

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O ciężkiej postaci niedokrwistości ciężarnych, podał Józef Jaworski. (Dokończenie). — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy) — **Streszczenia i wyciągi.** 17. O epidemii dżumy w Hongkongu w 1894 r. 18. a) Serodyagnostyka duru brzuszego. b) Przyczynę do serodyagnostyki duru brzuszego metodą Widal'a. c) Rozpoznawanie duru brzuszego i sposób rozpoznawczy Widal'a. d) Wartość sposobu Widal'a dla rozpoznawania duru brzuszego. e) Serodyagnostyka duru brzuszego. — **Udciinek.** Nowy szpital w Hamburgu (Eppendorf). Skreślił d-r med. J. Wszebor. (Ciąg dalszy). — **Korespondencya „Medycyny”.** — Emil du Bois-Reymond. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Jaworski — Sur une forme d'anémie grave pendant la grossesse. 2) D-r H. Higier — Sur des formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle épinière.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Jaworski — Ueber eine schwere Form der Anaemie bei Schwangeren. 2) D-r H. Higier — Ueber seltene Gestalten hereditärer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str. 5.

ZE SZPITALA WOLSKIEGO W WARSZAWIE.

O ciężkiej postaci niedokrwistości ciężarnych,

podał

JÓZEF JAWORSKI

lekarz ambulatoryum chorób kobiecych tegoż szpitala.

(Dokończenie.—Zob. N. 5).

Rozpatrując przypadki tej niedokrwistości ciężarnych, opisane przez GUSSEROW'a, widzimy, że z wyjątkiem pierwszej chorej, u której przy dwóch wcześniejszych ciążach nastąpiło umiarkowane krwawienie (*ein ziemlicher Blutverlust*—jak mówi GUSSEROW) z pęknięcia rozszerzonej żyły, wszystkie inne chore, czy to jednorazowych, czy częstych utrat krwi nie ponosiły podczas porodu, ani przy innych okolicznościach, i autor ze szczególnym naciskiem zaznacza, że krwawienie podczas porodu było bardzo małe (*Blutverlust gering*). Co się tyczy mego spostrzeżenia, to, jak wiadomo, krwawienia nie było prawie żadnego, a ta drobna ilość straconej krwi przy porodzie podobną była raczej do jakiejś cieczy żółtawej, niż do krwi.

W szeregu czynników, powodujących te cierpienia, znajduje się złe odżywianie, i wogóle, ciężkie warunki bytu. Przypuszczenie podobne nie wydaje się jednak słusznem, ponieważ warunki takie nie u wszystkich chorych istniały; powtórę, najstaranniejszy sposób odżywiania dobrego w szpitalu (w przypadku V-ym GUSSEROW'a) bynajmniej nie powstrzymał wszystkich, gwałtownych postępów niedokrwistości. Zresztą, te warunki zewnętrzne u wszystkich wzmiankowanych chorych nie różniły się wielce od bytu reszty ludności.

Na tej samej podstawie, co do swoich przypadków, GUSSEROW wyłącza wpływy miejscowe; większość jego chorych pochodziła z kantonu Zürichskiego. Również ilości szybko po sobie następujących porodów i karmienia piersią nie można uważać—jak poniekąd chce GRÆFE *)—za istotną przyczynę cierpienia tego. Wprawdzie cztery pierwsze chore, wszystkie w bardzo krótkich odstępach czasu, dzieci rodziły: w przeciągu 9-ciu lat—sześcioro dzieci; w ciągu 12-tu lat—siedmioro; w ciągu 10-ciu lat—dziewięcioro. W przypadku jednak V-ym chora rodziła pierwszy raz, a w moim—wprawdzie 13-ty raz, ale w ciągu—20 lat. Zresztą, ciąży szybko po sobie następujące i karmienie dziecka piersią w ciężkich warunkach bytu, a przede wszystkim właśnie w takich, wszak do rzadkości nie należą, a skutków podobnych nie pociągają.

W końcu przechodzę do zmian we krwi. Wiadomo, że zmiany, jakim ulega krew kobiet w ciąży będących, szczególnie też w ostatnich pięciu miesiącach, polegają na zmniejszeniu ilości ciałek krwi (*aglobulia*) (95 do 120 ciałek na 1050 części krwi—ANDRAL i GAVARRET, BECQUEREL); następnie ilość białych ciałek ulega zwiększeniu (*leucocytosis*); surowica zawiera mniej stałych składników, z których ilość białka ciągle się zmniejsza i dochodzi do 66, czyli, że w ostatnich miesiącach ciąży powstaje bezwzględna hydremia; ilość włókniaka wzrasta nieznacznie (4,8 na 1000), ilość zaś sernika dochodzi do niezwykłych stopni (NOTALIS, GUILLOT). Otóż, nawet ze skąpych danych, jakie zawarte są w pracy GUSSEROW'a, wnosić można, że nie są to zmiany krwi, spotykane zwyczajnie podczas ciąży. Mówi on wyraźnie, że zubożenie w krew prowadzi w tych przypadkach nie do hydremii, a do anemii, prawdziwej oligemii, do której tylko pod koniec przyłącza się hydremia; w innem miejscu przy opisie IV-go przypadku powiada, że krew była uderzająco wodnistą, drobnowidz nie wykazywał powiększenia ciałek białych, a natomiast rażące zmniejszenie ilości czerwonych; kształty ich były prawidłowe.

Przechodząc teraz do wyników badania u mojej chorej, mamy: najprzód także wysoki stopień oligocytemii (w 1 ctm. sz. 605,000 czerwonych krążków); bardzo znaczne zmniejszenie ilości hemoglobiny (12 skali FLEISCHL'a, co się równa mniej więcej 17,7 tejże skali, po dodaniu poprawki, czyli 18,9% hemoglobiny). Powtórę, mamy: znaczny bardzo stopień leukocytozy (76,800 białych ciałek w 1 ctm. sz.) i wynikający z tego stosunek białych ciałek do czerwonych, jak 1 : 8; oprócz tego widzimy dość duży % komórek eozynofilowych. Pierwsze upoważnia nas do wyłączenia leukemii, tembardziej, że i dane z badania zwłok—mała śledziona i nie powiększone gruczoły chłonne—przeciw temu rozpoznaniu świadczą. Tymczasem drugie zdaje się niejako przemawiać właśnie za leukemią, a przeczyć anemii.

Te wątpliwości nie były moim tylko udziałem. . .

*) Centralblatt f. Gynaekologie. 1880, p. 299.

Nieco zawiła sprawę rozpoznania w tym przypadku, którą wypadło postawić, uwzględniając otrzymane wyniki badania krwi, rozwiązują poniekąd prace nad morfologicznymi zmianami składu krwi podczas ciąży, porodu i w okresie poporodowym: OSTROGORSKIEGO ⁵⁾ i AŁAŁYKIN'a ⁶⁾.

W ogólnych wnioskach pierwszy z tych autorów twierdzi: leukocytoza w pierwszej połowie ciąży nie istnieje, a tylko powstają pewne zmiany oddzielnych grup białych ciałek krwi, mianowicie w 2-im miesiącu liczba wielojądrowych komórek zmniejsza się mniej więcej o 10%, jednocześnie wzrasta liczba młodych o 6% i zdrowych o 4%; poczynając od 3-go miesiąca, zmiany te znikają i krew bywa o składzie prawidłowym do drugiej połowy ciąży. W drugiej połowie ciąży, szczególnie przy jej końcu, ilość białych ciałek krwi zwiększa się; a co do stosunku między ich różnymi grupami, następują zmiany w kierunku przeciwnym do pierwszej połowy: ilość starych (wielojądrowych) komórek zwiększa się o 13%, a liczba młodych spada do 10%. Podczas porodu liczba białych ciałek krwi ulega rażącym zmianom; już w początku zwiększa się, podczas porodu ilość ta wzrasta, a przy końcu tego aktu prawie, że się podwaja. Nadto zauważyć można, że zwiększają się liczebnie wyłącznie komórki stare; bezwzględna liczba młodych jest nieco zmniejszona, a dojrzałych prawie niezmieniona. Autor przypuszcza w tym razie wpływ pracy mięśniowej (wykonał on odnośne doświadczenia) i sądzi, że źródłem ostrej leukocytozy jest macica, w której białe ciała krwi mogą niejako zatrzymywać się, a następnie podczas skurczów wypychane bywają. Nareszcie, zmiany we krwi po porodzie — według tego autora — polegać mają na tem, że liczba białych ciałek krwi na drugi dzień wyraźnie się zmniejsza, przy czem zmniejszenie to odbywa się kosztem starych komórek, młode zaś nawet się liczebnie zwiększają; skład krwi w ciągu pierwszego tygodnia połogu zbliża się do tego, jaki jest w końcu ciąży, po tygodniu zaś obraz się zmienia w miarę tego, czy kobieta karmi czy nie.

Drugi z wymienionych autorów przyszedł w swej pracy do zbliżonych wniosków, mianowicie: w pierwszych dniach po porodzie, przy zmniejszeniu się liczby czerwonych ciałek, bezwzględna liczba białych wzrasta, a wzrost ten dotyczy przejrzałych komórek. Ostatni autor znajdował zwiększenie się w porównaniu z normą, gdy pierwszy — zmniejszenie się ilości w porównaniu z aktem porodu.

Wobec tych badań, nawet tak wysoki stopień leukocytozy i powiększoną ilość komórek eozynofilowych — sędzę — uważać można za zjawisko właściwe końcowi ciąży lub okresowi poporodowemu. Nadmienię dla ścisłości, iż badanie nasze względnie znacznie później było dokonane, bo przeszło w siedm godzin po porodzie, gdy w wymienionych pracach w kilka minut po rozwiązaniu, lub w ciągu 2—6 pierwszych dni.

Cierpienie, opisane przez GUSSEROW'a jako specyjalna choroba, właściwa ciężarnym, a polegające na wybitnej niedokrwistości, zasługuje nadto na nazwę „choroby krwi“ *in optima forma*. Brak jakichkolwiek pierwotnych zmian patologicznych w narządach wewnętrznych, a natomiast poważne zmiany we krwi, a, jak w moim przypadku, i w szpiku kostnym, zdają się usprawiedliwiać takie określenie.

⁵⁾ S. OSTROGORSKI. Ob izmenenii morfologičeskaho sostawa krowi wo wremia bieremennosti et cet. S. Pet. Dyss. 1891.

⁶⁾ D. AŁAŁYKIN. Ob izmenenii morfologičeskaho sostawa krowi w rosliecznych sostożanijach poslerodowaho perioda. S. Petersburg. Dysseriacya. 1892.

Jakkolwiek pojęcie nasze o niedokrwistości samoistnej (t. zw. złośliwej) coraz bardziej się ścieśnia, a gromadzone skrzętnie spostrzeżenia odbierają temu cierpieniu cechy oddzielnej postaci nozologicznej i wyznaczają mu rolę tylko objawu najrozmaitszych stanów chorobowych, to jednak nie uważałbym za usprawiedliwione, jak to uczynił EICHHORST, i tę chorobę krwi ciężarnych, przez GUSSEROW'a opisaną, do kategorii niesamoistnej niedokrwistości zaliczać.

Dlaczego sam GUSSEROW tej postaci niedokrwistości nie nazwał „złośliwą, postępującą“, zastanawiać się nad tem nie będę; nadmienię tylko, że spostrzeżenia jego co do czasu schodzą się z opisem pierwszych przypadków (r. 1868) BIERMER'a. Spostrzeżenia bowiem GUSSEROW'a pochodzą: jedno z r. 1868, dwa — z r. 1869; dwa z r. 1870.

W końcu pozostaje mi choć w kilku słowach wspomnieć o leczeniu tego cierpienia. Wyniki zabiegów leczniczych, nie mówię już o transfuzji krwi, jak na owe czasy — *comme de raison* — we wszystkich przypadkach stosowanej, ale i inne środki, np. wzmożone odżywianie (przypadek V-ty), okazały się bezowocnymi.

Dlatego GUSSEROW, a zdanie jego podziela także GFOERER, powiada, że gdyby chore takie przyszły w właściwym czasie pod obserwację, to, wobec bezsilności terapii, nie zawahałby się wywołać sztucznego porodu, *resp.* poronienia, aby tym sposobem nie dopuścić dalszego rozwoju choroby.

