

# GAZETA LEKARSKA

I. Z oddziału chorób wewnętrznych dra med. B. CHROSTOWSKIEGO i pracowni bakteriologicznej oddziału dra KRAJEWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, pod kierunkiem dra KARWACKIEGO.

## BAKTERYOMOCZ w niektórych sprawach zakaźnych.

Podał

Tadeusz Wretowski,

asystent oddziału.

Pod mianem bakteryomoczu w szerokim tego słowa znaczeniu rozumiemy wydzielanie się z organizmu drobnoustrojów razem z moczem. Wydzielające się drobnoustroje mogą być albo pochodzenia miejscowego, jak to bywa przy wielu cierpieniach dróg moczowych, poczynając od cewki moczowej i kończąc na nerkach, lub też mieć pochodzenie głębsze, spowodowane cierpieniem zakaźnym całego organizmu; odróżniać zatem wypada bakteryomocz jako sprawę miejscową i bakteryomocz jako wyraz ogólnego zakażenia ustroju pewnymi drobnoustrojami.

Każdą z tych dwu zasadniczych form bakteryomoczu należy podzielić jeszcze na 2 grupy, zależnie od tego, czy drobnoustroje, przechodząc przez drogi moczowe, wywołują pewne zaburzenia, ewentualnie stany zapalne, lub też są ich konsekwencją, czy też nie. Przy bakteryomoczu miejscowym częściej spotykamy się jednocześnie z cierpieniami zapalnymi dróg moczowych, przy bakteryomoczu zaś, powstałym w przebiegu ogólnej sprawy zakaźnej, powikłania miejscowe występują rzadziej.

Do bakteryomoczu miejscowego należy również bakteryomocz fizjologiczny, t. j. stan, kiedy przy zupełnie zdrowych drogach moczowych, spoty-

kamy w moczu drobnoustroje. Bakteryomocz fizyologiczny jest zjawiskiem bardzo częstym. PFEIFER na 24 przypadki otrzymał raz tylko hodowlę jałową; zaznaczyć przytem wypada, że autor do badań wybierał osobników młodych, którzy żadnych chorób wenerycznych nie przechodzili. W moich badaniach, przeprowadzonych u 49-u chorych na ogólne sprawy zakaźne bez miejscowych zaburzeń ze strony narządów moczowych, na 138 uskutecznionych posiewów 7 razy tylko otrzymałem hodowlę jałową, w tem 6 razy z moczu kobiet. Drobnoustroje saprofitujące w cewce ludzkiej nie sprawiają żadnych dolegliwości i nie są chorobotwórcze dla zwierząt.

Znajomość odmian saprofitycznych staje się niezbędną przy określaniu wartości chorobowej szczepów, otrzymanych przy posiewie. Najczęściej, według PFEIFER'a, spotykają się w zupełnie zdrowej cewce laseczniki grupy rzekomo - błoniczej.

Dla wyodrębnienia laseczników rzekomo - błoniczych, można robić posiewy na agarze glicerynowym lub też na surowicy LOEFFLER'a, używanej do wyodrębniania laseczników błonicy. Na próbówce z surowicą już po 12-u — 18-u godzinach powstają okrągłe, białe, wyraźnie zarysowane osady, zlekka wystające nad powierzchnią. Osadę taką należy zbadać pod mikroskopem: jeżeli na preparacie otrzymamy laseczki barwiące się według GRAM'a, układające się bądź w formie sztachetek, bądź w formie piątki rzymskiej lub litery W, to podobną osadę przeszczepiamy na inne podłoża dla sprawdzenia, czy drobnoustroje posiadają typowy stosunek względem pożywek. Na agarze skośnym glicerynowym charakter hodowli podobny jest do hodowli na surowicy ściętej, tylko wegetacja jest powolniejsza. Żelatyny laseczniki rzekomo - błonice nie rozpuszczają. Na kartoflu glicerynowym powstaje bujny rozrost w formie białawej powłoki. Na bulionie glicerynowym powstaje lekki męt i ziarnisty osad na dnie. Czasem w hodowli starszej na powierzchni wytwarza się delikatna błonka [moje szczepy]. Rozwojowi w mleku nie towarzyszy ścinanie się mleka.

Laseczniki rzekomo - błonice różnią się od laseczników błonicy brakiem toksyczności dla świnki, brakiem ciałek ERNST'a-BABES'a i brakiem aglutynacji przy zadziałaniu swoistej surowicy przeciw - błoniczej nie aglutynującej [nie antytoksycznej].

Poza grupą laseczników rzekomo - błoniczych najczęściej spotykamy paciorkowce o wydłużonych pojedynczych ziarnach, układające się w dwójki lub też łańcuszki. FALTIN nazywa je: *pseudopneumococcus urethrae*, LUSTGARTEN i MANNABERG — *streptococcus urethrae giganteus*. PFEIFER zapoznał nas bliżej z własnościami morfologicznymi i hodowlanymi tych drobnoustrojów, dawszy im nazwę: *streptobacillus urethrae*. Cechy charakterystyczne tych drobnoustrojów, mogące jednocześnie służyć do odróżnienia ich od zwykłych paciorkowców są, według PEEIFER'a i KARWACKIEGO, następujące: 1) Stałe występowanie na preparatach drobnowidzowych krótkich pałeczek, zabarwionych po części na obu biegnach, po części jednostajnie. 2) Niezwykle różnice co do wielkości i formy pojedynczych łańcuszków. 3) Niestale barwienie się metodą GRAM'a. 4) Typowa i stała obecność jednocześnie łańcuszków i dwoinek.

- 5) Słaba wegetacja na agarze, bulionie i żelatynie w pierwszych generacjach.
- 6) Brak ścinania mleka.
- 6) Wyborny rozwój na surowicy KARWACKIEGO.
- 8) Brak chorobotwórczości dla zwierząt.

Następnymi co do częstości są rozmaite odmiany ziarników, jak: *staphylococcus albus*, *staphylococcus aureus*, *st. citreus*, *micrococcus candidans*.

Poza tymi drobnoustrojami PFEIFER wyhodował jeszcze z normalnej cewki ludzkiej: *sacrinam albam bacterium brunneum*, przecinka, *coccum GRAM* —, *sacrinam flavam* oraz lasecznika z grupy influency. KARWACKI wyhodował z prawidłowej cewki odmianę krętka zbliżoną do *b. refringens* i rosnącą na zwykłych pożywkach laboratoryjnych.

Jako zanieczyszczenie przypadkowe niektórzy autorzy znajdowali również w moczu laseczki maskowe (*bacillus smegmae*). Do możliwych zanieczyszczeń przy posiewach moczu zaliczyć również należy grzybki.

Bakteryomocz miejscowy wchodzi właściwie w zakres urologii; badań w tej dziedzinie specjalnie nie prowadziłem. Zaznaczę tylko, że drobnoustroje spotykane przy nim utrudniały mi nieraz bardzo otrzymanie czystych hodowli pożądaných drobnoustrojów w przebiegu spraw zakaźnych ogólnych. W powstających tą drogą zanieczyszczeniach hodowli, poza wspomnianym wyżej szeregiem drobnoustrojów, można jeszcze czasem wykryć laseczniki należące do grupy l. okrężnicy, *b. mesentericus*, drożdże, dalej bakterye amoniakalnej fermentacji moczu i t. p.

Pierwsze prace z dziedziny bakteryomoczu datują się z roku 1881, kiedy ROBERTS opisał szereg przypadków, gdzie świeżo oddany mocz zawierał małe ziarniki (*micrococci*) oraz pałeczki, posiadające ruch własny. W tymże roku BOUCHARD ogłosił pierwszy szereg swych badań nad eberthomoczem. Następnie zastęp badaczy z roku na rok wzrasta. Pracują nad bakteryomoczem: KROGIUS, CHANTEMESSE, WIDAL, WYSSOKOWICZ, BARLOW, STENBECK, LEWIN i wielu innych. Z chorób zakaźnych najwięcej umysły badaczy zajmuje tyfus, następnie gruźlica, dalej sprawy zakaźne połogowe. Z rokiem 1897, dzięki postępom wiedzy i techniki bakteryologicznej w celach dyagnostycznych zostają wprowadzone liczne ulepszenia i modyfikacje w samej technice. Na pierwszym planie zaznaczyć tutaj należy, że badacze dla stwierdzenia tożsamości hodowli poczynają stosować odczyn aglutynacyjny. Dalej zostaje wprowadzony szereg nowych pożywek, ułatwiających różniczkowanie otrzymanych hodowli; powstają nowe sposoby różniczkowego barwienia drobnoustrojów. Zwiększa się też zastęp badaczy, studujących bakteryomocz. Spotykamy teraz prace PFEIFER'a, NEISSER'a, KRAUS'a, SCHMITH'a, PETRUSCHKY'ego, RICHARDSON'a, NEUFELD'a, KUBLER'a, CURSCHMANN'a, JAKOBY'ego, SATO'a, FLAMINI'ego, FOURNIER'a, BEAUFUMÉ'go, FORSELL'a, LENHARTZ'a, SAHLR'ego i wielu innych. W ostatnim roku opublikowali swe prace z dziedziny bakteryomoczu między innymi: LESSIEUR i MAHAUT, VAS, SUPINO, KORNFELD.

Kwestya, w jaki sposób drobnoustroje przedostają się do moczu, oraz jakimi drogami dostają się do pęcherza, była przedmiotem licznych badań,

do myśłów i teorii. BARLOW sądzi, że bakterye mogą dostawać się do moczu: 1) przez nerki, 2) z obiegu krwi wprost lub też za pośrednictwem nerek, 3) ze zdrowej lub chorej cewki moczowej, 4) z narządów sąsiadujących z drogami moczowemi, albo za pośrednictwem spraw perforacyjnych, lub też z powodu przejścia drobnoustrojów przez tkanki, *respective* za pośrednictwem dróg limfatycznych. Ostatecznie KRAUS [1904], reasumując poglądy i badania różnych autorów, powiada, że przypuszczenie, iż drobnoustroje z kiszek mogą dostawać się do pęcherza drogą obiegu krwi albo też *per contiguitatem*, zdaje się być doświadczalnie dowiedzionem. Pozostaje jednak nierozstrzygniętem pytanie, czy uszkodzenie ściany kiszek i pęcherza jest koniecznym warunkiem do wtargnięcia drobnoustrojów do obiegu krwi lub pęcherza. Do obiegu krwi drobnoustroje mogą zapewne dostać się tylko przez uszkodzenie ściany kiszek. Jednak, o ile jest uszkodzoną jednocześnie ściana кишки oraz pęcherza, to drobnoustroje mogą dostać się do pęcherza, bez przechodzenia nasamprzód do obiegu krwi. Poza tem nie jest wykluczoną możliwość przechodzenia drobnoustrojów wprost do moczu za pośrednictwem dróg limfatycznych.

O ile jednak mamy już drobnoustroje we krwi, co prawie stale spotykamy w chorobach zakaźnych, jak: dur, posocznica paciorkowcowa, gronkowcowa, dwoinkowa, gruźlica i t. p., to mechanizm przedostawania się ich do moczu jest prostszy. W tym wypadku punktem pośredniczącym są nerki. Zachodzi teraz pytanie, czy zdrowe nerki mogą przepuszczać drobnoustroje? Nad tą kwestyą zatrzymam się dłużej przy rozbiórce przyczyn powstawania bakterjomoczu w poszczególnych sprawach zakaźnych. Tutaj zaznaczę, że jedni badacze, przeważnie dawniejsi, uważają, iż istnieje pewna zależność między stanem nerek oraz bakterjomoczem, ponieważ najczęściej spotykamy jednocześnie białkomocz a nawet wałczkomocz, inni natomiast sądzą, że drobnoustroje mogą przechodzić ze krwi do moczu przez zupełnie zdrowe nerki. Za tym poglądem przemawiają i niektóre moje spostrzeżenia. Przechodzenie to może mieć miejsce nawet w niewielkim stopniu, gdyż fakt, że w moczu spotykamy zazwyczaj dużą liczbę drobnoustrojów, tłómaczą tem, iż drobnoustroje, przedostawszy się do pęcherza, znajdują w nim znakomite podłoże do dalszego rozwoju.

