

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

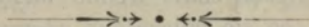
Uwagi praktyczne

O SZKLE WODNEM.¹⁾

PODAŁ

Razimierz Orzeł.

Ordynator oddziału chirurgicznego w Warsz. Szp. dla dzieci.



Sprawa opatrunków unieruchamiających nie przestaje interesować ogółu chirurgów, przeciwnie, stała się nawet nader ważną w ostatnich czasach wobec stanowczego zwrotu ku leczeniu ochronnemu gruźlicy stawowej. Potrzeba nakładania tego rodzaju opatrunków daje się odczuwać szczególnie w oddziałach chirurgicznych szpitali dla dzieci, gdzie prawie stale więcej niż połowę materiału klinicznego stanowią przypadki, wymagające tego sposobu leczenia.

Mając do czynienia w Warszawskim szpitalu dla dzieci z różnemi odmianami opatrunków unieruchamiających, postanowiłem wypróbować pomiędzy innymi i szkło wodne, preparat skądinąd już od dawna znany i używany w ortopedyi, który jednak, rzecz szczególna, u nas nie znalazł szerszego zastosowania. W czym tkwi przyczyna tego faktu? Czy istotnie szkło wodne jest preparatem w tym kierunku bez wartości? Używając go w oddziale chirurgicznym blisko od

¹⁾ Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, dnia 27 września 1898 r.

roku, ośmielałem się twierdzić, że tak nie jest, że da się stanowczo wyodrębnić pewną grupę przypadków klinicznych, i to dość znaczną, gdzie opatrunki ze szkła wodnego mogą nam oddać ważne usługi, z zastrzeżeniem jednak, aby preparat posiadał pewne określone własności; na czem one polegają, opiszę poniżej.

Szkło wodne, czyli krzemian alkaliów, wynalezione zostało przez Fuchs'a w r. 1818-ym. Jest to połączenie potasu lub sodu z kwasem krzemnym. W chirurgii stosuje się tylko krzemian sodu. Wogóle skład chemiczny tego sylikatu nie jest dotąd dokładnie znany. Cechę charakterystyczną preparatu stanowi jego rozpuszczalność w wodzie. Otrzymuje się szkło wodne przez stopienie 45 części czystego piasku, 30 części ługu i 3 części proszku węglowego, przyczem wytwarza się masa bezkształtna i przezroczysta; masa ta rozciera się na drobny proszek i po kilkagodzinnem gotowaniu w wodzie stopniowo się w niej rozpuszcza. Otrzymana tym sposobem ciecz zgęszcza się na ogniu do konsystencji syropu, barwy żółto-brunatnej, ciągnącej się w kształcie nitki.

Krzemian sodu, jako ciało rozpuszczalne w wodzie, otrzymuje się ze składów aptecznych w rozmaitym stopniu zgęszczenia i w tem tkwi właśnie przyczyna, dla której użycie tego preparatu częstokroć naraża nas na zawód. Jeżeli szkło wodne otrzymamy w stanie zbyt wielkiego rozcieńczenia, co się najczęściej zdarza, wówczas opatrunki się nie udają, gdyż szkło schnie zbyt wolno i opatrunki nie twardnieją należycie. Trzeba więc preparat zgęścić. Próbowałem z początku uczynić to na ogniu, lecz wkrótce się przekonałem, że tym sposobem tworzy się na powierzchni płynu kożuch, pod którym płyn pozostaje w poprzednim rozcieńczeniu.

Obecnie postępuję w sposób następujący. Otrzymany ze składu aptecznego płyn, zlewam do szerokiego cylindra i pozostawiam go bez pokrywy. Po upływie kilku lub kilkunastu dni, zależnie od pierwotnej gęstości szkła, dochodzi ono do konsystencji bardzo gęstego syropu i wówczas dopiero staje się odpowiedniem do użytku.

Jeżeli szkło w cylindrze staje się zbyt gęstem, t. j. gdy już zaczyna zastygać w galarete, wtedy dodaję z butelki pewną ilość szkła zapasowego (nie wody, gdyż się preparat psuje) i w ten sposób doprowadzam go do odpowiedniej konsystencji.

Co się tyczy wartości i znaczenia szkła wodnego w desmurgii, to pod względem praktycznym jeden tylko gips może z niem spółzawodniczyć, wszystkie zaś inne sposoby unieruchomienia znacznie mu ustępują. Gips przewyższa szkło wodne tylko pod względem szybkości zastygania. Istnieje kilka grup przypadków klinicznych, jak

złamania kości ze skłonnością do zmieszceń etc., w których na szybkości tej wiele nam zależy. Ale i w tych nawet przypadkach można się łatwo szkłem wodnym posiłkować, dodając z odpowiedniej strony deszczułkę.

Natomiast opatrunki ze szkła wodnego przewyższają gipsowe z następujących względów:

1) Sposób użycia szkła wodnego jest bardzo prosty. Najlepiej jest bandaż krochmalny przewinać w naczyniu ze szkłem wodnym, co zajmuje nam zaledwie kilka minut czasu. Następnie bandażem tym, dobrze już przepojonym szkłem owijamy chorą kończynę, pokrytą uprzednio watą. Trzeba pamiętać, ażeby nałożyć dość grubą warstwę waty, gdyż w przeciwnym razie szkło wodne przenikając do skóry, niekiedy może wywołać jej podrażnienie. Jeżeli chodzi o większą trwałość opatrunku, jak np. w gruźlicy stawowej, w której niekiedy pożądanem jest utrzymanie opatrunku bez zmiany przez dłuższy przeciąg czasu, natenczas nakładamy trochę więcej warstw bandaża. Średnio wystarcza 6 do 10 warstw.

Z powyższego opisu wypływa, że cały zabieg nałożenia opatrunku ze szkła wodnego jest nader łatwy i trwa zwykle kilka minut. Tymczasem z gipsem rzecz się ma inaczej. Tu trzeba dość znacznej osobistej wprawy, aby opatrunek dobrze nałożyć, następnie jest się zależnym od jakości gipsu, zabieg trwa dłużej i, co najważniejsza, trudno uniknąć powalania masą gipsową własnej odzieży i środowiska, w którym się działa.

2) W razie użycia szkła wodnego niebezpieczeństwo tworzenia się odleżyn wobec elastyczności opatrunku jest nierównie mniejsze niż przy opatrunkach gipsowych. Okoliczność ta ma dla nas znaczenie poważne zwłaszcza w praktyce pedyatrycznej, wiadomo bowiem, jak łatwo skóra dzieci podlega odleżynom. Natomiast odleżyny stanowią dość częste powikłanie w razie użycia gipsu, zwłaszcza w rękach mniej wprawnych lekarzy.

3) Wobec znacznie mniejszej wagi opatrunku ze szkła wodnego, układ mięśniowy chorej kończyny jest mniej przeciążony, chory czuje się lepiej i weześniej zaczyna władać kończyną w opatrunku z tego też powodu szybciej powraca sprawność kończyny po zdjęciu opatrunku. Żywo mam w pamięci dwa przypadki dystorsji stawu skokowego, w których byłem zmuszony zdjąć opatrunek gipsowy z powodu bólu, który po nałożeniu opatrunku szklanego znacznie się zmniejszył.

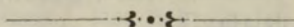
Oto są trzy główne zalety, które opatrunkom ze szkła wodnego w większości przypadków stanowczo nadają wyższość nad gipsowymi.

Wskazania do użycia szkła wodnego są takie same, jak wogóle dla opatrunków unieruchamiających. A zatem szkło wodne stosuje się:

- 1) w gruźlicy stawów;
- 2) w rozmaitych postaciach zapalenia stawów ostrych, jeżeli sprawa nie doszła jeszcze do zropienia;
- 3) w zapaleniach torebek maziowych również z tym zastrzeżeniem, t. j. jeżeli niema jeszcze ropienia;
- 4) w złamaniach kości;
- 5) w stłuczeniach i dystorsjach stawów;
- 6) po nastawieniu zwichnięć; wreszcie
- 7) po rozmaitych operacjach ortopedycznych, jak osteotomia etc.

W końcu dodam, że cena szkła wodnego jest bardzo mała, wynosi bowiem w Warszawie około 7 kop. za funt.

Szanowni panowie zauważą być może, że powyższy odczyt nie nosi cech oryginalności, powtarzam jednakże, że tylko przeświadczenie o niewątpliwej wartości szkła wodnego dla opatrunków unieruchamiających oparte na własnem doświadczeniu, oraz fakt małego stosunkowo rozpowszechnienia preparatu u nas, skłoniły mnie do wypowiedzenia tego odczytu.



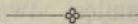
STAN WSPÓŁCZESNY

TEORYI ZARAŻLIWOŚCI

SUCHOT PŁUCNYCH.

PODAŁ

Dr. med O. Hewelke.



Teorya zaraźliwości gruźlicy rozszerzyła się w nauce z niebywałą szybkością i bezwzględnością, nie dopuszczającą protestu, pomiijającą wszelkie głosy przeciwnie i robiącą uogólnienia i wnioski, nie-

raz nie wypływające z niej z logiczną koniecznością. Daje się to objaśnić tem, że miała ona grunt w rozmaity sposób przygotowany: przez prace licznych poprzedników Kocha i przez współczesny rozkwit teorii pasorzytniczej, w której wyłaniający się zwrot od anatomo-patologii do etyologii znalazł płodne poparcie, dalej przez powszechne zainteresowanie się lekarzy i ogółu sprawą tak ważną, jak suchoty: wreszcie przez właściwość umysłu ludzkiego, otrzymującego w teorii Kocha na ciągle stawiane zapytania „dlaczego“ — odpowiedź namacalną, dostępną zmysłom, zamiast dotychczasowych mglistych i trudno uchwytnych określeń przyczynowych. Zarazek swoisty, stale i z łatwością odnajdywany w płwocinie suchotników i we wszystkich wytworach sprawy gruźliczej, barwiący się charakterystycznie, dający się hodować, wywołujący przy zaszczepieniu w ustroju zwierzęcym sprawy analogiczne gruźlicy ludzkiej i odnajdywany również w produktach szczepienia — oto łańcuch dowodów, wystarczający do przyjęcia lasecznika Kocha za przyczynę gruźlicy. Wprawdzie wywołana sztucznie u zwierząt gruźlica prosówkowa nie jest identyczną z suchotami, spotykanymi zwykle u ludzi, ale też i różnice te zależą od różnicy ustrojów *). Wreszcie na obraz suchot rozwiniętych składają się w następstwie i przyczyny dodatkowe (zakażenie mieszane), początkowe zaś okresy suchot, chociaż niedostępne prawie do badania, można również podciągnąć pod postać prosówki, tylko nie ogólnej, lecz ograniczonej do jakichś nielicznych ognisk, które powoli, z czasem, stają się punktem wyjścia sprawy suchotniczej.

W tych kilku wierszach mieści się w zarysach ogólnych panujący obecnie pogląd na istotę gruźlicy i niejako obowiązujący tych co sami nie są w stanie go sprawdzić i przyjmują swą wiedzę z rąk jej areykapłanów. Jednak, wnikając głębiej w istotę rzeczy, spostrzegamy, że kwestya nie jest tak całkowicie zamknięta, że istnieją w niej niedomówienia, wnioski bez dostatecznych przesłanek. Po przeminięciu pierwszego olśnienia teorią u Kocha, głosy krytyki, dotąd lekceważone, zaczynają znajdować ucho chętniejsze.

Dziś, po upływie lat 17 od rozpowszechnienia się teorii Kocha, zarzutów przeciw niej namnożyło się tyle, że czas będzie się nad ni-

*) W ostatnim dopiero czasie udało się Baumgartenowi otrzymać zapalenie płuc serowate przy pomocy hodowli osłabionych laseczników gruźliczych, a Hueppe („Ueber den gegenwärtigen Stand d. Tuberkulosefrage“. Wien, Med. Woch., 1897, 49—50) i Finkler wywołał rzeczywiście suchoty u zwierząt.

mi zastanović, a to tembardziej, że, o ile można sądzić zarówno z głosów naszej literatury, jak i z jej milczenia, teoria Kocha panuje u nas w całej rozciągłości, niepodzielnie, zachowując charakter niewzruszonego, obowiązującego dogmatu.

Prace odnośnie, występujące bezpośrednio lub pośrednio przeciw szkole Kocha, są porozrzućane tu i owdzie w literaturze ostatnich lat kilkunastu, nie były też w stanie oddziałać swemi rozstrzelonemi, oderwanemi głasy na ogół, wierzący w doktrynę oficjalną. Zestawione jednak razem prędzej nabiorą siły przekonywującej, a przynajmniej staną się podstawą i pobudką do wątpliwości i zastanowienia się krytycznego. Takie było założenie piszącego.

Masa nagromadzonego materiału nie łatwo daje się przedstawić w streszczeniu, wiele prac zostało pominiętych, sądzimy jednak, że kierunek fali reakcyjnej da się zaznaczyć i uwydatnić na podstawie spożytkowanych tutaj. Rozpatrzymy na początku rzeczy, dotyczące samego lasecznika Kocha, a następnie stan różnych poglądów na jego znaczenie etyologiczne, mianowicie na stosunek zaraźliwości suchot do usposobienia.

Ostatnie lata dorzuciły nieco danych do morfologii i biologii lasecznika gruźliczego. I tak W. Szumowski ¹⁾ podał, że lasecznik gruźliczy, któremu sam Koch odmawiał ruchów własnych, zdolny jest wykonywać ruchy migawkowe, dzięki czemu jest w stanie zmieniać miejsce w kropli zawieszanej. Autor zapewnia, że sprawdził ruch ten w kilkudziesięciu hodowlach świeżych, pochodzących z trzech rozmaitych źródeł.

Oprócz już dawniej opisanych przez Kocha, Miecznikowa, Kleina odmian w postaci laseczników, niemałe zaciekawienie budzą postaci opisane przez Hueppe'go ²⁾, zadziwiająco podobne do promienicy i grzybków pleśniowych. Ostatnio znaleźli Hueppe, Finkel, Coppen-Jones i Friedrich układ promieniczny laseczników gruźliczych w tkankach. Na tej podstawie Hueppe orzekł, że „lasecznik“ jest tylko parazytarną odmianą postaciową grzybka, którego stanowisko w systematyce wprawdzie nie jest jasno oznaczone. Za tym poglądem, t. j. że lasecznik filogenetycznie rozwinać się musiał z saprofitów przemawia jego zdolność do odmian, zarówno morfologicznych, jak i co do siły jadowitości, zależnie od podłoża, na którym

¹⁾ Medycyna, 1898, 16.

²⁾ Hueppe: „Ueber den gegenwärtigen Stand der Tuberkulosefrage“. Wien. Med. Woch., 1897, 49.

żyje. Tak mianowicie perlica i gruźlica były uważane za sprawy różne; laseczniki im właściwe różnią się bowiem zarówno postacią, jak własnościami biologicznymi i były uważane za osobne postacie, różne od lasecznika gruźlicy ludzkiej. Tymczasem przy zmianie podłoża ich hodowli, przeprowadzając je przez różne ustroje zwierzęce, udało się (Finklerowi, Hueppemu) wykazać identyczność perlicy, gruźlicy kurzej i gruźlicy ludzkiej.

Ferran ¹⁾ utrzymuje nawet, że udało mu się przeprowadzić laseczniki do stanu saprofita. Zmieniał on rozmaicie podłoże hodowli, usuwając zeń stopniowo pepton i glicerynę, i był w stanie hodować laseczniki gruźl. w zwyczajnym bulionie. Różne właściwości lasecznika ulegają przytem zmianie, hodowla traci stopniowo zapach drożdży, zdolność rozmnażania się rośnie ogromnie szybko; przy 10°, 20° lasecznik staje się zdolnym do ruchu i podobnym do b. typhi. Pomimo takich zmian, wprowadzony do ustroju morskich świnek — wywoływał gruźlicę i odzyskiwał zwykłą postać. Ferran twierdzi, że zatem lasecznik gruźliczy może żyć jako saprofit, a jego chorobotwórczość jest tylko przygodną własnością ²⁾. Spostrzeżenie Ferrana nabiera jeszcze większego znaczenia, jeżeli je zestawić z paru spostrzeżeniami nad pasorzytami, znajdowanymi poza obrębem ustroju zwierzęcego, przypominającemi postacią i reakcją barwną laseczniki Kocha. I tak Capaldi znalazł takie twory w kale krowim, a Lydia Rabinowitsch wyhodowała laseczniki barwiące się, jak Kochowskie, z przypadków gruźlicy u morskich świnek, wywołanej przez zastrzykiwanie masła. Wreszcie w roku bieżącym A. Moeller ³⁾ znalazł na pewnym gatunku trawy (tymotejka), oraz w świeżych wypróżnieniach krów zdrowych (badanych tuberkuliną), mułów i koni, laseczniki barwiące się, jak lasecznik Kocha. Podane przez M. rysunki, zupełnie przypominają laseczniki gruźlicze. Lasecznik ten rośnie dobrze na zwykłym podłożu laseczników gruźliczych, gdy z drugiej strony okazują się, że lasecznik Kocha rośnie dobrze na filtracie sterylizowanym z gnoju krowiego. Fakty powyższe, zwłaszcza obserwacye Ferrana, o ile okażą się pewnymi, w zestawieniu z obserwacyami o prze-

¹⁾ „Aptitudes saprophytes du bacille de la tuberculose“. Bull. de l'Academie des sciences, 11 Oct. 1897.

²⁾ Johne i Frottingham. Virch. Jahresb. za 1895, str. 544.

³⁾ A. Moeller. „Ueber Mikroorganismen, welche sich morph. u. tinctoriell wie die Tuberkelbacillen verhalten“. Görbersdorfer Veröffentlich. 1. Stuttgart, 1898.

bywaniu laseczników Kocha w ustroju ludzkim bez wywoływania zmian (Roux, Strauss, Hansemann, Bollinger) stanowią poważną podstawę dla tych, co nie uważają lasecznika Kocha za rzeczywistą przyczynę gruźlicy, a tylko za pasorzyta, znajdującego w wytworach chorobowych tego rodzaju odpowiednią dla siebie glebę. Liebreich nazywał laseczniki gruźlicze nosofitami, stawiając je na stanowisku między zwyczajnymi saprofitami i rzeczywistymi pasorzytami chorobotwórcami. Są to saprofity, które nie żyją w zupełnie zdrowych ustrojach, ale tylko zmienionych przez pewne choroby. Hansemann rozszerza rolę nosofitów o tyle, że przypisuje im możliwość wywoływania na uprzednio już patologicznie zmienionych tkankach zmian im właściwych i modyfikowania do pewnego stopnia obrazu chorobowego, podobnie jak np. pleśniawki i t. p.

Nie idąc tak daleko, można jednak powiedzieć, że o ile powyższe spostrzeżenia ulegną potwierdzeniu, gruźlica zejdzie z tego odrębnego stanowiska, na jakim postawiły ją wnioski, wyprowadzone z biologii lasecznika Kocha. Zdolność do życia tego ustroju, wedle dotychczasowych wiadomości o nim, tylko przy ciepłocie ciała nie pozwalała na przypuszczenie możliwości jego istnienia po za obrębem ustroju ludzkiego, względnie zwierzęcego. Stąd i dróg szerzenia się tej choroby szukano tylko w ograniczonym kole między człowiekiem zdrowym i chorym na suchoty. Następnie wprowadzono do tego koła i ustrój zwierzęcy. Być jednak może, że dalsze badania wykażą istnienie lasecznika gruźliczego (względnie istnienie pewnej jego postaci rozwojowej) i po za obrębem ustroju zwierzęcego, skąd, przy pewnych modyfikacjach, przy pośredniczeniu ogniwi nieznanego nam dziś łańcucha,—przedostaje się on do ustroju ludzkiego, zachowując się tu chorobotwórczo lub obojętnie, odpowiednio do znajdujących danych, w ogólnej analogii do tworów pasorzytnicznych *).

