pomódz może, nie tylko w czasie choroby, lecz podczas rekonwalescencji.

Przekonano się, że w chorobach, w których przeważa element nerwowy [np. w różnych formach *meningitis*], odosobnienie, chociażby częściowe, jest konieczne, w przypadkach zaś takich, jak *tetanus*, gdzie każda podnieć wywołuje skurcze, odosobnienie staje się nieodzowną koniecznością. Tam, gdzie mamy do czynienia z wyczerpaniem, ze zmęczeniem, odosobnienie jest pożądane, gdyż usuwa ono wszelkie nowe powody zmęczenia i pozwala organizmowi skupić swe siły dla późniejszej pracy.

Odosobnienie ma niezmiernie wielkie znaczenie, jako czynnik pomocniczy, dla psychoterapii. Chory czuje, że do żadnej instancji apelować nie może, musi więc zdać się na łaskę i niełaskę lekarza i stosować się do jego życzeń. Zdala od wszelkich niepokojów i trosk, pozbawiony również rozrywek, dostarczanych przez rodzinę, chory uczy się skupiać uwagę, zaczyna łatwiej pojmować rozumowania lekarza, zastanawia się nad jego słowami, przetrawia je w umyśle i daje się coraz łatwiej powodować.

W jakich przypadkach należy stosować odosobnienie? DÉJERINE utrzymuje, że odosobnienie daje się stosować we wszystkich prawie przypadkach histeryi i neurastenii, zaznacza on jednakże, że samo odosobnienie nie wystarczy i że jest ono przedewszystkiem środkiem pomocniczym dla psychoterapii. Tego samego zdania jest i prof. DUBOIS.

Rozpatrzmy teraz, w jaki sposób można stosować przyjęte w zasadzie odosobnienie. Zakłady specjalnie, w tym celu urządzone, są dostępne, z powodu wysokiej opłaty za kurację, niestety, tylko dla małej liczby uprzywilejowanych. Niezależnie od konieczności muszą zwracać się do szpitali, które, przy zwykłych dotychczasowych urządzeniach przedstawiają mało co lepsze warunki dla chorych nerwowych, niż pobyt w rodzinie. Przytem, zarząd szpitalny niejednokrotnie musi usuwać takiego chorego w celu zrobienia miejsca pacjentowi, dotkniętemu chorobą ostrą, zakaźną. Zaczyna się więc wędrówka nieszczęśliwego z oddziału do oddziału, ze szpitala do szpitala, najczęściej bez skutku. Przejęty tym oplakany stanem rzeczy, DÉJERINE urządził w swoim oddziale w Salpêtrière salę specjalną dla nerwowych. Rezultaty były zdumiewające i należy tylko żałować, że inni lekarze nie poszli za jego przykładem, jeden oddział bowiem nie wystarcza dla olbrzymiej liczby zgłaszających się. Sala ta znajduje się na 1-em piętrze, w części Salpêtrière, najbardziej oddalonej od ulicy i otoczonej ogrodami. Sala jest duża, wysoka, jasna; łóżka, w liczbie 24-ch, są ustawione we dwa rzędy i w odległości 1 m. 50 od ścian, tak żeby zawsze był do nich dostęp wolny. Każde łóżko jest otoczone firankami, tak, że leżący jest zupełnie odosobniony. Do pewnego stopnia, chory może zdawać sobie sprawę z tego, co się dzieje w sali; przedstawia to swoją zaletę, gdyż przykład tych, co są już wyleczeni i otrzymują pozwolenie opuszczenia szpitala, oddziaływa dodatnio na pozostałych. Dla chorych zbyt niespokojnych, lub dla takich, u których nie dało się jeszcze stwierdzić, czy są dotknięci chorobą nerwo-

wą lub psychozą, są osobne małe celki. Istnieje oprócz celek maleńki pokoik o małym okratowanym okienku. Ten gabinecik służy czasami do budzenia postrachu i poskramiania zbyt niesfornych chorych. Na małe dziewczynki zwłaszcza groźba zamknięcia ich do t. zw. „czarnego gabinetu“ oddziaływa nadzwyczaj skutecznie.

Ogromną rolę w takim oddziale odgrywa personel szpitalny. Bez doskonałego wyćwiczonego, inteligentnego personelu nie można marzyć o osiągnięciu pomyślnych rezultatów leczenia. Zwłaszcza główna dozorczyńca powinna być kobietą dojrzałą, o poziomie umysłowym znacznie przewyższającym chorych, którzy się pod jej opiekę dostają. Stanowczość i zarazem łagodność, takt w postępowaniu z chorymi — oto są konieczne warunki, zapewniające pomyślny bieg kuracyi. Lekarz ordynujący powinien przytem korzystać z każdej sposobności, by wyrazić dozorczyńcy swe uznanie i zaufanie, pobudzając w ten sposób chorych do podobnego jej traktowania.

Chory w pierwszym tygodniu przynajmniej nie opuszcza łóżka. Niewolno mu otrzymywać listów, ani pisać. Łączność z rodziną chorego utrzymuje dozorczyńca, udzielając od czasu do czasu wieści. Po 2-ch, 3-ch dniach chory otrzymuje pozwolenie na czytanie pewnych książek, kobietom wolno zająć się robotką. Rano i wieczór ordynujący lekarz lub asystent odbywają przegląd sali, notują postępy w zdrowiu i stosują psychoterapię.

Trudno określić czas trwania odosobnienia. Zależne to jest od właściwości każdego osobnika, mniej więcej jednak trzyma się chorego w odosobnieniu przez 1 do 4-ch tygodni. Po upływie tego czasu wolno odsłonić firanki na 1 godzinę dziennie, następnie na 2, 3 i t. d. Upoważnia się rodzinę do krótkich odwiedzin. Od czasu do czasu pozwala się choremu przebyć przez chwilę w ogrodzie i t. d. Jednym słowem, wprowadza się chorego stopniowo do życia zwykłego. Stopniowanie to jest konieczne, w celu utrwalenia rezultatów leczenia; byłoby szkodliwe przenieść chorego od razu z odosobnienia do środowiska rodzinnego. Nie należy przedłużać zbytnio odosobnienia. Chory może się zanadto oswoić z nowymi warunkami i mogą te warunki stracić swój wpływ leczniczy. Według DÉJERINE'a, *minimum* kuracyi wynosić powinno 4 tygodnie, *maximum* 3 lub 4 miesiące.

Doświadczenie wykazało, że odosobnienie musi być połączone z leżeniem w łóżku. Większość ludzi, dotkniętych neurozą, ma system nerwowy w stanie osłabienia. W takich przypadkach należy unikać wszelkiego natężenia mięśni. Według Mosso, praca mięśniowa wywołuje przyspieszenie oddechu i uderzeń serca; spowodowane to jest z jednej strony potrzebą organizmu, z drugiej — toksynami, wytworzonymi pracą mięśnia. Przy spoczynku ilość tych toksyn redukuje się do *minimum*.