Jeżeli zaś przy ogólnej sprawie zakaźnej mamy również i w nerkach swoiste zmiany dla danego cierpienia, jak na przykład zmiany gruźlicze w nerkach wobec gruźlicy płuc lub kiszek, to fakt, że w moczu znajdujemy dane drobnoustroje, nie wymaga tłómaczenia.

### Dur (tyfus) brzuszny oraz dury (tyfusy) rzekome.

Pierwsze badania bakteriologiczne moczu w przebiegu duru brzusznego datują się z roku 1881, w którym BOUCHARD ogłosił swoją pracę nad eberthurją. Na 69 przypadków tyfusu brzusznego wykrył on w moczu swoiste laseczniki w 21 przyp., przyczem moczu zawierał stale znaczną ilość białka. Następnie w latach 1886 — 87 nad kwestyą tą pracował liczny zastęp bada-

czów. Gdy jedni, jak MUSILS, LÉPIDI i CHIOTI, CHANTEMESSE i WIDAL, MERKEL i GOLDSCHMIDT, otrzymywali przy swych badaniach stale ujemne wyniki, to przeciwnie, drudzy w większej lub mniejszej liczbie przypadków otrzymywali wyniki dodatnie. Stosunek przypadków dodatnich do ujemnych miał się wtedy, według badań WYSSOKOWICZA i HUEPPE'go, jak 1 : 18, w przypadkach SEITZ'a jak 2 : 7, u BERLIOZ'a jak 2 : 14. KONJAJEW w roku 1888 z dwudziestu przypadków duru brzuszego, badanych w tym kierunku, tylko w 3-ch otrzymał laseczniki durowe z moczu. NEUMANN w tymże roku ogłosił pierwsze swe badania nad duromoczem, gdzie na 23 przypadki w 6-u otrzymał wynik dodatni. We dwa lata później ogłosił on dalszy ciąg badań, tyżący się 48-u chorych z pożądanym wynikiem w 11-u przypadkach. NEUMANN przytem pierwszy wskazał na wielką doniosłość tych badań nie tylko ze względów dyagnostycznych, lecz także ze względu na zapobieganie szerzeniu się zarazy. W tym samym czasie KARLIŃSKI, który z 44-ch badań otrzymał dodatnie wyniki w 21, przyczem nieraz znajdował laseczki durowe już trzeciego dnia choroby, zwraca też uwagę na ważne znaczenie rozpoznawcze duromoczu we wczesnych okresach duru.

W latach następnych nad eberthomoczem pracowano dosyć dużo, przy czem jednogłośnie potwierdzono wyniki badań dawniejszych autorów. Co się tyczy stosunku wyników dodatnich do ujemnych, to w dalszym ciągu widzimy u autorów znaczne wahania. Dla ENRIQUEZ'a [1892] stosunek ten ma się jak 7 : 12, dla SILVESTRINI'ego jak 7 : 7, dla FAILLET'a [1893] jak 4 : 27, dla BORGES'a [1894] jak 1 : 11, oraz dla WRIGHT'a i SEMPL'a jak 6 : 7.

Poczynając od roku 1897, widzimy, że badacze w celach różniczkowych między innymi metodami poczynają stosować odczyn aglutynacyjny, szczególnie, gdy chodzi o odróżnienie lasecznika durowego od l. okrężnicy (*b. coli*). Od tej chwili rozpoznawanie duromoczu staje się pewnem; poczyzna też zwracać uwagę liczniejszych kół lekarzy. Nowy ten okres w dziedzinie interesujących nas poszukiwań otwiera HORTON - SCHMITH. Pierwsze jego badania dotyczą 7-u przypadków duru brzuszego, w których 3 razy otrzymał wyniki dodatnie. W następnej pracy [1899] autor przytacza 7 dodatnich przypadków na 12. Trzecia publikacya [1900] dotyczy 49-u przypadków z 17 dodatnimi czynnikami. We Francyi w roku 1897 BESSON badał mocz 33-ch chorych tyfusowych i znalazł 6 razy eberthomocz, powikłany jednocześnie białkomo czem. LÉVY i GISSLER otrzymali 10 wyników dodatnich na 22 badania.

PETRUSCHKY [1898], posilkując się w celach dyagnostycznych między innymi odczynem aglutynacyjnym, na 90 przypadków duru brzuszego tylko w 3-ch wykrył eberthomocz; zwrócił przytem uwagę, że „wydzielanie się laseczników tyfusowych przez nerki, odbywa się zwykle w późniejszym okresie cierpienia, zdarza się również często w okresie zdrowienia, a nawet trwać może jeszcze później“. Nieraz przytem PETRUSCHKY znajdował laseczniki durowe w wielkiej liczbie i w czystej hodowli. Tak np. w jednym przypadku znalazł on 170 milionów laseczników w 1 ctm. sz. moczu. RICHARDEM [1899] otrzymał w 23-ch przypadkach na 104 wyniki dodatnie; SCHICHOLD

— w 9-u na 17 przypadków, przyczem jednocześnie z bakteryomoczem był białkomocz.

W roku 1900 podobne wyniki otrzymali: NEUFELD, KUBLER i CURSCHMANN. KLIMENKO [1901] otrzymał 13 dodatnich przy badaniu 68-u chorych. W tym samym roku SCHUEDER znalazł laseczniki EBERTH'a w 9-u przypadkach na 22. JACOBY w roku 1902 ogłosił wyniki 173-ch badań na 39-u chorych, przyczem u 7-u chorych znalazł swoiste laseczniki. VINCENT [1903] otrzymał dodatnie wyniki w 9-u przyp. na 46. Laseczniki tyfusowe w moczu znajdował między 11-ym a 17-ym dniem choroby. W dwu przypadkach z 9-u mocz nie zawierał białka. Autor znalazł też parokrotnie laseczniki w moczu ozdrowieńców, mianowicie raz na 19-y dzień po zupełnem klinicznem wyzdrowieniu, drugi raz jeszcze na 37-y dzień. LESSIEUR otrzymał pożądany wynik w 7-u przyp. na 19. SAITO opisał przypadek duru rzekomego, gdzie znalazł laseczniki rzekomodurowe w moczu. SAITO otrzymał dodatnie wyniki w 10-u przyp. na 17. Wydzielanie się laseczników z moczem trwało od 8-u — 42-ch dni. — W tymże roku FLAMINI na 8 przypadków tyfusu u dzieci w 7-u stwierdził duromocz.

HERBERT w roku 1904 stwierdził obecność laseczników tyfusowych u 18-u chorych z 98-u badanych; jednocześnie w kale znalazł tylko 3 razy laseczniki. W jednym przypadku znalazł on laseczniki tyfusowe jeszcze w 6 tygodni od chwili powrotu ciepłoty do normy. STEFANELLI i CUMBO stwierdzili eberthomocz w 7-u przyp. na 21. Badacze ci są zdania, że laseczki durowe mogą występować w moczu stale lub też z przerwami. W okresie zdrowienia autorzy raz tylko znaleźli poszukiwane drobnoustroje, lecz mieli do czynienia jednocześnie z zapaleniem pęcherza. Autorzy ci twierdzą, że między stopniem duromoczu a ciężkością cierpienia nie można ustalić zależności.

Reasumując dane przytoczone wyżej, widzimy, że ogółem do roku 1905 zbadano bakteryologicznie 187 przypadków duru brzuszego, przyczem w 271 przyp. stwierdzono duromocz, co stanowi 27,3%. Jeżeli zaś opuścimy badania dawniejszych autorów aż do roku 1897, uważając je za niezupełnie pewne z powodu zbyt jeszcze niewyrobionej techniki i sposobów różniczkowania bakterji, to widzimy, że częstość duromoczu w stosunku do duru waha się u poszczególnych autorów przeważnie między 20 a 26%.

Dzięki postępom techniki bakteryologicznej i całemu szeregowi sposobów różniczkowania drobnoustrojów w ostatnich paru latach zauważyć się daje pewne zwiększanie się badań dodatnich. W ubiegłym 1905 roku FORNACA i MEILLE otrzymali dodatnie wyniki u 41,1% chorych i u 20% ozdrowieńców. Według nich, najczęściej można było znaleźć w moczu laseczniki durowe w końcu okresu gorączkowego. Zdolność do rozwoju i zdolność aglutynacyjna, również jadowitość laseczników tyfusowych, wyhodowanych z moczu według tych autorów, jest nieznaczna. Ze względu zaś na dosyć późne zjawianie się laseczników durowych w moczu, poszukiwanie ich, jak sądzą FORNACA i MEILLE, nie ma dla celów dyagnostycznych poważniejszego znaczenia; również nie można na zasadzie stopnia duromoczu stawiać rokowań.

W sierpniu roku przeszłego LESSIEUR i MAHAUT ogłosili wyniki badań przeprowadzonych na 26-u chorych tyfusowych, przyczem lasecznik tyfusowy znaleźli w 10-u przyp., co stanowi 38,5%. Autorzy do badań wybrali przypadki typowe, bez powikłań ze strony nerek i pęcherza. Mocz w ilości 200 ctm. sz. brali do jałowych naczyń u mężczyzn wprost, u kobiet przez cewnik. Po odwirowaniu moczu z osadu robili posiewy w próbkach na pożywe, przygotowanej według CAMBIER'a. W celach rozpoznawczych przeszczepiali hodowle na bulion, mleko, kartofel, bulion z lakmusem i z *neutralrot'em*, przerabiali aglutynację według WIDAL'a, próbę z indolem i t. p. Autorzy ci na zasadzie swych badań przyszli do nast. wniosków. 1) Lasecznik EBERTH'a może znajdować się w moczu zarówno w okresie gorączkowym, jako też w czasie zdrowienia. 2) Nie istnieje zależność między duro- a białkomoczem oraz obfitem i mniej obfitem występowaniem różyczki. 3) Duromocz może występować już na 9-y dzień cierpienia i trwać jeszcze najmniej 15 dni po powrocie ciepłoty do normy; ozdrowieńcy zatem są niebezpieczni, a więc 4) pożądanem jest ściśle odkażanie moczu oraz wszelkich rzeczy zanieczyszczonych moczem.

W roku bieżącym VAS z Budapesztu ogłosił pracę w tym samym przedmiocie. Na 26 przypadków tyfusu brzuszego autor tylko u 6-u chorych wykrył w moczu swoiste laseczniki, co stanowi 23%. Duromocz w większości przypadków występował dopiero w 3-im tygodniu cierpienia i trwał 3 do 5-u tygodni. Liczba drobnoustrojów była rozmaita. Mocz przezroczysty zwykle zawierał niewielką liczbę laseczników, mocz mętny znacznie większą. Badania chemiczne i drobnowidzowe moczu wskazywały zwykle na obecność w pewnym stopniu cierpienia nerek; jednak autor nie mógł się dopytać stałej zależności między cierpieniem nerek a tyfusomoczem.

W naszym piśmiennictwie spotkałem się tylko z 2 pracami, w których autorzy stwierdzili tyfusomocz. W roku 1897 LANDSTEIN i A. SAWICKI opisali przypadek tyfusu brzuszego, powikłanego zapaleniem miedniczek nerkowych z obrzmieniem jądra, gdzie w moczu znaleźli obfite laseczniki EBERTH'a. Przed kilku zaś miesiącami STARKIEWICZ ogłosił przypadek tyfusu brzuszego, powikłanego zropieniem jądra; z moczu autor otrzymał czystą hodowlę laseczników durowych, z którą w celach dyagnostycznych przerobił szereg prób biologicznych.

Pozatem KARWACKI w kilku przypadkach duru brzuszego otrzymał z moczu chorych, wziętego zapomocą cewnika, laseczki tyfusowe w czystej hodowli.

[C. d. n.]

## II. Kazyistyka powikłań spraw ropnych narządu słuchowego.

Podał

Dr med. Stefan Rontaler,

Iekarz ambulatoryum w szpitalu Ewangelickim.

