

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

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

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** O rumieniu powracającym podobnym do płonicy (Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans). Podał d-r Julian Kramsztyk. (Dokończenie). — **STRZECZENIA i WYCIĄGI.** 113. Suchotnicy tłuści. 114. Twardość brzucha jako oznaka ostrego zapalenia otrzewny. 115. Powikłania sercowe w zwyczajnem ostrem zapaleniu gardzieli. — Z TOWARZYSTWA LAKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 4 września r. b. — Z TOWARZYSTWA LAKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 12 września r. b. — Sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Napisał St. Łagowski. (Ciąg dalszy). — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Kramsztyk — Sur une forme récidivante d'érythème rappelant l'éruption scarlatineuse.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Kramsztyk — Ueber eine scharlachähnliche Gestalt des recidivirenden Erythems.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## O rumieniu powracającym podobnym do płonicy

(*Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*).

Podał

D-r JULJAN KRAMSZTYK.

Odczytane na IX-tym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 40).

W ciągu ostatnich lat miałem możność spostrzegania trzech przypadków rumienia powracającego, z których w pierwszym nawrót choroby miał miejsce dziewięć razy, w dwóch pozostałych po dwa i trzy razy.

Hania H., dziewczynka 7-letnia, poprzednio zawsze zdrowa, przed 4 laty przebyła ciężką bardzo szkarlatynę z błonicą gardzieli, a w następstwie zapaleniem nerek i długotrwałem cierpieniem obu uszu, z obfitym wyciekim ropnym. W cztery tygodnie później przebyła odrę również o ciężkim przebiegu. W dwa miesiące potem, kiedy zaledwie po dwóch tak ciężkich zaka-



żnych chorobach powróciła do sił i zaczęła wychodzić na powietrze, zapadła znowu na chorobę gorączkową z wysypką tak podobną do płoniczej, że leczący ją wuj jej, lekarz praktykujący w Warszawie, wezwał kilku kolegów na naradę dla przedstawienia im niezwyklej, jak mniemał, recydywy szkarlatyny. Przebieg choroby, pomimo znacznej gorączki, był krótszy i łżejszy, aniżeli poprzednio przebytej płonicy, natomiast łuszczenie było znacznie obfitsze. Po ustąpieniu gorączki z obu uszu ukazał się znowu wyciek ropny, który po kilkotygodniowym leczeniu usunięty został. Od tego czasu w ciągu dwóch lat Hania przebyła jeszcze sześć razy taką samą chorobę gorączkową, zawsze z bardzo obfitą wysypką szkarlatną i zawsze z niezmiernie silnem i długotrwałem łuszczeniem. Po każdym takim nawrocie choroby, którą lekarze uważali już za jakąś niezwyklej postać pokrzywki, pokazywał się wyciek ropny z obu uszu. Po ukończeniu łuszczenia dziecko względnie szybko do zdrowia powracało. Choroba powracała w ciągu tych dwóch lat co trzy do czterech miesięcy, zresztą w odstępach czasu nieregularnych, zdaniem matki, kobiety inteligentnej i niezmiernie o dzieci dbałej, zawsze po zjedzeniu sera — parmezanu. Od tego czasu dziecko sera jakoby wcale nie jadło i istotnie przez dwa lata było zdrowe zupełnie.

Dnia 13 Października 1891 r. wieczorem doznała lekkich dreszczyków, poczem pojawiła się nieznaczna gorączka, a w następstwie obfite poty. Na drugi dzień rano wstała zupełnie jakoby zdrowa i przez cały dzień następny dobrze się miała.

15. X. po obiedzie pojawiły się znowu dreszcze, zimno i mocne swędzenie ciała, a wkrótce potem gorączka i wysypka na całym ciele. Poprzedniego dnia wieczorem jadła ostre gomółki sera, którym matka chorobę obecną przypisuje.

Wezwany wieczorem tegoż dnia znalazłem, co następuje:

Dziewczynka bardzo dobrze odżywiana, silnej budowy ciała, dobrej tuższy, co zresztą wszystkich członków rodziny jest udziałem, przytomna zupełnie, uskarża się na silne bardzo swędzenie ciała i dreszczyki. Bólu żadnego nie doświadcza, ani gardło, ani głowa nie boli. Ciepłota ciała (w pachwinie)  $40,9^{\circ}$ , tętno 144 drobne, miękkie i szybkie. Na całym ciele, nie wyłączając twarzy, stóp i dłoni, skóra jednostajnie bardzo silnie szkarlatnie czerwona. Twarz jeszcze mocniej, niż całe ciało, zaczerwieniona, na policzkach silne bardzo czerwono-wiśniowe wypieki. Przy dokładnem przyjrzeniu się na twarzy widać wzniesienia naskórka, jakby drobnutkie pęcherzyki, podobne do prosówki (*miliaria*), gęsto bardzo ułożone na jednostajnie czerwonej skórze. Podobne wzniesienia naskórka, wyczuwalne ledwie ręką, widać i na szyi, na powierzchniach grzbietowych obu dłoni, na ramionach i udach. Skóra sucha, na dotyk ostra i pałająca, czerwoność pod naciskiem palca na chwilę znika, dłonie nieco wilgotne.

W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie znalazłem. Nie kaszle, oddech pęcherzykowy, nieco zaostrzony, tony serca czyste — brzuch wzdęty nieco — śledziona nie wyczuwalna. Język wilgotny, na brzegach mocno czerwony i bardzo obłożony. Błona śluzowa gardzieli blada, nie zaczerwieniona, migdały dosyć duże, nie obrzmiałe, nalotów żadnych nie ma. Gruczoły podszczękowe nie wyczuwalne, około mięśnia mostko-sutkowego małe niebolesne gruczoły. Wypróżnienia od wczoraj nie było.

Przyznać muszę, że w pierwszej chwili, zanim dowiedziałem się dokładniej o szczegółach anamnestycznych powyżej przytoczonych, nie miałem



najmniejszej wątpliwości co do rozpoznania choroby. Byłem przekonany, że mam przed sobą szkarlatynę i to w ciężkiej postaci. Wprawdzie zupełna przytomność dziecka, brak bólu głowy i wymiotów, nawet niezły względnie ogólny stan chorej, jakoteż zupełny brak zajęcia gardzieli nie odpowiadały tak ostremu początkowi choroby, tem nie mniej wobec charakterystycznej wysypki i gorączki objawy te nie dowodziły, że nie z płonicą mam do czynienia. Matka dziecka wszakże stanowczo na rozpoznanie moje się nie zgodziła, zapewniając mnie, że wszystkie poprzednie nawroty choroby były zupełnie do obecnego podobne, jakkolwiek słabsze nieco, ciepłota zwłaszcza nigdy do  $40^{\circ}$  C. nie dochodziła, i że wszyscy lekarze, którzy poprzednio dziecko widzieli, również w pierwszej chwili byli tego przekonania, co i ja obecnie.

Zaleciłem dziecku ławatywę, obfity napój, przeważnie mleko, roztwór kwasu solnego wewnątrznie i smarowanie ciała wazeliną.

16. X. rano ciepłota  $38,8^{\circ}$ , tętno 128. Chora spędziła noc bardzo niespokojnie, prawie wcale nie spała, nieprzytomna, rzucała się, bredziła, nad ranem uspokoiła się i zasnęła nieco. Wymiotowała dwa razy. Obecnie przytomna, czuje się dobrze, narzeka na dokuczliwe swędzenie, głowa nie boli. Wysypka o jednakowem natężeniu na całym ciele, w przegubach łokciowym i kolanowym nieco bledsza, na twarzy wiśniowo-czerwona, w miejscach, usianych wczoraj drobnymi pęcherzykami, łuszczy się nieco. Gardziel blada, język wilgotny, podsychnięty. Mocz c. wł. 1024 zawiera znaczną ilość moczanów, bez białka, ciepłota wieczorem  $39,2^{\circ}$ .

17. X. ciepłota  $38,4^{\circ}$ , tętno 110. W nocy spała niespokojnie z powodu niezmiernie silnego swędzenia całego ciała, zwłaszcza szyi, pleców i kończyn, nad ranem zasnęła. Wysypka na ciele, a bardziej jeszcze na twarzy zbladła, przedstawia się ona obecnie jakby złożoną z drobnutkich, tuż przy sobie leżących, nieco nad powierzchnię wzniesionych plameczek czerwonych, zlewających się, tak, że tworzą jakby jednostajną czerwoną mocno powierzchnię. Chora czuje się dobrze, wypróżnienia dwa w ciągu doby, język wilgotny, mocno obłożony, błona śluzowa gardzieli nie zaczerwieniona, gruczoły w okolicy mięśnia mostko-sutkowego wyczuwalne, nieco bolesne. Brzuch wdęty, śledziona nie wyczuwalna. Ciepłota wieczorem  $37,6^{\circ}$ .

18. X. Ciepłota  $36,5^{\circ}$ , tętno 84. Swędzenie ciała znacznie mniejsze, spała dobrze, domaga się posiłku, stan ogólny zupełnie dobry. Skóra całego ciała, zwłaszcza twarzy, znacznie bledsza, ale jeszcze mocno czerwona. Na policzkach, na okolo ust, na szyi, udach, w przegubach łokciowych i kolanowych drobne, liczne bardzo łuski. Ciepłota wieczorem  $37,3^{\circ}$ .

19. X. Ciepłota  $36,6^{\circ}$ , tętno 78. Stan ogólny dobry zupełnie. Na skórze całego ciała, mocno jeszcze zaczerwienionej, bardzo obfite łuszczenie w postaci drobnych i wielkich płatów, unoszących się w kształcie suchych błyszczących blaszek częstokroć w kilku warstwach. Na dłoniach i stopach, jakoteż na brzuchu i szyi najobfitsze łuszczenie, na skórze głowy, pokrytej włosami, również widoczne.

20. X. Ciepłota  $37,1^{\circ}$ , tętno 74. Skóra blada zupełnie, łuszczenie tak obfite, że rano posłanie dziecka zasypane jest łuskami, które garściami zbierać można. Stan dobry zupełnie.

Łuszczenie coraz mniej obfite trwało jeszcze przez cały tydzień, podczas którego stan ogólny dziecka był bardzo dobry, mocz białka nie zawierał. Po dziesięciu dniach zaleciłem chorej kąpiel i przestałem ją odwiedzać,



Przez trzy lata następne dziecko było zupełnie zdrowe, na wysypkę podobną pomimo niewystrzegania się jedzenia sera nie zapadało. Wszakże w roku 1895 znowu choroba po raz dziewiąty powróciła. Dnia 24 marca wieczorem dziewczynka (11-to letnia) zaczęła się uskarżać na dreszcze, ból głowy i swędzenie ciała, a jednocześnie na całym ciele, poczynając od kończyn górnych i brzucha, wystąpiła bardzo obfita, ale nieco słabsza, niż w r. 1891 wysypka. Ciepłota wieczorem  $40,5^{\circ}$ , tętno 132, już następnego dnia rano  $38,4^{\circ}$ , a wieczorem  $37,1^{\circ}$ . Choroba miała tym razem przebieg łagodniejszy, wysypka już po 48 godzinach zbladła, a trzeciego dnia na czerwonej jeszcze skórze pojawiło się łuszczenie, które, nieco mniej obfite, ale również rozległe i bardzo silne, do końca tygodnia trwało. Ze strony narządów wewnętrznych, gardzieli, gruczołów szyjowych, nerek, uszu i t. p., żadnych objawów chorobowych nie było. Dziecko po kilkodniowym leżeniu w łóżku, wstało zupełnie zdrowe.