Proponowany sposób postępowania wydaje mi się wprost bezcelowym. Sztucznie wywoływany przedwczesny poród mógłby tylko przyspieszyć zejście śmiertelne, które już sam akt porodowy, nawet bez powikłań postępujący, sprowadza. A zresztą, jeżeli tylko przypuścimy wogóle istnienie samoistnej niedokrwistości postępującej, to stanie się wątpliwem, czy nawet pomysłnie dokonane przerwanie ciąży wpłynie na powstrzymanie już poczynającej się sprawy chorobowej.

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. H. HIGIER.

(Ciąg dalszy — Zob. N. 5).

Znane są np. przypadki (HEUBNER, FROHMAIER, STRÜMPPELL), przebiegające pod postacią myopatycznego zaniku mięśniowego (*dystrophia musc. progr.*), a w których badania sekcyjne dają wyniki, wyłącznie cechujące zanik mięśniowy myelopatyczny (*atrophia musc. progr. spinalis*). W innych natomiast razach (OPPENHEIM, CASSIRER) niewątpliwa ze stanowiska anatomo-patologicznego myopatya mięśniowa (*dystrophia musc. progr.*) zachowuje wszelkie cechy kliniczne amyotrofii neurytycznej (*atrophia musc. neurotica*). Również nierzadkie są przypadki (HOMEN), które zarówno ze stanowiska klinicznego, jakoteż anatomicznego przedstawiają kombinację amyotrofii rdzeniowej i mięśniowej. Niekiedy znów znajduje się zwyrodnienie wyłącznie komórek rogów przednich (SENATOR), gdzie za życia cierpienie przejawia się w postaci typowej *sclerosis amyotrophicae lateralis*. Wrodzony niedorozwój niektórych narządów ośrodko-

wych—mózdzku—łączy się często ze zwyrodnieniem i zanikiem pojedynczych układów mleczka (MENZEL), dając obrazy chorobowe wielce złożone, przypominające zarówno grupę spastycznych, jak i ataktycznych chorób ośrodkowych dziedziczno-rodzinnych.

Wreszcie należy wymienić pozornie tylko częste, w rzeczywistości zaś niezmiernie rzadkie postaci przejściowe pomiędzy chorobami ściśle systemowymi rdzenia, a wtórnymi, wrzekomo-systemowymi cierpieniami tegoż, *resp.* zwyczajnymi rozlaniami zapaleniami rdzenia (*myelitis diffusa chron.*). Postacie te stanowią grupę chorobową, która tyle namiętnych wywołała dyskusji (LEYDEN, OPPENHEIM, STRÜMPPELL) nad problemem cierpień systemowych, podając w wątpliwość istnienie tychże, i która stwierdziła w końcu znamienny ze stanowiska patogenetycznego fakt, że pomiędzy pierwotnym, samoistnym rozpadem elementów nerwowych, a rozrostem tkanki łącznej nader ściśle zachodzi związek. I jedynie w ten sposób pojmując tło anatomiczne rzeczywistych i wrzekomych chorób systemowych, przyznamy słuszność racjonalnej klasyfikacji tych właśnie autorów (MARINESCO), którzy uwzględniają obok zwykłej sklerozy parenchymatycznej rdzenia, zazwyczaj systemowej, jeszcze inne typy, częściej pod postacią sprawy rozlanej lub wrzekomo systemowej przebiegające, jak: sklerozy pochodzenia glejowego, t. j. wskutek samoistnego bujania neuroglii powstałe, sklerozy pochodzenia naczyniowego i wreszcie sklerozy natury mieszanej.

Ze stanowiska klinicznego godzien zaznaczenia jest fakt, że w postaciach nietypowych, mieszanych i przejściowych pojedyncze obrazy chorobowe, pomimo współistnienia właściwych im cech klinicznych, zachowują poniekąd samodzielność i oryginalność, które właśnie umożliwiają w większości przypadków przy dokładnej analizie odszukanie oddzielnych składników.

Sprawa jednorazowego nieraz występowania kilku typów nozologicznych w jednej i tej samej rodzinie, *resp.* u jednego i tego samego osobnika, nie powinna nas dziwić, skoro uprzytomnimy sobie, że dziedziczność danego cierpienia rodzinnego może być zarówno jednorodną (*homolog, similaire*), jakoteż różnorodną (*heterolog, dissimilaire*). W ostatnim przypadku nie mamy naturalnie do czynienia z dziedzicznością w ścisłym tego wyrazu znaczeniu.

Działanie dziedziczności bardzo trafnie przeto porównywa FREUD ³⁾ do działania drutu w moltiplikatorze, przez który prąd elektryczny przepuszczamy: potęguje on znacznie odchylenie minimalne igły magnesowej, nie może jednak kierunku mu nadać. Kierunek igły zależy od innych zupełnie warunków. Od jakich mianowicie warunków, od jakich momentów etyologicznych zależy to lub owo umiejscowienie sprawy chorobowej w dziedziczno-rodzinnych organopatyach, nie zdołała nam wytłumaczyć żadna z mnóstwa ostatnimi czasy wypowiedzianych, skądinał bardzo dowcipnych hipotez (EDINGER, BORGHERINI). Obecnie musimy się zadowolnić jedynie stwierdzeniem faktu samego.

Jeżeli więc na przykład w pewnej rodzinie droga ruchowa jest dziedzicznie upośledzona, to chorobliwe usposobienie może się pod względem anatomicznym przejawiać u członków tej rodziny zarówno zajęciem pierwszego, jak i drugiego neuronu ruchowego, pod względem więc klinicznym może się

³⁾ FREUD. *Revue neurologique*. 1896. Nr. 6.

przedstawiać jako *diplegia cereбрalis*, jako *paralysis spastica spinalis*, jako *amyotrophia progr. spinalis* lub *neuralis*, jako *dystrophia muscularis* i t. d.

Układ bowiem, czyli system, w pojęciu ściśle anatomicznem (pęczki boczne, słupy przednie) nie posiada i nie powinien posiadać w neuropatologii klinicznej znaczenia systemu czynnościowego, fizyologicznego. Jedynie z tego uogólniającego punktu widzenia zapatrując się na ogromny dział dziedziczno-rodzinnych chorób nerwowych, nie będziemy każdego zboczenia od danego typu chorobowego uważali za coś niezrozumiałego, lecz za rzecz zwykłą.

Sprawa ta dziedziczności heterologicznej, czyli różnorodnej (*heredité dissimilaire*), bezspornie ciekawa ze stanowiska patogenetycznego, w bardzo ściśleym znajduje się związku z inną, niemniej ważną sprawą dziedziczności wogóle. Czy mamy prawo obraz chorobowy, odpowiadający ściśle pewnej rodzinno-dziedzicznej grupie nozologicznej, na tej jedynie zasadzie wyłączyć z danej kategorii, że w rodzinie nie znajdujemy żadnego analogicznego cierpienia, ani też żadnego usposobienia do neuropatyi wogóle?

Odpowiedź na pytanie powyższe może być, zdaniem naszym, jedynie przecząca. Dziedziczność, jako jeden z najbardziej wybitnych momentów etyologicznych, odgrywać musi bez wątpienia rolę zasadniczą, nigdy jednak, sama przez się, nie może i nie powinna wystarczyć za cechę różniczkową pomiędzy dwoma identycznymi obrazami chorobowymi. Pod tym względem musimy bezwątpienia przyznać rację BOETTIGER'OWI⁴⁾, który, omawiając sprawę dziedziczności przy myoklonii i płasawicy przewlekłej, dość logicznie rozumuje: „ *wir sind doch gezwungen, irgend wann einmal ein erstmaliges Auftreten der betreffenden Krankheit in einer Familie anzunehmen, wenn wir nicht zu der Annahme gedrängt sein wollen, dass der selige Adam alttestamentlichen Angedenkens bereits mit sämtlichen hereditären Krankheiten behaftet gewesen sei. Wenn aber vor hundert oder zweihundert Jahren sich eine Krankheit einer bisher von ihr freien Familie neu bemächtigen konnte, warum soll sie das heute nicht mehr können*“?

Tak się, Sz. Panowie, w ogólnych zarysach przedstawia to, co o rodzinno-dziedzicznych organicznych chorobach nerwowych faktycznego twierdzić można. Umyślnie przytaczam te uwagi wstępne, by następnie, przy omawianiu odpowiednich przypadków, uniknąć częstego powtarzania się. Nie mam chyba potrzeby w tem miejscu obszerniej zastanawiać się nad podstawowemi, a tak ważnemi ze stanowiska teoretycznego i praktycznego kwestyami, dotyczącemi dziedziczności chorób nerwowych wogóle, a w szczególności chorób systemowych, gdyż kwestye te w ostatnich latach wielokrotnie i dość wyczerpująco omawiane były przez klinicystów wielce kompetentnych (LEYDEN, MARIE, STRÜMPEL, FERE, OPPENHEIM, RAYMOND, MAYER, LONDE).

Przechodzę obecnie do spostrzeganych przezemnie przypadków pewnej, bardzo rzadko spotykanej, organicznej choroby nerwowej. Pomimo czteroletniej obserwacji chorych, nie doczekałem się badania sekcyjnego. Nie wstrzymuje mnie jednak okoliczność ta od ogłoszenia ciekawego z wielu względów obrazu chorobowego, a to tembardziej, że z jednej strony nie znalazłem w kazuistyce lekarskiej spostrzeżeń identycznych, z drugiej zaś strony, nie mam obecnie nadziei, z przyczyn odemnie niezależnych, ażebym wogóle kiedykol-

⁴⁾ BOETTIGER. Berl. klin. Wochenschrift. 1896. Nr. 7.

wiek mógł z Sz. Panami podzielić się wynikami oględzin pośmiertnych. Zre-sztą, cierpienie, którem dotkniętych zostało kilku członków jednej i tej samej rodziny, przez ostatnie trzy lata tak nieznacznie robi postępy, że wątpliwem jest, czy dłuższe wyczekiwanie przyczyniłoby się wiele do wyjaśnienia obe-
cnego, wielce złożonego obrazu klinicznego.

SPOSTRZEŻENIA.

Wywiady. Chore, 4 siostry, pochodzą z rodziny wol-nej od wszelkich cierpień nerwowych i umysłowych. Starsi członkowie rodziny nie przyznają się do jakichkolwiek upośledzeń dziedzicznych, bądź duchowych, bądź cielesnych. Również kategorycznie zaprzeczają istnienia przymiotu, otrucia wyskokowego i wogóle wszelkich skażeń oraz zatruc przewle-
kłych. Rodzice chorych cieszą się najlepszym zdrowiem. Lata ich mało się różnią od siebie (46 lat i 42 lata); pod względem zaś pokrewieństwa ich wspólnego, da się to tylko zanotować, że są s k u z y n o w a n i, czyli, że ojciec i matka cho-
rych są dziećmi stryjecznymi. Przeciętny rozwój umysłowy rodziców oraz zna-
nych mi z rodziny tej mężczyzn i kobiet stoi na poziomie średnim.

Następnie z historii rodziny omawianej wspomnieć wypada, że rodzice matki żyją jeszcze, cieszą się zdrowiem dobrem i zdolni są do pracy, rodzice zaś ojca zmarli niedawno: dziadek cierpiał przez kilka lat na napady astmatyczne, babka zaś w ciągu ostatnich kilku lat życia przeżyła kilkakrotnie porażenie poło-
wiczne.

Spokrewnione małżeństwo omawiane żyje z sobą lat 26. Żona rodziła 9 ra-
zy i mimo to stan zdrowia zarówno fizyczny, jak i psychiczny pozostał zupełnie
zadawalający. Wszystkie 9 porodów przeżyła prawidłowo,
bez pomocy lekarskiej, wydając zawsze na świat dojrzałe
i dobrze rozwinięte płody. Z 8-miorga żywo zrodzonych dzieci jedno tylko
było płci męskiej. Chłopczyk ten zmarł, przeżywszy rok jeden, na „zapalenie
mózgu“ (?), które trwało zaledwie 12 godzin. Z sióstr żyjących, tylko
najstarsza i dwie najmłodsze pozostały zdrowe, zarówno
pod względem fizycznym, jak i umysłowym, 4 zaś pozostałe (24,
20, 18 i 17 lat) dotknięte są od wielu lat cierpieniem postępującem, które szcze-
gółowo opiszemy poniżej, a którego przyczyny rodzice wykazać nie są w stanie.
Wpływów gruntu na wadliwy stan pokolenia matka uznać nie chce, w ciągu bo-
wiem ostatnich kilkunastu lat zmieniała kilkakrotnie miejsce swego pobytu.