*) W ostatnim swem doniesieniu, w grudniu 1898 r. (Wiener Med. Woch., № 50), Moëller mówi, że porównawcze badanie nad lasecznikiem tymotejki i lasecznikami, barwiącemi się jak laseczniki Kocha, mianowicie lasecznikami Rubinowitsch, Petri, Rubner'a, Czaplewskiego, laseczniki tymotejki najbardziej zbliżają się do Kochowskich, zarówno zachowaniem się względem kwasów i wysokoku, jak i wzrostem na agarze licerynowym i własnościami morfologicznymi. Rodzaj ten jest chorobotwórczy, wywołuje u zwierząt sprawy skombinowane: tworzenie się gruzelków i ropnoserowatych nacieczeń. Autor skłonny jest uważać swego lasecznika za odmianę lasecznika Kochowskiego, żyjącą poza ustrojem zwierzęcym, i pracuje nad wykazaniem możliwości przechodzenia tej formy w Kochowska i odwrotnie.

Wykrycie pasorzytów, barwiących się tak samo, jak lasecznik Kocha, może wprowadzić pewne zamieszanie i trudności w odróżnianiu tak zwanej gruźlicy rzekomej. Obecnie wyróżniano jej różne postacie właśnie na braku laseczników, swoiście się barwiących. Gdy zaś teraz ta cecha dyferencyalna ulega ograniczeniu, dla różniczkowania w niektórych razach pozostaną jedynie niepewne cechy morfologiczne.

Przechodzimy do etyologii.

Trzy lata temu H. W. Middendorp¹⁾, były profesor patologii i anatomii patologicznej w Groningen w Holandyi, wystąpił z następującymi zarzutami przeciw teorii Kocha.

Laseczniki gruźlicze nie dają się wykryć w zupełnie świeżych gruzelkach szarych, które jeszcze nie uległy przemianom wstecznym. Sądząc z opisu Kocha i z jego rysunków, gruzelki, badane przez tego autora, nie były nigdy świeże, ale już zawierały masy rozpadowe. Tymczasem Koch utrzymuje, i tak należałoby logicznie żądać, że obecność laseczników gruźliczych poprzedza rozwój wszelkich zmian gruźliczych. Podobnież i komórek olbrzymich nie można wykryć w zupełnie świeżych, dopiero powstających gruzelkach, a w nich to właśnie Koch umiejscawia na swych rysunkach laseczniki gruźlicze. Sposób szerzenia się nieruchomych laseczników Kocha przy pomocy komórek wędrujących wydają się też bardzo nieprawdopodobnym, ze względu na to, że gruzelek rozpadający się otoczony jest na obwodzie jakby murem komórek mniej więcej zdrowych, a przytem nie posiada naczyń, ani krwionośnych, ani limfatycznych; wskutek czego komórki wędrujące (które przytem mają wszakże groźne dla laseczników własności fagocytów) nie są w stanie przenikać do wnętrza gruzelków i wychodzić z nich objuczone lasecznikami. Wobec tego M. twierdzi, że Koch nie miał prawa nazywać swego lasecznika gruzelkowym i uważać go za przyczynę gruzelków. Co się tyczy hodowli laseczników gruźliczych i wywoływania gruźlicy próśwkowej przez zaszczipienie ich zwierzętom, to M. utrzymuje, że ten sam wynik otrzymywał przez szczepienie zupełnie świeżych, następnie suszonych gruzelków, w których nie można było wykazać obecności laseczników Kocha. Zapewne więc hodowle Kocha nie były czyste i zawierały domieszkę rozpadu gruźliczego, którego jadowitość znaną jest oddawna. W komunikacie z stycznia 1891 roku

1) Dr. H. W. Middendorp. „La cause de tuberculose“, suivant le prof. dr. R. Koch. La France méd., 1895, 41, 42.

o przygotowaniu turbekuliny Koch pisze, że jest to ekstrakt glicerynowy czystych hodowli i zawiera pewną ilość materji gruźliczej. Dla przekonania o istotnej wartości swej hipotezy, Koch powinien wykazać, że lasecznik jego znajduje się w zupełnie świeżych gruźelkach, nie rozpadających się, nie stykających się z powietrzem (w oskrzeliu) i odwrotnie, że masy gruźlicze ze sproszkowanych gruźelków, nie zawierające laseczników, nie są w stanie wywołać gruźlicy.

Zostawiając obalenie tych zarzutów Middendorp'a badaniu nieuprzedzonych anatomopatologów, nadmienimy tu, że zarzut nie znajdowania laseczników gruźliczych w gruźelkach świeżych był wyrażany niejednokrotnie przez badaczy, o kompetencji których nie można powątpiewać, ale nie był nigdy dostatecznie uwzględniany. Zresztą już oddawna wiadomo, że twory, które nazywamy „gruźelkami“ w swej budowie anatomicznej nie przedstawiają ani przez obecność komórek obrzycznych, ani przez zdolność podlegania zserowaceniowi cech charakterystycznych dla gruźlicy płuc. Można wywoływać ich powstawanie w ustroju zwierzęcym sztucznie, a z drugiej strony widywano, że i inne drobnoustroje mogą warunkować ich tworzenie się. Tak np. H. Martin ¹⁾ przez wprowadzenie królikowi do jamy otrzewnej likopodium lub innego proszku obojętnego wywoływał po 15-tu dniach na otrzewnej rozwój granulacyi, mających wszelkie cechy histologiczne gruźelków. Ziarenka te przeniesione do otrzewnej innych królików dawały początek drugiej generacyi gruźelków, a można było otrzymać generacyi 4 i więcej. Sprawę tę Martin nazwał gruźlicą rzekomą. Wiadomo dalej, że, według doświadczeń Kras'a i Gamalei, Granchera, Laborde'a, przez zastrzykiwanie zwierzętom hodowli laseczników gruźliczych ogrzanej do 130°, a więc takiej, w której nie było już zdolnych do rozwoju pasorzytów, otrzymywano typowe gruźelki uogólnione. Laseczniki zastrzyknięte mogły grać rolę czysto mechaniczną na podobieństwo ździebeł lykpodium.

Pod nazwą gruźlicy zooparazytarnej opisywane są sprawy u zwierząt, dające anatomopatologicznie obraz gruźlicy, a jednak niezależne od laseczników Koeha. Za przyczyne, wywołującą powstawanie gruźelków, uważane są w tych razach jaja pasorzytów zwierzęcych, rozrzucone prądem soków po całym ustroju: filaria u psów, strongylus vasorum u kotów. Niedawno taką sprawę opisali W. Ebstein i A. Nikolaier ²⁾:

¹⁾ Debove. „Leçons clin. et therap. sur la tuberculose parasitaire“. Paris, 1884.

²⁾ Virchow's Archiv, 114, p. 432.

u 2 kotów w nerkach i płucach znaleziono gruzelki submiliarne z komórkami olbrzymimi; jako przyczynę autorzy uważają również jaja pasorzyta zwierzęcego, znalezione u tych kotów. Eberth ¹⁾ opisał pseudotuberculosis u królika, wywołaną przez pałeczkowate pasorzyty. Wreszcie Courmont wyhodował z ropnia u człowieka, zmarłego przy objawach gruźlicy, w której nie można było wykryć laseczników Kocha, laseczki długie, układające się w łańcuchy, których hodowle wywoływały po zastrzyknięciu zwierzętom obraz histologiczny gruźlicy.

Jeżeli powstawanie gruzelka będziemy rozważać nie wyłącznie z punktu widzenia etyologicznego, t. j. ewentualnej jego przyczyny, działającej z zewnątrz, ale w dostatecznej mierze uwzględnimy i konieczny współdziałanie tkanek, to dojdziemy do przekonania, że właśnie ten ostatni jest miarodajny. To jest, że wytwarzanie się gruzelków jest pewną swoistą reakcją tkanki (łącznej, czy też limfatycznej — szkoła Miecznikowa) na pewne podrażnienie (mechaniczne, chemiczne), podobnie np. jak błona śluzowa reaguje na pewne wpływy tworzeniem się błon rzekomych, w których grubości i głębokości dawniej upatrywano cechy swoiste dla pewnych chorób. Badania etyologiczne wykażą zaś, że raz gruzelki wytwarzają się pod wpływem tych, a innym razem innych czynników ²⁾.

Tym więc sposobem zapewne obok najczęstszej gruźlicy, wy-

¹⁾ Eberth. „Der Bacillus d. Pseudotuberkulose d. Kaninchens“. Virchows Arch., 103.

²⁾ W jednej z najświeższych prac w tej kwestyi, Josué („Histogénese du tubercule“. Arch. Génér. de Méd., 1898, 10) uważa tworzenie się gruzelków za pierwszą fazę objawów samoobrony ustroju przeciw lasecznikom gruźliczym. Przy pojawieniu się laseczników w tkance zbierają się leukocyty wielojądrowe, żeby je pochłonać. Jeżeli jednak ulegną w walce, występują w pole leukocyty jednojądrowe i dochodzi do w utworzenia się gruzelka, w czem do pewnego stopnia przyjmują udział i pierwiastki samej tkanki. Gruzełek ogranicza rozprzestrzenianie się laseczników, a zarazem sprzyja ich zagładzie przez utworzenie gruntu mało sprzyjającego ich rozwojowi, co się jeszcze potęguje przez nagromadzenie się zgubnych im wytworów ich własnego życia. — Jeżeli i ta próba izolacji laseczników nie udaje się i następuje rozpad gruzelka i dalsze szerzenie się sprawy, ustroj ma jeszcze ucieczkę do jej ograniczenia w rozroście tkanki łącznej wokoło ogniska gruźliczego i w odkładaniu w niem soli wapiennych.

wolowanej przez laseczniki Kocha, otrzymamy gruźlicę innego pochodzenia, nazywaną dziś tymczasowo ogólnie gruźlicą rzekomą¹⁾.

Takie ograniczenie wyłączności lasecznika Kocha w gruźlicy płuc ma nie tylko znaczenie teoretyczne, ale i wielką doniosłość praktyczną. Wykazuje ono, że pojęcie gruźlicy Kocha i suchot płucnych nie pokrywają się w zupełności, powraca chwilowo zapomniana różnica, dając jej nowe oświetlenie i objaśnienie przez udział różnych czynników chorobowych. Przerywa tem samym ugania się za środkami specyficznymi dla suchot, ale zarazem może i dawać pewne wskazówki, w jakim kierunku leczenie ma poszukiwać dróg nowych. I rzeczywiście, tylokrotnie stwierdzona zdolność ustroju do ograniczania spraw gruźliczych, skoro prawie na każdym trzecim, nawet drugim, zwłokach spotykane są ślady zablźnionych ognisk gruźliczych, budzi myśl, że tylko w jakichś szczególnych warunkach gruźlica staje się zgubną, że gdy te nieznanne wpływy, do których poznania właśnie powinniśmy dążyć, nie przyłączą się, możnaby tę straszną dziś chorobę ograniczyć, a w każdym razie przebieg jej uczynić o wiele powolniejszym i łagodniejszym. Czy wpływy te leżą w dziedzinie infekcyi mieszanej, o tem dziś jeszcze wiemy mało. To jednak wydaje się nam pewnem, że dobroczynny wpływ świeżego powietrza nie zależy od nieobecności w niem lasecznika gruźliczego, ale raczej od braku pasorzytów gnilnych, przemieniających gruźlicę na suchoty. Hueppe'mu²⁾ udało się niedawno otrzymać suchoty przy pomocy przetworów przemiany materyi pasorzytów gnilnych, a z drugiej strony opisywano u ludzi przypadki suchot, w których przejawy właściwej gruźlicy, jak i same laseczniki, ustępowały na drugi plan, lub znikaly, podczas gdy stan ogólny, gorączka, schnięcie, potęgowały się coraz bardziej i następowała śmierć, zależna najpewniej od przyczyn dodatkowych, a nie od zasadniczych czynników gruźlicy Kocha. Odkrycie Kocha, można powiedzieć, zmonopolizowało, szczególnie w klinice, prawie wszystkie przewlekłe sprawy płucne na rzecz gruźlicy. O ile dawniej więcej starano się wyodrębnić pewne postaci, dzisiaj cała kwestya opiera się na wynikach badania płwociny. Lasecznik jest — i już jesteśmy spokojni o dya-

¹⁾ Literaturę tej kwestyi zebrał Preisz („Annales de l'institut Pasteur“, 1894), który sam wykrył lasecznika, wywołującego gruźlicę rzekomą u owiec — bacillus pseudotuberculosis ovis.

²⁾ Hueppe. „Ueber den gegenwärtigen Stand der Tuberkulosenfrage“. Wien, Med. Presse, 1897, 47, 50.

gnozę. Na jakim jednak gruncie się on gnieździ i jak dawno, co ze zmian miejscowych i objawów ogólnych należy przypisać ściśle jego wpływowi — w te szczegóły się nie wchodzi.

Anatomia patologiczna, ta kontrola naszych hipotez klinicznych, — także dała się poniekąd unieść się ogólnemu prądowi. Jakieś nieznaczne ogniska gruźlicze w szczytach stanowią często — to „potior“, według którego określa się rozpoznanie. Przypadki cierpień płucnych przewlekłych, doprowadzających do ogólnego wyniszczenia, w których jednak nie można wykazać łaseczników gruźliczych, a które w czasach przedkochowskich uznaliby każdy za suchoty, dziś budzą wątpliwość jedynie, czy aby łasecznik był dobrze poszukiwany. Jeżeli zaś niekiedy w podobnych przypadkach pod koniec nareszcie znaleziony zostanie — to jemu jednak, pomimo tuzina ujemnych analiz, przypisują się wszystkie te zmiany, na które składały się lata całe spraw skomplikowanych. Tymczasem badania anat. patolog. wykazują, że łasecznik gruźliczy często przyłącza się do spraw innych, że zmiany przezeń wywoływane, których dawność można z wielkiem prawdopodobieństwem określić, są nieznaczne w porównaniu z istniejącymi przewlekłymi innej natury. Profesor Hansemann z Berlina w swym ciekawym artykule: „*Pathologische Anatomie und Bakteriologie*“¹⁾ przytacza sekeye paru podobnych przypadków — bez śladu pasorzytów Kocha, na oko nie różniących się od obrazu suchot bacilarnych, i inne, w których do starych zmian (induracye, jamy rozpadowe) przyłączyły się świeże zmiany gruźlicze.

W roku bieżącym autor²⁾ znowu wystąpił z demonstracją podobnych przypadków w berlińskim towarzystwie lekarskim, ponieważ uprzednią pracę jego spotkało niedowierzanie, które wystawiło go na pośmiewisko niektórych zapalonych a jednostronnych uczonych. Z pomiędzy tych preparatów (wrzody tyfusowe ze świeżą erupcyą gruźlą; ogniska bronchopneumonijne w całych płucach — i niewielkie ognisko gruźlicze w jednym wierzchołku; przewlekła lymphangoitis płuca — bez śladu gruźlaków) na szczególniejszą uwagę zasługuje następująca:

1) Berl. Klin. Woch., 1895, NN. 30, 31, — demonstracye w Berl. Tow. lekarskiem.

2) H. „Die secundäre Infection mit Tubercelbacillen“. Berl. Klin. Woch., 1898, № 11.

U kobiety 42-letniej, zmarłej z rozpoznaniem suchot płucnych (dyagnoza opierała się głównie na badaniu płwociny) i zwyrodnienia mięśnia sercowego, na sekcji w obu wierzchołkach znaleziono jamy wielkości orzecha laskowego, przedstawiające się jako rozstrzenie oskrzelowe; w zawartości jamy prawej znaleziono masy drobnoustrojów gnilnych, ale laseczników Kocha nie było. W lewej jamie, gdzie błona śluzowa była zniszczona więcej niż w prawej, choć nie owrzodzona, znaleziono liczne szaro-żółte grudki, będące skupieniem laseczników gruźliczych. Zresztą, co autor zaznacza, nigdzie w ciele nie znaleziono śladów gruźlicy. Oczywiście, laseczniki grały tu tylko rolę sa-profitów, a jednak okazały się w przeprowadzonych doświadczeniach jadowitemi dla morskich świnek.

Z innej strony atakuje teorię Kochowską N. Ortner ¹⁾.

Wyniki jego badań dotyczą, może więcej kwestyi usposobienia, w każdym razie pośrednio godzą w jej podstawę, w przyczynową rolę lasecznika Kocha. Ortner utrzymuje, że zmianom gruźliczym towarzyszą stale sprawy zapalne zrazikowe komórkowo-włóknikowe, zależne od swoistych drobnoustrojów, stale przytem znajdujących („Micrococcus Pneumoniae“). Zapalenia te poprzedzają szerzenie się sprawy gruźliczej, wytwarzają dla niej grunt; ich wytwory dopiero przez działalność laseczników Kocha przekształcają się w gruźlicze. Wpływ zatem mikrokoka Ortnera warunkuje pierwszy okres suchot, a działalność lasecznika gruźelkowego — jest dopiero drugą fazą w rozwoju suchot. Pogląd Ortnera nie przeczy więc teorii Kocha, ale ogranicza doniosłość wpływu lasecznika Kocha, tak jak teoria zakażeń mieszanych ogranicza ją z drugiej strony. Mielibyśmy tedy w anatomicznym przebiegu suchot zwyczajnym trzy fazy: przygotowawcza — zapalenie wywołane przez mikrokoka Ortnera, pośrednia — gruźelki i zapalenie serowate, zależne od lasecznika Kocha, i końcowa — sprawy rozpadowe, wywoływane przez czynniki zakażenia mieszanego ²⁾.

Jeżeli samo odkrycie laseczników Kocha i stosunek ich do zmian gruźliczych ma znaczenie tylko teoretyczne, interesujące tylko specjalistów, to za to wyciągane zeń wnioski posiadają znacznie szer-

¹⁾ N. Ortner. „Die Lungentuberkulose als Mischinfektion“. Wien-Leipzig, W. Braumüller, 1893.

²⁾ O. Hewelke. „Badanie bakteriologiczne krwi suchotników“, przyczynek do kwestyi zakażeń mieszanych przy suchotach. Pam. Towarz. Lekarskiego, Warsz., XCI.

szą doniosłość i wkraczają w dziedzinę ważnych kwestyi społecznych. Lasecznik wywołuje gruźlicę, lasecznik znajduje się w płwocinie, wyrzucanej przez suchotników, stąd naukowe ugruntowanie oddawna tulających się wśród lekarzy i tu i owdzie w niektórych krajach popularnych zapatrywań o możliwości zarażenia się suchotami przez pośrednictwo suchotników. Stąd zapoczątkowanie całego szeregu środków zaradczych bądź to propagowanych drogą prywatną, bądź też ujętych już w formę rozporządzeń sanitarno-policyjnych, stąd jednostronne uganianie się za niszczeniem laseczników gruźliczych—w błogiej nadziei wybawienia tą prostą drogą ludzkości od plagi suchot. Te konsekwencye praktyczne poglądu teoretycznego rozszerzają się coraz bardziej i coraz głębiej wchodzą w życie prywatne i publiczne: rady i ostrzeżenia otrzymują sankcyę rozporządzeń sanitarnych urzędowych: suchoty zostają wciągnięte na listę urzędową chorób zakaźnych, suchotników w szpitalach postanawiają izolować, zaczynają usuwać ich od zajęcia handlem środkami spożywczeimi (w Lieneburgu), odkąd już tylko krok do zabronienia tym nieszczęśliwym ukazywania się w miejscach zebrań publicznych i wogóle wszelkiego zetknięcia się z ludźmi. Jakie następstwa może mieć to forsowne rozpowszechnianie poglądu na niebezpieczeństwo ze strony suchotników, gdy stanie się on popularnym, tego się nie przewiduje; nie przeczuwa się tych zawikłań bolesnych w życiu rodzinnem, ani zatargów w stosunkach towarzyskich i społecznych, jakie może zrodzić rozbudzenie podejrzeń brutalnego zmysłu zachowawczego. Już teraz nierzadkie mamy przykłady, jak okrutnie ów pogląd daje się we znaki. Matki odmawiają pieszczoty dzieciom, aby im nie przekazać choroby, którą podejrzewają, nauczycielki, służba bywa usuwana, jeżeli kaszlem zrodzi przypuszczenie suchot, gminy nie pozwalają na budowanie uzdrowisk i szpitali dla chorych piersiowych na swych gruntach, aby nie ściągnąć niebezpieczeństwa zakażenia przez suchotników. Nie potrzeba zresztą pomocy wyobraźni, aby przedstawić sobie ten przykry układ stosunków w przyszłości, ludzkość ma już doświadczenie w tym względzie, a obrazy z Włoch południowych i Hiszpanii z czasów, kiedy pogląd na zaraźliwość suchot był tam popularny, na początku bieżącego stulecia, są tak rażące, że powinny wzbudzić zastanowienie w tych, co, chociaż w dobrej myśli, mogą się pośrednio przyczynić do powołania ich nanowo do rzeczywistości. De Renzi podaje w swej: „Storia della medicina in Italia“¹⁾,

¹⁾ Według cytaty J. Ufellmana: „Die Tuberkulosenfrage vor hundert Jahren“. Berl. Kl. Woch., 1893, 24.