Spokój umysłowy jest również niezbędnym warunkiem kuracyi. Należy pilnie odwracać uwagę chorego od wszystkiego, co go niepokoi, dręczy, kierować umysł jego w odpowiedni sposób, zmniejszyć i uregulować pracę mózgu.

[C. d. n.]

Dr E. Dembicka [Wiedeń].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

37. Prof. Hochhaus. Leczenie krwotoków płucnych.

Krwiopłucie bardzo często spotykamy w gruźlicy płuc; BRECHNER konstatował je w $\frac{2}{3}$ swoich przypadków, GERHARDT — w 30%; autor sądzi, iż ta ostatnia cyfra jest zbyt niska.

Leczenie krwiopłucia powinno polegać przedewszystkiem na tem, aby zapewnić choremu możliwy spokój, zarówno moralny, jak fizyczny; najlepiej w tym celu położyć chorego do łóżka. Przez pierwsze kilka godzin po ukazaniu się krwiopłucia chorzy otrzymują kawałeczki lodu do połykania; w ciągu pierwszych dni za pokarm służą jedynie chłodne napoje i zupy. Na klatkę piersiową kładzie się pęcherz z lodem. Co się tyczy środków farmaceutycznych, to przedewszystkiem od dawna cieszy się uznaniem, zwłaszcza jako środek ludowy sól kuchenna: łyżkę soli miesza się z niewielką ilością wody i daje choremu, aby prędko połknął. Ze środków krew tamujących najczęściej stosowane bywają: *Extr. sec. cornut. fluid.* 3 razy dziennie od 10 do 20 kropel lub *Extr. Hydrast. canad.* w takiej samej dawce; TRAUBE zaleca *Plumbum acetic.* — 0,02 co 2 godziny; FRAENKEL zaś *Ol. terebinth.* w kapsułkach [po 0,5; 4 — 5 kapsulek w ciągu doby]. W lekkich przypadkach można się zadowolić *Elixir. acid. Halleri.* Autor ostrzega przed zbytnią pochopnością w stosowaniu opium lub morfiny w każdym przypadku krwiopłucia.

We większych krwotokach płucnych, kiedy nie pomaga żaden ze wmiarkowanych powyżej środków, należy stosować jeszcze pewne środki chemiczne i zabiegi mechaniczne. Do pierwszych należy przedewszystkiem, zalecone niedawno przez LANCERAUX, podskórne wstrzykiwanie żelatyny [w handlu znajdują się wprowadzone przez f. MERCK'a zatopione rurki szklane, zawierające po 40 c. sz. 10%-owej żelatyny]; z innych środków zalecają jeszcze podskórne wstrzykiwanie *Ergotin. bis dialysat.* 2 : 10 kilka szprycek dziennie lub roztwór adrenaliny [1 : 1000] w takiej samej ilości.

Co się tyczy zabiegów mechanicznych, to przedewszystkiem zasługuje na wmiarkę bandażowanie kończyn, stosowane już w starożytności i mające na celu przez zebranie jak największej ilości krwi w kończynach, zmniejszenie ciśnienia krwi w naczyniach płucnych — zabieg ten szczególnie jest na miejscu wtedy, gdy niema pod ręką środków farmaceutycznych. Celem możliwego ograniczenia ruchów chorej połowy klatki piersiowej, NIEDNER zaleca opatrunek uciskający z lepkiego plastra, który szerekimi pasami nakłada się naokoło chorego boku.

(*Deutsche medic. Wochenschr.* 1905. N. 5).

W. Breszel.

38. Engel. Przyczynki do kazuistyki tętniącego i tłuszczowego wysięku opłucnej (*exsudatum pleuriticum pulsans i exsudatum pleuriticum adiposum*).

Zarówno tętnienie, jak i duża zawartość tłuszczu stanowią dość rzadkie własności wysięku opłucnej. Autor opisuje spostrzegany w klinice prof. KORANYI'ego [Budapeszt] przypadek tem rzadszy, iż obydwie wspomniane wyżej własności wysięku występowały jednocześnie.

Wyniki dotychczasowych badań autorów [KEPPLER, KULMANN, FUCHS, BENDIX] w kwestyi tętniącego wysięku opłucnej można sformułować w następujący sposób. W większości przypadków wysięki tętniące bywają lewostronne, o charakterze ropnym. Tętnienie występuje albo na uprzednio wygórowanem lub też na zupełnie normalnem miejscu klatki piersiowej; w pierw

szym przypadku tętnienie może być widoczne na każdym miejscu klatki piersiowej zarówno w pobliżu mostka, jak i około kolumny pacierzowej; w drugim przypadku tętnienie po większej części odbywa się z boku pomiędzy przednią a tylną linią pachową, rzadkiej na większej przestrzeni.

Do niezdebných warunków zjawienia się tętnienia wysięku należy wzmozona działalność serca, która ze swej strony najczęściej bywa wywołana przez zmienione wskutek wysięku warunki krążenia. Pewne miejsca klatki piersiowej okazują mniejszą odporność na wstrząśnienia, wywołane przez skurczowe ruchy serca. Tę zmniejszoną odporność należy przypisać pewnemu osłabieniu mięśni międzyżebrowych wskutek długotrwałego ucisku, jaki na nie wywierał wysięk. Fakt, iż tętnienie najczęściej występuje z boku klatki piersiowej, tem się objaśnia, iż międzyżebrza są tutaj szersze — osłabienie mięśni przeto dosięga tu większego stopnia. Im wysięk jest gęstszy, tem łatwiej zostają przenoszone wstrząśnienia, wywołane przez skurczowe ruchy serca. Tętnienie powstaje najczęściej z lewej strony klatki piersiowej, gdyż droga przenoszenia się wspomnianych wstrząśnień jest z lewej strony krótsza.

Co się tyczy wysięków, zawierających tłuszcz, to należy rozróżniać dwa rodzaje tych wysięków:

- 1) *exsudatum chylosum*,
- 2) *exsudatum adiposum seu chyliforme seu chylid.*

Pierwszy z nich może powstawać wskutek następujących przyczyn:

- 1) pęknięcia przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*),
- 2) przeszkód w odpływaniu mleczka (*chylus* czyto wskutek zastoju, wywołanego w żyłę bezimienną przez wadę serca, zator, zarośnięcie lub zwężenie tej żyły, czy też wskutek ucisku na przewód piersiowej z zewnątrz (*tumor mediastini*).

Przyczyny powstawania wysięku tłuszczowego w ścisłym tego słowa znaczeniu mogą być następujące:

- 1) stłuszczenie białych ciałek krwi, komórek śródbłonna (*endothelium*), komórek rakowatych i gruzelków,
- 2) w rzadkich przypadkach stłuszczenie płynnej części wysięku.