Starsza chora, imieniem Zofia, ma lat 24 i była uważana zawsze za dziecko
dosyć zdrowe i rozwinięte. Pod koniec 1-go roku życia zaczęła
chodzić, w ciągu zaś 2-go znośnie mówić. Mimowolne oddawa-
nie moczu w łóżku trwało jednak do 5-go roku. W 10-ym roku przeżyła ciężką
postać ospy, po której dosyć szybko wróciła do zdrowia. W ciągu następnych
kilku lat uczęszczała do szkół, gdzie uczyła się dobrze i rozwijała
p r a w i d ł o w o. W 1½ roku blisko po ospie, t. j. w 12-ym roku życia, zauważyli ro-
dzice po raz pierwszy, że chód ich córki staje się nieco sztywnym i niepewnym.
Chora kilkakrotnie w ciągu dnia padała, na ulicy nie była nigdy w stanie w porę
usuwać się przed nadjeżdżającymi końmi, tak, iż starsza siostra niechętnie towa-
rzyszyła jej do szkoły. Szczególnie sztywnym i niezgrabnym bywał jej chód na
ulicy, pewniejszym nieco w domu. Jakiegoś chwiania lub zataczania się
w ciemności nie zauważono nigdy. Częste potykanie się i padanie kładli rodzice

na karb nieostrożności córki. Atoli chodź stawał się z roku na rok mniej żwawym, więcej powolnym, wlokącym, powłóczystym, tak, iż wreszcie otaczający przyszli do przekonania, że powodem tego jest jakieś poważniejsze cierpienie, a nie żadna nieostrożność lub kaprys. Podczas chodzenia kolana stykały się ze sobą, pięty unosiły się do góry, tak, iż cały ciężar ciała spoczywał na końcach palców. W następstwie nawet siedzenie stawało się uciążliwym, siła w rękach słabła, ręce wychudły i wykonywały ruchy nader niezręczne. O sposobie postępowania zaniku mięśniowego, — czy szedł on od obwodu ku tułowiu, czy też odwrotnie, — nic stanowczego powiedzieć się nie da.

Zaledwo dostrzegalne w początkach zaburzenia ruchowe występowały coraz wyraźniej, tak, iż życie i roboty sztydelkowe stały się dla chorej niemożliwymi, przy zmianie zaś miejsca w pokoju musiała się chora wspierać o sprzęty meblowe. Od 3 lat już wcale chodzić nie może.

Żucie, połykanie i mowa nie uległy żadnym zmianom, jakkolwiek zachłyśnięcie się zdarzało się ostatnimi czasy nierzadko. Siła wzroku podobno znacznie osłabła, również i zdolności umysłowe w wysokim stopniu uległy przytępieniu. Bóle głowy, zawroty, wymioty, drgawki, zaburzenia w czuciu podmiotowe, zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy nie zdarzały się nigdy. Pierwsze miesiączkowanie miało miejsce w 16-ym roku życia, powtarzało się w odstępach nieprawidłowych, ostatnimi zaś czasy brak go zupełnie.

U 2-ch młodszych sióstr, które również w 1-ym roku zaczęły chodzić, w 2-im zaś mówić, cierpienie omawiane rozwijało się bez żadnych przyczyn widocznych, w sposób analogiczny, jak u starszej, wystąpiło atoli nieco wcześniej: u 20-letniej Ewy w 10-ym, u 18-letniej Heleny zaś w 9-ym roku życia. Z ostrych chorób zakaźnych należy wspomnieć o zapaleniu płuc włóknikowym, jakie przebyła pierwsza z nich w 6-ym roku życia. U 17-letniej Reginy pierwsze oznaki choroby (krzyżowanie kończyn dolnych, powłóczenie) wystąpiły w 7-ym roku. Z wyjątkiem ostatniej, w dzieciństwie krzywiczej (późne zarośnięcie ciemiaczek, późne ząbkowanie, zgrubienie nasad kości, wzdęcie brzucha, wychudnienie), do 4-go roku czołgającej się po ziemi z wyciągniętymi kończynami dolnymi, wszystkie inne były zupełnie wolne od cierpień ustrojowych. Nigdy też nie zauważono u młodszych sióstr bólu głowy, ani drgawek. W pierwszych latach życia nie przechodziły też żadnego swoistego „zapalenia mózgu“.

Najmłodszej z sióstr z wielką trudnością przychodziło nauczanie się abecadła i sylabizowania, które wkrótce też zapomniała zupełnie, gdy pozostałe siostry uczęszczały do szkół do 12—13-go roku życia i należały do najpilniejszych i najzdolniejszych uczennic. Czytanie, pisanie, rachowanie szło im również łatwo, jak i reszcie koleżanek. Posiadały one nadto ładny charakter pisma i wykonywały zręcznie wszelkie, nawet delikatne, roboty ręczne bez wielkich trudności. Od kilku lat jednak straciły one wiele ze zręczności do pracy ręcznej. Równie powolnie, o typie wlokącym, rozwijała się aż do stanu obecnego choroba w kończynach dolnych.

Siła wzroku znacznie, podobno, osłabła, a zdolności umysłowe w wysokim stopniu zmalały. Pamięć i zdolność pojmowania zmniejszyły się. U 2-ch sióstr średnich podobno i mowa od kilku lat bywa utrudnioną. Nerwowymi w potocznym tego słowa znaczeniu były wszystkie chore, z łatwością ulegały wzruszeniom, równie łatwe do płaczu, jak i do śmiechu. Wyraz twarzy u sióstr chorych w prze-

biegu cierpienia do niepoznania się zmienić: ładne i prawidłowe rysy twarzy, spojrzenie inteligentne i „płomień w oczach“ zginęły zupełnie, tak, iż w zestawieniu z siostrami zdrowymi, do których były bardzo podobne, robią wrażenie idyotek.

Cierpienie miało cechę postępującą, niekiedy występowały czasowe przerwy, a nawet i polepszenie. I tak np., nadzwyczaj wadliwy chód starszej siostry uległ przed 6-iu laty znacznemu polepszeniu po przebytem lecie w Ciechocinku. W ciągu ostatnich lat kąpiele ciechocińskie tych wyników już nie dawały. Wogóle jednak choroba od lat kilku postępuje prawie niedostrzegalnie. Przed 5 laty w celu polepszenia chodu spastycznego wykonał kol. JASIŃSKI przecięcie ścięgna Achilles'a, atoli ze skutkiem wybitnym tylko u Heleny, ktorej chód dotychczas jest jeszcze znośny. U reszty, zwłaszcza u najmłodszej, wynik operacyjny był bardzo nieznaczny i krótkotrwały.

Chore były pod opieką wielu lekarzy, atoli, według słów rodziców, wszelkie zabiegilecznicze (kąpiele, elektryczność, zawieszanie, mięsienie, hypnotyzm) oraz środki farmaceutyczne (rtęć, jod, strychnina) nie odnosiły żadnego widocznego skutku.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

17. AOYAMA. O epidemii dżumy w Hongkongu w 1894 r. Celem naukowego zbadania tej epidemii wysłał rząd japoński komisję, na czele której stali AOYAMA i KITASATO; zadaniem pierwszego było dokonać badań klinicznych i anatomicznych, zadaniem drugiego—bakteryologicznych.

Głównem ogniskiem zarazy było główne miasto wyspy, Victoria, zamieszkałe przez przeszło 160,000 ludzi; w liczbie tej mieści się około 150,000 chińczyków, resztę stanowią Europejczycy i Indowie. Niektóre części miasta zabudowane są i zaludnione nadzwyczaj gęsto i to prawie wyłącznie przez chińczyków, jak np. część miasta środkowa—Taiping. Tu ludzie mieszkają w drewnianych komórkach, postawionych przy sobie lub jedna nad drugą. Mieszkania te, często pozbawione światła, nie są prawie nigdy sprzątane, tak, że podłogi pokryte są grubą warstwą błota i brudu. Pomimo tego nie zdarzyło się, by do tego miasta zawitała kiedy cholera; przyczynę tego upatruje A. w tem, że chińczycy nigdy nie piją wody nieprzegotowanej. Całkiem słuszną tą uwagę tem więcej zyskuje na wadze, że Japonia, słynąca z czystości, kilkakrotnie była nawiedzana przez cholere; japończycy piją wodę surową.

Gdy zaopatrywanie miasta w wodę odbywa się racjonalnie (wodę deszczową z pobliskich gór zbiera się do zbiorników, filtruje i dopiero dostarcza miastu), to kanalizacja jest jaknajgorsza, bo zawartość kanałów wylewa się niekiedy do domów.

Dżuma została do Hongkongu zawleczona niewątpliwie z zarażonego przedtem pobliskiego Kantonu.

Jak wiadomo, zarazek dżumy wykryty został przez KITASATO i jednocześnie a niezależnie przez YERSIN'a. Autor, po omówieniu niektórych niezgodności w wywodach obu wymienionych badaczy, przytacza swe własne badania w tym kierunku. Swoistego lasecznika znajdował stale w skrawkach z obrzękłych gruczołów chłonnych, ale obok niego bywały często i kokki i paciorkowce. Bakte-

rye, spotykane w samej krwi, należą przeważnie do paciorkowców, ale bywają także i typowe laseczники dżumy. Dowód, że dżuma bywa zakażeniem mieszanem, stanowi niewątpliwie ważny postęp w sprawie rozumienia przebiegu klinicznego choroby.

U zadżumionych porażone zostają przedewszystkiem gruczoły chłonne albo pachwinowe, albo pachowe, i to od strony odśrodkowej. Oczywiście nasuwa się myśl, że wrotami zakażenia są drobne rany, pęknięcia, obnażenia skóry i t. d., prze z które pasorzyty dostają się do naczyń chłonnych. Zgadza się z tem spostrzeżenie, że u chińczyków, którzy pospolicie chodzą boso, występuje prawie zawsze zajęcie gruczołów pachwinowych, gdy u japończyków, noszących obuwie, choroba rozpoczyna się od obrzęku gruczołów pachowych.

Z temi uwagami zgadza się również twierdzenie A., że na rozszerzenie dżumy nie wpływają bezpośrednio czynniki meteorologiczne, gruntowe, hydrologiczne, sposób żywienia się ludności i t. d. Zawleczenie zarazy odbywa się prawdopodobnie przez pośrednictwo rzeczy lub kurzu oraz brudu, z których pasorzyty dostają się do ran.

Okres wylęgania choroby waha się 2—7 dni. Z objawów najwydatniejszym jest obrzęk gruczołów chłonnych z towarzyszeniem dreszczów i gorączki. Pospolicie choroba występuje bez objawów wstępnych, którymi mogą być: osłabienie i niedomaganie ogólne. Wymienione objawy zjawiają się z mniejszem lub większem natężeniem; towarzyszyć im mogą objawy rozmaite, cechujące wszelką ostrą gorączkę, a więc: ból i zawroty głowy, silne osłabienie, uczucie niepokoju, bredzenie, zaczerwienienie twarzy i łącznic; język bywa obłożony, skóra sucha i gorąca, oddech przyspieszony, tętno po większej części dwubitne; serce ulega rozszerzeniu i często u wierzchołka można wysłuchać szmer skurczowy; płuca są zwykle niezajęte, śledziona i wątroba powiększona i wyczuwalna; mocz często zawiera białko, ale nie wykazuje diazoodczynu. Obrzękłe gruczoły ulegają albo rozmięczeniu i wessaniu, albo zropieniu.

Pod względem klinicznym można wyróżnić trzy postacie dżumy: lekką, ciężką i piorunującą. W postaciach lekkich następuje pospolicie czwartego dnia choroby polepszenie, w piorunujących zaś—śmierć po pierwszym lub drugim dniu. Gruczoły obrzękłe mogą uleść zropieniu zarówno w lekkich, jak i w ciężkich postaciach; w takim razie w ropie znajdują się paciorkowce, a gorączka przyjmuje typ zwalniający, paciorkowcowy.

Powikłania dżumy polegają na przyłączeniu się zakażenia paciorkowcowego.

