

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Neuropatologija.

81. C. GÜNTHER. **Kliniczny przyczynek do rozpoznawania umiejscowienia spraw chorobowych w mózgu.** *Klinischer Beitrag zur Localisation des Grosshirnmantels.* (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. IX, H. 1).

Prace Charcota, Pitresa, Nothnagla i Wernickego wykazały niezbicie istnienie w mózgu miejscowości (zona motoria), której obrażenia pociągają za sobą zaburzenia w sferze ruchowej, podczas gdy zmianom w innych częściach mózgu takie następstwa nie towarzyszą. Dalsze spostrzeżenia osłabiły bezwzględność tego zdania i sformułowały je w następujący sposób: Ogniska chorobowe w obrębie pasu ruchowego wywołują zawsze porażenia, a zaś po za jego obrębem tylko w pewnych warunkach. Nothnagel, pracując nad wyjaśnieniem tych warunków, przyszedł do wniosku, że czas trwania porażień może stanowić podstawę przy rozpoznawaniu umiejscowienia wywołujących je ognisk. Wernicke wykazał jednak, że i te dane nie wystarczają bynajmniej. Według niego ogniska po za obrębem pasu ruchowego wtedy powodują zaburzenia ruchowe, jeżeli przy powstawaniu swem podziałyły pośrednio i na tę miejscowość, bądź-to wskutek natężenia wywołującego je czynnika, bądź z powodu warunków umiejscowienia (niezbyt dalekie sąsiedztwo).

Autor zebrał 62 przypadki zmian, ograniczających się ściśle na mózgu i sprawdza, o ile zapytywania W. dadzą się w każdym oddzielnym przypadku zastosować do wyjaśnienia spostrzeganych w danym razie objawów. Przypad-

ki te, po odtrąceniu 9, które zabrakowano z powodu niedokładności w historii choroby, dzieli autor na dwie grupy:

- 1) Przypadki z umiejscowieniem w pasie ruchowym i w zwoju Broca—14,
- 2) Przypadki z umiejscowieniem po za pasem ruchowym—39.

Z liczby pierwszych tylko w jednym nie było porażenia. Ognisko (w bocznym zakończeniu lewego przedniego zwoju środkowego) było tu bardzo ograniczonym, nie doprowadziło do utraty substancji, a polegało tylko na zmianie zabarwienia i spistości—co widocznie nie wystarczyło do wywołania zaburzeń czynnościowych.

Z pozostałych 13 w dziewięciu ogniska były bardzo obszerne, zajmowały cały pas ruchowy — w tych wszystkich było porażenie połowiczne, w czterech sprawa chorobowa ograniczała się do pewnych oddziałów sfery ruchowej i w tych porażenia były ograniczone odpowiednio do zajętych miejscowości, w dwóch były one właściwie obszerniejsze, ale też za życia były w nich znaczne zaburzenia ogólne.

Z 39 przypadków drugiej grupy w większości nie było porażień (23), były one tylko w szesnastu przypadkach. W ostatnich za życia były zaburzenia ogólne—które, według Wernickego i autora, należy uważać za miarę siły, z jaką wytwarzające się ognisko oddziaływało po za obręb swego umiejscowienia. Od promienia tego oddziaływania i od odległości ogniska chorobowego od pasu ruchowego zależy zjawianie się porażień lub nie.

W czterech przypadkach ognisko leżało blisko pasa ruchowego, bo w płacie ciemieniowym, przytem za życia były objawy udarowe. W pozostałych (7 guzów,



i ropień, 3 rozmiękczenia) z więcej oddalonym umiejscowieniem, za życia były znaczne objawy udarowe, albo analogiczne do nich ciężkie zaburzenia ogólne.

We wszystkich więc były warunki u-  
możliwiające powstawanie skutków ubo-  
cznych, po za obręb umiejscowienia się-  
gających. Wreszcie z liczby 23 przypad-  
bez porażenia w 12 za życia spostrzegano  
zjawiska ogólne. W siedmiu jednak z tych  
ostatnich zjawiska te były tylko przypad-  
kowem powikłaniem, nie będącem w zwią-  
zku z powstawaniem ogniska (śpiączka, bóle  
głowy i wymioty, przy jednoczesnej moc-  
cznicy, zniechęcenie umysłowe i t. p.),  
w pięciu zaś pozostałych ogniska leżały  
tak daleko od pasa ruchowego (płat czo-  
łowy, potylicowy), że nie mogły nań od-  
działywać.

Przypadki więc te bez porażen, pomi-  
mo objawów ogólnych za życia, nie prze-  
czą wyżej wypowiedzianemu zdaniu (o po-  
średnim wpływie ognisk na pas ruchowy),  
a nawet mogą stanowić dlań pośrednie  
potwierdzenie. *O. Hewelke.*

82. W. R. THOMAS. **O umiejscowie-  
niu wylewów krwi w mózgu.** *On the  
localisation of a cerebral clot.* (*The Lancet.*  
Nr. 10, T. II—r. 1884).

Porażenia połowicze, zależne od wyle-  
wów krwi w mózgu, napotykanne bywają  
bardzo często. Czasami ulega porażeniu  
ręka, noga i twarz po jednej stronie; in-  
nym razem porażoną jest ręka i noga po  
jednej, twarz po drugiej stronie ciała;  
innym znowu razem spostrzegamy pora-  
żenia zupełne i t. d. Wylewy krwi napo-  
tykamy najczęściej w ciałkach prążkowa-  
nych i we wzgórkach wzrokowych. Przy  
wylewie w ciałku prążkowanym ulega po-  
rażeniu ręka i noga po stronie przeciwnej,  
twarz po tej samej stronie, w której na-  
stąpił uraz. Najsilniej porażoną bywa rę-  
ka i ta najpóźniej odzyskuje władzę, naj-  
słabiej porażone są mięśnie twarzy. Nie-  
którzy utrzymują, że przy silnych wyle-  
wach krwi, ulegają również częściowemu  
porażeniu mięśnie brzucha i klatki pier-

siowej. Nakoniec przy znaczniejszych wy-  
lewach w ciałku prążkowanym, głowa jest  
skręcona ku stronie porażonej, co zależy  
od porażenia mięśni strony przeciwnej.  
Czucie w częściach ciała porażonych nie  
ulega zmianie. Górna część ręki i nogi  
szybciej odzyskuje siłę, aniżeli stopa i dłoń.

Lekkie krwotoki w najbardziej powierzch-  
ownych częściach wzgórków wzroko-  
wych, przebiegają zwykle bez żadnych o-  
bjawów. Naczynia wzgórków wzroko-  
wych i ciałek prążkowanych są jednak  
tak ściśle ze sobą związane, że krwotoki  
do ciał prążkowanych wywołują zwykle  
także wylew krwi we wzgórkach wzroko-  
wych i odwrotnie. Dlatego też widzimy,  
że przy wylewie we wzgórkach wzroko-  
wych, oprócz braku czucia (anaesthesia),  
po stronie ciała przeciwnej, a zależnego  
od tegoż wylewu, spostrzegamy również  
porażenie kończyn, co bezwarunkowo  
przypisać należy wylewowi lub też uc-  
skowi na ciałko prążkowane. Przekonano  
się również, że jeżeli porażenie połowicze  
zależy od wylewu w ciałku prążkowanym,  
to spostrzegamy także tem znaczniejszy  
stopień beczulości, im bliżej wzgórka  
wzrokowego nastąpił wylew.

Nieznaczne wylewy krwi w samym  
mózgu nie wywołują najczęściej żadnych  
odnośnych objawów. Wogóle należy za-  
znaczyć, że sam mózg nieznaczne wylewy  
znosi dość biernie. Większe wylewy krwi  
w mózgu cechują się napadem apoplekty-  
cznym, a następnie porażeniem, co, zdaje  
się, również zależy od ucisku, jaki wywie-  
ra wylana krew na ciałka prążkowane i  
wzgorzki wzrokowe.

Krwotok do komórki mózgowej bo-  
cznej wywołuje stopniowo wzrastającą  
śpiączkę (coma). Najczęściej pęka zpo-  
czątku jakieś naczynie we wzgórkach wzro-  
kowym lub ciałku prążkowanym; po pe-  
wnym dopiero czasie krwotok ponawia  
się do komórki mózgowej bocznej, przy-  
czem następuje śpiączka, którą dość czę-  
sto poprzedzają drgawki w chwili powta-  
rzającego się krwotoku.



Krwotoki do tylnej powierzchni szypułki mózgowej (*crus cerebri*) wywołują porażenia po przeciwnej stronie ciała; krwotoki zaś do górnej powierzchni sprowadzają utraty czucia również po stronie przeciwnej. Jeżeli krwotok miał miejsce do części wewnętrznej szypułki, to, oprócz porażenia mięśni kończyny górnej i dolnej po stronie przeciwnej wylewowi, spostrzega się porażenie mięśni trzeciej pary nerwów po tej samej stronie dlatego, że nerw został uciśniętym przed dojściem do mózgu.

Krwotoki do mostu Warola wywołują rozmaite objawy, co zależy od siedliska wylewu. Skrzep, usadowiony w górnej części mostu, pociąga za sobą porażenie twarzy, ręki i nogi po stronie przeciwnej. Wylew w dolnej części mostu wywołuje porażenie ręki i nogi po stronie przeciwnej wylewowi, porażenie mięśni twarzy po jednoimiennej z wylewem stronie.

Przy bardzo silnym krwotoku do mostu spostrzegamy ogólne porażenie kończyn górnych i dolnych wszystkich mięśni ciała i zwężenie źrenic.

Wylew krwi w rdzeniu przedłużonym najczęściej wywołuje natychmiastową śmierć. Przy bardzo nieznaczających krwotokach spostrzegamy porażenie języka, podniebienia, warg i strun głosowych.

Wylewy krwi w mózdzku przebiegają zwykle bez żadnych objawów. Czasami następuje porażenie lub brak czucia połowicz po jednoimiennej lub po przeciwnej wylewowi stronie ciała; objawy te jednak przypisać należy uciskowi na drogi ruchowe. Brown Séquard utrzymuje, że wylewy krwi w mózdzku wywołują uporczywe wymioty i silny ból, usadowiony w tylnej części głowy. *H. Goldblum.*

83. S. STRAHAM. **Guzy mózdzku i objawy od nich zależne.** *Tumours of the cerebellum, and phenomena associated therewith.* (*Brit. Med. Journal.* Nr. 1236, r. 1884.)<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Czytane na zjeździe Brytyjskiego Towarzystwa lekarskiego w Belfart.

Jaką rolę odgrywa mózdzek?—na to pytanie nie posiadamy jeszcze dokładnej odpowiedzi. Przypisywano mu rozmaite funkcje. Obecnie to tylko zdaje się być pewnem, że kojarzenie ruchów (*coordinatio*) zależy od mózdzku. Doświadczenia Flourens'a, Ferrier'a i innych wykazały, że mechaniczne zniszczenie lub podrażnienie mózdzku zupełnie lub w części tylko znosi koordynację czynności mięśni, głównie mięśni kończyn dolnych. Dane jednak, otrzymane w pracowniach, przy pomocy doświadczeń na zwierzętach, nie zawsze się zgadzają z faktami klinicznymi; przekonano się bowiem, że choroby bocznych części mózdzku, w większości przypadków, nie wywołują żadnych objawów, któreby posłużyć mogły do rozpoznania danej choroby. Wogóle można przyjąć za prawidło, że guzy mózdzku rzadko lub prawie nigdy nie mogą być rozpoznane za życia, z wyjątkiem przypadków, w których guz zajmuje część środkową mózdzku.

Autor przytacza przypadek, objawy którego pozwoliły jeszcze za życia chorego dokładnie rozpoznać siedlisko choroby.

Siedmioletni chłopczyk, którego rodzina cała dotknięta była rozmaitemi chorobami nerwowymi, przyjętym został do zakładu dla idyotów w Northampton. Chore dotknięty był zézowatością zbieżną i nieznacznem drżeniem gałek ocznych; chód niedokładny, jakby bez związku; na pytania odpowiadał krótkim *tak* lub *nie*; oprócz tego od czasu do czasu wykonywał wargami rozmaite grymasy. Ręce miał zawsze zgięte; kojarzenie ruchów w kończynach górnych zdawało się być dokładnem, w dolnych zaś niedokładnem.

Chłopiec ten przeżył w zakładzie pięć lat. Przy końcu pierwszego roku zaczął on w nieprawidłowych odstępach czasu i bez żadnych przyczyn wymiotować; oprócz tego miewał także napady drgawek. Drgawki w początkach trzeciego roku powtarzały się coraz częściej. W piątym roku zaczął on niedobrze chodzić, za-



taczać się. W ostatnich sześciu miesiącach życia niepewność, a raczej nieśmiałość przy chodzeniu jeszcze bardziej się powiększyła; sam nie był on w stanie chodzić, chyba że go podtrzymywano. Pod koniec życia chory, postawiony na nogi, zataczał się i padał. Na miesiąc przed śmiercią oślepl. Umarł przy objawach bezdechu.

Autor zwraca uwagę na to, że w ostatnim roku życia przed i podczas napadu drgawek ciało dziecka wykonywało ruchy obrotowe. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: zgrubienie opony pajęczkiej ponad półkulami mózgowymi; oddzielenie opony miękkiej pociągało za sobą kawałki tkanki mózgowej; zwoje mózgowe spłaszczone; substancja szara cienka: jednym słowem mózg ten posiadał wszystkie cechy mózgu idyoty. Mózgu nie można było w całości usunąć z jamy czaszkowej z powodu przyrośnięcia tylnej części mózdzku do opony twardej. W mózdzku znaleziono w części środkowej guz, przechodzący również na zrazy boczne. Otaczająca masa mózgowa była silnie rozmiękczone. Guz ten, wagi jednej uncji, zajmował więcej aniżeli trzecią część mózdzku. Rozszerzał się on w części wewnętrznej i tylnej każdego zrazy bocznej mózdzku, a ku przodowi dochodził ponad sklepieniem czwartej komórki aż do szypulek mózgowych (pedunculi cerebri).