Od tego czasu nowego nawrotu choroby nie było, dziewczyna obecnie 16-letnia, bardzo dobrze rozwinięta, jest od tego czasu zdrowa zupełnie.

Drugi spostrzegany przezemnie przypadek dotyczy 3-letniej Fajgi Lipszyc, która w czerwcu roku 1891 przebyła pod okiem moim ciężką szkarlatynę z zajęciem gardła, ropieniem gruczołów szyjowych, następnie zapaleniem nerek i zapaleniem ucha średniego z długotrwałym ropieniem. W styczniu roku 1892 zapadła znowu nagle na gorączkę z silnym szkarlatnym rozlanem zaczerwienieniem skóry, tak łudząco podobnym do szkarlatynowego, że sądziłem z początku, iż znowu z tą chorobą mam do czynienia. Ze strony narządów wewnętrznych, gardzieli objawów chorobowych nie było. Chorą widziałem zresztą raz tylko, ale dowiedziałem się, że po tygodniowym trwaniu wysypki nastąpiło obfite łuszczenie, które trwało około tygodnia, poczem dziecko szybko powróciło do zdrowia.

Dnia 27 czerwca 1892 r. wezwany zostałem znowu do tegoż dziecka, które poprzedniego dnia wieczorem nagle zapadło na silną gorączkę ( $39,7^{\circ}$ ), uskarżało się na ból głowy i swędzenie ciała, a w nocy na całym ciele wystąpiła obfita czerwona wysypka.

27. VI. Ciepłota  $39,2^{\circ}$ , tętno 124. Dziewczynka dobrze odżywiana, przytomna, ale niespokojna, skarży się na swędzenie ciała i ból głowy. Całe ciało pokryte jednolitą, szkarlatno-czerwoną wysypką. Wysypka najwydatniejsza na kończynach górnych i dolnych, zwłaszcza udach, na plecach i pośladkach, na twarzy czerwoność mniejsza. Przy dokładnym przyjrzeniu się widać, że wysypkę tę tworzą drobne plameczki, tak gęsto obok siebie ułożone, że czynią wrażenie rozlanej czerwoności. Na piersiach i brzuchu widać na czerwonej skórze drobniutkie pęcherzyki, wypełnione płynem (*miliaria*). Język nieco obłożony, wilgotny, na brzegach czerwony, ale nie ma wyglądu malinowego (szkarlatynowego), błona śluzowa gardzieli wyraźnie zaczerwieniona, migdały duże, obrzmiałe, bez żadnych nalotów, gruczoły szyjowe nieco powiększone i bolesne. Wieczorem ciepłota  $39,4^{\circ}$ .

28. VI. Ciepłota  $38,5^{\circ}$ , tętno 116. W nocy nie spała, rzucała się i drapała, przytomna, narzeka na swędzenie. Stan ogólny dobry. Wysypka trzyma się w tym samym stopniu, stan gardzieli ten sam, język wilgotny, lekko obłożony. Wypróżnienie po ławatywie, mocz dosyć obfity, składników nieprawidłowych nie zawiera. Wieczorem ciepłota  $39,1^{\circ}$ .

29. VI. Ciepłota  $37,3^{\circ}$ , tętno 100. Stan ogólny dobry, swędzenie mniejsze. Wysypka znacznie bledsza, na powierzchniach wyprostnych kończyn



górných i dolnych, jako też na brzuchu w okolicy pępka i na twarzy, na jednostajnie czerwonej jeszcze mocno skórze łuszczenie nieznaczne. Ciepłota wieczorem 37,1°.

1. VII. Stan bezgorączkowy, zupełnie dobry, łuszczenie skóry bardzo obfite, przeważnie w postaci drobnych strzępków i płatów. Łuszczenie to trwało jeszcze około tygodnia, i na tem choroba się ukończyła. Żadnych powikłań nie było, powrót do zdrowia szybko bardzo nastąpił.

Trzeci przypadek choroby tej widziałem w marcu roku 1898 u chłopca 7-letniego, Jana Łato, który również przed czterema laty przebył szkarlatynę, a w ciągu ubiegłych dwóch lat zapadł trzykrotnie na ostrą chorobę gorączkową z wysypką zupełnie do płonicy podobną. Ostatni z tych napadów, który osobiście spostrzegalem, nie różnił się w przebiegu od dwóch powyżej opisanych przypadków. Gorączka, wysypka, brak zajęcia gardła, obfite łuszczenie żadnej wątpliwości co do charakteru choroby nie przedstawiały. Dokładny opis przypadku tego, który zresztą tylko trzy razy w ciągu tygodnia widziałem, uważam z tego powodu za zbyteczny.

Mógłbym w tem miejscu przytoczyć jeszcze opis dwóch przypadków, w ciągu ubiegłego roku przezemnie spostrzeganych, w których po przebytej płonicy w jednym w sześć, w drugim w czternaście miesięcy wystąpiła wysypka płonicza z gorączką, lekkim zaczerwienieniem gardła, swędzeniem i obfitem łuszczeniem, a co do których do tej chwili nie mam pewności, czy miałem do czynienia z powtórnym zakażeniem szkarlatynowym, czy też z rumieniem do szkarlatyny podobnym. Przypuszczam, że była to również ta ostatnia choroba, ze względu wszakże, że nawrót miał miejsce raz jeden tylko, podobnie jak w przypadku, opisanym przez SCHWARTZ'a, a powyżej przytoczonym, że więc brak im cechy najbardziej charakterystycznej, to jest kilkakrotnych nawrotów choroby, nie ośmielam się stanowczo twierdzić, że istotnie z tą chorobą miałem do czynienia.

W trzech przytoczonych przypadkach mieliśmy więc do czynienia z chorobą, stanowczo różną od płonicy, chorobą, zupełnie odpowiadającą obrazowi opisanemu przez BROcq'a, jako *erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*. Nie mówiąc o najcharakterystyczniejszej własności tej choroby, t. j. o jej nawrotach, w każdym napadzie, jeżeli się tak wyrazić wolno, choroby mamy pewną liczbę objawów, które do pewnego stopnia od płonicy ją wyróżniają. Wysypka, sama przez się zupełnie od płoniczej nie różniąc się, występuje tu zwykle naprzód na plecach, kończynach górnych, na brzuchu, kończynach dolnych, potem na szyi, piersiach i twarzy i niezmiernie szybko całe obejmuje ciało, trwa z jednostajnym natężeniem kilka dni—4—6, a nawet do 10 (w przypadku SCHWARZ'a), towarzyszy jej dokuczliwe bardzo swędzenie, znacznie silniejsze, aniżeli to ma miejsce w szkarlatynie, a co ważniejsza, trwające daleko dłużej, aniżeli w tej ostatniej chorobie. Bardziej podstawową różnicę, na co wszyscy autorowie zwracają uwagę, stanowi łuszczenie następce, które w omawianej chorobie występuje wcześniej, aniżeli w płonicy, jest bez porównania obfitsze w kształcie dużych kilkowarstwowych blaszek, podobne do łuszczyca, rozpoczyna się jeszcze przed zniknięciem wysypki, częstokroć przed jej zblednieniem, co w szkarlatynie zwykle miejsca nie ma. Przyznać wszakże należy, że z jednej strony te cechy wysypki właściwej rumieniowi w różnych przypadkach choroby, a nawet w oddzielnych nawrotach danego przypadku nie występują z jednakowem natężeniem i stałością, z drugiej strony w oddzielnych przypadkach płonicy, zależnie od ciężkości



i czasu trwania choroby, w tak rozmaitym objawiają się stopniu, że istotnie same przez się nie są dosyć charakterystyczne dla odróżnienia dwóch tych chorób. Daleko ważniejszą różnicę w objawach choroby stanowi brak charakterystycznego zajęcia gardzieli, tego najwcześniejszego i najstalszego objawu płonicy, jakkolwiek niektórzy autorowie lekkie zaczerwienienie błony śluzowej notują (zob. mój drugi przypadek, spostrzeżenie SCHWARZ'a) i brak typowego dla płonicy języka malinowego. Dalej wspomnieć należy o braku wymiotów, stale prawie ciężką szkarlatynę rozpoczynających.

Wszystkie te objawy nie są jednakże o tyle charakterystyczne, aby nawet doświadczonemu bardzo lekarzowi pozwoliły nie tylko z początku choroby, ale nawet podczas całego trwania pierwszego napadu chorobę rozpoznać właściwie. Nawet powikłania właściwe szkarlatynie i tak często jej towarzyszące, jak wyciek ropny z uszu i zapalenie nerek, wydarzają się w omawianej chorobie. Pierwszy towarzyszył kilku napadom pierwszego ze spostrzeganych przezemnie przypadków, drugie wystąpiło w spostrzeżeniu SCHWARTZ'a. Przy dotychczasowym stanie naszych wiadomości o tej chorobie jedynie kilkakrotne przebycie jej umożliwia właściwe rozpoznanie.

Zdaje mi się, że uwagi powyższe pozwalają jednocześnie do pewnego stopnia rozstrzygnąć nastroczające się pytanie, dlaczego wobec stanowczo przez dermatologów, zwłaszcza francuskich, uznawanej i rozpoznawanej choroby, pediatrzy tak mało o niej wspominają i tak rzadko ją widzą. Jak wyżej wspomniałem, JAMESON twierdzi, że u dzieci wydarza się ona daleko częściej, aniżeli u dorosłych, a przypadek SCHWARTZ'a i moje spostrzeżenia dowodzą, że istotnie spotyka się ona w tym wieku. Dla rozstrzygnięcia tego pytania należy zwrócić się do pewnej dotąd jeszcze nierozstrzygniętej sprawy, mianowicie możliwości dwu- lub kilkakrotnego zapadnięcia na płonicę. Osobiście najzupełniej potwierdzić mogę zdanie HENOCH'a, tej największej dotąd w dziedzinie praktycznej pedyatryi powagi, który uważa powtórne zarażenie się płonicą za niezmierną rzadkość, a sam widział w swojej długoletniej praktyce tylko jeden niewątpliwy przypadek dwukrotnej szkarlatyny w rocznym odstępie czasu u tegoż samego dziecka.

Przez cały czas swojej praktyki, na bardzo wielką liczbę dzieci, dotkniętych płonicą, dopiero w roku ubiegłym widziałem u dwojga dzieci powtórny szkarlatynę, ale, jak to już wyżej wspomniałem, sam jestem w niepewności, czy nie miałem do czynienia z rumieniem do szkarlatyny podobnym. Jeden zwłaszcza z tych przypadków, niezmiernie ciężki, tak niespodzianie dla kilku wspólnie ze mną spostrzegających go kolegów szybko i pomyślnie się zakończył bez żadnych oczekiwanych powikłań, a towarzyszyło mu tak obfite łuszczenie, że skłonny raczej jestem za rumień, niżeli za płonicę go uważać.