że akurat na sto lat przed wykryciem lasecznika gruźliczego w roku 1782 wskutek opinii najwyższej rady zdrowia, do której wchodziły współczesne powagi lekarskie, że suchoty (l'ulcera pulmonale) są wysoce zaraźliwe, wydany został następujący dekret:

1) Każdy praktyk powinien donosić o wypadkach suchot pod karą 300 dukatów i 10 lat więzienia, przy powtórnem przewinieniu w tym względzie.

2) Chorzy niezamożni przymusowo mają być dostawiani do szpitala.

4—5) Rzeczy podejrzane powinny być palone lub niszczone pod karą więzienia i galer.

6—7) Pokoje po chorych powinny być bielone, podłoga, okna, drzwi palone i zastąpione przez nowe; nie wolno zamieszkiwać takich posuchotniczych mieszkań przed upływem roku i t. d.

Te drakońskie rozporządzenia, stawiające suchoty prawie na równi z dżumą, pociągnęły za sobą oplakane zawikłanie stosunków, doprowadzające do rozpacz i ruiny tych, których los i tak już dotknął ciężką chorobą. Utrzymywały się one w swej sile do 1848-go roku. Podobne rozporządzenia istniały i w Portugalii i w Hiszpanii, a jak widać z opisu Georges Sande w Hiszpanii utrzymywały się długo. Okrucieństwa ich doznał Chopin, który wybrał się na wyspy Balearskie z G. Sande dla poratowania zdrowia, gdzie jednak, jako chory na piersi, nie mógł znaleźć mieszkania i musiał poprostu uciekać, aby nie narazić się na prześladowania mieszkańców, będących pod wpływem obaw przed zaraźliwością suchot. Langerhans ¹⁾ jeszcze w r. 1878 widział wśród Hiszpanów na Teneryfie tak rozpowszechnione obawy przed suchotnikami, że ci nieszczęśliwi kryć się musieli z krwotokami, aby nie uleść wypędzeniu.

Przypatrmy się obecnie podstawom naukowym, na których opiera się teoria zaraźliwości suchot i jakie są przypuszczalne drogi szerzenia się zarazy gruźliczej.

Najprostszą drogą wnikania zarazy gruźliczej do ustroju ludzkiego, już a priori wobec najczęstszego umiejscowienia się zmian gruźliczych w płucach i wobec istnienia laseczników Kocho w plwocinie, wszędzie rozrzucanej,—wydawały się drogi oddechowe. Przypuszczenie to nabrało znaczenia pewnika po odkryciach Cornet'a ²⁾. Drugo-

¹⁾ Prof. P. Langerhans in Madeira: „Zur Aetiologie d. Phtise.“ Virch. Archiw., I, 97.

²⁾ G. Cornet. „Die Verbreitung d. Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers.“ Zeitschrift f. Hygiene, 1888.

rzędne wrota przedstawia przewód pokarmowy, który wobec ostatnich poszukiwań, nawet u dzieci bywa dużo rzadziej siedliskiem gruźlicy pierwotnej, niż płuca *). To też tej drogi, jak również możliwości przenikania zarazy przez skórę, narządy płciowe, dotknęliśmy się tylko mimochodem, zatrzymując się dłużej na tak zwanej gruźlicy in-halacyjnej.

G. Cornet¹⁾ zbierał pył z różnych miejsc zamieszkania i pobytu suchotników (jak sale szpitalne, numery w hotelach etc.) i w postaci zawiesiny wprowadzał go do jamy otrzewnej świnkom morskim. W pewnym procencie tych doświadczeń otrzymano rozwój gruźlicy (około 60 na 311), podczas gdy pył zebrany z miejsc, w których suchotnicy stale nie przebywali okazał się nieszkodliwym.

Na tej podstawie Cornet uważa za rzecz dowiedzioną, że gruźlica szerzy się przez wdychanie pyłu, zawierającego laseczniki Kocha, chociaż bezpośrednich doświadczeń nad wdychaniem takiego pyłu nie przeprowadzał, i wyciąga stąd daleko sięgające wnioski i wskazówki profilaktyczne.

Próba dowiedzenia tego zdania przez wahania cyfr śmiertelności z suchot w rozmaitych zakonach katolickich, zajmujących się pielęgnowaniem chorych, zależnie od tego lub innego sposobu usuwania plwociny, nie dała przekonujących rezultatów.

Podobnie i obniżenie cyfr śmiertelności z suchot w więzieniach pruskich w latach 1889—1893, które Cornet²⁾ przypisuje zaprowadzeniu tam proponowanych przez niego środków ochronnych, mających na celu niszczenie laseczników gruźliczych, nie dowodzi prawdziwości założenia autora. Na posiedzeniu berlińskiego towarzystwa lekarskiego, na którym odczyt powyższy miał miejsce³⁾, Virchow

*) Wobec znakomitego ograniczenia użytku mleka krowiego surowego w pożywieniu dzieci, które rozpowszechniło się we wszystkich klasach ludności, i wobec małego prawdopodobieństwa wprowadzenia żyjących zarazków gruźliczych z mięsem, niespożywanem wogóle w stanie surowym, ta droga szerzenia gruźlicy powinna się być znacznie zwęzić w ostatnich 10 latach. Rzecz ciekawa, czy dałoby się to wykazać cyframi ze statystyki śmiertelności dzieci.

1) G. Cornet. „Experimentelle Untersuchungen ü. Tuberkulose“. Wien. Med. Woch., 1888, 22, 23.

2) G. Cornet. „Die Sterblichkeits verhältnisse in d. Krankenpflege Orden“. Zeits. f. Hyg., Bd. 14.

3) G. Cornet. „Die Prophylaxis d. Tuberkulose u. ihre Resultate“. Berl.

ostrzegal przed złudzeniem, aby zalecane środki były rzeczywiście przestrzegane. Przytacza on, że, będąc rektorem uniwersytetu, starał się przyzwyczaić studentów do użytku spluwaczek i nie mógł tego dokonać. Cóż więc mówić o więźniach!

Zmniejszenie się śmiertelności z suchot w Prusach o 70,000 w ciągu 4-eh lat dzięki, jak to twierdzi Cornet, jedynie środkiem profilaktycznym, wydaje się Virchow'owi wprost wątpliwem. Dr. Baer, lekarz głównego więzienia karnego w Plötzensee, który jeszcze przed Cornet'em proponował dezynfekcyę płwociny i odosobnianie suchotników w więzieniach ¹⁾, zaznaczył na temże posiedzeniu, że owo zmniejszenie śmiertelności z suchot znalezione przez Cornet'a, należy przypisać wprowadzonemu właśnie od r. 1887 lepszemu żywieniu i mniejszemu przepelnieniu więzień. W r. 1857 Cless wykazał, że wraz z poprawą warunków sanitarnych zmniejszyła się śmiertelność ogólna w więzieniach, a zwłaszcza z suchot.

Takie same doświadczenie zrobiono jeszcze dawniej, bo w roku 1844; według Baly ²⁾, przed tym rokiem śmiertelność z suchot w więzieniu w Petouville wynosiła 11.14%, po wprowadzeniu zaś w roku 1845 lepszych warunków zdrowotnych, jak wentylacyi, suchoty znikły prawie zupełnie.

Wreszcie coraz więcej danych statystycznych wykazuje stopniowe zmniejszanie się śmiertelności z suchot w całej niemal Europie i to począwszy nadługo przed r. 1887, t. j. przed datą propozycyi ochronnych Cornet'a; a co odnośni autorzy przypisują poprawie ogólnych warunków higienicznych, poprawie dobrobytu, urządzeniu kanalizacyi, wodociągów i t. d.

Wspomnę tu tylko znane obliczenia Bollingera ³⁾ dla 14 miast niemieckich za przeciąg lat od r. 1883 do 1893, Roussel'a ⁴⁾ dla Glasgowa. Bliżej interesujące nas cyfry odnośnie Warszawy podał świeżo, według obliczeń J. Polaka, S. Sterling ⁵⁾ za lat 19. Oprócz

Kl. Woch., 1895, 20. Tamże sprawozdanie z posiedzeń w Berl. med. Gesellschaft z 1 maja 1895 r.

¹⁾ Baer. „Vorkommen von Phtisis in d. Gefängnissen“. Zeits. f. Kl. Med., 1883.

²⁾ cyt. przez M. Cormak'a, p. 27.

³⁾ „Ueber Schwindsuchts. Sterblichkeit in versch. Städten Deutschlands“. Münch. Med. Woch., 1895.

⁴⁾ ref. w Revue d'hygiene, 1896.

⁵⁾ Sterling. „Czego nas uczy statystyka śmiertelności z pow. suchot płucnych.“ Zdrowie, 1898.

małych wahań i tu widzimy stopniowe zmniejszanie się śmiertelności z suchot z 402 na 100,000 w roku 1877 do 245 w roku 1896-ym. Pomimo, że nie były przedsiębrane w mieście naszym żadne środki specjalne, ani [też świadomość szkodliwości plwociny nie uogólniła się wśród ludności (zwłaszcza przed r. 1885), czem niektórzy bezwzględni kontagioniści chcą objaśnić fakt omawiany tam, gdzie profilaktyka według Cornet'a nie została przeprowadzona urzędownie.

Ten sam fakt i w podobnych warunkach widzieć się daje z obliczeń N. W. Umnowa ¹⁾ dla St. Petersburga, gdzie śmiertelność z suchot z 48.2 (na 10,000), w r. 1878 spadła do 43.3 w r. 1895.

Dr. Kendall ²⁾ przypisuje analogiczne zjawisko w Sydney bezpośredniemu wpływowi kanalizacji. Przed jej wprowadzeniem śmiertelność wynosiła w tem mieście z suchot 13.5 na 10,000, a po jej zaprowadzeniu zniżyła się do 9.8.

Z autorów, którzy powtarzali poszukiwania Cornet'a, wymienię tu kilku: Chaplin ³⁾ szczepił świnkom morskim 5 prób pyłu, zebranego z różnych miejsc, a także z szachty wentylacyjnej z City of London Hospital for diseases of the chest, Victoria Park. Ze 100 zwierząt gruźlica rozwinęła się tylko u 2 (pył z szachty), chociaż 74 zabito dopiero po upływie 2 — 3 miesięcy, a reszta zdechła w ciągu miesiąca. Następnie Kirchner ⁴⁾ znalazł laseczniki gruźlicze w pyłe pomieszczenia wojskowego (Montirungskammer), w którym trzech podoficerów, zarządzających tym składem, zmarło, jeden za drugim, z suchot. Wreszcie H. Hance ⁵⁾ z New-Yorku badał pył w rozmaitych mieszkaniach, dobrze i źle utrzymanych, zamieszkiwanych dłużej lub krócej przez suchotników, w omnibusach i wagonach kolei napowietrznej, w salach i poczekalniach szpitali Bellevue i Charity. Na 13-cie seryj prób, w każdej po kilka do kilkunastu doświadczeń (na 70-ciu zwierzętach) otrzymano wynik dodatni trzy razy. W mieszkaniach, gdzie plwocina była zbierana w spluwaczki lub palona, pył nie zawierał laseczników, ale i pył zebrany w poczekalni szpitalnej, tuż obok spluwaczki, okazał się również nieszkodliwym. Jedno

1) N. W. Umnow. „K woprosu o smiertnosti ot czachotki w St. Pietburgie, 1886—1896.“ Dysertacya St. Pet.. 1897.

2) Lanect, 1898, czerwiec.

3) ref. w Virchows Jahresb. za r. 1894.

4) ref. w Virchows Jahresb. za r. 1896.

5) Virch. Jahresb. za r. 1896.

z dodatkich doświadczeń dał pył zebrany w omnibusach (1 zwierzę na 9 użytych).

Doświadczenia te wykazują, że w czysto utrzymanych mieszkaniach pył nie zawiera laseczników, oraz że spotykają się one wogóle o wiele rzadziej, niżby się można było spodziewać. Na zagładę laseczników w pyłe składają się różne czynniki, jak gnicie, wysychanie, a szczególnie światło słoneczne. Odnośne doświadczenia Mignesco wykazuje, że słońce niszczy laseczniki po upływie 10 — 30 godzin, podczas gdy zimno (1 — 10° C.) nie wpływa na nie ujemnie, a wilgoć, według Cadéac i Mellet'a ¹⁾, niszczy je zaledwie po miesiącu.

Przeciw Cornet'owi i wnioskóm, wyprowadzanym z jego doświadczeń, świeżo wystąpił znany profesor higieny z Wrocławia Flügge ²⁾. Już przed nim różni badacze (Sirena i Pernice, Celli, Guarnieri, Tappeiner i inni) zaznaczali, że nie udawało się im otrzymać dodatkich wyników w próbach zakażenia zwierząt drogą wdychania wysuszonej płwociny suchotniczej. Flügge dodaje, że w zwykłych warunkach istniejący ruch powietrza w mieszkaniach niema tak silnego prądu, by mógł poruszyć pył z lasecznikami i utrzymać go czas jakiś w zawieszeniu. Prąd powietrzny unosi z powierzchni płynów cząsteczki przy szybkości wyższej, niż 1 metr na sekundę; z powierzchni napół wysuszonych nawet prądy siły 60 m. na sekundę nic nie unoszą. Przy zupełnem wyschnięciu prąd 5 m. nic nie unosi. Z ubrania silne prądy nie unoszą wcale cząsteczek, a dopiero, gdy wskutek poddania sterylizacji cząstki tkanek skruszały od gorąca i łamały się łatwiej ³⁾. Flügge twierdzi, że właśnie wilgotna płwocina wielokrotnie rozpryskiwana w mikroskopijnych cząsteczkach przy kaszlu, — czemu Cornet stanowczo przeczy, na daleką odległość (kilka do 10 metrów) unosi się czas jakiś w powietrzu i daleko łatwiej stać się może źródłem zarazy. Wszystkie bowiem doświadczenia nad inhalacją płwociny wilgotnej (nawet w rozeńczeniu 1 : 10,000) dawały wyniki dodatnie.

Omawiając hipotezę Flügge'go, Römpler mówi z ironią, że przy istnieniu tego rodzaju szerzenia się gruźlicy, należałoby do zawodów, usposabiających do suchot, jak kamieniarstwo, pilnikarstwo, zaliczyć i laryngologię. Ci specjaliści narażają się bowiem najwięcej na za-

¹⁾ Lyon. Méd., 1888.

²⁾ C. Flügge. „Ueber die nächsten Aufgaben d. Erforschung d. Verbreitungsweise der Phtise.“ Deut. Med. Woch., 1897, 42.

³⁾ C. Flügge. „Ueber Luftinfektion“. Zeit. für Hygien. 1897.

szczepienie sobie gruźlicy przez wdychanie wilgotnej plwociny, nieuniknione przy badaniu suchotników lustrem. Tymczasem wśród laryngologów niemieckich gruźlica bynajmniej nie grasuje, i zapewne dyrektorzy zakładów dla obłąkanych warują częściej, niż kierownicy zakładów dla suchotników zapadają na gruźlicę.

W każdym razie wobec tego, że obrońca jednej drogi zarażenia się odrzuca możliwość zarażenia się sposobem drugim, kontagionista przekonany znajduje się prawdziwie na rozstajnej drodze i nie wie ostatecznie, jak objaśnić sobie, w jaki sposób może przyjść do skutku zarażenie się gruźlicą, uważane zresztą za pewnik. Należy tu jeszcze zauważyć, że istnieją wątpliwości natury ogólniejszej, czy wogóle płuca są miejscem, do którego zarazek gruźlicy dostaje się z zewnątrz i tam pierwotnie rozwija. Przypuszczenie bowiem tego ostatniego opiera się na tym fakcie, że zmiany w płucach w gruźlicy przedstawiają najczęstsze umiejscowienie. Tymczasem stosunek ten procentowo do innych umiejscowień zmian gruźliczych, np. w tak zwanej gruźlicy chirurgicznej, nie jest ściśle i pewnie określony, a z drugiej strony, jak to zaznacza Baumgarten ¹⁾, według miejsca największego rozwoju pewnej sprawy patologicznej nie można napewno wnioskować o drodze, na której zarazek jej przedostał się do ustroju, a zwłaszcza dotyczy to chorób zakaźnych. Tak np. w przymiocie wrodzonym płuca są często jedynym albo najwięcej zajęтым narządem, pomimo że zarazek nie mógł być wprowadzonym przez oddychanie. Naodwrot, w tyfusie i malaryi zakażenie nieraz ma miejsce przez drogi oddechowe, a umiejscowienia zmian chorobowych w płucach nie zdarza się tu prawie wcale. Do przykładów Baumgartena można dodać i inne np. ospę.

Z drugiej strony Baumgarten zaznacza, że przy sztucznej gruźlicy prawie zawsze bywają zmiany w płucach, niezależnie od miejsca zaszczepienia, chociażby po wprowadzeniu wytworów gruźliczych przez skórę. Dowodzi to, że płuca są miejscem uprzywilejowanym dla zmian gruźliczych, ale nie świadczy, iżby płuca były pierwszym miejscem, w którym się lasecznik gruźliczy osiedlił.

Mniej kłopotu robiła ta kwestya i mniej się nad nią zastanawiano przed ograniczeniem poglądu na wszechobecność laseczników Kocha, co stało się dzięki poszukiwaniom Cornet'a, to też świeżo

1) P. Baumgarten. „Ueber die Wege d. tuberkulösen Infection“. Zeitschr. f. Klin. Med., VI.

ogłoszona teoria znalazła szybko masę faktów klinicznych na swoje poparcie.

Zyskane wtedy podstawy utrzymują się w swej sile nadal i dotąd, pomimo różnych ograniczeń i wątpliwości, jakie wyłoniły się tymczasem.

Przy rozpatrywaniu ich bezstronnie okazuje się jednak, że wiele z nich nie wytrzymuje wcale krytyki, wiele zaś ma charakter tak rażący, że wobec ich siły przekonywającej zaraźliwość przymiotu, ospy, w tył musi wstąpić w porównaniu z zaraźliwością suchotu. Niema oczywiście żadnej podstawy do podejrzewania dobrej wiary tych prozelitycznych spostrzeżeń, ale nie możemy otrząsać się z wrażenia, że robione były w stanie jakiegoś zahypnotyzowania przez olśniewającą umysły ideę. Sposobność do spostrzegania tego rodzaju zjawiska psychologicznego wśród umysłów z niejako natury swego umysłowego rozwoju obowiązanych do krytycyzmu, niestety, powtarza się często wśród lekarzy.

Tak np. weźmy ze zbioru Debove'a ¹⁾ spostrzeżenie Vialettes: J. A. z rodziny gruźliczej żeni się z A. A., osobą zdrową z rodziców zdrowych. J. umiera; żona wychodzi powtórnie za mąż, zachorowuje i umiera na suchoty, przekazując swą chorobę drugiemu mężowi i kuzynce, która ją pielęgnowała. Kuzynka ta umiera z suchot, zaraziwszy uprzednio swego męża!

Albo spostrzeżenie Bergéret: Młody żołnierz ze zdrowych rodziców zachorowuje w pułku na suchoty. Odesłany do domu zaraża ojca, matkę i dwóch braci! Ojca pielęgnuje sąsiadka, która zaraża się sama, a potem i swego męża!

