

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## Zapalenie gardzieli i ostry gościec stawowy.

Napisał

*Seweryn Sterling.*

(Według odczytu na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego).

---

Zapalenie gardzieli uznajemy obecnie za sprawę pochodzenia zakaźnego. Jeszcze przed laty 20 Friedrich podejrzewał zakaźną naturę tego cierpienia: dreszcz, rozpoczynający chorobę, przebieg gorączki, częste powiększenie śledziony, ogólny upadek sił, naprowadziło go na domysł, że przy angina lacunaris mamy do czynienia ze sprawą zakaźną. B. Fraenkel przyszedł do tegoż wniosku, wskazując na epidemie domowe tego cierpienia, w tymże czasie przypuszczenia takie wypowiadali Wagner, Seifert, Hueter, Harkin i Moclagnan i inni. Ścisłe badania bakteryologiczne rozpoczęła praca B. Fraenkla, który wyhodował z wysięku przy angina lacunaris gronkowca ropotwórczego złocistego i jakiegoś dwuziarniniaka.

Również i ostry gościec stawowy uważamy dziś za chorobę zakaźną, jakkolwiek nie wykryto jeszcze swoistego zarazka.

Drobnoustroje, znajdujące przez różnych autorów w stawach, gościcową sprawą zajętych, są zawsze też same, jakie widzimy w ropniach przerzutowych, w sprawach stawowych, wikłających choroby zakaźne wogóle — i przy niegościcowych zapaleniach stawów.

Gościec zatem powstaje najprawdopodobniej drogą przerzutu. Raz przerzut wywołuje tylko sprawy zapalne, resp. — umiejscawiając się w stawach — obraz kliniczny gościca; innym razem — sprawę ropną, a wtedy mówimy o objawach ropienia miejscowego lub o objawach ropnicy ogólnej.

Czy zapalenia gardzieli mogą stać się źródłem przerzutów? *Loeffler* dowiódł, że drobnoustroje (gronkowce) zagłębiając się w tkankę migdałków, dochodzą do naczyń chłonnych i krwionośnych, powodują tam thrombo-phlebitis. Takie spostrzeżenia opisali *A. Fraenkel* i *Dubler*. Mamy więc prawo przypuszczać, że drobnoustroje mogą z gardzieli drogą krwi do wszystkich narządów się dostawać.

Możności takiej dowiodły bezpośrednio liczne spostrzeżenia kliniczne.

Zapalenie zatem gardzieli może być powikłane przez sprawy przerzutowe w rozmaitych narządach; błona śluzowa gardzieli, a przedewszystkiem migdałki stanowią wrota infekcy najróżnorodniejszych spraw chorobowych.

Badania histologiczne wyjaśniają nam przyczynę tych stosunków. Zarówno na migdałkach, jak i na całej rozciągniętości gardzieli można, jako sprawę fizyologiczną, obserwować emigrację leukocytów, a jak powiada *Rossbach* „gdzie białe ciało krwi może się wydostać, tam też wejść może lasecznik lub drobnoziarniak.“ *Sokołowski* i *Dmochowski* widzieli w rozszerzonych kryptach (przy angina lacunaris) ogromne skupienie drobnoustrojów.

Ruchy połkowe nie tylko sprzyjają zetknięciu się zawartości jamy ustnej z migdałkami, ale wprost przez ciśnienie ujemne, jakie przy akcji przełykania w tej okolicy powstaje, zawartość ta zostaje niejako przysysaną do migdałków.

Rozważając budowę anatomiczną [tkanek, otaczających stawy <sup>1)</sup>], dochodzi się a priori do wniosku, że stać się one mogą bardzo łatwo miejscem osiedlenia bakteryj przez krwio-bieg unoszonych; spostrzeżenia kliniczne fakt ten stwierdzają: drobnoustroje, które do krwi się dostały, powodują najczęściej cierpienia stawów; te są wogóle locus minoris resistentiae przy wielu chorobach zakaźnych (szczególnie zaś powikłanych zakażeniem wtórnem).

Francuscy autorzy — powiada Czajkowski — którzy posiadają szczególniejszą zdolność specyfikacyj rozmaitych spraw patologicznych, pierwsi, zdaje się, zwrócili uwagę na ten fakt, że nieraz po ostrym niezycie gardzieli występują objawy ostrego gośćca stawów. Buss wymienia Troussseau (Clinique Méd. de l'Hôtel Dieu, 1865, str. 332) jako pierwszego, który na jednoczesne wystąpienie obu nazwanych cierpień uwagę zwrócił.

Zwróciwszy uwagę na możność powikłania zapalenia gardzieli przez objawy ze strony stawów, zebrałem kilka spostrzeżeń, które przytaczam.

1. K. A., lat 16. Dnia 16 IV 1895 zgłosiła się, skarżąc na ból gardła, gorączkę, ogólne rozłamanie. Przy badaniu spostrzegłem w gardzieli objawy anginae catarrhalis silnego stopnia. Zalecono płukanie roztworem chloranu potasu. W dniu 27 IV, po zupełnem zniknięciu objawów ze strony gardzieli, wystąpiło bolesne obrzmienie stawów: kolanowego prawego i obu stawów golenio-stopowych. Stan gorączkowy (38,2°), tętno około 120. Zalecono: kwas salicylowy w maści; po upływie 5 dni poprawa zupełna. Dnia 1 VI 95 przywołany do K. znajduję nowy napad gośćca w stawie kolanowym prawym; stan gorączkowy nieznaczny, tętno 96. Gardziel wolna, bólu żadnego w niej w ostatnich czasach nie odczuwała. Jednocześnie jednak znajduję u 3 letniego dziecka, bratanka K., w jednej z nią izbie mieszkającego anginam lacunarem, która bez następstw w kilka dni przeszła.

---

<sup>1)</sup> Badania: Schüllera (Die Path. u. Ther. der Gelenken 1887); Brauna (Unters. ueber d. Bau d. Synovial. Deut. Z. f. Chir. Tom 39). Buday'a (Beitr. zur Kenntn. d. metast. Gelenken. Refer. w Centr. für Bakt. Tom V), Suchanneka.

2. G. Julia, służąca, lat 29. Dnia 12 III 95 zgłasza się ze skargami na niemożność polykania i ból gardła, trwający już od dni 5. Przy badaniu znalazłem: gardziel silnie zaczerwieniona, obrzmiała, polyskująca; na migdałkach, znacznie powiększonych, drobnutkie czopki szaro-żółtawe. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe. Stan gorączkowy. Rozpoznanie: angina lacunaris. Zalecono: pędzlowanie rozczyntem (1 : 2000) sublimatu. Dnia 27 III 95 przywołany do G. znalazłem: stan gorączkowy; obrzmienie i bolesność wszystkich prawie stawów obu kończyn dolnych; skóra nad nimi polyskująca, czerwona. Chora poci się na całym ciele. Cierpienie zaczęło się nagle, w nocy; dnia poprzedniego były lekkie kilkakrotne dreszcze, ogólne niedomaganie, ból krzyża. Objawy ze strony gardła prawie ustąpiły, prócz nieznacznego obrzmienia migdałków. Pod wpływem kwasu salicylowego w maści — poprawa bardzo szybka. Dnia 3 VII 95—ponowne zapalenie gardzieli, tym razem nieżytowe. Zalecono: salicylan sodu 1,0 trzy razy dziennie; płukanie rozczyntem chlorku potasu. Dnia 9 VII 95—napad gościca w kolanie lewym, stan podgorączkowy (37,8°). Stosowana maść z kwasu salicylowego ulgi nie sprawia, następuje to dopiero po salicylanie sodu do wewnątrz (5,0 na dobę w ciągu dni 4).