Tymczasem inni autorowie, jak BAGIŃSKI, KÖRNER, THOMAS, z naszych BIEGAŃSKI i inni, utrzymują, że zdarzają się przypadki powtórnego, a nawet wielokrotnego zapadania na płonicę. THOMAS w znanej swojej monografii o płonicy, w podręczniku ZIEMSEN'a umieszczonej, utrzymuje, że znalazł w literaturze do dwustu przypadków dwukrotnego, kilkanaście trzykrotnego, a nawet jeden przypadek czterokrotnego zapadnięcia na tę chorobę. To właśnie kilkakrotne przebycie choroby tem bardziej nasuwa myśl, czy autorowie ci nie mieli przed sobą rumienia, o którym mówimy, choroby jeszcze wówczas nieznanego, a i dotąd tak rzadko spostrzeganej, a przynajmniej opisywanej. Rzecz tę można porównać ze sprawą odry i różyczki. Dopóki ta ostatnia choroba nie została dokładnie zbadana i opisana, bardzo często lekarze spo-



tykali się z dwukrotnem zapadaniem na odrę, od czasu kiedy nauczyliśmy się rozpoznawać różyczkę, kiedyśmy widzieli epidemie chorób tych, bezpośrednio po sobie następujące<sup>12)</sup>, a zwłaszcza od czasu kiedy „plamki KOPLIK'a“ pozwalają z wszelką stanowczością dwie te choroby odróżnić, powtórne zapadanie na odrę stało się rzadkością. Sądzę, że do tej chwili nie posiadamy żadnego objawu, któryby pozwolił nam z wszelką pewnością płonicy i rumień do niej podobny odróżnić. Jeżeli rumień ten wystąpi u dziecka, które nigdy poprzednio płonicy nie przebyło, jeżeli choroba ta ograniczy się na jednym napadzie, co chyba jest również możliwe, każdy lekarz rozpozna ją jako szkarlatynę. A któż z nas nie widział płonicy, nieraz nawet bardzo ciężkiej, z mocną wysypką i bardzo obfitem łuszczeniem, a z nieznacznym zajęciem gardła, bez powiększenia gruczołów szyjowych, bez charakterystycznego języka i bez żadnych powikłań?

Na zakończenie pozwolę sobie dodać słów kilka w sprawie etiologii i charakteru cierpienia, zajmującego nas w tej chwili. Żaden z chorych, przeziemnie spostrzeganych, nie przyjmował przed chorobą jakiegokolwiek środka lekarskiego, u żadnego również nie mamy powodu przypuszczania zatrucia przez pokarmy. Przypuszczenie matki dziecka co do zależności choroby od spożytego sera okazało się przy ostatnim spostrzeganym przeze mnie napadzie niesłusznem.

Nie mamy więc tu do czynienia ani z wysypką, wywołaną przez pewną idiosynkrazję względem środka lekarskiego, ani z wysypką wskutek zatrucia pokarmowego. Natomiast daleko prawdopodobniejszem wydaje się przypuszczenie, że choroba ta, podobnie jak inne ostre wysypki, polega na zakażeniu, przez nieznanne nam przyczyny wywołanem. Typowy przebieg choroby, dreszcze, gorączkowy okres zwiastunów, ból głowy, zajęcie gruczołów chłonnych, umiejscowienie choroby w rozmaitych miejscach, jak nerkach, uszach, zdają się wskazywać, że nie jest to choroba skórna, miejscowa, ale choroba ogólna zakaźna, która w szeregu innych chorób zakaźnych wysypkowych umieszczona być winna, nie jestto *erythema scarlatiniforme*, ale „*pseudo-scarlatina recurrens*“.

Tę samą myśl wyraził już poprzednio BROcq, który ją „*pseudo-exanthème*“ nazywa, i SCHWARTZ, chociaż ten ostatni tylko jeden przypadek choroby i to bez nawrotów spostrzegł.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

113. G. LEMOINE. **Suchotnicy tłusci.** Zdawałoby się, że musi istnieć bezwzględne przeciwieństwo między wyrazami „suchotnik“ i „tłusty“ ze względu, iż wyraz „suchoty“ był zawsze synonimem wyniszczenia u dawnych autorów i dziś jeszcze wywołuje myśl o powolnem zanikaniu.

Jednakże dosyć często spotyka się suchotników ze znakomitym pozorem zdrowia; mają oni twarz rumianą, są pełni jędrnego ciała, posiadają zapał, siłę, jednym słowem, wszystko, co zdaje się być właściwe zupełnemu zdrowiu.

<sup>12)</sup> Epidemia różyczki i odry. Przegląd lekarski. 1891. Nr. 50 i 51.



Gdy skarżą się na kaszel, obfite odpluwanie, na niewielką niekiedy gorączkę i poty nocne, to w pierwszej chwili odsuwa się od siebie myśl o gruźlicy; lecz, osłuchując ich, zmienia się zdanie i jest się często bardzo zdziwionym, stwierdzając bardzo posunięte obrażenia, w drugim a nawet trzecim stopniu. Jeżeli się śledzi tych chorych przez pewien czas, spostrzega się, iż obrażenia ich postępują bardzo powoli i że, pomimo tego postępu, ogólny ich stan pozostaje znakomitym; zdarza się nawet, że, taka przypadłość jak krwotok, powoduje śmierć, gdy zewnętrzny wygląd osobnika pozostał taki sam, jak w początku choroby.

Istnieją więc suchotnicy tłuści, t.j. ludzie, których suchoty rozwijają się bez wyniszczenia. Co więcej, są między nimi tacy, których waga zwiększa się w miarę postępu suchot i których śmierć zabiera wtedy, gdy doszli do prawdziwego utycia. Mowa tu tylko o suchotach płucnych, a nie o gruźlicy skóry, gruczołów lub kości.

Jakim przyczynom można przypisać zachowanie tuszy i znakomitego wyglądu ogólnego w chorobie, której pierwsze zaczątki cechują się zwykle objawami strat ustrojowych? W obecnym stanie naszych wiadomości można się odwołać albo do jakości czynnika chorobotwórczego — do lasecznika Koch'a — lub do jakości gruntu, na którym się choroba rozwija.

Niema wątpliwości, że jakość laseczników musi wpływać na kliniczny rozwój choroby, ale bardzo trudno zdać sobie sprawę, nawet w przybliżeniu, z ważności tej przyczyny w klinice. Widzi się codziennie, że członkowie jednej rodziny, posiadający jednakową prawie odporność ustrojową i dostający gruźlicy z tego samego źródła, przedstawiają każdy z osobna chorobę rozmaitego i różnego rozwoju. Z drugiej strony, wiemy, że na stopień jadowitości drobnoustrojów chorobotwórczych ma często wpływ grunt, na jaki je wypadek rzucił. Dla tego też zdaje się, że, jeżeli sprawa jadowitości zarodka gra rolę w wytwarzaniu suchot „tłustych“, to szczególny grunt danego chorego ma tu jeszcze dużo większe znaczenie.

Suchotnicy tłuści zdarzają się nadewszystko między osobnikami, cierpiącymi na dnę lub zołzy.

Co do dny, to właściwy kliniczny typ suchot dnawych nie istnieje, lecz tylko suchoty, rozwijające się u osobnika dnawego, przybierają niekiedy, wskutek gruntu na jakim się rozwijają, zupełnie wyjątkowe cechy.

Tłusty suchotnik dnawy przedstawia się spostrzegaczowi ze wszystkimi znamionami znakomitego zdrowia pozornego. Jako przekonywający przykład autor podaje tu spostrzegany przez siebie od 1895 r. przypadek 30-letniej suchotnicy dnawej. Chora ta wygląda znakomicie, waży 68 kilogramów, od jakiegoś czasu trochę pokasłuje i wieczorami miewa gorączkę. Przy wysłuchiwaniu autor znalazł dużą jamę pod prawym obojczykiem. Pod wpływem odżywiania i leczenia chorej przybyło 9 kilo w ciągu dwóch miesięcy, przyczem kaszel i odpluwanie trwają. Obecnie chora waży 78 kilo, ma pod pierwszą jamą drugą mniejszą i stwardnienie lewego wierzchołka; zdrowie ogólne jest przytem zupełne, i bezpośrednie otoczenie chorej nie wierzy wcale w poważną chorobę owej kobiety.

Suchotnicy tłuści dnawi nie są wolni od dosyć ciężkich napadów zapalnych, ale zdaje się, iż opierają się oni im lepiej, niż inni chorzy. Tak np. mogą oni miewać krwotoki płucne, niekiedy nawet bardzo znaczne; krwotoki te jednak nawet najobfitsze nie dają wogóle tak złego rokowania, jak u innych suchotników; bardzo szybko chorzy powracają do sił i zdrowia, i ponieważ przypadek taki przypomina im, iż powinni się leczyć, nabierają często w następstwie tego tuszy.



Przyczyną nieznacznej ciężkości krwotoków jest to, że u dnawych napady nawalowe są raptowne i silne, ale nie długotrwałe; wpływają one nawet jakby leczniczo, pobudzając odporność komórek ustrojowych koło chorego ogniska i pomagając tworzeniu się włóknistej tkanki ochraniającej.

Pomiędzy właśnie tłustymi suchotnikami dnawymi spotyka się większość suchotników uleczalnych. Tacy chorzy często całymi latami nie czują potrzeby leczenia, a przeszedłszy bez przeszkody wiek, w którym czynność płciowa zmniejsza się, mają oni dużo danych dożyć do starości i umrzeć wtedy na suchoty, datujące się od 30 do 40 lat.

Przypadki tłustych suchot u zółzowatych zdarzają się rzadziej, niż u dnawych. O ile bowiem gruźlica miejscowa jest zjawiskiem częstym u zółzowatych, o tyle gruźlica płuc jest u nich wyjątkiem. Ale, skoro wystąpi ona u takich osobników, bywa zwykle łagodna, powolna w swym rozwoju, prawie zawsze bezgorączkowa, i towarzyszy jej dobra tusza i wygląd zupełnego zdrowia. Tacy chorzy są do pewnego stopnia otyli, pomimo głębokich obrażeń płuca.

Suchoty zółzowatych i dnawych rozwijają się jednakowo. Przebieg ich jest nadzwyczaj powolny, szczególnie u zółzowatych, ponieważ u tych ostatnich rzadko występują przypadłości nawalowe. Chorzy tacy mają mniej sił, kaszlą i odpluwają, ale po zatem zdrowie ich ogólne jest zupełnie dobre. Zawsze prawie posiadają oni duże jamy, koło których istnieje bardzo niewielki lub żaden odczyn zapalny; ich obrażenia płucne są otorbione i przedstawiają prawdziwe części obce w ich ustroju.

Rozumie się samo przez się, że chorzy tacy, po upływie bardzo niekiedy długiego czasu, umierają wskutek postępu choroby. Są tacy, którzy w pełni pozornego zdrowia i tuszy umierają od piorunującego krwotoku, zależnego od pęknięcia naczynia, stoczonego gniciem ścian jamy płucnej. Inni, i takich jest najwięcej, umierają wskutek ostrych przypadłości, zapalenia płuc, opłucny lub nawalu grypowego. Inni wreszcie kończą wskutek coraz większego wydrążenia płuc przez powiększanie się jam; ogólny ich stan zaczyna wtedy podupadać, łaknienie ginie, zaczynają chudnąć i umierają powoli, utraciwszy cechującą ich tuszę i otyłość.