*H. Goldblum.*

**84. ARNOZAN. Zapalenie nerwów w następstwie podskórnego wstrzyknięcia eteru.** (*Gaz. hebdomad.* Nr. 2 i 3, 1885).

W ostatnich czasach niektórzy autorzy (Barth, Peter, Charpentier i inni) spostrzegali porażenia ruchowe i znieczulenia kończyn, występujące natychmiast po podskórnym wstrzyknięciu eteru. Autor spostrzegł cztery podobne przypadki, w których, zarówno jak i w opisanych przez innych autorów objawy tyczyły się nie tylko sfery ruchowej, lecz i czuciowej i odżywczej. Mięśnie porażone odpowia-

dają rozgałęzieniu pewnych gałązek nerwowych, ulegają następnie zanikowi; przy badaniu elektrycznym dają odczyn zwyrodnienia. Znieczulenie jest ciągłym, a zboczenia odżywcze zasadzają się na porażeniu naczyńioruchowym, na zniknięciu miejscowym potu lub na wystąpieniu mal perforant. Wszystkie te objawy kliniczne odpowiadają obrazowi zapalenia nerwu wskutek ranienia, szczególnie jak to opisują Pitres i Vaillard. Autor nie mogąc z początku rozstrzygnąć, czy porażenie mięśni zależy w tych przypadkach od cierpienia nerwów, czy też mięśni, zajął się doświadczalnym zbadaniem tej kwestyi. W tym celu obnażywszy nerw kulszowy morskiej świnki poddał go w przeciągu 30 minut ciągłemu działaniu siarczanego eteru. Zwierzę, które w początku okazuje krzykami mocny ból, prędko się uspokaja; nerw staje się nieczułym na prąd przerywany i na wszelkie inne podrażnienia. Pod wpływem podrażnienia nie występuje żaden ruch ani w innych członkach, ani w łapce odpowiadającej nerwowi eteryzowanemu, również i czucie w tej kończynie zupełnie jest zniesione. Następnego dnia zwierzę jest w zupełnie dobrym stanie, tylko pozostaje porażenie czuciowe i ruchowe.

Przy sekcji, oprócz zacerwienia w miejscu zetknięcia z eterem, w nerwie żadnych makroskopowych zmian się nie spostrzeża. Mikroskopijne zaś po zostawieniu go przez 24 godzin w 1<sup>0</sup>/<sub>10</sub> kw. osmowym zawsze znajduje się neuritis parenchymatosa, rozszerzające się na część obwodową nerwu.

Aby się przekonać, że zapalenie nerwu nie zależy od działania powietrza, autor pozostawiał obnażony nerw kulszowy przez pół godziny na powietrzu, następnie zaszywał ranę; kończyna odpowiednia jest z początku mniej czułą i ruchomą, lecz wkrótce odzyskuje wszystkie swe własności nerwowe. Wpływ zimna na nerw jest silniejszym i trwalszym: trzymając przez pół godziny kawałki lodu na nerwie kul-



szowym, autor spostrzegał wszystkie objawy zapalenia nerwu: porażenia, znieczulenia, wylewy krwawe i zgorzel; zбочzenia ruchowe i czuciowe prędko ustępowały, odżywcze zaś trwały nieco dłużej.

Podskórne wstrzykiwania eteru, wykonywane królikom i morskim świnkom wywoływały znieczulenie kończyny poniżej miejsca wstrzyknięcia, niekiedy porażenia ruchowe wielu mięśni, często zaś nie było żadnych objawów. W przypadkach zбочzeń ruchowych i czuciowych zjawiały się one natychmiast po wstrzyknięciu; były zawsze przejściowe i znikaly w kilka dni później. Wstrzyknięcie głębokie w masę mięśni wykonane, zawsze wywoływało porażenie ruchowe poniżej miejsca ukłócia; ruchy dowolne i odruchowe zupełnie są zniesione, oddziaływanie na prąd przerywany znika, a od 3-go dnia występuje odczyn zwyrodnienia. Czućie osłabionem bywa na większej przestrzeni, po dłuższym przeciągu czasu zjawia się zanik mięśni i zgorzel. Prąd stały wpływa korzystnie na objawy i zmniejsza czas ich trwania. Przy sekcji, jeżeli zwierzę żyło dłużej nad 6 lub 7 dni od chwili doświadczenia, nie znajduje się żadnych makroskopowych zmian. Wcześniej, tkanka komórkowa jest przesiąkniętą krwią, zgrubiała; mikroskop zawsze wskazuje zapalenie nerwów, rozgałęziających się w porażonych mięśniach. Zmiany w nerwach występują bardzo prędko; w 24 godzin po wstrzyknięciu myelina przedstawia już zmiany, jakie spostrzegają się 4-go lub 5-go dnia po zupełnem przecięciu nerwu. Leczenie prądem stałym przyspiesza odrodzenie nerwu.

Z powyższych badań autor wypowiada wniosek, że podskórne wstrzykiwania eteru są doskonałym środkiem wywołania zapalenia nerwu w celach doświadczalnych; kliniczne zaś stosowanie może wywołać nieprzyjemne objawy, wskutek czego zaleca nie używać dużo eteru, nie powtarzać wstrzykiwań na tem samem miejscu, nie wstrzykiwać głęboko, a naj-

lepiej w boczne ścianki klatki piersiowej, w których zapalenie nerwu wywołuje najmniej przykre objawy. Wrazie rozwinięcia się zapalenia nerwu codzienne stosowanie prądu stałego daje najlepsze wyniki.

*M. Hopfenblum.*

85. E. PEIPER. **Chorea przy tyfusie brzuszny.** (*D. Med. Woch.* Nr. 8—1885).

Porażenia ruchowe w przebiegu tyfusu brzusznego nie należą do rzadkości, znacznie jednak rzadziej opisują w tyfusie podrażnienia sfery ruchowej w postaci drgawek, kurczów i t. p. Nothnagel w opisie chorób następczych po tyfusie przytacza pięć przypadków drżenia, kurczów lub drgawek, spostrzeganych przez Benedikta, Bartheri Rilliet'a, Ebsteina i t. d. W przebiegu zaś choroby podobne objawy podrażnienia ruchowego spostrzegane były tylko w postaci tak nazw. febris nervosa versatilis, jako zależne od gorączki. Autor spostrzegał w klinice w Greifswaldzie przypadek tyfusu, w początku którego rozwinęły się objawy płasawicy. 16-to letnia dziewczyna, łatwo ulegająca psychicznemu rozdrażnieniu, zachorowała 18 listopada 1884 r. na tyfus brzuszny, jak to skonstatował leczący ją lekarz. W parę dni później zauważono, że przy chodzeniu i staniu noga pacjentki ulegała ruchom drgawkowym, ciągle się wzmacniającym. Przy badaniu kliniczem (d. 28 listopada) najbardziej uderzającym objawem był ciągły niepokój mięśniowy, polegający na drgawkach pojedynczych mięśni i grup mięśniowych. Drgawki w większym stopniu wyrażone były w prawej części ciała i w prawej kończynie górnej; głowa i język znajdowały się również w ciągłym ruchu. Choreatyczne ruchy trwały aż do 12-go grudnia i ustąpiły zupełnie w ostatnim tygodniu tyfusu. W styczniu pacjentka wypisała się z kliniki zupełnie wyleczoną. Jest to pierwszy opisany przypadek płasawicy w przebiegu tyfusu; podczas rekonwalescencji bowiem choreatyczne powikłania niejednokrotnie były spostrzegane. Niektórzy utrzymują, że wpły-



wy zakaźne mają etyologiczne znaczenie w powstawaniu płasawicy; za tem przemawiają endemiczne przypadki tej choroby i chorea electrica w Lombardyi. Często zauważano jednoczesne występowanie płasawicy i ostrego reumatycznego zapalenia stawów; w tych przypadkach jest ona zależną od zatoru naczyń włosowatych w ośrodkach nerwowych, wytworzonego wskutek zapalenia wsierdza, towarzyszącego zapaleniu stawów. Podobne zatory mogą powstawać i podczas tyfusu, ponieważ z powodu gorączki następuje osłabienie działalności serca z następczym nagromadzeniem się skrzepów włóknikowych na wsierdzu. Więcej zaś prawdopodobnem jest przypuszczenie, że płasawica w przebiegu tyfusu jest nerwicą odruchową, wywołaną nadmiernem podrażnieniem układu nerwowego przez czynnik zakaźny. Jako momenty usposabiające do tego uważać można okres dojrzewania płciowego, objawy blednicy, usposobienie neuropatyczne i t. p. *M. H.*

## II. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

86. H. STERN. **Przyczynę do patologii wątroby i żółtaczki. O miejscu prawidłowego wytwarzania się barwników żółciowych.** *Beitrage zur Pathologie der Leber und des Icterus. Ueber die normale Bildungsstätte des Gallenfarbstoffes. (Archiv f. experim. Pathologie und Pharmakologie. Bd. 19, Hft. 1 i 2).*

Kwestyja powstawania żółtaczki dotąd pozostaje nierozstrzygniętą, a mianowicie sporną jest możność powstawania tak zw. krwiopochodnej żółtaczki (I. haematogeneus). Główną podstawą ostatniej jest zjawianie się jej po otruciu pewnymi ciałami (Arsenowodór, Toluylen-diamin), pociągającymi za sobą zniszczenie czerwonych ciałek krwi. Stadelmann twierdzi, że i w tych razach mamy do czynienia z żółtaczką wątrobowo pochodną, że wskutek dowozu nadmiernych ilości

materijału (zniszczonych ciałek czerwonych) wytwarza się żółć tak gęsta, iż nie może być dość szybko wydaloną i zostaje w części wessaną.

Afanasijew proponuje dla tego rodzaju żółtaczek nazwę krwiowątrobopochodnych (haemohepatothogeneus), która jednak rzeczy samej bynajmniej jasno nie określa.

Obecnie więc nie mamy żadnej podstawy do twierdzenia, że ogólna żółtaczka może powstawać bez udziału wątroby, przez barwnik krążący we krwi. Z drugiej jednak strony możność tego rodzaju żółtaczki nie jest dowodnie wykluczoną. Nie jest nawet wykazaniem dokładnie, gdzie normalnie wytwarzają się żółciowe barwniki.

Co prawda, większość uważa wątrobę za narząd wytwarzający żółć, a nie wydzielający ją tylko; rzecz ta nie została jednak dotąd wykazaną doświadczalnie z rozstrzygającą pewnością.

Ztąd też i wpośród najnowszych badaczy spotykamy do dziś jeszcze zwolenników starego poglądu o istnieniu barwników żółciowych we krwi. Harley naprzykład twierdzi, że pewne składniki żółci znajdują się gotowe we krwi (biliwerydyna), gdyż po ustaniu wytwarzania żółci, wszystkie przesieki są zabarwione na żółto, inne zaś (glykokoll, kw. taurocholowy) wytwarzane bywają dopiero w wątrobie. Ztąd też należy, według H., przyjmować obie drogi powstawania żółtaczki. Spór ten rozstrzygnąć można tylko drogą doświadczalną—mianowicie wyluszczając wątrobę. Doświadczenia takie robił jeszcze S. Müller, po nim Kunde i Molschot. Podwiązywali oni u żab wszystkie naczynia doprowadzające i wychodzące z wątroby, zarówno jak i przewody żółciowe i wycinali wątrobę. Żaby pozostawały przy życiu około 4 dni; przed śmiercią wypuszczano krew i badano jej surowicę na barwniki żółciowe; próby wypadały zawsze ujemnie. Doświadczenia te bardzo liczne (Kunde—250, Molschott 100



żab) i przemawiające za tem, że żółć wytwarza się tylko w wątrobie—spotyka jednak ten ważny zarzut, że dotąd nie jest wiadomem, czy u żab wogóle może powstawać żółtaczka, czego wspomniani autorowie nie sprawdzali.

Oдноśne doświadczenia wykonał dopiero w ostatnim czasie Minkowski w pracowni prof. Naunyna. Podwiązywał on żabom przewody żółciowe, poczem badał zachowanie się krwi. Pomimo, że badania przeciągały się do 6 tygodni, nie zauważono ani obecności barwników żółciowych we krwi i w moczu, ani też ogólnej żółtaczki. Następnie wstrzykiwano żabom roztwory hemoglobiny, toluylendiaminu i wystawiano je na wpływ arsenowodoru—i w tych doświadczeniach nie otrzymano ani razu żółtaczki, ani też odczynu Gmelina we krwi.

Autor powtórzył te doświadczenia na 10 żabach i otrzymał również ujemne wyniki. Podobnie wypadły doświadczenia z wycięciem wątroby.

Oczywiście więc żaby nie nadają się do tego rodzaju doświadczeń. U ssących wyłuszczenie wątroby pociąga za sobą zbyt wielkie zaburzenia w krążeniu. Oré wpadł na myśl wywoływania stopniowego wykluczenia wątroby, przez nakładanie luźnej podwiązki na żyłę wrotną. W samej rzeczy osiąga się tą drogą zamknięcia naczynia, ale równocześnie rozwijają się okolkne drogi do wątroby.

Stolnikow omija wyłuszczenie wątroby w ten sposób, że łączy żyłę wrotną wprost z żyłą główną dolną. Rezultaty jednak tej trudnej operacji nie są jeszcze dotąd ogłoszone. Daleko odpowiedniejsze warunki dla omawianych celów przedstawia układ krążenia brzuszego u ptaków. Istnieją w nich mianowicie połączenia pomiędzy żyłą wrotną i nerkową, a więc komunikacja między pierwszą i żyłą główną dolną. Podwiązanie przeto żyły wrotnej nie pociąga tu takich zaburzeń w krążeniu jak u ssących.

Doświadczenia na ptakach w omawia-

nym celu robił jeszcze w początku bieżącego stulecia Simon i przyszedł do wniosku, że tętnica wątrobowa niema wpływu na wytwarzanie się żółci, które zależy jedynie od żyły wrotnej.

Autor wykonywał doświadczenia na gołębiach. W pierwszym szeregu doświadczeń podwiązywano tylko przewody żółciowe i kiszkę nad ujściem moczowodów do wspólnej kloaki, a to w celu otrzymania czystego moczu. Ptaki narkotyzowano, znosiły one operację dość dobrze. Obserwacja trwała około 8 dni. Już w 1½ godziny po operacji mocz dawał wyraźny odczyn Gmelina (którego nie otrzymuje się w zwykłych warunkach u gołębi). Po zabiciu zwierząt badano surowicę zapomocą kw. azotnego i zawsze otrzymywano charakterystyczny odczyn na żółć.

Ogólna żółtaczka występowała także bardzo wyraźnie zarówno na skórze, jak i na błonach surowicznych. Godnem uwagi było zachowanie się wątroby. Organ rzadko bywał powiększonym, zwykle nieco żółtawym, o powierzchni marmurkowej, zależnej od rozmaitej postaci ściśle ograniczonych ognisk, szaro-żółtego lub zielonego koloru. Badanie drobnowidzowe każe w tych miejscach przypuszczać zgorzel krzepnicową (Coagulationsnekrose), wywołaną zapewne wskutek ucisku zatrzymującą się żółcią.