Obydwa rodzaje wysięków, zarówno *exsudatum chylosum* jak i *exsudatum adiposum* tworzą płyn wsteczny. *Exsudatum chylosum* tworzy delikatną zawiesinę i po dłuższym staniu daje na powierzchni warstwę jakby śmietanki; pod mikroskopem widać bardzo drobne ziarenka. *Exsudatum adiposum*, badany pod mikroskopem, wykazuje, przeciwnie, dość dużą liczbę białych ciałek krwi w najrozmaitszych okresach autolizy. Co się tyczy chemicznych własności tych wysięków, SENATOR sądził, iż *exsud. chylosum* w przeciwstawieniu do *exsud. chyliforme* zawiera cukier; dalsze jednakże badania wykazały, iż zawartość cukru nie może służyć probierzem dla odróżnienia tych wysięków. Oprócz więc obrazu drobnowidzowego, nie mamy właściwie takiego probierza.

Omawiając spostrzegany przypadek tłuszczowego wysięku, autor przychodzi do przekonania, iż zawartość tłuszczu w tym wysięku należy przypisać tłuszczowemu rozpadowi komórek; tego też pochodzenia jest również i znajdująca często w wysiękach tłuszczowych cholesteryna.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

17. Wewnątrzylne zastrzykiwanie salicylanu sodu.

Nowa ta metoda leczenia gościca, opisana przez MENDEL'a, zdaniem RUBENS'a, posiada tę ważną zaletę, iż wymaga bardzo małych dawek salicylanu sodu. MENDEL wstrzykiwał swoim chorym 2 c. sz. następującego roztworu:

Rp. Natrii salicyl. 17,5

Coffeini 2,5

Aquae destill. ad 100,0; chory więc otrzymywał jednorazowo 0,35 *Natr. salic.* RUBENS stosował z dobrym skutkiem ten sposób leczenia u 60-u chorych przeważnie na gościc stawowy lub mięśniowy oraz nerwobóle [zwłaszcza po influency], przyczem ani razu nie zauważył żadnych wpływów ubocznych; działanie zwykle następowało szybko.

Technika zabiegu jest dosyć prosta. Rękę trzyma się kilka minut w stanie zwieszonym; na ramię nakłada się bandaż gumowy. Obmywszy miejsce, gdzie ma być wykonany zabieg i napełniwszy strzykawkę wzmiankowanym powyżej roztworem, wkłuwamy igłę w żyłę z zachowaniem zwykłych ostrożności. Następnie zdejmujemy bandaż, podnosimy rękę i z wolna zastrzykujemy roztwór.

T. BRUGSCH stosował również powyższy sposób leczenia (*Die Therapie der Gegenw. 1905. N. 2*) w 15-u przypadkach gościca stawowego. Wyniki jednakże, do jakich dochodzi, są wprost przeciwne.

(*Deutsche mediz. Wochenschr. 1905. N. 3*).

W. Breszel

18. Weronal w kokluszu.

FRAENKEL na podstawie kilkunastu spostrzeżeń własnych zaleca w kokluszu stosowanie następującej mikstury: *Rp. Veronal. 1,5, Aq. fervid. 75,0, Aq. valerian. 20,0, Syr. Althaeae ad 120,0. MDS.* Co 2 godziny łyżeczkę na mleku. W pewnych przypadkach do tej mikstury dodawał autor *Tras eucalypti 2,0* lub *Liq. ammonii anis. 0,5*.

Pod wpływem weronalu, zdaniem autora, napady kaszlu stają się rzadsze, sam kaszel bywa łagodniejszy i nie tak często towarzyszą mu drgawki epileptyczne.

(*Deutsch. mediz. Wochenschr. 1905. N. 6*).

W. Breszel.

ODCINEK.

Kilka uwag z powodu oczekiwanych zmian w ustroju szpitali Warszawskich.

Napisał

W. Męczkowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 10].

Aby bliżej oświetlić sprawę i szczegółowiej określić zasady ustroju szpitali oraz stosunek ich do miasta, przedstawimy tu szereg uwag w postaci oddzielnych punktów.

1) Miasto, obejmując szpitale, nie może ograniczyć się do administracji obecnie istniejących zakładów, lecz staje się kierownikiem szpitalnictwa i wogóle lecznictwa publicznego w Warszawie. Miasto więc przyjmuje obowiązek zapewnienia mieszkańcom możliwości leczenia się w szpitalach tak, aby każdy, potrzebujący pomocy w chorobie, mógł znaleźć miejsce w szpitalu. Ponieważ liczba szpitali i ogólna liczba łóżek szpitalnych zupełnie nie odpowiada potrzebom ludności, przeto obowiązkiem miasta będzie zaradzić tej pilnej potrzebie.

Nadto ponieważ szpitale pod względem liczby łóżek winny podążać za naturalnym wzrostem ludności, przeto obowiązkiem miasta będzie czuwać nad ciągłym rozwojem szpitalnictwa. Opieka ta, rzecz prosta, nie może ograniczać się do ilościowego rozwoju szpitali: dotyczyć musi i jakościowego ich stanu, a więc szpitale winny być urządzone i prowadzone w należyty sposób, nadto zaś winny ogarniać całość kształt lecznictwa publicznego. Wszelkie więc kategorie chorób muszą być uwzględnione, przedewszystkiem zaś musi być załatwiona paląca sprawa pomocy dla chorych umysłowych.

2) Charakter społeczny szpitali nie wyłącza udziału w nich dobroczynności prywatnej. Nawet przy najwyższym rozwoju społecznym dobroczynność prywatna zawsze może znaleźć dla siebie ujście przez niesienie pomocy, ulgi w cierpieniu. Pomoc ta może być nie tylko moralna, lecz i materialna czyto na rzecz istniejących już szpitali, czy też na fundację nowych zakładów.

3) Zarówno w celu skierowania na rzecz szpitali dobroczynności prywatnej, jako też ze względu, iż szpitale są instytucjami społecznymi, publicznymi, szpitale powinny pozostawać pod kontrolą społeczeństwa. Kontrola ta polegać musi nie tylko na jawnej działalności szpitali, lecz nadto na tem, by szpitale zarówno pod względem ustroju, zarządu oraz gospodarki wewnętrznej nie były obce miejscowemu społeczeństwu. Tylko przy zupełnem zachowaniu tego warunku możliwy jest udział dobroczynności prywatnej w sprawach szpitalnictwa.

4) Uznając potrzebę udziału dobroczynności prywatnej w życiu szpitali, podnieść należy, że byt szpitali na tem źródle, jako niestałym, niepewnym, a nadewszystko nieobliczalnym, opierać się nie może. Głównem i zasadniczym źródłem dla szpitali winny być fundusze stałe, miejskie, wzgl. po-

datki publiczne i t. p. Wszelkie ofiary, płynące z dobroczynności prywatnej, mogą być bardzo pożytecznym dopełnieniem środków stałych; nadto z tego źródła mogą powstawać nowe zakłady, szpitale, przytulki i t. p.

5) Aby nie krępować dobroczynności zarówno poszczególnych jednostek zamożnych, jako też pewnych grup zbiorowych [związków zawodowych, stowarzyszeń, dróg żelaznych, fabryk i t. p.], które są lub mogą być założycielami szpitali, należy zapewnić im zupełną swobodę co do samodzielnego zarządu danej instytucji oraz należyty wpływ i kontrolę nad jej życiem. O ileby przeto w przyszłości czyto osoby prywatne, czy też stowarzyszenia i t. p. zakładały oddzielne szpitale, to koniecznym jest dla dobra sprawy, by takie zakłady korzystały z możliwie szerokiej autonomii i niezależności. Zasada ta jest ściśle przestrzegana we wszystkich krajach.