Sprawy ropne w uchu średniem niezawsze kończą się umiejscowieniem li tylko w jamie bębenkowej. Prócz próchnienia kosteczek słuchowych, górnej ściany zachyłka jamy bębenkowej (*atticus*) lub brzegu kostnego (*margo epitympanicus*) nad błoną bębenkową—przy lub bez obecności guza perlistego,—prócz próchnienia pieczary sutkowej (*antrum mastoideum*), przewodu półkolistego zewnętrznego lub też samego wyrostka sutkowego, sprawa ropna narządu słuchowego przejść może na oponę mózgową twardą, tworząc w najpomyślniejszym przebiegu ropień zewnątrzoponowy (*abscessus extraduralis*), albo na mózg lub mózdzek, bez lub za pośrednictwem błędniaka lub zatoki poprzecznej, wywołując ropnie (*absc. cerebri*, *absc. cerebelli*), albo na tętnicę domózgową [z śmiertelnymi krwotokami], na nerw twarzowy [z porażeniami], na zatokę poprzeczną (*thrombophlebitis*), wędrując na opuszkę żyły szyjnej (*bulbus venae jugularis*) lub też na samą żyłę szyjną, wywołując ropnicę (*pyaemia*) z przerzutami. Ropne zapalenie rozlane opon mózgowych jest zwykle ostatecznem powikłaniem. Zdarza się też surowicze zapalenie opon mózgowych (*meningitis serosa*, *hydrocephalus ventriculi*, podług KOERNER'a *meningo-encephalitis serosa*) z dobrem rokowaniem i trudnem, wątpliwem rozpoznaniem. Tu też wspomnieć należy o posocznicy pochodzenia usznego (*septicaemia* lub podług EULENSTEIN'a <sup>1)</sup> t. zw. *toxinaemia* skutkiem przejścia toksyn do krwi).

KOERNER <sup>2)</sup> podał statystykę zejść śmiertelnych w chorobach usznych, przytaczając liczby PITT'a ze szpitali londyńskich: na 900 sekcyi zauważono 57 przypadków śmierci skutkiem ropienia i powikłań usznych [0,6%]. BUERKNER <sup>3)</sup> podał na 33017 chorych usznych 104 śmiertelne przypadki [0,3%]. Taki sam procent wykazuje SCHWARTZE <sup>4)</sup>. TREITEL <sup>5)</sup> doszedł na zasadzie statystyki do wniosku, że 33% ropni mózgowych jest pochodzenia

<sup>1)</sup> Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. XL. 1901, str. 44.

<sup>2)</sup> Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. 1896, str. 1.

<sup>3)</sup> Archiv f. Ohrenheilkunde XX, str. 81.

<sup>4)</sup> Deutsche militärärztliche Zeitung. 1890.

<sup>5)</sup> Zeitschrift f. Ohrenh. XXVII, str. 32.



usznego. KOERNER <sup>1)</sup> podał 63% zatorów zatoki poprzecznej w związku ze sprawami ropnymi w uchu średnim. GRUBER <sup>2)</sup> na 40073 protokółów sekcyjnych od r. 1873—1896 ze szpitala Ogólnego w Wiedniu zanotował 232 powikłania wewnątrzczaszkowe [0,57%], w tej liczbie 148 samych zatorów zatoki poprzecznej [63,8% powikłań]; następnie podług częstości zanotowano: rozlane ropne zapalenie opon mózgowych, ropień mózgu, w najmniejszej liczbie ropień mózdzku; z powodu częstego jednoczesnego połączenia kilku powikłań oznaczenie w % jest utrudnione; liczby podane przez GRUBER'a <sup>3)</sup> są matematycznie nieprawidłowe. BEZOLD <sup>4)</sup> wykazał w swej statystyce [od r. 1872—1892] 16,9% chorych na przewlekłe zapalenia ropne ucha średniego w stosunku do ogółu chorych na uszy, zaś 6,4% <sup>5)</sup> ostrych zapaleń ropnych ucha średniego w połączeniu z ropniem wyrostka sutkowego (*empyema processus mastoidei*); chorych z ropieniem w błonie wiotkiej *Shrapnella*, połączonem zwykle z guzem perlistym (*cholesteatoma*) zauważył BEZOLD w przeciągu 3-ech lat [od 1890 — 1892] 1,3%, a wliczając guzy perliste bez umiejscowienia otworów w błonie wiotkiej [2,1%] otrzymamy łącznie 3,4%, czyli 18,5% <sup>6)</sup> ogółu spraw ropnych. W innej pracy <sup>7)</sup> BEZOLD przytacza 2590 chorych na ropienie z ucha średniego z powikłaniami, z których zmarło 20, a więc 0,85%.

Podaję tu szereg liczb, aby wskazać na niebezpieczeństwo, mogące grozić każdemu choremu na ropienie z ucha średniego.

Z liczby 32-u operacji wyrostka sutkowego, dokonanych przeze mnie w czasie praktykowania w Łodzi i w Irkucku [podczas wojny], opiszę tu kilka ciekawszych, pomijając zwyczajne operacyjne przypadki ropienia ostrego w pieczarze i komórkach sutkowych. Z tych ostatnich przytaczam tylko te, które były z jakiegokolwiek innego powodu interesujące lub miały przebieg pooperacyjny nieprawidłowy. W końcu swej pracy opiszę przypadek nieoperowany z powodu niepewnego rozpoznania, z wynikiem sekcyi.

I) Władzio S., 7 kwartałów liczący, syn fabrykanta, przeziębził się w połowie lipca 1895 r., poczem zauważono wyciek z lewego ucha bez żadnych objawów bólu; pomimo przestrzykiwania ucha kwasem bornym i ramiankiem, ropa, wyciekająca z ucha w średniej ilości, przeciekająca z ucha na zewnątrz tylko w nocy, posiada zapach silnie cuchnący; nigdy nie kaszlał. Pierwsze zbadanie ucha [10-go sierpnia 1895 r.] wykazało cuchnącą gęstawą ropę w głębi ucha średniego; po oczyszczeniu i przestrzyknięciu ucha zauważyłem całkowite

---

<sup>1)</sup> l. c. str. 4.

<sup>2)</sup> Monatschrift f. Ohrenh. 1896, str. 311—316.

<sup>3)</sup> ibidem, str. 315.

<sup>4)</sup> Ueberschau ueber den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. 1895. Wiesbaden. BERGMANN, str. 107.

<sup>5)</sup> ibidem, str. 92.

<sup>6)</sup> ibidem, str. 119.

<sup>7)</sup> Zeitschrift f. Ohrenh. XXXII, str. 359.

zniszczenie lewej błony bębenkowej, opuchnięcie tylnej ściany jamy bębenkowej. Dziecko jest bardzo wychudzone; gruczoły chłonne szyjne znacznie powiększone; płuca zdrowe, jak również gardło i jama nosowo-gardzielowa. Badanie wyrostka sutkowego nie wykazuje ani opuchnięcia, ani bólu podczas nacisku i ostukiwania. Ciepłota 36,5°, tętno 90. Ostrożne badanie zgłębnikiem nie ujawniło żadnych chropowatości, zależnych od obnażenia kości. Prawe ucho normalne. Zaordynowałem przestrzykiwania z lyzolu, poczem po kilku dniach odór się zmniejszył. 27-go sierpnia mały chory zaczął uskarżać się na ból w lewym uchu, często krzyczał i nie spał prawie całą noc; zauważyłem bolesność przy dotknięciu wyrostka sutkowego; ciepłota 38,5° o 12-iej w południe. Zaordynowałem ciepłe okłady pod ceratką, *laxans* i regularne mierzenie ciepłoty, która wykazała wieczorem o 6-iej 38,4°. 28-go sierpnia ciepłota 39,5° w południe; zauważyłem chelbotanie nad wyrostkiem sutkowym. Następnego dnia odbyła się operacja wyrostka sutkowego przy łaskawej asystencji kol. KRUSCHEGO. Po rozcięciu skóry ukazała się pod nożem mała ilość dość gęstej ropy; po odsunięciu okostnej okazało się, że wyrostek sutkowy jest nadżarty i ma kilka małych przetok, z których wydobywała się ropa. Dostyć miękki wyrostek sutkowy z łatwością daje się wydłutować; spód zdjętej dłutkiem zewnętrznej ściany kostnej wyrostka sutkowego był zupełnie spróchniały; w kilku miejscach uwydatniały się małe przetoki. Wogóle cały wyrostek sutkowy był spróchniały; łatwo krwawiącą ziarninę wyskrobałem łyżeczką; również tak samo postąpiłem z pieczarą sutkową, w której też było dużo ziarniny oraz nadżarte nierówności kości. Na tem operację zakończyłem. Po operacji ciepłota była przez pierwsze dwa dni 37,5° i 37,6°, a w następnych dniach spadła do 36,5°. Pierwsza zmiana opatrunku nastąpiła 4-go września; rana dobrze wyglądała: świeże granulacje, co prawda w niewielkiej ilości pokryły ranę kostną; wydzielina ropna, dostyć obfita, ukazywała się przy następnych opatrunkach, które mniej więcej co 2 dni zmieniano i każdorazowo kontrolowano zgłębnikiem powierzchnię kości. 27-go września w głębi zauważyłem oddzielający się mały martwak, który usunąłem. 8-go października znowu czuć było odór z rany; zgłębnik wykazał chropowatość wyrostka sutkowego w dolnej jego części w bliskości wierzchołka; zaproponowałem powtórne wyskrobanie rany, lecz rodzice dziecka nie chcieli się zgodzić na powtórne uspienie, wobec czego musiałem postępować wyczekująco: kilkakrotnie lekko przypaliłem wybijającą ziarninę zapomocą kwasu trójchloroctowego, każdorazowo przy zmianie opatrunku wlewałem kilka kropel 10%-owej zawiesiny jodoformowej. 20-go października oddzieliła się mała kosteczka zmartwiała i została usunięta szczypczykami. Już 23-go października zaduchu nie było. 19-go listopada rana się zagoiła. 10-go stycznia 1896 r. znowu widziałem małego chorego, któremu podobno w połowie grudnia usunięto w Warszawie mały martwak, przed którego usunięciem utworzyła się mała przetoka. Obecnie znowu rana zagojona. Widziałem chorego jeszcze 2 razy: 27-go lutego i 29-go marca 1896 r. Rana zewnętrzna zagojona, widoczna, silnie wciągnięta blizna za uchem; w jamie bębenkowej, do której wdmuchiwano jodoform, od

czasu do czasu ukazuje się ropa. *Diagnosis: Otitis media purulenta sinistra chronica et mastoiditis subacuta tuberculosa. Lymphadenitis scrophulosa.*