Co do przyczyn, sprzyjających istnieniu suchot płucnych wraz z dobrą tuszą, to przypuszczają, że lasecznik Koch'a utwierdza się rzadziej na osobnikach dnawych, niż na innych, i że rozwój spowodowanej przezeń choroby postępuje w sposób szczególny. Ten szczególny typ kwitnących i o powolnym rozwoju suchot dnawych zależy prawdopodobnie od dwóch przyczyn: pierwszą jest właściwa dnawym chorym skłonność do nawalów (*congestivité*), wskutek której niespodziewane, lecz krótkotrwałe przyływy nawalowe występują w miejscu istnienia przyczyn podrażnienia. Nawaly okołogruźlicze są częste u tych chorych; prowadzą one niekiedy bardzo ciężkie krwioplucia, ale najczęściej pobudzają one pierwiastki obrony ustrojowej i sprzyjają przeobrażaniu się komórek obojętnych w komórki tkanki łącznej.

Drugą przyczyną, wyjaśniającą skłonność osobników takich do dobrej tuszy, jest to, że dna wytwarza szczególnie grunt, cechujący się zwolnieniem przeróbki materii. Otóż, zdaje się, iż podobny grunt trudniej, niż inny, podlega drobnoustrojowym cierpieniom o przewlekłym przebiegu (gruźlica, przymiot i t. d.). Odczyny ustrojowe, często silne, są tu krótkotrwałe i ustępują po pewnym czasie; walka z lasecznikiem Koch'a jest w początku żywa, lecz później przytłumia się, skoro jamy płucne utworzyły się i od tej chwili gruźlica rozwija się bez zbyteknych ostrych przypadłości.



Zożłowaci są w tych samych warunkach: są to ludzie o powolnej przeróbce materii, lecz z odczynami zapalnymi daleko mniej żywymi, niż chorzy dnawi: dla tego też, u nich, nie spotyka się okresu ostrych przypadłości zapalnych, który zaznacza początek suchot u dnawych. Choroba zaczyna się podstępnie, skrycie i rozwija się w ten sam sposób.

Istnieje, najprawdopodobniej, dużo innych powodów, wyjaśniających zachowanie tuszy i dobrego wyglądu u suchotników. Wypowiedziane tu dwa powyżej są najmniej niepewne; przyszłość odkryje inne.

(*La semaine médicale. Nr. 13. 1900.*)

*St. Roślan.*

114. E. S. BISHOP. **Twardość brzucha jako oznaka ostrego zapalenia otrzewny**  
Pomiędzy różnymi objawami, spostrzeganymi w przebiegu zapalenia otrzewny, jeden tylko, według autora, ma być patognomicznym dla tego cierpienia: jest to kurczowe ściąganie się mięśni brzucha, głównie mięśni prostych.

Objaw ten ma być stały i nie spotykać się nigdy po za obrębem ostrego zapalenia otrzewny. Z drugiej strony ma on cechę wybitnie przedmiotową i nie może być zmieszany z nacieczeniami, nabrzęknięciami brzucha i pewnymi twardościami ściany brzusznej przyczyny nerwowej (macinnictwo), jeżeli jednakże szuka się go, jak należy. W tym celu autor podaje następujące prawidła: lekarz powinien usiąść u wezglowia chorego i dobrze ogrzać swą rękę, zanim położy ją na brzuch powierzchnią dłoniową, a nie końcami palców. Postępować powinien tak ostrożnie i łagodnie, aby chory nie mógł sobie zdać sprawy z właściwej chwili, w której zaczyna czuć dotknięcie. Gdy to już raz nastąpi, ręka pozostaje jakiś czas nieruchomą, utrzymywana skurczem mięśni przedramienia w ten sposób, aby wcale nie uciskała badanej okolicy; potem posuwa się ją zlekka, prawie nie widocznie po skórze. W ten sposób, i tylko w ten sposób, można się przekonać o obecności lub nieobecności omawianego objawu.

Dzięki temu sposobowi badania, autor mógł wyłączyć ostre zapalenie otrzewny w wielu przypadkach, gdzie istnienie tego cierpienia zdawało się narzucać z pierwszego wejrzenia; oto dwa przekonujące przykłady:

U mężczyzny w dwa tygodnie po zabiegu operacyjnym wskutek wpochwienia się zgięcia esowatego do prostnicy wystąpił zbiór objawów, polegający na wymiotach, silnych bólach w brzuchu i gorączce z tętnem i wyrazem twarzy właściwym zapaleniu otrzewny. Jednak autor, przekonawszy się, że brzuch był wszędzie miękki, odrzucił przypuszczenie zapalenia otrzewny i zadowolnił się wskutek tego zastrzyknięciami morfiny i podaniem środków pobudzających i zołdkowych; chory wyzdrowiał.

Drugie spostrzeżenie dotyczy kobiety, której usunięto obydwie trąbki wskutek ropnego ich otoku; podczas operacji pewna ilość ropy rozlała się po polu operacyjnym, sądzono więc iż przenikła ona do jamy otrzewny, wykonano więc najstaranniejsze jej oczyszczenie i ranę zaszyto bez sączków. Chora dostała wkrótce gorączki z bólami brzucha, lecz ponieważ brzuch nie przedstawiał charakterystycznej twardości, ograniczono się z początku do prostego wyczekiwania. W miesiąc później stwierdzono wszystkie oznaki ropnia podprzeponowego, który został nacięty i przemyty. Wyzdrowienie było szybkie. Tak więc w tym przypadku nie było też zapalenia otrzewny, gdyż zakażenie pola operacyjnego wywołało tylko zapalenie tkanki łącznej przedotrzewnowej.

(*La semaine médicale. Nr. 29. 1900.*)

115. ROEGER. **Powikłania sercowe w zwyczajnym ostrem zapaleniu gardzieli.**  
Jakkolwiek w piśmiennictwie lekarskim istnieją pojedyncze spostrzeżenia zapalenia wsierdzia, które wystąpiło w ciągu zwyczajnego ostrego zapalenia gardzie-



li, to jednak względna częstość tego rodzaju przypadków i wpływające ztąd wnioski praktyczne nie zwróciły na siebie dotąd uwagi klinicyстів.

Autor miał sposobność stwierdzić wkłajające zapalenie wsierdzia 20 razy na 100 przypadków ostrego zapalenia gardzieli.

W większości tych spostrzeżeń chorymi byli młodzi ludzie, nawet dzieci, wątłej budowy, wolni od poprzedzającego gośćca i dotknięci ostrem zapaleniem migdałów lub gardzieli, najczęściej w postaci wypryskowej, bez jakiegokolwiek zajęcia stawów. Istnienie zapalenia wsierdzia zdradzało się wyraźnie mniej lub więcej natężonym szmerem podmuchowym, uniejscowionym u wierzchołka serca lub koło lewego brzegu mostka i rozprzestrzeniającym się ku pasze. Spostrzegano prócz tego bicie serca, nieprawidłowość tętna i niekiedy objawy rozszerzenia lewej komory; chorzy skarżyli się również na bóle w okolicy przedsercowej.

Zwykle te zaburzenia sercowe występowały w pierwszym do piątego dnia po początku zapalenia gardzieli, najczęściej w trzecim dniu. Niekiedy szmer podmuchowy istniał od początku zapalenia gardzieli, lecz zwiększał się on następnie w miarę rozwoju zapalnych obrażeń gardzieli.

Dośćciwszy swego najwyższego natężenia, zaburzenia sercowe ustępowały zwykle i ginęły zupełnie po upływie od tygodnia do miesiąca. U pewnej jednak liczby chorych szmer podmuchowy pozostał na zawsze, z towarzyszeniem niekiedy nawet nieprawidłowości w czynnościach serca. Zdaje się zatem, że w tych przypadkach zapalenie wsierdzia zakończyło się ustrojowem obrażeniem zastawek. Wreszcie u jednej młodej dziewczynki, dotkniętej ostrem wypryskowym zapaleniem migdałów z zapaleniem wsierdzia, w pięć tygodni po wyzdrowieniu z zapalenia gardzieli wytworzyło się zapalenie żył prawej nogi; kończyna była obrzękła i na wewnętrznej stronie miała stwardniały sznurek, kończący się koło dołu podkolanowego guzem chełboczącym; jednocześnie istniała gorączka, silne bicie serca i silny podmuch u wierzchołka serca. Nacięcie guza podkolanowego usunęło krwawy skrzep zmieszany z żółtawą masą, przedstawiający zator w okresie rozmiękczenia.

Jakiegokolwiek byłoby tłumaczenie podanych i zaznaczonych przez autora faktów, są one swoją drogą bardzo ciekawe; nakładają one na lekarza praktyka obowiązek uważnego baczenia na serce we wszystkich przypadkach ostrego zapalenia gardzieli, aby, przy najmniejszej oznace zapalenia wsierdzia, móż przedsięwziąć konieczne środki do uniknięcia wytworzenia się stałego obrażenia serca: środki te polegają najglówniej na bezwzględnym spokoju, powstrzymaniu się od wszelkich napojów pobudzających, jak wino, kawa i herbata, i położeniu pęcherza z lodem na okolicę serca.

(*La semaine médicale* Nr. 12. 1900).

*St. Roslan.*

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 4 Września r. 1900.

TREŚĆ: 1) E. DOWNAROWICZ — przedstawienie: a) chorego z niezwyklei zaburzeniami w chodzeniu; b) chorego z chorea posthemiplegica. 2) Br. BARTKIEWICZ — Przyczynek do anatomii patologicznej oskrzeli (Pachydermia bronchorum).

1) Kol. E. DOWNAROWICZ przedstawiła 61-letniego mężczyznę, który przed półtora rokiem przybył do oddziału chorób chronicznych w szpitalu na Pradze z następującymi objawami: niedowład lewych kończyn ze wzmożeniem odruchów



ścięgniętych na tych kończynach, chód paretyczno-spastyczny, znaczne osłabienie pamięci, skargi na bóle głowy w okolicy ciemieniowej i nieznaczne zawroty głowy. Nadto stwierdzono stwardnienie tętnic powierzchownych. Choroba rozwijała się powoli i prawdopodobnie spowodowana została przez zakrzep naczyń kory mózgowej. Po kilku miesiącach pobytu w szpitalu siła kończyn lewych poprawiła się, i chory mógł chodzić bez laski, choć charakter chodu pozostał ten sam, co i poprzednio. Od 4 miesięcy u chorego tego zwracają uwagę niezwykle zaburzenia w chodzeniu. Zaburzenia te polegają na tem, że chory, zanim zrobi pierwszy krok, długo się jakby namyśla, potem ślizga się po podłodze, czasem robi kilka większych kroków, lecz nieprawidłowych, znowu się ślizga lub przystaje na krótką chwilę. Są to więc zaburzenia w koordynacji ruchów złożonych kończyn dolnych, zależne, zdaniem kol. DOWNAROWICZÓWNY, albo od pojawienia się nowego ogniska rozmiękczenia w mózdzku, niezależnie od pierwszego w korze mózgowej, albo też od posunięcia się sprawy rozmiękczenia w korze mózgowej aż do okolicy domniemanych ośrodków koordynacji ruchów. Za ostatniem przypuszczeniem przemawia jednoczesne powiększanie się u chorego objawów otępienia umysłowego.

Następnie kol. DOWNAROWICZ przedstawiła dotkniętego bezwładem lewostronnym 50-letniego mężczyznę, u którego w kończynach prawych, a więc nieparaliżowanych, zjawily się ruchy choreatyczne.