6) Z powyższego wynika, iż nie wszystkie bynajmniej szpitale Warszawskie winny przejść pod zarząd miasta. Zasadzie „umiastowienia“ szpitali nie przeczy istnienie szpitali prywatnych. Odróżniać przeto należy szpitale publiczne, miejskie — od szpitali prywatnych.

Do pierwszej kategorii zaliczamy szpitale: 1) Dziec. Jezus; 2) Ś. Du-cha; 3) Ś. Rocha; 4) Praski; 5) Wolski; 6) Ś. Stanisława; 7) Ś. Łazarza; 8) Ś. Jana; 9) przytulki położnicze.

Do drugiej kategorii należą: 1) Szpital dziecięcy na Aleksandryi; 2) Szpital gminy Żydowskiej; 3) Szpital dziecięcy na Ślizkiej; 4) Szpital Ewangelicki; 5) Szpital Oftalmiczny; 6) Szpital kolejowy na Pradze [Drogi Żel. Nadwiślańskich]; 7) Szpital Czerwonego Krzyża.

Zasada, powyżej wypowiedziana, nie wyłącza zresztą możliwości, by który z tych szpitali prywatnych na podstawie dobrowolnie ułożonego z miastem stosunku nie mógł przejść w sferę działalności Magistratu.

7) O ile szpital pozostaje prywatnym, zachowuje on zupełną niezależność od Magistratu. Ustrój jego opiera się na zagwarantowanej przez państwo autonomii. Związek z Magistratem polega na tem jedynie, iż Magistrat, jako centralny kierowniczy organ szpitalnictwa Warszawskiego, przy obrachunku potrzeb i wymagań lecznictwa publicznego uwzględnia istniejące zakłady prywatne.

8) Pó przejściu szpitali publicznych pod zarząd miasta każdy szpital winien zachować całkowitą odrębność, charakter oddzielnej jednostki. Na odrębność tę złożyły się warunki, jakie stworzył rozwój historyczny każdego poszczególnego zakładu. Odrębność ta wynika nadto ze specjalnych celów i charakteru poszczególnych szpitali oraz ze stanowiska prawnego, jako właścicieli pewnych funduszków i majątków: fundusze te muszą stanowić nienaruszalną własność poszczególnych szpitali, jako pochodzące z zapisów i ofiar, które odnośnie do wszystkich punktów i warunków pierwotnego nadania muszą być uszanowane.

9) Szpitalnictwo jest sprawą niezmiernie zawiłą, obejmującą różnorodne dziedziny, które wymagają od kierowników specjalnych znajomości i doświadczenia, czego jeden człowiek nie może posiadać. Wobec tego ustrój zarządu musi być oparty na zasadach kolegialnych. Zarówno w poszczególnych szpitalach, jak i w centralnym zarządzie szpitalnym przy Magistracie winien funkcjonować organ zbiorowy — przy każdym szpitalu Rada Szczegółowa [zarządzająca] szpitala, przy Magistracie — wydział szpitalny.

10) Uznając zasadę organu kolegialnego, jako ciała kierowniczego i kontrolującego, należy zaznaczyć, że zarząd faktyczny, dyrekcyja czynna nie może być powierzona ciału zbiorowemu. Spreżystość w czynnościach, dokładność i akuratność wymagają, aby dyrektorem był jeden człowiek, odpowiedzialny za swę czynności. Taki odpowiedzialny dyrektor winien stać na czele każdego szpitala, a także na czele wydziału szpitalnego przy Magistracie. Po-

zostawienie dyrekcyi paru osobom równorzędnym, ze względu na możliwość starć osobistych, na brak jednolitości w działaniu, jest zupełnie niewłaściwe.

11) Ponieważ szpitale mają przede wszystkim na celu leczenie chorych, ponieważ wszelkie inne dziedziny szpitalnictwa, jak administracja, rachunkowość i t. p. służą jedynie ku głównemu celowi, by sprawa leczenia w szpitalach odbywała się w sposób możliwie pomyślny, przeto zarówno w zarządzie poszczególnych szpitali, jak i w centralnym organie przy Magistracie, winni być przede wszystkim uwzględnieni lekarze, jako najbardziej i jedynie uprawnieni rzeczoznawcy w sprawie leczenia i potrzeb szpitalnictwa.

Z zasady tej wynika naprzód, iż dyrektorem każdego szpitala winien być lekarz, jako najlepszy znawca potrzeb szpitala; powtóre zaś do reprezentacyi każdego szpitala w wydziale szpitalnym przy Magistracie winien należeć lekarz tegoż szpitala.

12) Przechodząc teraz do ustroju organów zarządu miejscowego — przy każdym szpitalu, i centralnego — przy Magistracie, zaznaczyć należy, że: a) ustrój winien być oparty na zasadzie kolegiatnej; b) w organizacyi zarządu w należytej mierze winno być uwzględniane przedstawicielstwo Magistratu, jako głównego administratora i gospodarza szpitali.

13) W myśl powyżej wyrażonych zasad, do Rady Szczegółowej [zarządzającej] każdego szpitala winni należeć: a) lekarz naczelny szpitala; b) opiekun szpitala, mianowany przez Magistrat z pośród obywateli miejscowych, [przy istnieniu samorządu miejskiego — jeden z radnych miejskich]; opiekun jest z jednej strony przedstawicielem Magistratu, z drugiej zaś — łącznikiem między społeczeństwem, a szpitalem; c) intendent szpitala, zarządzający gospodarstwem szpitalnym; wreszcie d) 1—3 ordynatorów szpitala, jako bezpośrednich wykonawców celów i zadań szpitala, najlepiej obznajmionych z potrzebami i brakami jego.

14) Rada Szczegółowa szpitala w powyższym składzie stanowi zarząd szpitala, kieruje administracją i jest odpowiedzialna przed Magistratem, który ma ogólny nadzór i kontrolę nad działalnością szpitali.

15) Wydział szpitalny przy Magistracie nie może być zorganizowany na modłę innych wydziałów miejskich. Wydział ten, obejmujący szereg odrębnych jednostek, oddzielnych szpitali, różnych zarówno co do celu, specjalności, jako też i funduszków, zawiadujący działalnością bardzo zawiłą i operujący znacznymi kapitałami, winien być zorganizowany w ten sposób, aby poszczególne szpitale były w nim reprezentowane przez swych przedstawicieli.

16) Ze strony każdego szpitala wchodzi do wydziału szpitalnego przy Magistracie lekarz naczelny i opiekun każdego szpitala. Na czele wydziału szpitalnego stoi naczelnik wydziału, radca miejski.