3. W. Id., krawiec, lat 19. Przybył do szpitala im. małż. Poznzańskich (sala kol. Przedborskiego) dnia 29 V 95. Od paru dni obrzmienie bolesne kończyny dolnej prawej w stawie kolanowym, lewej — w stawie golenio-stopowym. Ciepłota 38,2, tętno 104. Z wywiadów okazuje się, że od kilku miesięcy zapada powtórnie na ból gardła. Przed kilku tygodniami wycięto mu z tego powodu jeden z nadmiernie przerosłych migdałków. Podług słów chorego po każdym zaziębieniu następuje ból gardła, a potem bóle w stawach (zajęte zwykle stawy kończyn dolnych, nie zawsze te same. Pod wpływem salicylanów bardzo wolna poprawa.

4. A., robotnica, lat 20. Dnia 22 III 95 zgłosiła się ze skargami na ogólne osłabienie, gorączkę, katar, kaszel, ból gardła. Przy badaniu okazuje się: angina lacunaris, bronchitis acuta. Zalecono: salipirinę, płukanie gardła kwasem bornym, pędzlowanie rozczyntem (1 : 2000) sublimatu. W dniu 29 III 95 przywołany do chorej znalazłem: stan gorączkowy (M. 39,4°), tętno około 120, słabe; gardziel silnie zaczerwieniona, bardzo obrzmiała (jak i cała jama ustna); w stawie kolanowym prawym obrzmienie bolesne, skóra naprężona, gorąca, czerwona. Stan taki, przy gorączce postaci stałej, trwał aż do 12 IV 95, odkąd zarówno

objawy ze strony gardzieli, jak i ze strony stawu poczęły łagodnieć, by w końcu (po jakich 2 tygodniach) ustąpić zupełnie.

Następującą obserwację zawdzięczam uczynności kolegi Józefa Sachsa:

5. Ch. R., lat 30, akuszerka, zgłosiła się do kolegi S. z objawami anginae lacunaris, które po dwóch dniach leczenia ustąpiły. W tydzień potem przebudziła się w nocy z powodu silnych bólów w stawie kolanowym, który okazał się obrzmiałym. Sprawa przenosiła się kolejno na inne stawy, przedstawiając obraz ostrego gościa stawowego, który ustąpił pod wpływem salicylanów.

Spostrzeżenia powyższe oraz wiele innych, których dla braku miejsca i podobieństwa do powyższych nie przytaczam, zdają się stwierdzać przypuszczenie o związku zapalenia gardzieli z gościcem stawów. Związek ten polegać może na tem, że:

- 1) albo zarazek, wywołujący gościec stawów ma stale za wrota infekcji gardziel,
- 2) albo część przypadków gościa powstaje drogą zakażenia przez gardziel, część zaś zależy od innych rozmaitych wrót infekcyi.

Przypuszczenie ostatnie jest prawdopodobniejszem.

Zapalenie gościcowe stawów wywoływaniem jest prawdopodobnie przez przerzuty z tkanek i narządów, zawierających w danej chwili mikroby. W razie silnej zjadliwości mikrobów (z gatunku ropotwórczych—głównie) mamy w stawach ropienie; w razie osłabionej ich zjadliwości — zapalenie surowicze lub surowiczo-włóknikowe, które, zresztą, przejść może w zapalenie ropne.

Wiemy, że gronkowiec złocisty może wywoływać zarówno zapalenie wysiękowe, jak i ropienie, znajdujemy go zarówno przy zapaleniu szpiku kostnego, jak i w ropniach, otokach śródpiersiowych ropnych, zapaleniach tkanki łącznej, czyrakach, wąglkach.

Dwuziarniniaki *F r a e n k | a* mogą wywoływać zapalenia opon mózgowych lub zapalenia wsierdzia (nie wywołując jednocześnie wcale zapalenia płuc). Paciorkowce znajdujemy jako sprawców zapalenia mózgo-rdzeniowego, gorączki położowej, zapalenia szpiku kostnego, ropnicy noworodków, za-

palenia płuc i kiszek. A więc nie zdziwi nas fakt, że wszystkie trzy wspomniane drobnoustroje, znalezione w stawach gośćcem zajętych uważać można również za przyczynę nazwanego cierpienia stawów. Przypomniawszy sobie, że też same drobnoustroje uważamy za przyczynę wielu t. zw. ropni przerzutowych w stawach po i przy różnych sprawach zakaźnych, zgodzimy się na to, że niema zasadniczej różnicy etyologicznej między sprawami ostatnio nazwanymi a tem, co klinicznie gośćcem stawów nazywamy. Dosyć bowiem przypomnieć sobie, jak różnorodne są objawy kliniczne, przez laseczniki gruźlicy wywołane (*tuberculum anatomicum*, *lupus*, *scrophulosis*, *tabes mesaraica*, *tuberculosis pulmonum*, *tuberculosis intestinum*, *tuberculosis renum*, *orchitis tuberculosa*, *arthritus tuberculosa*, *meningitis tuberculosa*, *tuberculosis miliaria*), by zrozumieć zależność przebiegu klinicznego sprawy zakaźnej z jednej strony od zjadliwości pasorzyta i jego ilości, z drugiej zaś strony od stanu tkanek, narządu, jaki został napadnięty, od wrażliwości osobniczej ustroju opanowanego. Też wszystkie warunki należy wziąć pod uwagę, gdy roztrząsamy pytanie, dlaczego gronkowiec, paciorkowiec lub dwuziarniniak przez migdałki i błonę gardzieli do ustroju wnikający wywołuje raz tylko objawy miejscowe, innym razem—zapalenia surowicze w stawach, albo też—ropienie w tychże stawach.

Gościec stawowy powstawać może i często powstaje drogą przerzutu drobnoustrojów z gardzieli, wrota infekcyi mogą przytem uleść zmianom, które o tyle są wyraźne, że się nam przedstawiają jako cierpienie gardzieli; innym jednak razem natężenie sprawy we wrotach jest tak małe, że nie dochodzi do świadomości ani osobnika dotkniętego, ani też dostępnem jest dla zmysłów lekarza. Prawdopodobnie przypadki kategorii drugiej są wielokroć częstsze; tem nie mniej, gdybyśmy stale przy każdym świeżym przypadku gościa zarówno badali starannie gardziel, jnk i uważnie chorego wypytywali, czy w ostatnich czasach nie cierpiał na gardło—przypadki kategorii pierwszej nie byłyby tak rzadkie, jak się to dzieje obecnie.

Jama ustna zawiera różne drobnoustroje, saprofity i pasorzyty. Te ostatnie w warunkach zwykłych—w stanie osła-

bionym (prawdopodobnie dzięki wpływowi śliny <sup>1)</sup>). Mamy więc w ustach stały zapas, niejako, zarazków, które przy okolicznościach sprzyjających czynnie wystąpić mogą. (Nie wyklucza to, naturalnie, możności wniesienia do tejże jamy ustnej, w każdej chwili, z pokarmem, kurzem, ciałami obcymi, zarazków już wyraźnie zjadliwych). Może taką okolicznością sprzyjającą jest t. z. zaziębienie; bardzo prawdopodobnie stanowią ją wszystkie choroby gorączkowe.