Czyż zamiast zarażania się w tem zwłaszcza spostrzeżeniu nie widać dziedzicznego obarczenia całej rodziny? Czyż taki materiał może przekonać? Czy przy tak łatwym zarażaniu się możnaby się przed niem nie uchronić. Taki żołnierz suchotnik, powracający do domu i zarażający po kilku (do 15!) osób, powtarza się niejednokrotnie.

Wassermann ²⁾, jako pewny fakt zarażenia, podaje przypadek wczesnej gruźlicy u 10 miesięcznego dziecka zdrowych rodziców,

¹⁾ Debove. „Leçons clin. et ther. sur la Tuberculose parasitaire“. Paris, 1884.

²⁾ Wassermann. „Beitrag z. Lehre von der Tuberkulose im frühesten Kinderalter“. Zeitsch. f. Hyg., 1, 17.

w którym zarażenie się nastąpiło wskutek spania tego dziecka przez 8 dni w jednym pokoju z suchotnikiem! Czy przez wziewanie pyłu suchego, czy sposobem Flügge'go? Wogóle jak? nastąpiło zarażenie, nad tem się autorzy nie zastanawiają wcale.

(C. d. n.).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

1. Prot. Dieulafoy. **O ropniach wątrobowych, wywołanych przez zapalenie okołokątnicze.** (La semaine médicale, № 56, 1898).

Na oddział prof. D. przybył trawiony gorączką mężczyzna 34-letni, chory, jak sam twierdził, przynajmniej od dni dwunastu. Obok umiarkowanych, zresztą, objawów żółtaczki stwierdzono podczas badania u osobnika tego wyraźne bardzo powiększenie wymiarów wątroby, sięgającej łukowato aż do nadbrzusza, nader na ucisk wrażliwej i wyczuwalnej na szerokość dwóch palców po za linię żeber rzekomych. Cierpienie, według słów chorego, zaczęło się nagle od dreszczów i gorączki, napady zaś tego rodzaju powtarzały się w różnych czasu odstępach codzien prawie, kończąc się obfitem występowaniem potów i śpiączką. Do napadów powyższych dołączał się jeszcze ból w okolicy wątroby, mocny na początku okresu gorączkowego i bardziej w ciągu dni ostatnich umiarkowany, lubo ponawiający się stale; później, t. j. w dni kilka, wystąpiła żółtaczka, która nigdy wszelako nie była wybitną.

Wyniki badania oraz przebieg kliniczny cierpienia przemawiały za wytworzeniem się w wątrobie sprawy ropnej, której charakter jednak trudno było określić na razie dokładnie. Przeciwno bąblowcowi przemawiał wynik ujemny przekłucia próbnego, tak prędkie zaś powiększenie się wymiarów wątroby czyniło niemożliwem myśl o zapaleniu ropnem dróg żółciowych (angiocholitis suppurativa); nie brano również w rachubę możności t. zw. ropnia podzwrotnikowego wobec braku danych, przemawiających za nim. Nie przeczo wszelako jednej jeszcze ropnia wątrobowego odmiany, o której pamiętać należy zawsze, a która bywa następstwem ostrego zapalenia okołokątniczego. Jakoż rozpytywany w sprawie tej chory oświadczył, że przed wystąpieniem gorączki doznawał przez dni kilka bólów brzucha, które zmusiły go do zaniechania zajęć, przyczem bólowi towarzyszyło zaparcie. Punkt wyjścia tychże chory określał i umiejscawiał arey-dokładnie, to też nietrudno było dociec, że owa

sprawa chorobowa brzuszna szerzyła się głównie w prawym dole pachwinowym, a mianowicie: w okolicy kiszki ślepej, t. j. na środku linii, ciągnącej się od pępka do prawego górno-przedniego kolca biodrowego. Jakkolwiek w danym przypadku opierano się tylko na wywiadach, miano jednak prawo przypuszczać, że osobnik badany przebył sprawę zapalną okołokatniczą o natężeniu umiarkowanym, wprawdzie uległ jednak najgroźniejszemu bodaj z jej następstw, bo ropnemu zakażeniu wątroby. Nie ulegało wątpliwości prawie żadnej, że w razie tym wątroba stała się siedliskiem ropni rozsianych, co przyszło chorego stawiło w świetle ponurem. Przebieg dalszy cierpienia potwierdzał coraz wymowniej słusność takiego rokowania, bo chociaż po dwóch tygodniach napady, przypominające zimnicę przestały powtarzać się, chory gorączkował ciągle, wymiary zaś wątroby zwiększały się stale, tak że w końcu z narządu tego wytworzył się guz ogromny, napięty, twardy a gładki. Od czasu do czasu odcień żółtaczki wzmagał się wyraźnie, a stosownie do tego i stolce zabarwione były mniej lub więcej, bóle wreszcie z okolicy wątroby szerzyły się ku nadbrzuszu i klatce piersiowej. Z kolei rzeczy w części dolnej prawego zwiastowała płuća występować zaczęły objawy zastoinowe i obrzęku, na twarzy zaś — objawy róży, która trwała dni kilka; stan ogólny pogarszał się szybko, chory dostał duszności i biegunki; zmarł wreszcie, przebywszy 26 dni w szpitalu, t. j. po upływie 6 tygodni od pierwszego napadu gorączki. Wynik oględzin pośmiertnych potwierdził zupełnie postawione za życia rozpoznanie: mięka, zniekształcona i więcej, niż w dwójnasób powiększona wątroba ważyła 3,200 gramów; cięcia, poprowadzone w różnych jej częściach, wykrywały wszędzie obecność ropni, któremi narząd ów był literalnie naszpikowany i których liczba dochodziła mniej więcej do 200. Ropnie te, o wymiarach jaja, orzecha łaskowego lub główki szpilki leżały bądź powierzchownie, tuż pod torebką Glissona, bądź chowały się w mięszu głęboko; jeden z nich, wielkości pomarańczy, siedział w zrazie prawym, niektóre łączyły się wzajemnie, tworząc rozległe ogniska kręte, inne pooddzielane były od siebie przegrodami bądź zdrowej, bądź zmienionej tkanki wątrobowej. Większa część tychże miała na przecięciu wygląd gąbczasty, obwódkowy (abcès aréolaires du foie Chauffard'a). Odróstek biodro-katnicowy (appendix ileo-coecalis) otoczony był przez błony rzekome, powiększające w trójnasób niemal jego objętość; błony te łączyły ściśle wyrostek robaczkowy z powierzchnią tylną katnicy (coecum), oraz z przednią mięśnia lędźwiowego (m. psoas). Po rozcięciu zrostów powyższych znaleziono ropień okołokatniczy, zawierający łyżkę wydzieliny o zapachu gnilnym. Naczynia u podstawy wyrostka rozszerzone były do tyła, że tworzyły siatkę żyłaków, szerzących się po katnicy i łączących się tamże z żyłami kręzkowemi. Na błonie śluzowej nie przedziarawionego zresztą wyrostka znaleziono w czterech miejscach owrzodzenia, pod śluzówką zaś — ropień mały, z wydzieliny którego otrzymano hodowle czyste lasecznika okrężnicowego. Na preparatach pod drobnowidzem można było widzieć dokładnie marszrutę drobnoustrojów z wyrostka robaczkowego do wątroby, której stoczenie

w tak krótkim czasie dowodzi, że te ostatnie, nagromadziwszy się w zamkniętej małej jamie, jak w wyrostku, nabierać muszą jadowitości, przewyższającej niesłychanie zwykły, właściwy im stopień infekcyi. Przed laty trzema, D. spostrzegł również pewną dziewczynę 11-letnią, u której, ze względu na objawy zapalenia otrzewny, Róutier wykonał laparatomię, stwierdziwszy w przebiegu tejże zgorzel i przedziurawienie wyrostka; w dni kilka wystąpiły dreszcze i gorączka, niebawem ból w podżebrzu prawem wraz z powiększeniem się wymiarów wątroby. Po dwóch tygodniach operowana umarła. Te wikłająca sprawa zapalna w kątnicy ropnie wątrobowe nie są bynajmniej jakimś zjawiskiem niezwykłym. Spostrzeżeń takich Berthelin zestawił 28, Feltz i Jorand opisali je również w r. 1894-ym, w roku następnym spostrzegł tego rodzaju ropnie Achard, a ileż wreszcie ujęć mogło uwagi badacza!

Przypadki te przekonują dostatecznie o możliwości zakażenia wątroby przez drobnoustroje, gospodarujące w okołokątniczem ognisku zapalnym, o istnieniu t. zw. foiegappendiculaire, jak chce mieć autor. Nie należy zatem w razie trafne o sprawę zapalnej w wyrostku rozpoznania łudzić się nigdy łagodną napozór tegoż zapalenia postacią; tembardziej tryumfować nie trzeba, gdy cierpienie udało się zażegnać wewnątrzniemi lekami, nigdy bowiem pewnym być nie można, czy ozdrowieniec rzekomy w dni kilka po tak „skutecznej“ terapii wewnętrznej nie ulegnie wtórnemu zakażeniu wątroby, na co wówczas i chirurg już nie poradzi. Infekcyja bowiem podróż swą odbywa po cichu, a drobnoustroje, po swem dopiero przybyciu do wątroby wytworzą szereg przypadłości, zwracających na się uwagę.

Jak nieodzownem jest zresztą operowanie niby lekkich nawet, bo przebiegających bez podwyższenia ciepłoty przypadków zapalenia okołokątniczego, widzimy stąd, że niejednokrotnie już podczas wykonywanej w godzin 30 od wybuchu cierpienia laparatomii znajdowano wyrostek przedziurawiony, a niechybne zapalenie otrzewny — nader bliskiem. Dane te są przyczynkiem wymownym do potwierdzenia teoryi o wzmaganiu się złośliwości jadu drobnoustrojów w jamach zamkniętych, na co naprowadzały już przedtem wyniki przeprowadzanych w kierunku tym doświadczeń. W owym to kanale wyrostkowym, przemienionym w przestrzeń ściśle okoloną przez błony, lasecznik okrężnicowy zyskuje na swej sile zakaźnej, oraz nabiera tamże rozpędu, co ułatwia mu przedrzeć się przez ściany nieprzedziurawionego nawet wyrostka do otrzewny, a po przebyciu naczyń chłonnych i krwionośnych — zakazić wątrobę a distance drogą wielkiej żyły krezkowej i wrotnej, skolonizować wreszcie narząd ten z szybkością prerażającą. Że w zamkniętej tej jamie właśnie, a nie na zewnątrz od wyrostka powstają owe warunki szczególne, sprzyjające wędrowce mikrobów, przekonać się stąd można, iż inne, głębokie nawet, obrażenia jelit i otrzewny nie dają ropni w wątrobie; powikłania natury tej nie spostrzegano ani w przebiegu spraw ropy-zapalnych w otrzewnie, ani w następstwie owrzodzeń jelit natury gruźliczej lub durowej, a nawet zajęcie ścian wyrostka robaczkowego przez sprawę gruźliczą lub promieniczą pozostać może bez ujemnego na

wątrobę wpływu, jeżeli tylko kanał wyrostka przeistoczony nie będzie w ognisko zamknięte. Warunek ten jest *primum movens*, do nasilenia jadu niezbędny.

Jak tylko drobnoustroje chorobotwórcze zdołają przedostać się do wątroby, w zrazikach jej sadowią się śpiesznie, dzięki zaś swej energii zakaźnej oraz podatności terenu w przeciągu dni kilku wywołują zmiany chorobowe nie do usunięcia. Objętość wątroby powiększa się w razach tych niemal w dwójnasób, jej miąższ nurtują setki ropni, narząd cały przeistacza się w gąbkę ropiastą, przyczem uderzającą jest najbardziej różnica w rozległości powstałych w nim zmian zwyrodniających z białą napozór przyczyną. Z jednej bowiem strony stwierdza się małą jamę zamkniętą, powstałą z wyrostka, łagodny często przebieg zapalenia okołokątniczego, z drugiej — infekcję wątroby, która narząd ten ogarnia szybko i choremu nie przebacza nigdy. Ze względu, że zakażenie to występuje po ostrym okresie zapalenia kąticy nie zaraz, że wędrówka czynników chorobotwórczych przez ustrój żylny odbywa się zwykle po upływie dni 5 do 6, licząc od wybuchu cierpienia pierwotnego, chirurg ma czas zatem do wykonania właściwego zabiegu i odwrócenia od osobnika chorego powikłań dlań tak groźnych.

K. Niedzielski.

2. Boinet. Badania doświadczalne nad powstawaniem choroby Addisona. (Revue de Méd., XVII, 2, p. 136).

Przyczyna choroby Addisona jest sporną, ponieważ zmiany chorobowe ani w nadnerczu, ani w układzie nerwu współczulnego, nie należą do stałych. B. starał się zbadać na drodze doświadczalnej podstawowe objawy tej choroby. Już Brown-Séquard znajdował powiększenie ilości barwnika krwi u zwierząt, pozbawionych nadnerczy, i wywnioskował stąd, że wydzielina tego narządu niszczy ciało, z których wytwarza się barwnik. Na 58 przypadków, w których autor badał krew szczurów z wyjątkami nadnerczami, znalazł on w 15 dużo barwnika, w 29 mało i w 14 brak jego zupełny; jeżeli zwierzęta były poprzednio zmęczone i wyczerpane, to ilość barwnika powiększała się znacznie. Podobne zjawisko miało miejsce przy drażnieniu narządów przez lapis, jodynę, chlerek żelaza, chlerek cynku, ropę i t. d. Powiększenie ilości barwnika było znaczniejsze u zwierząt, którym usunięto obydwa nadnercza prawdziwe oraz dodatkowe. Nacieczenie i złogi barwnikowe znajdował B. w rozmaitych narządach, w układzie nerwowym, w gruczołach chłonnych, śledzionie i tkance podskórnej. U jednego szczura, gdzie złogi barwnika były bardzo znaczne, znaleziono prócz ciemnego, bezzbarwnego pigmentu kryształowy hemoglobiny i podobne do cholesteryny i tauryny. Prawdziwego brązowego zabarwienia skóry nie spotkano w żadnym przypadku; zależy ono prawdopodobnie od zaburzenia czynności komórek barwnikowych skóry pod wpływem podrażnienia układu współczulnego.

go. B. znalazł w 16-tu przypadkach na 24 u zwierząt operowanych znaczne zmiany w nerwie współczulnym i w trzech przypadkach zwyrodnienia słupów bocznych rdzenia. Wpływ układu sympatycznego na pomnożenie i złogi barwnika jest niewątpliwy; jednak upośledzenie działalności nadnercza, wpływające na jednolitość krwi, której wyciągi od zwierząt, pozbawionych nadnercza, działają na zdrowe zwierzęta jak jad mięśniowy, ma również ważne znaczenie. Zatrucie ustroju przez ciała, które winny być zniszczone przez nadnercze, tłómaczy nam inne objawy choroby Addisona: wyczerpanie układu nerwowego i zaburzenia żołądkowo-kiszkowe.

W. Miklaszewski.

3. Prof. Schultze. **O zabarwieniu ciemnem (melanoplacia) błony śluzowej jamy ustnej jako wskazówce zapoznawczej choroby Addisona.**
(Deutsche Med. Woch., № 46, 1898).

W wątpliwych przypadkach choroby Addisona zabarwienie błony śluzowej jamy ustnej ułatwia rozpoznanie, zwłaszcza gdy skóra nie ma zabarwienia brązowego; tak przynajmniej patrzy na ten objaw Neusser. Autor nie zgadza się z tym poglądem i dowodzi, że spotyka się to zabarwienie nietylko bez innych objawów choroby Addisona, lecz nawet u chorych z wyraźnie z zaznaczonymi objawami innego cierpienia. Najczęściej ma to miejsce w chorobach przewlekłych, wyniszczających, zwłaszcza w raku żołądka, marskości wątroby, suchotach i t. d. S. przytacza kilka takich przypadków, przedstawiających duże trudności różniczkowe; niestety, przypadki były niesekcyjne. Do postawienia pewnego rozpoznania choroby Addisona, Schultze uważa za konieczny objaw obecność zabarwienia brązowego skóry wbrew pogładowi Kahldena, dla którego dość dwóch objawów: postępującego zaniku sił oraz zaburzeń narządów trawienia. S. przytacza jeden przypadek niedokrwistości złośliwej, w której dwa powyższe objawy chorobowe były wyrażone bardzo silnie i dowodzi, że taki przypadek, niemniej jak i wiele innych cierpień wyniszczających z przebiegiem przewlekłym trzebaby uważać w myśl Kahldena za chorobę Addisona.

W. Miklaszewski.

4. Determann. **Badania kliniczne nad płytkami krwi** (Klin. Untersuchungen über Blutplättchen. Arch. f. Klin. Med., t. 61, str. 365 — 411).

Przy badaniach krwi od czasu do czasu wpadają w oczy bezkształtne kupki z t. zw. płytek krwi; badać bliżej te ostatnie jest bardzo trudno na skutek ich lepkości i łatwego rozpadania się. W dodatku do niedawna panowały wątpliwości nietylko względem ich po-

chodzenia i znaczenia, ale nawet co do tego, czy owa nazwa odpowiada jednorodnemu pojęciu, gdyż we krwi znajdują się czasami i inne drobnitki ciała. Rozumie się, że rozpadniętych płytek nie możemy już ani rozróżnić, ani rozpoznać, jako takie. Do badań trzeba brać kroplę krwi, zmieszaną już przy wypływie z kroplą płynu konserwującego, umieszczoną na miejscu przekłucia. W ten sposób można nie tylko badać płytki morfologicznie, lecz zarazem oznaczyć ich liczbę przez obliczenie stosunku między nimi a erytrocytami na preparacie, a następnie przez wyliczenie zwykłą metodą absolutnej cyfry tych ostatnich w 1 mm. sześciu. Świeże płytki mają od $2\frac{1}{2}$ do 5 m. średnicy nawet u jednego i tego samego osobnika. Należy zawsze śpieszyć się z badaniem, gdyż nawet w płynie Müllera po jakimś czasie płytki pęcznieją i rozpadają się. Do barwienia suchych preparatów najlepiej nadaje się Methylviolett.

Co się tyczy liczebnych stosunków, to Determann znajdował u zdrowych ludzi jedną płytkę (p) na 18 do 30 czerwonych ciałek (E), średnio $p : E = 1 : 22$. Ani trawienie, ani głód, ani praca, ani ciąża wpływu na te stosunki nie mają; noworodki wykazywały mało p , jeden tylko z *icterus neonatorum*, — pomnożenie ($p : E = 1 : 10$); po znaczniejszych utratach krwi następuje również wzmożenie się liczby p .

Po rozpatrzeniu sprzecznych nieraz danych z literatury i tabelarycznym zestawieniu wyników własnych badań, autor stara się wysnuć wnioski co do znaczenia i pochodzenia płytek. Przedewszystkiem okazało się, że ilościowe oznaczanie tychże dla celów rozpoznawczych ma podrzędne znaczenie; albowiem Determann znalazł ich pomnożenie w najrozmaitszych chronicznych kachexiach, szczególnie tych, które zarazem prowadzą do anemicznych zmian krwi; natomiast żadnej zależności od leukocytów autor nie zauważył. Zmniejszenie się ilości płytek jest objawem rzadkim, zdaje się występować na krótko przed śmiercią, lub przy ostro, a groźnie przebiegających chorobach zakaźnych; w razie pomyślnego zejścia zmniejszenie to ustępuje miejsca pomnożeniu.