II). Drugi podobny przypadek obserwowałem u osoby dorosłej, 26-letniego Hermana F., rzemieślnika, który powrócił z wojska z Turkiestanu. 26-go marca 1901 r. wezwał mnie do siebie i opowiedział swą historię choroby usznej, która powstała w październiku 1900 r. po przeziębieniu; ukazała się wtedy ropa z obu uszu bez żadnego bólu; słuch się znacznie pogorszył, tak że jego towarzysze wojskowi musieli w rozmowie bardzo głośno mówić; w szpitalu wojskowym leczyli go przestrzykiwaniami i ciepłymi okładami. W drodze powrotnej do kraju zaczęły go boleć wyrostki sutkowe [wpierw prawy, a następnie lewy]. W drodze jeszcze raz się przeziębził i kaszel, do którego od dawna miał skłonność, pogorszył się znacznie. Potów i bólu w klatce piersiowej podczas kaszlu nigdy nie miał. W rodzinie brat i ciotka zmarli w młodym wieku na zapalenie płuc. Badanie wziernikiem usznym wykazało kompletne zniszczenie bębenków i kosteczek słuchowych, drobne granulacje i gęstą ropę cuchnącą. Tylko górna ściana przewodu słuchowego zewnętrznego była w obu uszach opuszczona; cienki zgłębnik natrafiał na chropowatość z prawej strony. Szeptu wcale chory nie słyszy, głośną mowę w bliskości ucha [od 2-ch do 5-u ctm.]. *Rinne minus*; *Weber* częściej z prawej strony, czasem z lewej. Wysokie stroiki (*Fis<sup>a</sup>*) słyszy przed uszami, niskich wcale nie słyszy. Zegarka nie słyszy obustronnie ani przez kość skroniową, ani przez wyrostek sutkowy. Wyrostek ten jest po obu stronach bardzo wrażliwy na dotyk i ostukiwanie; obrzmienie za uszami było znaczne, także uszy odstawały; chełbotanie obustronnie bardzo wyraźne. Założona do uszu gaza, umoczona w 10%-owej dermatol-glicerynie, poczerwieniała po 24-ch godzinach. Badanie płuc wykazało lekkie stępienie i wciągnięcie prawego wierzchołka płucnego; podczas osłuchiwania niewyraźny wydech oskrzelowy i suche rżenia w prawym wierzchołku. Badanie płwociny nie wykazało laseczników KOCH'a. Wyciek uszny bakteryologicznie nie był badany. Ciepłota 38,2°. Nerw twarzowy nie uszkodzony. Podczas operacji, wykonanej 29-go marca w szpitalu Św. Aleksandra w Łodzi przy asystencji kol. KRUSCHEGO i kol. E. JASIŃSKIEGO, znaleziono: przetoki w blaszce zewnętrznej wyrostków sutkowych, ogromne spróchnienie kości w wyrostkach sutkowych i pieczarach przy obfitej ziarninie i ropie; krwawienie było dosyć znaczne, ale natychmiast ustało po wyskrobaniu ziarniny łyżeczką ostrą. Dłutem usunąłem aż do ukazania się zdrowej kości prawie cały bardzo zniszczony wyrostek sutkowy; w mniejszym stopniu zajęta była pieczara sutkowa; zwłaszcza w dolnej jej części były nierówności i nadżarcia kości, które usunąłem cienkim dłutkiem i małą skrobaczką. Po uprzednim oddzieleniu chrzęstnego przewodu słuchowego zewnętrznego i odcięciu jego tylnej części przy samej jamie bębenkowej, odlutowałem z łatwością zepsutą tylną-górną ścianę i część brzegu kostnego nad jamą bębenkową (*margo epitympanicus*). Plastyki nie wykonałem z powodów, o których później wspomnę. Po operacji gorączka znikła, rana dobrze się goiła przez dwa tygodnie; w 3-im tygodniu zauważono podczas zmiany opatrunku cuchnącą ropę w prawym wyrostku sutkowym i przy zgłębnikowaniu wykryto chropowatość i oddzielający się martwak. 25-go

kwietnia po raz drugi wyskrobano prawy wyrostek sutkowy w miejscach podejrzanych. 15-go maja musiałem to samo po raz trzeci pod chloroformem wykonać. Tymczasem z lewej strony rana się zagoiła, z prawej zaś zagojenie nastąpiło dopiero w końcu czerwca. Stan płuc był bez zmiany. *Diagnosis: Otitis media purulenta chronica tuberculosa duplex. Caries process. mastoid. tuberculosa. Catarrhus apicis pulmonis dextri.*

[C. d. n.].

---

### III. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

---

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 45].

Według przekonania GLUZIŃSKIEGO brak jedności pomiędzy chirurgami a internistami tem się tłumaczy, że pierwsi nie widzą całego szeregu przypadków kamicy przebiegających pomyślnie, jedynie przy stosowaniu leków wewnętrznych. Wobec pomyślnych wyników leczenia wewnętrznego, GLUZIŃSKI nie miałby sumienia namawiać na zabieg chirurgiczny chorego, który i bez niego może wyzdrowieć. Kamienie żółciowe są bardzo częste: u każdego 5-go — 10-go trupa znajdujemy je, a mimo to nikt nie kwalifikowałby tak często ludzi do operacji. Należy więc wstrzymać się z zabiegiem operacyjnym dopóty, dopóki istnieją wyłącznie objawy ogólne, a nawet miejscowe o słabym napięciu; gdzie zaś cierpienie miejscowe występuje na pierwszy plan, z konieczności oddać chorego pod nóż.

Niezbyt jasne są wskazania GLUZIŃSKIEGO, a może niezbyt jasno przedstawione w sprawozdaniu. Jako konieczność oddania chorego pod nóż widzi GLUZIŃSKI wystąpienie objawów miejscowych na pierwszy plan, nie objaśnia jednak, jakie to właściwie są objawy.

Ze słów GLUZIŃSKIEGO bynajmniej nie przebija zaufanie do chirurgicznego leczenia, stwierdzają one natomiast wielką różnicę poglądów na tę sprawę chirurgów i internistów.

W odpowiedzi na to OBALIŃSKI zaznaczył, że im później przystępujemy do operacji, tem mniejszą mamy nadzieję na wynik pomyślny; nie należy zatem zwlekać i wyczekiwać ciężkich objawów.

Na sprawę leczenia chirurgicznego kamicy KORCZYŃSKI, który zaznaczył

konserwatyzm internistów, cokolwiek odmiennie się zapatrywał. Wniosków na statystyce krajowej opierać nie można, gdyż dane do tej statystyki u nas są nieliczne, a głównie dzięki owej zbytnej zachowawczości internistów polskich. Statystyki zagraniczne są o wiele wymowniejsze i K. sądzi, że i nasze liczby będą lepsze, gdy cały szereg przypadków, ginących obecnie dla nas za granicą, będzie operowany w kraju. Korczyński przyznaje, że środków wewnętrznych, leczących przyczynowo i radykalnie wcale nie mamy; „ani Karlsbad, ani krople DURAND'a, ani rady nasze, aby chory się nie irytował i zażywał spokoju, nie wychodzą po za granice grubej empiryi, a zastrzykiwanie morfiny usuwa tylko jeden objaw. Operować więc należy częściej, pamiętając jednakże o postawieniu wyraźnych wskazań w każdym oddzielnym przypadku“<sup>1)</sup>.

KORCZYŃSKI słusznie zaznaczył, że ówczesna nasza statystyka nie może być miarodajną pod tym względem, — ogłoszono wtedy zaledwie 17 przypadków operowanych, z pomiędzy których 4 zakończyły się śmiercią, a w 7-u pozostały przetoki. Naturalnie, że takie wyniki pooperacyjne nie były zachęcające dla interuistów, jeżeli ci ostatni nie chcieli rozejrzeć się w materyale, przedstawionym już nader bogato w obcej literaturze.

W tym czasie, kiedy GLUZIŃSKIEMU tak ciężko namawiać chorego na operację przy kamicy żółciowej i tylko w wyjątkowych razach widzi on potrzebę pomocy chirurgicznej, przypatrzmy się, jak ta sprawa stała u innych.

Już wtedy wyszła w druku piękna praca RIEDEL'a: „*Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus*“ [1892 r.], w której autor szczegółowo rozpatruje zmiany anatomopatologiczne w kamicy żółciowej, kliniczny przebieg cierpienia, rozpoznanie, wskazania do wewnętrznego leczenia, wskazania do operacji i wyniki tych ostatnich. RIEDEL wywody swoje opiera na 64-ch własnych spostrzeżeniach.

GUMPRECHT<sup>2)</sup> w 1895 r. napisał obszerne streszczenie zbiorowe, dotyczące sprawy kamicy żółciowej; w streszczeniu tem przedstawia ówczesny stan poglądów na etyologię, objawy kliniczne i rozpoznanie kamicy, krytycznie rozpatruje leczenie wewnętrzne i chirurgiczne, podaje opisy operacji i wskazania do nich. Streszczenie GUMPRECHT'a oparte jest na niezmiernie bogatej literaturze, obejmuje ono niemal wszystkie prace odnośne do 1894 r. włącznie.

KOEHLER<sup>3)</sup> w artykule: „O najnowszych postępach w dziedzinie techniki chirurgicznej“ starał się dopełnić streszczenie GUMPRECHT'a i zebrał wszystkie najnowsze prace z r. 1894 i 1895, dotyczące dróg żółciowych.

MURPHY ogłosił 17 przypadków szczęśliwie dokonanej cholecystoenterostomii przy pomocy swojego guzika.

---

<sup>1)</sup> Kronika Lekarska. 1895, str. 681—682.

<sup>2)</sup> GUMPRECHT. Neue Fortschritte in der Kenntnis der Cholelithiasis. Deutsche med. Woch. 1895, Nr. 14, 15, 17 i 20.

<sup>3)</sup> KOEHLER — Ueber die neuen Fortschritte in der chirurgischen Technik, Deutsche med. Woch. 1895, p. 828 — 829.

DUJARDIN — BEAUMETZ uważa tę operację za niebezpieczną z przyczyny możliwości zakażenia wątroby z kiszek, ale za konieczną przy zatkanii *d. choledochi*.

KEHR usunął kamień uwięziony w przewodzie pęcherzykowym (*d. cysticus*), przeciąwszy sam przewód.

BROCKBANK robi wlewania oliwy do pęcherzyka po cholecystotomii dla ułatwienia wydobywania się kamieni oraz sprawdzenia rozpuszczających własności oliwy. OSCAR BLOCK z Kopenhagi poleca *cholecystotomiam extraabdominalem* dla uniknięcia zakażenia otrzewnej przez żółć. TUFFIER przerobił na trupach i opisał swój sposób, niezbyt fortunny, otwierania od tyłu wspólnego przewodu żółciowego przy pomocy cięcia lędźwiowego—*choledochotomie par la voie lombaire*.

Widzimy stąd, że Niemcy, Francuzi i inni uznawali potrzebę częstego dosyć stosowania leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej, ustalili sobie wskazania do operacji, a nawet pracowali nad udoskonaleniem techniki operacyjnej. Wyniki ich zabiegów powinny być dla nas miarodajnymi, pomimo to jednak nie prędko jeszcze znalazły uznanie u nas.

Na IX-ym Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w 1900 r. REJCHMAN, jako internista, mówił: „O leczeniu kamicy żółciowej”<sup>1)</sup>.

Po rozpatrzeniu krytycznym całego szeregu środków wewnętrznych REJCHMAN przychodzi do przekonania, że „w wyjątkowych razach, skoro nasze leczenie wewnętrzne, pomimo najsystematyczniejszego i najracjonalniejszego postępowania, nie pomaga choremu, zniewoleni jesteśmy uciec się do pomocy chirurgii”. Wskazania do operacji REJCHMAN rozdziela na bezwzględne i względne.

Do pierwszych zalicza: następstwa spraw zapalnych, mianowicie zrosty pęcherzyka żółciowego z sąsiednimi narządami; bliznowate zwężenie przewodów żółciowych; zwężenie odźwiernika i kiszek; przetoki pomiędzy pęcherzykiem i przewodami żółciowymi z jednej strony, a żołądkiem z drugiej; przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego przez uwięziony w tym przewodzie kamień; *empyema et hydrops vesicae felleae* i nakoniec ropień wątroby.

Względne wskazania: w przypadkach bardzo częstych napadów kolki wątrobowej; w przypadkach przewlekłego rozlanego zapalenia przewodów żółciowych; w przypadkach przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego. W tych jednak wszystkich przypadkach możemy nieraz osiągnąć pomyślne, a nawet nadspodziewanie dobre wyniki zapomocą środków wewnętrznych.

Oprócz powyższych wskazań REJCHMAN widzi konieczność wykonania operacji: 1) jeżeli chorzy, skutkiem zbyt częstych i mocnych napadów kolki wątrobowej, stosują nałogowo morfinę i ulegają przewlekłemu zatruciu morfiną, 2) jeżeli niezamożność chorego nie pozwala mu na długą bezczynność i na systematyczne leczenie się w domu lub wyjazd do wód zagranicznych.

<sup>1)</sup> Dziennik IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. 1900. N. 5, str. 142. Gaz. Lek. 1900. N. 44.