W drugim szeregu doświadczeń zamierzono zbadać, jaki wpływ wywiera wykluczenie wątroby na tworzenie się barwników żółciowych.

Ponieważ z powodu warunków anatomicznych u gołębi (v. cava inf. przechodzi przez miąższ wątroby, w pośrodku którego leży i cały przebieg żył wątrobowych) nie można było wyłuszczyć wątroby, przeto ograniczono się na jej wykluczeniu z obiegu krwi przez podwiązania wszystkich jej naczyń i przewodów żółciowych. Z trzech tego rodzaju doświadczeń okazało się, że nawet po upływie 24 godzin barwniki żółciowe nie nagromadzają się nigdzie ani we krwi, ani w tkankach i



w moczu (którego wydzielanie prawie zupełnie ustało). Wątroba była zawsze znacznie rozmiękczoną, niekiedy wydawała zgniły odór; zielonych ognisk nie było nigdzie. Pod drobnowidzem znaleziono: poczynające się stłuszczenie komórek wątrobowych.

U pewnej liczby zwierząt w moczu otrzymywano słaby odczyn na żółć, wątroba też nie była całkowicie rozmiękczona, ale zawierała przestrzenie mniej-więcej normalne z opisanymi wyżej zielonawymi ogniskami. Widocznie nie zdołano tu przeciąć zupełnie dowozu krwi. Uderzało przytem, że im więcej mięszu ocalało, tem wyraźniej udawało się wykazać obecność barwników żółciowych.

Co się tyczy drogi, jaką w podobnych doświadczeniach krew może dostawać się do wątroby, to Cohnheim i Litten, a zwłaszcza Stolnikow utrzymują, że ma tu miejsce wsteczny przyływ z żyły głównej dolnej. Autor nie podziela tego zdania i sądzi, że względu na grupowanie się ucalałych miejsc mięszu około żył wątrobowych i żyły głównej, że odżywianie odbywa się dzięki naczyniom odżywczym wspomnianych żył.

Dalej wykazuje autor doświadczalnie znaczenie rozmaitych naczyń wątroby dla jej odżywiania i czynności.

I tak naczynia, prowadzące krew do lewego płatu wątroby z żołądka i przelyku, są wstanie wyżywić cały narząd; występuje lekka ogólna żółtaczką, a mocz daje odczyn Gmelina. To samo dotyczy tętnicy wątrobowej. Podobny wynik otrzymano i przy podwiązaniu wszystkich naczyń i przewodu żółciowego oprócz głównego pnia żyły wrotnej. Dowodzi to, że czynność wątroby może się odbywać i bez dowozu krwi tętniczej.

Najważniejszym rezultatem tej pracy, wynikającym ze wszystkich doświadczeń, jest ten, że po wykluczeniu wątroby, barwniki żółciowe nie nagromadzają się ani w tkankach, ani w sokach zwierzęcego ustroju — że więc wątroba jedynie jest miejscem two-

żenia się tego barwnika. Praca ta wskazuje przytem drogę dla ostatecznego rozstrzygnięcia, czy może żółtaczką powstawać i bez udziału wątroby. Dodatnim dowodem tego będzie rozwinięcie się żółtaczki u zwierząt poddanych, po wykluczeniu wątroby, pod działaniem arsenowodoru i t. p.

Doświadczenia tego rodzaju zostały właśnie rozpoczęte w pracowni prof. Nauyny.

*O. Hewelke.*

87. Wiktor GROSSTERN. **Przyczynę do nauki o białaczce (Leukaemia).** (*Księga pamiątkowa dla uczczenia jubileuszu prof. Hoyer'a*).

Autor, zaznaczywszy w pobieżnym wstępie, że nauka o białaczce dopiero od prac Bennetta i Virchowa początek swój datuje i że u nas prof. Hoyer pracą swą o szpiku kostnym oddał jej niemałą, jakkolwiek pośrednią tylko posługę, podaje opis wypadku białaczki, spostrzeganej przez niego w szpitalu starozakonnych w Warszawie. Wypadek ów dał możność autorowi wypowiedzenia następujących uwag, tyczących się rozpoznania, patogeny, niektórych objawów i leczenia wspomnianej choroby.

Co się tyczy rozpoznania, to wywiady, łącznie ze ścisłym badaniem wszystkich narządów, pozwalające wykluczyć przymiot, bagiennicę, gruźlicę, a zwłaszcza badanie krwi, wykazujące wysoce nieprawidłowy stosunek ciałek białych do czerwonych (1:66) nie dozwalało powątpiewać, że mamy do czynienia z białaczką. Ledwoznaczne powiększenie gruczołów limfatycznych powierzchownych, brak objawów, wskazujących na powiększenie wewnętrznych, brak we krwi ciałek zbliżonych do limfoidnych wyklucza postać białaczki limfatyczną. Zajęcia szpiku kostnego, z uwagi na brak objawów ze strony kości i na nieobecność we krwi ciałek czerwonych postaci przechodniej, nie można było przyjąć. Duży guz śledziony i przepelnienie krwi wielojądrowymi dużymi ciałkami białymi wskazuje w danym



wypadku na czysto śledzionową postać białaczki. Zdaniem Neumana, każda białaczka jest myelogenica, spostrzeżenia jednak wielu badaczy i autora przeczą takiej jednostronności. W kwestyi patogeny białaczki także niema jeszcze zgody między badaczami, z których jedni twierdzą, że krew, a drudzy, że narządy krwiotwórcze pierwotnie ulegają zmianie. W ostatnich czasach zaczęto szukać przyczyny białaczki w drobnoustrojach i Klebs wykrył nawet schyzomycety we krwi białaczkowej. Autor jednakże uważa za bardzo wątpliwe podobne przypuszczenie, ponieważ pomimo ścisłych poszukiwań z pomocą barwienia, ani razu nie udało mu się wykryć we krwi mikroorganizmów, a przedtem już Mosler i Bollinger otrzymali przy szczepieniu krwi ujemne wyniki.

Dziedziczność białaczki, jakkolwiek rzadko, była już spostrzegana. Z trojga dzieci chorej, które autor miał sposobność badać, u jednego tylko najmłodszego 15-0 miesięcznego znaleziono nieznaczne powiększenie ilości białych ciałek krwi (10—14 w jednym polu), co jednakże zależeć mogło i od przymiotu, którym dziecko od 4 tygodni dotknięte było wskutek zarażenia się od brata.

Z objawów spostrzeganych, prócz ogólnie znanego zmniejszenia bezwzględnej ilości ciałek czerwonych, obecności we krwi peptonów, kwasu moczowego, leucyny, tyrozyny etc., autor szczególną zwraca uwagę na odczyn krwi białaczkowej, który, według poszukiwań niektórych badaczy ma być kwaśny. Autor zaś znajdował w *świeżej białaczkowej krwi* zawsze alkaliczny odczyn, który następnym tylko dni zmieniał się na kwaśny.

Kryształów Charcota we krwi autor ani razu nie znalazł i sądzi wraz z Huberem, że niezwykła postać krystaliczna tyrozyny uważaną być może za kryształki Charcota, których przyroda chemiczna dotąd jest wątpliwą. Kryształki leucyny i tyrozyny tworzą się szybko i w znacznej ilości we krwi białaczkowej, w innej zaś

krwi fakt ten niema miejsca. W moczu peptonów autor nie znalazł, pomimo znacznej ich ilości we krwi.

Gorączkę, trwającą przez cały czas pobytu chorej w szpitalu, autor objaśnia zmienionym składem krwi. W oczach spostrzeżono rzadką postać zaćmy (*cataracta polaris postica*).

Co do leczenia, to po zastosowaniu środków wzmacniających i obfitem łatwostrawnym pożywieniu, nastąpiła względna poprawa. Faradyzacja śledziony nie wywołała wpływu na objętość guza.

W. Brüner.

88. Alb. ROBIN. **Pierwotne przekrwienie nerek.** *De la congestion rénale primitive.* (*Gaz. hebdom.* Nr. 5—1885).

Niektórzy autorzy identyfikują pierwotne przekrwienia nerek z niezbytowem zapaleniem. Symptomatologija jednak i szczególny przebieg tego cierpienia zmuszają do przyjęcia osobnej postaci patologicznej, cechującej się objawami ogólnemi, miejscowemi i szczególnemi własnościami moczu.

Choroba zaczyna się dreszczykami, gorączką, bólem głowy, brakiem apetytu, pragnieniem. Tętno ucześnieje się do 90—100, ciepłota podnosi się do 38,5<sup>0</sup>—39<sup>0</sup>. Niekiedy objawy ogólne przybierają cechę gorączki tyfusowej z bezsennością, znacznym upadkiem sił, krwawieniem z nosa, mdłościami i t. p. Z objawów miejscowych najpierw się zjawiają bóle lędźwiowe—rozlane, różnego natężenia, do tego przyłączają się nieznaczne zбочzenia w oddawaniu moczu. Najważniejsze cechy rozpoznawcze ma badanie moczu: mocz koloru czerwonego, mętny, kwaśnego odczynu, w ilości od 700—1100, c. gat. 1020—1026. Osad pod mikroskopem składa się z następujących części: 1) wałeczki szkliste, nabłonkowe lub ziarniste; 2) czerwone ciała krwi mniej lub więcej zmienione; 3) białe ciała krwi z ziarnkami barwnikowemi; 4) komórki nerkowe; 5) bezkształtny barwnik czarny; 6) kryształki kwasu moczowego. Ilość



białka dochodzi często do 2—4 gramów w 24 godzin; w początku zaś choroby w moczu jest znaczna ilość indykanu.

Pierwotne przekrwienie nerek odznacza się prędkim przebiegiem; po kilku dniach ciepota odrazu staje się normalną, białko znika z moczu, w którym zjawiają się kryształki moczanów w wielkiej ilości; mocz okazuje odczyn na urohematynę, ilość jego się zwiększa, barwa staje się normalną. Czas trwania choroby waha się od kilku dni do dwóch tygodni (w postaciach tyfoidalnych). Rokowanie w tej chorobie jest zupełnie dobrem, ponieważ kończy się zawsze wyzdrowieniem. Najczęstszą przyczyną choroby jest zaziębienie, zmęczenie mięśniowe. Renault utrzymywał, że może ona być pochodzenia zakaźnego.

Od zapalenia nieżyłowego nerek różni się pierwotne przekrwienie zawartością czerwonych ciałek krwi, barwnika i hemoglobiny w moczu, natomiast w zapaleniu nerek istnieje lekki obrzęk. Od hemoglobinurii różni się obecnością czerwonych ciałek krwi w moczu i przebiegiem choroby. Brak wysypki skórnej, krótki przebieg, brak powiększenia śledziony pozwala łatwo odróżnić tę chorobę od nerkowej postaci tyfusu. Leczenie zasadza się na zastosowaniu paru ciętych baniek w okolicy nerkowej, spokoju, użyciu środka przeczyszczającego i obfitej ilości napojów, szczególnie mleka. W postaci tyfusowej zaleca się użycie wina i spirytusu, ale tylko podczas gorączki.

*M. Hopfenblum.*

89. Prof. M. SEMMOLA. **Patologiczne i kliniczne studyja nad cholera azyjatycką.** (*Allg. W. Med. Ztg.* Nr. 8—1885).

Cholera azyjatycka przedstawia się jako ostre otrucie, wywołane przez czynnik chemiczny i oddziaływające na wszystkie ośrodki nerwowe. Wszystkie objawy cholery można objaśnić zbroczeniem czynności nerwowych, zależnych od tych ośrodków. Pierwsza przyczyna otrucia pochodzi z zewnętrznego otoczenia i tutaj naj-

pewniej zarodki pasorzytnicze największe mają znaczenie. Dotychczas jest to zresztą rzecz nierozstrzygnięta i spór się toczy o: 1) istotę tych zarodków, 2) miejsce wniknięcia ich do organizmu, 3) sposób ich działania i t. p. Wszystkie zaś obecnie ogłaszane wyniki badań są tylko przypuszczeniami, do których zaliczyć należy i tak bardzo osławiony lasecznik przecinkowaty Kocha.

Autor utrzymuje, że cholera zależy od pasorzytów roślinnych, które jednak same nie wystarczają do rozwoju epidemii, ale że do tego potrzebne są i inne warunki, a mianowicie: *a)* geologiczne (grunt, woda i t. p.), *b)* meteorologiczne (elektryczność, wilgoć i t. d.), *c)* indywidualne (sposób życia, wrażliwość i t. d.). Nie wystarczają zatem tylko mykotyczne badania przyczyny cholery, zwrócić należy baczną uwagę na kosmo-telluryczne wpływy, sprzyjające rozwojowi tej choroby.

Fizjologija, patologija i klinika dowodzą, że ośrodki brzuszne n. spółczulnego wpływają bardzo na krążenie, czynności i odżywianie błony śluzowej kiszek. Wszelkie więc zbroczenia tej błony (przekrwienie, obfite wydzielanie, zmiany nabłonka) nie są skutkiem miejscowego podrażnienia, lecz są objawem ogólnego działania jadu na ośrodki nerwowe, poniżej wymienione. Jeżeli otrucie jest słabem, rzecz się ogranicza na tych objawach; w przypadku zaś ciężkiego otrucia rozwija się obraz cholery, t. j. przyłączają się objawy, wskazujące na zbroczenia czynności i innych ośrodków nerwowych.

Następujące ośrodki nerwowe bywają dotknięte:

- 1) Naczynioruchowe (zastój neuropalacyjny, skóra marmurkowata).
- 2) Ośrodki ciepła (obniżenie ciepłoty ciała).
- 3) Ośrodki oddechania (asphyxia, ogólna sinica).
- 4) Ośrodki sercowe (duszność, osłabienie czynności serca).

Dokładne badanie krwi, zmarłych na



cholere, zarówno jak i stosunek utraty płynów do prędkości wystąpienia i stopnia objawów asfiktycznych nie pozwalają przyjąć zgęstnienia krwi za mechaniczną przyczynę tych objawów i czynnościowych zbroczeń organów wydzielniczych.

*M. Hopfenblum.*

90. Prof. F. RIEGEL (Giessen). **Przyczynki do patologii i rozpoznawania chorób żołądka.** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 36, 2).

Najtrudniejszą częścią badania przewodu pokarmowego resp. żołądka jest określenie jego strony czynnościowej — mianowicie trawienia.

