

# GAZETA LEKARSKA

## I. O zwichnięciach w stawie biodrowym.

### Wykład kliniczny.

Napisał

L. Rydygier.

Sz. Panowie Chętnie korzystam z nadarzającej się sposobności, aby nieco dokładniej omówić zwichnięcia w stawie biodrowym. Wczesne i dobre rozpoznanie tych uszkodzeń oszczędzić może lekarzowi niemałych trudności, błędne zaś narazić go na nieobliczalne szkody nie tylko dla niego samego, ale—co ważniejsza—i dla chorego. Żywo utkwiał mi w pamięci przypadek niezmiernie pouczający w tym względzie: ceniony zresztą lekarz szpitalny na prowincyi nie rozpoznał zwichnięcia w stawie biodrowym, powstałego podczas jakiejś katastrofy kolejowej, za co zapłacił utratą rentowego stanowiska konsumenta kolejowego; ogólny zaś stan poszkodowanego skutkiem tego przeoczenia tak bardzo ucierpiał, że ś. p. prof. ALBERT, badając chorego w jakiś czas później, powiedział mu wręcz: „Kolej wyrządziła Panu wielką krzywdę, lecz jeszcze większą wyrządził Panu lekarz”. O przypadku tym opowiem Panom w krótkości. Po pewnej katastrofie kolejowej przywieziono do szpitala chorego ze zmiążdżoną nogą, obficie krwawiącego. Dyrektor szpitala musiał przystąpić natychmiast do wysokiego odjęcia kończyny w udzie. Gdy po kilku tygodniach rana poamputacyjna się wygoiła, chory mógł przy pomocy kul przechadzać się, lecz tak niedołąźnie, że lekarz wysłał go na koszt kolei do kąpiel. Przejeżdżając przez Wiedeń, zasięgnął chory porady u prof. ALBERT'a, który dopiero teraz rozpoznał, że przyczyną niedostatecznej wydolności pozostałej kończyny było zwichnięcie w stawie biodrowym, przedtem nierozpoznane, a teraz już zastarzałe. Oczywiście — uszkodzenie to miało dla chorego, pozbawionego już jednej kończyny, ogromnie niekorzystne znaczenie. Niewątpliwie było to niemałym przeocze-

nieniem ze strony lekarza ordynującego, który obserwując chorego przez kilka tygodni, nie zauważył zwichnięcia na kończynie nieamputowanej; każdy jednak z Panów przyzna mi, że w pierwszym momencie, kiedyto na stole leżał chory wykrwawiony, ze zmiażdżoną, częściowo nawet oderwaną kończyną, skutkiem czego porównanie obu kończyn co do długości, częściowo zaś i co do ustawienia, było utrudnionem, kiedyto chory, pozostając pod wpływem wstrząsu, żadną skargą nie zwrócił uwagi lekarza na staw biodrowy po drugiej stronie i kiedy wreszcie wszystko nagliło do jak najspieszniejszego wykonania operacyi, łatwo prześlepić można było zwichnięcie stawu biodrowego na drugiej kończynie. Wspominam tu o tym przypadku, obfitym w smutne następstwa i dla lekarza i dla pacjenta, aby tem bardziej zwrócić uwagę Panów na ważność przedmiotu, o którym mowa.

Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego — a tylko o tych mówić będziemy — nie zdarzają się nazbyt często. Pod względem częstości zajmują one trzecie miejsce po zwichnięciach stawu barkowego (52%) i stawu łokciowego (27%). Częstość zwichnięć w stawie biodrowym obliczają na 12%. Tę stosunkową rzadkość tych obrażeń, mimo długą dźwignię, jaką przedstawia kończyna dolna, tłumaczymy łatwo głębokością panewki, wytrzymałością torebki stawowej, wzmocnionej nadzwyczaj odpornymi więzadłami, jak niemniej doskonale zazwyczaj rozwiniętymi mięśniami staw otaczającymi. Więc też tylko wyjątkowo gwałtowne urazy, jak zasypanie obsuwającą się ziemią, przejechanie wozem ciężarowym, upadek ze znacznej wysokości i t. p., są w stanie wywołać to obrażenie. Odpowiednio do tych okoliczności zwichnięcia w stawie biodrowym zdarzają się najczęściej w sile wieku między 20—50 r. ż. Nadto u dzieci elastyczne więzadła są wytrzymalsze, aniżeli cienkie kości; u starców zaś krucha skutkiem różrzedzenia (*rarefactio*) kość o wiele łatwiej ulegnie złamaniu w szyjce rdzowej, aniżeli zwichnięciu.

Skutkiem głębokiego położenia stawu biodrowego, osłoniętego ze wszystkich stron silnymi mięśniami, zwichnięcie następuje skutkiem pośredniego zadziałania urazu na udo lub lub tułów. Główka zostaje wyważoną z panewki skutkiem wykonania ruchu wprawdzie w kierunku fizyologicznym, ale nagle, gwałtownie i, co najważniejsze, poza granice fizyologiczne wykonanego. Podpora dźwigni (*hypomochlion*) powstaje przez oparcie się szyjki o brzeg panewki, osłonięty chrząstką.

Zależnie od kierunku, w którym uraz zadziałał, główka wysuwa się z panewki ku tyłowi lub przodowi, w górę lub w dół, zawsze przez szczelinę, powstającą w odpowiednim miejscu torebki. Rzadko jednak zatrzymuje się główka w tem pierwotnem miejscu w pobliżu panewki, zwykle pod wpływem urazu w dalszym ciągu działającego, pod wpływem ciężaru kończyny przesuwa się ona w położenie wtórne, następcze (*secundär*) w którym zostaje ustaloną utrzymanymi jeszcze resztkami torebki, a zwłaszcza nadzwyczaj odpornem *ligamentum ileo-femorale* s. Bertini.

Jest to wielka zasługa BIGELOW'a, który z naciskiem podkreślił znaczenie, jakie napięcie owego więzadła wywiera na typowe ustawienie kończyny zwichniętej. BIGELOW posunął się tak dalece, że wszystkie zwichnięcia w stawie

biodrowym dzieli na: 1) regularne, o ile całość owego więzu została zachowana i 2) nieregularne, jeżeli skutkiem nadzwyczaj gwałtownego urazu, także i więzadło biodrowo-udowe zostało przerwane.

Podział zwichnięć w stawie biodrowym zawsze nastęrczał trudności. HIPPOKRATES opisywał zwichnięcia na zewnątrz lub wewnątrz, ku przodowi lub tyłowi. Dzisiejszy, niemal ogólnie przyjęty podział, nie o wiele różni się od hippokratesowego. W podręcznikach mówią zwykle o zwichnięciach ku przodowi i tyłowi, ku górze i dółowi. Ten sam podział może znaleźć zastosowanie wobec zwichnięć w każdym innym stawie i jest dogodnym, zwłaszcza podczas egzaminów, nie świadczy jednak bynajmniej, czy ten który go przyjmuje i podaje, ma choćby słabe wyobrażenie o mechanizmie powstawania zwichnięć, co jest przecież najważniejszym. Mnie osobiście lepszym wydaje się podział, podany przez niezapomnianego mego nauczyciela K. HÜTER'a; podział ten oparty na mechanizmie powstawania tych uszkodzeń, tem samem zaznacza sposób, w jaki odprowadzenie ma być dokonane.

Jeśli mi ktoś powie, że *luxatio ischiadica et iliaca* jest zwichnięciem skutkiem zgięcia i przywiedzenia (*adductio*) kończyny, wiem natychmiast, że ten, który tak mówi, wie w jaki sposób zwichnięcia te zazwyczaj powstają i wie, jak się zabrać należy do ich odprowadzenia. Przyznając, że niezawsze i nie we wszystkich przypadkach mechanizm bywa jednaki, wyjątkowe jednak warunki dadzą się zwykle stwierdzić i posłużą do tem lepszego poznania danego zwichnięcia. Robiąc jednak ustępstwo dla ogólnie przyjętych zapatrywań, podział HÜTER'a uwzględniać będę dopiero na drugim miejscu.

1. Na pierwszym miejscu mówić będziemy o zwichnięciach ku tyłowi: *luxatio ischiadica et iliaca*, o zwichnięciach skutkiem nadmiernego zgięcia (*flexio*) i przywiedzenia (*adductio*) kończyny (HÜTER). Tę formę zwichnięć spotykamy najczęściej: 4 razy na 5 przypadków zwichnięć biodra w ogóle.

Zwichnięcia ku tyłowi powstają najczęściej skutkiem takiego zadziałania siły, które ustawia kończynę w nadmiernej fleksyi, addukcyi i rotacyi na wewnątrz. Ów ruch poza fizyologiczne granice we wskazanych kierunkach następuje po zadziałaniu siły na kończynę przy ustalonej miednicy, lub też, co częściej bywa, po zadziałaniu gwałtownego urazu (np. podczas zasypania) na ruchomą miednicę (wzgl. tułów) przy ustalonej już kończynie. W tych razach główka kości udowej wnika na dolno-tylną ścianę torebki stawowej, tu powstaje szczelina i przez nią główka wychodzi ze stawu. W czasie następującego teraz ruchu wtórnego, wywołanego ciężarem kończyny i skurczem napiętych mięśni wyprostnych, osią obrotu nie jest już oś normalna, lecz zachowane, mocne więzadło biodrowo-udowe, na którym kończyna zostaje jakoby zawieszoną (BIGELOW). A teraz, gdy torebka nie bardzo została rozdarta, a otaczające mięśnie nie nadmiernie uszkodzone, główka zatrzymuje się w pobliżu większego wcięcia kulszowego (*incis. isch. major*), poniżej mięśnia zasłaniającego wewnętrznego (*m. obtur. int.*) i mówimy wtedy o zwichnięciu kulszowym (*lux. ischiad.*); lub też i torebka i mięśnie, nawet zasłaniający wewn., uległy znaczniejszemu uszkodzeniu; wywichnięta główka, mając większą swo-

bodę ruchów, posuwa się bardziej ku górze po zewnętrznej powierzchni kości biodrowej, i wtedy mówimy o zwicnięciu biodrowem (*lux. iliaca*). Widzicie zatem Panowie, że te dwie odmiany zwicnięcia ku tyłowi nie różnią się bynajmniej zasadniczo. Potem zobaczymy, że niema między nimi zasadniczych różnic ani co do objawów, ani nawet co do leczenia. Są to bowiem tylko dwa różne stopnie tego samego zwicnięcia. Stąd pochodzi, że podania, odnoszące się do względnej częstości tych dwu odmian, nie są zgodne. Zdaniem KUCER'a, który wnioski swe oparł na kilku różnych zestawieniach, *luxatio iliaca* ma być częstszą niż *ischiadica* (96 : 37).