2) Kol. BARTKIEWICZ wygłosił rzecz p. t. „Przyczynę do anatomii patologicznej oskrzeli (*Pachydermia bronchorum*)“. Przypadek dotyczył chorego, zmarłego w szpitalu przy objawach zapalenia opłucny i nieżyty drobnych oskrzeli (*bronchiolitis*). Oględziny pośmiertne wykazały, że chory ten cierpiał na przewlekły nieżyt oskrzeli i rozedmę płuc. Badanie drobnowidzowe skrawków z drobnych oskrzeli wykazało: znaczne zgrubienie warstwy nabłonkowej, połączone z metaplastyą rzęskowego nabłonka na wielowarstwowy płaski. Zgrubienie to wystąpiło w rozmaitym stopniu; przeważnie można naliczyć od 10—15 warstw komórek; miejscami zgrubiałe warstwy nabłonka tworzą nagromadzenia komórek, sterczące do światła oskrzela, miejscami widać mniej lub więcej wyraźne brodawki unaczynione, analogiczne do brodawek skóry. Kształtem i ułożeniem komórek zgrubiały nabłonek ten przypomina nabłonek przełyku lub języka. Warstwę dolną stanowiły komórki cylindryczne, ponad niemi leżą komórki okrągławe i wielościennie, które ku powierzchni błony śluzowej przyjmują kształt soczewkowatych i płaskich. Błony szklistawej niema prawie wcale. Zmiany w następnych warstwach błony śluzowej polegają przeważnie na przeroście włókien tkanki łącznej i wyraźnem drobnokomórkowem nacieczeniu. Naczynia krwionośne są rozszerzone i wypełnione zbitą masą ciałek krwi. Gruczoły uległy wyraźnemu zanikowi. Włókna sprężyste tworzą jednolitą warstwę powierzchną pod nabłonkiem; z warstwy zaś głębokiej włókien sprężystych pozostały ślady.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zaznacza, że cierpienie oskrzeli u tego chorego trwało niewątpliwie przez czas długi, a zmiany, spostrzegane przez prelegenta, nie należą do niezwykle rzadkich. W większych oskrzelach bowiem występuje niejednokrotnie w sprawach zapalnych przewlekłych metaplastyza [nabłonka wraz z jego hyperplastyą. Wzięte przez prelegenta do badania oskrzela należały prawdopodobnie do oskrzeli większych, gdyż były wysłane nabłonkiem cylindrycznym rzęskowym, ponieważ oskrzela drobne wysłane są nabłonkiem płaskim. Co się zaś tyczy owych wyniosłości, sterczących do światła oskrzeli, to, zdaniem prof. BRODOWSKIEGO, jest rzeczą prawdopodobną, że odpowiadają one



tym poprzecznym lub podłużnym zgrubieniom (w zależności od kierunku przekroju oskrzela), jakie w sprawach przewlekłych w oskrzelach niejednokrotnie występują.

Kol. SOKOŁOWSKI przypomina, że widział zmiany analogiczne do opisanych przez prelegenta u chorego, dotkniętego tak nazwaną przez niego sprawą przewlekłego przerostowego zapalenia błony śluzowej okolicy podgłośniowej krtani i tchawicy. W przypadku tym również był przerost i metaplasza nabłonka w grubych oskrzelach.

Kol. MIKŁASZEWSKI wspomina o przypadku, który spostrzegał przed 10 laty w pracowni prof. HOYERA. Mianowicie u jednego kota napotkał on w tchawicy bardzo wybitne zmiany, polegające na nawarstwieniu nabłonka tak znacznem, iż w niektórych miejscach można było naliczyć dziesięć i więcej warstw komórek cylindrycznych, sześciennych i płaskich; oprócz tego w warstwie nabłonkowej znaleziono torbiele różnej wielkości. W jednej z takich torbieli kol. MIKŁASZEWSKI znalazł pasorzyta zwierzęcego, złożonego z szeregu członków. Prawdopodobnie pasorzyt ten, dostawszy się do tchawicy i rozwijając się w nabłonku błony śluzowej, wywołał w niej zapalenie przerostowe z hyperplazją nabłonka.

Kol. LUBLINER zaznacza, że w przewlekłych sprawach zapalnych w narządach oddechowych może nastąpić znaczny rozrost nabłonka wraz z jego metaplazją. Zmiany takie niejednokrotnie spostrzegano w przymiocie tchawicy, w przypadkach *lues hereditaria*. W tych razach występują na błonie śluzowej przerostowe sople ze zmianą nabłonka.

Kol. JANOWSKI zaznacza, że metaplasza nabłonka lub hyperplazja jego same przez się żadnej osobliwości nie przedstawiają, mają bowiem w ustroju wiele analogów.

Rozwój nabłonka cylindrycznego (zamiast wielowarstwowego) w części pochwowej macicy przy t. zw. jej owrzdzeniu, przejście nabłonka cylindrycznego w wielowarstwowo w raku odbytnicy, spłaszczenie nabłonka cylindrycznego w sześcienny i płaski w chronicznem zapaleniu pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych — przedstawiają powszechnie znane przykłady często spostrzeganej metaplazji nabłonka.

W przypadku prelegenta zasługuje na uwagę to, że nabłonek cylindryczny przeszedłszy w płaski, tak gwałtownie się rozrósł. To samo jednak spostrzegamy niekiedy i w drogach żółciowych w t. zw. marskości żółtaczkowej wątroby.

W odpowiedzi na powyższe uwagi, kol. BARTKIEWICZ zaznacza, że spostrzegane przez niego zmiany w oskrzelach uważa on za niezwykle rzadkie dla tego, że dotyczą najdrobniejszych oskrzeli.

*Aug. Logucki.*

---

## Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

---

Posiedzenie z d. 12 września r. b.

1) Kol. STEMBO opowiedział o przypadku uwięźnięcia w przelyku u melancholika połkniętej łyżki stołowej (srebrna 12 próby, waga 89 gr., długość 20½ ctm., największa szerokość 4,1 ctm.). Zgłębnik wykazał, że górny koniec łyżki znajdował się o 20 ctm. od przednich zębów. Prelegent przy pomocy promieni RÖNTGEN'a określił dokładnie położenie i umiejscowienie łyżki (szeroki koniec



zwrócony był ku dołowi). Drugie badanie radioskopowe wykazało przesunięcie się łyżki ku dołowi. Prelegent przedstawił i ofiarował Towarzystwu fotografie łyżki i jej umiejscowienia.

2) Kol. ROMM opisał operację, którą zastosował dla wydobycia łyżki w wymienionym przypadku. Po dokonaniu cięcia prostopadłego żołądka, z następczem jego rozszerzeniem, wyczuł ręką łyżkę, i zsunąwszy ją, wy dobył. Chory wyzdrowiał. Łyżka była przedstawiona Towarzystwu.

Kol. DEMBOWSKI spytał, dla czego prelegent nie próbował wy dobyć łyżki przez usta.

Kol. ROMM odpowiedział, że łyżka mogła być wyszczerbiona i pogięta, wskutek czego, przy położeniu szerokiej części u dołu, byłoby łatwo przy wyciąganiu przez usta przeciąć naczynia przelyku i wywołać krwotok.

Kol. DEMBOWSKI przy tej sposobności przypomniał o swoim przypadku uwięzienia sztucznej szczęki w przelyku. Określiwszy położenie jej przy pomocy radioskopii, wy dobył ją po przecięciu przelyku. W przypadku kol. ROMMA dogodniejsze było przecięcie żołądka.

3) Kol. ŚWIĄTECKI przedstawił uchylek pęcherza moczowego, usunięty przezeń przy herniotomii. Uchylek o ścianach przerosłych,  $1\frac{1}{2}$  ctm. grubych, miał kształt i wygląd nerki; szyja uchylka, naśladowująca moczowód, przez przewód biodrowy łączyła go z pęcherzem (*cystocoele cruralis paraperitonealis*). Ścianę kiszek, uwięzłą w przewodzie biodrowym i uległą zgorzeli (W. LITRÉ), przyszyto do więzła POUPART'a i *fascia pectinea*. Zagojenie rany pęcherza przez rychłozrost, przetoki zaś kałowej przez ziarninowanie po 6 tygodniach.

4) Kol. WOLFSON mówił o przypadku zupełnego zatrzymania moczu przez kamień w cewce moczowej, który uważa za skutek rzeżączki. Chory lat 38 był dotknięty przez to cierpienie, powikłane przez opuchnięcie obu jąder i ropień lewego gruczołu pachwinowego. Rzeżączka pozostała w postaci przewlekłej, i czasem ukazywała się krew z cewki moczowej. Ożenił się, lecz jest bezdzietny. W ostatnich latach przy oddawaniu moczu wychodziły z cewki kamienie wielkości grochu. Jeden z nich zatrzymał wypływ moczu. Prelegent znalazł go w otworze cewki, obrzmiałym i zaczerwienionym, i wy dobył szczypczykami, po czem mętny mocz wydzielił się w wielkiej ilości. Otwór cewki dzielił się na dwie części, z których jedna prowadziła do ślepego worka, druga do cewki; gruczoł krokowy nie powiększony, lecz bolesny przy ucisku, przyjądrza powiększone i stwardniałe. Badanie zgłębnikiem nie wykazało kamieni w pęcherzu. Prelegent sądzi, że długotrwała rzeżączka wywołała zmiany chorobowe moczu w pęcherzu, które usposobiły do wytwarzania się kamieni. Wskazuje przy tej sposobności na lekceważenie przez publiczność rzeżączki, która tymczasem powinna być starannie leczona, gdyż daje liczne powikłania i pociąga za sobą różne zboczenia.

Kol. STEMBO i kol. ŚWIĄTECKI odrzucają związek kamieni z rzeżączką w opisanym przypadku.

J. S.



# Sprawozdanie Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21—24 lipca r. b.).

Napisał

Stan. Łagowski.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 40).

Jak głębokie i jakiego charakteru są przemiany drobin organicznych przy względnie niskiej ciepłocie, lecz przy współdziale powietrza i wody, ilustruje już dawniej zrobione przez prelegenta spostrzeżenie nad kwasem moczowym. Ciało to, przy ciepłocie  $37^{\circ}$ — $40^{\circ}$ , przyjmując w drobinę wodę i tlen, przechodzi w kwas uroksanowy ( $C_5H_4O_3N_4 + 2H_2O + O = C_5H_8O_6N_4$ ). Być może, iż i charakter przemiany drobin ciał białkowych, które w alkalicznym roztworze już przy zwyczajnej ciepłocie wchłaniają tlen z powietrza, jest podobny.

Ciekawe jest pytanie, czy takie „labilne“ drobinny białkowe, jak enzymy, toksalbuminy i antytoksyny, mogą być zachowane nieograniczenie lub względnie długi czas, nie tracąc swej swoistej działalności? Szczupłe w tym kierunku badania wykazują znowu podobieństwo pomiędzy istotami żywymi a „labilnym“ białkiem. Niektóre enzymy, jak chymozyna (Labferment) lub trypsyna, wysuszone przy niskiej ciepłocie rozpuszczają się po latach w wodzie i strącają sernik, *resp.* peptonizują białko. Jest to podobieństwo z wyżej wspomnianem życiem utajonym nasion i wymoczków. W wodnych roztworach, przy przystępie światła i powietrza, tracą one w krótszym lub dłuższym czasie swe swoiste własności, w ich „labilnej“ drobinie następuje przestawienie atomów na więcej „stabilną“ konfigurację; rzecz by można, iż obumierają. Z pięciu dla żywej istoty cechujących objawów, t. j. organizacyi, odżywiania się, rozwoju, wzmożenia się i zaniku, tylko ten ostatni, t. j. znikomość, byłby wspólny dla organizowanych istot, jak i dla rozpuszczalnego białka żywego.