Nie będę tu rozpatrywał szczegółowo wskazań REJCHMANA do stosowania leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej, zaznaczyć muszę, że stanowią one pomimo wszystkiego już pewien postęp w zapatrywaniach naszych internistów. Jakkolwiek REJCHMAN uznaje potrzebę w wyjątkowych przypadkach pomocy chirurgicznej, lecz główny nacisk kładzie na długie i konsekwentne stosowanie środków wewnętrznych i dopiero, gdy wszystko zawodzi, robi ustępstwo na korzyść chirurgii. Główną wytyczną w leczeniu kamicy żółciowej obok środków wewnętrznych u tego wytrawnego badacza stanowi oczekiwanie.

W dyskusji na tą sprawę zabierali głos DUNIN, KORCZYŃSKI, GLUZIŃSKI i inni.

[C. d. n.]

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 254. Thiriar. Stosowanie tlenu w ginekologii.

Już przed 12-u laty autor zaczął stosować tlen w zakażeniach wywołanych przez beztlenowce. Otrzymane wyniki przeszły oczekiwania autora i zachęciły go do stosowania tlenu we wszystkich zakażeniach, zdarzających się w chirurgii. Poszukiwania, podjęte przez ucznia autora, JORIS'a, wykazały, że nadmiar tlenu i dłuższe jego działanie wpływa ujemnie również i na tlenowce, znacznie zmniejszając ich żywotność i niszcząc toksyny. Zarazem tlen zwiększa leukocytozę, wpływając jednocześnie bardzo dodatnio na fagocytozę. Według autora, stosowanie tlenu zwiększa środki obronne organizmu i uzupełnia aseptykę.

THIRIAR stosuje tlen w ginekologii jako środek, zapobiegający zakażeniu, jako środek leczniczy w zakażeniach pooperacyjnych i na koniec we wszystkich cierpieniach kobiecych pochodzenia zakaźnego.

W celu wyjałowienia pochwy przed operacją po uprzednim odkażeniu sromu i przemyciu pochwy wprowadza się do niej kankę, która łączy się z balonem zawierającym tlen pod ciśnieniem; kankę utrzymuje się na miejscu zapomocą bandaży w kształcie litery T, a na srom kładzie się warstwę wyjałowionej waty. Po kilkugodzinnem stosowaniu tlenu nie znajdujemy w wydzielinie pochwy żadnych drobnoustrojów. Zabieg ten nie sprawia chorej przykrości, stosować go można w przeddzień operacji lub w dniu tejże. Celem uniknięcia zakażenia po operacjach w jamie brzusznej w przypadkach wątpliwych lub podejrzanych, autor wprowadza do jamy brzusznej 2 sączki gumowe z wyciętymi w nich ctworami, jeden łączy się z naczyniem zawierającym tlen, koniec zaś drugiego, odprowadzającego tlen [sączki leżą w jamie brzusznej obok siebie] kładzie się do naczynia z wodą wyjałowioną. Ścianę brzucha zaszywa się, jak zwykle. Ilość przepuszczanego gazu regulować można, kierując się ilością pęcherzyków w naczyniu z wodą; zbyt silny prąd sprawia bóle i wzdęcie brzucha. Po pewnym czasie w płynie, przez który przechodzi tlen, znajdujemy mnóstwo drobnoustrojów. Zabieg powyższy stosuje się w ciągu

kilku dni [3—5] z przerwami kilkunastominutowymi co pewien czas. Autor przytacza przypadek pęknięcia macicy z przebiegiem pooperacyjnym bezgorączkowym dzięki zastosowaniu tlenu, oraz przypadek GOFFINET'a, gdzie u mężczyzny z raną kłutą brzucha, uszkodzeniem w 6-u miejscach jelita i wypadnięciem pętli na zewnątrz, przy zastosowaniu tlenu po operacji nastąpiło wyzdrowienie w ciągu 2-ch tygodni.

Na zarzut, jakoby tworzące się dokoła sączków zrosty uniemożliwiały działanie tlenu na całą otrzewną, autor przytacza następujące doświadczenie: jeżeli po stosowaniu tlenu w ciągu dłuższego czasu zacisnąć sączek odprowadzający tlen, następuje wzdęcie brzucha na całej przestrzeni i chora doznaje bólów w całym brzuchu. Doświadczenia ROUSSEL'a na psach wykazały, że przy przepuszczaniu tlenu przez jamę brzuszną w ciągu 54-ch godzin nie znaleziono ani żadnych zmian na kiszkaach, ani wysięku lub zrostów dokoła sączków.

W razie ropienia, powstałego na miejscu zeszyca rany, autor stosuje nadmuchiwanie tlenu z doskonałym skutkiem: po upływie 2-ch — 3-ch dni otrzymuje się całkowite zagojenie. Przy zapaleniach otrzewnej autor radzi otworzyć szeroko jamę brzuszną, zastosować jednorazowe mocne nadmuchiwanie tlenu na otrzewną, następnie założyć sączki dla stałego przepuszczania gazu, w miarę potrzeby można założyć kilka par sączków. Przepuszczanie tlenu przerywamy wtenczas, gdy w płynie, przez który przechodzi gaz, nie znajdujemy już drobnoustrojów. Dzięki zastosowaniu tej metody autor otrzymał wyzdrowienie w rozpaczliwym przypadku zapalenia otrzewnej przy sprawie wyrostkowej. Przy gruźliczym zapaleniu otrzewnej autor robi niewielki otwór w jamie brzusznej po linii środkowej pod pępkiem i wypuściwszy płyn, o ile ten się tam znajduje, przez otwór nadmuchuje tlen w ciągu 10-u minut; wyzdrowienie następuje po upływie kilku dni.

Leczenie tlenem zapalenia błony śluzowej pochwy i macicy daje doskonałe wyniki, o ile zapalenie nie jest wywołane przez drożdżki tryprowe. Te ostatnie ujawniają znaczną odporność względem tlenu. Również dobre wyniki daje stosowanie tlenu przy krwawieniach, wywołanych pozostawieniem w macicy resztek jaja płodowego. W tych przypadkach autor po uprzednim wyskrobaniu tępa łyżeczką jamy macicy przepuszcza tlen, zaleca jednak pewną ostrożność, spostrzegając bowiem przypadek raptownej śmierci, spowodowany najwidoczniej przedostaniem się tlenu do naczyń żylnych. Technika stosowania tlenu w chorobach macicy polega na tem, że po uprzednim odkażeniu pochwy wprowadza się do jamy macicy zgłębnik *à double courant*, którego jeden koniec łączy się z naczyniem zawierającym tlen, na srom kładzie się wate wyjałowioną. Tlen przepuszcza się w ciągu 2-ch — 3-ch dni. Na zakończenie swej pracy autor opisuje przypadek zagojenia się dzięki stosowaniu tlenu przetoki drążącej do małej miednicy na przestrzeni 11-u ctm., a powstałej po usunięciu lewego jajowodu. Cierpienie to trwało 1/2 roku i dawało silne bóle.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* 1906 Nr. 3).

Br. Szybowski.

## 255. G. Friedemann. O podwiązaniu żył miednicy w ropnicy u położnic.

W chirurgicznym leczeniu ropnicy połogowej prócz łyżeczkowania i usunięcia macicy W. A. FREUND polecił podwiązanie żyły nasiennej (*venae spermaticae*) obustronne. Zabieg ten pierwszy wykonał TRENDELENBURG, który radzi czekać z nim nie dłużej, niż do powtórnych dreszczów wstrząsających. Zdaniem autora, rada TRENDELENBURG'a jest zbyt ogólnikową, pod-



wiązanie zaś wyłącznie żyły nasiennej niewystarczającym, to też w ostatnich czasach podwiązywano i żyły podbrzusne (*hypogastricae*).

Przypadek autora należał do bardzo ciężkich, gdyż sprawa ropna powstała na piąty dzień po sztucznym odluszczeniu łożyska, objawy ropnicy trwały przeszło miesiąc przy wysokiej gorączce, dreszczach wstrząsających, potach, przerzutach w płucach i znacznym wyniszczeniu [odleżyna] — zanim przystąpiono do operacji.

Zabieg sam polegał na podwiązaniu obu żył naziemnych i prawej podbrzusnej. Dreszcze ustały, ciepłota spadała zwolna, objawy zakrzepu prawej żyły biodrowej i przerzutów w płucach zniknęły w ciągu kilku tygodni całkowicie. Cały okres pooperacyjny do zupełnego wyzdrowienia trwał około dwóch miesięcy.

(*Münchener medizinische Woch.* 1906 Nr. 3).

Henryk Goldberg.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 63. „Secacornin - Roche“, nowy udoskonalony przetwórcy sporyszu.

Wiadomo, że sporysz jest jednym z najbardziej zmiennych przetworów aptecznych i okazuje nadzwyczajną różnorodność składu chemicznego. Nie więc dziwnego, że w proszku, a nawet w naparze sporysz nierzadko wywołuje objawy zatrucia, zwłaszcza zaburzenia żołądkowe, zależne od różnych substancji trujących, w skład surowego materiału wchodzących. Prócz części składowych czynnych, mianowicie kwasu ergotynowego, kwasu sfacelinowego i kornutyny, sporysz zawiera cały szereg nieczynnych, ubocznych części składowych, łatwo się rozkładających i szkodliwych, jak oto: 1) substancje oleiste, powodujące jęcznienie i łatwe rozkładanie się przetworu aptecznego, jako też proszku, 2) kwas fosforowy w postaci fosforanów potasu, wapnia, magnezu i sodu, nadających odczyn kwaśny roztworom wodnym sporyszu; z tego też powodu wyciągi wodne, do użytku podskórnego przeznaczone, należy zubożać; 3) szereg barwników jak: sklererytryna, sklerojodyna, skleroksantyna, sklerokrystalina, mających bardziej znaczenie sądowo-lekarskie przy wykrywaniu obecności sporyszu w mące i w chlebie; 4) pewien gatunek cukru, skręcający płaszczyznę polaryzacji na prawo, t. zw. trehaelozę, powodującą fermentację wyciągów wodnych z wywiązaniem się trymetylaminy i innych pochodnych amonu, których świeży sporysz nie zawiera wcale, a które powstają również podczas nagrzewania sporyszu z wolnymi alkalicami, jak np. z ługiem potasowym.

Ważniejszymi pod względem farmakologicznym są części składowe czynne, działające na mięsień macicy, na układ naczyniowy i nerwowy, mianowicie kwasy i alkaloidy: 1) Kwas ergotynowy [inaczej zwany kwasem sklerotynowym, skleromucyną], kwaśny glikozyd [zawierający azot], rozpuszczalny w wodzie, a więc przechodzący do wyciągów wodnych. Działa pobudzająco na nerwy ruchowe, a zastrzyknięty podskórnym, wywołuje ropnie. 2) Kwas sfacelinowy, właściwie kwaśna żywica [nie kwas], w wodzie nierozpuszczalny, łatwo zaś w alkoholu; powoduje gangrenę sporyszową kończyn (*ergotismus gangraenosus*). Pod względem terapeutycznym jest bez znaczenia. Po roku leżenia sporysz utracą kwas sfacelinowy. 3) Kornutyna, właściwa część sporyszu, alkaloid, znajdujący się w małej

ilości w materyale aptecznym [0,2 — 0,24%]. Sól jego jest rozpuszczalna w wodzie; wstrzyknięta podskórną, lub do żyły, albo zadana wewnętrznie, nawet w małej dawce podnosi ciśnienie krwi, zwalnia tętno, wywołuje u zwierząt ciężarnych skurcze macicy i zwężenie naczyń, w dawkach zaś znacznych wywołuje teżec macicy, asfiksję i zamarcie płodu, wreszcie drgawki ogólne (*ergotismus convulsivus*). Alkaloid ten łatwo wyciąga się ze sporyszu eterem.