Zwicnięcie biodrowe [podłędźwiowe] powstać może jednakowoż i w inny sposób, który dokładnie uwzględnić musimy, gdyż nie jest on bez wpływu na sposób odprowadzania. Mianowicie, przy nieznacznym zgięciu, a równoczesnej addukcy i rotacyi na wewnątrz, skutkiem dostatecznego ucisku główki, torebka może zostać przedartą w swej górnej lub bocznej części i tedy wysuwa się główka kości udowej wprost na talerz biodrowy (*l. iliaca directa*). W tym zatem razie szczeliny w torebce stawowej szukać należy w górnym odcinku torebki, gdy tymczasem przy poprzednio opisanej *luxatio iliaca indirecta*, którąby nazwać można było także *luxatio ischiadico—iliaca*, szczeliny szukać należy od tyłu w ścianie dolnej, o czem pamiętać należy, odprowadzając zwicnięcie. Żałować tylko należy, że w przypadku dokonanego już zwicnięcia nie możemy rozpoznać mechanizmu powstania.

Dopiero wtedy, kiedy repozycya nie udaje się, mimo nastawienie główki naprzeciw dolnej - tylnej ściany torebki stawowej, powinniśmy sobie przypomnieć, że szczelina może się znajdować w bocznej lub górnej okolicy, o ile mielibyśmy w danym razie do czynienia z bezpośrednim zwicnięciem podłędźwiowem.

I w tej odmianie zwicnięcia główka udowa stoi ponad mięśniem zasłaniającym wewnętrznym, lecz mięsień ten może być nienaruszonym: dolna ściana torebki jest nieuszkodzoną.

Objawy zwicnięcia ku tyłowi są tak charakterystyczne, że znając mechanizm powstawania tych obrażeń, przy pawnej uwadze łatwo uniknąć można pomyłki. Oczywiście w świeżych przypadkach nie wyczujecie Panowie łatwo przemieszczonej główki pod grubym pokładem tłuszczu (zwłaszcza u osób otyłych) i mięśni i w obec świeżego wynaczynienia krwi. Zresztą, zwłaszcza w narkozie, udaje się zawsze wyczuć w głębi pośladka twarde kuliste ciało, wykonywające współruchy, przy ruchach zwłaszcza obrotowych udem, które [ciało] zatem niczem innem nie może być, jak tylko główką kości udowej, wyważoną z panewki.

Pewniejsze i bardziej w oczy wpadające są objawy, wynikające z fałszywego ustawienia kończyny. W obu odmianach zwicnięcia ku tyłowi kończyna jest zgięta w stawie biodrowym, przywiedziona i skręcona na wewnątrz, a przytem skrócona. Rzeczywiste, istotne skrócenie kończyny jest przy zwicnięciu podłędźwiowem większe, aniżeli przy kulszowem, gdyż tam główka przesunęła się wyżej. Odszukajcie Panowie szczyt krętarza większego i bacście na jego stosunek do linii NETATON'a—ROSER'a: w zwicnięciu biodrowem (podłędź

wiowem) stoi on 3—7 ctm. ponad tą linią, w zwichnięciu kulszowem—zaledwie 2—3 ctm. Nadto obok skrócenia rzeczywistego istnieje także pozorne, spowodowane podniesieniem odpowiedniej połowy miednicy, czem chory pragnie znieść addukcyę.

Przeciwnie znów, zgięcie kończyny w *luxatio ischiadica* jest o wiele większe, aniżeli w *luxatio iliaca*, co wynika z mechanizmu powstawania tych zwichnięć.

Jeszcze na jeden objaw chciałbym zwrócić uwagę Panów, objaw ważny, pozwalający odróżnić to obrażenie od innych zdarzyć się mogących w stawie biodrowym. Jest nim pewne, charakterystyczne ustalenie kończyny zwichniętej we fałszywym ustawieniu. Wszystkie ruchy są ograniczone, a tylko wśród znacznych bólów udaje się nam zwiększyć fałszywe ustawienie we fleksyi, addukcyi i rotacyi na wewnątrz. Lecz wszelkim ruchom odwodzącym lub skręcającym na zewnątrz kończyna stawia sprężysty, elastyczny opór, zależny głównie od napinającego się elastycznego więzadła BERTINI'ego.

Wspomniećby jeszcze należało o zniekształceniu okolicy stawu biodrowego, istniejącem w różnym stopniu, a zależnem od przemieszczenia główki, wzgl. krętarza, od podskórnego wylewu krwi, a także od zapalnego obrzęku otaczających staw części miękkich.

Z objawów podmiotowych na plan pierwszy wysuwają się oczywiście bóle, które rozpromieniać się mogą aż na stopę, o ile nerw kulszowy został uciśnięty przez zwichniętą główkę.

Rozpoznanie zwichnięć ku tyłowi nie powinno Panom nastroczać większych trudności. Na dobrą drogę naprowadzić winno pilne rozważenie istniejących objawów. Odróżnić należy przedewszystkiem stłuczenie stawu, złamanie szyjki, kości udowej, a nie przeoczyć równoczesnych powikłań, jak np. odłamania brzegu panewki.

Przy silnem stłuczeniu (*contusio*) znajdziemy pewne zniekształcenie okolicy biodrowej, niekiedy znaczne bóle i skutkiem tego upośledzoną ruchomość w stawie. Nigdy jednak nie znajdziemy charakterystycznego ustawienia fałszywego, jak przy zwichnięciu, brak przedewszystkiem charakterystycznego sprężystego oporu przy próbach wyprowadzenia kończyny z istniejącego ułożenia.

Złamanie szyjki kości udowej różni się od zwichnięcia skręceniem kończyny na zewnątrz, które niemal zawsze temu uszkodzeniu towarzyszy. W nadzwyczaj rzadkich przypadkach naprowadzi nas na właściwe rozpoznanie wyczuwalne tarcie kostne i brak wyraźnej fleksyi i addukcyi. Zważyć także należy, że złamanie szyjki kości udowej zdarza się głównie u starszych kobiet, gdy zwichnięcie widzimy głównie u młodych mężczyzn.

Leczenie może być tylko jedno i polega na odprowadzeniu zwichnięcia. W świeżych przypadkach repozycja udaje się zwykle łatwo. Już jednak po kilku tygodniach odprowadzenie może się okazać bardzo trud-

nem. Znane są jednak przypadki, w których repozycja udawała się nawet po roku [K. HÜTER]. Nastawiając zwichnięty staw biodrowy, pamiętajcie Panowie, że udanie się zabiegu nie zależy bynajmniej od użycia gwałtownej siły; zbędnymi się już stały groźbę budzące przyrządy wyciągające; wystarczy nam siła własnych rąk, bylebyśmy mądrze i celowo ją zużyli. Zwykle bez narkozy się nie obejdziemy, konieczną jest ona z powodu napięcia potężnych mięśni. Pacjenta układamy na ziemi, na materacu twardym i stajemy przed i nieco na zewnątrz od kończyny zwichniętej. Silny pomocnik ustala miednicę, opierając się rękoma o kolce biodrowe przednie, górne i przyciskając je do podłoża. Niekiedy lepszym okaże się postępowanie GERSUNY'ego: asystujący zgina *ad maximum* zdrową kończynę w stawie biodrowym i kolanowym i przyciska ją do klatki piersiowej chorego.

Teraz trzeba tylko główkę zwichniętą odprowadzić do panewki po tej samej drodze, na której ona ją opuściła. Uchwycicie zatem chorą kończynę jedną ręką w okolicy dołu podkolanowego, drugą za podudzie i zginajcie ją powoli aż do kąta prostego, a nawet więcej. Teraz dopiero pocznijcie z całej siły pociągać za kończynę w górę, jak gdybyście chcieli ją wyrwać. W niektórych świeżych przypadkach z wielkiem przedarciem torebki, już w tej chwili wskakuje nagle i wyraźnie główka do panewki. Kończyna powinna być zgięta nie tylko w stawie biodrowym, ale i kolanowym, bo wtedy mamy nie tylko wygodną rękojeść, za którą pociągać możemy, lecz równocześnie zwalniamy mięśnie zginające, przebiegające ponad tymi dwoma stawami.

Jeżeli podczas pociągania kończyny w górę główka nie wchodzi do panewki, przystępujemy do trzeciego aktu repozycyjnego. Do wyboru mamy dwie metody:

1) Dodajcie do istniejącego już zgięcia, odwiedzenie kończyny i okręcenie jej na zewnątrz. Wtedy napina się zewnętrzne ramię więzła biodrowo-udowego i główka okręcając się około ustalonego krętarza, wślizguje się do panewki [DESPRÉS, RUST, CHELIUS, ROSER, BIGÉLOW i inni]. Sposób ten nadaje się zwłaszcza do przypadków zadawnionych, odbywa się bowiem pod działaniem niemałej siły. Aby krętarz tem pewniej ustalić, możemy pozeń podłożyć pięść.

2) Jeżeli szczelina w torebce nie jest wielka, zamiast odvodzić, [jak poprzednio] przywodziśmy kończynę, aby tym sposobem nastawić główkę na przeciw zięjącego otworu, gdyż w chwili, w której główka wychodziła z panewki, kończyna tak właśnie była ustawioną. A zatem operując tą metodą, ustawiamy udo we fleksyi, addukcyi i rotacyi na zewnątrz [W. BUSCH].

[D. n.]

II Z INSTYTUTU ANATOMII PATOLOGICZNEJ PROF. ORTH'a W BERLINIE.

## Przyczynek do działania wstrzykiwań śródżylnych ekstraktów nadnerczy u królików.

Napisał

Józef Handelsman.

W końcu 1903 roku wystąpił JOSUÉ z pracą, w której przedstawił miażdżycę aorty u królika, otrzymaną doświadczalnie zapomocą śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny.

Ponieważ do tego czasu nikt nie mógł otrzymać takich zmian żadnym innym sposobem [tak przynajmniej mniemali autorzy badający te zmiany], zainteresowanie więc tą sprawą wśród lekarzy było znaczne; dowodzi tego duża liczba prac, które się ukazały od tego czasu do dziś dnia i które rozpatrują kwestyę zmian sklerotycznych w aorcie, otrzymanych doświadczalnie. Dość powiedzieć, że przy zbieraniu literatury tego przedmiotu, znalazłem prace 25-u autorów, którzy w większych lub mniejszych rozprawach opisywali zmiany, zachodzące w naczyniach krwionośnych oraz w innych narządach królików po wstrzykiwaniu ekstraktów nadnerczy oraz takich preparatów chemicznych, jak digitalina, strofantyna, chlorek baru, nikotylna, ołów, kwasy fosforowy i mleczny, chloralamid i t. p.

