



DZIENNIK LECZNIK

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.

Ogólnego zbioru Nº 2772.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

— DUR WYSYPKOWY —

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. PP. Doktorów, iż

„MOTO FER“

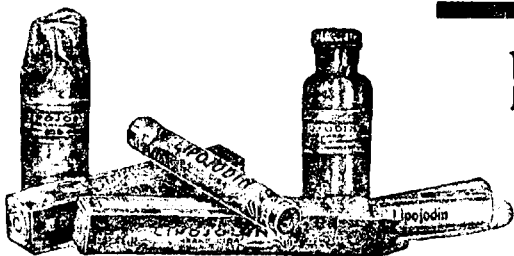
jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp.
lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



Lipojodyna „Ciba“



(Ester diiodbrasydyn-etylowy, zawierający 41% jodu).

Przetwór jodowy neuro-lipo, a zatem politropowy,

odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymaganiom farmakologii i kliniki doświadczalnej.

Nie drażni przewodu pokarmowego. W dawkach leczniczych nie powoduje jodicy.

Oddaje znakomite usługi kliniczne.

Dawkowanie: 1—3 tabletek dziennie po obiedzie i kolacyi.

Zwracamy uwagę na przyjemny smak tabletek LIPOJODYNY, które zalecamy żuć starannie.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego w Pabianicach,
ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franco.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

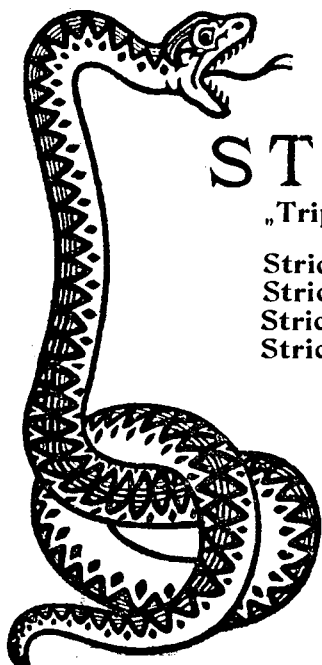
T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

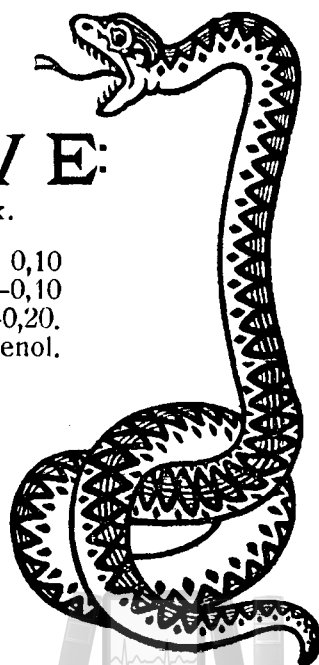
POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.





DZIENNIK LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-
ŃNOŚCI · LEKARSKICH ·

Pięćdziesiąt
lecie dyugie-

Warszawa, d. 18 stycznia 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2772.

Kilka uwag o istocie chorób mowy, podstawie ich leczenia i otrzymanych wynikach leczniczych.

Podał

dr Władysław Ołtuszewski.

(Odczyt wygłoszony w Warsz. Tow. Lekarskiem 4. VI. 1918 r.).

Zapoznanie szerszego grona lekarzy z istotą chorób mowy, choćby w najogólniejszym zarysie, oraz z wynikami praktycznej działalności w Zakładzie dla chorób mowy w ciągu 25 lat jego istnienia, uważam za pożyteczne, gdyż mimo licznych prac moich w dziedzinie logopatologii, dalecy jeszcze jesteśmy od racjonalnego zapatrywania się na zakłócenia mowy, a co zatem idzie nienależycie im zapobiegamy, względnie niedość wcześnie zwracamy chorych na drogę racjonalnej pomocy.

W pracy: „Wyniki naukowej i praktycznej działalności w Warszawskim Zakładzie dla chorób mowy w ciągu 20 lat jego istnienia (Med. i Kron. Lek. 1912)“ wskazałem rozliczne braki, jakie przy rozpoczynaniu pracy na tem, nieuprawianem u nas dotychczas, po prostu przedstawiała nauka o mowie i jej chorobach, drogę na jakiej starałem się wypełnić te luki, oraz usiłowanie zebrania w jedną całość skutecznych badań zarówno teoretycznych, jak i praktycznych w książce, stawiającej sobie za zadanie zaznajomienie lekarzy z tą najmłodszą gałęzią medycyny praktycznej¹⁾. W pracy tej podałem kilka postulatów, do jakich doszedłem, z szeregu których wspomnę tu choćby o jednym może najważniejszym, a mianowicie, iż zwyrodnienie psychiczne stanowi najogólniejszy i naj-

wyżej osiągalny moment etyologiczny chorób mowy. Synteza ta dozwoliła mi związać naukę o chorobach mowy z wiedzą lekarską, wyznaczyć jej miejsce w dziale neuropatologii, oraz rzucić odpowiednie światło na patogenezę chorób mowy, higienę i podstawę racjonalnego leczenia.

Nie zaprzeczając ważności badań teoretycznych, pragnę jednak na tem miejscu podzielić się głównie doświadczeniem, które jako zdobyte przez długoletnią praktykę, jak w każdej innej specjalności, winno się stać własnością ogółu. Zgodnie z tem pomijam wiele kwestyi teoretycznych, oraz ruch chorych za ostatnie 5 lat, gdyż jednocześnie z tem należałoby włączyć odnośne dane z pierwszych 20 lat, drukowane w wyżej pomienionej pracy, co niepotrzebnie zajęłoby zbyt dużo miejsca. Dość będzie tu zaznaczyć, że w ruchu tym powtórzyło się zjawisko, o którym wspominałem już uprzednio, a mianowicie, iż największa liczba chorych zgłosiła się z jękiem, po części wadliwym wymawianiem, podczas gdy inne zboczenia mowy były mniej licznie reprezentowane. To też mimo bezsprzecznego postępu w kwestyi przyswojenia sobie zasadniczych pojęć logopatologii, jeszcze i dziś ogół lekarzy oprócz jękania za mało uwzględnia nie mniej ważne inne zakłócenia mowy. Z tego więc względu, jak również dla dokładniejszego zrozumienia podstaw leczenia chorób mowy, uważam za celowe choć w kilku słowach przypomnieć istotę naj-

¹⁾ Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach oraz higiena mowy. Warszawa 1905.

ważniejszych chorób mowy, tembardziej, że przy tej sposobności zaznajomimy się z treścią sformułowaniem najnowszych na nie poglądów.

Do najważniejszych chorób mowy zaliczamy niemotę oraz należącą do kategorii dysfazji lub dysartyi: bełkotanie, wadliwe wymawianie, mowę nosową i jąkanie. Dla uniknięcia nieporozumienia nadmienić zaraz należy, że choroby mowy dzielą się na ośrodkowe, mające swe siedlisko w tkance mózgowej, i obwodowe, przyczem afazye lub dysfazye odnoszą do zaburzeń różnego rodzaju pamięci słownej, zboczenia zaś mowy, uwarunkowane innemi przyczynami ośrodkowego lub obwodowego pochodzenia, mianuję nazwą anartryi lub dyzartryi.

Nie będę się tu zatrzymywał nad niemotą (*aphasia v. dysphasia*)¹⁾ u dorosłych w przebiegu historycznym, krytyką różnych szkół w tym przedmiocie oraz analizą obrazów klinicznych niemoty, jako rzeczy mniej lub więcej znanych. Natomiast zwrócę uwagę na ważniejszą pod względem praktycznym co do widoków leczenia niemotę u dzieci. Należy tu przedewszystkiem odróżniać dzieci z upośledzoną inteligencją od mniej lub więcej prawidłowych. W niedorozwoju psychicznym osłabienie różnego rodzaju pamięci słownej i pozostająca z tem w związku niemota, zależy od upośledzenia czynności całego mózgu jako narządu myślenia, u dzieci zaś, należących do drugiej kategorii, obok zmian patologicznych w ośrodkach pamięci słownej najczęściej w tak zwanych porażeniach mózgowych wieku dziecięcego, stanowiących zdaniem mojem niedorozwój psychiczny z przeważnie wyrażonemi zaburzeniami ze strony sfery ruchowej, mogą ją powodować częściowe zmiany w uchu środkowym i wewnętrznym, warunkujące tak zwaną niemotę z zachowanemi resztkami słuchu, (niemota

pozamózgowa), i zupełna utrata słuchu od dzieciństwa, powodująca głuchoniemotę.