Oto wykaz ważniejszych części składowych czynnych i nieczynnych sporyszu, z których jedne są obojętne, inne szkodliwe dla ustroju, a tylko część ich nieznaczna przynosi mu pod względem terapeutycznym korzyść rzeczywistą. Już od dawna więc starano się pożyteczne części składowe sporyszu wyosobić, albo raczej szkodliwe i obojętne z materyału surowego wykluczyć i w tym celu zaczęto przyrządzać ze sporyszu wyciągi (*extracta*), do których przechodziłyby tylko części czynne, lecz nieszkodliwe sporyszu. Pierwszy w r. 1842 BONJEAN przygotował wyciąg wodny, który nazwał *ergotyna*. Od tego czasu zjawiały się najrozmaitsze wyciągi, jak oto: *Extractum fluidum*, *Extractum secalis cornuti dialysatum*, *Extr. secal. corn. solutum*, *Tinctura haemostyptica* DANZELI, wreszcie *ergotyna* KELLER'a i inne, więcej lub mniej skuteczne, lecz zarazem więcej lub mniej trujące, zależnie od zawartości w nich większej lub mniejszej ilości substancji trujących. Z nich jednak *ergotyna* KELLER'a, według ROBERT'a, „jest najracjonalniejszym wyciągiem sporyszu, gdyż w niej celowo zachowano alkaloidy możliwie zupełnie i w stanie nierozłożonym, wszystkie zaś inne substancje zostały o ile można usunięte“. „*Secacornin - Roche*“ jest właśnie wyciągiem sporyszu, przygotowanym według wskazówek KELLER'a. Jest to wyjałowiony, skondensowany roztwór alkaloidów sporyszu, przydatny zarówno do użytku wewnętrznego i do ławatyw, jako też do iniekcji podskórnych i międzymięśniowych. 1 ctm. sz. wyciągu odpowiada 4-em gramom sporyszu. Przygotowywany bywa do użytku wewnętrznego i do ławatyw we flaszeczkach, mieszczących w sobie 20 gramów; do iniekcji zaś we fiolkach szklanych, zawierających 1 ctm. sz. wyciągu. Jest to przetwór trwały i bardzo poręczny do dawkowania z powodu stałej, niezmiennej zawartości alkaloidów. Nie zawiera, i to jest bardzo ważne, kwasu sfacelinowego. WALTHER (*Medic. Klinik. 1906. Nr. 43*) wypróbował ten przetwór w całym szeregu przypadków akuszerijnych i przekonał się, że *sekacornina* jest bardzo skuteczna, jako środek zapobiegawczy przeciwko krwotokom w okresie łożyskowym, zwłaszcza po operacjach lub porodach patologicznych, jako też w krwotokach wskutek atonii macicy w okresie łożyskowym i w połogu; nadaje się też bardzo do przyspieszenia zwijania się macicy połogowej, i tam także, gdzie wskutek leniwego zwijania się macicy, zwłaszcza więc u niekarmiących, obawiać się można krwotoku. Wreszcie jest bardzo odpowiedni po poronieniu w celu przyspieszenia inwolucji macicy. W przypadkach ginekologicznych nadaje się głównie w krwotokach miesięczkowych (*menorrhagia*), w krwotokach macicznych okresu przedklimakterycznego, zapobiegawczo zaś po wyskrobaniu macicy lub usunięciu mięśniaka podśluzowego.

Co się tyczy dawkowania, to WALTHER daje wewnętrznie po porodzie lub przeciwko silnemu krwawieniu miesięczkowemu 10 kropeł [= 2 grm. *Secalis*] z ewentualnem powtórzeniem tej dawki w pierwszych trzech dniach 2 razy dziennie, od 4-go dnia począwszy — 2 razy lub 3 razy na dzień po 5 kropeł. Dawki te nigdy nie wywołują objawów zaburzenia żołądkowego. Do zastrzyknięć podskórnych, które należy wykonywać głęboko [międzymięśniowo], aby uniknąć ropienia, posługuje się W. wyciągiem w fiolkach i zastrzykuje go [ $\frac{1}{2}$  strzykawki = 2 grm. *Secalis*] zawsze w posładki w oddaleniu 2 — 3 ctm. od kroczka w kierunku pionowym.

Zweiggbaum.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W cennej pracy kolegi CZAJKOWSKIEGO „O stanie obecnym i przyszłości seroterapii“ zauważyłem pewną sprzeczność w zdaniach co do poglądu jego na chorobotwórcze własności laseczników błoniczych i sądziłbym, że wniosek jego stąd płynący co do zejścia sprawy błoniczej nie jest dostatecznie uzasadniony.

Na stronie 814 Gaz. Lek. [Nr. 32] autor wspomina, że wszystkie drobno-ustroje, prócz laseczników błonicy i tężca nie wytwarzają „toksyn właściwych, wedle określenia EHRLICH'a, lecz ich toksyny, połączone ściśle z ciałem drobnoustrojów, występują z nich dopiero po obumarciu samych drobnoustrojów“. Autor więc zgadza się z powszechnie ustalonym faktem, że laseczники błonicy i tężca nie posiadają endotoksyn.

Tymczasem na tej samej stronie nieco wyżej, omawiając wartość leczniczą surowicy przeciwbłoniczej, autor utrzymuje, że wyzdrowienie po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej — antytoksycznej polega nie tylko na zobojętnieniu toksyn [wydzielających się za życia drobnoustrojów], lecz zarazem na zniszczeniu i wydaleniu laseczników dyferytycznych przez sam ustrój, uwolniony od groźnego niebezpieczeństwa — toksyn i posiadający „zaczyny, powodujące obumieranie drobnoustrojów i rozpuszczanie ich ciał, a następnie być może — przeróbką wydzielanych endotoksyn na przeciwendotoksyny, krążące we krwi chorego długi czas nawet po ozdrowieniu i zabezpieczające go od nowego zachorowania“. Dalej znów, mówiąc o przypadkach zapuszczonej i rozległej błonicy i o bezskuteczności w tych razach surowicy antytoksycznej upatruje śmierć po błonicy „w szkodliwym działaniu na ustrój endotoksyn“. Tutaj zatem autor wyraźnie zaznacza istnienie szkodliwych dla ustroju endotoksyn drobnoustrojów błoniczych.

W rzeczywistości, jak wyżej zaznaczono, laseczники LOEFFLER'a i tężcowe endotoksyn nie wytwarzają, zaś chorobotwórczość ich polega jedynie na wytwarzaniu ekotoksyn; natomiast w innych infekcyach [cholera, tyfus] chorobotwórczość drobnoustrojów zależy od produktów rozpadu ich ciał — endotoksyn, od jadowitości protoplazmy drobnoustrojów, t. zw. protein. Po uodpornieniu zwierzęcia proteinami powstają we krwi jego nie antyproteiny, lecz substancje bakterjobjęcze.

Co się tyczy bezskuteczności surowicy antytoksycznej w przypadkach zaniedbanej błonicy, to bezskuteczność ta zależy nie od działania na ustrój endotoksyn, lecz na niemożności wyrównania przez zastosowaną surowicę antytoksyczną tych zaburzeń, jakie już zaszły w ważniejszych narządach ustrojowych pod wpływem toksyn.

Spostrzeżenia kliniczne, wbrew mniemaniu autora, wcale nie przemawiają za jego „pojmowaniem wartości leczniczej i ochronnej surowicy przeciwbłoniczej“. Wyzdrowienia po błonicy, zależnego li tylko od zobojętnienia toksyn przez antytoksyny, względnie od wyrównania zaburzeń toksycznych, niezawsze możemy przypisać jednoczesnemu zniszczeniu i wydaleniu laseczników przez enzymy ustroju, nigdy zaś zobojętnieniu endotoksyn przez antyendotoksyny, jak to chce autor. Wcale nie rzadkie są przypadki wykrycia u ozdowieńców po błonicy żywych laseczników LOEFFLER'a i ozdowieńcy tacy nieraz już byli i bywają przez czas

bardzo długi rozsądnymi zarazy błoniczej. To też dla zniszczenia bakterii błoniczych WASSERMANN w swoim czasie sporządził swoistą surowicę bakteryobójczą antydyferytyczną i celem wydalenia drobnoustrojów tych zaleca obok surowicy antytoksykacyjnej stosowanie swojej surowicy (*Deutsche med. Wochenschr.* 1902. Nr. 44)

Częste zaś przechowywanie się drobnoustrojów błoniczych u ozdowieńców w stanie saprofitycznym zależy od innych, czysto miejscowych warunków. Wiadomo [WASSERMANN, CITRON], że tkanki, stykające się przez mniej lub więcej dłuższy czas z drobnoustrojami, stają się względem nich mniej wrażliwymi. Chirurdzy wiedzą dobrze, że tkanki, częściej stykające się z drobnoustrojami, są mniej wrażliwe na bodźce infekcyjne, niż tkanki, które nie są wystawione na wpływ drobnoustrojów [jami zamknięte]. Wiadomo dalej, że pewne tkanki danego ustroju zupełnie nie reagują na pewien gatunek drobnoustrojów, gdy inne tkanki tegoż ustroju podlegają silnemu podrażnieniu pod wpływem tegoż gatunku drobnoustrojów i o ile npr. lasecznik okrężnicy zachowuje się względem błony śluzowej kiszek jako twór saprofityczny, o tyle staje się on chorobotwórczym bodźcem dla błony śluzowej narządów moczowych. Styczność więc tkanek z drobnoustrojami wyrządza w tkankach tych pewną odporność i to tem większą, im dłużej trwa ta styczność. O ile lasecznik okrężnicy jest nieszkodliwym dla błony śluzowej kiszek osobników starszych, o tyle działa on nieraz zabójczo na błonę śluzową kiszek innych osobników [ESCHERICH, HEUBNER, BAGIŃSKY]. To samo zauważyć się daje nieraz w sprawach infekcyjnych *par excellence*. Po przejściu pewnej sprawy zakaźnej biologiczne zachowanie się danej tkanki, która stanowiła *locum affectionis*, bywa tego rodzaju, że dane drobnoustroje chorobotwórcze mogą się tam dalej znajdować, a nawet rozwijać bez żadnej dla ustroju szkody. Takie obojętne zachowanie się ich względem danych tkanek nie jest równoznacznem z ich niejadowitością, gdyż te same drobnoustroje nie tracą swej chorobotwórczości nie tylko względem tkanek innych osobników, lecz nieraz względem innych tkanek tegoż samego osobnika. Należy więc przypuścić, że w samych tkankach, na których przebywają drobnoustroje, wytwarza się z czasem pewna tolerancja względem tychże drobnoustrojów.

Na czem polega tolerancja ta, czy i jakie wogóle zachodzą zmiany biochemiczne w komórkach danej tkanki, na której bezkarnie wegetować mogą złośliwe nieraz drobnoustroje, co do tego nauka dotychczas ostatniego słowa jeszcze nie wyrzekła.

Puterman [Sosnowiec].

---

Szanowny Panie Redaktorze!

Z powodu notatki: „W sprawie szpitala Św. Stanisława“, w numerze 42-im „Gazety Lekarskiej“, poczuwam się do obowiązku, jako b. lekarz naczelny i członek Komitetu budowy szpitala, dać kilka słów objaśnienia i sprostowania.

Czytelnik, nie wtajemniczony w sprawy tego szpitala, czytając notatkę kol. B. S. „o krzyczących i skandalicznych brakach“, bardzo smutne powziąłby pojęcie o znajomości rzeczy i dbałości tych, którym, dzięki tylko nadzwyczajnym wysiłkom, udało się przezwyciężyć liczne trudności i przeszkody w doprowadzeniu do końca budowy tego szpitala.

W jakim stanie znajduje się obecnie szpital Św. Stanisława — nie wiem; wiem tylko to, że w chwili oddania go do użytku chorych „krzyczących braków“, o których mówi autor notatki, nie było.

Przedewszystkiem odeprzeć muszę zarzut, że kamera dezynfekcyjna „odrazu okazała się niemożliwą do użycia”. Szpital otrzymał kamerę, jedną z najlepszych, jakie wówczas istniały, firmy: RIBRSCHL'a i HENNEBERG'a, a wymiarów takich, że całe łóżko wraz z pościelą mogło się w niej pomieścić. Ciśnienie pary =  $1\frac{1}{5}$  atmosfery, co odpowiada  $105^{\circ}\text{C}$ . Przeprowadzane próby termometryczne i bakteryologiczne przez Komisję techniczno-lekarską, jak stwierdza protokół odbiorczy, dały wyniki zupełnie zadowalające. Wielokrotnie zresztą osobiście, wobec kolegów, z dobrym skutkiem dezynfekcyę rzeczy uskuteczniałem.