Większość tych prac streściłem dość szczegółowo w mej rozprawie <sup>1)</sup>; uważam za zbyteczne zbyt obszernie wszystkich tych artykułów na tym miejscu omawianie, i dlatego możliwie najpobieżniej o nich wspomnę.

Wszyscy autorzy zgadzają się na to, że po wstrzykiwaniu przez dłuższy przeciąg czasu w żyły uszne królika ekstraktu z nadnerczy, występują

---

<sup>1)</sup> Ueber Suprarenininjektionen bei Kaninchen nebst Einleitung über Nebenierenveränderungen bei Arteriosklerose. Inaug. Diss. Berlin. 1906. Do szeregu prac wymienionych w tej rozprawie przybywają jeszcze następujące:

- a) AMATO. Berl. klin. Woch. 1906. Nr 33 — 34.
- b) ADLER u. HENSEL. Deut. med. Woch. 1906. Nr 45.
- c) BADUKL. Rivista critica di clin. Med. 1905. Nr 17.
- d) BAYLAC et ANNYOUX. Soc. de Biologie 1906.
- e) KAISERLING. Berl. klin. Woch. 1907. Nr 2.
- f) E. MIĘSOWICZ. Kraków 1906.
- g) ORGIELBRAND. Medycyna Nr 22. 1906, oraz nowe przyczynki przez autorów tam już wymienionych: JOSUÉ. Journal de Physiologie et Pathologie générale 1905. VII. p. 4. FISCHER. Deut. med. Woch. 1906, Nr 43. BOVERI. Deut. med. Woch. 1906. Nr 51.

prawie zawsze zmiany w aorcie. JOSUÉ twierdzi, że zmiany te są identyczne ze zmianami przy miażdżycy aorty u człowieka. Po badaniach JOSUÉ'go ukazały się prawie jednocześnie badania RZĘTKOWSKIEGO i ERB'a [jun.]. RZĘTKOWSKI stwierdza, że zmiany otrzymane u królika nie są identyczne ze zmianami przy miażdżycy aorty u człowieka i nazywa te zmiany „*calcificatio aortae localisata*”; jednocześnie otrzymał Rz. zmiany w sercu (*hypertrophia cordis*) oraz w jednym przypadku marskość wątroby. ERB również zwraca uwagę na to, że zmiany, które on wywołał u swoich królików [tak zwane przez niego „*spezifische Adrenalinerkrankungen*”], a mianowicie małe tętniaki aorty, zwapnienia w *media*, zmiany degeneracyjne w mięśniach gładkich aorty, nie są takie, jak przy arteriosklerozie ludzkiej, a raczej przypominają zwapnienia *mediae*, często spotykane w tętnicach kończyn. Oprócz zmian w aorcie ERB otrzymał w jednym wypadku wylewy krwawe w mózgu.

Najdokładniej przeprowadził badania B. FISCHER, który robił doświadczenia nad 100-u królikami. Przekonał się, że zmiany w aorcie, wogóle podobne do tych, jakie otrzymał ERB, występują u królika nie tylko po wstrzykiwaniach ekstraktów z nadnerczy, ale także po wstrzykiwaniu i innych substancji [p. wyżej], a co ważniejsze, nawet u takich królików, którym nie wstrzykiwano, a które znajdowały się z różnych powodów w stanie wycieńczenia. Ponieważ u wszystkich innych autorów zmiany były prawie zawsze jednakowe, więc wspomnę o nich wszystkich razem.

Wstrzykiwano z równym powodzeniem preparat angielski — adrenalinę, jak niemiecki — suprareninę MERCK'a, hemostazynę oraz paraganglinę, a STERER użył nawet do wstrzykiwań nie ekstraktu z nadnerczy, a związku chemicznego, przypominającego adrenalinę: *metylamino-acetbrenzkatechinę*. Wstrzykiwania czyniono zwykle w żyły uszne królika; wstrzykiwania w tchawicę również wywoływały zmiany; przy podskórnych wstrzykiwaniach oraz przy dawaniu preparatu *per os* widział zmiany tylko AMATO.

Rozpoczynano wstrzykiwania od małych dawek: 0,1 ctm. sz.—0,2 ctm. sz. i stopniowo zwiększano. Ale nawet tak małe dawki, jak 0,1, wywoływały niekiedy natychmiastową śmierć królika wskutek ostrego obrzęku płuc. Poza zmianami w naczyniach w innych narządach były zmiany następujące: przerost mięśnia sercowego, krwotoki w różnych narządach: płuca, nerki, nadnercza, a także w mózgu [ERB, FISCHER]; niektórzy autorzy [ERB, RZĘTKOWSKI, ZIEGLER] opisują marskość wątroby wskutek wstrzykiwań adrenaliny. Ale główne zmiany znajdowano w tętnicach i przede wszystkim w aorcie; z tętnic mniejszych widziano zmiany tylko w tętnicach nerkowych [ERB].

W aorcie makroskopowo zwykle widoczne były zgrubienia wewnątrz naczynia lub też małe tętniaki; badanie mikroskopowe, jeżeli nie regularnie u wszystkich autorów, to w każdym razie w sposób podobny, wykazywało zmiany w *media*, z początku zmiany degeneracyjne i nekrozę mięśni *mediae*; prawie jednocześnie występują zmiany we włóknach elastycznych: włó-



kna elastyczne robią się coraz bardziej proste, rozchodzą się, rozdzierają się, a później następuje zwapnienie ściany aorty w *media*.

Niektórzy autorzy widzieli następcze zmiany w *adventitia* [ZIEGLER], a nawet w *intima* [ERB], która grubieje. FISCHER opisuje oprócz tych zmian *aneurysma dissecans*, wynikiły wskutek nekrozy *mediae*. Przyczyn wywołujących te zmiany, szukano w podniesieniu ciśnienia krwi, jadowitości preparatu, a ZIEGLER dodaje do tego jeszcze działanie preparatu na układ nerwowy [?]. Muszę zwrócić uwagę jeszcze na doświadczenia KORANYI'ego, który po 1-e przy wstrzykiwaniu adrenaliny i następnie 10%-jodipiny zmian w aorcie nie otrzymał i po 2-gie zauważył, że króliki, karmione tylko brukwią, są bardziej odporne, niż króliki karmione tylko ówsem. By się przekonać, czy zmiany w aorcie następują wskutek podniesienia ciśnienia krwi, L. BRAUN wstrzykiwał razem z adrenaliną amylnitrit i wtedy podniesienie ciśnienia krwi było zniesione; tem niemniej zmiany były takie same.

Zupełnie w ten sam sposób, jak ci wszyscy autorzy, przeprowadzałem i ja swoje badania nad działaniem wstrzykiwań śródżylnych suprareniny u królików w instytucie patologicznym w Berlinie pod kierunkiem prof. C. KAISERLING'a. Preparat, używany do wstrzykiwań, pochodził z fabryk MERCK'a; dawka 0,2 ctm. sz. okazała się zbyt silną na rozpoczęcie doświadczeń: u dwu królików po wstrzyknięciu takiej dawki nastąpiła śmierć po pierwszym wstrzyknięciu, a jeden zdechł po drugim wstrzyknięciu. Wobec tego zmniejszyliśmy początkową dawkę do 0,1 ctm. sz., a nawet 0,05 ctm. sz. Z początku wstrzykiwania były czynione co drugi dzień; w miarę tego, jak się królik przyzwyczajał do suprareniny, zwiększałem dawkę i wstrzykiwałem codziennie. Niektóre króliki przyzwyczajały się do tych wstrzykiwań tak dalece, że można było wstrzyknąć jednemu królikowi 2,6 ctm. sz. bez wywołania jakichkolwiek zmian specjalnych. Przypuszczenie, że może zmniejsza się jadowitość płynu po otwarciu buteleczki i że dlatego mogą zwierzęta znosić coraz większe dawki, upada wskutek tego, że w jednym wypadku królik zdechł w parę godzin po wstrzyknięciu 0,7 ctm. sz. suprareniny przy 38-ej iniekcji. Nie chcąc zbyt obszernie podawać opisu każdego poszczególnego doświadczenia, podaję poniżej tablicę, w której wyszczególniam, jakie zmiany otrzymałem w różnych narządach, a głównie w aorcie. Zaznaczam, że w każdym wypadku były badane mikroskopowo, oprócz aorty, *arteriae renales*, *carotis*, *cruialis*, nerka, wątroba, płuco, nadnercza i serce; pozatem w niektórych razach badany był jeszcze mózg, niektóre tętnice mniejsze, gruczoły limfatyczne i śledziona (patrz tabl. str. nast.).

Liczba doświadczeń jest mała i żadnych wniosków wyciągać nie wolno by mi było, gdyby nie to, że doświadczenia takie powtarzano przede mną wiele razy i rezultaty zawsze były podobne, gdy natomiast ja otrzymałem wyniki ujemne pomimo, iż wstrzykiwania czynione były niekiedy nawet przez długi przeciąg czasu [94 dni]. Chodzi mi głównie o zmiany w narządach, w pozostałych bowiem narządach różnic w wynikach moich i otrzymanych przez innych autorów prawie że niema.

T A B

Królik	Waga początkowa	Waga pod koniec badań	Liczba dni	Liczba iniekcji	Jakie dawki
Nr. 1-szy	2052	2052	2	2	Każda po 0,2 ctm. sz.
Nr. 2-gi	2042	2042	1	1	0,2
Nr. 3-ci	1847	1820 (-27)	44	38	Najniższe 0,09, ostatnia najwyższa 0,7
Nr. 4-ty	1310	1330 (+30)	20	17	od 0,1 do 0,4
Nr. 5-ty	1500	1510 (+10)	11	8	od 0,1 do 0,25
Nr. 6-ty	?	?	1	1	0,2
Nr. 7-my <sup>1)</sup>	2020	2500 (+480)	94	66	od 0,05 do 2,6
Nr. 8-my	1850	1990 (+140)	38	30	od 0,05 do 0,1

<sup>1)</sup> W przypadku Nr. 7 po kilkudziesięciu wstrzykiwaniach w żyły uszne wystąpił zakrzep tych żył i wobec tego dalsze wstrzykiwania czynione były przez jakiś czas w tchawicę.