Pewne trudności w rozpoznawaniu omawianych postaci niemoty może przedstawiać odróżnianie głuchoty wyrazowej, zależnej od niedorozwoju psychicznego, od głuchoniemoty zupełnej lub z zachowanemi resztkami słuchu zwłaszcza u małych dzieci, u których badanie błędnika przedstawia nieraz duże trudności. Kierujemy się w tych przypadkach obok dokładnego zebrania wywiadów badaniem sfery umysłowej, istnieniem przedmiotowych oznak zwyrodnienia psychicznego, oraz pomiarami kraniometrycznymi, wykazującymi zazwyczaj w niedorozwoju psychicznym zmiany czaszki tak co do jej objętości, jako też i formy.

Na jeden jeszcze rodzaj niemoty mało znanej chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie na pewną postać dyzleksji. Zboczenie to zaliczam do czynnościowego osłabienia pamięci wzrokowej liter, wskutek czego powstaje znaczna trudność lub niemożność rozpoczęcia z tego rodzaju dziełmi nauki czytania i pisanja.

Z szeregu anartryi v. dyzartryi pochodzenia ośrodkowego, jak jednostronne dyzartrye, zależne od upośledzenia ruchów języka i mięśni twarzy, wklajające różnego rodzaju afazye, dalej anartrye v. dyzartrye w porażeniu opuszkowem i rzekomem porażeniu opuszkowem mózgowego pochodzenia, oraz w wielu innych cierpieniach układu nerwowego, najważniejsze znaczenie pod względem praktycznym mają porażenia rzekomo opuszkowe u dzieci, występujące najczęściej w niedorozwoju psychicznym z zaburzeniami sfery ruchowej. Obrazy tych dyzartryi, lubo nieco zbliżone do bełkotania względnie wadliwego wymawiania, różnią się jednak pod względem klinicznym, a prócz tego uwarunkowane są zawsze przyczyną ośrodkową.

Bełkotanie (*lallatio*) i wadliwe wymawianie (*mogilalia*) mogą należeć do kategorii dysfazji, zależnej od upośledzenia pamięci słownej, lub dyzartryi, zawsze uwarunkowanej przyczyną obwodową. (dok. n.).

¹⁾ Nazwę afazji zatrzymuję dla niemoty ruchowej, wszystkie zaś inne zboczenia mowy zależne od zakłócenia pamięci słownej, nie pozbawiające jednak chorego możliwości mówienia, jak głuchota wyrazowa, aleksya i t. d., nazywam dysfazją.

Przyczynek do sprawy pokrewieństwa i różniczkowania gronkowców.

Podał

Ryszard Szerypo,

bakteryolog Warsz. szpitala dla dzieci oraz Warsz. instytutu szczep. ospy ochron.
(Odczyt, wygłoszony d. 24. X. 1918 r. na posiedz. Wydz. biolog. Warsz. Tow. Higien.).
(Dokończenie—patrz № 2).

Próby aglutynacji wykonywałem ze szczepami, kilkakrotnie przeszczepianymi, rozcieńczając uszko 18 — 20 godzinnej hodowli agarowej w 1 ctm.⁸ rozcieńczonej surowicy i określając wyniki makroskopowo po 2 godz. cieplarki. Rozcieńczenia zaczynałem od 1 : 100 po przekonaniu się, że surowice normalne królicze i ludzkie w tem rozcieńczeniu często dają wynik dodatni.

Surowice normalne królicze i ludzkie zlepiły mi gronkowce chorobotwórcze do 1 : 500; saprofitów nie zlepiły. Obserwowali to i inni, w stopniu nieco słabszym: z krwią króliczą do 1 : 200 (Geisse), z krwią ludzką do 1 : 100 (Kraus i Loew, Beitzke). Tylko szczepy chorobotwórcze i to w stopniu dość wysokim, do 1 : 1000, zlepiły mi również ropa niegronkowcowa (3 paciorkowcowe, pneumokokowa i gonokokowa). (Tabl. VI). Ropa gronkowcowa dała mi wysokie miana, do 2500, znacznie wyższe od surowic gronkowcowych ludzkich, zgodnie z badaniami Karwackiego (spraw. z posiedz. T. N. W. 1917), który z surowicami chorych gronkowcowych i szczepami świeżo wyosobnionymi otrzymał wyniki prawie wyłącznie ujemne, gdy ropa zlepiła homologa do 1 : 1000. Najwyższe miana z niektórymi gronkowcami chorobotwórczymi, do 5000, dały mi dwa wysięki, jeden gruźliczy, drugi nowotworowy; wysięki te jednak zlepiły mi jeden szczep niechorobotwórczy 1 : 100 i 1 : 500. Ropę do prób rozcieńczałem pięciokrotnie płynem Kocha, sposobem Karwackiego, z tą tylko zmianą, że trzymałem rozcieńczoną ropę w ciepłocie pokojowej do dnia następnego, klóćąc kilkakrotnie, po czem odwirowywałem.

Surowice królicze swoiste chorobotwórcze zlepiły gronkowce chorobotwórcze znacznie wyżej od saprofitów, z którymi najwyższe miano nie przekraczało 500, do granic jednak miana zlepiły tylko nieliczne szczepy chorobotwórcze. (Tab. I). Surowica IV od królika uodpornionego tym samym szczepem, co i królik I, w rok jednak później otrzymana, posiadała miano znacznie wyższe; pomimo to dała wynik słabszy z 3 szczepami; gronkowce te utraciły w tym czasie zdolność wy-

twarzania hemolizyn płytkowych. Szczepy, nie zlepię przez jedną surowicę, aglutynowały się inną, nie wszystkie jednak, tak że nawet surowica wieloważna zawieść może, zgodnie z obserwacją Kutschera i Konricha, Klopstocka, Bockenheimerera i innych.

Surowice ludzkie gronkowcowe zlepiły mi szczepy chorobotwórcze, nawet homologiczne, nie wyżej od surowic normalnych, do 1 : 500. Na tabl. IV podane są 3 surowice: od ciężko chorej z *osteomyelitis cruris*, od lekko chorego z *gonitis purulenta traumatica* oraz z podostrego przypadku posocznicy. Niewysokie miana otrzymywali inni: Karwacki (Serodyagnostyka spraw zakaźnych 1904) w 10 sprawach gronkowcowych otrzymał miana od 4 do 200, w jednym zaś przypadku 0; Amberger do 400 (*osteomyelitis*); Silvestrini w ropnicy śmiertelnej do 300, jakkolwiek właśnie w ciężkich przypadkach, kończących się śmiercią, często zlepników wykryć nie można.

O możliwości otrzymania wysokiego miana z gronkowcami w sprawach innego pochodzenia świadczy badany przeze mnie przypadek posocznicy paciorkowcowej, w którym miano to dochodziło do 1000 (Tab. IV).

T A B L I C A VI.
Ropa i wysięki. Aglutynacja.

№ szczepu	chorobotwórczość	R O P A					W Y S I Ę K I			
		gronkowce		paciorkowce			pneumokok	gonokok	gruźlica	rak
		Rach.	Nad.	Cyb.	fecht	Zd.				
1	chorobotwórcze	50	500	—	50	500	—	1000	1000	1500
2		2500	1000	500	1000	—	500	1000	2500	5000
17		2500	500	1000	500	—	250	—	1000	5000
20		1000	500	500	500	100	250	100	1000	1000
30	niechorobotwórcze	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31		—	—	—	—	—	—	—	—	—
32		—	—	—	—	—	—	—	—	—
33		—	—	—	—	—	—	—	100	500
34		—	—	—	—	—	—	—	—	—
35		—	—	—	—	—	—	—	—	—
36		—	—	—	—	—	—	—	—	—

Surowice królicze swoiste niechorobotwórcze, lub jedna z nich, zlepiły mi wszystkie saprofity z wyjątkiem 3 niezaglutynowanych oraz jednego, samoistnie zlepiającego

się w soli fizyologicznej (Tab. II). Większość zlepiała się wysoko, 29 nawet do granic miana. Wyniki te nie zgadzają się z wnioskami Kutschera i Konricha oraz innych, że surowice swoiste niechorobotwórcze słabo działają na saprofity, na małą przytem ich liczbę; przemawiają też, jak i wyniki, otrzymane przeze mnie w próbach precypitacji i wiązania dopełniacza, przeciwko pogładowi o istnieniu wielkiej liczby gatunków gronkowców niechorobotwórczych.