Śmierć, która bywa zejściem choroby w 90% przypadków, następuje pomiędzy drugim i ósmym dniem choroby; kto przetrwał ten okres, ginie chyba wyjątkowo.

Autor sam uległ ciężkiej postaci dżumy, zaraziwszy się według wszelkiego prawdopodobieństwa przy badaniu pośmiertnem zwłok; inny lekarz japoński, zarażony w tychże warunkach, przyplacił poświęcenie życiem.

Dziewięć protokołów badania zwłok pośmiertnego potwierdza spostrzeżenia kliniczne za życia. Zmiany polegają na silnym obrzęku gruczołów chłonnych; zależy on od bujania wszelkich komórek gruczołowych; zgrubiała jest również tkanka okołogruczołowa. We krwi powiększona jest ilość ciałek białych. Śledziona jest zawsze bardzo powiększona, przekrwiona, miękka, rozplywająca się; nerki i wątroba cokolwiek powiększone i przekrwione, a w komórkach tych narządów widać zmiany mięszone; płuca — niezmienione. Laseczników swoich zawsze bardzo dużo w gruczołach chłonnych, we krwi bywają one nie zawsze i w ilości mniejszej.

18. a) M. WIDAL, ACHARD, CHANTEMESSE, CATRIN, BENSAUDE, HAUSHALTER. **Serodyagnostyka duru brzuszego.** (*Sprawozdania z pos. Tow. Lek. szpitali paryskich. Sem. méd. Nr. 33, 34, 37, 38, 39, 49, 51, 52, 57, 60. 63, 64. 1896.*)

b) BREUER. **Przyczynik do serodyagnostyki duru brzuszego metodą Widal'a.** (*Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 47 i 48. 1896.*)

c) HAEDKE (z kliniki NEISSER'a). **Rozpoznawanie duru brzuszego i sposób rozpoznawczy Widal'a.** (*Deutsche med. Wochenschrift Nr. 2. 1897.*)

d) Prof. C. FRAENKEL. **Wartość sposobu Widal'a dla rozpoznawania duru brzuszego.** (*Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 3. 1897.*)

Już w r. 1892 stwierdzili WIDAL i CHANTEMESSE, że surowica krwi chorych oraz przychodzących do zdrowia po durze brzuszynym, posiada wybitne własności lecznicze względem doświadczalnie wywołwanego zakażenia tyfusowego. Stąd powstało pytanie, czy surowica ta nie posiada bakteryobójczego działania na laseczники EBERTH'a w hodowli, z czego możnaby korzystać przy rozpoznawaniu duru brzuszego. Myśl ta okazała się trafną i wyniki swych pierwszych doświadczeń zakomunikował WIDAL na posiedzeniu Tow. Lek. Parysk. d. 26 czerwca r. z. Doświadczenia, czynione następnie zarówno przez francuskich, jak i niemieckich lekarzy, potwierdziły w zupełności doniosłość zabiegu WIDAL'a dla rozpoznania tyfusu brzuszego.

Działanie bakteryobójcze surowicy na laseczники swoje ujawnia się bądź w zprzezroczyściu hodowli bulionowej oraz opadaniu laseczników na dno i ściany probówki w postaci kłaczkowatego osadu, bądź też w zanikaniu ruchu bakterii oraz skupianiu się ich w grudki przy rozpatrywaniu hodowli pod drobnowidzem. Próba może być skuteczną w sposób trojaki:

1) Do 24-godzinnej hodowli bulionowej dodaje się surowicę krwi chorego w stosunku 1 : 10 części bulionu (na 4 ctm. sz. bulionu 8 kropel surowicy) i umieszcza się probówkę w termostacie przy ciepłocie 37°. Po upływie sześciu do ośmiu godzin hodowla poprzednio mętna, staje się przezroczystą, a na dnie ściany probówki znajduje się kłaczkowaty osad; jeżeli skłócić wówczas zawartość probówki, hodowla pierwotnie mętnego wyglądu nie przyjmuje. Niekiedy odczyn ten aglutynacyjny¹⁾ występuje już po upływie godziny. Do kontroli służy także hodowla laseczników za dodaniem do niej równej ilości surowicy prawidłowej.

2) Do bulionu jałowego dodaje się surowicę chorego w takim samym stosunku, następnie szczepi się na nim laseczники EBERTH'a i wstawia do termostatu przy 37°. Po 24-ch godzinach hodowle rozwijają się w postaci kłaków na dnie probówki, bulion zaś pozostaje przezroczystym. Do kontroli służy zwykła hodowla tyfusowa.

3) Do kropli hodowli dodaje się surowicę w stosunku zwykłym i rozpatruje się natychmiast wiszącą kroplę mieszaniny pod drobnowidzem. Laseczники są nieruchome i zlewają się w grudki różnej wielkości; na niektórych preparatach nawet same laseczники są zmienione, są jakby ziarniste, bez wyraźnych zarysów. Odczyn ten daje się zauważyć natychmiast przy porównywaniu preparatu z preparatem hodowli prawidłowej, wyraźniej zaś występuje w 15—30 minut najpóźniej.

Krew otrzymuje większość badaczy przez głębokie nakłucie palca po uprzednim jego odkażeniu w ilości 1—1,5 ctm. sz.; krew tę zbiera się do wyjałowionej probówki, gdzie się odstaje surowica. W celu zaoszczędzania surowicy używa FRAENKEL do hodowli probówek o średnicy 8 mm., dzięki czemu, już 1,0—1,5 ctm. bulionu tworzy warstwę wysokości 2 ctm.

¹⁾ *Aglutinant* = sklejający, skupiający.

Własności aglutynacyjne posiada surowica chorych na tyfus niekiedy już drugiego dnia choroby (FRAENKEL), najczęściej jednak występuje ona dopiero 6-go dnia i pozostaje przez cały czas trwania gorączki. Po spadku gorączki siła aglutynacyjna surowicy zmniejsza się, znika zaś zupełnie dopiero po upływie bardzo różnego czasu po chorobie. W przypadkach WIDAL'a znikła ona już u dwóch z 16-tu przychodzących do zdrowia (19-ty i 24-ty dzień rekonwalescencji), istniała zaś u reszty, z których jeden przechodził tyfus przed pół rokiem, drugi przed 3-ma, a trzeci przed 7-ma laty. BREUER spostrzegał własność aglutynacyjną u osobnika, który przechodził dur brzuszny przed 10-iu laty. FRAENKEL stwierdził brak jej u dwóch z pośród 18-tu badanych rekonwalescentów, należy jednak zauważyć, że sama choroba trwała u nich zaledwie dni ośm i przebieg jej był bardzo lekki.

Odczyn aglutynacyjny surowicy rekonwalescentów nie występuje czasami przy użyciu zwykłej jej ilości; należy wtedy stosunek 1 : 10 zwiększyć.

Do doświadczeń służyć mogą oprócz surowicy krwi i inne wydzieliny ustroju. WIDAL spostrzegał aglutynacyjne działanie surowicy, otrzymanej zapomocą wezykatoryi, ACHARD i BENSAUDE stwierdzili podobną własność mleka mamki chorej na tyfus. SICARD przekonał się, że krew chorych zasuszona daje również odczyn swoisty.

Surowica krwi chorych na inne choroby gorączkowe (*angina lacunaris, gastroenteritis acuta, pneumonia, tuberculosis, erysipelas, perityphlitis, otitis media purulenta*) oraz osobników zdrowych nie działa na laseczники EBERTH'a, będąc użyta nawet w większym stosunku: hodowle pozostają mętne, pod drobnowidzem laseczники zachowują swoje ruchy. Surowica chorych na tyfus działa jednak aglutynacyjnie na hodowle bakterii, podobnych do tyfusowych (*bacilles paratyphiques*), mianowicie na laseczники NOCARD'a, powodujące „*la psittacose*“, chorobę papug zaraźliwą, udzielającą się ludziom; lecz odczyn aglutynacyjny nie występuje przy użyciu surowicy w mniejszym, niż zwykle, stosunku, t. j. 1 : 50—1 : 60, gdy na laseczniki tyfusowe działa ona nawet w stosunku 1 : 100. Na *bacterium coli* surowica nie działa również; pył, tworzący się czasami w odpowiedniej hodowli i przypominający pierwszy okres odczynu aglutynacyjnego surowicy na hodowlę tyfusową, znika po skłóceniu płynu i hodowla staje się mętną.

CATRIN sądzi (na podstawie 60-iu własnych spostrzeżeń), że wczesne występowanie i intensywność odczynu aglutynacyjnego pozwala wnioskować o sile duru brzuszego, a *eo ipso* i o rokowaniu. Inni badacze z W. na czele, powstrzymują się z sądem swym pod tym względem.

e) Rocco JEMMA. **Serodyagnostyka duru brzuszego** (z kliniki prof. MARAGLIANO'a). Własności aglutynacyjne surowicy chorych tyfusowych zostały stwierdzone przez autora u 9-iu chorych i 3-ch rekonwalescentów po durze brzuszny; doświadczenia z surowicą 15-tu osobników, dotkniętych innemi chorobami, dały wynik ujemny.

Odczyn aglutynacyjny występuje najszybciej i najbardziej typowo, gdy choroba dochodzi swego punktu kulminacyjnego. Surowica, otrzymywana od chorego w różnej porze dnia, przy różnej ciepłocie ciała, posiada również własności aglutynacyjne w niejednakowym stopniu; najwybitniej działa surowica, otrzymana od chorego podczas szczytu gorączki; do otrzymania właściwego odczynu wystarcza wówczas o wiele mniejsza ilość surowicy: na przykład surowica chorego z ciepłotą 40,5°, użyta w stosunku 1 : 40, wywołuje odczyn aglutynacyjny już po 20 minutach.

Składnikami surowicy, powodującymi odczyn, są serumglobulina i fibrinogen; pierwszą otrzymał DEWOTO w stanie suchym (przez nasycanie surowicy równą

ilością siarczanu amonu). Nie różni się ona chemicznie od globuliny, otrzymywanej z innych surowic; suszona przy 55° traci swoje własności aglutynacyjne, przy temperaturze pokojowej zachowuje je przez czas 8 do 10-iu dni.

Co się tyczy wpływu gorąca na zachowanie własności aglutynacyjnych surowicy, to pozostaje bez wpływu na nie ciepłota 37° przez 24—48—96 godzin, również 40° przez 18—36—50 godzin. Poddana działaniu 55° przez minut czterdzieści, lub 60° przez minut dwadzieścia, zdolna jest jeszcze wywołać odczyn aglutynacyjny, lecz użyta w większej ilości, niż zazwyczaj; a w dodatku pożądaný odczyn występuje później. Surowica, wystawiona na działanie 70° przez dziesięć minut, traci zupełnie własność aglutynacyjną. W ciepłocie pokojowej 12°—15° surowica zachowuje swe własności przez dni czterdzieści.

(*Centralbl. f. innere Medic. 1897 № 3*).

Maksymilian Bernstein.

ODCINEK.

NOWY SZPITAL OGÓLNY W HAMBURGU (EPPENDORF).

Skreślił d-r med. J. Wszebor.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 5).

II.

Przystępujemy obecnie do opisu typowego pawilonu, tej jednostki szpitalnej, która całemu zakładowi właściwą cechę nadaje.

Ustawienie wszystkich pawilonów jest jednakowe, co znaczy, że oś ich podłużna ma dla wszystkich jeden kierunek z południa-wschodu do północy-zachodu. Wskutek tego ustawienia, promienie słońca oświetlają z rana jedną ścianę podłużną, po południu drugą, w środku zaś dnia nie dochodzą do sali chorych, padając na dodatkowe pomieszczenia, do jakich należy bawialnia; w czasie wizyty lekarskiej, od 9-ej rano do 12-ej w południe, łóżka chorych nie są wystawione na działanie słońca; gwałtowne wichry północno-zachodnie, najczęściej występujące w Hamburgu, ocierają się o ściany podłużne i nie uderzają wprost w okna sali chorych.

Pawilon jest parterowy, bez żadnych wystających ozdób architektonicznych. Ściany są z cegły czerwonej (Rohbau), wyłożone na fasadach kamieniem sztucznym i pasami gładkich cegiełek. Dachy z cementu drzewnego (Holzement) są prawie płaskie.