L I C A

Ogólna suma zastrzykniętej surowiny	Zmiany w aorcie	Zmiany w innych narządach
0,4	Niema zmian.	Ogólne przekrwienie; <i>coccidiosis</i> wątroby <sup>1)</sup> ; krwotoki w nerkach i nadnerczach; krwotoki, obrzęk i zawał w płucach. Przerost <sup>2)</sup> (?) mięśnia sercowego.
0,2	Niema zmian.	Hypertrophia et dilatatio cordis. Ogólne przekrwienie żyłne.
14,0	Aneurysma dissecans	Ogólne przekrwienie. Dilatatio cordis. Oedema, hyperaemia et collapsus pulmonum. Wylew krwawy w opłucną i w osierdzie; krwotoki w mózgu i nadnerczach.
4,25	Wyprostowanie włókien elastycznych w media	Oedema, hyperaemia et collapsus pulmonum; wylew krwawy w opłucną; hypertrophia et dilatatio cordis; <i>coccidiosis</i> wątroby i ogólne przekrwienie.
17	To samo, lecz w mniejszym stopniu.	Oedema, hyperaemia et collapsus pulmonum; ogólne przekrwienie.
0,2	Niema zmian.	Oedema pulmonum acutum.
19,3 oraz 4,0 w tchawicy	Wyprostowanie włókien elastycznych mediae.	Silne przekrwienie wszystkich narządów; dilatatio cordis; <i>coccidiosis</i> wątroby; collapsus pulmonum.
7,2	Scieńczenie ścianki.	Hyperaemia et haemorrhagiae pulmonum; silne przekrwienie wszystkich organów; <i>coccidiosis</i> w wątrobie; przekrwienie i krwotoki w nadnerczach; hypertrophia et dilatatio cordis.

<sup>1)</sup> W wątrobie królików często spotykają się t. zw. *coccidia* [rodzaj pierwotniaków z rodziny gregaryn], które wywołują rozrost tkanki i przy niektórych sposobach utrwalenia preparaty ładząco przypominają marskość wątroby. *Coccidia* te spotykają się także i w innych organach królików, ale znacznie rzadziej; patrz R. PFEIFFER, *Coccidienkrankheit der Kaninchen*. Berlin 1892.

<sup>2)</sup> Przerostu serca u królików nie można z całą pewnością rozpoznać.

Prawda, że i ja otrzymałem zmiany w aorcie — wyprostowanie włókien elastycznych *mediae* oraz w jednym wypadku *aneurysma dissecans*, ale ani razu nie widziałem ani zwapnień, ani też nekrozy w ścianach aorty, co właśnie miało charakteryzować t. zw. śródżylne zatrucie ekstraktem z nadnerczy. Mogłoby się zdawać, że mylnie wykonywałem doświadczenia, ale i kliniczne zmiany, wywołane po każdym wstrzyknięciu, i anatomiczne zmiany w innych narządach i *aneurysma dissecans* stwierdzają, iż doświadczenia wykonywane były poprawnie. Natomiast chciałbym zwrócić uwagę na fakty następujące. Po pierwsze, króliki używane przeze mnie do doświadczeń były młode i zdrowe, dobrze odżywione i miast tego, by chudnąć, jak to się zdarzało u wszystkich innych autorów podczas doświadczeń, przybierały zwykle na wadze [oprócz jednego przypadku]; po drugie, opisywał już FISCHER, że u zwierząt kachektycznych, którym nie wstrzykiwano żadnych toksyn, znajdował zwapnienia w aorcie, jak po wstrzykiwaniach adrenaliny, a także KORANYI [o czem wyżej wspomniałem] zwraca uwagę, że zwierzęta karmione brukwią są bardziej odporne od zwierząt karmionych owsem; po trzecie, już w 1881 roku opisał OSCAR ISRAEL w archiwie VIRCHOW'a w tomie 86 p. t. „*Experimentelle Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Nierenkrankheiten und secundären Veränderungen des Circulationsstystem*” zmiany w aorcie królika, identyczne z temi, które opisują wszyscy inni autorzy od roku 1903 po wstrzykiwaniach ekstraktów nadnerczy. ISRAEL badał, jakie zmiany następują w sercu królika po usunięciu jednej nerki lub też po wywołaniu w nerce zapalenia, i zupełnie przypadkowo znalazł zmiany w aorcie, które nazwał „*chronische Endaortitis deformans*” i uważa je za coś odrębnego od ludzkiej arteriosklerozy, a przyczyny tych zmian szuka w podniesieniu ciśnienia krwi. Aorty te [aż trzy] zachowane są w Muzeum patologicznem w Berlinie i dzięki uprzejmości prof. KAISERLING'a miałem sposobność je oglądać.

Po zestawieniu więc wszystkich tych danych, warto się zastanowić, czy nie bywa zmian w aorcie królika takich, jakie opisują ci autorzy i bez wstrzykiwań adreneliny, u królików różnych ras, różnego wieku i odżywianych w sposób różny. Przecież nawet u tych autorów, którym udawało się otrzymać zmiany w *media* aorty, zdarzało się nieraz, że nawet po wielokrotnem wstrzykiwaniu żadnych zmian nie znaleziono, a z drugiej znów strony ERB opisuje, że widział zmiany już po jednorazowym wstrzyknięciu.

Bardzo być może, że chorobę tę przyspiesza wstrzykiwanie wyciągu z nadnerczy, ale nie jest jeszcze pewnem, czy ją wywołuje.

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

### NOWE BADANIA NAD MOŻLIWOŚCIĄ DOSTAWANIA SIĘ CZĄSTEK NIEORGANICZNYCH I DROBNOUSTROJÓW Z PRZEWODU POKARMOWEGO DO PŁUC.

W literaturze ostatnich miesięcy znajdujemy wiele prac, mających na celu zbadanie kwestyi, czy z kiszki mogą się dostać do płuc cząstki obojętne, wywołujące pneumokoniozę w różnych jej postaciach i drobnoustroje, będące przyczyną zakaźnych chorób płuc. Sprawa ta ma znaczenie nie tylko teoretyczne, zwłaszcza wobec nowych poglądów na patogenę gruźlicy płucnej, jakie wygłaszają v. BEHRING, CALMETTE, VALLÉE; dlatego też pragniemy zapoznać naszych czytelników ze szczegółami nowych doświadczeń, których wyniki są jeszcze, co prawda, dalekie od jednomyślności.

Niemieccy badacze zwrócili przedewszystkiem uwagę, że dostawanie się do płuc cząstek wprowadzonych *per os* nie dowodzi jeszcze przepuszczalności kiszki względem tych cząstek. L. KAST (*Berl. klin. Woch.* 1906, str. 947] dał 11-u szpitalnym chorym do zażycia po kolacyi po 0,5 — 2,0 proszku widłakowego w kapsułce żelatynowej, polecając wypłukać usta w 1 — 2 godziny po zażyciu i nazajutrz z rana; otóż raz jeden znaleziono proszek widłakowy w wodzie z płukania wieczornego i sześć razy w wodzie z płukania rannego. Odrzucając przypuszczenie rachów przeciwrrobaczkowych, KAST sądzi, że mamy tu do czynienia z wahaniami słupa cieczy w piersiowej części przelyku pod wpływem ruchów wewnętrzności i całego ciała. ALB. UFFENHEIMER (*Deutsche med. Woch.* 1906, str. 1851] wprowadzał zwierzętom do odbytnicy zawiesinę z *bac. prodigiosus* i zabijał je po czterech godzinach; można było wtedy znaleźć laseczniki w płynie otrzewnym, w macicy, we krwi i w obydwóch płucach, ale stwierdzono zarazem, że laseczniki wędrują szybko przez przewód pokarmowy w kierunku przeciwrrobaczkowym i w chwili śmierci zwierzęcia znajdują się już w żołądku, a raz nawet [znaleziono je w tchawicy. Wyplywa stąd wyraźny wniosek, że drobnoustroje, wprowadzone do żołądka i odnajdywane potem w płucach, mogą się tu dostawać nie tylko przez kiszkę i gruczoły krezkowe, ale również z powrotem przez przelyk i dalej z gardzieli drogą aspiracyi. W. SCHULTZE z Fryburga w Br. (*Münch. med. Woch.* 1906, str. 1902] twierdzi, że nie podobna uniknąć inhalacyi, wprowadzając cząstki obce nawet przez sondę żołądkową.

Stosują *per os* węgiel, cynober, atrament, można według SCHULTZE'go odnaleźć te ciała tylko w płucach, co już samo przez się wskazuje, że nie mogły się one tu dostać drogą naczyniową; w płucach cząstki obce znajdują się [wewnątrzkomorkowo] w świetle oskrzeli, w nabłonku pęcherzykowym i w tkance międzypęcherzykowej, zupełnie jak w antrakozie pochodzenia inhalacyjnego. Jednak u królika, żywionego przez dwa miesiące uczernionymi pokarmami przez przetokę żołądkową, w płucach nie znaleziono, przynajmniej przy badaniu mikroskopowem. Po iniekcji dootrzewnej można znaleźć cząstki obce w płucach, ale w daleko większej jeszcze ilości w wątrobie i śledzionie.

Z francuskich przeciwników teorii CALMETTE'a wymienimy przedewszystkiem P. REMLINGER'a [C. R. Soc. Biol., t. LXI, str. 360]. Badacz ten wykonywał na dorosłych królikach swe doświadczenia, które podzielił na trzy serye; z pierwszej seryi zwierzęta dostawały codziennie lawatywę z 100 — 200 ctm. sz. atramentu tureckiego [zawieszony z sadzy] lub z 20 ctm. sz. zawieszony z węgla [10%], przyczem odbył po każdej lawatywie zaciskano specjalnymi szczypczykami na 1½ godziny; w drugiej seryi dodawano do pożywienia atrament, węgiel lub karmin, a w ten sposób np. jeden królik wyżył w ciągu miesiąca 3 kg. atramentu, a drugi 50 g. karminu; wreszcie w trzeciej seryi zastrzykiwano atrament lub zawieszinę z węgla podskórnie. Otóż w tej ostatniej seryi znajdowano trochę tych obcych cząstek w płucach, ale zresztą więcej jeszcze w innych organach; w pierwszej seryi antrakozy płucnej nie było, jak i w drugiej seryi, gdzie uczernione były tylko żołądek i kiszki, a w płucach i gruczołach krezkowych i tchawicowo-oskrzelowych nie było nic; karmin zachowywał się tak samo, jak atrament i węgiel. Przeciwnie po 4 — 5 ciu pięciominutowych inhalacyach nad dymiącą lampą, płuca miały kolor szaro-łupkowy, a przy badaniu mikroskopowem znajdowano cząstki węgla głęboko w mięszu. REMLINGER nie podaje dokładnie czasu, w którym zabijał swe zwierzęta, co jak zobaczymy dalej, ma dość ważne znaczenie. BASSET [C. R. S. B., t. LXI, str. 366] zastrzykiwał królikom po 5 — 20 ctm. sz. zawieszony z sadzy lub karminu do różnych części kiszek cienkiej i przelyku, ale, zabijając zwierzęta po 18, 24, 48-u godzinach, po 3, 5-u dniach, nie znajdował nic w gruczołach krezkowych ani w płucach, jak i u królików, które dostawały to samo *per os*, raz lub częściej, i zostały zabite po 24 — 72-u godzinach. Takie same były wyniki u morskiej świnki, choć zwierzę zupełnie młode, „nie większe od mandarynki”, wyżyło 20 g. karminu w sześć dni. KÜSS i LOBSTEIN [C. R. Acad. Sc., t. CXLIII, str. 790] stosowali równoważną o ile możności ilość sadzy w inhalacji lub *per os*, przez 8 — 15-u dni u świnek morskich, które dotąd nie były wystawione na działanie dymu i dzięki temu wcale albo prawie nigdy nie miały antrakozy. Kiedy zwierzęta były zabite, autorowie też nie mówią. U zwierząt, które dostawały węgiel *per os*, znaleziono tylko drobne mikroskopowe ślady antrakozy w nabłonku oskrzelowym i pęcherzykowym, mięszu płucnym i gruczołach [nie krezkowych].