O tem, abyśmy nawet najprostszą, jednokomórkową, żywą istotę w naszych pracowniach stworzyć mogli, obecnie marzyć nie podobna; ale już to samo przeświadczenie, że tak jest, stanowi postęp, gdyż dowodzi, że zdajemy sobie sprawę z trudności, które nam stoją na drodze badania. Obecnie nasze dążenie jest skierowane głównie ku temu, aby otrzymać sztucznie takie „labilne“ ciała białkowe, któreby miały własność „enzymów“. I to zadanie ukazuje się nam tylko, jako w dalekiej przyszłości możebne do urzeczywistnienia. Głównem zadaniem chemii biologicznej jest wyjaśnienie zjawiska życia, które to zadanie najłatwiej można opracowywać w istotach jednokomórkowych. Zadanie to jednak nie jest jedynem. Wyjaśnienie zjawisk życiowych w ustrojach więcej złożonych jest również naszym celem, a jest to obszar ogromny, prawie bezgraniczny. Tu dążymy do poznania specjalnej czynności każdego narządu, do wyjaśnienia, o ile komórki, składające pewien narząd, są zależne od całego ustroju, a o ile posiadają pewną niezawisłość indywidualną. Jak długo one żyją, jak się odżywiają i mnożą? Badania ostatnich lat np. nad białkami ciałkami krwi zwierząt dowiodły, iż ciałka te są pod wieloma względami istotami niezawisłymi. One pochłaniają tłuszcz, trawiają białko i skrobię zupełnie samoistnie; dalej strzegą cały ustrój od



obcych, szkodliwych związków, chorobotwórczych ustrojów, przenoszą nierozpuszczalne substancje z jednego narządu do drugiego, rzeczy można, że wypełniają w ciele zwierzęcia zadania poczty i ochronnej policji. Zadań, czekających na rozwiązanie, jest nieskończona liczba, i pojedynczy badacz, przepracowawszy całe swe życie, nie może powtórzyć słów SENEK'I: „*si quis totam diem currens pervenit ad vesperum, satis est*“, gdyż widzi, jak jedne pokolenia po drugich dalej kroczyć i pracować muszą, a końca badań nie ujrzą. Ale za to wiedza nasza będzie coraz obszerniejsza i głębsza, a korzyść praktyczna, mianowicie w medycynie, coraz większa.

Drugi wykład na tem samym posiedzeniu miał prof. d-r Ign. BARANOWSKI: „O walce z gruźlicą, jako zadaniu społeczno-narodowem“. (Treść tego odczytu znajduje się w Nr. 33 „Medycyny“ z r. b.). W związku z nim stoją prace, które były przedyskutowane na ogólnym posiedzeniu, poświęconem tej sprawie.

Posiedzenie to zagał d-r SOKOŁOWSKI słowami, iż każdy naród dowodzi swojej żywotności, jeżeli w wielkich prądach naukowo-społecznych, ogarniających inne narody, bierze żywy udział. Do takich prądów należy sprawa gruźlicy, a posiedzenie, poświęcone tej sprawie, wykazuje, że nie bierne jeno naśladownictwo Zachodu kierowało Zjazdem, gdy ową sekcję otwierał, ale że i my, odczuwszy nagłą potrzebę zbadania przyczyn choroby i środków zaradczych, staraliśmy się dorzucić do ogólnego skarbcza spostrzeżeń taką część, któraby choć trochę zaważyła na szali ogólnej i dowiodła naszej żywotności umysłowej i zbiegłości społecznej.

### I. Etiologia gruźlicy.

Prof. d-r BĄDZYŃSKI (Lwów). W parę lat po spostrzeżeniu Koch'a odkryto szereg bakterji, które posiadały zdolność wywoływania zakażenia o charakterze gruźliczym, choć nie były podobne do prątka gruźliczego. Stwierdzono również jego pokrewieństwo z grzybkami promienicy. Wobec tego stan obecny nauki o etiologii gruźlicy stanowi epokę powątpiewań i zamętu. Powstała reakcja przeciw jednostronnym zapatrywaniom bakteriologów ze szkołą Koch'a, którzy w prątku gruźliczym widzą jedyny warunek przyjscia do skutku zakażenia, a zapominają, że zależy ono jeszcze i od stanu ustroju, czyli usposobienia.

D-r A. SOKOŁOWSKI. Statystyczne dane, dotyczące niektórych momentów, usposabiających do gruźlicy płuc.

a) Dziedziczność — procent ogólny nie jest tu tak wielki, jak to powszechnie przyjmują; z liczby 8074 suchotników, tylko 1875, t. j. 23,22% było usposobionych dziedzicznie, 75% dotyczyło postaci nabytych, dających o wiele lepsze rokowanie.

b) Zapalenie opłucny. Z liczby 8074 gruźliczych przebywało je poprzednio 232, t. j. około 3%, co, zdaniem autora, stanowi procent dość znaczny.

c) Nadużycie wysokoku gra wielką rolę w etiologii suchot u biednej klasy ludności, gdzie obok wysokoku mamy złe warunki odżywiania i inne szkodliwe czynniki. Ze 150 chorych szpitalnych alkoholizm notowany był u 45, t. j. 30%, z liczby zaś 8074 gruźliczych z praktyki prywatnej tylko u 68, t. j. 0,84%.

d) Przymiot z ogólnej tej liczby 8074 suchotników przechodziło 242 t. j. prawie 3%. Jest więc on także jednym z ważnych w powstawaniu gruźlicy etiologicznych czynników.



W dyskusyi prof. GLUZIŃSKI zaznacza, że trzeba samemu badać rodzinę chorego i to całą, a nie polegać na wywiadach, a wtenczas statystyka dziedziczności da nam cyfry większe. Również ważną jest rzeczą, w jakim stadyum gruźlicy rodziców rodzi się dziecko.

D-r STACHIEWICZ (Lwów) nadmienia, że alkoholicy tak długo trzymają się przy względnem zdrowiu, dopóki piją; gdy przestają pić, zapadają zaraz na gruźlicę.

D-r E. ZIELIŃSKI mówi, że suchotnicy odziedziczają zбочenia w budowie ciała (patrz wyżej), które poczytywać należy za usposobienie do gruźlicy.

D-r BORAL (Riviera) twierdzi, iż badania statystyczne wcale teorii dziedziczności nie popierają, bo w pierwszych 8 tygodniach u dzieci gruźlicy prawie nigdy się nie znajduje, a występuje ona najczęściej między 20—30 rokiem życia, a więc nie pod wpływem dziedziczności, a z powodu ciężkiej walki o byt.

D-r STANIEWICZ (Wilno) zwraca uwagę na onanię w wieku dziecięcym, często uprawianą przez bony, jako na moment usposabiający do gruźlicy.

D-r DUNIN. Przy dokładnej statystyce, opierającej się na badaniu lekarskim dalszych członków rodziny, otrzymamy daleko większy procent dziedzicznie obciążonych. Nie zawsze te cechy, które uważamy za wyraz usposobienia, są wyrazem tylko usposobienia, lecz często już utajonej gruźlicy.

W odpowiedzi d-rowi ZIELIŃSKIMU i prof. GLUZIŃSKIEMU d-r SOKOŁOWSKI zaznacza, że istnieje usposobienie do gruźlicy, uwarunkowane najróżnorodniejszymi momentami, chciał jednak wykazać, że z momentów etiologicznych, gruźlicze usposobienie dziedziczne nie daje takich wysokich procentów, jak to powszechnie przyjmują.

## II. Statystyka gruźlicy.

Radca d-r MERUNOWICZ mówi o statystyce gruźlicy w Galicyi. Nie może ona być dokładną dla tego, że początkowy okres choroby tylko w wyjątkowych razach bywa przez lekarzy badany, a po drugie dla tego, że, gdy u osoby gruźliczej jaka inna choroba staje się przyczyną śmierci, wypadek ten nie bywa jako gruźlica wykazywany. W Galicyi umiera rok rocznie na gruźlicę i choroby zapalne narządu oddechowego najmniej 45000 osób, przeciętnie 6,7 na 1000. Oprócz miasta Wiednia (7,5 na 1000) tylko w jednych Morawach spostrzegamy wyższą śmiertelność 6,8%. Jakie są przyczyny, że w jednym powiecie umiera więcej, niż w drugim, w tym samym roku, tego powiedzieć nie można. Zdaje się, że powiaty, obfitujące w bagna, moczary, mgły, nawiedzane często wylewami rzek, wykazują o wiele większy procent śmiertelności na gruźlicę. Pocieszającym objawem jest, iż w ostatniem pięcioleciu śmiertelność ta w porównaniu z cyframi przedostatniego pięciolecia znacznie jest mniejsza. Co do cyfry śmiertelności w poszczególnych okresach życia, to, aczkolwiek jest ona bardzo niedokładna, ze szpitala św. Ludwika w Krakowie posiadamy dane, że najwięcej tam zmarło z gruźlicy dzieci od 5 do 8 roku życia (27,9%), najmniej zaś w pierwszym roku życia, bo tylko 8,9%. Najmniejszy wiek, w jakim notowano tu gruźlicę był 21 dzień życia. Dane statystyczne z więzień obecnie są lepsze, dawniej były zastraszające. Z poprawą warunków higienicznych w tych zakładach obniżyła się i odsetka śmiertelności z gruźlicy.

D-r Adam KARWOWSKI (Poznań). Statystyka gruźlicy w W. Ks. Poznaniańskim. Notatki autora tyczące gruźlicy sięgają r. 1881 i są niezupełnie dokładne, wykazują jednak stopniowe obniżanie się cyfry śmiertelności z gruźlicy w ciągu lat 13 o 20%. W szpitalach przeciętnie śmiertelność na gruźlicę wy-



nosi 1,4% wszystkich chorych zakładowych, a 38,1% gruźliczych. W Księstwie zaś przeciętnie umiera na rok 3180 osób, czyli 17,3 na 10000 mieszkańców, przyczem śmiertelność w rejencji poznańskiej jest większa, niż w bydgoskiej. W porównaniu z innymi krajami tylko Anglia i Japonia mogą się poszczycić mniejszą śmiertelnością, gdyż tam umiera na gruźlicę 13,5 na 10000. W zdolnym do zarobkowania wieku umiera przeciętnie 20,58 na 10000 żyjących. Urząd krajowy ubezpieczeń, aby zapobiedz płaceniu renty wskutek gruźlicy, wysyła od r. 1893 część zagrożonych nią do Görbersdorfu (sanatorium WEICHERT'a). Skutki leczenia, zdaniem autora, są bardzo zadawalające, bo z wysłanych w 1896 r. 590 osób, 43 odzyskało siły, a z tych 21, czyli 48,04% dotychczas t. j. całe cztery lata je zatrzymało.

D-r POLAK przedstawił tablice graficzne statystyki śmiertelności w Warszawie i z nich dochodzi do wniosku, że śmiertelność z gruźlicy oraz nieżyłtów oskrzeli zmniejsza się w Warszawie stopniowo, lecz stale.