Kształt ogólny pawilonu przypomina odwróconą literę T. Długość jego wynosi 40,5 metrów. Część środkowa, najdłuższa, mieści w sobie salę chorych i jest szeroka na 9,5 metrów. Część szczytowa północno-zachodnia ma szerokości 12 metrów, część zaś szczytowa południowo-wschodnia 17,8 metrów.

Ściany zewnętrzne wznoszą się na 5 $\frac{3}{4}$ metrów od powierzchni gruntu, szczyt dachu cokolwiek wyżej, niż na 6 metrów.

Wchodzi się przez dwuskrzydłowe drzwi, umieszczone w ścianie szczytowej północno-zachodniej, po 3-ch lub 4-ch stopniach kamiennych, wprost z poprzecznej wybrukowanej ulicy. Drzwi te oszklone otwierają się do podłużnego korytarza, oświetlonego oprócz tego oknem, po nad drzwiami umieszczonem. Podłoga korytarza, jak i całego pawilonu, wyniesiona jest nad poziom gruntu na 6 do 8-iu decymetrów. Sam korytarz jest szeroki 2 $\frac{1}{2}$ metrów, długi 5,8 metrów. Drzwi rozsuwane zamykają jego drugi koniec. Z każdej jego strony znajdują się

dwa pokoiki do izolacji chorych, każdy 2,8 metrów szeroki, 4 metry długi, co przy wysokości 5 metrów daje objętości 57,1 metrów sześciennych. Pokoik przeznaczony jest na jedno łóżko.

Z korytarza podłużnego, wyżej wzmiankowanymi drzwiami rozsuwanymi, dostajemy się do korytarza poprzecznego, którego długość jest równa szerokości sali chorych i wynosi 8,5 metrów, szerokość zaś 2,30 metrów. Przy otwartych jego oknach, powstaje prąd powietrza poprzeczny, pożądanym dla przecięcia komunikacji powietrznej pomiędzy salą chorych a pokojami izolacyjnymi, dokąd mogą być wynoszeni chorzy na chwilowe odosobnienie, niespokojni lub złą woń rozpościerający, albo podejrzani o chorobę zakaźną. W korytarzu poprzecznym z obu stron drzwi, prowadzących do sali chorych, stoją dwie szafy do bielizny pawilonowej, a naprzeciwko jednej z nich, tuż przy ścianie, znajduje się spust do wrzucania brudnej, niezakażonej wszakże bielizny. Otwór spustu szczelnie jest zamykany pokrywą i prowadzi do czworokątnego przewodu metalowego z oddziel-

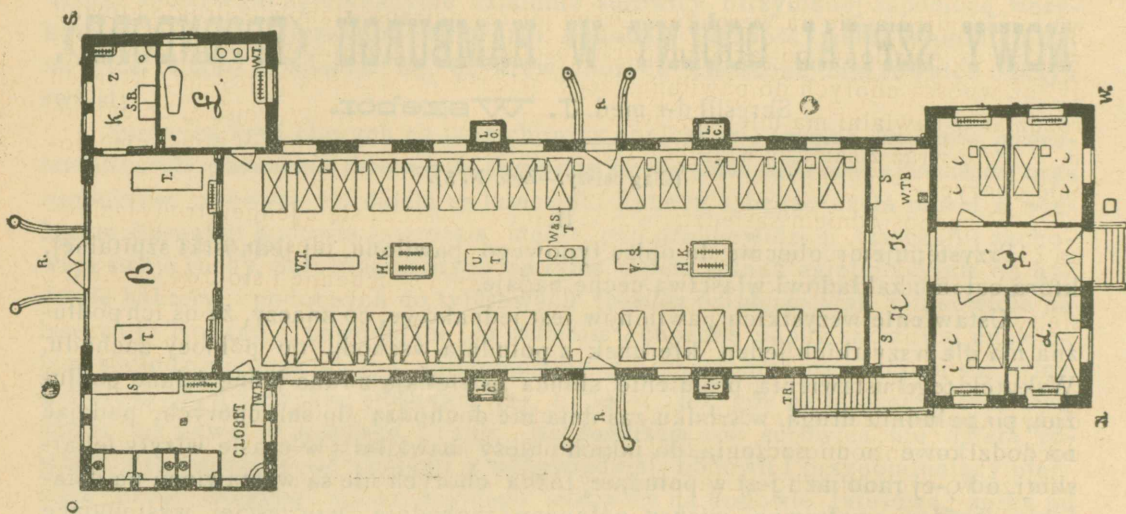


Fig. II. WIELKI PAWILON. PARTER Z RUCHOMOŚCIAMI.

L. C. Kanaly dla powietrza. H. K. Ogrzewalniki parowe. R. Taras. S. Szafa. K. Z. Kuchnia. S. B. Miejsce do zmywania. T. Stół. T. R. Schody do piwnicy. U. T. Stół szklany do opatrunków. V. S. Szafa do opatrunków. V. T. Stół opatrunkowy. W. B. Schowanie na bieliznę zakażoną. W. & S. T. Umywalnia i stół do pisania. W. T. R. Spust do wrzucania bielizny. K. Korytarz podłużny. K. K. Korytarz poprzeczny. B. Bielizniak. i. i. Salki izolacyjne. d. Dozorca. Ł. Łazienka. W. T. Umywalnia.

ną wentylacją, przez który zabrudzona bielizna dostaje się do skrzyni o ścianach drucianych przewiewnych, na klucz zamykanej, umieszczonej w piwnicy. Tym sposobem brudna bielizna natychmiast wydaloną zostaje z obrębu pomieszczenia chorych i wysycha w skrzyni wystawionej na ciągły przeciąg powietrza dolnego korytarza; sortowanie jej, przed odesłaniem do pralni, odbywa się w piwnicy, nie mającej żadnej styczności z salami chorych.

Z korytarza poprzecznego, przez drzwi rozsuwane, wchodzimy do sali chorych na 30 łóżek. Szeroka 8,5 metrów, długa 25,8 metrów, o 219,3 metrach kwadratowych powierzchni, przy 5-iu metrach wysokości, ma 1096,5 metrów sześciennych objętości; na każde więc łóżko przypada 7,31 metrów kwadr. powierzchni i 36,55 metrów sześć. powietrza. Jest to prawie najniższa norma objętości przestrzeni powszechnie przyjęta na jednego chorego, jednakże przy wentylacji tu zaprowadzonej zupełnie wystarcza, tembardziej, że przy otwartych

drzwiach do korytarza poprzecznego i do bawialni, masa powietrza o 10 metrów sześciennych na jedno łóżko się zwiększa.

16 okien, po 8 w każdej ścianie podłużnej, przepuszcza światło dzienne do sali. Powierzchnia otworów okiennych wynosi 77 metrów kwadr. t. j. przeszło $\frac{1}{3}$ powierzchni podłogi. Wypada na jedno łóżko wysoka cyfra 2,56 metrów kwadrat. powierzchni okiennej. Dwa okna przeciwległe, ku środkowi sali położone, w lecie służyć mogą jako drzwi boczne, wprost na ogród wychodzące.

Ze sali chorych, przez drzwi rozsuwane, przechodzą rekonwalescenci na pobyt dzienny do bawialni. Stanowi ona jakoby dalszy ciąg sali chorych na 5 metrów długości, przy tej samej szerokości; ma więc 42,5 metrów kwadr. powierzchni i 212,5 metrów sześcienn. objętości. Z obu stron drzwi umieszczone są okna do sali chorych, dla ułatwienia dozoru i nadzwyczajnych potrzeb wentylacji. Ściana zewnętrzna bawialni jest w środku na szerokości 6 metrów przez całą swoją wysokość oszkloną. Dolna część tej oszklonej ściany jest rozsuwaną, górna odchyłać się może naokoło osi poziomej, tak że w lecie, gdy jest cała otwarta, bawialnia zamienia się na werendę. Drzwi jej zewnętrzne stanowią drugie główne wejście do pawilonu, po łagodnej pochyłości brukiem mozaikowym wyłożonej. Tędy też wnoszą chorych do pawilonu, tędy wjeżdżają wózki z poręczami, których rozdział w bawialni ma miejsce. Dwie ławeczki, z każdej strony wejścia, ocienione są w lecie wraz z samą bawialnią dużą markizą i stanowią ulubiony pobyt nieobłożnie chorych.

W bezpośrednim sąsiedztwie z bawialnią mieszczą się z jednej strony łazienka i kuchenka, z drugiej wychodki. Łazienka i wychodki dostęp mają wprost ze sali chorych; do kuchenki, gdzie się myje naczynia kuchenne i stołowe, wchodzi się tylko z bawialni (patrz fig. II).

W y c h o d k i. W kącie pokoju ustępowego umieszczono rzędem trzy klozety w oddzielnych przegródkach z oknem i rozsuwanymi drzwiczkami. Wspólne drewniane przepierzenie, oddzielające wychodki od reszty pokoju ustępowego, nie dochodzi od dołu do podłogi, a wznosi się tylko na 2,5 metra, tak, że przewiew powietrza w wychodkach jest zapewniony, zwłaszcza przy urządzonej w oknie żaluzji szklanej.

Same klozety składają się z naczynia porcelanowego z ekscentrycznym otworem odpływowym i syfonem, połączonym z obszerną rurą odpływową; ta ostatnia wentylowana jest oddzielną rurką cynkową, nad dach wyprowadzoną. Woda opłukująca spływa silnym strumieniem ze zbiornika utwierdzonego po nad klozetami. Siedzenie w kształcie skrzyni przykrywa klozet nie dochodząc do podłogi, na której dostrzeżona wilgoć zaraz może być usunięta. W nowszych pawilonach zamiast skrzyni jest tylko rama drewniana, wolno spoczywająca na misce klozetowej.

W niezajętej pod klozety części izby ustępowej, mieści się duża z półkami szafa bez górnego zamknięcia: dla szczotek, kubłów, ścierek, kufl i nocników szklanych. W kącie znajduje się kran wodociągowy ze zlewem. Nadto w ścianie zewnętrznej, przez pozostawiony w niej otwór prostokątny, wyłożony cementem i zamykany z zewnątrz i z wewnątrz żelazniami, szczelnymi, na klucz zamykanymi drzwiczkami, utworzyło się schowanie 0,30 metr. sześci. objętości dla bielizny zażalonej, mieszczącej się w worku siatkowym, zamkniętym plombą i numerem pawilonu. Posługacz z zakładu dezynfekcyjnego przez drzwiczki zewnętrzne zabiera bieliznę do odpowiedniego szczelnego wozu żelaznego. Po uskutecznionej dezynfekcji bielizna w worka dostaje się do pralni, gdzie dopiero plomba z numerem pawilonu zostaje odjęta, a bielizna uprana z workiem do pawilonu właściwego odesłana.

Izba ustępowa jest 7 metrów długa, 4 metry szeroka, posiada cztery pary okien i służy także do czyszczenia i dezynfekcji naczyń zanieczyszczonych i zakażonych. W nowszych pawilonach zaprowadzono korzystną zmianę; mianowicie, przegrodzono ją pełnym murem, oddzielającym rodzaj przedsionka od właściwej izby ustępowej. W przedsionku jest zlew z kranem wodociągowym i schowanie dla bielizny zakażonej; w izbie zaś ustępowej, nie łączącej się już bezpośrednio z salą chorych, urządzono dodatkowy pisoar.

Łazienka naprzeciwko wychodków dostępną jest także tylko z sali chorych. Na 4 metry długa, 4,29 metr. szeroka, przedstawia 17,6 metrów kwadr. powierzchni. Ściany na wysokość $1\frac{1}{2}$ metra od dołu wyłożone są gładkim, sztucznym kamieniem, powyżej olejno wymalowane; posadzka cementowa o lekkim spadku ku otworowi odpływowemu, przez który woda ścieka do podspodem umieszczonego zbiornika, skąd przez syfon podwójny wlewa się do kanału. Dwa wysokie okna dostarczają jasnego światła i pozwalają na wykonywanie w tem miejscu drobnych operacji lub opatrunków. Wanna jedna stała z fajansu o porcelanowej glazurze, jest bardzo obszerna, z natryskiem ciepłym i zimnym, druga wanna jest cynkowa, przenośna. Ręczniki grzeją się na ogrzewalniku parowym. Pod ścianą w kącie stoi umywalnia marmurowa podwójna, do użytku chorych, mogących wstawać z łóżek.