CALMETTE, VANSTEENBERGHE i GRYSZ [C. R. S. B., t. LXI, str. 548, 866] w odpowiedzi na zarzuty podkreślili wiele szczegółów, z którymi trzeba się liczyć w doświadczeniach tego rodzaju. Przedewszystkiem, według ich zdania, trzeba eksperymentować ze świnkami dorosłymi [600—800 gr.], bo u świnek młodych, jak i u królików w każdym wieku, gruczoły krezkowe zatrzymują obce cząstki. Nie należy też czekać zbyt długo z zabiciem zwierzęcia: 12 godzin stanowi najlepszy czas, bo potem cząstki ulegają wydaleniu, które się kończy zupełnie po 48-u godzinach, chyba że użyto bardzo dużo chińskiego atramentu. Świnki, używane do doświadczeń CALMETTE'a i jego współpracowników, były przynajmniej na kilka tygodni przedtem usuwane z pod działania dymu — trzymano je w lokalu z parowem ogrzewaniem. Przy zachowaniu tych wszystkich środków ostrożności dokonane z całą ścisłością badanie zwłok wykazało antrakozę już po jednorazowem zastosowaniu kilku cg. sadzy lub kilku ctm. sz. chińskiego atramentu przez sondę lub z pokarmem, albo po iniekcji do jednej z pętlis cienkiej kiszek. Autorowie utrzymują, że nie wszystkie złoży węglowe w płucach mają jednakowe znaczenie. Przy antrakozie czysto mechanicznej, pochodzenia inhalacyjnego, cząstki węglowe znajdują się w oskrzelach i pęcherzykach; przy antrakozie fizyologicznej po zadaniu węgla *per os*, ziarenka czarne zawarte są w dużych komórkach, zebranych pod opłucną

i w przegrodach międzypęcherzykowych; można śledzić ich drogę od kieszki do płuc w przejściu przez gruczoły krezkowe, a plamy antrakotyczne pod opłucną ukazują się już w 6 godzin po zażyciu węgla.

Po tych publikacjach odezwały się znowu głosy przeciwników teorii. REMLINGER [C. R. S. B., t. LXI, str. 663] powtórzył swe doświadczenia nad królikami, świnkami, psami i kurami, również z ujemnymi wynikami; zdaje się jednak, że ten autor nie liczył się z zastrzeżeniami, zrobionymi przez CALMETTE'a. Praca HOCHÉ'a i FUNCK'a [C. R. S. B., t. LXI, str. 860] stanowi właściwie przyczynek do poznania antrakozji inhalacyjnej. Autorowie ci zmuszali dwumiesięczne króliki do 20-minutowej inhalacji, a później zabijali je w rozmaitych porach. U zwierząt zabitych prawie zaraz znajdowano wolne cząsteczki węgla w oskrzelach, oskrzelkach i pęcherzykach; wkrótce cząsteczki te okazywały się pochłoniętymi przez okrągłe lub owalne komórki, leżące wolno w pęcherzykach i oskrzelkach; wreszcie u zwierząt zabitych po dwóch godzinach komórki z tą samą zawartością znajdowały się już w przegrodach międzypęcherzykowych i szczególnie w gruczołach płucnych i oskrzelowo-płucnych. Jak widzimy, autorowie zdają się przypuszczać, że makrofagi przenoszą cząstki obce z pęcherzyków w głąb mięszu [zgodnie z poglądami H. SCHULTZE'go]. BASSET [C. R. S. B., t. LXI, str. 724] zwraca uwagę, że jeżeli niektóre z jego zwierząt były zabijane dopiero w kilka godzin po rozpoczęciu doświadczenia, to jednak nawet w chwili śmierci zawartość ich przewodu pokarmowego była mocno zabarwiona, że dalej jego świnki, zabijane po 12-u godzinach, nie zdradzały żadnych zmian w gruczołach krezkowych i płucach, wbrew twierdzeniu CALMETTE'a. MIRONESCU [C. R. S. B., t. LXI, str. 603] wykonał 27 doświadczeń [8 nad świnkami, resztę nad królikami], aby sprawdzić teorię kiszkiwego pochodzenia zapalenia płuc. Zwierzęta otrzymywały przez sondę hodowlę agarową pneumokoków w 5-u ctm. sz. bulionu; część była głodzona przedtem przez 24 godziny, reszta jadła jak zwykle. Zabijano zwierzęta po upływie  $\frac{1}{2}$ , 1, 5, 24-ch godzin, a następnie poszukiwano pneumokoków w próbkach wydobytych z całą starannością z głębi mięszu płucnego [nie przez pocieranie szkiełkiem]. W ten sposób raz tylko wyhodowano pneumokoki z płuca, a ponieważ w tym wypadku krew z serca, wątroba, śledziona, gruczoły krezkowe pozostały jałowemi, więc te pneumokoki musiały się dostać do płuc po prostu przez jakąś nieostrożność w technice. Ciekawe doświadczenia w tym kierunku wykonali też BASSET i CARRÉ [C. R. S. B., t. LXI, str. 726]. Dziesięciu dorosłym świnkom dano do zjedzenia w dwóch porcjach [wieczorem i zrana] wątrobę i płuca królika zdechłego w ciągu 30-u godzin na zakażenie pneumokokowe krwi, a oprócz tego 100 ctm. sz. hodowli pneumokoków w bulionie z surowicą króliczą i jeszcze karminu lub atramentu chińskiego. Zwierzęta zabijano po 11-u, 17-u, 26-u godzinach, a ich gruczoły krezkowe i płuca [w których zresztą nie znaleziono żadnych nienormalnych komórek z obcymi cząstkami] po roztarciu w moździerzu zaszczipiano myszom białym; żadna z tych myszy nie zachorowała. Nie zdychały też myszy, którym dawano do zjedzenia wątrobę i płuca królików i różne narządy myszy, zdechłych na zakażenie pneumokokowe.

CALMETTE [C. R. S. B., t. LXII, str. 2] w następnej swej pracy powołuje się między innymi na iniekcye dootrzewne pyłu węglowego, które według niego dają te same wyniki, co wprowadzanie sadzy przez sondę żołądkową, choć nie może tu już być mowy o ruchu wstecznym cząstek obcych przez żołądek i przełyk do gardzieli. Wprawdzie osoby, które zażywają przez czas dłuższy t. zw. węgiel BELLOC'a, nie dostają antrakozji, ale też cząstki tego proszku są często za duże, a zresztą kiszki tych osób działają zwykle źle. Komórkom, 'pochłaniającym cząstki obce w doświadczeniach HOCHÉ'a

i FUNCK'a, CALMETTE odmawia zdolności przenikania samoistnego wgląb mięszu płucnego; według niego mają one znaczenie tylko dla wydzielania cząstek obcych z płwociną.

Niedawno [C. R. S. B., t. LXII, str. 148], BASSET opisał nowe swoje doświadczenia, które nie zmieniają w niczem dawniejszych jego poglądów. Przedewszystkiem udało się otrzymać u świnki prawdziwą pneumokoniozę po jednorazowej inhalacyi karminu, zabijając zwierzę w piętnaście dni potem; czas tak długi jest potrzebny na to, aby cząstki karminu mogły się dostać z wnętrza pęcherzyków do przegród międzypęcherzykowych i gruczołów oskrzelowych. Choroba płucna ułatwia powstanie pneumokoniozy tą drogą; jednej śwince chorej na zapalenie gruźlicze płuc i kilku zdrowym dano do wdychania przez godzinę karmin, a następnie zabito je po pięciu dniach; oglądane gołem okiem płuca zwierząt zdrowych nie zdradzały nic szczególnego, gdy na zwątrobiałych zrazach świnki gruźliczej widać było rozległe złogi karminu; przy badaniu mikroskopowem w mięszu zdrowym znajdowano komórki z karminem, rozsiane tu i owdzie, gdy w płucu chorem było ich bardzo dużo. Aby się przekonać, czy czasem uszkodzenia kiszki nie umożliwiają przedstawiania się cząstek obcych, dawano do zjadania codziennie duże ilości karminu pięciu świnkom z owrzodzeniem gruźliczem kiszki; jednak po 2—12-u dniach takiej diety nie znajdowano ani śladu komórek z karminem w gruczołach krezkowych, płucu lub zdrowych częściach kiszki; karmin pozostawał na powierzchni ran, pochłonięty przez leukocyty wielojądrowe lub zmieszany z rozpadem komórkowym.

Nowa praca KÜSS'a i LOBSTREIN'a [C. R. S. B., t. LXII, str. 139] godzi do pewnego stopnia sprzeczności, jakie widzieliśmy w przytoczonych poprzednio doświadczeniach i poglądach. Autorowie wprowadzali dorosłym świnkom do dwunastnicy po 20 ctm. sz. atramentu chińskiego, a następnie zabijali je po 10-u—30-u godzinach. We wszystkich wypadkach udało się osiągnąć w ten sposób widoczną dla gołego oka antrakozę częściową gruczołów krezkowych i bardzo lekką antrakozę płucną. Złogi podoplucne nie pokrywały nigdy całego płuca; znajdowano co najwyżej 5—6 plam o półmilimetrowej średnicy i delikatną siateczkę podoplucną na zrazach górnych. Cząstki węgla dostały się do płuc z krwią, bo znajdowały się po większej części w naczyniach włoskowatych i na miejscu plam podoplucnych tworzyły wprost czarną iniekcję w końcowem drzewku tętniczek płucnych; trochę ziarenek dostało się do tkanki śródmiąszowej, a w gruczołach tchawicowo-oskrzelowych antrakozą była minimalna. Autorowie nie sądzą, aby te zatry kapilarne mogły mieć znaczenie w powstawaniu zwykłej antrokozy ludzkiej; wystarczy przypomnieć, że po mniejszych stosunkowo ilościach sadzy, wystarczających w każdym razie do zupełnego uczernienia zawartości kiszkowej, niema w płucach żadnych prawie zmian, jak wykazały ich dawniejsze doświadczenia.