D-r TERNÓRNICKI przedstawił tablicze graficzne dotyczące się danych statystycznych co do szpitali warszawskich i twierdzi, iż statystyka szpitali nie jest miarodajna, bo chorzy jedni i ci sami krążą po różnych szpitalach. By statystyka ta miała wartość, powinna być ujednostajniona.

D-r MERUNOWICZ stawia wniosek. Sekcja dla spraw gruźliczych uchwała: Wydział gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników zajmie się zebraniem statystyki gruźlicy, ułoży do tego celu potrzebne formularze i zajmie się ich zestawieniem, przyczem zaznacza się, iż głównie chodzi o dokładność danych, a nie tyle o ich ilość, i złoży sprawozdanie na przyszłym zjeździe.

### III. Zapobieganie gruźlicy.

Prof. BUJWID. Cechą zarazka gruźliczego jest to, iż rośnie on i rozmnaża się wolno i potrzebuje do tego pewnych specjalnych warunków. Znajduje je najłatwiej przy niektórych wadliwościach w oddechaniu. Zwierzęta np. zakażają się w oborach, gdy stoją pyskami do siebie zwrócone, rzadziej zaś na pastwiskach. Po zaprowadzeniu szczepień tuberkuliną u zwierząt widać obok częstości gruźlicy (40%) u starszych sztuk rzadkość jej u cieląt, co, według prelegenta, dowodzi, że dziedziczność nie gra tu wielkiej roli w powstawaniu gruźlicy. Dla należytego zorganizowania ochrony od gruźlicy powinny sobie podać ręce władze, społeczeństwo i jednostki i przedsięwziąć, co następuje.

1) Przyjmując chorych gruźliczych do szpitali ogólnych, nie należy umieszczać ich na salach wspólnych, lecz urządzić osobne dla nich szpitale, dostępne nawet dla najmniej zamożnych.

2) Niszczyć plwocinę wszędzie, gdzie tylko obecność jej można przypuszczać.

3) Skrapiać ulice, ustawiać spluwaczki z płynami odkażającymi na ulicach, schodach, kolejach i wszelkich miejscach publicznych, nie mówiąc już o mieszkaniach, zajmowanych przez suchotników.

4) Pouczać za pośrednictwem broszur, wykładów i t. d. o tem, że gruźlica jest chorobą zaraźliwą i popularyzować środki jej unikania.

5) Nakazać probować bydlęta za pomocą szczepień tuberkuliną. Na razie zaś zarządzić badanie mleka, masła i sera na rynku oraz mięsa w rzeźniach, czy nie pochodzi ono od sztuk gruźliczych.



6) Wprowadzić przy przyjmowaniu dzieci do szkoły świadectwa, że są wolne od gruźlicy. Jeżeli zaś są nią dotknięte, to dostarczać im środków do leczenia się.

Prof. D-r GRABOWSKI (Lwów). Zwalczanie i zapobieganie gruźlicy u bydła. Rozpoznawanie kliniczne gruźlicy u bydła jest bardzo trudne, ułatwia je użycie tuberkuliny, wyłączne jednak kierowanie się wynikami szczepienia może doprowadzać do poważnych pomyłek. Wiadomą jest rzeczą, że sztuki w wysokim stopniu gruźlicze mogą nie reagować, dobrze wyglądać i nie budzić podejrzeń. Dla tego to badania kliniczne i szczepienie tuberkuliny powinno się wzajemnie uzupełniać i iść ręką w rękę.

Najważniejszym sposobem szerzenia się gruźlicy w oborze jest wprowadzenie sztuki gruźliczej, która inne zaraża — import bydła rozplodowego z zagranicy sprowadzanego nieraz za drogie pieniądze nie mało się do tego przyczynia — dziedziczenie daleko mniejszą odgrywa rolę — czy z ludzi na bydło przenosi się gruźlica, nie ma na to pewnych dowodów, istnieją jednak spostrzeżenia, dowodzące możliwości i tego sposobu szerzenia się choroby.

Aby racjonalnie walczyć z gruźlicą u bydła, należy:

1) Sztuki gruźlicze wyniszczyć, 2) zdrowe bydło od zakażenia ochraniać.

Ze względu zaś na możliwość przenoszenia się zarazy na ludzi, potrzeba:

1) Mleko krów gruźlicą dotkniętych ze spożycia wyłączyć.

2) Mleka krów podejrzanych tylko w stanie przegotowanym używać.

3) Zaprowadzić nadzór weterynaryjny nad mleczarniami i oborami dostawców.

Zjazd uchwalił wezwanie do rządu o utworzenie komitetu, mającego się zająć niszczeniem i ograniczaniem rozwoju gruźlicy za pośrednictwem bydła.

D-r T. JANISZEWSKI (Zakopane). Zapobieganie gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach galicyjskich. Autor zbadał 11 zdrojowisk galicyjskich i z nich tylko w dwóch okazało się, że miejscowe władze wydały rozporządzenia, mające na celu zapobieganie gruźlicy. Ponieważ owo zapobieganie nie jest niczem innym, jak tylko stosowaniem przepisów higieny w najszerszym tego słowa znaczeniu, więc potrzeba się starać, aby urządzenia sanitarne zdrojowisk były możliwie doskonałe i przewyższały pod tym względem znacznie nasze miasta. Zjazd postawił i uchwalił odpowiednie wnioski.

#### IV. Klimatoterapia gruźlicy.

##### Sanatoria. Organizacja walki z gruźlicą.

D-r DUNIN za najważniejszy czynnik w leczeniu chorych na gruźlicę uważa możliwie czyste powietrze, przytem twierdzi, że niekonieczne jest powietrze górskie. Uważa za niezbędne budowę sanatoryjów, które powinny być obszerne i z wszelkimi wygodami, małe i ciasne do celu nie prowadzą. Stawiać je należy w znacznym oddaleniu od miejsc zamieszkałych, nie oglądając się na wysokość miejscowości względem poziomu morza, lecz licząc na czystość powietrza. Zadanie swoje opiera na wynikach, osiągniętych w sanatorium w Otwocku (w których zestawieniu współdziałał d-r WROŃSKI).

D-r T. JANISZEWSKI. Organizacja walki z gruźlicą w Galicyi. Opiera się ona na podstawie projektu statutu Towarzystwa budowy lecznic ludowych — znajdujemy tam paragraf, który brzmi: Zakładanie przy każdej Radzie powiatowej, przy każdej radzie gminnej oddziałów towarzystwa, któreby miały za zadanie:



1) Zbieranie danych statystycznych o liczbie chorych i szczegółowych wiadomości o tych, którzy pomocy potrzebują.

2) Wskazywanie środków, jakie można wyzyskać celem pokrycia kosztów leczenia i kosztów prowadzenia walki z gruźlicą.

3) Zaopiekowanie się rodzinami tych, którzy leczą się w sanatorium.

D-r A. JARUNTOWSKI (Poznań). Sanatoria i organizacja walki z gruźlicą dla W. Ks. Poznańskiego. Wyniki, osiągnięte przy leczeniu gruźlicy w sanatoriach dla zamożniejszych, zachęciły do zbudowania specjalnych sanatoriów ludowych. W tych zaś próby wydały jeszcze pomyślniejsze skutki, bo uwzględniono chorych przede wszystkim w pierwszym okresie. Przeciętnie  $\frac{2}{3}$  leczonych opuszcza sanatoria ze zdolnością do pracy, a większa część ich zatrzymuje ją ze 4 lata.

W Niemczech rząd proteguje sanatoria bądź przez zapomogi, bądź ułatwia udzielanie lasów, bądź przez krajowe zakłady ubezpieczeń, które same wybudowały 33, a budują jeszcze 38 sanatoriów ludowych. Na koszt publiczny z początkiem nowego stulecia będzie można umieścić rocznie w sanatoriach około 20000 chorych robotników.

Stowarzyszenia prywatne prócz zbierania składek mają na celu głównie zajęcie się rodziną wysłanego chorego, pozbawionego utrzymania, oraz szerzenie popularnych broszur o pierwszych oznakach gruźlicy.

W Księstwie zakład krajowy wybuduje w najbliższym czasie kosztem 400,000 marek sanatorium w leśnej okolicy, należącej do fiskusu. Towarzystwo prowincjonalne ku zwalczaniu gruźlicy pod kierunkiem bar. Wilamitz-Moellendorfa będzie umieszczało w tym zakładzie swoim kosztem do 20 chorych, a zrazem ma się starać i o wzniesienie takiegoż sanatorium dla kobiet.

Ponieważ w Księstwie ludność robocza przeważnie jest polska, a więc dobrodziejstwa sanatoriów w głównej dla niej powinny płynąć części, poleca się przeto gorąco nawoływać nasze społeczeństwo, aby brało udział w pracach Towarzystwa prowincjonalnego.

D-r JANISZEWSKI stawia następujące wnioski w sprawie walki z gruźlicą w trzech dzielnicach naszego kraju.

1) Wszechstronne naukowe badanie gruźlicy.

2) Leczenie: tu należy budowa sanatoriów i reforma szpitali w tym duchu, aby przy każdym szpitalu był osobny oddział, przeznaczony dla chorych na gruźlicę.

3) Zapobieganie chorobie.

4) Kształcenie czy to w sanatoriach, czy to w specjalnych oddziałach lekarzy specjalistów. Pouczanie społeczeństwa za pomocą broszur i odczytów o potrzebie i sposobach walki z gruźlicą.

Każda z trzech dzielnic powinna dążyć do urzeczywistnienia tego programu taką drogą, jaka się okaże najpraktyczniejszą, a zastosowana do miejscowych warunków.

Łącznikiem będą Zjazdy, odbywające się co kilka lat, na których każda z trzech odrębnych organizacyi zda sprawę ze swych czynności stosownie do określonego ogólnego programu. Czas i miejsce oznacza komitet, składający się z delegatów miejscowych organizacyi.

Wnioski te Zjazd uchwalił.

D-r DRUCKI (Zakopane). Sanatoria dla zamożnych i średnio zamożnych. Zaznaczywszy na wstępie, dla jakich powodów klimatyczno-higieniczne leczenie gruźlicy metodą „BREHMER-DETTWEILER'a“ powinno odbywać się



w zamkniętych zakładach, i jakim owe zakłady powinny odpowiadać warunkom pod względem higieniczno-sanitarnych urządzeń, rozbiera prelegent metodę leczenia gruźlicy w już istniejących takich sanatoryjach i jej wyniki.

Chory przy oddaniu go do sanatorium podlega wszechstronnemu badaniu, które w zwykłych warunkach powtarza się co 2—4 tygodnie; przebywa przez pierwsze 8—10 dni okres aklimatyzacji. Następnie zaczyna zwykle leczenie; spędza mniej więcej 10 godzin na świeżym powietrzu, z których 5 do 6 poświęcone spokojnemu leżeniu na werendzie, reszta spacerom, ilość i jakość których ściśle są przez lekarza określane. Obfite i zdrowe pożywienie (6 razy dziennie) w godzinach ściśle określonych pod kontrolą lekarza, zasiadającego do wspólnego stołu z chorymi. (Waga chorych kontrolowana bywa co tydzień). Do tego dodać należy jeszcze i zabiegi hydropatyczne (suche lub wilgotne nacierania, tusze). Opieka lekarska jest stała. Lekarz naczelny lub jego asystent kilka razy dziennie obchodzi wszystkich chorych, przyczem uważa, by porządek i dyscyplina były wzorowe. Chorym, po za obrębem godzin spacerowych, wydać się z zakładu bez pozwolenia lekarza nie wolno.