Nadto w wydziale tym winni być: a) prawnik i budowniczy, których kompetencya często bywa konieczna w sprawach szpitalnych; b) pięciu obywateli miejscowych z wyboru Magistratu, z pośród osób, znanych z działalności obywatelskiej oraz oddania się sprawom szpitalnym; c) trzech ordynatorów z różnych szpitali, z wyboru magistratu, jako ludzi bezpośrednio stykających się ze szpitalem, z życiem i potrzebami chorych.

Do obowiązków i zadań wydziału szpitalnego prócz nadzoru i kontroli nad działalnością szpitali należy opieka nad całą dziedziną lecznictwa publicznego, a więc: wogóle stworzenie racjonalnej pomocy dla chorych szpitalnych, zorganizowanie klasy dozorców — pielęgniarzy dla chorych szpitalnych, tworzenie nowych szpitali, stosownie do potrzeb ludności, tworzenie szpitali dla chroniczków, zakładów dla rekonwalescentów, dla chorych umysłowych i t. d.

18) Ponieważ szpital winien być instytucją żywą, postępującą za rozwojem nauki lekarskiej, właściwa zaś dyrekcyja szpitala, t. j. lekarz naczelny

i Rada Szczegółowa ma liczne obowiązki pod względem zarządu wewnętrznego, przeto potrzebny jest w każdym szpitalu odrębny organ doradczy, mający na celu utrzymywanie szpitala na wysokości nauki i rozwoju szpitalnictwa wogóle. Takim organem może być ogólne zebranie ordynatorów, które, jako ciało doradcze, będzie podawało zarządowi wnioski, dotyczące zmian, reform i wogóle postępu życia szpitalnego. Organ taki w zasadzie istnieje i obecnie, potrzebne przeto jest tylko prawne jego utrwalenie z określeniem wyraźnych obowiązków i granic jego kompetencji.

19) Prawidłowa działalność szpitali w wysokim stopniu zależy od należytego wyboru funkcyjonaryuszów szpitalnych. Dotyczy to przede wszystkim lekarzy naczelnych i ordynatorów, albowiem opiekunowie szpitala, jako przedstawiciele magistratu, względnie radni miejscy są mianowani przez tenże magistrat, względnie obierani przez obywateli miejskich.

20) Wybór kandydata na lekarza naczelnego, na najważniejszy posterunek w szpitalu, nie może być pozostawiony jakiegokolwiek jednostce: kandydata na to stanowisko wybierać musi gremium, mianowicie ogólne zebranie ordynatorów, którzy najlepiej mogą oceniać potrzeby szpitala oraz kwalifikacje różnych kandydatów; kandydata tego ogólne zebranie przedstawia na zatwierdzenie Magistratu, który, jako główny gospodarz szpitali, zachowuje sobie prawo zatwierdzenia lub odrzucenia wyboru.

21) Ordynatorzy, kierownicy poszczególnych oddziałów szpitalnych, są wybierani drogą konkursu.

22) Siostry miłosierdzia, stosownie do swego charakteru oraz do warunków kontraktu, zawartego z Radą Miejską Warszawską w dniu 8 czerwca 1899 r. na lat 12, czuwają i bezpośrednio zawiadują pewnymi odrębnymi, ściśle określonymi częściami gospodarki wewnętrznej szpitala [bezpośrednia opieka nad chorymi na salach, wykonywanie zleceń lekarza, nadzór nad kuchnią, piekarnią, piwnicą, pralnią, bielizną, odzieżą]. Zgodnie z art. 2 tegoż kontraktu siostry, czynne w szpitalach, „podlegają zwierzchniej władzy szpitalnej i administracyjnej“. Ze względu na ten charakter wykonawczy i dozorczy pewnych szczegółowych czynności, w ogólnym zarządzie i kierownictwie szpitala udziału brać nie mogą. W poszczególnych jednakże sprawach mogą być powoływane przez lekarza naczelnego do udziału w posiedzeniach Rady Szczegółowej.

Na podstawie powyższych zasadniczych punktów, możemy przedstawić bardziej już szczegółowy szkic ustroju szpitali warszawskich. Szkic taki, rozpatrzony i szczegółowo omówiony przy udziale kolegów BOLESŁAWA JAKIMIAKA, ZYGMUNTA KRAMSZYTKA i BRONISŁAWA SAWICKIEGO, poniżej podaję:

Wydział szpitalny przy Magistracie.

§ 1. Główny zarząd nad szpitalami miejskimi poleca się wydziałowi szpitalnemu przy Magistracie.

§ 2. Wydział szpitalny składa się z:

- a) naczelnika wydziału, radcy miejskiego, jako przewodniczącego;
- b) lekarzy naczelnych wszystkich szpitali miejskich;
- c) opiekunów wszystkich szpitali miejskich;
- d) pięciu członków z pośród mieszkańców m. Warszawy, według wyboru Magistratu;
- e) trzech ordynatorów z różnych szpitali miejskich;
- f) budowniczego;
- g) prawnika.

§ 3. Naczelnik wydziału nominowany jest przez Magistrat.

§ 4. Wszyscy członkowie wydziału mają głos stanowczy. Decyzje rozstrzygają się większością. Równość głosów rozwiązuje głos przewodniczącego.

§ 5. Posiedzenie jest ważne przy obecności połowy członków [połowa wszystkich członków + jeden].

§ 6. Na wypadek nieobecności przewodniczącego Magistrat wyznacza jednego z członków wydziału na zastępcę przewodniczącego.

§ 7. Do załatwiania czynności kancelaryjnych przy wydziale istnieje oddzielne biuro.

§ 8. Decyzje wydziału mogą być albo ostateczne, albo też ulegają zatwierdzeniu Magistratu. Do kategorii spraw, których wydział szpitalny sam rozstrzygnąć nie może, lecz musi je przedstawiać na decyzję Magistratu, należą:

a) zakładanie nowych szpitali, albo też dawanie nowego przeznaczenia już istniejącym;

b) zmiany w administracji funduszków szpitalnych, nabywanie i sprzedaż nieruchomości, oddawanie w dzierżawę nieruchomości i t. p.;

c) projektowanie nowych źródeł dochodów szpitalnych;

d) zatwierdzenie lekarzy naczelnych, nominacja opiekunów szpitali; zatwierdzenie ordynatorów szpitalnych;

e) zatwierdzenie budżetów szpitalnych;

f) nominacja członków wydziału szpitalnego.

§ 9. Do obowiązku wydziału szpitalnego należy:

a) rozpatrywanie budżetów, przygotowywanych przez każdy szpital; kontrola nad działalnością finansową i administracyjną szpitali;

b) przygotowywanie wniosków odnośnie do punktów, wymienionych w powyższym § 8;

c) opracowywanie projektów w sprawie dostarczania ludności koniecznej dla jej potrzeb liczby szpitali i łóżek szpitalnych, pomocy dla chorych umysłowych, dla chorych na oczy, ambulatoryów, zakładów położniczych i dla rekonwalescentów i t. d. i wogóle przygotowywanie i opracowywanie projektów i wniosków w sprawie rozwoju szpitalnictwa;

d) opracowywanie projektów i wniosków, nadesłanych przez Magistrat;

e) opracowywanie projektów, dotyczących ogólnej administracji i gospodarki szpitali, jak oto: utworzenie centralnych dla wszystkich szpitali zakładów pomocniczych [apтека, piekarnia, piwnica, magazyny i t. p.];

f) wyznaczanie konkursów na posady ordynatorów w szpitalach, oraz czuwanie nad prawidłowością ich przebiegu.