Pierwszy Leube w r. 1871 zalecił stosowanie zgłębnika żołądkowego dla celów rozpoznawczych, a mianowicie w celu określenia w każdym danym wypadku: 1) długości trwania trawienia, 2) energii wydzielania soku żołądkowego. Aby określić długość trawienia, badany chory otrzymuje posiłek, składający się z zupy, dużego befszteku i bulki, i przez 7 godzin nic więcej nie przyjmuje. Po tym czasie następuje przepłókanie żołądka; jeżeli żołądek jest zdrowy, to popłóczyny w tym czasie nie powinny zawierać resztek pokarmu. Na tę część metody badania Leubego zgadza się i autor, uważając przeciąg czasu 7-godzinny za maksymalną granicę trwania prawidłowego trawienia, i zwracając uwagę na to 1) że przedłużone trwanie trawienia bezwarunkowo wskazuje na chorobę żołądka, 2) że normalny czas trwania trawienia, t. j. 6—7 godzin nie wyłącza jeszcze choroby, np. okrągłego wrzodu żołądka lub niestrawności nerwowej. W celu określenia energii wydzielania soku żołądkowego, Leube opróżnia zgłębnikiem żołądek, bada odczyn treści, poczem wlewa 100 sz. cm. wody lodowej, pozostawia 10 minut, wreszcie przekłókuje 300 sz. cm. wody. Popłóczyny bada na zawartość kwasu solnego (roztworem lakmusu lub tropeoliny) i pepsyny (próba trawienia kawałka białka w picyku).

Tej części badania autor stawia następujące zarzuty:

1) Termiczne podrażnienie (wodą lodową) *пустego* żołądka, częstokroć u osób zupełnie zdrowych nie wywołuje wydzielania HCl i pepsyny.

2) Lakmus i tropeolina wskazują obecność kwasu wogóle, nie pozwalają jednak odróżnić kwasu mineralnego (HCl), od organicznego (kwas mleczny i maślowy).

Wskutek tego autor w następujący sposób zmodyfikował tę część badania:

1) Skonstatowawszy, jak opisano wyżej, przedłużenie chorobliwe czasu trawienia, autor możliwie nierozcieńczoną zawartość żołądka filtruje, bada mikroskopijnie na obecność grzybków fermentacyjnych, a chemicznie na kwasy i pepsynę. Odczynniki, których w tym celu autor używa, są następujące:

1. Lakmus, dla odkrycia wolnych kwasów wogóle. 2. Tropeolina, dla tego samego celu. 3. Fiolet metyl-anilinowy (od kwasów mineralnych, a więc HCl, barwi się błękitnie, od kwasów organicznych nie zmienia się wcale). 4. Chlorek żelaza karbolizowany (od kwasów mineralnych odbarwia się zupełnie lub barwi się stalowo; od kwasów organicznych barwi się żółto lub mąci mlecznie). 5. Ług sodowy i siarczan miedzi dla wykazania peptonów.

2) Dla określenia energii trawienia soku żołądkowego, autor do równych ilości badanego soku wrzuca równej wielkości kostki ściętego białka kurzego, wstawia do picyka i obserwuje długość czasu potrzebnego do zupełnego rozpuszczenia białka. Ewentualnie do badanego soku dodaje HCl lub pepsyny, i z rodzaju dodatku, przyspieszającego rozpuszczenie białka, wnosi o braku HCl lub pepsyny w badanym soku.

Opisana metoda pozwala postawić dyjagnozę choroby (o czym niżej) i kontrolować skuteczność stosowanego w danym wypadku leczenia.



W warunkach normalnych HCl wydziela się od czasu do czasu, poczem znika z żołądka; zachodzi więc pytanie, kiedy należy przepłókiwać w celu zbadania zawartości żołądkowej na HCl? Autor poleca czynić to w czasie, kiedy prawidłowe trawienie jest już ukończonem, t. j. w 6—7 godzin po przyjęciu pokarmu. W wypadkach chorobliwych zwykle trawienie trwa jeszcze wtedy dalej, i sok żołądkowy powinien zawierać jeszcze HCl, jeżeli go wogóle w danym wypadku kiedy posiada. Jeżeli zaś trawienie jest już ukończonem, to popłóczyzny nie powinny zawierać resztek pokarmu, ani (w większej części wypadków) wolnego HCl.

Badając w opisany sposób sok żołądkowy chorych osobników, autor rozróżnia następane 3 kategorie wypadków, ważne dla celów rozpoznawczych:

1) Odczyn soku kwaśnawy. *Stala* nieobecność wolnego HCl. Nieco kwasu mlecznego lub maślanego. Bardzo znaczne przedłużenie czasu trwania trawienia. *Jest to objaw patognomiczny raka żołądka lub rozszerzenia żołądka wskutek raka odźwiernika.* Podobny *stały* brak HCl E-dinger raz tylko obserwował przy (rzadkiem zresztą) zwyrodnieniu mączkowatembłony śluzowej żołądka. *Przemijający* brak HCl da się niekiedy wykazać przy gorączce.

2) Odczyn soku kwaśny. Obecność HCl. Obecność kwasów organicznych, przemijająca przy systematycznym stosowaniu przepłókiwania żołądka. Przedłużenie czasu trawienia, znacznie jednak mniejsze niż przy raku. (Autor nie podaje używanej przez siebie metody wykazania kwasu mlecznego lub maślanego w obecności HCl. *Ref.*). Tutaj należy opisać przez Naunyn'a t. zw. mechaniczną niedostateczność żołądka (*insufficiencia ventriculi*), naskutek fermentacji w żołądku; niezawsze i niekoniecznie musi się wiązać ona z rozszerzeniem żołądka; nader skutecznie leczy się metodycznym przepłókiwaniem.

3) Odczyn soku kwaśny. Obecność HCl. Nieobecność lub ślady kwasów organicznych. Żołądek w 7 godzin po przyjęciu pokarmu zawiera jeszcze znaczną ilość przetrawionej papki. Próba trawienia okazuje niezminiejszą energję trawienia soku żołądkowego. Jest rzeczą nierozstrzygniętą, czy w takich wypadkach ma miejsce nadmierne wydzielanie soku żołądkowego (Reichmann), czy też zatrzymanie takowego. Autor przypuszcza, że w takich wypadkach chemizm trawienia przebiega prawidłowo, że tylko siła masykularna żołądka została upośledzoną. Metoda badania autora daje ważne wskazówki dla rozpoznania, i ważne wyniki terapeutyczne, które autor obiecuje podać w późniejszej pracy.

Wkońcu autor rozberra dwa pytania: 1) o przyczynie braku HCl przy raku żołądka i 2) o wpływie kwasów organicznych (mlecznego i maślanego) na długość trawienia. Dotychczas przypuszczano, że przy raku żołądka produkcja HCl niema wcale miejsca, że więc niestrawność polega poprostu na braku HCl. Dla rozstrzygnięcia tego pytania autor bierze trzy równe kawałeczki białka i oznacza czas potrzebny dla strawienia każdego z nich: *a*) przez znaną ilość normalnego soku żołądkowego, *b*) przez mieszaninę połowy tej samej ilości tego samego soku z równą częścią wody destylowanej, *c*) przez podobną mieszaninę lecz z równą ilością soku rakowatego żołądka (jak wiadomo, HCl niezawierającego).

Okazuje się, że mieszanina *b*) potrzebuje czasu do 2 razy, a mieszanina *c*) czasu do 10 i więcej razy dłuższego, niż mieszanina *a*), do strawienia równej ilości białka. Z tego doświadczenia wynika, że sok rakowaty przy trawieniu nie odgrywa roli obojętnej, jak np. woda, ale że zawiera prawdopodobnie produkty niszczące HCl. Prawdopodobnie przy raku żołądka produkcja HCl ma miejsce, lecz HCl zostaje zniszczony, innemi słowy, rak żołądka powoduje niestrawność nie biernie wsku-



tek braku HCl, lecz czynnie, niszcząc HCl. Z pomiędzy całego szeregu doświadczeń, przytoczymy jedno z najwybitniejszych: Autor do jednej epruwetki wlewa mięszaninę 5 sz. cm. prawidłowego soku żołądkowego i 5 cz. cm. wody destylowanej, a do drugiej 5 sz. cm. tego samego soku żołądkowego i 5 sz. cm. soku rakowato-żołądkowego. W pierwszej próbieiolet metylanilinowy wywołuje wyraźne błękitne zabarwienie, w drugiej nie zmienia się wcale.

Dodatek pewnej *niewielkiej* ilości HCl do soku rakowatego żołądka przyspiesza nieco trawienie, dopiero po dodaniu jednak pepsyny czas trawienia dochodzi do normy. Widocznie więc, że w soku rakowato-żołądkowym, prócz HCl, brak jeszcze i pepsyny.

Wreszcie autor przedsięwziął cały szereg podobnych doświadczeń celem zbadania wpływu kwasów fermentacyjnych na trawienie. Okazało się, że nieznaczne ilości kwasu mlecznego lub maślanego (1—3 kropel na 15 sz. cm. soku), nie upośledzają trawienia, a znaczniejsze—wstrzymują takowe. Przy podobnych doświadczeniach z HCl, okazało się, że analogiczny nadmiar HCl upośledza trawienie i to w znacznie większym stopniu, niż kwasy fermentacyjne.

Doświadczenia te wyjaśniają nam przyczynę skutecznego działania alkaliów na niestrawność, pochodzącą czy to z nieprawidłowej fermentacji maślanej lub mlecznej, czy też z nadmiaru produkcji HCl.

Z tych doświadczeń wynikają ważne wskazówki lecznicze: 1) HCl wskazaniem jest przy niestrawności wtedy tylko, jeżeli można dowieść braku takowego w soku żołądkowym. 2) Nadmiar HCl jest równie szkodliwym jak i brak jego.

Wogóle wyniki terapeutyczne ze swych doświadczeń autor obiecuje podać w późniejszej pracy.

*Mierzyński.*

91. Ch. FERNET. **Zakażenie gruźlicze przeniesione z organów płciowych.** *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale.* (Gaz. hebdom. Nr. 3 i 4—1885).

Dokładne badanie chorych na gruźlicę pozwala często odkryć miejsce pierwotnego wniknięcia pasorzyta do organizmu. Nie zawsze bowiem gruźlica płuc jest punktem wyjścia gruźlicy innych narządów, a nawet znane są obecnie dość liczne przypadki gruźlicy miejscowej, poprzedzającej gruźlicę płuc. Oprócz organów oddechowych, przez które najczęściej pasorzyt gruźliczy dostaje się do organizmu, drogą wniknięcia tegoż mogą być narządy trawienia, skóra (wiele chorób które uznano obecnie za gruźlicze) i organy płciowo-moczowe, które mogą być również siedliskiem gruźlicy pierwotnej.

Cohnheim wypowiedział pierwszy, że gruźlica organów płciowych może się udzielać przez spółkowanie, po nim zajmował się tą kwestyją Verneuil, który ułożył nawet teorią gruźlicy organów płciowych przez bezpośrednie zarażenie, nieudowodnioną zresztą z powodu braku faktów. Autor, zajmując się badaniem gruźlicy otrzewnej i opłucnej, spostrzegał pewną ilość chorych z gruźlicą organów płciowych; szczególną zwrócił więc uwagę na tych, u których cierpienie organów płciowych było pierwotnem i przyszedł do przekonania, że bezpośrednie zarażenie było przyczyną, przynajmniej bardzo prawdopodobną, choroby. Spostrzeżenia, przytoczone przez autora, wskazują następujący porządek rozwoju zjawisk: śluzotok (blennorrhoea) gruźliczy, gruźlica pierwotna organów płciowych, gruźlica wtórna otrzewnej i opłucnej, a następnie gruźlica płuc.

Gruźlica w przypadkach spostrzeganych przez autora, najbardziej była rozwiniętą w narządach płciowych, w których wystąpiła po spółkowaniu z osobami gruźliczemi. Babès i Cornil znajdowali laseczniki gruźlicze w moczu i ropie, pochodzącej z organów płciowych, dotknię-



tych gruźlicą; nie ulega więc wątpliwości, że pierwotna gruźlica organów płciowych może powstać przez zarażenie przy stosunkach płciowych. Jako dowód powstania gruźlicy organów płciowych przez zarażenie podaje autor i ten fakt, że pozostaje ona bardzo długo cierpieniem miejscowym i że najczęściej zdarza się w wieku od lat 15 do 35 t. j. w okresie największej czynności płciowej (Reclus, Brouardel, Verneuil).

Rozwój pierwotnej gruźlicy organów płciowych jest dość powolnym; może ona pozostać ukrytą bardzo długo, nie wywołując żadnych objawów. U kobiet prędzej się rozprzestrzenia, zajmuje wówczas najpierw otrzewną i gruczoły chłonne, potem prędko się uogólnia. Najpierwszym objawem gruźlicy płciowej u mężczyzn jest śluzotok, który Ricord nazywa „blennorrhagie tuberculeuse“, niekiedy prędko znikający bez leczenia, niekiedy zaś często powtarzający się. Reclus i Guyon utrzymują, że w błonie śluzowej cewki moczowej zjawiają się pierwsze twory ziarniste, jako poprzedniki gruźlicy organów płciowych. Cornil zaś i Babes znajdowali w moczu podobnych chorych laseczniki gruźlicze. Z głębszych organów płciowych mężczyzn gruźlica zajmuje najczęściej przyjądrza, gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne, wskutek czego płyn nasienny zawiera w tych razach pasorzyty gruźlicze.

Objawy gruźlicy płciowej u kobiet prędzej się ujawniają, niż u mężczyzn; upławy, zboczenia w miesiączkowaniu i bóle w dolnej części brzucha zmuszają do bliższego zbadania organów płciowych. Zmiany gruźlicze (owrzodzenia) znajdują się w pochwie, macicy lub jajowodach. Przy dalszem rozszerzeniu się gruźlicy rozwija się pelveoperitonitis, które jest często bardzo bolesne, występuje napadami przy najmniejszej przyczynie i ma skłonność do ropienia. Gruczoły chłonne przyjmują też udział w tem cierpieniu, przez co Marteneau nazywa je adeno-pelveoperitonitis.

Z powyższego wynika, że stosunki płciowe z osobami cierpiącymi na gruźlicę organów płciowych są niebezpieczne. Chociaż gruźlica mężczyzn pozostaje dość długo cierpieniem miejscowym może jednak stać się niebezpieczną wskutek przejścia na sąsiednie tkanki;—należy przeto zupełnie ją usunąć, co uskutecznią się ogólnem leczeniem, skierowaniem do wzmocnienia czynności odżywczych (dobre odżywianie), a nawet i sposobami chirurgicznymi.