A. CALMETTE i G. PETIT [C. R. S. B., t. LXII, str. 149] wykonali wreszcie szereg ważnych doświadczeń, wykazujących możliwość przechodzenia gronkowców jadowitych przez śluzówkę kiszkową do krwiobiegu. BOUCHARD zaznaczał od dawna uposobiający wpływ zakażeń kiszkowych na furunkulozę; BROCA, J. RENAULT, COURMONT i wielu innych autorów stwierdziło, że zapaleniu szpiku kostnego ulegają często osoby z nienaruszonymi powłokami i że z drugiej strony nieżyłowi przewlekłemu żołądka i kiszek towarzyszą często liczne ropnie w skórze. Choć wobec tych faktów można było przypuszczać, że gronkowce dostają się nieraz do organizmu z przewodu pokarmowego, jednak dotąd nie dowiedziono tego nigdy doświadczalnie. We wstępnem doświadczeniu CALMETTE i PETIT zastrzyknęli dorosłemu królikowi pod skórę brzucha 1 ctm. sz. 48-godzinnej bulionowej hodowli gronkowca złocistego

z ropnia skórniego dziecka wyniszczanego; gdy zwierzę zabito w dziesięć dni potem, znaleziono mnóstwo ropni dużych, jak ziarno prosa lub konopi w wątrobie, na nerce prawej i liczne większe ropnie, naokoło miejsca iniekcji; z ropy ropnia nerkowego, zasianej na agarze, wyrosła czysta hodowla gronkowca złocistego, którą autorowie posługiwali się wyłącznie w dalszych doświadczeniach.

Dorośletemu królikowi po 24-godzinnym poście wlano przez sondę do żołądka 10 ctm. sz. 48-godzinnej hodowli bulionowej; już po sześciu godzinach można było wyhodować gronkowce z krwi; w nocy zwierzę zdechło, a na autopsji znaleziono mocne przekrwienie płuc i w oplucnych trochę płynu krwawego, zawierającego gronkowce. Innemu dorosłemu królikowi, również po 24-godzinnym poście, zrobiono lawatywę z 20 ctm. sz. bulionowej hodowli, zmieszanej jeszcze z zeszkrobaną hodowlą agarową, poczem zamknięto odbył ligaturą na 16 godzin; tu można było wyhodować gronkowce z próby krwi, wziętej w 22 godziny po lawatywie; królik zdechł dopiero po 33-ch dniach, bardzo wychudzony, ale bez spraw ropnych. Dwum młodemu pięcioletniemu królikom wprowadzono do żołądka przez sondę 10 ctm. sz. bulionowej hodowli, i jednemu nadwichnięto prawy łokieć; naza-jutrz zwierzęta zaczęły gorączkować, rozwijały się wolno, a gdy je zabito po dwóch miesiącach, znaleziono u królika z nadwichniętym łokciem szpikowe ognisko zapalne w dolnym końcu kości ramieniowej, nawet z kilkoma martwakami; u drugiego królika znaleziono parę małych ropni na wątrobie i również ognisko zapalne w górnym końcu kości ramieniowej, z odzieleniem nasady; z krwi serca obydwóch królików nie wyhodowano. Wreszcie dwom dorosłym królikom wprowadzono do żołądka po 10 ctm. sz. hodowli bulionowej, zmieszanej z zeszkrobaną hodowlą agarową, i jednemu złama-no prawe udo; zwierzęta zaczęły gorączkować od następnego dnia, a gdy je zabito po 16-u dniach, u królika ze złamaną nogą znaleziono w miejscu złamania ognisko zapalne z gęstą ropą, z której otrzymano czystą hodow-łę gronkowców; u drugiego królika stwierdzono tylko, że nerki są powiększone i blade; ze szpiku jednego uda wyhodowano parę kolonii gron-kowca złocistego; z krwi serca obydwóch królików nie otrzymano.

Chociaż, jak widzimy, poważne dane przemawiają na korzyść poglądu CALMETTE'a, zasługują jednak na niewątpliwą uwagę i ujemne wyniki liczy-nych jego przeciwników. W skutek uzasadnionych żądań zarówno CAL-METTE'a, jak BASSET'a, paryskie Towarzystwo Biologiczne wyznaczyło komisyję do ostatecznego rozstrzygnięcia tej ciekawej sprawy. Znakomite nazwiska członków komisji — BORREL, DASTRE, HENNEGUY, LETULLE, MALAS-SEZ — każą oczekiwać, że praca ich nie będzie bezowocną.

J. R.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

27. Peters [Magdeburg]. O sedymentacji plwocin zapomocą tlenu wodoru sposobem Sachs'a-Müke'go.

Wiadomo, że nie w każdej plwocinie gruźliczej wykryć się dają lasecz-



niki tuberkuliczne, a to często z powodu zbyt małej i nierównomierniej ich obecności w poszczególnych cząsteczkach płwocinowych.

Praktyczny, łatwy i niewymagający specjalnego urządzenia laboratoryjnego sposób rozszczepiania stałych cząsteczek płwocinowych, celem wyszukiwania bakterji gruźliczych, podał SACHS-MÜKE (*Münch. med. Wochenschrift*, 1906 r., N. 39). Polega on na osadzaniu się równomiernie rozdrobnionych i rozszczepionych cząsteczek płwocinowych, po dodaniu do badanej płwociny tlenu wodoru. Jedyłą wadą sposobu tego jest to, że po dodaniu do płwociny  $H_2O_2$  skutkiem szybkiego wywiązania się gazów powstaje obfita piana, porywająca za sobą grudki płwocinowe razem z drobnoustrojami; otóż piana ta wydostaje się nieraz z naczynia i zanieczyszcza otaczające przedmioty [stół].

Poniżej podanym sposobem udaje się uniknąć wybuchowego powstania gazów i rozlewania się piany. Do płwociny, zawartej w kieliszku z dnem o stożkowato-szpiczastem zagłębieniu i uwolnionej od płynnej swej zawartości, dodaje się 1—2 ctm. sz.  $H_2O_2$  i skłóca się całą zawartość naczynia. Dalsze dodawanie  $H_2O_2$  zależy od siły i wysokości powstałej piany. Jeżeli piana dosięga brzegu naczynia, czekamy aż piana przyschnie i nieco opadnie, na co zwykle wystarczy  $\frac{1}{2}$  godziny czasu. Poruszając pianę bagietką szklaną, udaje się strącić zawieszone w niej cząsteczki stałe płwociny, w przeciwnym razie dodaje się znowu ostrożnie  $H_2O_2$ , dopóki nie otrzymamy przy klóceniu osadu równomiernego, wolnego od składników stałych i dopóki resztki piany nie będą wolne od nitek lub grudek śluzowych. Całą tę manipulację udaje się wykonać w ciągu pół godziny. W niektórych zaś przypadkach czekać należy do dnia następnego.

Zauważyć należy, że bakterje gruźlicze nie tracą swych własności barwicznych pod wpływem dłuższego nawet działania  $H_2O_2$ .

Celem uniknięcia zanieczyszczenia otaczających przedmiotów skutkiem możliwego rozlania się piany, nie zawadzi dla ostrożności przykryć naczynie, zawierające płwocinę, po dodaniu  $H_2O_2$ , i umieścić je w talerzu z rozczynem sublimatu. Klóceniem mieszania płwociny z  $H_2O_2$  zapomocą bagietki szklanej udaje się zresztą uniknąć wybuchowego powstania piany. Usunięcie piany udaje się również nieraz po dodaniu kilku kropel *Liq. amm. caustici* lub roztworu soli kuchennej.

W razie niewykrycia laseczników w osadzie, należy ich szukać również w pianie. W ten sposób udało się autorowi stwierdzić drobnoustroje swoiste w płwocinie gruźliczej, mocno rozcieńczonej płwociną osobników nietuberkulicznych.

Putermanowa [Sosnowiec].

(*Münch. med. Wochenschrift*, 1907. N. 9).

## 28. Forlanini. Leczenie suchot sztucznie wywołaną odmą piersiową.

Już w roku 1882 radził FORLANINI leczyć gruźlicę sztucznie wywołaną odmą piersiową. Zdaniem tego autora, zupełna nieruchomość płuca wywołuje zablźnienie się ognisk gruźliczych, przyczem odczyn zapalny początkowo wzmagą się, potem słabnie, laseczniki zaś i włókna sprężyste znikają wcześniej niż wydzielina. Doświadczenie FORLANINI'ego opiera się na 25-u kółdnie spostrzeganych przypadkach.

Metoda polega na wywołaniu odmy piersiowej zapomocą azotu, wprowadzonego do jamy opłucnej cienką igłą wydrążoną. Powietrze i tlen wsysają się zbyt szybko, płyny zaś wywołują odczyn zapalny. Wywołana w ten sposób

odma piersiowa musi odpowiadać trzem warunkom: powstać powinna powoli, znieść musi zupełnie ruchy oddechowe i utrzymywać płuco w stanie ucisku przez czas bardzo długi. W tym celu FORLANINI radzi wstrzykiwać na raz nie więcej nad 200—300 ctm. sz. azotu, powtarzając ten zabieg początkowo codziennie, potem zaś w miarę, jak ruchy oddechowe i rzeżenia znikają, co dwa, cztery lub więcej dni. Gdy osiągniemy w ten sposób zupełną beczynność płuca, możemy wprowadzać azot nawet raz na miesiąc. Przy tak ostrożnem leczeniu FORLANINI utrzymywał odnę piersiową nawet w ciągu dwóch lat, przyczem znaczne przemieszczenie serca i śródpiersia nie dawało się chorým we znaki. W razie wzrostów wywołać odnę jest znacznie trudniej; w jedum przypadku musiał FORLANINI wypełnić azotem cztery oddzielne jamy w oplucnej. Gruźlica drugiego płuca nie powinna być przeciwwskazaniem do stosowania opisanego zabiegu.

Czy brak kaszlu i wydzieliny może być dowodem wyleczenia zupełnego, na to pytanie autor nie daje ostatecznej odpowiedzi; nie ulega jednak wątpliwości, że jednocześnie znikają laseczniki i włókna sprężyste. Niemniej ważnem jest pytanie, jak długo należy utrzymać płuco w stanie ucisku. Z opisów choroby wynika, że w niektórych razach udało się wywołać zupełny ucisk płuca dopiero po 5-u miesiącach codziennego nieledwie wprowadzania azotu, lecz i potem do ostatniej chwili, to znaczy w ciągu półtora roku, autor podtrzymywał wywołaną odnę, wprowadzając co miesiąc 80—120 ctm. sz. azotu.