§ 10. W wydziale szpitalnym przedstawiciele każdego szpitala t. j. dyrektor szpitala i opiekun są referentami spraw danego szpitala.

§ 11. Do rozstrzygania i opracowywania poszczególnych spraw z łona wydziału mogą być tworzone komisje z prawem powoływania osób, nie należących do wydziału, jako biegłych, z głosem doradczym.

§ 12. Kapitały i majątek każdego szpitala stanowi nienaruszalną jego własność i nie może być używany na wydatki innego szpitala. Jeśli który szpital posiada więcej funduszków, niż potrzebuje na utrzymanie, fundusze te mogą być użyte jedynie na rozszerzenie, powiększenie i t. p. danego szpitala.

Miejscowy zarząd szpitali miejskich.

§ 1. Kierownikiem każdego szpitala miejskiego jest lekarz naczelny szpitala.

§ 2. Zarząd szpitala stanowi Rada Szczegółowa.

§ 3. Radę Szczegółową stanowią:

- a) lekarz naczelny szpitala, jako przewodniczący;
- b) opiekun szpitala;
- c) intendent;
- d) jeden do trzech ordynatorów szpitala [zależnie od liczby oddziałów w szpitalu: jeden ordynator na 5 oddziałów].

§ 4. Lekarz naczelny jest zatwierdzany przez Magistrat z pośród kandydatów, przedstawionych przez ogólne zebranie ordynatorów.

§ 5. Wrazie wakansu lekarza naczelnego szpitala, ogólne zebranie ordynatorów danego szpitala wybiera trzech kandydatów (*terno*) z pośród ordynatorów szpitali warszawskich i kandydatów tych przedstawia Magistratowi.

§ 6. Zanim nastąpi wybór nowego lekarza naczelnego, obowiązki te pełni jeden z ordynatorów z wyboru Magistratu.

§ 7. Lekarz naczelny szpitala wybierany jest na lat 10; po upływie tego terminu może być ponownie zatwierdzony na tem stanowisku.

Jeżeli lekarz naczelny nie zostaje ponownie zatwierdzony na następne dziesięciolecie, wraca na dawne stanowisko ordynatora szpitala.

§ 8. Lekarz naczelny szpitala jest naczelnikiem służby lekarskiej i administracyjnej w szpitalu; jest on odpowiedzialny przed Magistratem za prowadzenie szpitala pod względem lekarskim i administracyjnym w szpitalu.

§ 9. Lekarz naczelny szpitala obowiązkowo prowadzi jeden z oddziałów szpitalnych.

§ 10. Lekarz naczelny obowiązkowo mieszka przy szpitalu.

§ 11. Do obowiązków lekarza naczelnego szpitala należy:

a) rozdział zajęć i obowiązków między osoby, do służby lekarskiej należące.

Uwaga. W tym przedmiocie głos doradczy ma ogólne zebranie ordynatorów.

b) czuwanie, aby ordynatorzy i inni funkcyonaryusze szpitalni sumiennie pełnili swe obowiązki.

Uwaga. W sprawie leczenia na oddziałach poszczególnych chorych ordynator zachowuje całkowitą niezależność od lekarza naczelnego.

c) czuwanie nad stanem szpitala pod względem higienicznym oraz nad wartością produktów spożywczych, dostarczanych do szpitala;

d) czuwanie, aby wszystkie oddziały należycie były zaopatrzone i w należyty sposób utrzymywały wszelkie przyrządy oraz środki pomocnicze, potrzebne do leczenia chorych i do badań naukowo-lekarskich;

e) lekarz naczelny kontroluje działalność personelu administracyjnego odnośnie gospodarstwa, porządku;

f) jest przedstawicielem szpitala na zewnątrz, wobec sądu, wobec władz administracyjnych i t. d.;

g) układa sprawozdania roczne.

§ 12. Opiekun szpitala jest wybierany przez Magistrat z pośród obywateli miejscowych, znanych z dobroczynności i działalności obywatelskiej.

Uwaga. Wrazie istnienia samorządu miejskiego opiekun szpitala jest wybierany z pośród radnych miejskich.

§ 13. Opiekun jest wybierany na lat trzy. Po upływie tego terminu może być ponownie na tem stanowisku zatwierdzony przez Magistrat.

§ 14. Opiekun, jako delegat Magistratu, czuwa nad całością gospodarki szpitala, specjalnie zaś kontroluje kasę i rachunkowość.

§ 15. O spostrzeżonych brakach i nieporządkach opiekun komunikuje lekarzowi naczelnemu, lub wrazie potrzeby Radzie Szczegółowej.

§ 16. Intendent zarządza gospodarstwem wewnętrznem, ma główny nadzór nad porządkiem i czystością, czuwa nad budynkami szpitala, ogrzewaniem, wentylacją, urządzeniami technicznymi w szpitalu, oświetleniem, dezynfekcją i t. d.; jest naczelnikiem rachunkowości i kancelaryi; zarządza kuchnią oraz całą służbą niższą [podwórzową, gospodarczą, pralnią, kuchnią i t. d.], wreszcie czuwa nad całością inwentarza gospodarczego.

Uwaga. Służba na salach, posługacze przy chorych podlegają ordynatorowi, jako odpowiedzialnemu kierownikowi oddziału.

§ 17. Ordynatorzy, jako członkowie Rady Szczegółowej szpitala wybierani są przez ogólne zebranie ordynatorów, a zatwierdzani przez Magistrat na rok jeden, w stosunku jeden na pięć oddziałów; największa liczba członków Rady z ordynatorów może być trzy; po upływie terminu rocznego ordynator może być ponownie wybrany na ten urząd.

§ 18. Rada Szczegółowa w powyższym składzie odbywa posiedzenia raz na tydzień, a wrazie potrzeby i więcej.

§ 19. Rada Szczegółowa ma obowiązki następujące:

- a) przygotowuje budżet wydatków i dochodów, wydatkuje w granicach zatwierdzonego budżetu, ściągą dochody i należności szpitalne;
- b) zawiera kontrakty z dostawcami;
- c) rozpatruje przedwstępne projekty i plany budowy nowych;
- d) zarządza kapitałami i majątkiem szpitala;
- e) wydaje sprawozdania roczne.

§ 20. Do ogólnego zebrania ordynatorów należą wszyscy ordynatorzy danego szpitala oraz lekarze miejscowi, względnie asystenci interni i stali asystenci oddziałów.

§ 21. Ogólne zebranie ordynatorów odbywa posiedzenie raz na miesiąc w godzinach pozasłużbowych, a wrazie potrzeby i częściej.