*M. Hopfenblum.*

### III. Chirurgija i Syfilidologija.

92. PIETRZYKOWSKI. **Przyczynę do nauki o wycięciu wola i charłactwa będącego jego następstwem.** Z kliniki prof. Gussenbauera. (*Prager Medicinische Wochenschrift.* Nr. 48 do 53 z roku 1884, Nr. 1 i 2 z roku 1885).

Praca Kochera o obserwowanem przez niego charłactwie po wycięciu wola (cachexia strumipriva) zwróciła na to cierpienie uwagę chirurgów i wywołała liczne publikacje: spostrzeżenia Reverdin'a (na 11 operacji wola 5 wypadków), Julliard'a (2 wypadki), Baumgärtnera (na 11 operacji 5 wyp.), Brunsa (3 wypadki). Do wyżej wymienionych autor w pracy streszczonej dodaje 23 swoich obserwacji i z tych wypadków stara się wyprowadzić wnioski o przyczynach powstawania cierpienia, które w następujący sposób opisuje. Chory wkrótce po zagojeniu się rany, czasem wcześniej, czasem później, zaczyna tracić świeżość cery, skóra staje się bladą, doznaje uczucia zmęczenia i ciężkości w kończynach dolnych; skarży się na pojawiające się peryjodycznie ciągnące bóle w kończynach i na uczucie chłodu w całym ciele. Oprócz tego u chorego pojawiają się od czasu do czasu obrzęki twarzy i kończyn, bóle głowy, zawroty i omdlenia, czasami kurcze bolesne i, co najprzeczniejsze, osłabienie pamięci, ociężałość w myśleniu.

P. opisuje 23 wypadki usunięcia wola,



z których w 10-ciu wycięto cały gruczoł tarczowy w 11-tu tylko część. Wszystkie operacje się udały, wyzdrowienie następowало po 10 dniach do 5 tygodni, powrotu choroby ani razu nie było. Na dziesięć całkowitych usunięć gruczołu obserwował autor 3 razy objawy charłactwa; wszystkie te trzy wypadki dotyczyły osobników młodych (9 lat, 17 i 24). W dwóch wypadkach w okresie gojenia wystąpiły objawy tężca, w jednym już przed operacją obserwowany bezwład lewej struny głosowej pozostał nadal. Na 11 częściowych wycięć objawy charłactwa wystąpiły *raz jeden* u dziesięcio-letniego dziecka.

Z tej statystyki autor wyprowadza dwa następujące wnioski:

1) Charłactwo zjawia się przeważnie u osobników operowanych w wieku młodym, w okresie wzrastania. Są jednak wyjątki od tego prawidła, jest bowiem kilka obserwacji charłactwa u starszych osób (Kocher, Julliard, Reverdin, Baumgärtner).

2) P. zaznacza związek istniejący pomiędzy charłactwem, tężcem i zranieniem n. recurrentis podczas operacji, sam autor obserwował ten związek w 2-ch przypadkach; zdanie zresztą, iż charłactwo jest następstwem zranienia n. recurrentis, było już wypowiedziane przez Baumgärtner'a, autor w zupełności zgadza się na jego wywody, oprócz tego zaś sądzi, że i przyczyny częstego występowania ogólnego tężca po wycięciu wola szukać należy w zranieniu n. recurrentis.

Zdaniem Baumgärtnera charłactwo następuje wskutek obrażenia nerwów wstecznych. Że cierpienie to następuje nie zaraz po operacji, ale po pewnym większym lub mniejszym przeciągu czasu, objaśnia to B. tem, że przy całkowitem wyłuszczeniu, chociaż nie następuje przecięcie lub zranienie nerwu, to jednak zawsze nie obejdzie się bez wyciągania takowego. Te obrażenia atoli same przez się nie wywołują jeszcze charłactwa, dopiero po-

tem, gdy przy gojeniu się rany, tworzeniu się blizny i ściąganiu się takowej następuje ucisk rozgałęzień nervi recurrentis, a następnie zanik niektórych jego gałęzek, wtenczas następują takie zmiany w innerwacji, które sprowadzają charłactwo. B. nawet przypuszcza możliwość powstawania charłactwa nie wskutek pierwotnych zmian w nervus recurrens, lecz wskutek przejścia cierpienia na takowy z pierwotnie przez wycięcie wola obrażonych węzłów nerwu współczulnego.

Dr. P. zgadza się na tę teorię Baumgärtnera, a jako jeden dowód więcej, iż charłactwo powstaje wskutek zranienia n. recurrentis w czasie operacji, przytacza okoliczność, że charłactwo występuje nieomylnie we wszystkich wypadkach, w których w okresie gojenia zauważono objawy tężca.

W dalszym ciągu swej pracy Pietrzykowski zbija i wykazuje słabe strony innych teorii, starających się objaśnić powstawanie charłactwa ważnością fizjologicznego znaczenia gruczołu tarczowego dla organizmu.

Tak np. Bruns jest zdania, że gruczoł tarczowy wyrabia pewne materyje niezbędne do normalnego odżywiania układu nerwowego, a więc, że usunięcie całkowite gruczołu naturalnie wpływa ujemnie na czynności nerwów danego osobnika. Gdyby jednak tak było, to już samo zwyrodnienie gruczołu, powstanie wola, powinno wywołać charłactwo. Tak jednak nie jest, widzimy bowiem ludzi mających wole, a zdrowych zupełnie.

Kocher znowu zauważył po usunięciu wola zanik i rozmiękczenie tchawicy, wywołane, zdaniem Kochera, wskutek przewiązania tętnic tarczowych, które służą do odżywiania tchawicy. Tem warunkuje Kocher powstawanie najważniejszego, według niego objawu charłactwa: bezkrwistości, jako następstwo ujemnych zmian w oddychaniu wywołanych zmianami w tchawicy. Dr. P. nie przystaje na takie objaśnienie rzeczy, gdyż z jednej



strony na zasadzie badań krwi dokonanych po usunięciu wola przekonano się, że zmian we krwi odpowiadających pojęciu bezkrwistości ani razu nie było, a z drugiej strony w wielu wypadkach, gdzie wystąpiły objawy charłactwa, zmiany w tchawicy, przez Kochera zauważone, nie istniały. Zresztą niezrozumiałem byłoby, dlaczego nie miałyby wystąpić charłactwo przed usunięciem wola, kiedy już wtenczas istnieją takie trudności w oddychaniu. Nareszcie uważa też P. za fałszywe objaśnienie charłactwa przez Reverdin'a, który przypuszczając w gruczole tarczowym istnienie ośrodka naczynioruchowego, połączonego z nerwem współczulnym, widzi w usunięciu tego centrum przyczynę powstawania charłactwa. Zdanie to obalonem już jest przez doświadczenia Schiffa, który odpreparowywał gruczoł tarczowy zupełnie, przyczem naturalnie wszelkie połączenia gruczołu z nerwem współczulnym znosił, mimo to jednak objawów charłactwa nie zauważył. Zresztą gdyby gruczoł tarczowy takie miał znaczenie, to każde całkowite usunięcie takowego wywołałoby powinno objawy charłactwa, tymczasem, jak tego dowodzi statystyka zebranych przez autora wypadków, tak nie jest, gdyż na 10 wypadków całkowitego wycięcia gruczołu, tylko w trzech wystąpiły objawy charłactwa.

Jednym słowem, jak widzimy z całej streszczonej pracy, dr. Pietrzykowski najwięcej skłania się ku teorii powstawania charłactwa po wycięciu wola przedstawionej przez Baumgärtnera.

*J. Garbowski.*

93. M. STRAUS. **Du bubon chancrelleux.** (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1885, Nr. 5).

Punkt ciężkości badań Strausa stanowią liczne szczepienia ropy wziętej z bubonów szankrowych; szczepienia były wykonywane wypalonymi instrumentami, skóra przed szczepieniem poddana starannej dezynfekcyi, miejsce szczepienia za-

bezpieczone szkiełkiem zegarkowem od przypadkowych zanieczyszczeń, w ten sposób ze wszelkimi ostrożnościami przeprowadzone szczepienie ropy bubonów, przy szankrze miękkim powstałych, dało we wszystkich (63) wypadkach ujemne wyniki.

W sprawie bubonów szankrowych panują dziś wszechwładnie zasady Ricordowskie. Ricord szczepił 500 razy ropy bubonów szankrowych — z tych tylko w 41 wypadkach ropa, wzięta z bubonów zaraz po przecięciu, okazała się zaraźliwą, szankrową. 229 razy ropa okazała własności zakaźne dopiero w dni parę po otworzeniu bubona; w pozostałych 229 wypadkach szczepienie było zupełnie ujemnem.

Okoliczność, że ropa bubonów (przy szankrze miękkim) bywa najczęściej niezaraźliwą zaraz po przecięciu bubona, a staje się zaraźliwą po upływie pewnego czasu, Ricord objaśnia w ten znany sposób, że adenitis jest specyficzną, szankrową, periadenitis zaś niespecyficzną; wskutek tego jama bubona zostaje zakażoną dopiero po pęknięciu otoczki gruczołu. <sup>1)</sup>

Straus szczepił ropy wziętą z wnętrza gruczołu, jako też ropy bubonową w parę dni po otworzeniu bubona, zawsze z jednakowym t. j. ujemnym wynikiem.

Autor zatem wnioskuje, że bubony przy szankrze miękkim są przyrody niespecyficzej, nieszankrowej; tylko po przecięciu bubona może zarazek szankrowy dostać się do jego jamy z zewnątrz, z wydzieliną sąsiedniego szankra, z zanieczyszczonym instrumentem, okładem i t. p.

Wnioski powyższe znalazły natychmiast przeciwników. Horteloup, Diday, Poulet, Aubert pierwsi podnieśli głos w obronie uświęconych pojęć, opierając się przeważnie na klinicznych danych i na kilku (ilość niepodana) własnych szczepieniach ropy bubonowej z dodatnim wynikiem.

1) Na drugi lub trzeci dzień po przecięciu według Ricorda, na 5-ty lub 6-ty według Diday.



W każdym razie teoryja o dwojakiej przyrodzie bubonów, towarzyszących miękkiemu szankrowi, jest mocno zachwiana i wymaga ponownych badań.

*Funk.*

## MISCELLANEA.

94 Autor przedstawił w odczycie, mianym w Veiren f. innere Medicin, **wady termometrów lekarskich** i przyczyny rozmaitych ich wadliwości. Pożyczywszy 29 termometrów od rozmaitych kolegów, porównywał je z normalnym ciepłomierzem i przekonał się, że oprócz jednego wszystkie wskazywały źle. Wielkość różnicy wahała się między  $+0,05^{\circ}$  do  $+0,25^{\circ}$  i  $-0,05^{\circ}$  do  $-0,9^{\circ}$ .

Rodzaj termometru okazał się zupełnie obojętnym, w liczbie sprawdzonych były zarówno zwycajne jak i a maxima. Porównywano trzy rozmaite punkta skali:  $36^{\circ}$ ,  $39^{\circ}$ ,  $42^{\circ}$ —otóż okazało się, że różnica nie pozostawała zawsze jednakową na rozmaitych wysokościach w danym przyrządzie.

Sądząc z liczby badanych instrumentów należy przypuszczać, że prawdziwie wskazujący ciepłomierz jest wielką rzadkością. Pociąga to za sobą bardzo ważne niedokładności w rezultatach pomiaru ciepłoty u chorych, zwłaszcza w przypadkach gorączki niewysokiej, np. z wieczornymi wzniesieniami do  $38,2^{\circ}$ , która przy wymienionym wyżej stopniu wadliwości termometrów prosto nie może być rozpoznana.

Pożądaniem byłoby, rozumie się, mieć, o ile można dokładne przyrządy; ministeryjum wojny określi maximum wadliwości na  $\pm 1^{\circ}$ ; autor sądzi, że w celach praktyki można dopuścić  $\pm 0,2^{\circ}$ .

Wadliwości termometrów zależą od niedokładności ich przygotowywania i pochodzą z różnych przyczyn.

Jednym z najczęstszych źródeł niedokładności jest wadliwe oznaczenie zera. Dalej idzie niejednakowość kalibru rurki włosowatej w całym jej przebiegu. Rurki te przygotowują się w ten sposób, że dwóch ludzi chwytają za końce rozgrzanego, wydrążonego w środku, pręta szklanego—i, oddalając się zwolna od siebie, wyciągają go w cieniuchną rurkę. Łatwo pojąć, ile rozmaitych wpływów oddziaływa szkodliwie na rezultat roboty.

Z tak otrzymanych rurek na termometry wybierają się najprostsze—rozumie się, biorąc tylko na oko. Nawet w punkcie wrzenia popełniają grube omyłki, pograżając, w celu określenia takowego, termometr w gotującą się wodę, zamiast w parę. Niejednostajność światła rurek możnaby zrównoważyć przez odpowiednie normowanie skali—co parę stopni—to się jednak w przemyśle rzadko zdarza.

Przygotowanie przyrządu, któryby odpowiadał

wymaganym warunkom przez autora—kosztowałoby, według jego obliczeń, około 6—7 marek.

Tymczasem cena fabryczna ciepłomierza w Turynji wynosi jedną markę—oczywiście, że za taką cenę nie może on być dokładnym.

Autor sądzi, że jedyną drogą, któraby mogła wyprowadzić lekarzy z kłopotów, na jakie są narażeni przez opisane niedokładności przyrządów, byłoby dozwolanie sprzedaży ciepłomierzy jedynie tylko sprawdzonych urzędownie; podniosłoby to ich cenę najwyżej o pół marki. (*Deut. Med. Wochenschr.* 3 i 4).

95 Prof. Ribbert podaje **sposób barwienia koków pneumonicznych**, mający tę wyższość, że pozwala odróżniać dokładnie cechujące je otoczki. Preparaty (na szkiełkach przykrywkowych) pograżają się na sekundę w nasycony na ciepłe roztwór dalii w mięszaniu 100 cz. wody, 50 wysokości i  $12\frac{1}{2}$  ac. acet. glaciale. Już samo zetknięcie się z barwnikiem wystarcza do zabarwienia—przytem koki barwią się ciemno, a obwódki jasno. Przy dłuższym barwieniu zabarwienie jest zamocne i nie pozwala na odróżnienie otoczek.

Sposób ten dobry jest tylko do badania płwociny—nie nadaje się zaś do skrawków.

(*Deut. Med. Wochenschr.* 9).