Z gronkowcami chorobotwórczymi surowice niechorobotwórcze dawały mi odczyn dodatni częściej i mocniej, niż surowice chorobotwórcze z saprofitami. Surowica VI (miano 5000) nie zlepiała dwóch tylko szczepów chorobotwórczych, 13 zlepiała mocno, 6 nawet do granic miana. Surowica VII, otrzymana od królika uodpornionego tym samym szczepem, co i piąta, w rok jednak później, posiadała miano znacznie niższe (2000), pomimo to dała odczyn mocniejszy z paroma saprofitami i szczepami chorobotwórczymi; niektóre z tych ostatnich w tym czasie słabiej zlepiały się surowicą chorobotwórczą i przestały wytwarzać hemolizyny płytkowe (szczep. 17 i 28).

Po zastosowaniu metody Castellaniego zróżniczkowałem szczepy, wysoko zlepiające się surowicami obu typów; heterologi bowiem pochłaniały tylko swoje zlepniki, szczepy zaś, należące do typu, użytego do uodporniania, aglutynowały się w ciągu dalszym; po pochłonięciu zlepników przez homologi, wszystkie gronkowce przestały się zlepiać. Tablica III.

Charakter szczepów trudno zlepnych mogłem ustalić, uodparniając nimi króliki, nawet metodą pośpieszną, dającą niskie miano (3 dni z rzędu dożylnie od $\frac{1}{2}$ do 2 hodowli agarowych zabitych, dziesiątego dnia upust). Metodą tą określiłem typ szczepu 96, którego nie zlepiała nie tylko żadna z 7 surowic swoistych, ale i ta, homologiczna; skąd wniosek, że własności zlepne surowic należy określać nie tylko względem homologa, lecz i na szeregu innych szczepów. Ustaliłem dalej typ chorobotwórczy gronkowca 27, pod innymi względami atypowego, o czym powiem przy końcu; wreszcie potwierdziłem typ gronkowca chorobotwórczego 19, którego w ciągu prawie całego roku nie zlepiały surowice swoiste.

Sporą nieraz zawartość „normalnych” zlepników gronkowcowych we krwi zwierząt i ludzi zdrowych można by wytłomaczyć z jednej strony częstą pod tym względem przesłonością patologiczną, z drugiej zaś strony tem,

że przeciwciała mogą się w ustroju wytwarzać bez przebycia choroby, na skutek wegetowania zarazków np. na błonach śluzowych. Dzierzgowski (Sprawozd. z pos. T. N. W. 1912) u koni, wprost ze stępów arabskich sprowadzonych, nie znalazł antytoksyny błonniczej, natomiast zawierały ją konie, w zbiorowiskach ludzkich żyjące, w których błonica do rzadkich nie należy. Gronkowce, jak wiadomo, należą do zarazków bardzo rozpowszechnionych.

Precypitacja. Odczyn ten był stosowany do różniczkowania gronkowców przez Geissego, w zakresie ograniczonym. Badacz ten miał jeden antygen chorobotwórczy (dwumiesięczna hodowla buljonowa odwirowana) i jeden niechorobotwórczy (hodowla jednomiesięczna); do rozcieńczeń antygenów dodawał 0,1 ctm. sz. surowicy swoistej, 2 godz. trzymał w cieplarni i dobił w lodowni. Dwie surowice chorobotwórcze strąciły antygen chorobotwórczy w rozcieńczeniu 1:20 i 1:50; tyżecia dała wynik ujemny; antygen niechorobotwórczy nie strącał się. Surowica niechorobotwórcza nie strąciła antygeny chorobotwórczego; jak się zachowała względem niechorobotwórczego, autor nie podał.

Próbę precypitacji wykonywałem w cieplarni pokojowej, dodając 0,1 ctm.³ rozcieńczonej surowicy do 0,5 ctm.³ antygeny i obserwując wynik najdalej po 2 godzinach; kłaczowate strąty widywałem często już po paru minutach. Jako antygen I służyły mi odwirowane zawiesiny dobowych hodowli agarowych w $\frac{1}{2}\%$ wodzie karbolowej, w ciągu 2 dni kilkakrotnie skłócane; także wyciągi, lecz w płynie Kocha, stanowiły ant. II; antygenem III były dwutygodniowe hodowle bulionowe, po skarbolizowaniu zaraz odwirowane, lub pozostawione w lodowni na parę tygodni dla samoistnego sklarowania się. Ten ostatni sposób polecić mogę do prób masowych. Antygeny te nie różniły się wybitnie pomiędzy sobą co do zdolności strącania się.

Trzy surowice królicze normalne strącały mi liczne wyciągi chorobotwórcze i rzadziej niechorobotwórcze, w maksymalnym rozcieńczeniu 1 : 4; wobec tego zaczynałem próby od rozcieńczenia 1 : 5, czyli od dawki 0,02 ctm.³ surowicy.

Surowica niechorobotwórcza III strąciła tylko saprofity; surowica VI, o wyższym mianie, strąciła także 2 atypowe szczepy chorobotwórcze, na resztę chorobotwórczych wpływu nie miała. Zachowanie się więc surowic niechorobotwórczych względem szczepów chorobotwórczych było w tej próbie inne, niż w

próbie aglutynacji, gdyż w tej ostatniej surowice te zlepiały liczne gronkowce chorobotwórcze, nieraz do granic miana.

Surowica chorobotwórcza I straciła tylko wyciągi chorobotwórcze; surowica zaś IV, o wyższym mianie, straciła także liczne saprofity, te ostatnie słabo jednak, w dawce 0,02 do 0,01, gdy większość antygenów chorobotwórczych straciła w dawce dziesięciokrotnie mniejszej; 5 wyciągów chorobotwórczych dało jednak miano nie wyższe od saprofitów; miałem więc w tej próbie pas jednakowej siły odczynów wobec surowicy chorobotwórczej z obiema grupami gronkowców.

Próba ta, równolegle wykonana z obiema grupami surowic, różniczkowała mi gronkowce; określiła też typ 13 gronkowców trudnozlepnych. Zapominając widocznie o istnieniu tych ostatnich, Geisse uważa próbę tę, jak i próbę wiązania dopełniacza, za zbytęcną w różniczkowaniu gronkowców wobec znacznie prostszej próby aglutynacji.

Wiązanie dopełniacza. Próba ta w różniczkowaniu gronkowców rzadko była stosowana. Ballner i Reibmayer mieli wyniki ujemne; u Altmanna i Blühdorna większość hemologów (wyciągi antiforminowe) mocniej hamowała hemolizę z surowicami swoistemi obu typów od heterologów. Badacze ci mieli w tej próbie strefę jednakowych maksymalnych odczynów z obiema grupami gronkowców, wskutek tego wyrazili przekonanie o istnieniu pokrewieństwa pomiędzy gronkowcami chorobotwórczymi i saprofitami. Analogiczne, lecz znacznie słabsze wyniki miał Geisse z wyciągami wodnymi z hodowli agarowych lub z dwumiesięcznymi hodowlami bulionowemi, surowica niechorobotwórcza przytem wcale nie hamowała z wyciągami chorobotwórczymi, z saprofitami zaś dawała miana niskie, do 0,05.

Do prób własnych używałem dwóch antygenów, opisanych w próbie precypitacji: wyciągów w płynie Kocha (antygen II) i dwutygodniowych hodowli bulionowych odwirowanych (ant. III), w dawce, wynoszącej $\frac{1}{5}$ najwyższej niehamującej, co zwykle odpowiadało 0,03 — 0,05 ctm.³; dopełniacza brałem 0,05 ctm.³; dwuchwytnika hemolitycznego poczwórną dawkę rozpuszczającą. Wszystkie odczynniki uzupełniałem solą fizyologiczną do 0,5 ctm.³, w tej też dawce brałem 5% zawiesiny krwinek baranich.

Surowice normalne królicze często hamowały z antygenami obu grup gronkowcowych w dawce 0,05 ctm.³, próby wobec tego

zaczynałem od dawki 0,03 ctm.³. Na tabl. V podane są próby z antygenem III.

Surowica niechorobotwórcza VII nie hamowała hemolizy z wyciągami chorobotwórczymi, z wyjątkiem 2 szczepów atypowych; z saprofitami zaś hamowała, z większością nawet do granicy miana; oddzieliła mi więc saprofity (również trudnozlepne) od typowych gronkowców chorobotwórczych. Surowica chorobotwórcza IV z większością wyciągów chorobotwórczych hamowała hemolizę do granicy miana (0,001 ctm.³), z 4 szczepami nieco niżej (0,002 ctm.³); to ostatnie miano dały też 3 saprofity, pozostałe zaś — niższe. I w tej więc próbie, jak i w poprzedniej, miałem pas jednakowych maksymalnych odczynów z obiema grupami gronkowców wobec surowic chorobotwórczych.