§ 22. Obowiązki ogólnego zebrania są następujące:

a) jako organ doradczy naukowo-lekarski czuwa, aby urządzenia lekarskie w szpitalu, oraz lecznictwo stały na wysokości nauki medycyny;

b) czyni wnioski, odnośnie do rozdziału zajęć i obowiązków między osoby do służby lekarskiej należące;

c) przygotowuje dział naukowo-lekarski do rocznych sprawozdań szpitalnych;

d) przedstawia kandydatów ordynatorów na członków Rady Szczegółowej szpitala;

e) wrazie wakansu lekarza naczelnego szpitala przedstawia trzech kandydatów na zatwierdzenie Magistratu;

f) czuwa nad prawidłowem pielęgowaniem chorych oraz opracowuje projekty i odpowiednie środki ku zaopatrzeniu szpitala w należycie wykwalifikowanych pielęgniarzy.

§ 23. Przy szpitalu mogą funkcjonować z zezwolenia lekarza naczelnego oddzielne stowarzyszenia z pośród członków społeczeństwa, mające na celu niesienie pomocy chorym; działalność ich jednak pozostaje pod kontrolą i kierunkiem lekarza naczelnego.

§ 24. Ordynator szpitala jest odpowiedzialnym i samodzielnym kierownikiem jednostki szpitalnej—oddziału.

Cały personel, pracujący na oddziale, zarówno osoby należące do służby lekarskiej, jak i administracyjnej, jest zależny od ordynatora.

§ 25. Ordynator wybierany jest drogą konkursu. Organizacja konkursu na stanowisko ordynatora należy do wydziału szpitalnego przy Magistracie.

§ 26. Siostry Miłosierdzia, pracujące w szpitalach, zachowują nadal dotychczasowe stanowisko, określone w warunkach kontraktu, zawartego w 1899 r. z Radą Miejską Warszawską Dobroc. Publ., z tą jedynie różnicą, iż wszelkie obowiązki i prawa, przysługujące według tego kontraktu Radzie Miejskiej, przejmuje Magistrat m. Warszawy.

Przegląd bibliograficzny.

Dr Leon Karwacki. Serodyagnostyka spraw zakaźnych. Warszawa. 1904, str. 200; 2 tablice.

Praca podzielona jest na dwie części, z których pierwsza—ogólna, omawia prawie wszystko, co dotąd na tem polu uczyniono. Część szczegółowa zajmuje 140 stron i jest potrochu sprawozdaniem z doświadczeń klinicznych.

W pierwszej części autor z drobiazgową sumiennością przytoczył ogromną liczbę prac i na zasadzie zdań innych i własnych doświadczeń opisał rozmaite formy aglutynacji, omówił znaczenie lizyn i precypityn, budowę aglutynin i aglutynin, oceniając wszelkie wpływy uboczne, jak rolę leukocytów, bakterii i t. p. Szczegółowo omówione są potem teorie EHRlich'a, teoria chemiczna, biologiczna, wpływ soli mineralnych i zmiany, jakim aglutynacja ulegać może. Wreszcie autor poświęca osobny rozdział opisowi techniki aglutynacyjnej.

Część szczegółowa poświęcona jest ocenie dotychczasowych wyników przy stosowaniu aglutynowania w chorobach zakaźnych. Najbardziej zbadane przypadki tyfusowe zajmują poważne miejsce; z kolei przechodzi autor różne choroby zakaźne: czerwonkę, tuberkulozę, zapalenie płuc, zakażenie paciorkowcem i gronkowcem, cholera, dżumę, błonicę, wreszcie nosaciznę i syfilis. W ostatnim rozdziale zdaje autor sprawę z aglutynacji drożdży. I w tej części, w której bardzo dużo jest własnych doświadczeń autora, zebranych w klinikach paryskich i na oddziałach KRAJEWSKIEGO, KARCEWSKIEGO, CHROSTOWSKIEGO i DUNINA w Warszawie, rozwinął autor tę samą erudycję, która cechuje część teoretyczną. Pomimo wielkiego nawału cytat, potrafił autor własne zdanie zaznaczyć i poprzeć. Cała praca odznacza się wielką jasnością stylu i myśli i może być źródłem dla każdego, kto zamierza pracować w dziale serodyagnostyki. Oryentowanie się ułatwia autor doskonałym przeglądem literatury.

W. Moraczewski [Lwów-Karlsbad].

WIADOMOŚCI DROBNE.

— W kwesty leczenia kataru osesków. Szkodliwy wpływ, jaki katar u osesków może wywierać na odżywianie z jednej strony, z drugiej zaś — zwiększona obawa powikłań ze strony narządów oddychania, dwie te okoliczności wskazują, iż przy wzmiankowanym cierpieniu nie należy, o ile możliwości, trzymać się metody „wyczekującej”. Nasze wysiłki terapeutyczne powinny być skierowane ku temu, aby oddychanie przez nos uczynić swobodnem. W tym

właśnie celu L. BALLIN zaleca tampony, przepojone roztworem adrenaliny 1:1000, które naprzemian kładzie się na 2—3 minuty do obydwóch nozdrzy. Należy to powtarzać 3 — 4 razy dziennie [ewentualnie przed każdym ssaniem]; po upływie kilku dni — rzadziej; w razie gdy wydzielina z nosa staje się ropną, autor zaleca po zastosowaniu adrenaliny wpuszczać do każdego nozdrza 1 raz dziennie po 1 kropli $\frac{1}{2}$ —1% roztworu lapisu. Autor zrobił spostrzeżenie, iż u chorych na katar dzieci, u których stosowana była opisana metoda leczenia, zapalenie oskrzeli występowało znacznie rzadziej, niż w razach kiedy nie stosowano żadnego leczenia.

(*Die Ther. der Gegenw.* 1905. Zesz. 2).

W. Breszel.

— Wpływ klimatu górskiego na skład krwi. W 1882 roku PAUL BERT zrobił spostrzeżenie, iż krew ludzi i zwierząt, zamieszkałych na wyżynach górskich, odznacza się niezwykłą zdolnością wchłaniania tlenu; zdolność ta, według P. BERT'a, jest wynikiem stopniowego przystosowywania się do rozrzedzonej atmosfery gór. VIAULT znalazł, iż krew ludzi, znajdujących się na wyżynach, zawiera znacznie większą liczbę czerwonych ciałek [7 — 8 milionów w 1 mil. sześcienn.], aniżeli w warunkach normalnych. Dla tych zmian we krwi nie potrzeba wcale, aby ludzie lub zwierzęta zamieszkiwali na wyżynach górskich przez dłuższy czas; samo przejście tylko z miejsc nisko położonych do miejscowości górskich wystarcza do wywołania wspomnianej zmiany we krwi.

Dla objaśnienia zmian, o których mowa, istnieje kilka teorii. MIKSCHER zapatruje się na zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi we wspomnianych powyżej warunkach, jako na sprawę twórczą, wywołaną przez przystosowywanie się organizmu zwierzęcego do zmniejszonego ciśnienia powietrza. ZUNST sędzi, iż zwiększenie się liczby czerwonych ciałek krwi w górach można objaśnić nierówną ich zawartością w rozmaitych naczyniach. Według BUNGE'go, w klimacie górskim naczynia mają inne napięcie (*tonus*), aniżeli na płaszczyźnie; na wyżynach górskich kurczą się one silniej; przez występowanie osocza krwi z naczyń do przestrzeni limfatycznych krew staje się gęstszą.