## L I T E R A T U R A.

Prace, gwiazdką \* oznaczone, znam tylko z referatów lub cytat.

Buss. Ueber d. Bez. zw. Angina u. acut. Galenkrh. Deut. Arch. f. klin. Med. Tpm 54, 1.

Czajkowski. Gaz. Lek. 1891, Nr 19. Dwa spostrzeżenia gośca po nieżyłcie gardzieli i siedem — ostrego zapalenia nerek po temże cierpieniu.

Dubler \*. Acute infectiose Phlegmone des Pharynx. Virch. Arch. Tom 126, str. 438.

A. Fraenkel. Zeit. f. klin. Med. Tom XIII.

B. Fraenkel. Berl. klin. Woch. 1886, Nr 17 i 18.

Friedreich\*. Der acute Milztumor. Volkm. Samml. Nr 75.

Harkin\*. Dublin Journ. 1881.

Loeffler. Mitt. aus d. Kais. Gesundh. II 1884, str. 421.

Roszbach\*. II Congr. f. inn. Medic.

Sanarelli. Cent. f. Bakt. Tom X, 25.

Seifert\*. Wiener. med. Woch. 1886, Nr 40.

Sokołowski i Dmochowski. Gaz. Lek. 1891.

---

<sup>1)</sup> Sanarelli dowiódł, że n. p. dwuziarniniaki zapalenia płuc znajdują w ślinie znakomitą odżywkę, rozmnażają się w niej nader szybko, ale tracą przy tem część swej zjadliwości. Małe ilości gronkowca złościstego giną w ślinie (wielkie — pozostają).

NB. Podczas gorączki ilość śliny zmniejsza się znakomicie.

# OBJAWY SKÓRNE w chorobach wewnętrznych.

Podał

**Fr. Giedroyć.**

Ordynator szpitala św. Łazarza.

(Dalszy ciąg. Patrz Z. XIII.)

Podług *Barbiera* (1892) mogą być trzy przyczyny choroby *Addisona*: 1) wszelkie cierpienia nadnerczy z wyjątkiem raka; 2) zaburzenia w brzusznej części nerwu współczulnego (*gang. semilunaria, nn. splanchnici*); zaburzenia te bardzo często idą w parze ze zwyrodnieniem tłuszczowem, przerostem i zanikiem nadnerczy i 3) zmiany w mleczu pacierzowym.

*F. i S. Marino-Zucco* (1893), znalazłszy w normalnych nadnerczach i w moczu chorych, dotkniętych cisawką, znaczne ilości neuryny, przeszli do doświadczeń na zwierzętach i otrzymali wyniki następujące: u zwierząt pozbawionych jednego nadnercza występowały na skórze plamy barwnikowe, które się prędko powiększały i stawały się ciemniejsze; po dwóch miesiącach plamy zaczynały wprawdzie znikać, ale zupełnie nie ginęły nigdy. Po wycięciu obu nadnerczy zwierzęta padały na 3—5 dzień po operacji. Po zastrzyknięciu do jamy brzusznej 2% roztworu neuryny po 8—10 dniach występowały na skórze plamy, które się powiększały, jak po wycięciu nadnerczy; włosy, pokrywające zabarwione miejsca skóry, stawały się również ciemniejsze.

*St. Supino* (1893) powtórzył doświadczenia *Zucco*, ale zabarwienia skóry otrzymał nie mógł; nie mógł również nigdy wykryć w moczu chorych na cisawkę neuryny. Prowadząc dalej doświadczenia w tym kierunku, otrzymał takie wyniki: 1) *Surowica krwi królików i psów*, pozbawionych jednego lub obu nadnerczy posiada własności trujące (toksyczne): działa mianowicie na żaby w rodzaju kurary; 2) toksyczność krwi po wycięciu obu

nadnerczy jest znacznie większą, niż po wycięciu jednego; 3) zastrzykiwanie neuryny działa na królików inaczej, niż wycięcie nadnerczy, na żaby zaś działa tak, jak zastrzyknięcie krwi zwierzęcia pozbawionego nadnerczy. Autor ten przychodzi do następujących wniosków: 1) w chorobie Addisona (jak po wycięciu nadnerczy) powstaje samozatrucie (autointoxicatio) ustroju jednym lub kilkoma pierwiastkami, co do istoty których nic nie wiemy; w każdym razie nie jest to neuryna; 2) cały zbiór objawów cisawki zależy od cierpienia systemu nerwowego, które powstaje wskutek zatrucia krążącymi we krwi pierwiastkami; w wyjątkowych, ostro przebiegających przypadkach, mogą właśnie przeważać objawy zatrucia, a brakować charakterystycznych zmian anatomicznych i zabarwienia; 3) zmiany w systemie nerwowym są podstawą całego cierpienia; mogą być pierwotne i zachodzić bez zmian w nadnerczach (porów. artykuły prof. C y b u l s k i e g o i G l u z i ń s k i e g o. Gaz. lek. Nr 12 i 15). Poza teoryjami godną jest jeszcze zaznaczenia statystyka, zebrana przez L e w i n a (1893). Obejmuje ona sobą 311 sekyi chorych, zmarłych przy objawach typowej cisawki. Zmiany chorobowe znaleziono: w nadnerczach 88<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, płucach 36<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, wątrobie 18<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, śledzionie 13<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, nerkach 13<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, kiszkiach 8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, żołądka 7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, systemie nerwowym ośrodkowym 7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, w nerwie współczulnym i jego splotach 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Skóra nabiera **barwy szarej** przy używaniu przez czas dłuższy pewnych środków metalicznych, lub też przy profesjonalnem zatruciu niemi.

Przy zatruciu zawodowem rtęcią skóra twarzy blednieje, nabierając stopniowo odcienia szarawego. Po długiem zażywaniu preparatów srebra skóra nabiera barwy w odcieniach od szarej do czarnawej, najwięcej uwydatnionej na miejscach zwykle nie zakrytych. Przy zatruciu ołowiem skóra bywa nieraz żółtawa, albo szaro-błada; zabarwienie to jest stałem i nie zmienia się pod wpływem wzruszeń moralnych, jak to widzimy z bladością przy zwykłej niedokrewności.

Z szeregu ograniczonych zmian w zabarwieniu skóry zasługują na uwagę.

**Chloasma. Ostuda.** Plamy barwnikowe występują zwłaszcza na czole, powiekach i policzkach, zresztą cała skóra twarzy bywa przytem ciemniej zabarwioną. *Chloasma symptomaticum* spoty-

łkamy głównie u kobiet ciężarnych i położnic (*chloasma uterinum*)  
 W jakiś czas po położeniu plamy powoli ustępują, jeżeli wszakże  
 ciąży powtarza się często jedna za drugą, twarz kobiety przy-  
 wdziewa jakby maskę na kilka lat zrzędu. Ostuda towarzyszy  
 nie tylko ciąży, ale i różnym cierpieniom macicy i jajników, oraz  
 przewlekłym chorobom wyniszczającym (w tym razie zarówno  
 u kobiet, jak u mężczyzn), zwłaszcza długotrwałym zimnicom, ra-  
 kom, gruźlicy (*chloasma cachecticum*). Y o u n g dostrzegł, że  
 u kobiet, skłonnych do ostudy, macica zwykle bywa powiększo-  
 na i zwiotczała (mięka), radzi przeto używać środków pobudza-  
 jących kurczliwość macicy. Jaki stosunek zachodzi między cier-  
 pieniem systemu nerwowego, a ostudą, nie wiemy, wiadomo tyl-  
 ko, że spotyka się ona u histeryczek.