Metoda „BREHMER-DETTWEILER'a” dała dobre, najlepsze ze wszystkich metod wyniki. Według obliczeń dotyczących kilkudziesięciu tysięcy chorych w kilkudziesięciu sanatoryjach niemieckich i szwajcarskich wypada: przeciętnie 25% zupełnych wyleczeń, 50% polepszeń. Stosunek ten, przy dzisiejszym nawet stanie higieny społecznej, mógłby być znacznie lepszy, gdyby chorych wysyłano do zakładu w początkowym okresie choroby. Do tego niezbędne jest bardzo wczesne rozpoznanie, oparte na badaniu fizycznym, bez względu na wyniki badań bakteryologicznych.

Kończy prelegent swój odczyt zdaniem, że ze względu na przyszłość założenia dla suchotników przez BREHMER'a pierwszego sanatorium stanowi epokę nie tylko w historii medycyny, lecz i w dziejach ogólnoludzkiej cywilizacji i kultury.

D-r S. STERLING (Łódź) mówił o typach sanatoryjów ludowych w różnych krajach Europy, środkach ich budowy i źródłach utrzymania.

(C. d. n.).

---

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

---

= Dość liczne są spostrzeżenia, dowodzące związku między dychawicą a pryszczycą. NEVILLE TAYLOR opisuje 8 letniego chłopca, który w 6-ym roku dostał ciężkiej ogólnej pryszczycy, trwającej około 6 miesięcy. Po roku powtórzyło się to samo. Po ustąpieniu jej chory po raz pierwszy dostał napadu dychawicy. Odtąd oba cierpienia występowały jednocześnie lub też naprzemiennie. Gdy autor widział chorego, był on w okresie dychawicy; skóra znajdowała się w stanie *xerodermiae*. Wkrótce nastąpiło obostrzenie ogólnej pryszczycy łojotokowej (*eczema seborrhoeicum*), gdy napady astmatyczne z wolna

ustąpiły. Po kilku tygodniach pryszczycy znikła, natomiast powróciła dychawica. W tego rodzaju przypadkach istnieje zwykle usposobienie dziedziczne dla pryszczycy i dychawicy. Niekiedy znaleźć można, że ojciec choruje na pryszczycę, dnę lub gościec, matka na dychawicę, lub odwrotnie. U opisanego chłopca matka cierpiała na astmę. (N. Y. med. Jour. 21. 10. 99).

= LOM opisuje przypadek samowyleczenia przepukliny u tokarza. Wiadomo, że przepukliny dawały się wyleczyć za pomocą jazdy na rowerze. Chory, o którym mowa, pracował nogami. Miał on przepuklinę wrodzoną ogrom-



nych rozmiarów. Wkrótce po rozpoczęciu swego rzemiosła zauważył, że przepuklina zmniejszyła się. Po 18 miesiącach znikła zupełnie. (D. M. Zg. 1. 900).

— FREUDENTHAL zastosował z wybor-  
nym skutkiem żelatynę w celu uśmierz-  
zenia gwałtownego, grożącego życiu  
krwotoku nosowego, u 68-letniej kobie-  
ty. Wszelkie środki okazały się bezsku-

tecznymi. Wtedy F. wstżyknął do nosa  
około 20 ctm. sz. płynnej ciepłej żelatyny  
za pomocą szprycy szklanej. Krwa-  
wienie ustało natychmiast. BAUERMEI-  
STER stosował żelatynę wewnątrz w  
roztworach 10 : 100, a zewnątrz w po-  
staci tamponów, w 3-ch przypadkach  
krwawienia żołądkowego i w jednym  
macicznego. (D. med Woch. 49. 99).

Ze spadku po zmarłej dnia 12 września 1876 r. ś. p. Józefie Sierakowskiej, przeznaczoną została przez jej spadkobierców, aktem urzędowym w dniu 19 lutego, 2 marca 1888 r. zeznanym, na własność Kasy pomocy naukowej imienia Józefa MIANOWSKIEGO suma 6600 rubli, jako fundusz żelazny, od którego procenty obracane być mają na zapomogi, stosownie do celów Kasy, dla synów podupadłych lub zubożałych właścicieli ziemskich, wyznania rzymsko-katolickiego z guberni Płockiej, a w ich braku dla innych osób wedle uznania Zarządu Kasy. W myśl powyższego przeznaczenia funduszu, zatwierdzonego przez Rząd, Komitet zarządzający Kasy wzywa osoby, pracujące na polu naukowym, a chcące ubiegać się o zapomogę, aby w ciągu trzech miesięcy od daty niniejszego ogłoszenia, złożyły w biurze Komitetu (Niecała 7), lub do rąk jednego z członków Komitetu stosowne podanie, z wyszczególnieniem podjętych prac naukowych i miejsca stałego zamieszkania. Kandydaci, roszcący prawo do pierwszeństwa w otrzymaniu zapomogi, winni dołączyć do podania akt urodzenia i wiarogodne zaświadczenie, iż pochodzą od podupadłych lub zubożałych właścicieli majątków ziemskich w guberni Płockiej. W końcu nadmienia się, że stosownie do § 2 Ustawy Kasy, zapomogi mogą otrzymywać tylko poddani rosyjscy, o ile nie przebywają za granicą bez pozwolenia rządu i że wedle zastrzeżenia przez władzę postanowionego, zapomoga przyznana kandydatowi, kształcącemu się w jakim bądź zakładzie naukowym Okręgu naukowego Warszawskiego, będzie wypłacona dopiero po zatwierdzeniu wyboru przez Kuratora tegoż Okręgu.

*w Warszawie d. 26 września 1900 roku.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Leona LANDE udzielone ma być w dniu 18 lutego 1901 r. jako w rocznicę śmierci testatora, wsparcie w kwocie rb. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim; albo też, w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (Niecała Nr. 7) oznacza się do dnia 15 grudnia 1900 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez trzech lekarzy, członków Kasy wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot. Osoby na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego), przestać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora lekarskiego właściwej gubernii kraju.

Zarządzający Kasą Wsparcia, *D-r M. Jankowski.*

## Od Redakcyi i Administracyi.

**Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty  
za rok 1900 i o uregulowanie zaległych rachunków.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава, 28 Сентября 1900 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8



# ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

**Ambulatoryum** od godz. 12 do 1-iej p.p.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

## Dom Zdrowia

### D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb. 50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

## ZAKŁAD CHIRURGICZNY

### D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

**Sewerynow 5, róg Oboźnej,**

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

## Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

### D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

## ZAKŁAD LECZNICZY

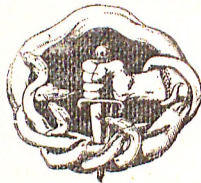
### D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatoryum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

## Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

## JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

*Literatura:*

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'Indep. méd. 21 Juin 1899: Dr. Lefort „Étude expérimentale et clinique sur l'Jodalbaeid.“

## CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

*Literatura:*

Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radea dworu Prof. Dr. Fleiner „Ueber Chloralbaeid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

## AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

*Literatura:*

Radea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. E. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitzowskij pereulok dom Pugowkina.

## Pracownia analityczno-lekarska

### D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

## ZAKŁAD

dla chorób chirurgicznych i kobiecych

### D-rów Reichsteina i Wawelberga

WARSZAWA Leszno № 31.

Przy zakładzie specjalny oddział porodowy.  
Zakład mieści się w dużym ogrodzie.  
AMBULATORYUM od g. 10 do 12 r.

Dla kaszlących i osłabionych

## Ekstrakt i Karmelki „LELIWA“

w Aptekach i Składach Aptecznych.



Próby i literatura na żądanie gratis.  
**Akcyjne Towarzystwo Fabrykacji Aniliny, Berlin S. O. 36.**

← Oddział Farmaceutyczny. →

MARKA  FABRYCZNA



## Chloroform-Anschütz

Chloroform-Anschütz nie zawiera kwasu solnego chloru, fosfenu, alkoholu, eteru i innych zanieczyszczeń, nie barwi stężonego kwasu siarczanego przy skłócaniu i pozostawianiu nad nim tegoż kwasu nawet przez całe miesiące. Ciężar właściwy 1,5 przy 15°. Temperatura wrzenia 61 5°.

*Nie zmienia się w opak. oryginalnem.*

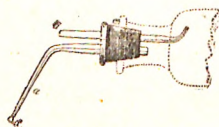
Oryginalne butelki po 25 i 50 gr. wartości. Na żądanie Chloroform-Anschütz i w większych butelkach.

Chem. czysty z salicylid chloroformu  
 D. R. P. 70614.

## Kropplomierze.

D. R. G. M. 26701.

Zbytoczna jest przy użyciu tego kropplomierza specjalna buteleczka; kropplomierz nasadza się wprost na oryginalną buteleczkę Chloroform-Anschütz i używa się jej jako buteleczki do kropli.



## TANOCOL. Czysty Żelatynotannal.

Nazwa zastrzeżona D. R. P. 108130.

Nowy, zupełnie nieszkodliwy i w soku żołądkowym nierozpuszczalny. Znacznie tańszy od innych podobnie działających preparatów taniny. Tanocol najlepiej podawać zmieszany z zimnymi płynami.

## KRANKENHEILSKA

Woda Mineralna z krankenheilskiego jodowego źródła do picia.  
 Sól źródłana i ług źródłany do przyrządzania kąpeli w domu, do okładów, wstrzykiwań i t. p.  
 Mydło ze soli źródłanej № I (mydło jodowe) doskonałe mydło toaletowe przy nieczystej cerze i skłonności do wysypek skórnych.  
 Mydło ze soli źródłanej № II (mydło jodowo-siarczanowe) przy chor. skórnych.  
 Mydło ze soli źródłanej № III (mydło wzmocnione) ze soli źródłanej przy zastarzałych przypadkach.  
 Spirytus mydlany do oczyszczania skóry głowy, szczególnie przy łupieżu i wypadaniu włosów.  
 Pastyki przy katarach gardzieli i krtani.  
 Krankenheilskie źródła i ich produkty zalecają powagi lekarskie przeważnie przy zółtach, przewlekłych chorobach kobiecych, zastarzałych chorobach skóry, ciężkim przymiocie i zatruciach rtęciowych.  
 Zwracać należy przy nabywaniu uwagę na nazwy i na markę ochronną. Na składzie we wszystkich większych aptekach, składach aptecznych i składach wód mineralnych. Na żądanie można otrzymywać wprost od Towarzystwa Akcyjnego krankenheilskich źródeł jodowych w Tölz-Krankenheil, Górna Bawaryja.

**Cenniki i wskazówki użycia gratis i franco.**

## SZKŁA ISOMETROPOWE

ŁAGODNIEJSZE, MNIEJ  
 FATYGUJĄ OCZY

Bezbarwniejsze i bardziej  
 przejrzyste od innych



Przez nie widzi się wyraźniej  
 i dokładniej.

na każdym szkle

**Cena za parę Rb. 3.**

Hygieniczne daszki na lampy

Mikroskopy HARTNACKA, Maszyny do pisania, Grafofony.

**GRAMOFONY.**

Wyłączna sprzedaż na Królestwo Polskie w Magazynie Optycznym  
**G. GERLACHA** w WARSZAWIE, ulica Czysta Nr. 4.

Prospekty bezpłatnie.