Po dwuletniem przeszczepieniu obserwowałem u paru gronkowców chorobotwórczych obniżenie się miana uczulającego z surowicą chorobotwórczą i podniesienie się tegoż z surowicą niechorobotwórczą; szczepy te już przedtem straciły zdolność hemolityczną. Na tablicy V zestawilem dwa szczepy atypowe (№ 27 i 29) oraz 13 trudnozlepnych obok kilku typowych gronkowców choro- i niechorobotwórczych.

Zapomocą prób powyższych różniczkowałem wszystkie moje szczepy, jeden wprawdzie dopiero po zbadaniu surowicy królika, tym szczepem (№ 27) uodpornionego.

Nie mając możności, nie dokonałem należytych badań nad zjadliwością szczepów moich dla zwierząt laboratoryjnych; z przeglądu jednak piśmiennictwa wynika, że metody, nawet najwięcej wypróbowane i polecane, zawieść mogą. Uważana przez Neissera za klasyczną, dożylna metoda szczepienia królików może zawieść, gdyż zdarzają się, jak sam Neisser przyznaje, króliki niewrażliwe; z drugiej zaś strony w doświadczeniach J. Kocha, Lexera i innych gronkowce słabozjadliwe, królików nie zabijające, wywoływały niekiedy u tych zwierząt po paru miesiącach zapalenia szpiku kostnego. A przecież trudności rozpoznawcze nastęrczają najczęściej nie gronkowce, wprost z ognisk choroby wyosobnione, lecz szczepy z osłabioną lub zniesioną zjadliwością, długo lub stale poza ustrojem ludzkim wegetujące. Dająca dobre na ogół wyniki, kolanowa metoda Dreyera, szczególnie polecana przez Geissego, temu ostatniemu nie zawsze dawała wyniki właściwe, gdyż szczep niehemolityczny, zlepiający się wysoko (1 : 1600) surowicą chorobotwórczą, wywołał ropienie stawu kolanowego, gdy in-

ny szep niehemolityczny, dwukrotnie mocniej zlepiający się (1 : 3200) dał wynik ujemny.

Metoda Lubenaua, krytykowana, i mnie dała wyniki niepewne, chociaż bowiem 8 saprofitów badanych myszy nie zabiło, nie zabiły również 4 szczepy chorobotwórcze na 16 badanych.

Próby hemolityczne oraz serologiczne (te ostatnie wykonane równolegle z obiema grupami surowic) ustaliły wśród gronkowców przemnie zbadanych tylko dwa gatunki: jeden właściwy gronkowcom dla człowieka chorobotwórczym, drugi—właściwy saprofitom; jedna bowiem grupa gronkowców, hemolityczna, posiadała wspólne cechy serologiczne względem surowic królików, uodpornionych szczepami chorobotwórczymi, druga zaś grupa, w warunkach doświadczenia niehemolityczna, posiadała wspólne cechy w stosunku do surowic królików, uodpornionych saprofitami. Obie te grupy różniły się pod względem hemolitycznym, antygenowym i surowiczym.

Wyjątek stanowił szczep 27, który posiadał jedne cechy, właściwe saprofitom, inne zaś właściwe gronkowcom chorobotwórczym, należał więc do typu przejściowego, widywanego przeze mnie podczas nabywania cech chorobotwórczych przez saprofity, o czym niżej.

Za pokrewieństwem obu gatunków gronkowcowych przemawia, prócz wspólnej strefy maksymalnych odczynów surowicznych, prócz możności pozbawienia gronkowców chorobotwórczych ich cech swoistych oraz prócz istnienia typów pośrednich, jeszcze, wykryta przez Geissego, możność otrzymania gronkowców chorobotwórczych z saprofitów. Badacz ten z gronkowców niehemolitycznych, nie zlepiających się surowicą swoistą chorobotwórczą i niezdadliwych dla królików, otrzymał po 2—4 pasażach tygodniowych w woreczkach kolodyumowych przez świnki, szczepy ropotwórcze w próbie kolanowej u królików, rozpuszczające szybko krew króliczą na płytce agarowej i mocno zlepiające się surowicą chorobotwórczą.

Do doświadczeń własnych wybrałem dwa szczepy 30 i 34, stale używane przeze mnie do prób wszelkich i mające wszystkie cechy typowych saprofitów. Woreczki kolodyumowe robiłem, wlewając ostrożnie, dla uniknięcia pęcherzyków powietrza, dość gęste kolodyum do połowy wąskich probówek, używanych do aglutynacji; kolodyum zaraz wylewałem, a probówki w pozycji skośnej, dnem do góry, wstawiałem na 10 minut do

cieplarki, poczem oddzielałem cienką pałeczką szklaną, nieco zwilżoną, kolodyum od ścian probówki, trzymając woreczek za języczek z kolodyum, tworzący się podczas wylewania. Woreczki wraz z nitką jedwabną gotowałem w ciągu 5—6 minut, wodę wyciągałem z nich pipetką, napełniałem do połowy kilkunastogodziną hodowlą bulionową i po przewiązaniu nitką obcinałem nadmiar woreczka, przyczem woreczek spadał do wyjałowionej probówki. Powłoki brzuszne (ogolone i zajodynowane) świnki nacinałem ostrożnie i stopniowo, pod chloroformem, z lewej strony, w odległości 1—2 cm. od linii środkowej, czyniąc możliwie krótki otwór; po wprowadzeniu woreczka wgłąb zaszywałem otrzewną wraz z mięśniami, a potem skórę; ranę pokrywałem kawałkiem gazy, przepojonej kolodyum. Po tygodniu woreczek z zabitej świnki wyjmowałem i po usunięciu włókna i opaleniu powierzchni woreczka hodowlę wydobywałem szprycą i siałem na agar.

Szczep 34, biały, już po pierwszym pasażu zaczął rozpuszczać krew króliczą na płytce agarowej po 24 g., przytem nieco podniosło się miano lepne i strącające z surowicą chorobotwórczą; z surowicą niechorobotwórczą pozostało bez zmiany; po drugim przejściu szczep ten dał hemolizę na płytce agarowej po 12 godzinach; również zaczął hemolizować wyciąg agarowy; miano lepne i strącające znacznie się podniosło z surowicą chorobotwórczą i nieco się obniżyło z sur. niechorobotwórczą; wyciąg bulionowy tego szczepu zaczął mocniej hamować hemolizę z sur. chorobotwórczą i słabiej z sur. niechorobotwórczą. Po trzecim pasażu zjawily się hemolizyny bulionowe; szczep ten na płytce agarowej zaczął hemolizować po 8 g.; wyciągi zaś agarowe rozpuściły krew króliczą w dawce 0,1 cm.³, a baranią w dawce 0,05 cm.³; surowica chorobotwórcza zlepiła szczep ten w rozcieńczeniu 1 : 2500, strąciła antygen bulionowy w dawce 0,001 cm.³ (granica miana) i w tejże dawce hamowała z nim hemolizę. Surowica niechorobotwórcza dała spadek miana lepnego z 1000 na 100, precypitacyjnego z 0,01 do cyfry, niższej od przeciętnie otrzymywanej z sur. normalnemi, oraz spadek miana uczulającego z 0,005 do 0,02. Szczep ten zżółkł i zaczął rozrzedzać żelatynę po 7 dniach. Znacznie powolniej pozbywał się swych cech swoistych drugi saprofit № 30. Tab. VII.