**Xanthoma** (*Plaques jaunâtres des paupières*) występuje w prze-  
 biegu moczówki cukrowej (*x. diabetorum*), żółtaczki i glikosu-  
 ryi. W przebiegu moczówki cukrowej cierpienie skóry charak-  
 teryzuje się nieraz tem, że powstaje prawie nagle, że nie zajmuje  
 miejsc predylekcyjnych (powieki, twarz), a co ważniejsza, że się  
 stan jego pogarsza, lub polepsza równolegle i odpowiednio do  
 pogorszenia lub polepszenia w cierpieniu głównym (C h a m-  
 b a r d, J o h n s t o n). Co się tyczy stosunku do żółtaczki  
 i glikozuryi, to H a l l o p e a u (1893) jest zdania, że tu nie  
 skórne cierpienie zależy od wewnętrznego, lecz odwrotnie, a to  
 w ten sposób, że *xanthoma*, jak na skórze, może się znaleźć  
 i w organach wewnętrznych i n. p. uciskając (*x. tuberculatum*)  
 przewody żółciowe, może wywołać żółtaczkę, a usadowiwszy się  
 w trzustce—glycosuriam. Dawniejsze przypuszczenie, że *xan-*  
*thoma* wskazuje niezawodnie na pewne cierpienie wątroby, upa-  
 dło, odkąd przekonano się, że objaw ten ze strony skóry może  
 wystąpić przy wątrobie zupełnie zdrowej.

**Vitilligo.** (Nabyty brak barwnika w postaci plam). W roku  
 1881 L e l o i r wygłosił zdanie, że *vitilligo* jest pochodzenia tro-  
 foneurotycznego i kazuistyka istotnie potwierdza takie zapatry-  
 wanie. Spostrzegamy zanikanie barwnika w formie plam u hi-  
 steryczek, w przebiegu syryngomyelii i choroby Basedowa,  
 w przedataktycznym okresie wiaǳu, nieraz kiedy inne objawy są je-  
 szcze bardzo niewyraźne i mało charakterystyczne, wreszcie jako  
 zwiastuna ciężkich chorób ośrodków nerwowych. W przypadku  
 O m e r - L e b r u n a (1886) symetryczne plamy vitilliginis na

policzkach wystąpiły u 3 letniej dziewczynki dotkniętej gruźlicą opon mózgowych. W przypadku M a n n a (1886) u 26 letniej chorej po 2 miesiącach silnych i uporczywych bólów głowy ukazały się plamy w ściśle symetrycznych punktach; w ciągu dwóch lat bóle i plamy zwiększały się, później, także równocześnie, plamy i bóle zaczęły stopniowo się zmniejszać.

#### ROZDZIAŁ IV.

##### Zaburzenia w organach wydzielniczych skóry.

**Hyperhidrosis.** Ponieważ czynność wydzielania potu zależy w całości od systemu nerwowego, a raczej od specjalnych jego ku temu ośrodków, przeto przy wzmożonym wydzielaniu potu mamy do czynienia albo z nadmiarem pobudzenia tych ośrodków, (poty krytyczne, poty po pilokarpinie), albo też z większą ich wrażliwością, dzięki której wzmożona ich czynność powstaje już przy takim podrażnieniu, które w normalnych warunkach wcale nie działa (n. p. u histeryczek).

Niektóre osoby są, jak wiadomo, więcej skłonne do pocenia się, niż inne. Można tu dla przykładu przytoczyć otyłych. Nie zawsze jednak bywa łatwo zakreślić granice, gdzie się w tych razach kończy objaw fizyologiczny, a zaczyna patologiczny. Bezwarunkowo za objaw patologiczny musimy uznać obfite pocenie się, spostrzegane często przy *erytromelalgii*, u histeryczek, tak zwane poty krytyczne w przebiegu chorób gorączkowych (zwiąstujące wyzdrowienie). Tu należy zaliczyć również łatwość pocenia się u neurasteników; dalej nadmierne wydzielanie się potu przy rozszanem zapaleniu nerwów, często spostrzegane obfite poty przy meningitis, u umysłowo chorych, poty powstające na drodze odruchowej w cierpieniach organów oddechowych, kiedy utlenianie krwi ulega upośledzeniu, wreszcie tak zwane „zimne poty” przy osłabionej czynności serca, zwłaszcza w wielu ciężkich chorobach, jako to: *intermittens pernicioza*, *endocarditis ulcerosa*, tyfus, ospa, szkarlatyna, zapalenie płuc u starców.

Z oddzielnych postaci należy zaznaczyć poty przy padaczce i w okresie zwrotu płciowego (*climacterium*) u kobiet. *Aura epileptica* przy „*petit mal*” występuje nieraz pod postacią nagłego wybuchu potów. D u C a z a l zwrócił uwagę na wybuchy sil-

nego pocenia się, spostrzegane u kobiet w climacterium, w okresach odpowiadających miesiączkowaniu (*menstruatio vicaria* pod postacią potów). H. Gillet (1894) opisał taki przypadek: u zdrowej 35 letniej kobiety wstrzymała się miesiączka, a na jej miejsce w odpowiednim czasie 5 razy z rzędu występowała *hyperhidrosis universalis*; z pojawieniem się miesiączkowania napały potów znikły.

Jako charakterystyczne postaci wzmożonego pocenia się ogólnego zasługują na uwagę poty w przebiegu ostrego gościca stawowego i suchot płucnych.

W reumatyzmie chory zaczyna się pocić nadzwyczaj silnie z chwilą, gdy gorączka dojdzie do najwyższego stopnia, poty te jednak nie mają bynajmniej znaczenia krytycznego, są najsilniejsze wtedy, kiedy choroba znajduje się na najwyższym stopniu swego rozwoju, lub kiedy wciąż jeszcze postępuje i przyczyniają się znakomicie do osłabienia chorego.

Łatwość pocenia się, a szczególnie poty nocne stanowią niemal stały objaw suchot płucnych. Jako cechy potów gruźliczych można wymienić następujące: suchotnicy pocą się nie tylko przy wysokiej gorączce, ale i bez podniesienia ciepłoty; pocą się szczególnie we śnie, czy to w dzień, czy w nocy. Poty zwiększają się zwykle ku końcowi choroby, zmniejszają się w przerwach lub znikają zupełnie, towarzyszą gruźlicy w przebiegu ostrym i przewlekłym, chociaż najsilniejsze są w przypadkach ostro przebiegających, pojawiają się w bardzo wczesnych okresach choroby i nie przynoszą żadnej ulgi choremu, przeciwnie, wywołują w nim uczucie znużenia, co je odróżnia od potów krytycznych. Zauważymy tutaj, że nadmierna wydzielina potu miejscowa nie zawsze może być przyjęta za objaw patologiczny, gdyż się daje spostrzegać również u osób zupełnie zdrowych.