Słabą stroną omawianej pracy stanowi brak wyjaśnienia teoretycznego dobroczynnego wpływu odmy piersiowej; z trzech przytoczonych historii chorób, w jednej tylko z zupełną pewnością mówić można o wyleczeniu trwałem.

(*Deutsche med. Wochenschrift.* 1906. N. 38).

Henryk Goldberg.

## 29. Piéry et Jacques. Cierpienia gruczołów płucnych.

Autorzy przeprowadzili szereg badań nad gruczołami, leżącymi głęboko wewnątrz płuc, wzdłuż najdrobniejszych oskrzeli i ich rozgałęzień [aż do 4-go roku]. Gruczoły te w stanie normalnym są wielkości małego ziarnka grochu. W stanie chorobnym gruczołki te niewiele powiększają się, a przeto mało zwracają na siebie uwagi; jest to jedna z ważniejszych przyczyn, dla których mało zajmowano się dotychczas tą sprawą. Gruczoły te ściśle należy odróżnić od gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, nadoskrzelowych i międzyoskrzelowych, dawno już dokładnie zbadanych.

Z badań owych autorzy wyprowadzają następujące wnioski. Badania anatomiczne i radioskopowe wykazały pewną zależność między gruczołami płucnymi i śródpiersiowymi, oraz oskrzelowymi. W przebiegu cierpień płucnych gruczelich lub nie, gruczoły wewnątrzplucne, jak wykazały badania sekcyjne, tem są większe, wydatniejsze i liczniejsze, im sprawa chorobna posunęła się dalej naprzód. Jeżeli cierpienie trwało bardzo długo, gruczoły te ulegają sklerozie. W przebiegu gruźlicy gruczoły płucne są tem większe i liczniejsze, im sprawa ma przebieg więcej ostry, największe spotkać można przy *pneumonia caseosa*. PIÉRY i JACQUES nie spotykali zmian gruźliczych w powyższych gruczołach bez jednoczesnych zmian swoistych w płucach, gdy tymczasem niejednokrotnie stwierdzić mogli gruźlicę gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, przy jednoczesnym braku jakichkolwiek zmian swoistych w płucach. Zapomocą perkusji lub wystuchiwania nie można wykryć nawet znacznie powiększonych gruczołów płucnych. Aby je rozpoznać, uciec się musimy do radioskopii. Badając klatkę piersiową z przodu w położeniu pionowem do klatki, zauważyć można, że gruczoły te występują z każdej strony w pewnej odległo-

ści od kręgosłupa, tworząc prostolinijny cień, lekko zaginający się na dół i na zewnątrz, oraz szerszy z prawej, niż z lewej strony. Gruczoły, będące w stanie zapalnym, dają cień delikatny, jednostajny, w okresie zaś sklerozy lub zwapnienia tworzą na ekranie ciemne, okrągławe plamy z wyraźnymi konturami. Pierwsze wskazują na sprawę w okresie rozwoju, i o ile mamy do czynienia z gruźlicą — na szybki jej rozwój; drugie spotkać można przy przewlekłej lub nawet skrytej gruźlicy. Na zasadzie tych danych autorzy sądzą, że badania radioskopowe w przyszłości mogą mieć duże znaczenie nie tylko rozpoznawcze, lecz nawet prognostyczne, szczególnie w gruźlicy.

(*Revue de médecine, 1906, sierpień*).

J. W.

## NEKROLOGIA.

### Ś. p. Karol Szadek.

Polska nauka lekarska znowu poniosła dotkliwą stratę. W Gries (w Tyrolu) w 55-tym roku życia zmarł ś. p. KAROL SZADEK, zaszczytnie znany dermatolog i sifilidolog polski.

Ś. p. KAROL SZADEK urodził się w Żytomierzu w 1851 r. Po uzyskaniu matury wstąpił na wydział lekarski uniwersytetu Kijowskiego, po którego ukończeniu pracował jako lekarz wojskowy w Tulczynie i Skwirze. W latach 76 — 77 odbył kampanię rosyjsko-turecką, poczem rozpoczął swą działalność lekarską w szpitalu wojskowym w Kijowie — początkowo na oddziale chorób oczu. Wkrótce mianowany ordynatorem chorób skórnych i wenerycznych, ś. p. SZADEK pośpieszył uzupełnić i ugruntować swoje wiadomości specjalne przez studia na klinikach krakowskiej i wiedeńskiej. Od tej pory datuje jego owocna działalność naukowa i praktyczna. Ogłosił mnóstwo prac z dziedziny dermatologii i syfilografii (po części także z okulistyki), które zyskały mu szerokie i słuszne uznanie i postawiły w rzędzie najwybitniejszych dermatologów polskich. W pracach swych występował zawsze jako gruntowny znawca przedmiotu i nie mało się przyczynił do wyświelenia wielu spornych kwestyi. Zwłaszcza znane są jego prace, dotyczące osutek lekowych. W całym szeregu doskonale opracowanych, przeważnie monograficznych prac ś. p. SZADEK rozbiera po kolei osutki: bromową, jodową, rtęciową, balsamiczną, chinową i przelewa wiele światła do tej po dziś dzień jeszcze dosyć ciemnej

dziedziny patologii. Cenne również są jego przyczynki do nauki o liszajowem zapaleniu skóry *Dühring'a*. W dziedzinie syfilidologii położył wielkie zasługi przy opracowywaniu kwestyi leczenia syfilisu zapomocą głębokich wstrzykiwań przetworów rtęciowych, prace zaś jego o dziedzicznym syfilisie zawsze zasługiwać będą na wielką uwagę.

Przebywając stale w Kijowie, ś. p. Szadek pozostawał jednak w ciągłym i żywym kontakcie z krajem ojczystym. Był też stałym uczestnikiem zjazdów lekarzy polskich, a pracami swemi zasiliał niemal wszystkie nasze czasopisma lekarskie. Oznaczał się też niezmierną pracowitością i w pracy nie ustawał do ostatniej chwili, a jeszcze w roku ubiegłym ogłosił cenną rzecz o zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego.

#### Oto spis jego prac:

Z dziedziny chorób wenerycznych: 1) Przyczynek do kazuistyki cierpień rogówki, spowodowanych nabytym przymiotem. Książka jubileusz. Szokalskiego. Warszawa, 1884 str. 190. 2) Leucoderma syphiliticum. Gaz. Lek. 1885, str. 1021. 3) Przyczynek do kazuistyki przymiotowego cierpienia przyjądrza (*epididymitis syphilit.*). Gaz. Lek. 1886, str. 126. 4) Teorya wczesnego zarażenia się matki przymiotem od płodu. Gaz. Lek. 1886, str. 376, Przegl. Lek. 1886, str. 121. 5) Leczenie przymiotu zapomocą głębokich wstrzykiwań żółtego tleniku rtęci w mięśnie pośladkowe. Gaz. Lek. 1886, str. 412. 6) Kilka słów o leczeniu kily zapomocą podskórnych i śródmięśniowych wstrzykiwań jodku potasu i jodku sodu. Wiad. Lek. 1886, 4 i 5. 7) Leczenie kily garbnikiem rtęciowym. Przegl. Lek. 1887, str. 128, 141. 8) Karbolan rtęcie i zastosowanie jego w przymiocie. Gaz. Lek. 1887, str. 284, 305. 9) Leczenie przymiotu głębokimi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych. Gaz. Lek. 1887, str. 30 i 61. 10) Stosowanie salicylanu rtęciowego w chorobach kłowych. Przegl. Lek. 1888, str. 302 i 315. 11) Przyczynek do mechanicznego leczenia rzeżączki przewlekłej zapomocą stosowania zgłębników metalowych. Przegl. Lek. 1888, str. 581. 12) Chirurgiczne leczenie dymienic wenerycznych. Gaz. Lek. 1888, str. 299, 325, 350 i 367. 13) Przyczynek do mechanicznego leczenia rzeżączki przewlekłej. Wiadom. Lek. 1889, Nr. 6. 14) O stosowaniu jodu w chorobach wenerycznych. Gaz. Lek. 1889, str. 291. 15) Kila dziedziczna i wrodzona. Przegl. Lek. 1893 i 1894. 16) Czy płód przymiotowy może zarazić matkę. Med. 1894, str. 831 i 855. 17) O stosowaniu przetworów jodowych w przymiocie. Pamiętnik Tow. Lek. 1894, str. 348 i 653. 18) Pierwotne stwardnienie i owrodzenie przymiotowe migdałków i przelyku. Przegl. Chirurg. 1864 r. T. I, Z. 4, str. 687. 19) Wyniki leczenia kily głębokimi wstrzykiwaniami salicylanu i tymolocianu rtęciowego. Przegl. Lek. 1895, str. 107. 20) O zgorzeli samoistnej pochodzenia kłowego. Dziennik IX Zjazdu lek. i przyrod. polskich. Zesz. V, str. 161 (1900 r.). 21) Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego (*gangraena spontanea syph.*) Przegl. chorób skór. i wener. 1906, str. 33 i 97.

Z dziedziny chorób skórnych: 1) Stosowanie elektrolizy przy leczeniu chorób skórnych. Gaz. Lek. 1886, str. 765. 2) Przypadek liszaja tęcz. tułowia i kończyn. Med. 1886, str. 345. 3) Przypadek wypryskowego zapalenia skóry (*dermatitis herpetiformis Dühringii*) Gaz. Lek. 1886, str. 958. 4) Krótkie sprawozdanie z 70 przypadków, spostrzeganych na oddziale skórnyim wojskowego szpitala w Kijowie w r. 1885. Gaz. Lek. 1887, str. 137. 5) Przypadek rumienia wielopostaciowego tułowia i odnóg. Wiad. Lek. 1887, Nr. 9. 6) O pierzchnicach czerwonych kończystych. Gaz. Lek. 1887, str. 345. 7) Przyczynek do kazuistyki osutki bromowej. Przegl. Lek. 1888, str. 160, 178 i 202. 8) Stosowanie kwasu salicylowego w praktyce dermatologicznej i syfilidologicznej. Now. Lek. 1889, Nr. 4 i 5. 9) Osutka bromowa. Kron. Lek. Zesz. 8, 1893 r. 10) Osutki jodowe. Przegl. Lek. 1893, Nr. 30, 32, 33 i 34.