Przypuszczalnie i w ustroju ludzkim, w warunkach sprzyjających, saprofity gronkowcowe mogą przechodzić fazy powyższe. Z tego punktu widzenia dałaby się wytłumaczyć

T A B L I C A VII. *Hodowla gronkowców niechorobotwórczych w woreczkach kolodymowych wewnątrz świnek morskich.*

№ szczepu	№ pasażu tygodniowego	Barwa	H e m o l i z y n y						Aglutynacja		Precypitacja		Wiązanie dopełniacza		rozrzedzenie żelatyny
			buljon (ctm. ³)		agar (godzin)		wyciągi agarowe		Surow. chorobotwórc. IV miano 12000	Sur. niechorobotwórcza VII m. 2000	S. chorobotw. IV m. 0,001	S. niechorob. VII m. 0,01	S. chorobotw. IV m. 0,001	S. niechorob. VII m. 0,005	
			król	baran	król	baran	król	baran							
34	przed	biała	—	—	—	—	—	100	1000	0,02	0,01	0,005	0,005	—	
"	I	bladoż.	—	—	24	—	—	500	"	0,01	"	"	"	—	
"	II	jasnoż.	—	—	12	12	0,2 0,1	2000	500	0,002	0,02	0,002	0,01	—	
"	III	żółta	0,5	0,5	8	8	0,1 0,05	2500	100	0,001	—	0,001	0,02	+	
30	przed	żółta	—	—	—	—	—	100	2000	—	0,01	0,005	0,005	+	
"	I	"	—	—	—	—	—	"	"	—	"	"	"	"	
"	II	"	—	—	—	—	—	"	"	—	"	"	"	"	
"	III	"	—	—	12	8	—	1000	"	0,02	"	"	"	"	
"	IV	"	0,5	0,5	12	8	0,1 0,1	2000	1000	0,01	0,02	"	"	"	

atypowość niektórych szczepów, od ludzi otrzymanych. Kilkakrotnie już wspomniany szczep 27, otrzymany z moczu potrypowego, zawierającego jeszcze sporo ropy i śluzu, w próbie wiązania dopełniacza zachował się jak saprofit, w próbie precypitacji dał odczyn słabododatni z surowicą chorobotwórczą, bardzo słabo dodatni z jedną sur. niechorobotwórczą i ujemny z drugą; był trudnozlepny, surowica jednak królika tym szczepem uodpornionego, zlepiła wysoko większość szczepów chorobotwórczych i bardzo słabo lub wcale saprofity; szczep ten hemolizował szybko na płycie agarowej, hemolizyn zaś bulionowych nie dał; wreszcie żelatyny nie rozrzedzał. Cechy te w zupełności odpowiadają cechom szczepu 34, pierwotnie niechorobotwórczego, po przedostatnim pasażu przez świnkę.

Geisse wyraził przypuszczenie, że saprofity w warunkach, osłabiających żywotność tkanek ustrojowych (np. wpływy termiczne, zaburzenia cyrkulacyjne i t. d.) mogą nabyć zjadliwości i wywołać zakażenia u człowieka, np. ran operacyjnych.

Wyniki badań powyższych są następujące:

A) w sprawie różniczkowania gronkowców:

1) Próba hemolityczna na płycie agarowej z krwią króliczą jest najprostszą, szybką, (gdyż czas próby nie powinien przekraczać doby), pewną i jedynie możliwą do stosowania w wyosobnianiu gronkowców chorobotwórczych z mieszaniny bakteryjnej. Równie pewną jest mozołniejsza próba bulionowa Neissera i Wechsberga, natomiast metoda Oppenheimera może dać niekiedy wynik dodatni z saprofitami.

2) Próba aglutynacji z surowicami chorobotwórczymi daje wyniki pewne, jeśli pominąć szczepy trudnozlepne; z surowicami zaś niechorobotwórczymi często różniczkuje gronkowce dopiero po zastosowaniu metody Castellaniego; surowice te bowiem zlepiły mi mocno, nieraz do granicy miana, szczepy chorobotwórcze. Gronkowce trudnozlepne mogą być zróżniczkowane po zbadaniu własności zlepnych surowicy królików, szczepami tymi uodpornionych.

3) Próby precypitacji i wiązania dopełniacza, wykonane równolegle z obiema grupami surowic, dają wyniki różniczkowe dobre, służyć też mogą do różniczkowania szczepów trudnozlepnych.

4) Metoda Engelanda w moich badaniach zawiodła.

5) Ustalenie gatunku gronkowca może być dokonane bez określania zjadliwości dla zwierząt laboratoryjnych.

B) w sprawie pokrewieństwa gronkowców:

1) Śród 102 szczepów rozmaitego pochodzenia i rozmaitych własności hodowlanych, ustaliłem tylko dwa gatunki, różniące się pod względem antygenowym i surowiczym: hemolityczny, właściwy gronkowcom chorobotwórczym i niehemolityczny (w warunkach doświadczenia), właściwy saprofitom. Gronkowce, należące do jednego z tych gatunków, posiadały wspólne cechy serologiczne; saprofity różniły się przytem pomiędzy sobą zdolnością rozrzedzania żelatyny, ścinania mleka, stopniem zakwaszania bulionu cukrowego oraz barwą i wyglądem kolonii.

2) Jeden gatunek w drugi przechodzić może. W doświadczeniach moich saprofity najwcześniej nabywały zdolności hemolitycznej na płycie agarowej z krwią króliczą; w

tym że czasie zaczęło się podnosić miano złepne i strącające z surowicą chorobotwórczą; później zaczęło się podnosić z nią miano uczulające i zjawily się hemolizyny bulionowe. Ten sam porządek obserwowałem w zanikaniu cech swoistych u gronkowców chorobotwórczych.

3) Przed ukończeniem procesu nabywa-

nia cech nowych i pozbywania się cech starych powstają szczepy atypowe, pośrednie, posiadające jedne cechy, właściwe saprofitom, inne zaś swoiste dla gronkowców chorobotwórczych. Stopień atypowości zależy od momentu badania w czasie odbywania się tego procesu.

ODCINEK.

W sprawie kliniki otologicznej i laryngologicznej w Warszawie.

Napisał

J. S z m u r ł o.

Dla polskiej otologii i laryngologii zbliża się chwila przelomowa, która do pewnego stopnia rozstrzygnie o przyszłym rozwoju u nas tych dwóch gałęzi wiedzy lekarskiej. W przyszłym roku akademickim powstaje katedra, a może nawet katedry laryngologii i otologii. Dla tego warto zawczasu zastanowić się nad tem, jakie potrzeby są u nas w tych działach medycyny, jak należy sprawę wykładów tych chorób postawić i jakie urządzenia pomocnicze do życia powołać, wzorując się na tem, co istnieje u nas, i co zagranica w tym kierunku stworzyła.

Wogóle powiedzieć możemy, że sprawa leczenia chorych usznych i gardłanych znajduje się u nas w stanie opłakanym. Choć w szpitalach Warszawy i większych miast prowincjonalnych, jak Lublin, Łódź, Częstochowa, mamy wszędzie przyjęcia ambulatoryjne z dziedziny chorób nosa, gardła i uszu, to jednak pomoc stała w postaci oddziałów dla chorych tej kategorii znajduje się w stanie zaczątkowym. Warszawa, miasto prawie milionowe, posiada 40 łóżek dla tych specjalności, Łódź—7 łóżek, w Lublinie zaś, Częstochowie Radomiu oddziałów usznych i gardłowych niema wcale, a lekarze specjaliści mogą umieszczać swych chorych na salach szpitalnych tylko w razie obecności wolnych miejsc na ogólnych salach wewnętrznych i chirurgicznych¹⁾. W ten sposób całe Królestwo z 12¹/₂ milionami ludności posiada dla chorych usznych i gardłanych zaledwie 48 łóżek, a chorzy z zakresu tych specjalności potrzebują leczenia szpitalnego, przeważnie chirurgicznego, często są pozbawieni możności leczenia się w szpitalu, albo też dostają się na oddziały chirurgiczne lub wewnętrzne ogólne, pod opiekę lekarzy nie specjalistów i nie otrzymują tej pomocy, jakaby w poszczególniejszych warunkach otrzymać powinni. Odbija

się to na wynikach leczenia, na zwiększonej śmiertelności i kalectwach, zwłaszcza z chorób usznych, przedewszystkiem na większej liczbie głuchoniemych u nas niż gdzieindziej. Według statystyki Konczyńskiego, wśród polskiej ludności Warszawy w roku 1897 przypadało na 10000 ludności 10,6 głuchoniemych, podczas gdy w Berlinie przypadało tylko 8,2. Ta różnica, przypuszczać należy, w znacznej mierze zależy od tego, że w Berlinie wszelkie powikłania uszne, zwłaszcza w chorobach zakaźnych, dzięki dostatecznej liczbie szpitali i specjalistów otologów są należycie leczone, kiedy u nas na powikłania te zbyt często prawie żadnej nie zwraca się uwagi. Nie dość na tem. Niedawne są to jeszcze czasy, kiedy lekarze nawet uważali wypływ z uszu za rzecz pożyteczną, za oczyszczenie ustroju ludzkiego od humorów szkodliwych. Przesądów tych w braku kliniki usznej nie było komu u nas wypłeniać. Wiadomo zaś, jak częste są powikłania w chorobach zakaźnych cierpieniami usznymi. Według obliczeń statystycznych sama szkarlatyna daje około 16% głuchoniemych, na odrę przypada około 6%, na inne choroby zakaźne około 13%. A więc przeszło 1/3 część przypadków głuchoniemoty powodują choroby zakaźne.