W stanach fizyologicznych pocenie się jest czynnością obustronną, to znaczy, że w chwili, gdy się pokryje potem n. p. jedna kończyna, to samo zauważymy i na drugiej, jeżeli przeto mamy do czynienia z potem jednostronnym, możemy być pewni, że mamy do czynienia z objawem patologicznym. Spostrzegamy najczęściej połowiczne pocenie się twarzy. Objaw ten może, zdaniem R a y m o n d a, powstać: 1) wskutek materyalnych zmian w ośrodkowych narządach układu nerwowego, 2) wskutek cierpień części szyjowej nerwu współczulnego, 3) wskutek cierpień

nerwu twarzowego i trójdzielnego, wreszcie 4) może powstać na drodze odruchowej i przy wzruszeniach psychicznych; Salo K a i s e r dodaje piątą grupę, mianowicie: jako współczesny lub następczy objaw chorób zakaźnych bez żadnych innych objawów systemu nerwowego. Połowiczne pocenie się twarzy obserwowano: w chorobie Basedowa (P a u l R a y m o n d przytacza 13 sekeyj, z których w 9 znaleziono zmiany w szyjowej części nerwu współczulnego), przy migrenie, newralgiach twarzowych. Ograniczone wystąpienie potów na pewnych tylko częściach ciała widziano u histeryczek, wyłącznie na twarzy—jako zwiastuna napadu duszniczy bolesnej. L é p i n e opisał przypadek lewostronnego bólu nerwowego twarzy, w którym po zastosowaniu pilokarpiny wystąpiły obfite poty na lewej stronie twarzy i na kończynach z lewej strony. Przy syryngomyelii—wreszcie—jedna część ciała poci się nieraz mocniej, niż druga.

**Anhidrosis**, t. j. zmniejszenie się ilości potu, spotykamy w niektórych cierpieniach przy długotrwałej wysokiej gorączce, przy niedokrewności (w ostatnich okresach *anaemiae perniciosae* i *leukaemiae* poty bywają obfite), przy *diabetes mellitus* (występujące czasem obfite poty źle wpływają na przebieg cierpienia), *d. insipidus*, *ascites*, *morbis Brighti* (nieraz trudno bywa wywołać poty nawet za pomocą środków lekarskich), wreszcie u osób chudnących i wycieńczonych chorobami (nowotwory złośliwe).

Przy paraliżach nerwów obwodowych spotykamy *hyperhidrosis* albo *anhidrosis*; to samo widzimy w przebiegu pewnych chorób mleczza pacierzowego: *myelitis acuta*, *paralysis infantilis*, *sclerosis diffusa*, *atrophia musculorum progressiva*, *tabes*, *tumores medullae spinalis*. Co się tyczy nerwu współczulnego, to — podług N i c a t i—pierwszemu okresowi porażenia części szyjowej (okres podrażnienia) odpowiada *anhidrosis*, drugiemu (początek porażenia)—*hyperhidrosis* i wreszcie trzeciemu (zupełne porażenie)—znowu *anhidrosis*.

Zaburzenia w czynności wydzielniczej gruczołów łojowych nie mają dla nas wielkiego znaczenia, gdyż większość tych zaburzeń ma charakter miejscowy, a nie jest wyrazem cierpienia ogólnego, lub któregoś z narządów wewnętrznych. Wprawdzie *seborrhoea sicca universalis* idzie często w parze z ogólnym wycieńczeniem i złem odżywianiem (*pityriasis tabescentium*), o istocie

jednak związku tych stanów z pomnożeniem wydzieliny gruczolów nie wiemy nic dotychczas. Spostrzegano jeszcze seborrheam przy zaburzeniach w miesiączkowaniu.

(D. c. n.)

## OBECNE STANOWISKO NAUKI O NIEŻYCIĘ PECHERZA MOCZOWEGO.

PODAŁ

*M. Misiiewicz.*

(Dalszy ciąg. Patrz Z. XIII.)

Znalazł je pierwszy Lichtheim w moczu trupa przy gruźlicy nerek, a Babes w moczu żywego przy gruźlicy ogólnej i miedniczek. Odnajdywanie ich jest nieco kłopotliwem.

Przedewszystkiem w moczu amoniakalnym, a taki najczęściej bywa w gruźlicy—nie znajdziemy ich często. O ile w płocinie napotykamy je obficie i łatwo odnajdujemy, o tyle są w moczu skąpe. Nieraz w kilkunastu kłopotliwie przygotowanych preparatach znajdziemy zaledwie 3 — 4 laseczników. Powtórne, poszukiwanie ich bez centryfugi jest prawie niemożliwem. Po otrzymaniu osadu, należy preparat zanurzyć na 15 — 25 minut w gorącym płynie Ehrlicha, odbarwić alkoholem i kwasem azotowym (30%) i zabarwić eożyną. Dla kontroli lub w wypadkach wątpliwych stosuje się sposób Ziehla-Gabbeta. Po zabarwieniu odczynnikami Ziehla, odbarwiamy preparat sposobem zwykłym i zabarwiamy powtórnie wezuwiną.

O ile obecność laseczników w moczu jest nader znamiennej dla gruźlicy pęcherza, o tyle nieznanie ich wpłynąć nie może na zaprzeczenie charakteru gruźliczego. Nie stanowią też one jedyne czynnika chorobotwórczego, w cięższych zaś odmianach

tej choroby znajdujemy inne drobnoustroje ropotwórcze: dwuziarniniaki, łańcuszkowce, gronkowce, mikroby okrężnicy i t. p.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem odróżniamy gruźlicę od kamicy—*peryodycznem występowaniem bólów i krwawienia* przy tej ostatniej. Krwotok bywa tam najczęściej po wysiłkach, jeździe konnej wierzchem, a ginie po kilkudniowym pobycie w łóżku. To samo ma miejsce z bólami. Krwawienie nigdy nie bywa w nocy lub nad ranem, co tak często spostrzegamy w gruźlicy.

*Od nowotworów* gruźlica różni się również *sposobem występowania krwotoku*, który przy guzach bywa coraz obfitszy i ginie dopiero w późnych fazach choroby. Reszty rozpoznania dopełnia badanie cewnikiem lub wziernikiem; często wystarcza badanie przez powłoki brzuszne, nader dla guzów znamienne.

*Od rzeżączki* różni się gruźlica pęcherza swym przebiegiem i większą skłonnością do stanu przewlekłego. Bolesność jest tu daleko większą, krwawienie częstszem, zabiegi wewnątrzcewkowe, tak skuteczne w rzeżączce, tu tylko pogorszyć mogą sprawę. Często ułatwia też rozpoznanie obecność gonokoków.

Czasami nepotyamy trudność w rozróżnieniu spazmu cewkowego przy gruźlicy od *istotnych zwężeń cewki*, powikłanych niezycem pęcherza. W takich razach pamiętać należy, iż częstość oddawania moczu, parcie i bolesność są jednym z pierwszych uporzeczywych i coraz silniejszych objawów gruźlicy — przy zwężeniach rzadko spostrzeganych. Więcej podobieństwa ma skurcz gruźliczy ze spostrzeganym czasami przy władzie rdzenia, zbożeniach nerek, i u neurasteników. Przy zwężeniach cewki zwykle napotyka cewnik przeszkodę w p. pendula, a jeśli zwężenie siedzi głębiej, to najczęściej w kilku miejscach natrafiamy na charakterystyczne przeszkody. Przy spazmie zaś u gruźliczych—dochodzimy zwykle bez przeszkody aż do p. membranacca.