Kuchenska, do której wejście jest z bawialni, ma 10,4 metr. kwadr. powierzchni ($4 \times 2,6$). Ściany i podłoga są tak urządzone, jak w łazience. Mycie naczyń odbywa się w dwóch wielkich naczyniach miedzianych, osadzonych na żelaznych prętach, z rurami odpływowymi i kranami do wody gorącej i zimnej. Na występie ściany, po nad jej okasłowaną częścią, mieszczą się naczynia stołowe pawilonu. W ogrzewalniku parowym jest szafka zamknięta do przygrzewania potraw. Kuchenka gazowa służy tylko do ogrzewania kataplazmów.

Ogrzewanie i wentylacja pawilonu. Ogrzewanie odbywa się w sposób po raz pierwszy zaprowadzony w większym szpitalu, mianowicie przez ogrzanie podłogi na 18° do 20° R., to jest na 3° do 5° R. wyżej, aniżeli powietrze na sali chorych⁴⁾). Doświadczenie kilkoletnie stwierdziło skuteczność i pożyteczność tego sposobu ogrzewania. Koszt dzienny, obliczony za okres czasu od 1-go lipca 1890 r. do 30 czerwca 1891 r., wynosi na jednego chorego 26 fenigów, co znaczy 26 marek na 100 chorych dziennie, wliczając w to koszt opału, obsługi i utrzymania urządzeń. W Dreźnie koszt ten jest wyższy, wynosi bowiem 35 fenigów dziennie na chorego, a w Berlinie w szpitalu Moabit jeszcze drożej. Ogrzewanie podłogi odbywa się zapomocą pary, a nie, jak pierwotnie zamierzano, zapomocą wody gorącej. Chcąc się przekonać o dogodnościach ogrzewania parowego, zaprowadzano je stopniowo, sposobem próby, co sprawiło, że nie mogąc oznaczyć z góry rozmiarów centralnego zakładu, produkującego rozgrzaną parę, urządzono w każdym pawilonie kocioł, palenisko i komin. Taka wielka liczba kominów jest niedogodną, co mając na względzie, zamiast węgla, używa się wyłącznie koksu, nieznaczną tylko ilość dymu wydającego.

Dla oszczędzenia kosztów budowy, postanowiono nie stawiać pawilonów na piwnicach, z których następnie prawie żadnego niema pożytku. Dla pomieszczenia jednakże składu koksu, palacza, kotła parowego i t. p., wypadło urządzić piwnice przynajmniej pod częścią pawilonu szczytową północno-zachodnią, to jest pod poikami izolacyjnymi, korytarzem podłużnym i poprzecznym.

⁴⁾ Miał szpital fabryczny w miejscowości Wintlich w Szwajcaryi posłał już dawniej ogrzewanie podłogi zapomocą kaloryferów powietrznych, a na to powietrze wygrzane z komory grzejącej dostawało się zapomocą rur do sali, co za wałliwe poczytywać należy.

Bezpośrednio pod podłogą, jedne przy drugich, ciągną się podłużne kwadratowe kanały, 75 ctm. w świetle, przez które człowiek przezołgać się może dla oczyszczenia lub naprawy (patrz fig. III). Ściany przegrodowe pomiędzy kanałami ułożone są z cegieł w odstępach tworzących otwory, przez które powietrze swobodnie przechodzić może. Ściana dolna kanału bezpośrednio leży na ziemi i składa się z warstwy cementu, nie przepuszczającego wilgoci gruntowej. Górną ścianę kanałów a zarazem i podłogę sali stanowią płyty cementowe 7 centymetrów grube, ułożone na szynach żelaznych. Szpary pomiędzy płytami są szczelnie cementem zakitowane, a na wierzch wylano cienką warstwę cementu, jednostajną i równą przedstawiającą powierzchnię. Na tej powierzchni ułożono właściwą podłogę sali z płyt marmuru terrazzo (jest to masa z kawałków marmuru i cementu). Na odległości 10 ctm. poniżej ściany górnej kanału ułożone są na wmurowanych szynach żelaznych rury ogrzewające, lekko nachylone w kierunku kotła, dla odpływu pary skroplonej. Wogóle, w każdym kanale przebiega jedna taka rura. Podłoga sali ogrzewa się już to przez promieniowanie z samych rur, już przez zetknięcie z powietrzem, jednostajnie ogrzanem na całej jej dolnej powierzchni.

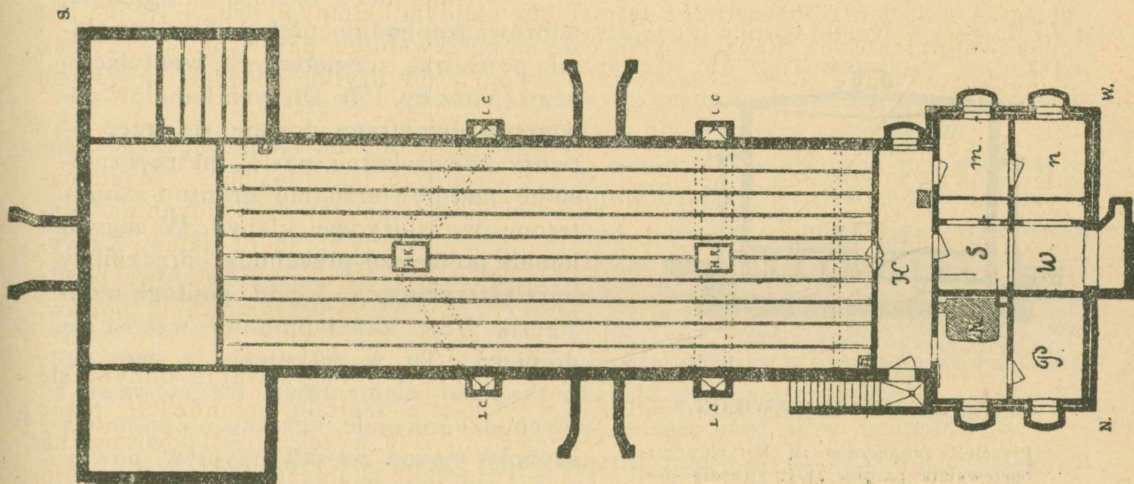


Fig. III. WIELKI PAWILON. PIWNICE. Ogrzewanie Podłogi.

H. K. Ogrzewalnik parowy. L. C. Kanał powietrzny. K. Korytarz. M. Kotłownia. P. Palacz. S. W. Skład węgli. m. n. Składy podręczne.

W kotle ciśnienie pary przenosi jedną atmosferę o 2 do 3-ch dziesiątych (Niederdruckdampfheizungssystem). Wybrano konstrukcję p.p. Bechem i Post z Hagen, jako najodpowiedniejszą. Kocioł posiada przyrząd, automatycznie regulujący ciśnienie pary, przez wstrzymanie dopływu powietrza do paleniska. Z powodu niskiego ciśnienia, kocioł przedstawia wszelkie bezpieczeństwo i może być umieszczony pod każdym mieszkaniem; obsługa przy nim jest łatwa i nie wymaga technicznego wykształcenia; wydaje ciepło bez przerwy i tylko w ilości potrzebowanej.

Ogrzewanie przez podłogę zapewnia korzyści następujące. Przedewszystkiem sama podłoga musi być gładka, nieprzepuszczalna, kamienna, to jest posiadać przymioty oddawna pożądane przez higienistów dla sal szpitalnych. Nie posiada szpar, gdzieby się kurz, brud i wilgoć zatrzymywać mogły, przez co utrzymanie jej czystości jest bardzo łatwe. Ale w chłodniejszej porze roku jest taka podłoga zimną i chorym przykrość a nawet szkodę przynosić może. Ciągłe i jednostajne jej ogrzewanie niedogodność powyższą stanowczo usuwa. Następnie, ogrzana podłoga zapewnia ciągłą i łagodną cyrkulację powietrza, zapobiegając jego zastawianiu

się we wszystkich kątach, pod łózkami i t. p., gdzie powietrze ogrzane musi się poruszyć i wznosić; wreszcie, w razie zauważenia zbyt znacznej suchości powietrza w sali, łatwo jest temu zaradzić przez skrapianie podłogi czystą wodą.

Dla zapewnienia powietrzu sali lub innego pomieszczenia dla chorych należytej ciepłoty, w razie, gdyby ogrzanie podłogi do 20° R. okazało się w danej chwili niedostatecznem, urządzone są oddzielne piece parowe żeberkowe, płaszczone, które służą do ogrzewania cyrkulacyjnego. Powietrze bowiem z sali dostaje się do nich przez otwory dolne w płaszczu umieszczone i po ogrzaniu wraca przez górne otwory do sali.

W głównej sali chorych dwa takie większe piece umieszczone są na środkowej podłużnej osi sali i mają kształt zwyczajnego stołu. W płaszczu z dwóch przeciwnych stron urządzone są drzwiczki, które otwierane być mogą w razie potrzeby. Piece te ogrzewane są oddzielnymi rurami idącymi z kotła, co w dniach chłodnych wiosny i jesieni pozwala szybko ogrzać salę niezależnie od podłogi, która dla należytego rozgrzania wymaga kilku lub kilkunastu godzin.

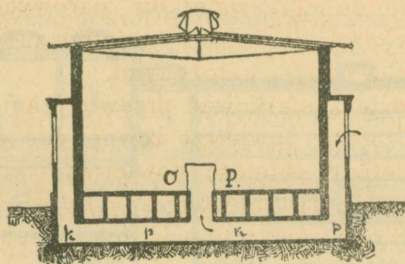


Fig. IV. WIELKI PAWILON.

Przecięcie poprzeczne sali chorych przez ogrzewalnik parowy O. P. i kanały powietrzne k. p.

W zimie piece te służą do ogrzania, doprowadzonego do nich dwoma kanałami, powietrza zewnętrznego, wentylacyjnego (patrz fig. IV). Do tych kanałów powietrze zewnętrzne dostaje się przez otwory czworokątne, na 1½ metra wzniesione nad powierzchnię gruntu i zaopatrzone w żaluzyjne klapy. W samym kanale powietrze przechodzi przez filtry kurz zatrzymujące, i pod podłogą a następnie przez kanał pionowy wznosi się do pieca. Tu w zetknięciu z jego żeberkowymi elementami, rozgrzewa się i wychodzi na salę ogrzane. Zapomocą szybrów można na sali przyprływ powietrza przez kanały regulować, a w miarę kierunku wiatru jeden lub drugi kanał zamknąć zupełnie.

W e n t y l a c y a urządzona jest w sposób najprostszy, bez żadnych kosztownych i skomplikowanych maszyneryi, które dla pawilonów parterowych, zewsząd otoczonych czystem i świeżem powietrzem, za zbytne uznano. Wzdłuż linii grzbietowej dachu ustawiony jest tak zwany Dachreiter, to jest daszek klapowy, którego przecięcie poprzeczne widzimy na fig. 4. Daszek ten przykrywa przerwę grzbietową w dachu 80 ctm. szeroką, i wznosi się na dwóch ściankach pionowych, zaopatrzonych w szereg klap 85 ctm. długich, uchylających się nazewnątrz naokoło górnego swojego brzegu. Tym kłapom pionowym odpowiada cały szereg klap poziomych, zamykających przerwę grzbietową dachu pawilonowego. Przez lekkie pociągnięcie linki drucianej zapomocą rączki, przytwierdzonej do ściany okna, otwierają się dwie klapy, t. j. pozioma na jednej połowie przerwy grzbietowej się unosi, gdy odpowiednia klapa pionowa z przeciwnej strony się odchyła. Takich klap sprzężonych ze sobą, jest nad salą chorych 52 par. Całe to urządzenie jest żelazne i sprawia, że przerwa grzbietowa w dachu może być cała zamknięta lub też całkowicie lub częściowo otwarta.

Urządzenie okien dopełnia przewietrzania zapomocą daszka klapowego. Okna umieszczone są w dawniejszych pawilonach na wysokości 0,95 metrów od podłogi.

gi, w nowszych zaś na wysokości 1,25 metra, i dochodzą na 30 centymetrów od górnego brzegu ściany. Są wysokie 3,75 metrów i 1,30 metr. szerokie. Kamien-na belka poprzeczna, umieszczona na 2,40 metrów wyżej parapetu, dzieli okno na część górną i dolną. W dolnej, okna zimą i latem pojedyncze zamykają się na rygiel; w górnej zamiast szyb są żaluzje szklanne, przez które w lecie powietrze ciągle przepływa. W zimie zasłaniają się żaluzje od zewnątrz przez wstawione okna dla zapobieżenia zbyt uciążliwym przeciagom.