Zdaniem słynnego otologa niemieckiego v. Trötscha, 1/5 część głuchoniemych można byłoby ocalić od tego strasznego kalectwa, gdyby byli we właściwym czasie odpowiednio leczeni. Według Konczyńskiego, Królestwo Polskie w roku 1897 liczyło 13834 głuchoniemych i niemych. Z tych, według Trötscha 2766 osób byłoby wolnych od swego kalectwa, gdyby byli należycie i we właściwym czasie leczeni. Nie potrzebuję dodawać, wiele by na tem społeczeństwo polskie zyskało!

Katedry laryngologii i otologii mają u nas nadzwyczaj doniosłe znaczenie, które powinniśmy mieć na uwadze: powinniśmy dać młodym lekarzom podstawowe wiadomości z dziedziny chorób gardła, nosa, a zwłaszcza uszu, tak zaniedbanych u nas na prowincyi; powin-

¹⁾ Patrz M. Hertza, Sprawa oddziałów otolaryngologicznych w szpitalach miejskich. Medycyna 1917, № 30, 36 i 37.

ny przygotować zastęp specjalistów do działalności zarówno w stolicy, jak i w miastach pomniejszych; powinny dać początek i właściwy kierunek akcji społecznej, mającej na celu zakładanie szkół dla głuchoniemych, w które kraj nasz jest tak ubogi, oraz szkół dla dzieci ze zboczeniami mowy, jak jąkanie się, bełkotanie i t. p., wreszcie powinny dołożyć wszelkich starań, ażeby powstrzymany u nas od lat kilkunastu rozwój otologii i laryngologii pchnąć naprzód. Ażeby należycie odpowiedzieć tym zadaniom, katedry te nie mogą poprzestać na materyale poliklinicznym. Dla celów pedagogicznych muszą one rozporządzać stałymi łózkami, tylko bowiem w klinice można dokonywać poważnych operacji, jak trepanacja wyrostka sutkowego, zatok bocznych nosa, operacja radykalna ucha środkowego, otwarcie błędnika i ropni mózgowych, laryngofisura, usuwanie nowotworów złośliwych nosa, gardła, krtani i t. p. Tylko w klinice można wykazać naocznie słuchaczom cały pożytek i znaczenie tych specjalności dla chorego ogółu. Trzeba sobie jasno i wyraźnie powiedzieć, że katedra, nie rozporządzająca kliniką, powiększy tylko liczbę przyjęć ambulatoryjnych w Warszawie o jedno, większego wszakże wpływu na te zadania, któreśmy jej postawili, mieć nie będzie. Nawet niewielki oddział kliniczny przy katedrze więcej robi dla nauki i chorych, aniżeli wielka poliklinika. Za przykład najlepszy posłużyć może klinika laryngologiczna krakowska, bardzo uboga w środki, co nie przeszkadzało jej odegrać, pod kierownictwem niezapomnianego prof. P. Pieniążka, wybitnej roli w rozwoju laryngologii. Zarówno choroby uszne, jak nosa i gardła obecnie niemal całkowicie wchodzą w zakres specjalności chirurgicznych; dlatego też i kliniki tych chorób muszą posiadać salę operacyjną i wszelkie inne urządzenia pomocnicze, jak gabinet rentgenologiczny, pracownię do badań bakteriologicznych, histologicznych i t. p. Wobec tego musimy postawić pierwsze zasadnicze żądanie: katedra wspólna lub osobne katedry otologii i rynolaryngologii muszą posiadać oprócz polikliniki i oddział kliniczny. Może to być na razie oddział mniejszy, ale bądź co bądź oddział taki musi być stworzony równocześnie z otwarciem polikliniki. W przeciwnym razie stanie się to, co dotychczas widzimy we Lwowie. Katedra powstała, utworzono przy niej poliklinikę, narazie wszelkie środki zabrakło i już dziesięć lat mija, kiedy środków tych wciąż brak, i uniwersytet ku wielkiej szkodzi słuchaczy, chorych i społeczeństwa musi się wciąż obywać bez kliniki.

Tylko istnienie klinik dało możliwość laryngologii, a zwłaszcza otologii, specjalności niemniej ważnej od okulistyki, a tak niegdyś lekceważonej, zając wybitne stanowisko w szeregu innych gałęzi wiedzy lekarskiej. Wiekopomne prace Schwartzego, Zaufalla, Stackego, Politzera, Barany'ego i innych tylko w klinice mogły być dokonane. Z drugiej znów strony słaby rozwój tych specjalności u nas w ostatnich dwóch lat dziesiątkach musimy

stanowczo uzależnić od braku warsztatów klinicznych pracy, w których mogliby się wyrabiać dzielni specjaliści, zarówno otolodzy, jak i laryngolodzy.

Przechodzę teraz do innego pytania: czy powinny powstać oddzielne katedry laryngologii i otologii, czy też jedna wspólna otorynolaryngologii. We wstępie przede wszystkim muszę zaznaczyć, że nawet nauce o chorobach górnego odcinka dróg oddechowych daje się niewłaściwą nazwę laryngologii, dosłownie oznaczającą naukę o chorobach krtani. W istocie bowiem choroby krtani stanowią w tej dziedzinie dział dość szczupły, przypada bowiem na niego zaledwie $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ część przypadków wszystkich chorób górnego odcinka dróg oddechowych. Tak np. z moich obliczeń wynika, że na 10352 chorych na uszy, nos i gardło, spostrzeganych przeze mnie, w ciągu okresu czteroletniego (od roku 1900 do 1904) na choroby uszne wypadło 5027 chorych, na choroby nosa i gardła 4597 i na choroby krtani 928 chorych, stanowi to $\frac{1}{10}$ część wszystkich chorych, a $\frac{1}{5}$ chorych na nos i gardło. Statystyki inne podają stosunek wielce zbliżony do mojego. Tak np. w szpitalu św. Ducha w r. 1907 przyjęto w ambulatoriach chorych na uszy 1747, a na gardło, nos i krtani — 1676. Można więc mówić o katedrze rynopharyngolaryngologii, nigdy wszakże nie możemy mówić o specjalnej katedrze laryngologii, jak to zwykle rozumiemy. W patologii ustroju ludzkiego choroby krtani odgrywają rolę ważną, ale bynajmniej nie ważniejszą od chorób nosa lub gardła. Takie uprzywilejowanie chorób krtani powstało wskutek trudności technicznych, związanych z dokładniejszym zapoznaniem się z niemi. Niemniejsze wszakże trudności przedstawia i rynoskopia tylna, dokonywana zapomocą lusterka oraz drogą bezpośrednią.

Wobec przytoczonego wyżej stosunku chorób nosa i gardła do chorób krtani, widać odrazu, że pierwsze dwie wymagają w wykładach klinicznych większego uwzględnienia niż ostatnie, tembardziej, że choroby te odgrywają również wybitną rolę w powstawaniu zarówno chorób ucha jak i krtani. Gdybyśmy chcieli graficznie przedstawić sobie stosunek chorób gardła i nosa do chorób ucha i krtani, uczynilibyśmy to w postaci kąta, w którego wierzchołku znajdujemy choroby nosa i gardła a na przebiegu dwu ramion spotykamy z jednej strony choroby ucha, z drugiej choroby krtani. Stąd wynika konieczność zarówno w otologii, jak i w laryngologii właściwej, aby uwzględniać dział rynopharyngologii. Zarówno w dziale chorób uszu jak i w dziale chorób krtani, musimy wstawić rozdział o chorobach nosa i gardła, bo bez nich nie możemy się dokładnie zapoznać ani z jednemi, ani z drugimi. Stąd widzimy, że w klinikach oddzielnych zarówno otologicznych jak i laryngologicznych przewijają się wciąż chorzy z chorobami nosa i gardła, bo tego się nie da uniknąć.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że chcąc pogłębić jakiś dział wiedzy, trzeba mu się

całkowicie poświęcić. Im dział ten jest węższy, tem łatwiej go opanować. Z tego punktu widzenia podział na choroby górnego odcinka dróg oddechowych i choroby uszne jest zupełnie uprawniony i taki podział istniał w wielu uniwersytetach Niemiec, Anglii, a nawet u nas. Tak przynajmniej było w Krakowie: naukę o chorobach górnego odcinka dróg oddechowych wykładał ś. p. Pieniążek, dla chorób zaś usznych istniała docentura. Oddzielne katedry t. zw. laryngologii istnieją obecnie w Berlinie, Wiedniu, Frankfurcie, Frejburgu, istniały przedtem i w wielu innych miastach niemieckich, jak Monachium, Heidelberg i in. Twórcy otologii i laryngologii jak Voltolini, Störk, Semon, B. Fränkel, Schwartze, Lawe, Toynbee, nie łączyli obu tych specjalności ale je osobno z wielkim dla nauki lekarskiej pożytkiem uprawiali.