Między niezycami pochodzenia drobnoustrojowego 3-im z rzędu po gruźliczym, najważniejszym jest *rzeżączkowy*. Jest to cierpienie bardzo częste, wbrew mniemaniu niektórych autorów, (Finger) który uznaje tylko uretro-cystitis. Na zasadzie regurgitacyi wszelkie płyny wracają z części prostatycznej do pęcherza i stykają się z jego ściankami, w stanie skurczenia (t. j. po oddaniu moczu) do siebie przylegającemi. Z każdej więc ure-

tritis posterior czy uretro-cystitis powstać może, przy sprzyjających miejscowych, bądź ogólnych, warunkach niezbyt pęcherza.

Przeniesienie zarazka rzeżączkowego na pęcherz miewa miejsce najczęściej w acme choroby, t. j. w 3—4 tygodniu—a wyjątkowo w pierwszych dniach, a nawet czasami i po wygaśnięciu sprawy. Guyon widział go po pozornem uleczeniu, jako powikłanie urethritidis posterioris latentis.

Powodem tego niezytu bywa: zbyt gwałtowne, nieumiejętne zastrzykiwania płynów ostrych, albo w ilości, przekraczającej objętość cewki (4—5 cc.). Powtórne, podrażnienia nieumiejętną katetyzacyą i przeniesienie z arnowców Neissera do pęcherza. Po trzecie, błędy dyetetyczne i usposobienie miejscowe i ogólne. Pierwsze z nich polega na osłabieniu mięśnia zżymacza cewki, drugie zaś na skazie, bądź moczanowej bądź limfatycznej.

Jakkolwiek Leprevost (*Etude sur les cyst. bl. Th. 1892*) twierdził, iż niezyt zajmuje tylko dolny odcinek pęcherza, a Finger, w swej wybornej pracy (*Blenorr. d. Sexualorg.*) obwinia głównie część prostatyczną—nie ulega jednak wątpliwości, iż ciało i wierzchołek pęcherza nie mniej podlegać tu mogą sprawie niezytowej. Zajmuje ona tu błonę śluzową i krypty śluzowe.

M. Bonnier'e badał autopsyjnie pęcherz u rzeżączkowych i znalazł w 32 na 92 wypadkach zajęcie ścian pęcherza. Szczególniej wydatnemi były objawy w naczyniach krwionośnych oraz chłonnych, tak dalece, iż autor określił ten niezyt jako lymphangioitis specifica. Gdyby niezyt ograniczał się na części prostatycznej—dawałby się niewątpliwie usunąć za pomocą zastrzykiwań do tylnej cewki bez uprzedniego opróżnienia pęcherza. Przy takim jednak postępowaniu nie widzimy żadnej poprawy. przeciwnie, gdy pęcherz jest opróżnionym, to płyn leczniczy, na zasadzie regurgitacyi z tylnej cewki wkracza do pęcherza, styka się z jego ścianami i, wywierając wpływ na duży odcinek powierzchni, ułatwia wyleczenie.

Objawy rzeżączki pęcherza są nader niejednostajne, względnie do osobnika i natężenia miejscowego. Najczęściej mamy lekkie parcie, bolesne oddawanie moczu, ropienie, ogólną niedyspozycyę. W innych znowu, na szczęście dość rzadkich przypadkach, występuje krwawienie i gwałtowne bóle, połączone ze skurczami i nadmierną drażliwością. Sprawa wikła się wtedy bezsennością, ostrem zatrzymaniem moczu, a nawet stanem gorącz-

kowym. Obawiać się wtedy należy powikłań ze strony nerek, miedniczek, gr. przyprątne—lub narządów więcej oddalonych t. j. stawów, osierdzia, płucny.

Objawy ostre trwają, w przebiegu zwykłym, od tych powikłań wolnym, od 15 dni do 3 tygodni, i często przechodzą w stan przewlekły, nie zabezpieczający od nawrotów.

W moczu. przy nieżycie rzeżączkowym, prócz nabłonków i leukocytów znajdujemy ciała krwi, małe, podługowate skrępy i ziarnowce Neissera. To ostatnie znajdujemy też we wcześniejszych fazach, w wydzielinie cewki, towarzyszącej zwykle tej odmianie nieżyty.

(D. c. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

301. Dr ANT. BROSCHE. **Przyczynki do etyologii raka przewodu pokarmowego.** (*Wien. med. Woch.* 40, 1895).

Jako prosektor szpitala wojskowego autor posiada olbrzymi materiał sekcyjny, który pozwala mu na wyprowadzenie pewnych wniosków anatomo-patologicznych, na własnym opartych materiale. Korzystając z tego na jednym z posiedzeń towarzystwa lekarzy wojskowych wygłosił odczyt, którego streszczenie podajemy poniżej.

Przedewszystkiem zaznacza, że wszelkie teorie parazytarnego pochodzenia raka dotąd przynajmniej są w sferze utopij lub chwilowych iluzyj. Dotąd stać musimy na gruncie nowotworowego pochodzenia raka, jeśli bowiem anatomia patologiczna nie była w możności wyjaśnić w całej pełni pochodzenia raków, to przynajmniej opiera się na niezbitych faktach i spostrzeżenia łatwe do sprawdzeń opiera na niezbitych naocznych dowodach. Tak n. p. co się tyczy umiejscowienia raka oraz przyczyn umiejscowienia posiadamy już pewne dane, które na kwestyę etyologii rzucają pewne

światło. Najczęściej dotknięty rakiem bywa żołądek, następnie kiszka prosta, dalej język, przelyk i gardziel, zastawka Bauhina, rzadziej dwunastnica, jeszcze rzadziej inne odcinki kiszek. Wogóle rak umiejscawia się tam, gdzie zawartość przewodu pokarmowego ma do zwalczenia pewne trudności. Pomijając jamę ustną, gdzie są inne warunki, a przede wszystkim drażnienie przez zęby, widzimy, iż w przelyku rak umiejscawia się w trzech miejscach, które najsilniejszy stawiają opór dla pokarmów: przejście gardzieli w przelyk, gdzie utrudnia przejście skurcz mięśni polykowych, miejsce krzyżowania się przelyku z lewem oskrzelem oraz wpust.

W żołądku najczęściej mamy raka w oddźwierniku, później na krzywiznie małej, która skutkiem krótkości krezki ulega większemu urazowi i targaniu przy przejściu pokarmów niż inne części żołądka, to też na swobodnie ruchomej krzywiznie większej nie widzimy nigdy raka, nawet w razie rozlanego nowotworu. Toż samo w kiszkach, najczęściej widzimy raki około zastawki Bauhina, t. j. tam, gdzie pewien opór ze strony kiszek istnieje stale dla zawartości, dalej zagięcie esowate, a przede wszystkim prostnica, gdzie istniejące fałdy oraz zżymacze tamują drogę kałowi. Zresztą i powstawanie raków w innych odcinkach przewodu pokarmowego częstokroć ma za przyczynę przeszkody w postaci blizn, fałdów błony śluzowej i t. p.

Obok tych przyczyn dla powstania raka konieczną jest rzeczą i pewne usposobienie nabłonka. Naskórek wskutek obfitości tkanki tłuszczowej i grubej warstwy skóry jest mniej podatny i łatwiej mu wyjść obronnie z rozmaitych insultów. W gorszych warunkach jest nabłonek przewodu pokarmowego. Ucisk wywołuje w nim większą reakcję, czynność bardziej wzmożoną, wyrażającą się przez bujania nabłonka.