Co się tyczy pochodzenia płytek, to Determann przy pomocy dwóch nowych metod badania krwi: w szpiku białym (*Hollundermarkplättchen-methode*) i w wypróbowanych przez niego aseptycznych rurkach szklanych (*Glasröhren-methode*)¹⁾, wyraża w myśl Arnold'a²⁾ przekonanie o genetycznym związku między płytkami, a czerwonymi ciałkami krwi: ilość pierwszych jest do pewnego stopnia miarą odporności ostatnich. W ten sposób krew (erytrocyty) z wysoką izotonią powinna mieć mało płytek i naodwrot. Płytki nie posiadają już hemoglobiny i przedstawiają poprostu substancję protoplazmatyczną. Czy wszystkie płytki pochodzą z erytrocytów i czy grają one ważną rolę przy krzepnięciu krwi, są to jeszcze kwestye otwarte. Wogóle więc zachowanie się i liczba płytek we krwi

1) Po szczegóły odsyłamy do oryginału (str. 396—403).

2) *Virchow's Archiv*, t. 145, 148 i 150.

nie przedstawiają dla żadnej choroby nic charakterystycznego, lecz raczej są wyrazem tego, o ile dana choroba powoduje rozpad erytrocytów.

J. Piotrowski

II. Choroby dzieci.

5. Rudolf Fischl. Źródła i drogi zakażenia septycznego niemowląt. (Volkmann's Sammlung Klin. Vortrage N. 220. 1898.)

Autor nie ogłasza nowych faktów, ale opierając się na odnośnej literaturze i własnem doświadczeniu, omawia krytycznie obecny stan kwestyi, zaznaczonej w nagłówku.

Pracę swą zaczyna od kilku uwag o dawniejszem i dzisiejszem określaniu pojęcia infekcyi septycznej.

Z pomiędzy rozmaitych zdań w tej kwestyi skłania się ku poglądom Kochera i Tavela, według których przyczynę zakażenia septycznego stanowią tylko mikroby ropotwórcze w ścisłem (tego słowa znaczeniu, mianowicie staphylo- i streptococcus pyogenes, bacterium coli, bacillus pyocyaneus i diplococcus Frankel'a.

Co do postaci zakażenia septycznego, według klasyfikacyi tychże badany, rozróżnić należy następujące: toxinaemia (gdy same toksyny przechodzą do krwi) i bacteriaemia (gdy przechodzą bakterye), następnie, stosownie do gatunku drobnostroju: staphylaemia, streptaemia, colibacilaemia i t. d.; prócz tego, jeśli ten sam mikrobia przyczyną zmian zarówno ogólnych, jak miejscowych: monomikrobielle infection; w przeciwnym razie: „polimikrobielle“ I,“ Wreszcie stosownie do tego, czy źródło zakażenia znajduje się w samym organizmie, czy zewnątrz takowego: autoinfectio i heteroinfectio.

Po tych ogólnych uwagach i zaznaczeniu różnych warunków, zwiększających skłonność do zakażenia w wieku niemowlęcym, autor przechodzi do źródeł zakażenia septycznego niemowląt.

Istnieją dowody, że już in utero płód może być narażony na zakażenie albo przez łożysko (jużto zmienione, jużto prawidłowe), albo przez wodę płodową przy przedwczesnem pęknięciu, lub sztucznem rozdarciu pęcherza. Również przy porodzie toż samo niebezpieczeństwo grozi przy przejściu dziecka przez zakażone części rodne (infectionsobstetricales Marfana).

Po porodzie źródła infekcyi są następujące: *Heteroinfectio*: najpierw powietrze, zwłaszcza w zakładach dla niemowląt, powietrze niektórych sal w Domu Podrzutków w Paryżu zawiera wiele złośliwych paciorkowców, w szpitalach Trousseau staphylococcus pyogenes aureus, dalej wszelkie zawierające zarodki secréta et excreta — odzież, nieczyste przyrządy, tasiemki, nożyczki, gąbki i szczególnie ręce piastunek. Znane są też fakty przeniesienia infekcyi za pomocą wylęgacza (couveuse) dzieci niedonoszonych, szczególnie skłonnych do zakażenia.

Również woda, w której kąpie się dziecko, może być roznościelką infekcyi, jak tego dowodzą spostrzeżenia wielu lekarzy. Pomimo to Fischl nie podziela pod tym względem obawy niektórych autorów (Doktora i Keilmanna), zalecających wstrzymanie się z drugą kąpielą noworodka aż do odpadnięcia pępowiny. Dalej źródłem infekcyi może być pożywienie dziecka. Wiadomo, że w prawidłowym mleku kobiecym napotymano drobnoustroje, wszelako niebezpieczeństwo ztąd niewielkie, jeśli tylko niema pęknięcia brodawek, w których usadawiają się drobnoustroje, lub rozpoczynającego się zapalenia sutek (mastitis), choć Epstein zapewnia, że niemowlę może wielkie ilości ropy połykać bezkarnie.

Wreszcie pokarm matczyzny może być bezpośrednim roznościcielem zakażenia, jeśli matka jest zarażoną. Więcej różnorodne są źródła zakażenia przez sztuczne pożywienie. Oprócz możności przeniesienia infekcyi za pomocą smoka, flaszki, a nawet za pomocą mleka sterylizowanego, stojącego przez dłuższy czas na powietrzu, źródłem zakażenia mogą być zarodki chorobotwórcze w mleku, pochodzące od ekskrementów, nieczystości obory, choroby wymion i t. p.

Do źródeł heteroinfekcyi zaliczyć jeszcze można wydzielinę z pochwy i odchody połogowe (lochia) karmicielki, które i w prawidłowym połogu zawierają mogą drobnoustroje szkodliwe dla dziecka; podobnież sprawy ropne na skórze lub błonach śluzowych matki albo piastunki.

Autoinfectio: Noworodek bezpośrednio po przyjściu na świat wolny jest od bakteryj; wkrótce atoli we wszystkich jamach jego ciała, stykających się ze światem zewnętrznym, napotkać można grzybki rozsiewkowe, między innymi i chorobotwórcze. W pewnych warunkach drobnoustroje te rozwijają swoją szkodliwą działalność. zwłaszcza przy braku lub niedostateczności środków, któremi organizm broni się od zakażenia (przy niedostatecznej chociażby utracie nabłonka, przekrwieniu, zastoju i t. p.) Dzieci, skądinąd chore, rzecz prosta, przedstawiają warunki dogodne dla autoinfekcyi.

Tej ostatniej sprzyjają też pewne czynniki zewnętrzne, wpływając na rozmnożenie się mikroobów, lub potęgując ich złośliwość.

Z kolei przechodzi autor do dróg, za pomocą których organizm ulega zakażeniu.

Jakkolwiek każde miejsce ciała może być punktem wyjścia infekcyi, to jednakże istnieją miejsca, rzecz można, predystrykcyjne, z których najczęściej biorą początek sprawy zakażenia. U noworodka warunki, usposabiające w ten sposób niektóre części ciała do przyjmowania infekcyi, zależą nietylko od czynników ogólniejszych (jak silniejsze luszczenie się nabłonka skóry i błon śluzowych, brak warstwy rogowej na skórze, brak ekspektoracyi i t. d.), ale i od niektórych momentów specjalnych.

Przedewszystkiem w pierwszych dniach życia odgrywa się ważna sprawa zapalna, towarzysząca wytworzeniu się pępka.

Nie ulega wątpliwości, że zakażenia septyczne, biorące początek z rany pępka, odgrywały dawniej taką rolę w chorobach noworodków jak sprawy puerperalne w patologii połogu.

Jeszcze w roku 1875 Epstein dowodził, że prawie połowa przypadków, napotykanych przy sekcji z domu podrzutków w Pradze, przypadła na obszerne ropienie w tętnicach pępkowych i ropne zapalenia różnych części ciała. Podobne wyniki ogłaszali inni autorowie. Daje się to tłumaczyć przenikaniem drobnoustrojów do dróg chłonnych podskórnych i podsurowinych, tembardziej, że resztki pępowiny, przylegając do ciepłej skóry brzucha, stanowią doskonałe podłoże dla drobnoustrojów, stale tu napotykanych.

Jak wiadomo, stosunki obecne się zmieniły zarówno co do zakażenia pępowego jak i septycznego zakażenia noworodków, dzięki poznaniu warunków i sposobów zapobiegania infekcji.

Oprócz pępka, mogą i inne miejsca skóry stanowić wrota zakażenia. Więc rany, spowodowane uszkodzeniem przy porodzie, albo zabiegiem operacyjnym (obrzezanie), choroby skóry z utratą chroniącej powłoki (epidermis), np. pryszczycyca, wysypki syfilityczne i t. d. miejscowe sprawy ropne na skórze i w tkance podskórnej, mające w tym wieku skłonność do przejścia w sprawę ogólną ropu i t. d. O ropniach napotykanych w różnych miejscach skóry u niemowląt (multiple Abscesse) i pociągających nieraz za sobą śmiertelne zakażenie, Fischl, wbrew poglądom wielu autorów, przypisujących im pochodzenie emboliczne (z bakterii przewodu pokarmowego) twierdzi, że powstają one skutkiem przenikania gronkowców przez szczeliny między komórkami nabłonka lub przez otwory gruczołów.

Następnie drogę zakażenia stanowić może też łącznica oka, błona śluzowa nosa, ucho średnie, przy sprawach zapalnych i ropnych.

Ważniejszą drogę stanowi jama ustna, która i w stanie zdrowia bywa często siedliskiem mikrobow chorobotwórczych (staphylostrepto i pneumococci Friedlandera, bacterium coli). Sprawy niezżytowe, wrzody i błony rzekome stanowią warunki sprzyjające przenikaniu drobnoustrojów do dróg krwionośnych i limfatycznych. I gruczoly ślinowe mogą być zakażone przez mikroby ropne, w ustach znajdujące się i reagować zapaleniem się torebki, ropniami i następnie objawami ogólnymi.

Również choroby przewodu pokarmowego sprzyjają ujawnieniu się utajonego mikrobizmu cavum oris. Migdałki pod względem zakażenia w pierwszych dniach życia nie grają ważnej roli z powodu ich niewielkiej objętości, gładkiej powierzchni i głębszego położenia. Natomiast błona śluzowa dróg oddechowych, szczególnie górnej ich części, stanowi jedną z najczęstszych dróg zakażenia noworodków już to ante partum lub podczas porodu przez aspiracją zakażonej wody płodowej, już to przez przeniknięcie wydzielin pochwy. Na tę drogę zakażenia autor zwraca szczególną uwagę, wliczając różne warunki somatyczne i fizjologiczne tych narządów noworodka, czyniące je podatnymi do przyjęcia infekcji.

Tu autor zastanawia się nad pytaniem, jak zakażenie staje się ogólnem i dowodzi, że b. złośliwe mikroby wywołują zgorzel błony śluzowej i, przedostawszy się do tkanek głębszych, wytwarzają tam toksyny, których wessanie pod względem klinicznym znajduje wyraz w objawach ze strony przewodu pokarmowego, zmianach tok-

sycznych na skórze, pod względem anatomicznym jako zwyrodnienie parenchymatyczne, zwłaszcza dużych gruczołów jamy brzusznej. Gdy przebieg jest łagodniejszy, mogą rozwijać się obszerne miejscowe sprawy zapalne w płucach, przy których również ważne znaczenie ma napeężnienie i złuszczenie się nabłonka pęcherzyków powietrznych. Zład najczęściej infekcyja rozprzestrzenia się po naczyniach chłonnych, rzadziej krwionośnych.

Na fakt szerzenia się organizowanego zarazka przez drogi limfatyczne Fischl kładzie nacisk, stojąc w sprzeczności z Czernym i Moserem, którzy w zapaleniach płuc, stanowiących powikłanie nieżyłto żołądkowo-kiszkiowych, powstawanie ognisk bronchopneumonicznych przypisują emboliom.

Mówiąc o zakażeniu, którego obraz kliniczny obejmuje objawy ze strony przewodu pokarmowego, autor na mocy badań porównawczych na ogromnym materiale sekcyjnym dochodzi do wniosku, że zachodzi różnica między temi cierpieniami u dzieci przebywających w zakładach i poza takowemi. Gdy u dzieci prywatnie wychowywanych sprawy omawiane nie przekraczają stadium zwyczajnej dyspepsy, w zakładach przeważają wymioty i biegunki septycznego pochodzenia. Że te ostatnie są rzeczywiście septycznego pochodzenia, przekonywa autora ten fakt, iż w przypadkach z objawami b. gwałtownemi ze strony narządów trawienia staranne badanie histologiczne najdrobniejszych szczegółów nie wykryło żadnych zmian (toż samo samo znajdował Heubner.

Autor reasunuje swoje wnioski w ten sposób: nie można zalkiem odrzucić możliwości zakażenia ogólnego ze strony przewodu pokarmowego, wszelako takie zakażenie miewa miejsce rzadziej niż na innej drodze, gdyż spostrzeżenia odnośne nie wytrzymują surowej krytyki. Zdanie to autor wygłasza na mocy przytoczonego w streszczonej przez nas pracy krytycznego przeglądu badań bakteriologicznych krwi i innych tkanek przy t. z. zakażeniu krwi pochodzenia żołądkowo-kiszkiowego (gastrointestinale Septikämie), w jednej tablicy 6 przypadków Marfana, 26 przypadków Gaston i Renarda, 18 Marfana i Morota. Wyniki tych badań zestawione w 2-ch tablicach obejmują 6 przypadków Marfana, 26 przyp. Gaston i Renard, 16 Marfana i Marota oraz 15 Czerny'ego i Mosera. Omawiając je, autor zaleca ostrożność w ocenie wyników pośmiertnego badania bakteriologicznego, gdyż i w normalnych warunkach rychło po śmierci, a nawet w agonii, długo trwającej następuje wędrowka grzybków rozsziepkowych, zwłaszcza *bact. coli* z jelit do innych narządów.

W końcu autor wspomina o dwóch drogach, które, acz rzadko, mogą być punktem wyjścia infekcyi: organy moczowe i płciowe. Cewka moczowa i pochwa w stanie normalnym mogą być siedliskiem zarodków chorobotwórczych, które w sprzyjających warunkach (nieżyłtach, owrzodzeniach, urazach i t. d.) wywołują miejscowe zapalenie i ewentualnie zakażenie ogólne.

B. Polikier.

6. F. Blumenthal i P. Jacob. **Przyczynek do seroterapii tężca.** (Berlin. Klinisch. Woch., 1898, № 49).

Leczenie tężca zastrzykiwaniami surowicy przeciwtężcowej podskórnymi i wewnątrzżylnymi dawało mało zadawalające wyniki. Z tego powodu Roux i Borell postanowili działać bezpośrednio na mózg, to jest na narząd, stanowiący główne siedlisko cierpienia w tężcu i otrzymywali pomyślne wyniki. Do doświadczeń były używane króliki i morskie świnki, po wytrepanowaniu czaszki surowica przeciwtężcowa była wprost zastrzykiwaną do mózgu i zwierzęta chore na tężec, leczone w ten sposób, powracały do zupełnego zdrowia, podczas gdy zwierzęta, leczone podskórnymi zastrzykiwaniami surowicy, zdychały.

Autorowie wykonywali sposób leczenia Roux-Borell'a na kochach. Najprzód zastrzykiwali zarazek tężcowy w bok zwierząt. W tym celu używali stałe preparaty. Gdy po 3—4 dniach występowały objawy tężca, wtedy była stosowaną surowicą przeciwtężcowa wprost do przestrzeni podpajęczej. Do zastrzykiwań była używana surowica przeciwtężcowa Behringa z fabryki w Hoechst. Brano stały preparat, rozpuszczony w wodzie 40° C. i wprowadzano do przestrzeni podpajęczej w ilości 10—30 ctm., to jest dawkę, równającą się 1,000 do 2,500 jednostkom. Wynik leczenia był ujemny. Wszystkie leczone zwierzęta zdychały w 22 — 48 godzin po zastrzyknięci, surowicy przeciwtężcowej. Przytem nie były nawet spostrzegano polepszenia chwilowe. W jednym przypadku surowica przeciwtężcowa była zastrzyknięta nawet przed wystąpieniem objawów tężcowych a jednak wynik leczenia był niepomyślny.

Na zasadzie tych doświadczeń autorowie przestrzegają, aby zbyt wiele nie rachować na metodę Roux-Borella.

Rabek.

7. M. L. Ombredanne. **Przypadek tężca leczony zastrzykiwaniem do mózgu surowicy przeciwtężcowej.** (Annales de Médecine et chirurgie infantiles, 1898, № 23).

Przypadek następujący. Dziewczynka 11-letnia, idąc ulicą, upadła na bruk i skaleczyła nogę niżej kolana. W dziewięć dni po tem skaleczeniu wystąpiły pierwsze objawy tężca: sztywność w niewielkim stopniu mięśni wyprostnych tułowia i mięśni szczęki dolnej. Przy podnoszeniu chorej mięśnie karku i tułowia ulegają zesztynieniu i tułów wygina się w kabłąk. Dziewczyna szeroko otwiera usta i pije płyny, lecz z pewną trudnością. Kończyny górne zupełnie wolne i giętkie, kończyny dolne sztywne, lecz łatwo dają się zginać. Następnie objawy chorobowe spotęgowały się. Brzuch stał się twardy, szczękościsk powiększył się, usta skurczyły się i wydłużyły ku przodowi. Wtedy to czwartego dnia istnienia choroby została zasto. sowana surowica. Najprzód zastrzyknięto surowicę pod skórę brzu-

cha w ilości 40 ctm., w kilka godzin później 7 ctm. w mózg i w dniu następnym jeszcze 20 ctm. podskórnice. Surowica zastrzyknięta wprost do mózgu była dwa razy mniejsza od zastrzykiwanej podskórnice. W ten sposób dziewczynka w ciągu 36 godzin otrzymała 74 ctm. surowicy bez żadnych złych następstw. W dziewięć dni po zastrzykaniu surowicy ustąpiły wszystkie objawy tęcza.

Zastrzykiwanie do mózgu wykonano w następujący sposób. Najprzód chora była uśpiona przy pomocy chloroformu, głowa ogolona i umyta. Z każdej strony czaszki w kierunku przedniotylnym zostały przecięte części miękkie aż do kości na 4 ctm. na zewnątrz od linii środkowej i na 4 ctm. powyżej guzów czołowych. Czaszka była prześwidrowana za pomocą bora. Do zastrzyknięcia surowicy użyto specjalnie w tym celu służącej szprycy Roux, przy pomocy której płyn zostaje wstrzykiwany tylko kroplami powoli i z wielką prawidłowością. Igła szprycy była wkładana na 3 ctm. wgłąb mózgu. Czas, użyty na zastrzyknięcie surowicy z każdej strony, wynosił 10 minut. Po zastrzyknięciu surowicy, na ranę skóry nałożono szew i opatrunek.

Rabek.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

8. J. Castaigne przytacza przypadek choroby Addisona z naglej zejściem. Chory miał od dwóch lat ciemne zabarwienie skóry i błon śluzowych przy braku innych objawów choroby Addisona. Na sekcji znaleziono: ropień na wysokości szóstego kręgu grzbietowego, który był zniszczony i uciśnięcie rdzenia w tem miejscu, oraz sprawę gruczliczą w nadnerczach. Przy badaniu skóry znaleziono w stratum Malpighii ziarenka barwnika, nie przewyższające wymiarami 1 cm. w komórkach; barwnik nie dawał odczynu na żelazo i rozpuszczał się w stężonym amoniaku. Gruczoły chłonne obwodowe zawierały również barwniki: czarny (Addisona) i żółty (Ocker'a). W rozczyynie żelazo-cyanu potasu z kwasem solnym nie zmieniał się barwnik czarny; żółty dawał niebieskie zabarwienie. Pierwszy barwnik znajdował się przeważnie w naczyniach lub w ich pobliżu i w ciałkach białych; drugi — bez właściwego umiejscowienia. Braut jest zdania, że żółty barwnik nie wytwarza się w komórkach, lecz nacieka do nich i zostaje przetworzony; czarny zaś ma wytwarzać się w komórkach. — Schmidt i Carnot uważają obydwa barwniki za różne stadya przemiany jednego ciała. Barwnik wydziela się przez skórę z komórkami, ztuszczającymi się; jeżeli jednak w skórze nagromadzi się go zbyt wiele, to wchłaniają go i gruczoły chłonne, w których może on podlegać różnym przemianom.

(Bull. de la Soc. anat., XI, 13, p. 510, Juin-Juillet, 1897) W. M.