W ostatnich czasach wszakże poczyną przeważać w uniwersytetach zarówno Francji, jak Anglii i Niemiec kierunek, który nazwę utrakwistycznym. We Francji oddawna istniało połączenie otologii z rynolaryngologią, w Anglii i Stanach Zjednoczonych spotykamy nawet niekiedy połączenie oftalmologii z laryngologią. W Niemczech od początków drugiego dziesiątka bieżącego stulecia istniało jeszcze 8 uniwersytetów z oddzielnymi katedrami chorób usznych i gardlanych. W ostatnich wszakże czasach, jak to stwierdzają Denker i Brünings w przedmowie do swego dzieła, większość państw związkowych Rzeszy Niemieckiej, uwzględniając zarówno względy pedagogiczne jak i praktyczne, tworzy jedną wspólną katedrę otorynolaryngologii.

A względy te są następujące: Zarówno choroby uszu, jak i gardła wymagają do badań posilkowania się reflektorem. Stąd wynika oszczędność czasu jeżeli jeden profesor udziela słuchaczom odpowiednich rad i wskazówek. Dalej, jak to już wyżej wspomnieliśmy, zarówno choroby uszu jak i krtani, wymagają szerokiego uwzględnienia chorób nosa i gardła, których wykład musi stanowić integralną część zarówno wykładów o chorobach uszu jak i wykładów o chorobach górnego odcinka dróg oddechowych. I tu również ze względów na oszczędność czasu miejsca, lepiej byłoby powierzyć wykłady jednemu profesorowi. Wreszcie trzeci wzgląd, bynajmniej nie najblachszy, polega na tem, że koszt utrzymania jednej katedry i jednej kliniki będzie daleko mniejszy, aniżeli dwóch, tembardziej, że obie muszą być zaopatrzone we wspólny dział narzędzi i urządzeń potrzebnych do rozpoznania i leczenia cierpień nosowych i gardlanych.

Otolog bowiem, ażeby przywrócić słuch głuchemu dziecku, nie będzie odsyłał go do kliniki gardlanej w celu wycięcia wyrosła adenoidalnych, zarówno jak laryngolog sam zbada uszy chorego na krtani, który uskarża się na ból uszu, zamiast odsyłać go do otologa.

Względy te są, zdaniem mojem, tak poważne, że powinny przechylić decyzję wy-

działu lekarskiego na korzyść utworzenia jednej wspólnej katedry otorynolaryngologii. Ze względu na ważność działu chorób usznych w patologii i w życiu, dalej ze względu na słaby rozwój i upośledzenie tej specjalności u nas, uważałbym za niesłuszne i szkodliwe dla rozwoju u nas wiedzy lekarskiej tworzenie katedry laryngologii a przy niej docentury chorób usznych, jak to się stało w Krakowie i Lwowie. Dowodzi to dążenia do pewnego rodzaju supremacji chorób gardła, a zwłaszcza krtani, na rachunek chorób uszu zarówno pośród przedstawicieli senatu uniwersyteckiego, jak słuchaczy i ogółu. Dążenie takie byłoby niesłuszne i niczem nie usprawiedliwione, gdyż jak to cyframi wykazałem, chorzy uszni w przychodniach i gabinetach lekarskich górują nad chorymi gardlanymi i kalectwa ze strony uszu cięższą krzywdę czynią chorym i ogółowi, niż kalectwa spowodowane chorobami nosa, gardła lub krtani. Takie wysunięcie na pierwszy plan działu chorób usznych w Warszawie, pożądane byłoby tem bardziej, ze względu na faworyzowanie działu chorób gardlanych w Krakowie i Lwowie.

Wielką trudność w chwili obecnej nastęrcza utworzenie kliniki otolaryngologicznej, wskutek tego że dawny uniwersytet kliniki takiej nie posiadał i że wogóle w szpitalach warszawskich liczba łóżek dla tej kategorii chorych jest bardzo niewielka. Dziś właśnie mamy w Warszawie tylko 40 łóżek dla chorych na uszy i gardło: 26 w szpitalu żydowskim, 6—w szpitalu ewangelickim i 8 w szpitalu dziecięcym przy ul. Kopernika. Liczba ta łóżek dla Warszawy jest stanowczo zamała. Dla tego zwiększenie tej liczby leży zarówno w interesie miasta jak i uniwersytetu. Należałoby więc wyszukać w Warszawie szpital, w którym możnaby urządzić klinikę chorób usznych i gardlanych. Z istniejących obecnie szpitali w Warszawie wydaje mi się do tego celu najodpowiedniejszy szpital Św. Rocha. Szpital ten położony w środku miasta w sąsiedztwie uniwersytetu, nie mający żadnych szans rozszerzenia i powiększenia w przyszłości, ze względu na swe położenie nie może pozostać w stanie dotychczasowym, ale musi znaleźć inne zastosowanie. Liczba obecnie czynnych łóżek w tym szpitalu jest stanowczo za wielka. Oddziały chirurgiczne i wewnętrzne znajdują się w warunkach, które uchodzić mogły za możliwe przed 50-u laty, obecnie wszakże ostać się nie mogą i nie powinny. Szpital ten więc, jako szpital na przeszło 120 łóżek, powinien przestać istnieć, natomiast uniwersytet powinien wejść w układy z miastem w celu przejęcia go i urządzenia w nim kliniki chorób gardlanych i usznych na 50 chorych: 25 mężczyzn i 25 kobiet. Wtedy można będzie urządzić w szpitalu i należytą poliklinikę i wszystkie inne urządzenia pomocnicze, jak salę operacyjną i opatrunkową, gabinet rentgenologiczny, gabinet do badań anatomopatologicznych i bakteriologicznych, nie mówiąc już o gabinecie dla profesora i asystentów. Gmach frontowy mieścił-

by po odpowiednim przerobieniu dolnego piętra poczekalnie dla chorych oraz oddział administracyjny szpitala, na pierwszym piętrze poliklinikę, salę wykładową i gabinety pomocnicze, boczne skrzydła służyłyby za sale chorych, pokoje opatrunkowe, sale operacyjne i t. p. W ten sposób miasto zyskałoby jeden duży szpital specjalny, będący odpowiednikiem szpitala ocznego, a uniwersytet dość dużą, odpowiadającą potrzebom wykładową, klinikę i poliklinikę uszną i gardlaną. Miasto na razie straciłoby przez to kilkadziesiąt łóżek chirurgicznych i wewnętrznych. Ze względu więc na trudności tymczasowe z powodu braku miejsc w szpitalach klinika u-

sznogardlana musiałaby się na razie zadowolnić pomieszczeniem skromniejszym, może tylko połową szpitala i mieć do swego rozporządzenia mniej łóżek, ale los szpitala św. Rocha należałoby, zdaniem mojem, odrazu w tym kierunku przesądzić zarówno w interesach miasta, jak i uniwersytetu. Takie rozstrzygnięcie losów tego szpitala zmusiłoby nareszcie do postawienia na porządku dziennym sprawy budowy szpitala w innem odpowiedniejszym miejscu. Środki na to wystarczą, chociażby ze sprzedaży bogatych posiadłości podmiejskich, jakich obecnie jest właścicielem szpital św. Rocha.

Wiadomości bieżące.