Wskutek otworzenia klap w daszku klapowym i obecności żaluzji w górnej części okien, wytwarza się w górnej części sali bardzo silny pęd powietrza, nie dający się uczuć chorem, choć zmusza poniżej położone warstwy powietrza do ciągłego ruchu

W lecie, przy nadzwyczajnej potrzebie wentylacji, oprócz otwierania okien otwierają się wszystkie drzwi pawilonu tak na jego osi podłużnej, jak i w ścianie bocznej.

W bawialni i w wychodkach zabezpieczają przewiew powietrza żaluzje w oknach.

W łazience, kuchence i pokojach oddzielnych, oprócz żaluzji w oknach i kanałów doprowadzających powietrze zewnętrzne do ogrzewalników parowych, istnieją jeszcze w ścianach kanały, które wyprowadzają nad dach powietrze zużyte i opatrzone są otworami, u podłogi i pułapu klapą i kratą założonymi.

Urządzenia zaprowadzone pozwalają wszędzie umiarkować przewietrzanie, stosownie do potrzeb chwili. Kanały, doprowadzające powietrze zewnętrzne do pieców parowych, dostarczają w ciągu jednej godziny objętość powietrza równą dwa razy wziętej objętości całej sali, nie licząc przypływu powietrza przez szpary drzwi i okien. Sumując powierzchnie wszystkich otworów, stanowiących komunikację z powietrzem zewnętrznym tak w dachu, jak i w oknach, otrzymujemy poważną cyfrę 16 metrów kwadr., co nawet przy małej różnicy w ciepłocie wewnętrznej i zewnętrznej i bardzo słabym wietrze, okazało się wystarczającym.

Do całości obrazu pawilonu należy się jeszcze parę słów uzupełnienia.

Dach z cementu drzewnego (Holzceмент) opiera się na belkowaniu żelaznym bez słupów pionowych, dochodzących do podłogi. Na podkładzie z cementu drzewnego ułożona jest warstwa żwiru 5 centymetrów gruba. Dach ten zabezpiecza zupełnie od zimna w zimie i od gorąca w lecie, i przez całe lata nie wymaga żadnej naprawy.

Drzwi, umieszczone na osi podłużnej pawilonu, są wysokie 3,35 metrów, szerokie 2 metry. Dwoje z nich, otwierające się na podwórze, są dwuskrzydłe i zamykają się w sposób zwyczajny. Troje drzwi wewnętrznych są na dwie strony rozsuwane i pomimo dużych rozmiarów i dłuższego użycia, lekko się zamykają i otwierają. Wszystkie drzwi są oszklone i pozbawione progów.

Ściany sal mają kąty zaokrąglone, otynkowane cementem, malowane olejno w dolnej części na 1½ metra wysoko; powyżej są malowane farbą klejowo-wapienną koloru jasno-popielatego. W oknach zawieszono są firanki rozsuwane od środka, z płótna szarego, bez poprzecznych fałd kurz zatrzymujących.

Meble w salach chorych zostały wykonane według wskazówek d-ra CURSCHMANN'a, przyczem miano na względzie trwałość i prostotę konstrukcyi, ułatwiające ich oczyszczenie i dezynfekcyę. Materiał wybrano nie podlegający gniciu lub nasiąkaniu wilgocią, a zatem żelazo, szkło, kamień; tam, gdzie potrzeba było użyć koniecznie drzewa, jest ono malowane olejno. Starano się unikać powierzchni chropowatych, niegładkich, szpar, kantów ostrych i zagłębień.

Dla każdego chorego oprócz łóżka przeznaczony jest stół i krzesło, wsunięte pod łóżko od strony nog.

Łóżko 200 centymetrów długie, 95 szerokie, jest żelazne, z rur gazowych zagiętych. Od strony głowy wystaje pręt żelazny, na którym wiszą części ubrania chorego. Całość wymalowana jasną szaro-zieloną farbą. W łóżko wstawione są cztery deski sosnowe lakierowane, które złożone stanowią wysoką ramę dla materaca drucianego, płaskiego, bardzo elastycznego i trwałego, umieszczonego na wysokości 56-iu centymetrów od podłogi. Na materacu drucianym leży drugi materac 8 do 10-iu centymetrów gruby, z jasnego drelichu, wypełniony białą, oczyszczoną i odtłuszczoną wełną w ilości $11\frac{1}{2}$ kilograma.

Poprzeczny trójkątny wałek w głowach wypełniony jest tatarakiem; na nim leży mała poduszka pod głowę, miękko włosiem koniskim wypchana. Prześcieradło i poszewki są płócienne, kołdry wełniane, białe, w pochwie płóciennej.

Stolik wysoki 78 centymetrów, na czterech prostych nogach z rur gazowych, przykrytych z wierzchu grubą 1 cm. taflą szklaną. Pod nią w odpowiednich odstępach mieszczą się dwa jeszcze blaty żelazne, tak samo jak wierzchni szklany, łatwo się odejmujące dla oczyszczenia i służące do stawiania naczyń, pantofli, i t. p., które pod żadnym pozorem nie mogą stać na podłodze.

K r z e ś l o na 4-ch nogach żelaznych, ma zakłęsłe siedzenie drewniane o zaokrąglonych brzegach i drewniane oparcie olejno pomalowane.

Na środku sali stoją: 1) stolik do pisania z szufladami do papierów, który na drugiej połowie jest urządzony jako umywalnia marmurowa dla lekarzy; 2) szafka do opatrunków i narzędzi, cała z żelaza i szkła; 3) stolik szklany na żelaznych nogach, do chwilowego stawiania potrzebnych przy wizycie lekarskiej przyrządów, rozbiórów moczu i t. p.; 4) stół opatrunkowy i zarazem do badania chorych, wązki, z blatem drewnianym; wynosi go się w tym celu do łazienki, gdzie przykrywa się go ceratowym materacem i poprzeczną takąż poduszką.

Stolce porcelanowe, na trójnogu żelaznym, stoją w przedsionku wychodków, skąd, w miarę potrzeby, przenosi się je na salę. (D. c. n.).

KORESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

Paryż, w grudniu r. z.

O LECZENIU POSOCZNICY POŁOGOWEJ ZAPOMOCĄ SUROWICY PRZECIWPACIORKOWCOWEJ.

Aleksander MARMOREK, pracując w Instytucie PASTEUR'a w Paryżu, otrzymał w r. z. surowicę, działającą swoiście na te choroby zakaźne, które spowodowane są toksycznym działaniem paciorkowca.

Surowica MARMORK'a zyskała na razie rozgłos, wkrótce jednak zjawily się liczne protesty; niektóre z nich były nawet tak dalece posunięte, że nietylko odmawiano surowicy wszelkiego działania dodatniego, ale wprost nawet uważano ją za trującą. Surowica powyższa, zwana antistreptokokcyną, miała, prócz innych zastosowań, grać jakoby wybitną rolę w leczeniu posocznicy połogowej.

Chcąc zbadać dokładnie działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej, udałem się, zgodnie z życzeniem prof. JASTREBOW'a, do Paryża, aby na miejscu rzecz tę wy-studyować.

Dzięki uprzejmości MARMORK'a, który udzielić mi raczył wszelkich żądanych objaśnień, jak również wielu paryskich klinicystów, zebrałem wiadomości, które mi chciałbym w niniejszym artykule podzielić się z Sz. Kolegami.

Z ogólnej ilości przedstawionych mi historii chorób, leczonych zastrzykowaniami surowicy, 16 przypadków odnosi się do posocznicy połogowej.

Niezależnie od objawów klinicznych, rozpoznanie stwierdzano zawsze hodowlami pasorzytów ze krwi gorączkujących. W siedmiu przypadkach znaleziono czystą hodowlę paciorkowca, i w tym razie ani jedna chora po zastosowaniu surowicy nie zmarła. Z pięciu przypadków, gdzie obok paciorkowca znaleziono gronkowca złocistego lub białego, dwa zakończyły się niepomyślnie. W trzech przypadkach, gdzie obok paciorkowca wykryto lasecznika okrężnicy, a również i tam, gdzie posocznica wywołana została jedynie przez tego ostatniego, żadnego działania surowicy nie zauważono.

Jak się więc z powyższego okazuje, surowica działa swoiście tylko na te postaci posocznicy, w których główną rolę gra paciorkowiec.

Przypadki nawet bardzo w rozwoju posunięte, byle spowodowane przez paciorkowca, można wyleczyć surowicą. Jako przykład przytacza MARMOREK dwa przypadki, z których jeden miał przebieg ostry, drugi zaś przewlekły.

W pierwszym przypadku zastosowano surowicę trzeciego dnia choroby. W chwili zastrzykiwania tętno wynosiło 136, ciepłota 40,5°, brzuch był silnie wzdęty, halucynacje wzroku i słuchu, białkomocz w znacznej ilości; w miednicy wysięk wielkości głowy ludzkiej, umiejscowiony w prawym więzadle szerokim. Hodowle ze krwi, jak również z wydzielin macicy, wykazały obecność znacznych ilości paciorkowca. Zastosowano 15 ctm. sz. surowicy, poczem objawy szybko w ciągu pierwszych kilku godzin zmniejszyły się; użyto więc jeszcze w ciągu pięciu dni 30 ctm. sz. surowicy; stan ogólny chorej zupełnie się poprawił, wysięk więzadła szerokiego uległ wessaniu prawie w zupełności w ciągu 15-tu dni; zrobiono jednak dla próby w miejscu, odpowiadającym wysiękowi, nacięcie, lecz ani ropy, ani paciorkowców nie znaleziono.

W drugim przypadku, przewlekłym, chora gorączkowała 19 dni przed zastosowaniem surowicy. Przed pierwszym zastrzyknięciem istniały objawy zapalenia wsierdzia, osierdzia, płuc i opłucny; gośćca stawowego i zapalenia macicy. Białkomocz, tętno 130, ciepłota 39,2°. We krwi, również jak i w odchodach macicznych, znaleziono paciorkowca. Już po pierwszym zastrzyknięciu stan ogólny chorej poprawił się, białkomocz znikł, w ciągu miesiąca zaś chora przyszła zupełnie do zdrowia po użyciu 280 ctm. sz. surowicy.

Obok zastrzykiwań surowicy MARMOREK nie radzi robić zabiegów miejscowych, obawiając się, aby przy wykonywaniu skrobienia macicy, a nawet przemywań, nie nastąpiło ponowne zakażenie. Wyjątkowo tylko, w razie, jeżeli jest zasada do przypuszczenia, że w macicy pozostały resztki łożyska, jeden raz tylko macicę z pozostałości owych oczyszcza.

Co się tyczy ilości zastrzykiwanej surowicy, to należy za pierwszym razem użyć od 10,0 do 20,0 ctm. sz.; lepiej zawsze użyć większą dawkę, aby na początku silniej na ustrój podziałać. Następnie, po 24-ch godzinach, a na wet już po 12-tu — wykonać można powtórne zastrzykiwanie również 10,0 surowicy, w dalszym zaś ciągu należy kierować się stanem ogólnym chorej oraz tętnem; jeżeli stan chorej mało się poprawia, to dalsze zastrzykiwania winny być częstsze, i odwrotnie. Po zupełnem poprawieniu się chorej, należy jeszcze raz lub dwa zastrzyknąć surowicę, aby tem lepiej ugruntować pomyślny wynik leczenia i zabezpieczyć się od nawrotu choroby.

Największa ilość zużytkowanej surowicy dla jednej chorej wynosiła 280,0 ctm. sz.; ilość tę użyto w ciągu miesiąca, w powyżej właśnie przytoczonym przypadku. Dawek dużych i wogóle stosowania znacznej ilości surowicy swoistej oba-

wiać się nie należy; działania ujemnego na nerki i t. d. nigdy nie zauważono. Czasem występują większe lub mniejsze wysypki skórne, bez znaczenia dla ustroju i szybko przemijające.

Po zastrzyknięciu surowicy ciepłota w ciągu sześciu godzin winna obniżyć się o 1° — 2° ; tętno spada w tym czasie do 80—90.