9. **Mosse.** Wyciągi nadnercza i śledziony trupa zmarłego na chorobę Addisona, wstrzykiwane myszom białym, królikom i świnkom morskim były bardzo jadowite, wyciągi zaś wątroby działały o wiele słabiej, wyciągi z odpowiednich narządów innych trupów nie miały całkiem działania jadowitego. Z tego **M.** wyciąga wniosek, że substancje trujące zbierają się we krwi po zniesieniu czynności nadnercza, a ten narząd przeszkadza nagromadzeniu się we krwi ciał trujących i ma za zadanie nie tylko wytwarzać przetwory, potrzebne do pobudzania ośrodków naczynioruchowych i oddechowych i utrzymać mięśnie w stanie pewnego napięcia, lecz i działa jako narząd niszczący trucizny w ustroju wytworzone.

(Fortschr. d. Med., XV, 21, 1897).

W. M.

10. **Gourfein.** *Du rôle de l'auto-intoxication dans le mécanisme de la mort des animaux decapsulés.*

Wyciąg otrzymany z krwi zwierząt, zdechłych po wycięciu nadnerczy, ma podobne własności, jak i wyciąg nadnercza. Wpływ jego na zdrowe zwierzęta po zastrzyknięciu pod skórę jest podobny do tego, jaki otrzymuje się po wycięciu nadnercza; wyraża się on i w osłabieniu ogólnym i duszności postępującej oraz wymiotach u zwierząt, które mogą wymiotować. Z narządów zwierząt, pozbawionych nadnerczy, największą jadowitością odznacza się wyciąg z wątroby. Wyciągi tracą na sile po przetarciu z wątrobą wołową.

(Revue méd. de la Suisse rom., XVII, 8, p. 557, 1897) W. M.

11. **W. Ebstein** podaje cztery przypadki choroby Addisona z zejściem śmiertelnym przy objawach ostrego zapalenia otrzewny, oraz przypadek zapalenia stawów przy tem cierpieniu. Za przyczynę tych powikłań trzeba uważać samozatrucie lub też podstawowe cierpienie — suchoty.

(Deutsch. Med. Woch., № 46, 1897)

W. M.

12. **Senator** podaje przypadek choroby Addisona, w którym podawał w celu leczniczym pastylki z wyciągiem nadnercza. Choremu poprawiło się znacznie łaknienie, zyskał on na wadze i stan ogólny stał się o wiele lepszy już po upływie 17-tu dni. Zabarwienie skóry nie zmieniło się. Ilość wydzielanego azotu w moczu i kale nie powiększyła się; ilość wydzielanego wapna stała się znaczniejsza.

(Charité-Annalen, XXII, p. 235, 1897)

W. M.

13. **Bramvell** podaje trzy przypadki choroby Addisona, z których jeden był leczony przetworami nadnercza bardzo pomyślnie, zakończył się jednak zejściem śmiertelnym wskutek przyłączenia się influenzy.

(Brit. med. Journ. Jan., 2, 9, 1897)

W. M.

14. **Oestreich** podaje przypadek wycięcia nadnercza lewego z powodu zmian gruźliczych w niem i objawów choroby Addisona (osłabienia postępującego, wychudzenia, bólów w nadbrzuchu i zabu-

rzeń w narządach trawienia). Po rękoczynie nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

(Zeitschr. f. Klin. Med., XXX, 123, 1896)

W. M.

15. Boinet robił doświadczenia na szczurach, pozbawionych nadnerczy; w celu dowiedzenia się, czy objawy choroby Addisona zależą od zaburzeń czynności nerwu współczulnego; czy też od niedostatecznej działalności nadnerczy. Przychodzi on do wniosku, że obydwie przypuszczenia są zarówno słuszne.

(Revue de Med., XVII, 1897)

W. M.

16. Prof. Vincenzi (Archiv. par le science med.) znalazł w wodzie święconej kościoła w Sassari laseczniki błonicy. Wodę zbzdano w niedzielę wieczorem po 24-godzinnem staniu w miednicy; podczas dnia miały miejsce różne praktyki religijne. Pomędzy rozmaitymi drobnoustrojami (paciorkowce, lasecznik soli) znaleziono typowe laseczniki błonicowe, które się następnie jadowitymi dla świnek morskich okazały. W tym czasie właśnie zanotowano w Sassari cztery przypadki błonicy. Przeniesienie zarazka błonicy tą właśnie drogą jest o tyle więcej prawdopodobne, ponieważ istnieje tam zwyczaj palec zmoczony w wodzie święconej przykładac do ust podczas zegnania się.

H. K.

17. J. Eröss spostrzegł u 22 noworodków tonsillitis follicularis, z których dwóch miało po jednym dniu, dwóch po dwa dni życia; w dziewięciu przypadkach początek choroby przypadł na 3 dzień, w czterech na czwarty lub piąty, w jednym przypadku na 7 dzień. Jako moment usposabiający przyjmuje autor wrażliwość błony śluzowej gardzieli, która się dopiero do bodźców życia zewnętrznego przyzwyczaić musi. Wysiłek występuje zwykle pod postacią małych punkcików, początkowo białych, następnie żółtawych. Ilość ich na jednym migdale nie przewyższa 5—6; zlewania się follikułów autor nie spostrzegął. Po jednym—trzech dniach wysiłek odpadał, błona śluzowa bladła i otrzymywała swój wygląd normalny. Jakichkolwiek zaburzeń w oddechu lub polykaniu nie spostrzegano. Z 22 noworodków połowa gorączkowała (38—39° C.) przez dzień—półtora; w ogólnym stanie dzieci zmiany szczególnej nie zauważono. Badanie drobnowidzowe wysięku wykazało, że składał się on z włókniny, nabłonków, rozpadu, drobnoustrojów i niewielkiej ilości leukocytów.

(Wien. Med. Woch., № 50, 1898)

H. K.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie doroczne z d. 4-go lipca 1898 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Jaczeński* przedstawia chorego z cierpieniem wenerycznym wrzodziejącem naczyń limfatycznych łąciami.

Tenże *Jaczeński* przedstawia chorą lat 50 przeszło, wieku liczącą, w której rozpoznaje dermatitis herpetiformis Dehringa v. pemphigus diutinus pruriginosus à petites bulles.

Rozpoznanie opiera na tem, że:

1) na zdrowej poprzednio skórze tworzą się pęcherzyki wielkości, maximum, ziarnka grochu polnego, szczelnie wypełnione płynem, pierwiastkowo przezroczystym, a później mleczno-białym:—pęcherzyki te są zgola powierzchowne, nie pozostawiają po sobie żadnych blizn, a co najwyżej, i to tylko w początkach, plamki czerwone, zwolna znikające;

2) chorej dolega pieczenie, a głównie swędzenie zwłaszcza wieczorami;

3) cierpienie trwa już od lat 5-ciu;

4) mimo to wszystko, w stanie zdrowia ogólnym nie zaszły żadne zmiany na gorsze: apetyt i sen ma chora bardzo dobry.

II. *Majewski* przedstawia chorego z obszernym rakowcem wargi dolnej, u którego po wycięciu rakowca i wyluszczeniu zrakowatych gruczołów z okolicy nadgnykowej średniej i z obydwóch trójkątów podszczękowych wykonał z powodzeniem heilo-plastykę płatem policzkowym sposobem Brunsza.

Tenże *Majewski* przedstawia chorego po częściowem wycięciu obydwóch kości prawego przedramienia, wykonanem na granicy środkowej i dolnej trzeciej części z powodu fałszywego stawu, powstałego po powikłanem złamaniu. Kość promieniowa złamaną była poprzecznie; kość łokciowa podłużnie, z odszczepem długości 4 ctm., staw fałszywy powstał wskutek wstawienia się między odłamki kości — mm. wyprostnych (extensores) palucha i wskaziciela i m. odsiebnego palucha (abductor pollicis longus). Zabieg wykonany został w 6 tygodni po złamaniu, wskutek stałej ruchomości w miejscu złamania i zupełnej bezwładności kończyny. Nad każdą z kości *M.* wykonał podłużne przecięcie długości 6 ctm., poczem od każdego z czterech odłamków kości odpiłował piłką Gille'go po kawałku długości 1 — 2 ctm.; przytem udało się wbić górny, dość ostro zakończony, odcinek kości łokciowej w jamę dolnego tejże kości odcinka (sposób Hamiltona), przez co odłamki unieruchomiły się.

III. *Czerwiński* przedstawia preparat kostny miednicy osteomalatycznej, otrzymanej przy seceji chorej, zmarłej d. 26/VII r. b.

w szpitalu Ś-go Wincentego w Lublinie. Na preparacie tym widzieć można wszystkie cechy, charakteryzujące daną postać, a więc: 1) głębokie opuszczenie i przesunięcie się ku przodowi kości krzyżowej łącznie z lędźwiową częścią kręgosłupa, co spowodowało kolosalne zmniejszenie i zniekształcenie wejścia do miednicy; 2) rynienkowane wygięcie obu kości biodrowych, w pośrodku których istota kostna znacznie ścienczała prześwieca jako sito; 3) wydłużenie spojenia łonowego ku przodowi w kształcie dzioba, wskutek czego odległość pomiędzy wstępującymi gałęziami kości łonowych zmniejszona do $\frac{1}{2}$ cm.; 4) odległość pomiędzy guzami kulszowymi znacznie zmniejszona. Cały preparat jest nadzwyczaj lekki, kości wogóle małe, cienkie — łąta dają się wyginać (osteomalacia cerea). Opis kliniczny przebiegu cierpienia w danym przypadku, opatrzonej odnośniami uwagami, Cz. ma zamiar w najbliższym czasie ogłosić drukiem.

IV. Sekretarz odczytuje sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa za rok 1897/8, bibliotekarz zdaje sprawę ze stanu biblioteki, wreszcie sekretarz, w zastępstwie skarbnika, ze stanu kasy Towarzystwa.

V. Prezes Janiezewski wygłasza mowę, w której, uważając dezyderaty swoje, w mowie inauguracyjnej przy objęciu swego urzędowania wymienione, w większej części za arcywystnione, z radości widzi ciągły postęp Towarzystwa Lekarskiego. Obecnie przy rozpoczynającym się nowym roku działalności Towarzystwa wzywa obecnych do wyboru zarządu Towarzystwa na rok 1898/9.

Głosujących 18. Wybory prowadzono przez balotowanie. Na godność prezesa większością głosów wybrany został ponownie Aleksander Janiszewski. Na vice-prezesa powołany został Stanisław Dobrucki, na sekretarza ponownie Stefan Radomyski, na pomocnika sekretarza Adam Majewski, na bibliotekarza Jan Modrzewski, na skarbnika Aleksander Staniszewski. Do komitetu bibliotecznego, składającego się z vice-prezesa, bibliotekarza i trzech członków, którego zadaniem winno być wskazywanie pism i dzieł treści lekarskiej lub przyrodniczej, mających być pręnumerowanymi lub nabywanymi dla Towarzystwa, wybrano przez balotowanie Mieczysława Biernackiego, Piotra Jankowskiego i Kazimierza Jaczewskiego.

VI. Sochacki proponuje w uznaniu wysoce pożytecznej działalności w sferze społeczno-lekarskiej d-ra Józefa Nowaka z Garwolina mianować go członkiem-korespondentem Towarzystwa Lekarskiego. — Towarzystwo wniosek przyjmuje i poleca sekretarzowi wysłać doktorowi Nowakowi dyplom właściwy wraz z nominacją od zarządu Towarzystwa.

VII. Doliński wygłasza odczyt o wychowaniu, oraz o konieczności rozpowszechniania w społeczeństwie wiadomości z zakresu dyetyki i higieny praktycznej.

VIII. Towarzystwo postanawia wysłać depezę gratulacyjną na dzień otwarcia VIII zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu w d. 1 sierpnia r. b.

IX. *Cynberg* przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiąc maj r. b.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Janiszewski*.
Sekretarz *St. Radomyski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 września 1898-go r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Dobrucki* przedstawia chorą po zapaleniu szpiku kostnego piszczeli (*Osteomyelitis tibiae*), u której przed laty trzema wydobył martwiaka całej piszczeli (*sequester totalis*), a która chodzi obecnie zupełnie dobrze, nie kulejąc.

Tenże *Dobrucki* przedstawia chorą, u której po uprzednim podwiązaniu tętnicy podobojczykowej poniżej obojczyka, wyluszczył z powodu mięsaka prawe ramię, odpiłował części stawowe łopatki i obojczyka, a powstały stąd brak pokrył płatem z piersi. Płat w części uległ zgorzeli. Obecnie rana bliska zagojenia. Chora przed laty 8-miu uległa głębokiemu oparzeniu prawego ramienia, w bliznach pozostałych zauważyła ona w listopadzie r. z. mały, twardy guzik, który rósł dość szybko, a w kwietniu zaczął wrzodzić. Do szpitala S-go Wincentego przybyła chora z guzem wielkości głowy dorosłego człowieka, na powierzchni owrzodziałym, rozpościerającym się od polowy ramienia do samej jego góry.

Tenże *Dobrucki* przedstawia chorą z rakowcem twarzy, który zniszczył większą część dolnej lewej powiaki i, przeszedłszy na nos, sprowadził w jego skrzydle dość obszerny brak. *D.* rakowca wyciął, a w 5 dni później przeszczepił skórę z plec w formie płatków, sposobem Reverdina, na górny kąt powstałej po operacji rany; płatki wszystkie się przyjęły; zachęcony tem *D.* na trzech posiedzeniach pokrył z zupełnym powodzeniem całą ranę. Za zaletę metody *D.* uważa to, że obchodzi się ona bez znieczulania chorego i że technicznie jest bardzo prosta.

Tenże *Dobrucki* przedstawia chorą lat 16 z za Łęczny z obszernym wielkości dziecka wolem mięszowym, obejmującym wszystkie trzy zrazy gruczołu. Chora pochodzi z rodziny zdrowej; guz ma od lat dwóch. Objawów duszności nie doświadcza. Z obydwóch stron guza widocznem jest tętnienie tętnie szyjnych; tętnica tarczycowa górna, kalibru pióra gęsiego, łatwo się wyczuwa. Z prawej strony w guzie — szmery przy skurczu serca. *D.* zamierza wole wyluszczyć, tymczasem zaś zastosował wewnątrz thyreoidynę.

II. *Majewski* przedstawia chorego, u którego po wycięciu obszernego rakowca wargi dolnej i wytuszczeniu zrakowaciałych gruczołów szyjnych, wykonał zabieg wytwórczy sposobem Jaesche'go. Rany zagoiły się przez rychłozrost. Obecnie chory ma usta normalnie szerokie, symetryczne z małemi zaledwie śladami blizn.

Tenże *Majewski* przedstawia chorego lat 26-ciu, u którego przez cięcie zewnętrzne wydobył obszerny martwiak szczęki dolnej, zawie-

rający cały prawy wyrostek kłykciowy wraz z jego powierzchnią stawową, kąt dolny trzonu i cały dolny brzeg aż do bródki (mentum). Brzeg górny z zębodołami i wyrostkiem dziobiastym (pr. coracoideus) chorobie nie uległ. Przyczyną sprawy było zapalenie okostnej korzeni 2-go małego zęba trzonowego (d. buccalis II). Po usunięciu martwiaka chory szczękami sprawnie włada. Cięcie szło wzdłuż dolnego brzegu szczęki, a przy jej kacie zawróciło na 2 ctm. ku górze.

Tenże *Majewski* przedstawia chorego lat 36 z daleko posuniętym rakiem krtani, u którego z powodu wzmagających się objawów duszności wykonał dolne rozcięcie tchawicy (tracheotomia inferior).

Tenże *Majewski* przedstawia chorego, któremu dla wydobywania kamienia z pęcherza wykonał cięcie środkowe krocza. Przypadek ogłoszony będzie w „Kronice Lekarskiej“.

III. *Biernacki* przedstawia chorego, młodego parobka lat 25 z leukemią. Choroba zaczęła się w kwietniu nagle dreszczami i gorączką, która przeszła wkrótce; dopiero po miesiącu chory uczył osłabienie i ból w lewym boku. Chory czuł rośnięcie guza w lewym boku, a gdy tenże dorósł do linii środkowej, uczuwa zwiększone dolegliwości wskutek skakania tegoż. Chory odczuwa ból na mostku, lecz nigdzie w kończynach. Badanie wykazało obecność w lewym boku dużego guza, sięgającego aż do pępka; guz wychodzi z lewego podżebrza, jest z dołu zaokrąglony, u góry posiada charakterystyczne wyryby. posuwa się przy oddechaniu, jednym słowem, jest to powiększona śledziona. Można stwierdzić przy zatrzymaniu oddechu, iż guz pulsuje w tem miejscu, gdzie leży na aorta abdominalis. Z tyłu z lewej strony stopienie, zlewające się naprzód z pulpowanym guzem. Lekki obrzęk nóg, w sercu słaby szmer z lewej strony na 2 żebrze. Gruzoły limfatyczne stwardniałe na szyi, pod pachą, w mniejszym stopniu w pachwinie. Krew badana za pomocą hemoglobinometru okazuje 30% hemoglobiny, mieszanina krwi z wodą mętna i nieprzezroczysta. Na polu widzenia pod mikroskopem można zauważyć ilość białych ciałek nadzwyczaj zwiększoną; w polu widzenia jest ich prawie tyle, co czerwonych. Zauważyć także można ziarnistość białych ciałek krwi. *B.* przedstawia dalej kilka preparatów stałych, barwionych podwójnie na 2 mikroskopach Zeiss'a przy imersyi. Można doskonale odróżnić: 1) wielką ilość limfocytów jednojądrowych z dużym jądrem i małą protoplazmą; 2) leukocyty wielojądrowe z ziarnistością, zabarwioną na niebiesko lub czerwono, a zatem *leucocythes basophiles* lub *eosinophiles*; 3) następnie duże myelocyty, przeważnie *basophiles*, chociaż niektóre *eosinophiles*. *B.* wspomina historię tej choroby. Od czasu odkrycia, dokonanego przez Virchowa w r. 1845, pogąd jego, iż siedliskiem choroby są organa wytwórcze ciałek krwi, a zatem śledziona i gruczoły, utrzymał się dotychczas. Badania Neumana nad szpikiem kostnym dodały tylko 3-ci organ krwiotwórczy. Jednakóż pogład, iż pierwotnym siedliskiem choroby jest sama krew, a zmiany w organach są następstwami, nie został jeszcze obalony i niektórzy autorzy trzymają się go dotychczas. Jedynym postępem są badania Ehrlicha nad krwią i wykazanie powiększenia się ilości, szczególnie limfocytów, w daleko większej mierze niż leukocytów we krwi leu-

kemicznej; myelocyty i duża ilość komórek eozynofilowych wskazują na szpik kostny według tego autora.