96 Dr. Henry Sutherland utrzymuje, że objaw nerwowy, opisywany pod nazwiskiem **agoraphobia** zależy zwykle od nadużycia w stosunkach płciowych i napojach spirytusowych. Autor opisuje przypadek agoraphobiae zupełnie wyleczony. **Leczenie** zasadza się na: 1) ograniczeniu stosunków płciowych i użycia napojów spirytusowych, 2) powiększeniu zajęć fizycznych i 3) regulowaniu snu.

(*The Lancet*, 17 stycznia).

97 Prof. Marey komunikował paryzkiej akademii nauk **wyniki swych badań nad chodem** ludzi. Dotyczą one warunków, w jakich można w najkrótszym czasie i z najmniejszym zmęczeniem zrobić pewną przestrzeń drogi.

Doświadczenia Mareya wykazują, że długość kroku, a więc i szybkość marszu, zależy od miary (rytmu), którą podaje bęben lub trąbka; dalej zależy ona jeszcze od wysokości ciała i stosunku między długością stopy i uda.

Metodyczne wprawianie się wywiera w bardzo krótkim czasie znaczny wpływ na chód żołnierzy i znacznie go może zmieniać.

Przy badaniach tych prof. M. posiłkował się przyrządem samopiszącym, ad hoc zbudowanym, który nazwał Odograph. Przyrząd ten jest tak czułym, że nawet wysokość obcasów, długość podszew wywiera nań wpływ. Oto niektóre z otrzymanych dotąd wyników:

1) Przy „tempo“, wzrastającym do 65 kroków na minutę, długość kroku zwiększa się bardzo niewiele. Przy tempie 65 do 75 długość wzrasta, a wyżej 75 znowu się zmniejsza.



2) Szybkość marszu zwiększa się w miarę przyspieszania tempa aż do „tempo“ 85 kroków na minutę, po za tą cyfrą—przyspieszenie rytmu zwalnia marsz.

Ostatnie prawo wykazuje, że przyspieszenie tempa melodyj marszów wojennych w celu pobudzenia żołnierzy do szybszego posuwania się naprzód ma swoje określone granice. (W. M. P.)

## Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— **Towarzystwo lekarzy galicyjskich.** Za pośrednictwem „Przeglądu lekarskiego“ rozestaniem zostało sprawozdanie rady zawiadawczej tego towarzystwa za rok 1884. Był to 17 ty rok istnienia towarzystwa, a ósmy rok od chwili reorganizacji jego na towarzystwo oddziałowe.

Z dniem 31-go grudnia r. 1884 liczyło towarzystwo 9 członków honorowych, 367 czynnych i 9 korespondentów. Od lat czterech liczba członków corocznie o kilku się zmniejsza. Towarzystwo dzieli się na 19 sekcji według miejscowości. Najliczniejszą po lwowskiej (92) jest sekcja przemyska (28), rzeszowska (24) i tarnowska (23). Obowiązki prezesa pełnił dr. Howard, wice-prezesa dr. Biesiadecki, sekretarza generalnego—dr. Merunowicz. Posiedzeń rada zawiadawcza odbyła wciągu roku 1884 siedm. Na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu towarzystwo było reprezentowane przez d-rów s p. Żulińskiego i Krówczyńskiego, a po wyborze Lwowa, jako miejsca zjazdu w r. 1887, wysłało na ich ręce telegram z zaproszeniem i podziękowaniem.

Główny wydatek towarzystwa stanowiło 2,327 florenów jako zapłata administracji „Przegl. lekarskiego“ za rozszcłanie członkom towarzystwa pisma tego. Wydatków ogółem było 3,998 florenów, dochodów zaś 5,078 fl. Wielu członków nie opłaca składek. Fundusz żelazny wynosi 28,200 fl. Biblioteka towarzystwa znacznie w roku sprawozdawczym została zwiększoną.

— **Spolek lek. česk.** liczył w roku ubiegłym członków honorowych 14, czynnych 116, korespondentów 262, razem 422. W liczbie członków honorowych znajdują się: prezes Majer i prof. Szokalski, a w liczbie korespondentów następujący lekarze warszawscy: prof. Hoyer, Kryszka, Tyrchowski, dr. Lubelski, Dobrzycki i Talko.

(Sprawozd. Spółka przy Casopis l. c.).

— **Berlińskie Towarzystwo lekarskie.** Na posiedzeniu 18 lutego p. G. Behrend mówił o tworzeniu się guziczek na włosach. Odróżniają tu dwie grupy, zależnie od tego, czy w powstawaniu guziczeków przyjmuje udział sam włos, czy też ciała obce. W pierwszej grupie zdarzają się

też różne odmiany. W jednej np. wskutek pęknięcia powłoczki zewnętrznej (cuticula) następuje rozszczepianie się istoty korowej na włókienka. Włos w takim miejscu przedstawia się jakby dwa pendzle nakłnięte jeden na drugi włosami. Sprawa ta nosi nazwę trichorrhaxis nodosa.

W innej odmianie na przeciągu włosa dają się zauważyć wrzecionowate zgrubienia i ścięczenia. W ostatnich niema ani śladu kanału rdzennego i barwnika jest bardzo mało. Sam kanał rdzenny bywa bardzo rozmaitej szerokości. Guziki i zwężenia zmieniają się w prawidłowych odstępach—co i mm., miejsca wązkie są najdelikatniejsze. Autor dla tej postaci proponuje nazwę nodositas pilorum Smithi.

Z grupy zgrubień zależnych od ciał obcych—najczęstsze są zależne od jajek wszy. Pewna postać nosi nazwę „piedra“ (kamień), spotyka się ona często w stanie Kolumbija—i była opisana poraz pierwszy przez Osorio. Tworzą się tu na włosach twarde jak kamień guziki, które według O. składają się ze zrogowiałego nabłonka. Według prelegenta guziki te składają się z mas grzybkowatych siedzących pomiędzy nawpół zluszczonemi komórkami zewnętrznej warstwy włosa.

W dyskusji p. Guttman zauważył, że przy podwójnem barwieniu skóry—powierzchnowa warstwa i rdzeń włosa barwią się czerwono, a pozostałe części niebiesko. Drobnoustroje tworzące guziczki są to koki pojedyncze, lub zgromadzone w zooglee.

P. Virchow nie uznaje nazwy nodositas—gdyż główne zmiany polegają tu na ścięczeniu i proponuje nazwę Atrophia v. Aplasia intermittens (naprzemian ze zgrubieniami).

Prelegent mówi wkońcu, że znalezione drobnoustroje nie mają żadnego patogenetycznego znaczenia.

2) P. Schüller—mówił o **zwicnięciach stawu ramieniowego.** Autorowi udało się wykonać wszystkie rodzaje zwicnięć na trupach przez rozmaite kombinacje w zastosowaniu siły działającej i w położeniu kończyny.

— **Towarzystwo lekarzy wiedeńskich.** Posiedzenie d. 13 lutego 1885.

1) Prof. Albert donosi o dwóch przypadkach wyluszczenia nerki, z których pierwszy operowany w 1876 roku zakończył się śmiertelnie wskutek zapalenia otrzewnej. Drugi zaś operowany w ostatnich tygodniach dotyczył 40-letniej kobiety, przedstawiającej z prawej strony jamy brzusznej dość ruchomy guz, uznany po dokładnem zbadaniu za guz nerki ruchomej. Operacja wykonaną została bez szczególnych zajść; w dwóch miejscach otrzewna została naruszoną, natychmiast jednak ją zaszyto. W siedem dni po operacji, stan chorej zupełnie był zadawalniający.

2) Dr. E. Finger mówi o *anatomii organów płciowych mężczyzn ze względu na rozwój pierwotnego prymiotowego stwardnienia.* Skóra na glans penis jest



dalszym ciągiem wewnętrznej blaszki napletka i bezpośrednio przechodzi w błonę śluzową cewki. Składa się ona z kilku warstw. Nad ciałem jamistym żołądździ znajduje się warstwa siatkowata (stratum reticulare), utworzona z tkanki łącznej i włókien sprężystych, pochodzących poczęści z wewnętrznej blaszki napletka, poczęści z tunica albuginea corporis cavernosus penis; wszystkie włókna kierują się od sulcus coronarius do otworu cewki. Od kierunku włókien zależy kierunek bruzd i ta okoliczność, że przy naprężeniu wymiar poprzeczny żołądździ więcej się powiększa, niż podłużny. Następną warstwę—stratum papillare—składa się z brodawek długich i szerokich, pokrytych naskórkciem. Gruczołów potowych i tłuszczowych autor nie znalazł ani na żołądździ, ani w sulcus coronarius. Tak zw. gruczoły Tysona nie są gruczołami, ponieważ nie posiadają wydzielającego mięszu, lecz wgłębieniami skóry, około których znajdują się gruczołki limfatyczne. Naczynia skóry żołądździ pochodzą z ciała jamistego, przechodzą przez warstwę siatkowatą i rozgałęziają się w warstwie brodawkowej. Naczynia limfatyczne układają się w dwie sieci, z których głębsza w warstwie siatkowatej szczególnie bogato jest rozwinięta.

Pierwotne przymiotowe stwardnienie w postaci guzika najczęściej powstaje w sulcus coron. glandis, przy otworze cewki, podczas gdy powierzchowne, papierowe lub pergamentowe stwardnienia tylko na ciele żołądździ się spotykają; zależy to od rozkładu naczyń krwionośnych, na przebiegu których rozwija się nacieczenie przymiotowe. F. zwraca uwagę i na to, że zwyczajnie zapalne nacieczenia (herpes, balanitis, urethritis, ulcus molle i t. p.) w sulcus coron. glandis i u otworu cewki są twarde, podczas gdy na ciele żołądździ są miękkie, ponieważ zapalne nacieczenie kieruje się wzdłuż naczyń, na ciele żołądździ rozwija się więc płasko, w innych zaś miejscach guziczkowato.

Przy rozpoznaniu przymiotowego cierpienia stwardnienie bez wskazania miejscowości ma tylko względne znaczenie.

W dyskusji nad tym przedmiotem prof. Toldt nie może się zgodzić z nieistnieniem gruczołów Tysona i utrzymuje, że niezalezienie ich przez prelegenta zależy od sposobu preparowania lub indywidualnych warunków.

Prof. Neumann zwraca uwagę, że gruczoły Tysona znajdują się po bokach frenulum i ulegają chorobom, jak zapaleniu (Tysonitis), rozszerzeniu i zatkaniu, wskutek czego tworzą się małe okrągłe nabrzmienia (atheroma), najczęściej jednak są one punktem wyjścia stwardnienia, które w początkach trudno odróżnić od zwyczajnego zapalenia.

3) Prof. Kundrat wskazał był już przed paru laty na stosunek zapalenia wsierdzia do raka i gruźlicy. Obecnie dodaje, że na zastawkach sercowych może

rozwinąć się sprawa analogiczna z ogólną chorobą lub endocard. ulcerosa, bacteritica, diphtherit. End. ulcerosa spostrzegana była przy nieznacznych nawet ranach (ukłócie, oparzenie i t. p.). Zastawki serca nie posiadają naczyń krwionośnych, nie można więc przyjąć zdania, że bakteryje przenoszą się ze krwi. Sprawa infekcyjna rozpoczyna się zwykle na miejscach zetknięcia zastawek lub na noduli Arantii. Prawdopodobnie mikroorganizmy znajdujące się we krwi, gromadzą się w sercu na miejscu ulegającym największemu ciśnieniu; przytem miejsca powyższe już przedtem są zgrubiałe i nierówne, a wskutek osłabienia działalności serca łatwiej osiadają na nich cząstki zakaźne.

Posiedzenie dnia 20 lutego 1885 r.

Prof. Billroth przedstawił kobietę, która we śnie połknęła sztuczną szczękę. Szczęką uwięzła w przełyku i w żaden sposób nie mogła być wyciągniętą. Wskutek tego wykonaną została oesophagotomia, zakończona zupełnie pomyślnym rezultatem. W parę tygodni potem wykonał B. gastrotomię na 19-letniej dziewczynie, która również we śnie połknęła szczękę. W żołądku jednak jej nie znalazł, wyciągnął więc go nazewnątrż, rozszerzył ranę w ścianie brzusznej i wy badał całą jamę brzuszną. Wątroba za życia jest tak miękką, że trudno ją odróżnić od kiszki; nerki bardzo ruchome, pęcherz naprężony. Nareszcie znalazł ciało obce w części żołądka za ligg. gastró-lienale ku tyłowi się znajdujące. Operacja ta również zakończyła się bardzo szczęśliwie.

M. H.

#### — Medical Society of London.

Na posiedzeniu 22 lutego, pod przewodnictwem Durhama odbytem, rozbievano kwestyję elektrycznego oświetlenia rozmaitych jam ciała. Odczyt w tym przedmiocie oraz demonstracją odpowiednio miał dr. Semon, któremu prezes złożył podziękowanie za świetne rezultaty, jakie otrzymał i przedstawił towarzystwu. Dr. Symes Thompson (ze szpitala dla suchotników w Brompton) uważa laryngoskop Semon'a (który będzie opisany w „Lancetie“) jako wielki postęp w dziedzinie dyjagnostyki chorób krtani; przytacza on przypadek mięsaka języka, w którym narzędzie to oddało wielkie usługi. Dr. Stoker okazał lampę elektryczną podobną nieco do przyrządu Semon'a. Dr. Ord zaznacza dogodność narzędzia Semon'a jako łatwo przenośnego i nadającego się do demonstracyi klinicznych. Dr. Smith zaznacza stronę ujemną z powodu, iż ogrzewanie lusterka jest trudnem przy użyciu lampy elektrycznej. Dr. Thudichum na podstawie 25-letniej obserwacyi utrzymuje, że najlepszym stosem galwanicznym jest bateria Grove'go. Mniema on też, że co się tyczy oświetlenia jam nosowych, to pod tym względem narzędzie może mieć mniejszą wartość. Na zapytanie Teodora Williams'a odpowiada dr. Semon, że narzędzie sprzedaje się u Weissa (Messrs



Weiss and Son, 62 Strand, London, W. C.) i kosztuje nie więcej jak 5 funtów, wraz z dodatkami. Lusterko ogrzewanem być musi zwykłym sposobem. Dr. Semon przyznaje, że do jamy Highmor'a nie mógł zajrzeć nigdy przy pomocy narzędzia swego.

(*The Lancet*, 28 lutego r. b.).