Zastrzykiwania wykonywać należy po uprzednim jaknajdokładniejszym oczyszczeniu skóry, gdyż w przeciwnym razie powstają ropnie.

Po zastrzyknięciu miejsce ukłucia pokrywa się *collodio jodoformato*.

Oprócz spraw połogowych stosowano surowicę z dobrym wynikiem przy zakażeniu pooperacyjnem, przy zapaleniach ropnych tkanki podskórnej, przy zapaleniu gardzieli błoniastem, spowodowanem przez paciorkowca, przy szkarlatynie, wreszcie przy róży.

(D. n.).

Emil du Bois-Reymond.

W końcu roku zeszłego rozstał się z tym światem EMIL du BOIS-REYMOND, dożywszy sędziwego wieku 79 lat. Jakkolwiek od dłuższego czasu niemocą złożony, pracował jednak do ostatniej chwili, jeszcze bowiem na kilka dni przed zgonem przeglądał korekty. O śmierci nie myślał i śmierci się nie bał; jedyną jego troską było to, iż z powodu choroby nie mógł rozpocząć wykładów. Do du BOIS-REYMOND'a stosuje się doskonale tak często nadużywane zdanie, iż śmierć jego spowodowała niczem nie dającą się zapęlić lukę. To, co ongi rzekł o swym mistrzu, Johanes'ie MUELLER'ze („Oto mąż, którego nikt nie zastąpi“), w równym stopniu i do niego się odnosi.

Łączył on w sobie powagę naukową i namietność do poszukiwań z niepospolitym darem jasnego i wytwornego wykładu; umiał jaknajszerszemu kołu czytelników zajmująco i przystępnie wyłożyć zagadnienia treści przyrodniczej i filozoficznej.

Przez ojca będąc pochodzenia szwajcarskiego, a przez matkę francuskiego, sam czuł się berlińczykiem i całe życie spędził w Berlinie. W du BOIS-REYMOND'zie wytrwałość i mądrość szwajcarów łączyła się ze sprytem francuzów oraz naukowym idealizmem Niemców.

Du BOIS-REYMOND przez długie lata był głową filozofii niemieckiej. W ciągu lat 40-tu zajmował katedrę w uniwersytecie i przez cały ten długi okres czasu stał na wysokości zadania potęgą swej wiedzy i nauki.

Już w 32-im roku życia został przedstawiony przez J. MUELLER'a i A. HUMBOLDT'a na członka Akademii, a od 1867 r. był stałym jej sekretarzem.

Du BOIS-REYMOND umiał silnie i wytrwale dążyć w raz obranym przez się kierunku. W 1841-ym roku J. MUELLER przesłał mu dzieło MATTEUCCI'ego p. t.: „Essais sur les phénomènes électriques des animaux“ z prośbą o sprawdzenie i rozwinięcie idei, w niem zawartych. Du BOIS-REYMOND prawie całe życie przedmiotowi temu poświęcił, i jeżeli badania jego nad elektrycznością zwierzęcą nie rozstrzygnęły w zupełności kwestyi, to przyczyna tego tkwi w nieprzez wyciężonej trudności zadania, któremu nie mogli również sprostać tacy uczeni, jak: PFLUEGER, HEIDENHAIN, MUNK i inni.

Niemniej, zasługi, jakie położył du BOIS-REYMOND dla fizjologii nerwów, są niespożyte, i odkrycia jego, w tej dziedzinie dokonane, posiadają wartość pier-

wszorzędną. Często zarzucano du Bois-REYMOND'owi, że życie całe poświęcił elektrofizjologii. Zarzut to najniestuszniejszy. W charakterze jego leżało nie zbaczać z raz obranej drogi, przedmiot coraz bardziej pogłębiać i szukać wciąż ostatecznej przyczyny zjawisk. Samo się przez się rozumie, że, zajmując się elektrofizjologią, musiał Du Bois-REYMOND nieustannie stykać się z rozmaitymi problemami fizycznymi. To też i w tej dziedzinie pozostawił trwałe rezultaty swej twórczej pracy, np. wynalazł lub zmodyfikował wiele przyrządów fizycznych. Du Bois-REYMOND był jednym z założycieli Towarzystwa Fizycznego w Berlinie i przez długie lata zajmował w niem stanowisko prezesa.

Do spopularyzowania jego imienia przyczyniły się mowy, jakie miewał na posiedzeniach Akademii. Mowy te, były treści najróżnorodniejszej i zawsze wywierały silne na słuchaczach wrażenie.

Dodamy wreszcie, że du Bois-REYMOND częstokroć podejmował kwestye filozoficzne i że niektóre z jego tez filozoficznych zdobyły wielką wśród ukształconego ogółu popularność.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— ALTHAUS twierdzi, że elektroterapia daje dobre wyniki przy impotencji, o ile jest odpowiednio stosowaną. Jeżeli objaw ten jest zależny od organicznej choroby ośrodków nerwowych, lub też jest skutkiem ostrych i przewlekłych chorób wyniszczających, wreszcie wynika z fizycznej wady narządów rodnych, elektroterapia nie jest wskazaną. A. rozróżnia psychiczną i rdzeniową postać impotencji; przy rdzeniowej bywa: 1) zbytnia pobudliwość ośrodków rządzących wytryskiem nasienia (*Ejaculationscentrum*); 2) niedowład (*pareisis*) tegoż ośrodków; 3) niedowład erekcji. Przy wszystkich tych postaciach impotencji stosuje A. prąd stały, gdyż faradyczny działa bardzo słabo lub też wcale nie działa na ośrodki układu nerwowego. (Berl. klin. Woch. Nr. 36. 96).

— BOUCHARD poddał röntgenografii trzech chorych z wysiękami opłucnej i przekonał się, że po stronie klatki piersiowej, w której znajduje się wysięk, otrzymuje się na fotografii ciemną smugę bardzo wyraźną; jeżeli wysięk nie znajduje się na całej przestrzeni jednej połowy klatki, natenczas ciemna smuga określa górną granicę wysięku, zgodną z granicą oznaczoną badaniem fizycznym; zaciemnienie jest tem wyraźniejsze, im z grubsza warstwa płynu mamy do czynienia. Prócz tego w tych trzech przypadkach prawostronnego zapalenia opłucnej wystąpił na fotografii cień śródpiersia (zazwyczaj nie występujący), na

lewo od mostka, w postaci trójkąta, którego podstawa łączy się z cieniem serca. Metodą tą można zatem przekonać się o istnieniu wysięku i jednocześnie określić jego granicę i grubość warstwy. (Acad. de médecine 7. XII. 96).

— KRZTUSIEC przebiega bezgorączkowo jedynie w bardzo lekkiej postaci, zazwyczaj jednak towarzyszy mu nieprawidłowa gorączka. Czasami jednak, na co zwraca uwagę STEINHALL, następuje znaczne podniesienie ciepłoty do 39°—41°, które badaniem wytłumaczyć się nie daje, po kilku zaś dniach ciepłota obniża się do cyfr prawidłowych. Należy to mieć na uwadze, aby, pomimo braku innych objawów, nie przepowiadać otaczającym chorego ciężkich powikłań choroby. (Thèse de Paris. 1896).

— SEEGLKEN dokonał w klinice STINTZING'a nakłucia lędźwiowego u chorego z *coma saturninum* z najlepszym wynikiem. Wypuszczono 60,0 surowiczego płynu; pierwsza porcja otrzymanego płynu była przezroczystą, druga zaś mętną. Po operacji chory odyskał powoli przytomność i po trzech dniach wyzdrowiał. Przypadek ten potwierdza zatem przypuszczenie, że zapas przy otruciu ołowiem zależną jest od ostrego obrzęku mózgu, nakłucie lędźwiowe jest zatem przy niej wskazane tak samo, jak i przy wysiękach w opłucnej. (Sem. méd. Nr. 61. 96).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 26 z. m. Prof. Marceli NENCKI wybrany został na członka honorowego tegoż Towarzystwa, a to z powodu przypadającego w dniu 7-ym b. m. jubileuszu swej 25-letniej działalności profesorskiej.

— Kol. Karol RYCHLIŃSKI mianowany został ordynatorem szpitala Ś-go Jana Bożego w Warszawie.

— Kol. L. NAZARKIEWICZ b. ordynator klinik oraz poliklinik w Wiedniu i Gracu w oddziale chorób wewnętrznych i gardlanych, założył w Gries pod stacją Bozen, niedaleko Meranu, lecznicę, w której przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych, potrzebujących leczenia klimatycznego lub inhalacyjnego. Dział hydro- i mechanoterapii zawiera w sobie wszelkie urządzenia, przez współczesną terapię wymagane. Czas trwania sezonu od września do końca maja. D-r NAZARKIEWICZ (Villa Lereley w Gries pod Bozen, w południowym Tyrolu) udziela wszelkich objaśnień listownie.

— W Nr. 3-cim „Przeglądu Lekarskiego” czytamy co następuje: „XII Zjazd międzynarodowy lekarski odbędzie się, jak już wiadomo czytelnikom „Przeglądu”, w r. b. w Moskwie w dniach 19—26 sierpnia. Ponieważ jest rzeczą nader pożądaną, ażeby lekarze polscy mogli wystąpić oficjalnie na tym wszechświatowym Zjeździe naukowym, grono kolegów utworzyło w Krakowie komitet, mający za zadanie odpowiednie ułożenie całej tej sprawy z zarządem Zjazdu w Moskwie i ewentualne w następstwie ułatwienie kolegom wzięcia udziału w Zjeździe. Komitet ten pod przewodnictwem profesora RYDYGIERA, w początkach grudnia r. z. przesłał do Komitetu Zarządzającego Zjazdem w Moskwie zawiadomienie o ukonstytuowaniu się Komitetu narodowego polskiego w Krakowie, prosząc, według przyjętej w tych razach formy, o potwierdzenie Przewodniczącego i dalsze znoszenie się z nim w sprawach, do-

tyczących Zjazdu. Nadesłana wkrótce odpowiedź Komitetu Zjazdowego brzmiała przychylnie i nader uprzejmie zapraszała do współudziału w pracach XII-go Zjazdu, przesyłając jednocześnie dyplom dla Przewodniczącego. Wobec tego Komitet polski rozpoczął kroki w celu porozumienia się z naszymi Towarzystwami lekarskimi i jednocześnie zawiadamia kolegów, iż gotów jest pośredniczyć we wszelkich sprawach dotyczących Zjazdu w Moskwie, jakoto: przesyłka należności za udział w Zjeździe (10 rubli = 13 złr. = 25 frank.), otrzymanie legitymacji członków, uzyskanie ulg kolejowych, zgłaszanie odczytów i t. p. Koledzy zatem, którzy pragną wziąć udział w Zjeździe, zechcą zgłaszać się listownie po wszystkie informacje do przewodniczącego prof. RYDYGIERA, lub sekretarza Komitetu doc. D-ra KRYŃSKIEGO w Krakowie. Prof. RYDYGIER. Prof. CYBULSKI. D-r SURZYCKI. Doc. D-r KRYŃSKI“.

Winniśmy wyjaśnić, iż wiadomość ta dotyczy tylko poddanych austriackich.

— Nakładem S. KARGER’a w Berlinie zaczęło wychodzić nowe czasopismo, poświęcone chorobom nerwowym i umysłowym, p. t. „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie” pod redakcją prof. C. WERNICKE’go we Wrocławiu i Th. ZICHEN’a w Jenie.

— Nagroda RINECKER’a za najważniejsze odkrycie lekarskie w ciągu ostatnich 3-ich lat, przyznana została przez wydział lekarski w Wüzburgu prof. BEHRING’owi. Nagroda składa się z medalu złotego i 1000 marek.

— W „Bulletin municipal officiel de la ville de Paris” ogłoszono, iż na 10 prób mleka, używanego w Paryżu, w 4-ch znaleziono laseczniki gruźlicze.

— D-r LAWSON TAIT dowodzi, iż pierwsza laparotomia była wykonana nie przez Mc DOWELL’a, jak zwykle utrzymują, lecz przez Roberta HOUSTON’a na 100 lat przed Mc DOWELL’em, a mianowicie w roku 1701.

Sprostowanie. W Nrze 5 nastr. 108 w wierszu 16 od góry zamiast „eukaina” winno być „eukazyna”, oraz na str. 109 w wierszu 13 zamiast „można” winno być „nie można”.