Zarzuty, jakie kamerze czyniono: przydługie trwanie dezynfekcyi i zbyttnia wilgotność rzeczy zdezynfekowanych, nie pochodzą z winy aparatu, lecz z braku umiejętnej i odpowiedniej obsługi technicznej. Najlepsze kotły i kamery zawsze szwankować będą, gdy nimi intelligencya parobka zwyczajnego, jak w szpitalu, kierować będzie. Tylko temu przypisuję przyczynę wadliwego działania wszystkich u nas kamer dezynfekcyjnych. Powinny one koniecznie pozostawać pod nadzorem doświadczonych i sumiennych techników i lekarzy, jak to się dzieje gdzieindziej. Nadzór zresztą lekarski jest i z tego względu potrzebny, aby zwalczać przesady i uprzedzenia w tej sferze szpitalnej, która wszelką dezynfekcyę ze swego punktu widzenia uważa za zbytęcną, szkodliwą dla rzeczy i wszelkimi sposobami stara się jej unikać.

Na pralnię szpitalną szczególną zwróciliśmy uwagę. Nie mając środków na pralnię mechaniczną, która zresztą przy 100-u łózkach pociągnęłaby zbyt duże wydatki, staraliśmy się o ile tylko warunki techniczne i pieniężne pozwoliły, jak najbardziej ją rozszerzyć. Gdyby kol. B. S. bliżej się przypatrzył lub lepiej był informowany, przekonałby się, że pralnia składa się nie z jednej „nory“, jak mówi, lecz z 5-u komunikujących się izb, a mianowicie: z sortowni brudnej bielizny, właściwej pralni, suszarni, prasowni i szwalni. Taką przynajmniej była pralnia przed 5-u laty, t. j. za moich czasów, o czem zresztą przekonać się można z planów pralni w kancelaryi szpitala. Co się obecnie stało z resztą pokoiów przeznaczonych na pralnię—nie wiem. Najprawdopodobniej zabrano je na inny użytek, z wielkim uszczerbkiem, rozumie się, dla pralni.

Co się tyczy suszenia bielizny, to jednocześnie z kamerą urządzona została w szpitalu, pierwsza może w Warszawie, suszarnia parowa o 6-u kulisach na szynach, zasilana parą z kotła parowego dla kamery.

Dlaczego więc suszenie bielizny odbywa się na dworzu, lub na strychach — nie wiem. Przypuszczam, że dzieje się to z tej samej przyczyny, co przy kamerze, t. j. z braku umiejętnej obsługi technicznej, a po części może i dlatego, że praczki, a nawet i siostry miłosierdzia nie lubią suszarni mechanicznej, utrzymując, że bielizna suszona na powietrzu wychodzi bielszą i ładniejszą.

W dalszym ciągu kol. B. S. mówi o „zadziwiających wprost brakach“ w pawilonach, o dezynfekcyi, tak „nie odpowiadającej nawet skromnym wymaganiom“, o „pierwotnej wentylacyi“, o braku pokoiów dla lekarzy i t. p.

Nie sposób szczegółowo tu o wszystkich tych rzeczach się rozwodzić, zaznacząc tylko, że wszystkie ubikacye pawilonów, będąc w całości [nawet sufity] olejno malowane i mając podłogi terrakotowe, doskonale mogą być każdej chwili dezynfekowane i splukane wodą zapomocą rur gumowych od kranów wodociągowych.

Co się tyczy wentylacyi, to nie jest ona, zdaniem mojem, wcale gorsza, niż w innych nowych szpitalach. Nie mogąc dla łatwo zrozumiałych powodów urządzić wentylacyi mechanicznej, zaprowadzono wentylatory wodne, z których każdy wtłacza lub wytłacza 500 metr. sz. powietrza na godzinę. Tym sposobem na każde łóżko przypada prawie 100 metr. sz. powietrza na godzinę. Zresztą oprócz tej wentylacyi przewietrzanie odbywa się zapomocą kanałów w ścianach nad sufitem; dopelnia jeszcze wentylacyi odpowiednie rozmieszczenie i urządzenie okien oraz drzwi przeciwnieglętych.

Zarzut co do braku w pawilonach pokoików dla lekarzy jest również nieuzasadniony, gdyż tak zwany pokoik siostry miłosierdzia w godzinach wizytowych przeznaczony jest dla lekarza, siostry bowiem wówczas przebywają obowiązkowo na salach chorych. W pokoiku wisiały zawsze fartuchy lekarskie, jest wieszadło na ubranie, stół do pisania, umywalka i szafka podręczna do lekarstw, w której mogą być i odczynniki do odręcznego badania moczu. Do szczegółowego badania urządzono pracownię ze względów profilaktycznych nie w pawilonach, a w gmachu administracyjnym.

Słuszne wreszcie byłoby oburzenie kol. B. S. z powodu braku wychodka dla oczekujących przyjęcia chorych, gdyby rzeczywiście o tej potrzebie zapomniano. Ale i w tem widać złą informację. Klozet bowiem wodny urządzono i znajduje się obok sali przyjęć, na korytarzu, ale go skasowano i przeznaczono na budkę telefonu.

W inny sposób znów zmieniono salę przyjęć, przeznaczaną pierwotnie tylko do badania i zapisywania nowych chorych. Część tej sali przeformowano na użytek felczera, choć na ten cel urządzono wygodny, frontowy pokój z przeciwległej strony korytarza.

Zresztą te ubikacje, przerobione z innych w starym domu administracyjnym, ze względów technicznych trudno było do nowych potrzeb we wszystkim zastosować. Uważaliśmy też je z góry za prowizoryczne do czasu wybudowania dodatkowego domu administracyjnego, w którym można byłoby potrzeby te uwzględnić.

Kończąc te uwagi, nie mogę nie zaznaczyć, że szpital ma dużo braków i wad, i że nie takim powinien być szpital chorób zakaźnych w Warszawie. Ale też trudno było za takie pieniądze, prawie że wyżebrane, coś więcej zrobić. Uważaliśmy też szpital obecny tylko za związek przyszłego szpitala, który mogłoby odpowiednio się rozwinąć, gdyby uwzględniono w swoim czasie projekt nabycia sąsiadujących ze szpitalem placów. Zrobiono to później, ale dla... tramwajów.

*J. Sz wajcer.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Nagrodę 2000 koron [800 rb.], przyznaną przez Akademię Umiejętności w Krakowie za dzieło p. t. „Choroby dróg oddechowych”, wydane przez gazetę Lek., kol. Sokołowski przeznaczył w połowie [rb. 400] na zapomogi dla kształcącej się młodzieży za granicą, w połowie na wydanie książki popularnej, dotyczącej profilaktyki gruźlicy, a mianowicie rubli 100 otrzyma autor nagrodzonej pracy, a rb. 300 wyniosą koszty druku. W myśl tego ogłasza się konkurs na napisanie pracy popularnej p. t. „Co to jest gruźlica [suchoty] i jak się od niej chronić należy?” Broszura ma mieć objętości nie więcej niż 2 — 2½ arkuszy druku i zawierać odpowiednie rysunki; w końcu pracy powinny być umieszczone na oddzielnej tablicy zasadnicze przepisy zapobiegawcze. Nagroda wynosi rb. sto. Rękopisy opatrzone godłem wraz z kopertami, zawierającymi nazwisko i adres autora, przysyłać należy pod adresem: Warszawa, dr BIELIŃSKI, Towarzystwo Lekarskie, Niecała 7. Skład sądu konkursowego: BIELIŃSKI, JAWORSKI, HEWELKE, ŁOGUCKI, M. MALINOWSKI, J. PRUSZYŃSKI, M. REJCHMAN.

— D. 18 b. m. w mieszkaniu br. ADAMA KRASIŃSKIEGO kol. DZUSKI zdał sprawozdanie ze stanu „Sanatorium dla chorych piersiowych“ w Zakopanem. Ze sprawozdania okazuje się, iż liczba chorych, leczących się w tym wzorowym zakładzie w roku bieżącym, zmniejszyła się o 25%. Zmniejszenie to dotyczy właściwie chorych przybywających z Królestwa, co niewątpliwie jest w związku z kryzysem ekonomicznym. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że wielu chorych, dla których klimat zakopiański jest wskazany, udaje się do zakładów zagranicznych z porady naszych kolegów, to przyznać należy, że Sanatorium w Zakopanem nie cieszy się takim uznaniem, na jakie w zupełności zasługuje. Szkoda naszych pieniędzy, które toną w kieszeniach cudzoziemców.

— Dnia 17-go listopada r. b. odbyło się posiedzenie organizacyjne sekcji neurologicznej w Tow. Lek. Warsz. na którym na rok 1907 na przewodniczącego sekcji wybrano kol. M. BRUNNERA, na wiceprezesa kol. E. FLATAUA, a na sekretarza kol. T. ŁAPIŃSKIEGO.

— Dowiadujemy się, iż przy Tow. Lek. Warsz. zawiązuje się 6-a sekcya, a mianowicie lekarzy towarzystw ubezpieczeń.

— Kol. S. ZEMBRZUSKI mianowany został ordynatorem nadetatowym w Domu Wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus.

— Kol. CZESŁAW STANKIEWICZ prosi nas o zaznaczenie, iż zapowiedziane na listopad wznowienie wydawnictwa „Ginekologii“ ulega zwłoce z powodu zamknięcia przez władze administracyjne i opieczętowania drukarni FR. JEZIERSKIEGO. Kol. STANKIEWICZ zarazem uprasza za naszym pośrednictwem redakcyę innych pism lekarskich o łaskawe powtórzenie niniejszej wzmianki.

— W ostatnim numerze „Nowin Lekarskich“ dotychczasowy redaktor tego miesięcznika, dr HELIODOR ŚWIĘCICKI donosi, iż opuszcza z Nowym Rokiem to stanowisko, iż następcą jego będzie kol. STANISŁAW ŁAZAREWICZ i gorąco żegna się ze współpracownikami. Nie ma zdania odmiennego, iż ustępujący redaktor prowadził „Nowiny“ wzorowo, podniósł ich wartość naukową, za co mu się od społeczeństwa lekarskiego wdzięczność i podziękowanie należy.

— Dr STANISŁAW BĄDZYŃSKI mianowany został profesorem chemii lekarskiej w uniwersytecie Lwowskim, a dr PAWEŁ KUČERA profesorem higieny tamże.

— W Krakowie i we Lwowie krzątają się około założenia szpitali dla umysłowo-chorych; znajdą w nich pomieszczenie i kliniki psychiatryczne, na których zbywa obu tym uniwersytetom. Nadto w Krakowie ma być niebawem wybudowana nowa klinika akuszerjyna.

— Kol. EBERS założył zakład hydropatyczny na Lido pod Wenecją.

— W Czechach lekarze szpitalni [tak czesi, jak i niemcy] wnieśli do władzy podanie o podwyżkę im pensyi, gdyż z powodu długo trwającej pracy w szpitalach, mało mają czasu na zajmowanie się praktyką prywatną. Żądają oni, aby główny lekarz [zależnie od wielkości szpitala] pobierał 2000—6000 koron, ordynator 1000 — 3200 koron, urlopu 4-tygodniowego co rok, podwyżki co 5 lat o 400 koron; od leczących się w pokojach oddzielnych żądają opłaty dodatkowej.

— W Austrii i Niemczech coraz częściej odzywają się głosy przeciw nadużywaniu przez ludzi zamożnych bezpłatnej porady lekarskiej w t. zw. poliklinikach i ambulatorych szpitalnych. I u nas od dawna odzywały się głosy w tej materii, a jednak liczba tych ambulatoryów ciągle wzrasta.