Pozostawiając na stronie kwestyę ogólną pochodzenia nowotworów, dochodzi autor do wniosku, iż dla wyjaśnienia etyologii pierwotnych raków przewodu pokarmowego dość zwrócić uwagę na przeszkody, jakie w danym odcinku stworzyła natura dla przejścia zawartości oraz na te urazy, jakie zdarzać się mogą w przewodzie pokarmowym. Co się tyczy miejsc nietypowych, gdzie niekiedy spostrzegamy raka, to i tu grają rolę też same przyczyny, z tą tylko różnicą, że rolę hamującą spełniają zamiast naturalnego czynniki patologiczne. Wreszcie zauważyć należy, że dla powstawania raka nieodzownym warunkiem jest usposobienie wrodzone w znaczeniu anatomicznem, bez czego nie może być mowy o powstaniu raka.

*J. Zawadzki.*

302. Dr S. S. GRUSDIEFF (St.-Petersburg). **O leczeniu gruźlicy za pomocą podskórnych wstrzykiwań aristolu.** (*Therapeut. Wochen. Nr 35, 1895*).

Nadaud pierwszy zastosował aristol w gruźlicy. Rozpuszczał on 1,0 aristolu w 100,0 wyjałowionego olejku migdałowego i wstrzykiwał dziennie jedną strzykawkę Prawatza tego 1% roztworu, co odpowiadało 0,01 aristolu. Nadaud leczył w ten sposób 23 chorych, dotkniętych gruźlicą płuc; ze spostrzeżeń swych wysnuł następujące wnioski:

1) Aristol podskórnie wprowadzony nie posiada żadnych trujących własności.

2) Wydziela się przeważnie przez narządy oddechowe.

3) Aristol działa antyseptycznie i podnosi stopniowo odżywianie.

4) Działanie środka uwidocznia się bardzo szybko, już na 6—7 dzień spostrzega się zmniejszenie kaszlu oraz potów nocnych.

5) Po 20 — 25 dniach waga chorego widocznie się podnosi.

6) Aristol okazał się skutecznym jedynie w pierwszym i drugim okresie gruźlicy płuc; jest on natomiast bezskutecznym przy jamach i rozpadzie.

7) Podskórne wstrzykiwania aristolu nie wywołują żadnych zapaleń miejscowych, sprowadzając natomiast silne bóle.

Drugą pracę w tej samej kwestyi ogłosił dr Ochs, który również jak i jego poprzednik do wstrzykiwań używał 1% roztworu aristolu w olejku migdałowym. Ochs stosował aristol u 6 chorych, wszyscy mieli stłumienia i drobnopecherzykowe rżenia w wierzchołkach. Dr O. otrzymał o wiele gorsze wyniki od Nadauda, mianowicie:

1) Aristol nie sprowadza polepszenia w gruźlicy płucnej.

2) Zdaje się, że aristol zmniejsza nieco poty.

3) Przy stosowaniu aristolu kaszel i wydzielanie się śluzu są swobodniejsze.

4) Wstrzykiwania aristolu są bolesne, chociaż nie wywołują ani silnego odczynu, ani też długotrwałego podwyższenia się ciepłoty.

5) Działania trującego nie zauważono.

6) Otrzymane wyniki bynajmniej nie zachęcają do dalszych prób.

Trzecim wreszcie z rzędu eksperymentatorem był włoski lekarz Berardinone. Stosował on jednak aristol w znacznie większych dawkach, aniżeli jego poprzednicy; B. używał 15%

roztworów. Wyniki, otrzymane przez tego badacza, zgodne są z wynikami Nadauda.

Berardinone utrzymuje, że aristol jest środkiem pożytecznym w niezbyt posuniętych przypadkach suchot płucnych, natomiast w przypadkach więcej posuniętych z jamami jest on bezskutecznym. W lżejszych przypadkach poprawa jest widoczna i długotrwała, ciepłota obniża się, tętno jest wolniejsze, oddech swobodniejszy, kaszel i ilość płwociny zmniejszają się, poty nocne znikają, waga ciała się podnosi, ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny zwiększa się. Jednocześnie następuje poprawa miejscowa w płucach, oraz zmniejszenie się ilości laseczników. Trującego działania B. nie zauważył nawet po większych dawkach aristolu. Z objawów ogólnych spostrzegać się daje niekiedy nieznaczne pobudzenie oraz uczucie ciepła po ciele.

Autor pracy streszczanej, zachęcony dobrymi wynikami, jakie dwóch ze wspomnianych badaczy otrzymało, rozpoczął doświadczenia swoje w Kronsztadzkiem szpitalu morskim. Aristol stosował w roztworach od 1 do 15% w oleju migdałowym, od drugiego tygodnia dodawał do iniekcji kokainę.

Ogółem leczył aristolem 33 pacjentów, z których jednakże 8 wkrótce kurację przerwało, wskutek czego w rachubę nie wchodzi, Pozostało zatem 25 w wieku od 21—27 lat, wszyscy z lasecznikami gruźliczemi w płwocinie, ze stłumieniami w jednym albo obu szczytach, u 22 były rżenia drobnopecherzykowe w szczytach, u 4 objawy poczynających się kawern, 4 z gruźliczem zapaleniem opłucny. W 10 przypadkach były objawy rozpoczynającej się gruźlicy krtani, w jednym przewlekła gruźlica otrzewny.

Chorzy ci wyłącznie byli leczeni wstrzykiwaniami aristolu (od jednej strzykawki 1% roztworu do 3 strzykawek 15% dziennie). Żadne narcotica, ani środki przeciwgorączkowe podawane nie były. Kuracja, stosownie do okoliczności, trwała od 14 do 30 dni.

Co się tyczy wyników tej kuracji, to waga ciała u 7 chorych podniosła się, u 7 nieco spadła, u 11 nie uległa zmianie. Skłonność ciepłoty do spadku okazywała się tylko w przebiegu pierwszego tygodnia. Szczególną uwagę zwraca autor na zmniejszenie się kaszlu, co u 20 chorych skonstatowano.

Płwocina stawała się mniej gęstą i wykrztuszała się z większą łatwością. Co się tyczy laseczników, to w 9 przypadkach zauważono zmniejszenie się ich ilości, w 4 nawet zupełne zniknięcie. Ci ostatni czterej chorzy poprawili się pod każdym względem, 3 z nich można nawet uznać prawie za wyleczonych.

U 14 chorych zauważono znaczne zmniejszenie się potów nocnych. Miejscowe objawy w płucach w większości przypadków szczególnym zmianom nie podległy, przeciwnie można było spostrzedz nawet pewne posunięcie się sprawy chorobowej. Jedyne u trzech wspomnianych wyżej chorych znikły poprzednie objawy wierzchołkowe, mianowicie wilgotne drobne rżenia, oraz stłumienia.

Czterech chorych zmarło bardzo szybko; były to przypadki daleko posuniętej gruźlicy płuc, iniekcye stosowano tu na wyraźne życzenie chorych, bez najmniejszej nadziei na osiągnięcie jakiegoś pomyslnego wyniku.

Wstrzykiwania te wogóle okazały się bardzo bolesnymi.