Według zdania ABDEKHALDEN'a, żadna z powyżej przytoczonych teorii sama przez się nie wystarcza do objaśnienia zwiększenia liczby czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny pod wpływem klimatu górskiego; działają tutaj do pewnego stopnia prawdopodobnie wszystkie ze wzmiankowanych przyczyn.

(*Medizin. Klinik.* 1905. N. 9).

W. Breszel.

Wiadomości bieżące.

— W N. 9 pisma tygodniowego „Ziarno“ znajdujemy następującej treści artykuł, zatytułowany „Operacye w szpitalach“: „W Austrii zaprojektowano prawo, według którego w żadnym szpitalu nie będzie wolno lekarzowi dokonać operacyi bez piśmiennej zgody na to chorego. Przepis taki przydałby się i u nas. Kto bowiem zetknął się bodajby raz jeden z naszymi szpitalami, ten wie dobrze, że chory, szczególnie na tak zwanych salach ogólnych, pozostaje w zupełnej zależności od zarządu szpitala, lekarzy i służby. Przestaje niemal być istotą żyjącą, samodzielną. Choremu nic nie wolno, wszystkim poleceniom poddawać się musi biernie i pozostaje tylko osobnikiem, niezbędnym do licznych doświadczeń młodych lekarzy. Operacye też często wykonywane są w szpitalach bez koniecznej potrzeby, gdy możnaby było ich uniknąć, a wiadomo, że bardzo wiele operacyi, pomimo „szczęśliwego“ ich dokonania, kończą się czy prędzej, czy później śmiercią operowanego. Wiadomo też, że lekarze za skutki operacyi nie są odpowiedzialni. Wobec tego niechajby wchodzący do szpitala miał przynajmniej tę pewność, że tam on będzie miał prawo dowolnego

rozporządzenia własną osobą i wola jego uszanowana zostanie. Wówczas też i kalectwo, po operacji nieuniknione, będzie mu lżejszem z pewnością⁴.

Nie wiemy, co mogło podyktować pismu powyższe słowa; krańcowa ignorancja, czy wprost zła wola. Przedewszystkiem staraliśmy się sprawdzić wiadomość, podaną przez Ziarno, co do wymagania w Austrii od chorego piśmiennej zgody na operację. Otóż okazuje się, że taką propozycję rzeczywiście uczyniło jedno z lekarskich pism wiedeńskich, lecz projekt ten miał na celu uchronienie lekarzy od szantażu ze strony chorych. Doszło bowiem do tego, że dziś za granicą w celu wyzysku pozywają chirurga nie tylko za jakoby nieumiejętne wykonanie operacji, lecz nawet za samą propozycję tejże. Prof. L. w Wiedniu przyjął na oddział chorego, zaznaczając, że prawdopodobnie wypadnie mu dokonać operacji. W następstwie operacja okazała się zbyteczną; niemniej przeto chory pociągnął lekarza do odpowiedzialności sądowej za to, że go propozycją operacji przyprawił o ciężką neurastenię, która temuż choremu nie pozwala pracować. Trudno się dziwić, że w tych warunkach lekarze starają się zabezpieczyć przeciwko szantażom. Jednym z proponowanych w tym celu środków miała być i wspomniana deklaracja, o czem „Ziarno“ powinno było wiedzieć. Dalej toż samo pismo twierdzi, że lekarze u nas nie są odpowiedzialni za skutki operacji. Jakto, więc redakcyja pisma peryodycznego nie wie o paru głośnych u nas sprawach tego rodzaju, o których cała Warszawa niedawno mówiła? Otóż, na nieszczęście, nie tylko za granicą, lecz i u nas coraz częściej wytaczają takie sprawy, a podstawę ich stanowi zazwyczaj nie lekarza nieumiejętność lub niedbalstwo, lecz po prostu chęć wyzysku ze strony chorego lub jego rodziny. Następnie, Redakcyja „Ziarna“ winno być wiadomem, że tak dobrze u nas, jak i gdzieindziej, chirurg nie ma prawa operować żadnego chorego bez wyraźnej zgody tegoż lub [o ile to dotyczy dziecka] jego rodziców. Nawet w przypadkach nagłych, gdzie niewykonanie bezzwłocznej operacji grozi życiu dziecka, wraże nieobecności rodziców tegoż lekarz obowiązany jest zwrócić się o aprobatę do naczelnego lekarza w szpitalu. Otóż takich rzeczy pismu peryodycznemu nie wolno niewiedzieć, a tembardziej nie wolno na tej niewiadomości opierać oszczerczych posądzeń. „Ziarno“, jako pismo tanie, przeznaczone jest głównie dla mas uboższych, które stanowią największą część chorych szpitalnych. Uważamy przeto za swój obowiązek jak najbardziej stanowczo zaprotestować przeciwko fałszom i potwarzom, które mogą wśród tych mas podrywać zaufanie do szpitali, a zatem wyrządzać szkodę czytelnikom pisma.

— W Paryżu z funduszu, zapisanego przez zmarłego barona ADOLFA ROTHSCHILD'a, zbudowano szpital specjalny dla chorych na oczy. Front jego wychodzi na śliczny park *Buttes-Chaumont*. Przyjmowani doń będą chorzy bez różnicy wyznania i narodowości. Głównym lekarzem będzie dr TROUSSEAU.

— Posiadłość Medan pod Paryżem, własność słynnego pisarza ZOLA, wdowa po nim ofiarowała Radzie miejskiej dobroczynności publicznej w Paryżu (*Assistance publique*). W posiadłości tej, pod nazwą „*Fondation Emile Zola*“ urządzone będzie schronienie dla rekonwalescentów służby szpitalnej żeńskiej [posługaczek, dozorczyń].

— Zebranie ogólne właścicieli czasopisma „*Münchener. med. Wochenschrift*“, z dochodów, osiągniętych w r. 1904, ofiarowało na cele dobroczynne sumę 12400 marek.

— W r. 1904 w Bawaryi nie było ani jednego przypadku śmierci, ani zachorowania na ospę.

— Zjazd tegoroczny południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich odbędzie się w Baden-Badenie 27 i 28 maja.

— Takiż Zjazd francuski odbędzie się w Rennes 1 — 7 sierpnia r. b.

— Towarzystwo psychologii normalnej i patologicznej w Petersburgu zakłada „Instytut psycho-neurologiczny“, w którym wykładane będą: filozofia, psychologia, anatomia, embryologia, histologia, fizjologia, patologia, bakterjologia, antropologia, pedagogika, higiena, psychopatologia.

— B. prof. warszawskiego uniwersytetu, ZIENIECO na własną prośbę został mianowany lekarzem sanitarynym we wsi Samarskoje, okrągu Rostowskiego [Wracz, N. 8].

Доволя. Цензурою, Варшана, 10 марта 1905. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa. Mazowiecka 8.