Tyle co do siedliska choroby, co zaś do przyczyny, to ta jest jeszcze ciemniejszą. Nie można było znaleźć związku ani z malaryą, ani z syfilisem, do czego powiększenie śledziony dawało pobop; możemy najlepiej określić nasze wiadomości pod tym względem, przyznając, że ich nie znamy. Bakteryologia chciała podciągnąć tę chorobę do swojej dziedziny i rzeczywiście są wypadki ostre, które przypominają żywo choroby zakaźne. Taki wypadek miałem sposobność obserwować w początku tego roku. Dotyczył on młodego 15-letniego izraelity O., który w przeciągu 4 tygodni wśród stałej febris continua umarł. Śledziona u niego była mało powiększona, natomiast gruczoły szyjowe nadzwyczaj wybitnie. Badanie krwi wykazało leukemię. W krótkim czasie rozwinęły się krwotoki śluzowe i podskórne i chory zmarł. Te formy oddzielają teraz pod nazwą ostrej leukemii, lecz i przypadki chroniczne, jak obecnie przedstawiany chory, nie są zawsze bez gorączki, na dowód czego *B.* okazuje jego kartę gorączkową, na której są notowane przez kilka dni wieczorne podniesienia ciepłoty do 38°. Mimo to, bakteryologiczne badania krwi dały dotychczas rezultaty ujemne. Podział kliniczny odpowiednio do 3 głównych organów chorobotwórczych nie da się przeprowadzić. Jednakowoż niewątpliwie są wypadki, gdzie śledziona jest na pierwszym planie, będzie to *leucaemia lienalis*, jak u naszego chorego; u innych gruczoły są wybitniej powiększone, jak w dopiero co opisanym przypadku leukemii ostrej — *leucaemia lymphatica*. Najczęstsze przypadki będą takie, gdzie wszystkie organy krwiotwórcze są mniej lub więcej dotknięte. Mosler dzieli przebieg choroby na 2 okresy: okres rozwoju leukemii i okres zmian wórnych. Nasz chory znajduje się przy końcu pierwszego — jeszcze obrzęk nie duży, jeszcze niema krwotoków. Wobec letalnej prognozy wyniki terapii są żadne; jednakowoż ogólnie wzmacniające środki, jak arsenik, żelazo dają podobno nieraz pewne rezultaty. Ponieważ opisywano, iż choroby ostre zakaźne wpływają wstrzymująco na przebieg leukemii, *B.* chce choremu zastrzyknąć olejek terpentynowy dla wywołania ropnia, przypuszczając, że żadnej szkody choremu tem nie wyrządzi. Jakikolwiek będzie efekt terapeutyczny, *B.* ma zamiar przedstawić na przyszłym posiedzeniu preparaty z ropy, osiągniętej w ten sposób, dla przekonania się, czy ropa leukemiczna różni się co do jakości komórek od ropy nieleukemicznej, jak to ma miejsce co do ciałek białych krwi.

IV. *Dziewiszek* przedstawia chorego z zanikiem mięśni postępowym.

Stanisław K., lat 24, mieszkaniec wsi Skierbieszowo pow. zamajskiego, przybył do szpitala Ś-go Wincentego d. 14 września r. b. Podczas służby wojskowej w lipcu r. z. zaczął doznawać pewnego uczucia osłabienia w prawej ręce; wkrótce zauważył, że ręka prawa staje się cieńszą. W szpitalu wojskowym leczono go elektrycznością; pomimo to, choroba nie ustępowała, przeciwnie osłabieniu i zanikowi mięśni podległo prawe przedramię i ramię, tak że chory został ze służby wojskowej uwolniony. W marcu r. b. zjawilo się uczucie

osłabienia w lewej kończynie i zanik mięśni. W rodzinie chorego nikt na podobną chorobę nie chorował. Chory zajmował się gospodarstwem rolnem. Mamy przed sobą chorego z budową kośćca prawidłową, ukrwieniem dobrem, głównie zaś uwagę naszą zwraca zanik mięśni, który zajął tułów i kończyny górne; mięśnie głowy i kończyn dolnych wydają się normalnymi. Na rękę na miejscu kłębu palucha i małego palca (thenar i hypothenar) i na miejscu mięśni międzykostnych widzimy zagłębienia. Członki paznociowe palców są nadmiernie wyprostowane, drugie zaś zgięte; wskutek powyższych zmian cała ręka staje się płaska, przyjmuje kształt „małpiej ręki“, palce zaś przypominają szpony. W zanikłych mięśniach rąk daje się spostrzeżać drganie włókienkowate. Mięśnie przedramion widocznie zanikłe; z mięśni ramion najwięcej zanikowi uległy mięśnie naramienne (deltoidei), chociaż i inne wydają się cieńszymi. Wskutek zaniku mięśni brzucha kręgosłup w części lędźwiowej wygina się ku przodowi. Od-ruchy kolanowe, mięśniowe i okostnowe zachowane. Czucie dotykowe, bólowe, mięśniowe i ciepłotne w zupełności zachowane. Pobudliwość faradyczna zachowana. Tony serca czyste, tętno 64 uderzeń na minutę. Płuca i narządy jamy brzusznej zmian nie przedstawiają. Oddawanie stolca i moczu prawidłowe. W przedstawionym przypadku mamy do czynienia z typowym obrazem zaniku mięśni postępowego (atrophia musculorum progressiva).

V. *Biernacki* przedstawia preparat wola zrakowaciałego, gdzie pojedyncze zrazy guza wcisnęły się między krtań i przełyk. Chory cierpiał na silną duszność, której objawy po częściowem wycięciu guza zmniejszyły się; przy nowem ich jednak nasileniu powtórne wycięcie nic nie pomogło; duszność w tym razie musiała zależeć od ucisku przez części guza pozakrtaniowe.

VI. *Majewski* przedstawia preparat nerki gruźliczej prawej; na jej przekroju widzimy szereg komór, dochodzących do włóknistej powłoki i oddzielonych od siebie mniej lub więcej cienkimi ścianami; istoty rdzennej nie pozostało nic; tkanki korowej miejscami ślady; w komorach — w niektórych masy serowate, w innych gęsta ropa; inne jeszcze puste lub wypełnione wapiennymi złoгами. W dolnej części nerki otwór w powłoce, prowadzący aż do zewnętrznej przetoki, znajdującej się ponad samym Poupart'em. Lewa nerka zupełnie zdrowa; w pozostałych narządach pomimo poszukiwań nigdzie gruźlicy nie znaleziono.

VII. Przewodniczący zawiadamia, że kol. Seidenman, chcąc być przyjętym do grona rzeczywistych członków Tow. Lekarsk. nadesłał pracę „O operacyjnem leczeniu krótkowidztwa“ i proponuje oddać takową do zreferowania kol. Dobruckiemu.

VIII. Następnie odbyło się tajne głosowanie nad przyjęciem do grona rzeczywistych członków pp. Antoniego Steckiego i Stanisława Siennickiego. Obaj zostali przyjęci.

X. Przewodniczący zawiadamia, że z powodu śmierci członka założyciela Towarzystwa ś. p. Juliusza Kwaśniewskiego w Warszawie, jako delegat ze strony Tow. Lekarsk. jeździł tamże vice-prezes

Dobrucki, gdzie na pogrzebie oddał zmarłemu ostatnią posługę i złożył na trumnie od Towarzystwa wieniec.

X. *Cynberg* przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiąc czerwiec, lipiec i sierpień r. b.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Janiszewski*.

p. Sekretarza *A. Majewski*.

VI. ODCINEK.

Kilka słów w kwestyi niedokładnej statystyki chorób zakaźnych.

Próba uregulowania statystyki chorób zakaźnych w Warszawie datuje się, jak wiadomo, od lat przeszło dziesięciu. Urząd lekarski wprowadził w tym celu blankiety z odpowiedniami rubrykami; blankiety te wypełnione przez lekarza i wrzucone do skrzynki pocztowej jako list otwarty dochodzą do miejsca przeznaczenia. Zdawało by się więc, że kwestya statystyki chorób zakaźnych została w sposób tak mało skomplikowany w zupełności rozwiązana. I rzeczywiście, teoretycznie wzięwszy, tą drogą jedynie uzyskać można cyfry prawie w zupełności odpowiadające rzeczywistości, w praktyce atoli rzecz się przedstawia inaczej, albowiem bez przesady twierdzić można, że conajmniej połowa, a prawdopodobnie i większa część chorych zakaźnych przepada dla statystyki. Dlaczego sprawa powyższa przedstawia się tak niefortunnie, postaram się w krótkości wyłuszczyć, będąc przekonanym, że ogół lekarzy poglądy moje na omawianą kwestyę bez zastrzeżeń podzieli.

Przedewszystkiem okazuje się, iż obecny system zawiadamiania przez lekarzy o każdym wypadku choroby zakaźnej nie odpowiada, jakby należało, swemu zadaniu. Publiczność nasza w przeważnej części składa się, jak wiadomo, z osobników mniej oświeconych a o kardynalnych zasadach higieny mających nader mgliste pojęcie. Otóż po upływie pewnego czasu po wyzdrowieniu (lub śmierci) chorego na zakaźną chorobę zjawiają się w mieszkaniu przedstawiciele policyi oraz władz sanitarnych i urządzają t. z. dezynfekcyę (niezbyt dokładną) podłóg, pościeli i t. p., co wszystko dla ludzi niezamownych połączone jest z pewnemi stratami materyalnemi. Wiedząc o tem, lub domyślając się, że manipulacya powyższa nastąpiła po odnośnem zawiadomieniu lekarza, ten lub ów ma do niego prawdziwą urazę, manifestującą się niekiedy w sposób niezbyt dla obu stron przyjemny, co wszystko bynajmniej dodatnio na wzajemny stosunek nie wpływa. Oczywista, że wobec i tak zbyt licznych zgryzot zawodowych niejedyn lekarz, zmuszony bądź co bądź liczyć się z publicznością, pośród której ma przeważnie praktykę, a która, jak wiadomo, oznacza się niestałością w wyborze lekarzy—stara się,

o ile możności, ograniczyć zawiadomienia o chorych zakaźnych, rozumując, iż w lżejszych przypadkach zalecić można dezynfekcję sposobem, iż się tak wyrażę, domowym, w cięższych zaś wobec grożącego exitus letalis zawsze jest czas zawiadomić na blankiecie. Są wreszcie choroby zakaźne, jak koklusz, odra i t. p., o których rzadko się zawiadamia urząd lekarski, bądź to wskutek przeważnie pomysłnego przebiegu, bądź też, że choroby powyższe w biedniejszych warstwach ludności nie są prawie wcale leczone. Ztąd pochodzi ten fakt, rażący wielu lekarzy, zwłaszcza pedjatrów, rozporządzających obfitym materiałem klinicznym i ambulatoryjnym, że choroby powyższe, reprezentowane są w urzędowych sprawozdaniach tygodniowych lub też miesięcznych w śmiesznie małej liczbie przypadków nader dalekiej od rzeczywistości.

Drugim, daleko ważniejszym powodem niedokładności statystyki chorób zakaźnych jest tak rozpowszechnione u nas *partactwo felczerskie*. Nie miejsce tu rozpisywać się o szkodliwości leczenia przez felczerów, nie chcę bowiem „*infandum renovare dolorem*“, pragnę jedynie skonstatować ten smutny fakt, że Warszawa na schyłku XIX stulecia wobec 750 lekarzy jest jeszcze prawdziwym „Eldorado“ felczerskiem. Otóż u biedniejszej, a częstokroć nawet u średnio-zamożnej ludności zwłaszcza żydowskiej wszelkie niemal choroby wewnętrzne i zakaźne leczy przeważnie na własną rękę felczer, lekarz zaś bywa przez tegoż wzywany po największej części wtedy jedynie gdy zachodzi obawa niepomyślnego zejścia i gdy eo ipso zajdzie potrzeba urzędowego zawiadomienia o chorobie, względnie zaś świadectwa śmierci.

Jaki wpływ wyrzeczć może tak niepożądany stan rzeczy na statystykę, dosadnie ilustruje choćby następujące zestawienie: w r. b. panowała w Warszawie nader złośliwa i uporczywa epidemia szkarlatyny. Były dzielnice przeważnie zamieszkałe przez ludność żydowską, gdzie w każdym niemal domu chorowało na szkarlatynę po kilkanaście a nawet kilkadziesiąt dzieci, z których znaczna część leczona wyłącznie przez felczerów z zejściem pomysłnem przepadła dla statystyki; przypuśćmy teraz, że wszystkie przypadki rzeczony choroby zakończone śmiercią weszły w urzędową statystykę. Jakiż wynik otrzymalibyśmy? Oto że odsetka śmiertelności przy tegorocznej szkarlatynie wynosiłaby co najmniej 40—50%, gdy w rzeczywistości nie przekroczyła jakich 15—20%.

Wreszcie zwróciłbym w tem miejscu uwagę na jedną jeszcze niedokładność przy sporządzaniu statystyki chorób zakaźnych, a mianowicie na tygodniowe sprawozdania z ambulatoryów szpitalnych, w których to sprawozdaniach oblicza się ryczałtowo, wielu było zgłaszających się z poszczególnymi chorobami zakaźnymi. Lekarzom ambulatoryjnym dobrze znany jest fakt, jak chwiejną jest w swych gustach, publiczność, szukająca porady ambulatoryjnej i jak często zmienia lekarzy wędrując od szpitala do szpitala. Okazuje się więc niejednokrotnie, że jeden i ten sam chory respective jedna i taż sama choroba jest zapisana u kilku lekarzy eo ipso z jednego np. przypadku odry lub koklusu, tworzy się ich więcej.

Jak więc widzimy, obecny system prowadzenia statystyki chorób zakaźnych oparty jest na nader kruchej podstawie i bynajmniej nie odpowiada rzeczywistości. Cała przeto kwestya polega na tem, by uczynić statystykę możliwie ścisłą, o absolutnej bowiem ścisłości niema mowy. Otóż pozwoliłbym sobie zaproponować dwie reformy w obecnym systemie zbierania danych statystycznych, a mianowicie:

1-o) Obecnie używane kartki z zawiadomieniem o chorobie zakaźnej należałoby uprościć, wyrzuciwszy z nich kilka, zdaniem mojem, niepotrzebnych rubryk jak: rodzaj zajęcia, czy dom skanalizowany i czy ma wodociąg, który dzień choroby i wreszcie wprowadzoną niedawno rubrykę, czy lekarz bierze na siebie dezynfekcyę czy też nie. Sądziłbym, że tę ostatnią należałoby powierzyć wyłącznie sumieniu lekarza, a zarządzenie jej kosztem miasta stosować jedynie w wyjątkowych wypadkach. Tym więc sposobem znikłby najważniejszy powód, krępujący obecnie wielu lekarzy w zawiadomianiu urzędownie o leczonych przez się chorobach zakaźnych. Moznaby to jeszcze zreformować, a raczej uprościć w ten sposób naprzykład, aby urząd lekarski zamiast obecnie używanych kartek przygotował odpowiednio porubrykowane blankiety do sprawozdań tygodniowych a nawet miesięcznych, co według mego zdania, ułatwiłoby znacznie zadanie zarówno lekarzom jak i układającym statystykę.

2-o) Daleko trudniejsza sprawa jest z kwestyą pokątnego leczenia chorób zakaźnych przez felcerów. W tym wypadku jedynie odnośne władze mogłyby coś pozytywnego postanowić. Sądziłbym jednak, że jedynie środkami repressyjnymi należałoby działać w tym kierunku, co sformułowałbym w następujących punktach: 1) felcer wezwany do chorego zakaźnego obowiązany jest bezwzględnie wysłać chorego do szpitala lub też, jeżeli chory lub rodzina nie zgadza się, usunąć się od samodzielnego leczenia i kazać wezwać lekarza; 2) felcer, któryby nie uczynił zadość powyższemu rozporządzeniu, ma być pociągnięty do odpowiedzialności sądowej, ewentualnie karany grzywnami, a nawet zawieszeniem w czynnościach i 3) należy polecić rządcom domów (lub gospodarzom), by się starali informować dokładnie o wypadkach chorób zakaźnych w swych domach i zażądali albo wysłania do szpitala albo też wezwania lekarza pod groźbą osobistej odpowiedzialności.

Być może, że niektórym powyżej przytoczone dezyderaty wydadzą się cokolwiek drażniącymi, sądzę jednak, że w ten sposób jedynie działając osiągnie się cel podwójny—unormowanie statystyki chorób zakaźnych, a pośrednio osłabi się tak szkodliwe w swych skutkach partactwo felcerskie.

Kl.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go stycznia 1899 r.

—h.— Jak wiadomo, od kilkunastu lat Urząd lekarski miasta Warszawy zaprowadził kartki statystyczne, w celu zbierania danych o przypadkach chorób zaraźliwych. W kartkach tych, mających postać listów otwartych, lekarz oznacza rodzaj choroby, mieszkanie, jego stan zdrowotny, płeć, wiek, nazwisko, zajęcie, wyznanie chorego i gdzie się będzie nadal leczyć, w domu, czy w szpitalu.

Otóż kartki te dochodziły do urzędu w ilości nieodpowiadającej rzeczywistej liczbie przypadków chorób zaraźliwych. — Chcąc poznać przyczynę tego, Urząd lekarski rozesłał w końcu roku ubiegłego do niektórych lekarzy odezwę z prośbą o zakomunikowanie mu ich zapatrywań na kwestję zbierania danych statystycznych przyjętą drogą i o przyczynach dotychczasowego niepowodzenia tej metody.

Do odezwy dołączony jest wzór kartki statystycznej z pewnemi zmianami, o których pomówimy następnie, oraz uwaga, że terminem ostatecznym nadsyłania odpowiedzi jest 27 (15) grudnia 98, brak ich zaś ze strony tych, co wezwanie otrzymali, będzie znakiem ich zgody na zapatrywania urzędu.

Ponieważ kartki nie były rozesłane wszystkim lekarzom, a może tylko nie były doręczone, Urząd lekarski mógłby na podstawie liczby lekarzy nie dających odpowiedzi, a więc w jego mniemaniu zgadzających się przyjść do iluzorycznego wniosku co do zapatrywania lekarzy na poruszoną kwestję.

Przytoczymy tu przeto pogląd liczego kółka kolegów, którzy kartek nie otrzymali, a nie dzielając w całości zapatrywań Urzędu, chcą choć tą drogą przyjść do głosu.

Oczywiście, w zasadzie ogół lekarzy uznaje potrzebę statystyki zachorowań i ważność otrzymywanych tą drogą danych i wniosków zarówno teoretycznych jak i praktycznych. Jeżeli zaś dają się słyszeć głosy przeciwne lub niechętne jej u nas, to zależy to nie od potępienia zasady, ale wynika z niewiary w możność przeprowadzenia tej statystyki tak, aby dostarczała danych zbliżonych do rzeczywistości.

Istnieją bowiem przeszkody potemu.

Ludność biedniejsza nie leczy się systematycznie, używa pomocy felerów, którzy o swej praktyce nie donoszą Urzędowi, do lekarzy zaś ucieka się w przypadkach ciężkich i wtedy wzywa po kilku, ztąd o jednym przypadku może być kilka doniesień (patrz list kol. Korala w tym numerze).

Inny ważny powód niepowodzenia leży w samej metodzie stosowanej u nas, mianowicie w związaniu statystyki z dezynfekcją, co nowe kartki zaznaczają jeszcze wyraźniej przez zaproponowanie le-

karzom podejmowania się dezynfekcyi osobiście. Dotąd lekarz zawiadamiał tylko o stanie zdrowotności mieszkania, Urząd zaś sam przeprowadzał dezynfekcyę. Otóż wykonywanie jej w mieszkaniach wyrobników i uboższych rzemieślników, często przysparzało kolegom leczącym wiele nieprzyjemności bez zadośćuczynienia przez poczucie, że wywołując dezynfekcyę, uczynili zadość potrzebie.

Dotąd niema wprawdzie zgody, co do tego, jaki rodzaj dezynfekcyi mieszkań najbardziej odpowiada celowi, ale to nie ulega wątpliwości, że dezynfekcyja zalecana przez Urząd lekarski, a szczególnie sposób jej wykonywania, nie ma żadnej wartości. Zalewanie mieszkania jakimś roztworem karbolu przez ludzi, zdradzających większe pojęcie o przewadze swego urzędowego stanowiska, niż o celu swej czynności, niszczenie sprzętów i statków, zapowietrzenie izby na dni kilka nieznośnym zaduchem — wszystko to czyta na mieszkańcach uzdrawianego lokalu wrażenie jakiegoś najazdu nieprzyjacielskiego. Przeciw lekarzowi, który go sprowadził swą kartką statystyczną, zwracają się wszystkie pretensye za poniesione straty i przykrości. Oczywiście nie zobaczy się on już więcej z tymi klientami.

Nauczeni doświadczeniem, sąsiedzi zatajają przypadki chorób zaraźliwych, albo, otrzymawszy już wyrok dezynfekcyi, wchodzą w pertraktacye z niższymi organami sanitarnymi i podobno udaje się nieraz osłabić ich przekonania o potrzebie dezynfekcyi przez argumenty, nie mające bezpośredniego związku z teorią antyseptyki.