— Do departamentu sanitarnego Ministerjum spraw wojskowych wpływają liczne podania lekarzy o posady. Świadczy to pochlebnie o gotowości lekarzy do służenia ojczyźnie na placówkach najpotrzebniejszych i najbardziej zagrożonych. Wielu kolegów, którzy dotychczas zajmowali stanowiska wybitne w instytucjach cywilnych, przyjęło bez zastrzeżeń ofiarowane im posady. Z drugiej strony jednak dochodzą nas wiadomości ze źródeł miarodajnych, że niektórzy lekarze w ostatniej chwili przed przysięgą wycofują swoje podania z różnych przyczyn najczęściej natury osobistej (odległość miejsca służby od Warszawy, mniej dogodne warunki i t. d.). W chwili kiedy kraj ze wszech stron szarpany jest przez wrogów, kiedy młoda armia polska z nadludzkim wysiłkiem zdobywa wawrzyny na polach bitew, wysuwanie na pierwszy plan pobudek egoistycznych uważamy za niegodne lekarzy. Jeżeli lekarz zdobywa się na chwalebny czyn służenia w armii polskiej, powinien z góry być przygotowany na to, że go poszłą tam, gdzie będzie najwięcej potrzebny. Porzucanie zamiaru wstąpienia do armii po zakwalifikowaniu może być do pewnego stopnia uważane za dezercję i spotka się z zasłużonem potępieniem ze strony społeczeństwa.

— Ministerstwo Zdrowia Publicznego wydało № 1 „Przyjaciela Zdrowia Ludu”, pisma poświęconego higienie ludu i wsi. Wydawnictwo to powitać należy z uznaniem, gdyż higiena ludu w szczególności higiena wsi, na kresach b. zaboru rosyjskiego wiele pozostawia do życzenia. Złożyły się na to warunki i polityczne i społeczne; to też, gdy przyczyny, hamujące na tem właśnie polu działalność władz państwowych polskich jak i społeczeństwa, zostały usunięte, na zaniedbaną dziedzinę zwrócono natychmiast baczniejszą uwagę.

„Przyjaciel Zdrowia Ludu” pod redakcją zasłużonego w Galicyi na polu higieny ludowej działacza, dra Bronisława Kaczorowskiego, przynosi ze sobą szereg popularnych artykułów z działy wiejskich stosunków sanitarnych:

Na treść № 1 składają się artykuły następujące:

Dr B. Kaczorowski. Słowo wstępne. Dr. B. Kaczorowski. Służba wojskowa jako czynnik zdrowotny u młodzieży naszej. — O budowie zagród włościańskich. — Dr B. Kaczorowski. Przyczyny chorób zakaźnych czyli zaraźliwych. — Do wszystkich ludzi dobrej woli, do duchowieństwa, nauczycielstwa, zwierzchności gminnej — Dr M. D. Co wpływa na ilość i jakość mleka u krów. Dr B. Kaczorowski. Gruźlica i szerzenie się tejże. Dr. B. Kaczorowski. Co powinno robić każde dziecko rano, po przebudzeniu się? — Rozmaitości. Wydawnictwa popularne.

Wydawnictwo naogół przedstawia się, jako dość barwnie i przystępnie redagowane.

Na jedno należałoby jednak zwrócić uwagę, a mianowicie, na unikanie niektórych pojęć oraz nazw technicznych, dla ludu wiejskiego mało znanych, jak np. mikromilimetr, milimetr sześcienny i t. p. względnie zastąpić je nazwami innemi, lub też nazwy te w przypisku bliżej i dokładniej określić.

Są to zresztą usterki drobne, poza tem treścią swą, wydawnictwo, nie ulega wątpliwości, zainteresuje sfery włościańskie.

— Komitet Pomocy Koleżeńskiej nadesłał nam następującą odezwę do ogółu kolegów:

„Podczas czy.ności zbierania składek na korzyść Komitetu Pomocy Koleżeńskiej, niektórzy koledzy wyrażają wątpliwość, czy zasilanie Komitetu składkami jest jeszcze potrzebne. Wobec tego Komitet Pomocy Koleżeńskiej niniejszem podaje do wiadomości ogółu kolegów, że ośm rodzin pobi ra jeszcze miesięczne pożyczki w sumie 818 mk., i zwraca uwagę, że Komitet nie będzie w stanie zaspokoić podań nowego napływu, będących nieraz w nędzy, rodzin lekarzy, jeżeli dawniej przebywający w Warszawie koledzy ustaną w płaceniu składek, a nowo przybyli nie zapiszą się na listę płacących“.

N A D E S Ł A N O.

Prof. dr med. Alfred Sokołowski. Choroby proletaryatu. Wykłady z dziedziny medycyny społecznej, wypowiedziane na wolnej wszechnicy polskiej w roku akaēm. 1917/18. Warszawa. 1918.

N E K R O L O G I A.

Dr PAWEŁ SIERAGOWSKI.

W dniu 4-ym stycznia r. b. zmarł w Warszawie przeżywszy lat 70. Wybitny lekarz, dermatolog i syfilidolog, w ciągu kilku dziesiątków lat był jednym z najbardziej wziętych i popularnych praktyków w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych. A rozległe to powodzenie, którem się cieszył zmarły do samej śmierci wśród wszystkich warstw naszego społeczeństwa, zawdzięczał nie tylko swej gruntownej fachowej wiedzy, lecz i humanitarnemu i sumiennemu spełnianiu swych obowiązków. Ten rys znamieny humanitaryzmu i sumiennego wypełniania przyjętych na siebie zobowiązań cechował zmarłego i w innych filantropijnych i społecznych zajęciach, na które powoływało go zaufanie powszechne.

Jako wieloletni członek kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach, współzałożyciel i kierownik szkoły elementarnej założonej przez grono lekarzy, jako członek komitetu rozdawnictwa odzieży biednym mieszkańcom m. Warszawy i współpracownik innych instytucji, nie tylko spełniał sumiennie i gorliwie przyjęte na siebie zobowiązania, lecz instytucje te, a szczególnie szkołę im. Boduena, szczerze i stale zasilał materyalnie.

W ciągu pierwszych 6-u lat po rozpoczęciu praktyki w Warszawie, Sieragowski był ordynatorem kliniki chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu Ś-go Łazarza; odznaczał się na

tem stanowisku nie tylko wielką pieczołowitością dla chorych, lecz i chęcią nauczania studentów, którym dużo czasu i pracy poświęcał. To też liczne szeregi młodzieży akademickiej, która studiowała medycynę w 80-ych latach ubiegłego stulecia, z wdzięcznością i uznaniem wspominają jednego z najsumienniejszych i najbardziej oddanych sprawie nauczania ordynatorów klinicznych.

Aczkolwiek był on *par excellence* lekarzem praktykiem, odczuwał jednak głęboko potrzebę gruntownego teoretycznego wykształcenia lekarzy, a wyraz pod tym względem swych zapatrywań i pragnień ziścił jeszcze za życia, tworząc w r. 1912, po śmierci swej ukochanej małżonki, fundację wieczystą imienia Sieragowskich w sumie 50 tysięcy rubli, złożoną w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim; odsetki od tej sumy mają służyć jako zapomogi dla wybitnych uczonych polskich, pracujących na polu biologii i medycyny doświadczalnej.

Jako człowiek Sieragowski był charakteru prawego i szlachetnego. Łagodny i wyrozumiały w obejściu, pozostawił wśród licznej rzeszy swych pacjentów i bliżej znających Go osób żal serdeczny, a w społeczeństwie pamiętkę niezwykłą przez stworzenie wyżej wzmiankowanej fundacji.

Cześć Jego pamięci!

Dr A. Sokołowski.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Władysław Oltuszewski. Kilka uwag o istocie chorób mowy, podstawie ich leczenia i otrzymanych wynikach leczniczych.	25	wców (dokończenie).	27
Ryszard Szerypo. Przyczynę do sprawy pokrewieństwa i różniczkowania gronko-		Odcinek. J. Szumło. W sprawie kliniki otologicznej i laryngologicznej w Warszawie	32
		Wiadomości bieżące	35
		Nekrologia	36

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 5½ do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 1 m. 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem (pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

(ogłądanie, opukiwanie, obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie).

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI
ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Ogłądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Świeżo wydano:

FELIKS ERBRICH.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych

ilustrowane 30 rysunkami w tekście i 7-a tablicami kolorowymi.

Cena 8 mk.

Nakład autora. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa —
Warszawa, Lublin, Łódź.

Nabywać można we wszystkich księgarniach i w Administracji Gazety
Lekarskiej.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i o-
płucnej.
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźli-
cy płucnej.
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego.
 № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafi-
laksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria ana-
filaksji.
 № 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.
 № 11, 12. M. Michałowicz. Biologiczne własności mleka i ich znaczenie dla
odżywiania niemowląt. W świetle badań współczesnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarla-
tyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i za-
każenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenterya. Cholera. Zapa-
lenie opon mózgowordzeniowych nagminne. Tężec. Żółtyca. Zakażenie
waglikowe. Nosaczka. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch
tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.