— W Heidelbergu od końca września r. b. funkcjonuje już zakład (*Samari-terhaus*) ze składek prywatnych i rządowych zbudowany na 50-u chorych dotkniętych rakiem, do którego przyjmują i chorych podejrzanych o cierpienie rakowe celem

dalszego ich badania. Dyrektorem tego zakładu jest prof. CZERNY. Pomocy lekarskiej [chirurgiczna, radio-, hydroterapia i t. d.] udziale 3-ch lekarzy, badania naukowe [chemiczne, bakteryologiczne, doświadczalne, anatomo-patologiczne] prowadzi prof. v. DUNGERN i docent prof. WASIELEWSKI. Do obsługi 8 sióstr miłosierdzia, 1 przełożona i kilkunastu posługaczy. Cena w I-ej klasie 8,50 marek dziennie, w II-ej — 6,50 marek, a w III-ej — 2,50 marek.

— Cesarz i cesarzowa niemieccy ofiarowali 10000 marek komitetowi, budującemu wzorowy zakład w celu walki ze śmiertelnością ssawców.

— Dwa przedmieścia Berlina—Schöneberg i Pankow—posiadły nowe wzorowe szpitale. W Schönebergu otwarto część [325 łóżek] nowego szpitala Augusty Wiktoryi, który z czasem będzie miał 600 łóżek. Budowa i łożka kosztowały 800000 marek. W otwartej części mieści się 11 pawilonów, między nimi oddzielny dla chorych dotkniętych dyfterytem, osobny dla chorób zakaźnych. Pisma opisujące go twierdzą, iż jakkolwiek w porównaniu ze szpitalem VIRCHOW'a jest on skromny, lecz jest więcej dopasowany do stanowiska socjalnego chorych i ma werandy kryte i leżalnie, których brak w szpitalu VIRCHOW'a. Szpital w Pankowie kosztował 800000 marek, co wynosi 6500 marek za 1 łóżko.

— Pruski minister robót publicznych pozwolił tytułem próby na 2 lata, aby, począwszy od 1-go kwietnia 1907 r., robotnicy kolejowi wybierali sami sobie lekarzy.

— Z inicjatywy prof. POIRIER'a zawiązała się w Paryżu liga do walki z rakiem. Postanowiono zbudować specjalny instytut i wyposażyć go we wszelkie środki pomocnicze do badania naukowego raka i własny szpital. Zebrano już na ten cel milion franków, a na liście ofiarodawców między innymi figuruje dr H. ROTHSCHILD z ofiarą 100000 franków. Rząd zezwolił na urządzenie 11-milionowej loteryi.

— W kołach lekarskich francuskich wre obecnie walka przeciwko wprowadzonemu przez ministerium oświaty jeszcze jednemu stopniowi naukowemu (*certificat d'études médicales supérieures*), którego posiadacze jedynie mieliby prawo ubiegania się o katedry uniwersyteckie. Mnóstwo stowarzyszeń lekarzy z różnych stron Francyi protestuje przeciw tej nowości, jakoby obniżającej wartość „doktora medycyny“.

— Od Komitetu gospodarczego X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymujemy następujące zawiadomienie:

Dziesiąty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć we Lwowie w roku 1904, odbędzie się w lipcu 1907 r. Owcześnie wydział gospodarczy, którego przewodniczącym był prof. E. MACHEK, jego zastępcą prof. I. ZAKRZEWSKI, a sekretarzem głównym prof. W. SIERADZKI, był już niemal w połowie swej pracy, która zapowiadała świetne powodzenie Zjazdu, gdy wojna stanęła na przeszkodzie odbyciu się tegoż. Odroczony do r. 1905 znów bez terminu został odwołany, gdyż w tym roku uznano warunki za takie, któreby Zjazdowi nie mogły rokować zupełnego powodzenia.

Gdy jednak w roku bieżącym trzy Zjazdy polskie, mianowicie Rejowski, prawników i ekonomistów oraz górników odbyły się w Krakowie i pod względem liczby uczestników, ze wszystkich stron przybyłych, jak i obfitości materiału naukowego przeszły wszelkie oczekiwania, śmiało można wnioskować, że nic nie stoi na przeszkodzie i tradycyjnemu powodzeniu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Dlatego też stała delegacja tych zjazdów na posiedzeniu swem, odbytem w Krakowie 16-go z. m. postanowiła, by Zjazd X-y odbył się w lipcu 1907. Lwów, jako miejsce Zjazdu wybrany został już w r. 1900 na Zjeździe w Krakowie odbytym.



Postanowienie to spotkało się jednak prawie, że z zupełnym rozwiązaniem się poprzedniego wydziału gospodarczego, gdyż tak przewodniczący, jak i jego zastępca i sekretarz główny w obec niepewności co do terminu dwa razy odraczanego Zjazdu, zwrócili czynność swą w innym kierunku tak, że dwu obowiązkom zadość uczynićby nie mogli. Dlatego też stała delegacja zjazdów zmuszoną była zamianować przewodniczącym wydziału gospodarczego i jego zastępcą niżej podpisanych, którzy pośpieszają podać do wiadomości wszystkich lekarzy i przyrodników polskich co następuje:

1) Prawie wszyscy gospodarze dwudziestu sześciu sekcji Zjazdu pozostają ci sami, którzy rozpoczęli byli swe czynności w odroczonym Zjeździe.

2) W połączeniu ze Zjazdem odbędzie się wystawa przyrodniczo-lekarska, której dyrektorem, jak poprzednio, pozostaje nadal dr KALIKST KRZYŻANOWSKI [namiestnictwo].

3) Osobiste zaproszenia z wymienieniem bliższej daty Zjazdu oraz wszystkich sekcji i ich gospodarzy każdy z lekarzy i przyrodników polskich otrzyma albo wprost od wydziału gospodarczego lub za pośrednictwem istniejących lub mających się na nowo utworzyć komitetów organizacyjnych z siedzibą w Krakowie, Poznaniu i Warszawie.

4) Wszystkich bliższych informacji, wyjąwszy dotyczących wystawy przyrodniczo-lekarskiej udzielać będzie sekretarz główny docent dr ADAM SZULISZAWSKI w sekretaryacie X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich [Lwów, ulica Jagiellońska 8]. Za wydział gospodarczy:

Dr *Władysław Bylicki*, przewodniczący.

Dr *Maryan Raciborski*, zastępca przewodniczącego.

Dr *Adam Szulistański*, sekretarz główny.

---

SPROSTOWANIE: W № 42-im, str. 1068, wiersz 32, zamiast białkowatych, powinno być białkowych; 1070, wiersz 18, zam. FEILCHENFELD'a — FEICHENFELD'a; w № 44-ym, str. 1137, w. 15, zam. porodowej — poporodowej; str. 1138, w. 39 — 40, zam. poszczególnymi — poszczególnymi jej elementami składowymi; str. 1139, w. 15, zam. możność — możność kilkoletniego; str. 1140, w. 30, zam. w dwu — u dwu; str. 1142, w. 11, zam. rozwiązanie — rozwiązania; w № 45-ym, str. 1168, w. 9, zam. QUI—OUI.

---

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wł. Gajkiewicz.

— Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie w r. 1906. Kursy te trwać będą od dnia 1-go do 20-go grudnia 1906 r. Zapisy przyjmuje Kwestura Uniwersytetu od 16-go listopada do 1-go grudnia. Godziny wykładowe w przeważnej części wykładów będą oznaczone później w porozumieniu z uczestnikami. Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona.

Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udziela prof. dr WŁADYSZAW SZYMONOWICZ we Lwowie ul. Pańska 4.

1) Radca Dworu prof. dr H. KADYI: Wybrane rozdziały z anatomii 5 godz. tygodniowo, Czesne 20 K.

2) Radca Dworu prof. dr L. RYDYGIER: a) Nowsze sposoby badania i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej, 10 godz. tygodniowo, od 10 — 12 z wyjątkiem soboty, Czesne 25 K. b) Kurs operacyjny wspólnie z asystentami, Czesne 50 K.

3) Prof. dr A. GLUZIŃSKI: Klinika chorób wewnętrznych z uwzględnieniem nowszych sposobów badania i leczenia, razem godzin 20, Czesne 25 K. [Prof. GLUZIŃSKI przy współdziałaniu doc. dra RENCIEGO, doc. dra MARISCHLERA i asystentów klinicznych drów FRANKIEGO, ZIEMBICKIEGO, REICHENSTEINA i CZERNECKIEGO] a mianowicie:

a) Choroby krwi [hematologia kliniczna]. — Badania krwi w chorobach zakaźnych w celach rozpoznawczych z demonstracjami. [Widal, Ficker] — 3 god.

b) Narząd krążenia [Nowsze poglądy na leczenie chorób narządu krążenia — dzisiejsze zapatrywania na powstawanie i znaczenie kliniczne niemiarowości tętna (*arrhythmia*)] — 3 godz.

c) Narząd moczowy [Badania chemiczne i drobnowidzowe—leczenie]—3 godz.

d) Narząd pokarmowy [Sposoby badania i rozpoznawania] — 3 godz.

e) Moczówka cukrowa (*Diabetes mellit.*) i prosta (*D. insipidus*) z okazaniem najnowszych sposobów badania moczu i z uwzględnieniem postępowania dyaetycznego — 3 godz.

f) Demonstracje przypadków klinicznych i nowsze leki. — 5 godz.].

4) Prof. dr A. MARS: O postępie ginekologii w ostatnich latach, 5 godz. tygod. Czesne 20 K.

5) Prof. dr Wł. ŁUKASIEWICZ: Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

6) Prof. dr MACHEK: Rozpoznawanie i leczenie chorób ocznych, 5 godz. tygod. Czesne 20 K.

7) Prof. dr J. RACZYŃSKI: a) choroby przewodu pokarmowego dzieci, — przy pomocy dra PROGULSKIEGO, 3 godz. tyg. Czesne 15 K. b) Ćwiczenia w intubacji i tracheotomii, — przy pomocy dra BIELSKIEGO, 2 godz. tyg. Czesne 20 K.

8) Prof. dr H. HALBAN: Dyagnostyka chorób nerwowych z szczególnem uwzględnieniem chorób rdzenia pacierzowego, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

9) Prof. dr G. ZIEMBICKI: Ćwiczenia operacyjne codziennie od 10 — 12 przedpołudniem. Czesne 30 K.

10) Prof. dr H. SCHRAMM: Ćwiczenia w chirurgii wieku dziecięcego, 6 godz. tygod. Czesne 30 K.

11) Prof. dr J. WICZKOWSKI: Badania chemiczno-mikroskopowe przy łóżku chorego, wspólnie z drem GITTELMACHEREM - WILEŃKO i drem M. SELZEREM 5 godz. tygod. Czesne 20 K.

12) Prof. dr R. BARĄCZ: Kurs operacji brzusznych z uwzględnieniem wskazań [na zwłokach, w razie zgłoszenia się przynajmniej 10-u uczestników], 5 godz. tygod. Czesne 50 K.

13) Doc. dr A. GABRYSZEWSKI: Kurs masażu, 4 godz. tyg. Czesne 50 K.

14) Doc. dr F. KOŚMIŃSKI: O nowszych operacjach położniczych, 3 godz. tygod. Czesne 15 K.

15) Doc. dr A. SOŁOWIJ: O nowszych poglądach na leczenie powikłań położniczych, 2 godz. tyg. Czesne 10 K.

16) Doc. dr A. SZULISŁAWSKI: Kurs wziernikowania, 4 godz. tyg. Czesne 20 K.

17) Doc. dr A. GOŃKA: Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów z uwzględnieniem ogólnego i miejscowego znieczulenia, 4 godz. tyg. Czesne 20 K.

18) Doc. dr P. KUĆERA: Bakteriologia lekarska ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznawania bakteriologicznego w praktyce, 6 god. tyg. Czesne 25 K.

19) Doc. dr F. BIERNACKI: Hematologia praktyczna, 4 godz. tyg. Czesne 20 K.

20) Doc. dr M. HERMAN: Wybrane rozdziały chir. ogólnej, 5 g. tyg. Czesne 20 K.