Lekarze, nie mogąc oczywiście uwierzyć w skuteczność podobnych procedur, a nie chcąc narazić na nie swych pacjentów, nie posyłają kartek, na czem znów cierpi statystyka.

Dezynfekcyi formaliną Urząd nie przeprowadza z braku środków, trudno jednak żądać, aby je znaleźli niezamożni, nie zdający sobie sprawy z potrzeby dezynfekcyi.

Ścisłe nawet biorąc, wykonanie jej jest już zbyt ciężkie dla tego, co przeszedł chorobę zakaźną, a i jego otoczenie najbliższe — o ile nie uległo zarażeniu — przejawilo odporność dostateczną, zabezpieczającą je pewniej, niż dezynfekcyja. Niebezpieczeństwo grozi więc ogółowi i ten też powinien łożyć na środki zapobiegawcze.

Tak więc, naszym zdaniem, połączenie statystyki z dezynfekcyą stanowczo tylko przynosi szkodę pierwszej.

Zdaniem naszym w warunkach obecnych należy dezynfekcyę oddzielić od statystyki i pozostawić lekarzowi uznanie jej potrzeby i specjalnego wezwania pomocy Urzędu lekarskiego.

Wkładanie jednak tego obowiązku na lekarzy praktyków wydaje się nam nieodpowiednie.

Zdaje się, że błędne to koło mogłoby być rozwiązane przez zaprowadzenie lekarzy dla biednych, których nadzorowi mogłaby być powierzona i służba sanitarna do wykonywania racjonalnej dezynfekcyi, na którą zarówno jak i na pomieszczenie w czasie jej wykonywania środki powinno znaleźć miasto.

To też za zupełnie nieodpowiednie uważamy dodanie w nowych kartkach pozycyi „przeprowadzenie dezynfekcyi biore, nie biore na siebie (lekarz)“. Nawet w najlepszych warunkach lekarz praktyku-

jący nie jest w stanie podjąć się tego obowiązku. Może on tylko doradzać dezynfekcyi, ale nigdy brać ją na swą odpowiedzialność. Jakim sposobem i prawem? Opuszcza chorego z początkiem okresu zdrowienia — wszakże trzeba za normę przyjmować klasy mniej zamożne — i może go już więcej nie zobaczyć. Niema też czasu na wchodzenie w pertraktacye z przedsiębiorcami, dokonywającymi dezynfekcyi, a tembardziej robić ją osobiście. Oczywiście więc lekarz nie może i nie będzie też brał na siebie przeprowadzenia dezynfekcyi i rzecz pozostanie jak dawniej.

W nowych kartkach do rzędu chorób zakaźnych dodane zostały: nosaczna, węglik i gruźlica (ostatnia wydrukowaną została dla zwrócenia zapewne uwagi grubem pismem.) Ma to cechę modernizmu, ale, pomijając względy teoretycznego uzasadnienia, wydaje się bez wartości zarówno dla statystyki jak i dla profilaktyki. Gola nazwa „gruźlica“ daje zbyt szerokie pole dla indywidualnych zapatrywań notujących. Czy pod tą ogólną nazwą należy podawać wszelkie formy gruźlicy od ostrej gruźlicy prosówkowej i gruźlicy płuc do gruźlicy kości? Oczywiście nawet najskrajniejszy kontagionista nie dojrzy chyba niebezpieczeństwa dla otoczenia w przypadku np. próchnienia kręgów gruźliczej natury. A z drugiej strony jak postępować z dezynfekcyą w suchotach płuc, skoro dziś wykonaną chory zniszczy już jutro.

W suchotach występuje też kwestya sekretu lekarskiego, którą się kępują niektórzy koledzy. Sanitaryusz bowiem, przysłany w celu dokonania dezynfekcyi, może zdradzić chorobę zarówno przed niepowołanymi jak i samemu choremu wyjawić bolesny sekret, który lekarz stara się przed nim ukryć.

Nową też jest pozycya „dzień choroby“, podana, przypuszczamy, w celu, aby było wiadomo, kiedy mniej więcej może być uskutecznioną dezynfekcyą, chociaż określenie tego terminu na tej jednej podstawie nie da się uskutecznić nawet w przybliżeniu.

Wreszcie nowem też jest żądanie zaznaczania, czy mieszkanie chorego łączy się ze sklepem spożywczym lub warsztatem, co może mieć niemałe znaczenie dla wykrycia, względnie przecięcia dróg szerzenia się zarazy.

Racjonalniej byłoby zabronić wogóle łączenia sklepów spożywczych z mieszkaniami, których sąsiedztwo bezpośrednio nawet i w czasie wolnym od chorób zaraźliwych nie jest korzystnem, ani pożądanem dla wiktuałów.

—z.— W „Kur. Warsz.“ z d. 17 grudnia czytamy: Organizacya pomocy lekarskiej po wsiach w gub. Płockiej została już zupełnie ukończona.

Dokonano już wyboru miejsc stałych dla lekarzy, oraz podziału miejscowości, do których lekarze ci mają dojeżdżać.

Wedle informacyi „Ech płockich“, organizacyi dokonano, jak następuje:

1) w Bielsku (lekarz Kozłowski), obowiązkowo przyjmować będzie chorych w poniedziałki i środy. W niedziele wyjeżdżać będzie do Starożeb, a w piątki do Raciaża;

2) w Benklejowie (lekarz Schwartz), udziela porad w tej miejscowości we czwartki i poniedziałki, w soboty wyjeżdżać będzie do Bontkowa, w niedziele do Mochowa Sierpskiego;

3) w Dobrzejowicach (lekarz Olszewski), pozostaje w poniedziałki i czwartki na miejscu. We wtorki wyjeżdżać będzie do Osówki, w środy do Bobrownik;

4) w Rypinie (lekarz Sacharow), pozostaje na miejscu w niedziele i wtorki. W środy wyjeżdżać będzie do Okalewa, w piątki do Dobrzynia nad Drwęcą;

5) w Bieżuniu (lekarz Brudnicki), pozostaje na miejscu we wtorki i soboty. W piątki wyjeżdżać będzie do Sierpeca, w niedziele do Kosemina, w poniedziałki do Żuromina;

6) w Ciechanowie (lekarz Zienkiewicz), pozostaje na miejscu we wtorki i piątki. W niedziele wyjeżdżać będzie do Gołymina, w poniedziałki do Woli-Młockiej;

7) w Jednorozcu (lekarz Butkiewicz), na miejscu we środy i piątki. W niedziele wyjeżdżać będzie do Krzynowłogi-Małej, w czwartki do Chorzel;

8) w Szreńsku (lekarz Lipka), na miejscu we środy i w niedziele, w czwartki wyjeżdżać będzie do Sarnowa, a w poniedziałki do Strzegowa.

Do funkcyonaryuszów nowej organizacyi należą również lekarze etatowi szpitalni w tych miastach, gdzie się znajdują szpitale.

Lekarze ci również wyjeżdżać będą do wyznaczonych sobie miejscowości, w których znajdują się izby przyjęć, a mianowicie:

1) z Płocka dojeżdżać będzie lekarz do Bodzanowa we środy;

2) z Lipna do Skempego we środy;

3) z Przasnysza do Gruduska w soboty;

4) z Mławy do Grzebska w soboty, do Stupska w poniedziałki. w ambulatoryum zaś bezpłatnem miejscowem przyjmować będzie we wtorki i piątki.

W dopełnieniu do wiadomości poprzednio już zaznaczonych, dodajemy, że lekarz uczątkowy pobiera 900 rb. pensyi, oraz 3 rb. od wyjazdu każdego. Praktyka prywatna lekarzom tym jest wzbroniona.

—h.— Z początku roku bieżącego w Łodzi zacznie wychodzić miesięcznik lekarski pod tytułem „Czasopismo lekarskie“, wydawane przez kol. Józefa Kolińskiego, a redagowane przez kol. Seweryna Sterlinga. Jak wykazuje program treści „Czasopisma“, ma się ono stać organem lekarzy prowincjonalnych, omawiać warunki ich bytu i pracy zawodowej, a w dziale naukowym zajmować się pomiędzy innymi higieną ludności pracującej fizycznie.

Wobec coraz bardziej wzrastającego się rozwoju przemysłu w kraju naszym i powiększenia się ludności fabrycznej, żyjącej i pracującej w odrębnych, swoistych często warunkach, zwrócenie uwagi lekarzy na kwestyę higieny zawodowej i choroby pewnym zajęciom właściwe jest bardzo na czasie, to też uważamy, że „Czasopismo“ wkracza na stanowisko dotąd niezajęte i bierze na siebie ważne zadanie, w którego spełnianiu życzymy mu szczerze powodzenia.

Dotąd właściwie nie posiadamy wcale, albo niewiele tylko, lekarzy fabrycznych w całym znaczeniu tego wyrazu. Dziś lekarze fabryk leczą tylko przygodnie robotników, nie wnikając w warunki ich pracy, nie są, albo zaledwie, higienistami.

Zapewne poczucie tego braku było jedną z pobudek, które powołały do życia nowy organ właśnie na największem środowisku naszego przemysłu, a dążenia do stworzenia typu lekarza fabrycznego-hygienisty mogłoby być jednym z niepoślednich zadań „Czasopisma“.

Kolega S. Sterling dobrał sobie do pomocy przeszło 60 współpracowników, bądź to z pośród lekarzy łódzkich, bądź z różnych miejscowości całego kraju — jeżeli uda mu się zsolidaryzować ten liczny zastęp i pobudzić do czynnego i wytrwałego udziału, powodzenie „Czasopisma“ będzie zapewnione.

—h.— Wydawcą „Gazety Lekarskiej“ po śmierci ś. p. Kondratowicza został kol. Jan Pruszyński.

—z.— Towarzystwo lekarskie krakowskie dokonało wyborów nowego zarządu. Na prezesa wybrano prof. d-ra Przemysława Pieńiążka, na zastępcę prof. d-ra Karola Żuławskiego, na sekretarza d-ra Ksawerego Lewkowicza, na redaktora organu Towarzystwa, „Przegląd lekarski“, ponownie dr. Augusta Kwaśnickiego.

—z.— D. 24 grudnia na dorocznem zebraniu Towarzystwa lekarskiego w Wilnie odbyły się wybory do zarządu na rok przysły 1899-ty. Przez balotowanie powołano na prezesa d-ra Jana Wyzgę, na wiceprezesa—d-ra Ignacego Strzemińskiego. Resztę członków zarządu wybrano ponownie, mianowicie: sekretarzami pozostali dr. L. Czarkowski i F. Świeżyński, kasyerem — dr. B. Hlaskó, bibliotekarzem—dr. M. Kiewlicz, konserwatorem—p. Stefanowski.

Na uroczystość stuletniego jubileuszu wojskowej akademii medycznej w Petersburgu Towarzystwo lekarskie wysłało ozdobny adres. Nad tekstem łacińskim z podpisami prezesa i sekretarza umieszczono popiersia profesorów b. akademii wileńskiej: Jędrzeja Śniadeckiego i Franka, jako założycieli wileńskiego Towarzystwa lekarskiego; pod tekstem wyobrażono postaci Hippokratesa i Prometeusza. Adres wiozą do Petersburga b. wychowawcy wojskowej akademii medycznej, a członkowie Towarzystwa wileńskiego: dr. Cezary Staniewicz i dr. Hilary Raduszkiewicz.

—z.— Na stuletni jubileusz Akademii lekarsko-wojskowej w Petersburgu uniwersytet warszawski delegował prof. J. Kosin-skiego.

—k.— Doskonały podręcznik chorób nerwowych Oppenheima wyszedł obecnie w drugim wydaniu. Treść została uzupełniona i ilość rysunków pomnożona.

—h.— Menelik, władca Abisynii, stał się gorącym zwolennikiem medycyny, a zwłaszcza chirurgii. Z prawdziwym zadowoleniem spędza on całe godziny w szpitalu, założonym w Addis-Ababa przez misję rosyjską, przyglądając się operacjom chirurgicznym. Niekiedy pomaga sam przy operacji, trzymając kończynę przy amputacji i okrzy-

kiem: Oya gut! Oya gut! wyraża swój zachwyt, gdy operacja dokonana została z powodzeniem. Każę się informować o wszystkim, co się dzieje w szpitalu i nie opuszcza żadnej większej i rzadszej operacji (La Franc. méd., 51).

—h.— Dr. Dodd przytacza następujący fakt, świadczący przeciw hipotezie o szerzeniu się malarji przez pośrednictwo moskitów. Miasto Talas w Małej Azji, leżące 4,000 stóp nad poziomem morza, przed 10 laty było zupełnie wolne od malarji. Obecnie choroba ta jest tu bardzo częstą (autor nie robił wprawdzie poszukiwań na plazmodye, ale przypadki są typowe i leczą się chininą i arsenikiem), chociaż moskitów niema tu wcale. Grunt jest skalisty, pokryty cienką warstwą ziemi lub goły. Klimat suchy; drzewa rosną tylko przy sztucznem zraszaniu gruntu (Med. Record., październ., Wraczu. 46).

Nadesłano do Redakcyi.

Z. Kramsztyk. „Szkice krytyczne z zakresu medycyny“. Warszawa, 1899.

T. Browicz. „Obraz mikroskopowy komórki wątrobej po wstrzyknięciu do żyły szyjnej rozczyну hemoglobiny“. Odb. ze „Sprawozd. Akad. Umiej.“, 7 listopada 1898 r.

Prof. dr. Wicherkiewicz. „Mowa przy otwarciu nowej c. k. kliniki okulistycznej Uniw. Jag.“. Kraków, 1898.

Od Redakcyi.

Coraz szerszem korytem płynące życie wysuwa coraz to nowe zagadnienia na plan pierwszy. Dzieje się to zarówno w ogólnem życiu społecznem, jak i w stanie lekarskim.

To też, wjermi naszemu programowi, w roku zeszłym poświęciliśmy wiele miejsca zagadnieniom społeczno-lekarskim, drukując i omawiając różne projekty reformy lekarskiej w gminach i ściśle badając różne przejawy życia lekarzy.

Kwestye te nie są wyczerpane, w roku więc bieżącym czytelnicy „Kroniki“ dział ten pierwszorzędnej wagi znajdą również obfity.

Odezwa nasza do towarzystw prowincjonalnych odniosła skutek, byliśmy bowiem w możności drukowania protokołów Towarzystw prowincjonalnych i przekonania ogółu czytających, że treść ich jest pouczająca.

W roku bieżącym, korzystając z uprzejmości kolegów sekretarzy Towarzystw prowincjonalnych, również w dalszym ciągu sprawozdania umieszczać będziemy.

Rozszerzymy również w roku przyszłym dział korespondencji zagranicznej, z konieczności wobec nawału materiału ograniczony w r. b.

Po za tem wszystkie inne działy pozostaną bez zmiany.

Wobec jednak wyraźnych życzeń naszych czytelników, pozawszy od roku bieżącego cały dział terapeutyczny zgrupujemy w osobnym *dziale terapeutycznym*, który w miarę napływu materiału podawać będziemy *co miesiąc* lub częściej.

Dział ten w końcu roku stanowić będzie przegląd postępów na polu terapii, dający dokładny obraz tego, co na tem polu zdziałano.

Dział ten obejmować będzie zarówno *środki wewnętrzne nowe*, jak i *nowe metody lecznicze, nowe przyrządy* i t. d., a w miarę potrzeby *dodawane będą rysunki objaśniające*. Stosując się również do życzeń czytelników, podawać będziemy *formuły recepturalne nowych leków wraz z ich ceną*.

Mamy nadzieję, że czytelnicy nasi zechcą uwzględnić stałe usiłowania redakcyi i pomogą nam do rozwoju pisma.

Od administracji:

Upraszamy Szanownych prenumeratorów o uiszczenie prenumeraty za-
ległej, oraz o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok bieżący do admini-
stracyi naszego pisma (Marszałkowska, 99).

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Uwagi praktyczne o szkle wodnem — Kazimierz Orzeł — str. 1.
- II. Stan współczesny teorii zaraźliwości suchot płucnych — Dr. med. Otton Hewelke — str. 4.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

1. Dieulafoy — O ropniach wątrobowych, wywołanych przez zapalenie okołokątnicze — str. 23.
2. Boinet — Badania doświadczalne nad powstawaniem choroby Addisona — str. 26.
3. Prof. Schultze — O zabarwieniu ciemnem (melanoplacia) błony śluzowej jamy ustnej, jako wskazówce zapoznawczej choroby Addisona — str. 27.
4. Determann — Badania kliniczne nad płytkami krwi — str. 27.

II Choroby dzieci.

5. Rudolf Fischl — Źródła i drogi zakażenia septycznego niemowląt — str. 29.
6. F. Blumenthal i P. Jacob — Przyczynę do seroterapii tężca — str. 33.
7. M. L. Ombredanne — Przypadek tężca leczony zastrzykiwaniem do mózgu surowicy przeciwężcowej — str. 33.

IV. Wiadomości pomniejsze — str. 34 — 36.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 37.

VI. Odcinek — str. 43.

Kronika bieżąca — str. 46

Nadesłano do Redakcyi — str. 51.

Od Redakcyi — str. 51.

Od administracyi — str. 52.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 22 Декабря 1898 года.

PROSPEKT.

“GAZETA POLSKA”

Dziennik polityczny, społeczny i literacki wychodzi w Warszawie przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

W szeregu ulepszeń, jakie zaprowadzamy w wydawnictwie „Gazety Polskiej” od dnia 1-go października r. b. wybitne miejsce zajmie powiększenie objętości naszego

Bezpłatnego tygodniowego DODATKU DO GAZETY

Dawniej dawaliśmy czytelnikom jeden arkusz dodatku co tydzień, od-
tąd będziemy im dawali **co tydzień książkę.**

Tym sposobem każdy prenumerator *Gazety Polskiej* otrzyma od nas **corocznie**
52 TOMY KSIĄŻEK DARMO.

Ten tom tygodniowy będzie rozsyłany *bezpłatnie* wszystkim prenumeratorom zarówno w Warszawie, jak na prowincyi. Będzie on obejmował *najmnie* dziesięć arkuszy druku. Będzie miał za treść co tydzień inny *utwór wybitny*, bądź oryginalny, bądź tłómaczony. *Przejdziemy kolejno wszystkie literatury europejskie i damy czytelnikom naszym kolekcję arcydzieł i najwybitniejszych prac współczesnych.* Po kilku latach każdy nasz prenumerator będzie *posiadaczem bogatej biblioteki*, w której on sam i jego rodzina będą mogli czerpać rozrywkę, naukę i wykształcenie.

A dostanie prenumerator nasz te 52 tomy corocznie *naprawdę* darmo, bez żadnych dopłat, bez zwrotu kosztów opakowania czy przesyłki. Śmiało też powiedzieć możemy, że *na takich warunkach nikt nigdy jeszcze książek nie dostawał.*

Że zaś treść każdego takiego tomu będzie godną poznania; że te 52 książki, które dodamy corocznie, będą zarówno pod względem

estetycznym jak moralnym, odpowiadały najwybredniejszym wymaganiom, tego zupełną rękojmię dają i samo stanowisko naszej „Gazety” i nazwiska ludzi, którzy z myślą o pożytku społecznym, będą nam pomagali w wyborze materiału literackiego, a są nimi pp.

Zyg. Gloger, Raz. Kaszeński i Ign. Matuszewski.

Pierwszy dodatek dostaną abonenci „Gazety Polskiej” w pierwszym tygodniu Października; potem w dalszym ciągu regularnie co tydzień tom nowy. Upraszamy jednak Sz. Czytelników o wczesne nadsyłanie zamówień, abyśmy mogli uregulować wysokość nakładu.

Redaktor i Wydawca Jan Gadomski.

Cena „Gazety Polskiej” wraz z Bezpłatnym Dodatkiem Tygodniowym :

W Warszawie: Rocznie rs. 9 kop. 60; półrocznie rs. 4 kop. 80; kwartalnie rs. 2 kop. 40; miesięcznie kop. 80, z odnoszeniem do domów.

Na prowincyi: Rocznie rs. 12; półrocznie rs. 6; kwartalnie rs. 3.

Adres: Warszawa, Warecka 14.