— **Towarzystwa lekarskie w Stanach Zjednoczonych** A. P. „*The Medical Record*“ podaje krótką wzmiankę o takowych. W Stanach Zjednoczonych istnieje ogółem 38 towarzystw lekarskich, z tych 2 w stanie New-York, a zresztą po jednym w każdym innym, z wyjątkiem Newada. Postęp w rozwoju towarzystw tych jest widoczny, lubo w wielu jeszcze panuje szkodliwy element dążeń prywatnych ludzi, którzy potrafili stanąć na czele ruchu. Naukowy element wogółności niezbyt świetnie jeszcze się przedstawia.

(*The Med. Rec.* 14 lutego r. b.).

## Wiadomości bieżące.

### — Nowe posady lekarskie w Warszawie.

W szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandryja zarządzoną zostaje wkrótce posada lekarza miejskiego, której brakło dotychczas w tym zakładzie.

W szpitalu Dzieciątka Jezus ogłoszony być ma wkrótce konkurs na nowo urządzającą się posadę ordynatora w wydziale niemowląt. O ile wiemy, warunki ogłoszone będą w nader racjonalnej postaci, a mianowicie kandydaci obowiązani będą: 1) zbadać dwoje chorych dzieci i skreślić dokładny obraz kliniczny takowych przypadków, 2) wykazać sekcje anatomiczno-patologiczne, oraz 3) mieć wykład z dziedziny higieny dzieci na temat zadany. Konkurs, jeżeli przyjdzie do skutku, powinien zainteresować jak najszersze koła kolegów i zachęcić do współubiegania się o posadę, która stanowić powinna niemały postęp na polu pediatrii w ogólności zaniedbanej u nas.

— **W szpitalu zapasowym** obowiązki lekarza miejscowego (jedyne lekarza zakładu) polecono asystentowi kliniki terapeutycznej uniw. warszawskiego, d-rowsi Rupertowi.

— **Szpital starozakonných** otrzymał piękny przyrząd galwaniczno-indukcyjny, wypisany od Hirschmanna z Berlina, a kosztujący 600 rs. Kwota ta zebrana została drogą składek prywatnych.

— Nowo-mianowany przy katedrze akuszerzy prof. **Jastrebow** przybył do Warszawy i wkrótce rozpocznie wykłady.

— **Rozdawanie żywności.** Podczas świąt będzie miało miejsce rozdawanie żywności dla 6,000 osób, staraniem Rady miejskiej Dobroczyńności publicznej. Przewodnictwem w tej sprawie polecono t. r. Wiliujewowi, kuratorowi szpitala Dzieciątka Jezus, a samo wykonanie siostrom miłosierdzia tego

szpitala. Komitet, bezwątpienia, będzie się starał jak najracjonalniej rzecz zarządzić; zdaje się nam, że najpożyteczniej byłoby, gdyby pewna chociażby mniejsza (niż 6,000) liczba biednych mogła otrzymywać żywność przez parę dni świątecznych zrządu. Wówczas niepozostałoby dobrodziejstwo to bez wpływu na odżywienie ludzi ustawicznie na brak żywności cierpiących, a nadto unikniętoby tym sposobem nadużyć dyjetetycznych, jakie popełniają zwykle biedni, otrzymując tylko jednorazowo dobre pożywienie.

— **Redakcyjja** czasopisma petersburskiego „**Mie-dieński Wiestnik**“ zostaje chwilowo zawieszona, a nawet wątpliwość zachodzi, czy utrzyma się w ogólności nadal. (*Wracs*, Nr. 8—1885).

— **Wykłady higieny w berlińskim uniwersytecie** postawione wkrótce zostaną w warunkach o wiele od dotychczasowych korzystniejsze. Na założenie profesury zwyczajnej wyasygnowano w tym celu 23,350 marek, głównie przeznaczone na laboratorium higieniczne, w tej liczbie jednak 6,900 m. na pensję i mieszkanie dla profesora, 1,350 marek dla asystenta, 2,940 marek i mieszkanie dla preparatora. Na muzeum higieniczne asygnowano 22,440 marek, w tej liczbie 3,000 dla dyrektora, oraz 3,540 i mieszkanie dla sekretarza.

(*Berl. klin. Wochenschrift*. 5—1885).

— **O kongresie międzynarodowym** w Kopenhadze dr. Delavan wydał małą książkę pod tyt. „**Historyja społecznosci ósmego międzynarodowego kongresu lekarskiego**“. Z okoliczności tej korzysta czasopismo amerykańskie „*Medical Record*“, aby przypomnieć niezrównaną i szczerą gościnność skandy-nawczyków okazaną gościom swym roku zeszłego w Kopenhadze i zachęcić społeczeństwo amerykańskie do okazania równej gościnności lekarzom, którzy przybyć zechcą do Waszyngtonu w r. 1887. My też ze swej strony postaramy się nieopuścić żadnych szczegółów o tym świetnie się zapowiadającym kongresie w mniemaniu, że i lekarzy z Polski nie zabraknie na nim.

— **Wynalazca strzykawki poskórnej, dr. Wood** zmarł w Edynburgu.

(*Medical Record*, 14 lutego r. b.).

— **Prof. Hyrtl** obchodzić będzie w końcu bieżącego miesiąca 50-letni jubileusz swej działalności lekarskiej.

— **Zarty treści medycznej.** 1) Specyfik i profilaktyka starości. W Filadelfii umarło w ciągu tygodnia 14 osób „na zgrzybiałość“, a tylko trzy osoby—od ospy. Pierwsza więc choroba jest oczywiście niebezpieczniejszą, z kąd wnosić wypada, zważywszy kilka tysięcy kosmetyków młodość przywracających, że takowych siła musi być mniejszą względem starości, niż siła szczepienia względem ospy.

2) Porada amerykańska przez telefon. *Matko-nok.* Żona moja ma straszliwy ból w karku i ściskanie w dołku. *Lekarz.* Ona ma bóle malaryjne.



*Małżonek.* Cóż mam zrobić na to? (Panna na stacyi centralnej przez omyłkę łączy z mężem chorej maszynistę, który rozmawia z robotnikiem). *Maszynista* do męża chorej: Mniemam, że ona jest wewnątrz pokryta łuską na cal grubą. Niech przez noc stygnie, a rano zanim podpalisz, wytłucz ją dobrze młotkiem całą. *Małżonek* zmieszany odchodzi od telefonu. (*The Medical Record*).

— **Z etyki lekarskiej za granicą.** W „Berl. ärztl. Korrespondenzbl.“ proponowano prosić dyrektorów szpitali o wydanie rozporządzeń, aby lekarze szpitalni nie odzywali się wobec chorych w sposób szorstki o złych dygnozach lekarzy przysyłających pacjentów do szpitali. Co powiedzą na to, zauważa „D. M. Z.“, lekarze prowincjonalni, o których panowie profesorowie, asystenci, specjaliści i t. p. niekiedy poprostu nawet tak mówią: „A cóż to za osieł panu to przepisał?“, albo „widocznie dostałeś się pan w kiepskie ręce“ i t. p.

(*D. M. Z.* 17—1885).

— **Sędziwy student.** W Berlinie otrzymał niedawno dyplom doktorski 74-letni student wydziału medycznego, Schultheiss, który na tymże uniwersytecie studyjował od r. 1833—1837 teologiję, poczem udał się do Afryki południowej i tam do r. 1881 (wciągu lat 40) pozostawał w charakterze misjonarza, w r. 1881 wrócił do Berlina i zapisał się na wydział medyczny uniwersytetu. Obecnie otrzymawszy dyplom doktorski zamierza wrócić znowu do Afryki południowej na praktykę.

— **Dr. Schweninger** był przedmiotem rozpraw w parlamencie niemieckim. Chodziło mianowicie o utworzenie nowej katedry dla niego oraz o uposażenie takowej. W liczbie innych mówców prof. Virchow powstawał gorąco przeciwko udzieleniu katedry d-rowsi Schweningerowi, dowodząc, że fakt ten poniża znaczenie wszystkich uniwersytetów niemieckich. Dowodzenie ministra Gossler'a, że katedra musi być utworzoną i oddaną Schweningerowi oparte było głównie na tem, że jakkolwiek Schw. wistocie wykroczył niegdyś w Monachium jeszcze—przeciwko przyzwoitości, za co był karany więzieniem i musiał z uniwersytetu wystąpić, to jednak usługa wyrządzona kanclerzowi, a zarazem całej monarchii, równoważy to przewinienie; przytem obecność Schweningera potrzebną jest dla zdrowia Bismarcka i trzeba stworzyć posadę, któraby d-ra Schw. w Berlinie utrzymywała. Sejm uchwalił utworzenie posady, a wybór profesora polecił p. ministrowi. Schw. zostaje więc profesorem.

(*Deutsche Med. Ztg.* 5 i 9 marca r. b.).

— **Pomnik Mariona Sims'a.** Następującą odezwe ogłasza najpopularniejsze w Ameryce czasopismo lekarskie „The Medical Record“, p. d. 14-go lutego r. b., zaadresowaną do lekarzy całego świata: „Wielkie dzieła d-ra Mariona Simsa wymagają większego uznania niż nekrologii i eulogii. Wiedza

lekarska, a zwłaszcza chirurgija giniatryczna wzbogaconą została przezeń wieloma świetnemi i oryginalnemi pracami. Ci, którzy korzystali bezpośrednio z jego nauki i praktyki, pierwsi powinni okazać wdzięczność pamięci jego... W tym celu utworzony został komitet w celu postawienia w New-Yorku pomnika odpowiedniego zasługom znakomitego człowieka; dla dokonania zaś tego uprasza się o udział lekarzy i innych czcicieli zasług Sims'a z całego świata. Datki 1 dolar (2 ruble) lub więcej wynoszące mogą być nadsyłane pod adresem „The Medical Record, New-York“.

— **Marion Sims o Trousseau.** W autobiografii swojej opisuje Marion Sims nieszczęścia jakim uległ znakomity klinicysta francuzki:

„Trousseau—powiada M. Sims—był jednym z najznakomitszych lekarzy epoki, obdarzony był przytem pięknoscią i umysłem potężnym, był lekarzem-filozofem, klasycznym literatem, wyborynym profesorem i dzielnym praktykiem. Nie miał on rywali. A jednak był bardzo nieszczęśliwym, i dlaczego? Czyż nie zyskał najwyższej sławy! Czyż nie był jedną z największych powag lekarskich na świecie? Wykłady jego przetłómaczono na wszystkie języki, był on pierwszorzędnym praktykiem w Paryżu i doszedł do wielkiego majątku, był wielbiony przez wszystkich jako człowiek nieposzlakowanej prawości, a jeżeli nie był lekarzem dworu, to z każdego innego względu duma jego mogła być zupełnie zaspokojoną, i można było mniemać, że Trousseau był jednym z najszczęśliwszych ludzi. Zkąd więc nieszczęście? Żona jego przedewszystkiem, lubo była piękną i wysocę wykształconą, żyła z nim w separacyi. Córka jedna z najpiękniejszych kobiet w Paryżu, wyszła zamąż za starego człowieka i rozwiodła się z nim wkrótce. Syn Trousseau sprawował się jak najgorzej i na orgije obrzydłe tracił olbrzymie sumy zapracowane przez ojca, ożenił się z piękną kobietą i doprowadził ją następnie do nędzy. Na długi czas przed śmiercią Trousseau nie widział syna swego. Ten ostatni na trzy tygodnie przed skonem ojca stracił wszystkie pieniądze w brudnej knajpie, o śmierci ojca dowiedział się z gazety londyńskiej, i widziałem tego przystojnego, a zgnębionego młodzieńca, kiedy smutnie podążał za trumną swego dobrego ojca w Madelaine odprowadzając ciało na cmentarz Père la Chaise. Jesteśmy szczęśliwi lub nieszczęśliwi w tem życiu zależnie od tego, jaki wpływ na nasz los wywierają dzieci nasze.“

(*The Med. Rec.* 14 lutego r. b.).

— **Początek pasorzytowej teorii chorób.** W dziele Athanasiusa Kirchera p. t. „Plaga“, wydanem w Rzymie w r. 1658, autor ten przypisuje początek chorób epidemicznych zwierzątkom (animaleculae) i dodaje, że każdy rodzaj gnicia posiada właściwy jad wytwarzający pewien określony typ choroby. (*The Med. Rec.* 14 lutego r. b.).



## Nekrologija.

— **Ś. p. Prażmowski**, znakomity uczoney i znany całemu światu fabrykant mikroskopów, zmarł w dniu 5-go lutego r. b. w Ville d'Avray pod Paryżem, po długoletniej chorobie nerwowej w 64-tym roku życia. Urodził się ś. p. Adam Prażmowski w Warszawie w r. 1821, a już w r. 1839 został asystentem obserwatoryjum astronomicznego. Od roku 1846 powierzone mu udział w trójkątowaniu Król. Polskiego. W r. 1852 jako starszy adjunkt obserwatoryjum wysłany został do Besarabii jako naczelnik wyprawy celem dokonania pomiarów rosyjskiej części łuku południka przechodzącego przez Petersburg. W roku 1860-tym objął katedrę fizyki w akademii warszawskiej i na tejże katedrze pozostał w szkole głównej, poczem wkrótce opuścił kraj, udał się do Paryża i wstąpił do znanej fabryki optycznej Hartnacka, następnie po dokonaniu ulepszeń w wyrobie szkieł został współnikiem firmy. W r. 1870 Hartnack, opuszczając z powodów politycznych Francję, odstąpił zakład swój na własność Prażmowskiemu, który nieustawał w udoskonalaniu szkieł optycznych. Całkowite urządzenia fizyczne i optyczne wypraw naukowych floty francuzkiej dokonywane były przez Prażmowskiego, którego firma odznaczana była na wszelkich wystawach; obrano wreszcie uczonego tego prezesem towarzystwa nauk ścisłych w Paryżu. Znaczniejsze prace naukowe Prażmowskiego są: „Operations géodésiques entre le Danube et le golfe de Finlande.“ Petersb. 1860. „Observations de l'éclipse total du soleil du 18 juillet“, 1860. „Rozprawa o błędach obserwatorów przy mierzeniu zboczeń i uważaniu przejścia gwiazd przez południk.“ Paris, 1852.

(*Gazeta lekarska*, 8—1885).

### LIST OTWARTY do „Redakeyi Kroniki Lekarskiej“.

## Kilka uwag

nad dodatkiem i ujemnem znaczeniem recenzji naukowych z powodu p. St. Markiewicza

„Kilka uwag i t. d.“

napisał *Ż. Polak*.