11) Osutki ręcicowe. Now. Lek. 1896, Nr. 11, str. 657. 12) Osutka balsamiczna. Kron. Lek. 1896, zesz. 23, str. 1021. 13) Osutka chinowa. Now. Lek. 1897, Nr. 1, str. 7. 14) Rokowanie w pęcherzycy przewlekłej (*pemphigus vulg.*). Kron. Lek. 1897, Nr. 7 i 8. 15) Przyczynę do kazuistyki zapalenia liszajowego skóry Dühring'a (*dermatitis herpetiformis Dühringii*). Przegl. Lek. 1897, Nr. 11 i 12. 16) Patogeneza łuszczyca (*psoriasis*). Gaz. Lek. 1898, Nr. 6.

## Wiadomości bieżące.

— Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Dnia 4-go b. m. w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich Prezes wydziału gospodarczego prof. BYLIKI ze Lwowa przedstawił stan prac przygotowawczych do Zjazdu i Wystawy. Przemówienie prof. BYLIKIEGO podajemy w streszczeniu.

Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich odbywają się, jak wiadomo, dotychczas w dwu jedynie miastach polskich: w Krakowie i we Lwowie. W Poznaniu odbył się raz jedyny, a mający się odbyć powtórnie, przed samem otwarciem został zakazany, zaś w Warszawie dotychczas odbyć się jeszcze nie mógł.

Lwów, jako miejsce Zjazdu, swem położeniem geograficznym niekorzystnym, nie może rywalizować z Krakowem, abstrahując już od tego znaczenia wielkiego, jakie Kraków tradycyjnie posiadał i niewątpliwie posiada, i tego uroku, jaki ma dla nas wszystkich.

Lwów nie jest miastem, przez które się przejeżdża i z przyjemnością na Zjeździe zatrzymuje, ale miastem, do którego osobno i umyślnie wybrać się potrzeba. Oto już *vis major*, z którą mają do walczenia ci, co Zjazd urządzają we Lwowie.

To też świadomi tych trudności, dokładamy wielkich starań, by Zjazd ten X, a zatem jubileuszowy, uczynić, pod względem naukowym najzupełniejszym, a zarazem uczynić go nie pozornie, lecz istotnie tak pociągającym, by trud odwiedzenia go istotnie został wynagrodzony.

A zatem najpierw co do sekcji, to liczbę tychże pomnożyliśmy o sekcye: przyrodniczo-pedagogiczną i filozoficzną, oraz o dwa posiedzenia zbiorowe: o raku i alkoholizmie.

Sekcya przyrodniczo - pedagogiczna, która będzie się składała z doświadczonych pedagogów, rozporządzających bogatym swym materiałem, zastanawiać się będzie nad sposobami nauczania nauk przyrodniczych w szkołach w taki sposób, aby pewien pierwiastek przyrodniczego badania stał się istotną częścią wychowania, co nie ubliża wcale i kierunkowi humanistycznemu, dziś tak bardzo przeważającemu.

Sekcya filozoficzna wynika z prądów dzisiejszych filozoficzno - przyrodniczych. Na żądanie też tej sekcji, która się świetnie zapowiada pod swem dzielnem przewodnictwem, aby jeden z wykładów na pierwszym jubileuszowym posiedzeniu był z dziedziny filozofii, uczyniliśmy zadość, uprosiwszy na prelegenta kol. Władysława BIEGAŃSKIEGO z Częstochowy, który mówić będzie o współczesnej filozofii przyrody.

Zbiorowe posiedzenie dla raka ma głównie na celu omówienie programu prac przyszłych, abyśmy na tem polu dotrzymać mogli kroku badaczom innym.

Zbiórowe posiedzenie dla alkoholizmu jest również rzeczą całkiem nową, a sprawa sama, jako rak toczący szczególnie robotniczą warstwę społeczeństwa i lud, bardzo na czasie.

Zjazd ten X, jako jubileuszowy, mamy uczcić jak najsoleńniejszym. Ma się on zatem odbyć przed patronatem pamięci Marcelego NENCKIEGO; jak wiadomo, powstała z inicjatywy dzienników lwowskich myśl uczczenia tego wielkiego uczonego polskiego pomnikiem, ustawionym w hali schodowej instytutu dla chemii lekarskiej, higieny i farmakologii. Odpowie to zupełnie przyjętemu zwyczajowi, że pomnikom uczonym nie stawia się na ulicach, lecz w budynkach i podwórzach uniwersyteckich, odpowiadających ich działalności. A że to są miejsca nie prywatne, lecz publiczne i że te rzesze uczniów, które przez długi szereg lat, a może przez wieki przesuwają się będą tamtędy, więcej zrozumienia mieć będą dla uczczenia NENCKIEGO od rzeszy ulicznej, nieświadomej wielkości jego, to nie ulega wątpliwości. Że funduszków zjazdowych na ten cel nie użyjemy, to nie ulega wątpliwości. Ale że większą część tych funduszków stworzymy przy sposobności Zjazdu, to pewna.

Postanowiliśmy też na cześć NENCKIEGO wybić plaketę i wykonanie jej powierzyliśmy rzeźbiarzowi D. KUNELKOWI. Spodziewamy się, że każdy z członków Zjazdu naszego chętnie ją, jako małą pamiątkę, nabędzie.

Z pierwszej odezwy naszej wiadomo, że obiecaliśmy rozdać pomiędzy uczestników Zjazdu „Przewodnik po Lwowie”. Nie ośmieliłbym się tego podnosić raz jeszcze, gdyby tu chodziło o zwyczajny banalny przewodnik, zawierający to i owo, zakończony wreszcie planem miasta. Nie taki przedmiot postanowiliśmy rozdać, ale na wniosek jego autora—Prof. Wiczkowski będzie on z pierwszorzędných źródeł zebraniem tego wszystkiego, co miasto Lwów czyniło i czyni dla oświaty, higieny i pauperyzmu, oraz da wyobrażenie o ruchu naukowym, literackim i dziennikarskim miasta; dział oświaty zawierać będzie wszystko, począwszy od szkoły froeblovskiej, aż do uniwersytetu i da obraz wszelkich i prywatnych szkół i usiłowań oświatowych. Książka ta będzie obrazem tego, co działo miasto w kilkudziesięcioletnich warunkach bytu autonomicznego.

Działem Zjazdu, który do dziś dnia już udało się uczynić wielce pociągającym, jest nasza Wystawa przyrodniczo - lekarska i higieniczna. Będzie ona nie tylko z nazwy taka, ale i w istocie, gdyż Komitet jej tak poważnie swe zadanie pojmuje, że ściśle przestrzegać będzie tego, aby, jak to bywa bardzo często, pod pozorem i pod płaszczykiem rozciągliwego pojęcia higieny nie wcisnęły się przedmioty żadnego związku z higieną nie mające. Jest ona do dziś dnia tak obficie obsłana, że już dotychczas rozporządzone miejsca są prawie zajęte, tak, że nowe przybudowania będą potrzebne.

Wszystkiego wymienić nie podobna, co będzie ona zawierać, a zatem wspomnimy przynajmniej niektóre działy, jak oto: kompletne urządzenia pokoi ordynacyjnych specjalistów; pokojeienne dla dzieci zdrowych i chorych w połączeniu z wykładami o higienie dziecięcego wieku i pielęgnowania dzieci chorych; cały oddział szpitalnictwa: sale operacyjne; idealne sale szpitalne; mieszkania urządzone według wymagań higieny; oddział wodolecznictwa; cały instytut Zandrowski w ruchu; dział bakteriologiczny, urządzony przez Prof. Kuferę w połączeniu z wykładami popularnymi; dział weterynarski, zebrany przez Akademię weterynarską; dział aptekarski z wzorową nowoczesną apteką; grupa przemysłu chemicznego, obejmująca całą wytwórczość polską; grupa narzędzi i przyrządów wyrobu krajowego i obcego; zestawienie całego piśmiennictwa polskiego przyrodniczo - lekarskiego i książek szkolnych przyrodniczych od roku 1900 czy-

li od daty ostatniego Zjazdu; dział statystyczny opracowuje Rada Zdrowia i biura poszczególnych miast; dział o zabezpieczeniu robotników, kasach chorych i t. p.

Bardzo interesującą będzie grupa zarządów gminnych ku utrzymaniu i ochronie zdrowia mieszkańców i tu na pierwszym miejscu wystąpi gmina miasta Lwowa z urządzeniami swemi zdrowotnymi.

W grupie wychowania młodzieży Lwów weźmie przeważny udział przez wystawienie typów swych szkół wzorowych. Wystawiony też będzie i przenośny pawilon szkolny DOELKER'a. W osobnym budynku przedstawiona będzie higiena i patologia mleka, począwszy od wzorowej obory, a skończywszy na wytwórczości wszechstronnej. Mleczarstwo w całości przedstawione zostanie staraniem zakładów Księcia Andrzeja Lubomirskiego, a maszyny wytwórczości mlecznej wystawią pierwszorzędne firmy.

Będzie też w ruchu i wzorowa piekarnia i masarnia elektryczna. Komitetowi wystawowemu, na którego czele stoi niestrudzony dr Kalikst KRZYZANOWSKI, idzie bardzo na rękę magistrat miasta Lwowa, oraz ministerjum wojny, handlu, oświaty i kolejowe.

Oto jak najkrótszy zarys naszych usiłowań, który przedstawiono szanownym i łaskawym Kolegom z gorącą prośbą, aby je raczyli poprzeć ze znaną nam tradycyjną dobrą wolą i energią.

— Dzieło dra SOKOŁOWSKIEGO „Wykłady kliniczne dróg oddechowych”, przez nas wydane, doczekało się wielce pochlebnej oceny we wszystkich ważniejszych czasopismach lekarskich niemieckich i angielskich. Recenzje *Brit. med. Jour.*, *Zeitsch. f. Tuberk. [KÖHLER]”, Münch med. W. [PENSOLD], Medical Record* dziełu temu przyznają wartość klasyczną. Dzięki tłumaczeniu niemieckiemu, które dokonał wybornie dr FABJAN, książka SOKOŁOWSKIEGO ujawniła szereg prac naszych lekarzy, światu lekarskiemu zagranicznemu bardzo mało lub wcale nieznanym. Ciesząc się z uznania, jakiego doznał produkt wieloletniej pracy i doświadczenia w naszych ciężkich warunkach, życzymy autorowi, aby w dalszym ciągu z takim uznaniem dla pożytku naszej literatury lekarskiej pracował i pod tym względem znalazł więcej naśladowców.

— W piątek d. 19-go kwietnia b. r. o godz. 8-ej wiecz. odbędzie się w lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich konferencja w sprawie projektu rządowego urządzenia Kas chorych i pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej.

---

Do numeru bieżącego dołącza się prospekt „Pankreon”.

---

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.