Na wstępie niniejszego artykułu zaznaczyć muszę, że oprócz tytułu ogólnikowego, w „uwagach“ p. St. Markiewicza niewiele o dziełach popularnych w ogólności, ale za to bardzo wiele o mnie w szczególności się mówiło; szczerze więc postępując, zgóry upraszam szanownych recenzentów, aby nie przypuszczali ani na chwilę, że to, co poniżej powiemy, do nich w ogólności zamierzamy zastosować; będziemy mówili tylko o bardzo a bardzo rzadkich recenzjach i o unikatach w literaturze lekarskiej.

Pan Markiewicz opowiada przedewszystkiem, że

otrzymawszy od redakcyi książkę moją p. t. „Hygiena fabryk i rzemiosł“ i zobaczywszy co było napisane na kartce tytułowej, oraz że były tam wielkie, a nawet i czerwone litery, począł się wahać, czy krytykować, czy nie krytykować i zaczął gubić się w domysłach, co tam wewnątrz być może, czemu sprzyjała okoliczność, że moja książka jest mała, a Eulenberg'a dzieło w tym przedmiocie liczy 927 stronnic. Następnie p. Markiewicz przeczytał coś i przyszedł do przekonania, że lubo o poprzednio przezemnie wydanych pracach pisać nie było potrzeby, to nie skrytykować „Hygieny fabryk“ byłoby nierzetelnością tak względem autora (sic!) jak względem nauki (sic!) i piśmiennictwa naszego (sic!)

Zanim zobaczymy, jak pan recenzent tej nierzetelności względem mnie, nauki i piśmiennictwa uniknął, musimy zastanowić się nad tem, czy p. Markiewicz ma tak wielką odpowiedzialność względem nauki i piśmiennictwa, jak sobie do tego rości prawo; bo, że pisać ma prawo każdy, kto zna alfabet, to jest niewątpliwem, — ale że nie każdy ma obowiązki pisania, to jest również niewątpliwem; co zaś się tyczy „nierzetelności względem autora“, to tej sprawy, jako już więcej prywatnej, wolałbym nie poruszać wcale. <sup>1)</sup>

Że nazwisko pana Markiewicza może figurować w historii higieny u nas, jest-to rzeczą prawdopodobną, ale figurować może tylko jako jedna z ilustracyi upadku nauki, jako fakt świadczący o tem, jak mało potrzeba było, aby zyskać rozgłos na polu higieny, świadczący o tej ignorancji spraw odnoszących się do zdrowotności, ignorancji panującej, jak to niegdyś sam pan Markiewicz powiedział, nawet w towarzystwie lekarskiem, jako fakt dowodzący, że można było zrobić się w opinii prasy „znanym higienistą“, nie odznaczywszy się żadną oryginalną pracą naukową. W liczbie pierwszych fundamentów rozgłosu p. M. figurował artykuł: „O aseizacji miast“, drobna kompilacyja z kilku książek i artykułów niemieckich, broszura, w której miejscami całe strony były tłómaczeniem prostem (na przykład stronnica 20, 21 i 22, 47) niekiedy z trzeciej już ręki (np. str. 76—79). I takie prace są pożyteczne niezaprzeczenie, ale posiadanie niemieckiego języka i pewna technika w tworzeniu kompilacyi, to nie są cechy uczonego. Pisał też p. Markiewicz o mleku i założył mleczarnię, nawet „leczniczą“, ale nauka nic na tem nie zyskała. Biorąc się do poszukiwań oryginalnych wysłał arytmetykę na obliczenie ile litrów moczu końskiego wsiąka w grunt Warszawy, oglądał niektóre instytucyje postępując się, jak zwykły śmiertelnik, raczej gotem

<sup>1)</sup> Wspomnę tylko, że na półtora roku przed ukazaniem się książki mogłem już być pewnym, że krytyki nie minie.



okiem i nosem, niż metodami wymagającymi specjalnej techniki; i na tem znowu nauka nic nie skorzystała, pisał sprawozdanie z wystawy higienicznej w Berlinie, na którym, pomimo setki wyrazów „ja“ i „mój, moja, moje“ w rozmaitych przypadkach, nauka nic nie skorzystała; dostąpił godności przewodniczącego w Komitecie sanitarnym tow. lek., ale i na tem nauka nic nie zyskała; zapełniał szpalty „Medycyny“, ale i na tem nauka nic nie zyskała. I czyż nauka nie miałaby przebaczyć panu Markiewiczowi gdyby książka moja uszła jego krytyki! Czyż mówić tak nie jest-to być samozwańcem?

Pan Markiewicz domyśla się, bardzo słusznie, że tytuł, przeznaczający książkę w liczbie innych i dla robotników, mógł być nie przezemnie nadany, nie chce jednak skorzystać z tego domysłu, albowiem znalazł w tytule tym pretekst do wykazania, że robotnicy, nie rozumieją wielu rzeczy w książce i powtarza to ustawicznie w swojej recenzji. Przytem nie zaniedbał rozwinąć elokwencji, mówiąc, że autorowie „lubią siadać na paradnego konia pustej frazeologii, poprzestają na odbywaniu bezładnych harców...“ Dowodzą te słowa, że mędrzec wschodni Sady musiał być dobrym higienistą skoro tak samo prawie powiedział: „Szabli języka dobył i rumaka płynnej wymowy na obszar obelg wypuścił.“ Ale dajmy pokój tym harcom końskim, przeskoczmy nawet przez „utrwalenie ciemnoty i ignorancy“ za pomocą zbrodniczej treści książek w rodzaju „Higijeny fabryk“, przeskoczmy przez „przestępstwo społeczne“ i spojrzmy jak autor szczegółowo krytykuje.

Na samym wstępie nie podobało się recenzentowi, że podałem całkowity tytuł łacińskiego dzieła jako pierwszego w przedmiocie higieny przemysłu; nie pisałem dla informacyi wszystkich czytelników, niektórym może się wszakże przydać wykazanie dokładne źródła; ale co najbardziej zirytowało na wstępie „naszego znanego higienistę“, to „trywialne (wyraz postokroć higieniczny!) lekceważenie świętości najszczytniejszego uczucia będącego dźwignią wszelkiego rzeczywistego postępu“, jednym słowem lekceważenie miłości bliźniego, a to dlatego, że stosując element jej do przemysłu, w cudzysłowie ją napisałem. Na zarzut taki chyba tylko schyleniem głowy przed pobożnością pana Markiewicza odpowiem.

Czy odpowiedzialnym mogę być za to, że pan recenzent nie czytał nic o stosunku śmiertelności w rodzinach robotniczych; czegoż to dowodzi, że niema o tem wzmianki u Oesterlena, Haushoffera i Sander'a? Dlaczego nie cytuje autor Lövy'ego, Dupuy'a i innych autorów, którym bezwiednie wielokrotnie w swojej recenzji krzywdę wyrządził. Razi też uczucie krytyczne p. M., że „wyliczam 16 chorób przemysłowi zawdzięczających początek“; wylicze-

niem nazywa autor zdanie zaczynające się od słów: „Do chorób, przemysłowi zawdzięczających początek, należą: rozmaitego rodzaju kalectwa, zapalenia stawów...“ Nikt chyba, oprócz nazbyt gorliwych recenzentów nie chciałby liczyć nawet ile tam przykładów podano. Nie może też zrozumieć pan Markiewicz, że jeżeli o różnicy długości życia u klas rozmaitej zamożności mówiąc, biorą autorowie za podstawę kategorię mieszkań zajmowanych, to nie utożsamiają tem pojęcia o mieszkaniu z pojęciem o zamożności, ale mieszkanie przyjmują za miarę zamożności, jako rzecz stosunkowo najłatwiej ulegającą kontroli; i tak prostych rzeczy nie mogąc zrozumieć, pompatycznie uchyla się od „wykładu najelementarniejszych wiadomości.“

Przytoczywszy jeszcze raz kabalistyczną swą cyfrę 16, korzysta pan Markiewicz z opuszczenia przez pomyłkę zecerstką ustępu o rzeźniach warszawskich, aby użyć wyrazów „sui generis amnezyja“. Więć poprzednio było „przestępstwo społeczne“, było „trywialne lekceważenie“, dalej będzie „bardzo naiwne twierdzenie“, obecnie „amnezyja“. Nie jeden mógłby wziąć te wyrażenia za objawy znowu *sui generis delirii furibundi*, ja nazwę to poprostu stylem nieprzyzwoitym, który plami piśmiennictwo naukowe i któremu kres położycyby należało już po tej pierwszej u nas próbie od lat wielu, bo jeżeli tak dalej pójdzie, to pismo naukowe stanie się makulaturą, szkodliwością nawet.

Na parę dalszych zarzutów, których umotywować autor nie sili się wcale, nie podobna oczywiście odpowiedzieć, równie jak na oryginalny zarzut, że szczegółowo streszczam nasze prawodawstwa, na liczne wielokropki, na opis mego systemu pisania, na przykład, czy pisząc kładę kilka książek przed sobą, lub nie.

Szyscyż z opisu wentylatorów, mówi „nasz znany“: „Średnica wentylatora — niechaj i tak będzie — ale szerokość — co to jest?“ Czyżby znani higieniści byli wolni od obowiązku rozumienia, że każde koło ma średnicę, a każda rzecz w naturze istniejąca ma szerokość?

Ciekawy też przedmiot dla studyjów psychologicznych przedstawia recenzent, który zamiast oceny poważnej, wybiera z całej książki omyłki drukarskie, błędy stylistyczne i obok siebie błędy te wymieniwszy, z zapałem zaciera dłonie i wykrzykuje: „Eureka, a tom urządził autora!“ Szczerze wyznaję, że pod względem korekty, a miejscami i stylu istnieje pewne zaniedbanie w mej książce z powodu trudnych warunków wydawniczych, nieobecności mojej przez pewien czas w kraju i t. p., ale czyż idzie zatem, aby recenzentowi, który ma pretensyję do pisanja oceny naukowej, przystały szpalty całe drwinek niesmacznych i osobistych przytyków przy skrupulatnem pomijaniu cech dodatnich książki oraz



poważniejszych jej elementów. Recenzycja p. Markiewicza pod względem wartości zbliżoną jest więc do wykazu omyłek drukarskich w obwódce z sarkazmu. Jaka jest natura docinków, zrozumie czytelnik, gdy mu powiem, że p. M. żartuje z tego, że węglarzom każę nosić ciepłą odzież, że cukrownikom polecam przechadzkę na świeżem powietrzu w wolnych chwilach, a garbarzom—odzież lakierowaną. W jednym miejscu powiada nasz znany higienista tak: „Temu ostatniemu tak niesłuchanie ważnemu przedmiotowi (zabezpieczeniu od wypadków ze strony machin) autor poświęcił—proszę się nie śmiać!—wierszy 33.“ Co za ścista, co za matematyczna recenzycja! Co za poświęcenie, ażeby liczeniu wierszy się oddawać! Dla przykładu podajmy parę tych wierszy tak łechcących pana M. do śmiechu: „Warsztaty powinny być obszerne, tak, iżby wązkich przejść pomiędzy machinami nie było. Machin czyścić nie wolno podczas ruchu. Nie wolno przemieszczać rzemieni ręką, tylko zapomocą haczyka umieszczonego na długim kiju. Odzież robotników powinna być obcisła“ i t. d. Czyż nie pożyteczniejsze są tych kilka wierszy od arkusza lichej, a zapamiętałej recenzyi?

Znajdujemy w recenzyi pana Markiewicza i bardzo ważne wiadomości, jak naprzykład, że jest on od 15 lat lekarzem hut, fabryk tkackich, cukrowni i papierni, a od 4 lat lekarzem drogi żelaznej; obiecuje też on, że czytelnikom „Medycyny“ przedstawi istotny stan rzeczy; ma to być zapewne w związku z kwalifikacją do pisania higieny fabryk, z kąd można wyprowadzić wniosek, że każdy higienista musi terminować od 4—15 lat w każdej z kilkuset kategorii fabryk. Wkońcu nasz wielki i potężny higienista mówi, za jednym zamachem, że wszystkie moje prace są złe, że „niejednokrotnie“ już je ganiono. A jednak on, który mnie zna nawskróś, który moje wiersze oblicza i litery mierzy i który jest filarem „Medycyny“ musi wiedzieć, że wszystkie recenzyje i wzmianki o moich pracach w prasie lekarskiej drukowane są pochlebne i że w „Medycynie“ było dwie takie właśnie. Dlaczego nie wspomina on o kilkudziesięciu pochlebnych o moich pracach wzmiankach w prasie popularnej, a o jednej tylko niepochlebnej pamięta, ażeby zyskać prawo użycia wyrazu „niejednokrotnie“.

Otóż tak się wywiązał „nasz znany“ z obowiązku swego względem nauki i piśmiennictwa. Z obowiązków względem mnie kwituję go, lubo wyrządził mi wielką przykrość, zmuszając do odpowiedzi na rzecz, jaka nigdy w naukowej literaturze dotychczas nie istniała. Ma on nadzieję, że nieprędko

będzie potrzebował rozbierać nowe moje dzieło, a przecież ma kilka dawniejszych do krytyki. Ja ze swej strony pragnąłbym tylko, aby pan Markiewicz chowając się zdrowo dla fabryk i kolei żelaznych, nie „wsiadał już więcej na paradnego konia pustej frazeologii i nie wykonywał bezładnych harców na polu bibuły.“

## O D E Z W A.

— „Przegląd tygodniowy“ porusza w Nrze 9-tym myśl „położenia zbiorowemi siłami skromnego kamienia grobowego na mogile ś. p. *Filipa Sulimierskiego*“. Sądzimy, że i czytelnicy „Kroniki lekarskiej“, uznając wysokie zasługi nieboszczyka, zechcą przyjąć udział we wspólnem uczczeniu jego pamięci w sposób wymieniony.

Redakcyjja nasza może pośredniczyć w zbieraniu składek.

### — Nadesłano do Redakeyi:

Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. dr. *Korczyńskiego*, zeszyt IX, r. 1885.

Podręcznik do badania pokarmów, artykułów spożywczych etc. etc.—*A. Bukowskiego*.

Sprawozdanie rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich za rok 1884.

Dr. *Adam*. Notizen z. Frage von des relativen Immunität der Gebirgsbevölkerung gegen Lungenschwindsucht.

Dr. *Adam*. Zur Frage von der Imfung mit animaler Lymphé.

Prof. *Poleck*. Chemische Analyse der Thermen von Warmbrunn.

### Odpowiedź od Redakeyi.

*Kol. R. R. . . , Saaki*. Numera 1 i 2 wysyłamy potwórnice.