Na podstawie tych spostrzeżeń swoich przychodzi autor do wniosku, że wstrzykiwania podskórne aristolu mają pewną przyszłość w leczeniu gruźlicy, nie jest to żadne panaceum przeciwko tej chorobie, jednakże w niektórych przypadkach polepszenie sprowadzić może.

*H. Kucharzewski.*

303. Dr G. HONIGMANN (Wiesbaden). **Egipt, jako stacya klimatyczna.** (*Deut. med. Woch. Nr 34, 1895*).

Zachwycony przepysznym klimatem Egiptu, pragnie autor podzielić się zebranymi obserwacyami z szerszem kołem kolegów. Dziwi się, jak można wysyłać chorych na Rivierę, gdzie pomimo łagodnej nawet zimy chorzy sporo dni przesiadywać muszą w mieszkaniu ze względu na deszcz i zima. Egipt jako stacya klimatyczna nie ma prawie konkurencyi—jedyne chyba konkurować może o palmę pierwszeństwa z Biskra w pustyni Algieru. Jakich chorych piersiowych wysyłać należy do Egiptu? — pytanie nie łatwe do rozstrzygnięcia. Obserwacye chorych na miejscu wykazały, że klimat tamtejszy najskuteczniej oddziaływa na chorych z katarami i nacieczeniami w zączętku, z niewielkimi kawernami w płucach, a nawet na chorych po świeżo przebytych krwotokach płucnych. Wogóle dla wszystkich chorych z chorobami piersiowymi, którzy znoszą dobrze suche ciepłe powietrze, a prztem nie boją się dalekiej podróży, Egipt jest odpowiednim. Stała pogoda, ciemno niebieskie niebo, pełne światło, przyjemne ciepło, suchość i absolutna czystość powietrza—oto główne zalety tego klimatu. Jedyne pod koniec zimy, w końcu Marca lub w początkach Kwietnia wieje Chamsin, silny południowy lub zachodnio-południowy wiatr, zasypujący wszystko i wszystkich żółtym piaskiem pustyni. Przykry bardzo dla większości podróżujących, znoszony jednak bywa dobrze przez niektórych chorych piersiowych i nerwowych. Wiatr

ten trwa zaledwie dni parę, podczas zatem całego pobytu mogą pacyenci przebywać na powietrzu. Na krótki przeciąg czasu po wschodzie słońca i po zachodzie obniża się temperatura dość znacznie, czasami aż do 0.

Z tych danych o klimacie wypływa już, że nie jedynie dla chorych piersiowych jest on zbawienny. W pierwszym rzędzie należy także postawić jego doniosłość dla chorych na nerki. Ilość białka w moczu obniża się znacznie już w pierwszych dniach pobytu. Tłómaczy się to chyba znacznym podniesieniem ciepłoty skóry, rozszerzeniem silnem naczyń skórnych. Do pocenia się nie dochodzi jednak nigdy ze względu na suchość powietrza. Subiektywny stan chorych ulega znacznej poprawie.

Chorzy z chronicznem cierpieniem nerek opuszczają Egipt całkowicie wyleczeni, w co wątpić już nie mogę, ponieważ sam takich chorych obserwowałem—pisze autor.

Prócz chorych na nerki jeszcze cierpiący na reumatyzm i neurastenicy czują się tutaj dobrze. Z wysyłaniem jednak ostatniej kategorii chorych należy być wyjątkowo ostrożnym. Na jednych bowiem, szczególnie anemicznych, klimat ten działa osłabiająco, na innych w wysokim stopniu drażniąco, pozostaje jednak 3 kategoria, na którą bezmierna cisza w połączeniu z rozrywkami natury psychicznej, jakie daje widok pomników dawnej kultury, wpływa w wysokim stopniu uspakajająco.

Pozostaje jednak ważne pytanie do rozstrzygnięcia, gdzie obrać stałe miejsce pobytu? Autor zwiedził tylko Egipt dolny, klimat Egiptu górnego nie ustępuje podobno w niczem klimatowi dolnego, dostanie się tam jednak jest trudniejsze, ale i ten zarzut upadnie z chwilą przeprowadzenia kolei, co ma wkrótce nastąpić. W dolnym Egipcie 3 miejscowości kwalifikują się dla chorych: Kair, Giseh, Helnan. Kair, duże miasto, nie nadaje się dla pacjentów, szukających ciszy i spokoju. Giseh, a raczej hotel Mena-House, leżący w pobliżu słynnej z racyi piramid wioski, leży na granicy ziemi urodzajnej i pustyni. Miejscowość ta odpowiadałaby wszelkim wymaganiom, gdyby nie ogromny ruch zwiedzających, a stąd brak tak niezbędnego dla chorych spokoju. Pożądany ten spokój i ciszę mieć jedynie można w Helnan, miasteczku, leżącym na prawym brzegu Nilu, oddalonym od rzeki o 1½ do 2 kilometrów, na południe od Kairu w odległości 23 kilometrów, połączonym z Kairem koleją. Powstanie swe zawdzięcza Helnan ciepłym siarczanym źródłom. Zbudowano tam zakład kąpielowy przed 30 laty, dzięki staraniom dra Reila, nadwornego lekarza kedywa Izmaela Paszy. Wszystkie zalety klimatu Egipskiego koncentrują się w Helnan, jedynie urządzenia domowe i kuchnia w pensjonatach pozostawia jeszcze du-

żo do życzenia, co jednak z czasem wobec przyływu pacjentów i konkurencji odmienić się musi na lepsze.

W końcu radzi autor opuszczać Europę przed nastaniem zimna i powracać, skoro ciepło się na dobre ustali.

*J. Świeżyński.*

304. Dr AUCHÉ i JONCHERES. **Własności trujące moczu w przebiegu ospy.** (*De la toxicité urinaire dans la variole. Rev. de Med. Tom XV, Juin, 1895.*)

Bouchard nadał nowy kierunek badaniom moczu, które poprzednio sprowadzały się jedynie do jakościowej i ilościowej analizy chemicznej. Wykazawszy, że mocz zdrowego człowieka zawiera pewne ciała, działające trująco na ustroj zwierzęcy, ciała, nie otrzymane do chwili obecnej w czystej postaci, Bouchard wskazał sposób określania ich ilości za pomocą fizyologicznego odczynu: jaką największą ilość (wyrażoną w kilo) żyjącego zdrowego zwierzęcia (do określenia brano króliki) jest w stanie zabić dobową uryną, resp. jej toksyny, wprowadzone do krwi.

W ustroju są dwa główne źródła powstawania toksyn: jedno w narządach trawienia, drugie w tkankach po przeróbce soków odżywczych. Pod wpływem choroby zauważono znaczne wahania w wytwarzaniu i wydzielaniu ciał trujących; to też choroba zmienia w ustroju bardzo wiele, poczynając od wydzielania soków trawiennych, a kończąc na przyswajaniu pokarmu przez tkanki.

Wnioski, dotyczące ospy, autorowie wyprowadzają z ośmiu obserwacji, w których była ściśle badana ilość i jakość moczu i robiono po kilkanaście prób fizyologicznych na królikach. Ilość moczu, wydzielanego w różnych okresach choroby waha się w rozległych granicach, lecz poza bezwzględniemi liczbami istnieje zawsze względna prawidłowość; wyłączwszy okres wtargnięcia, gdzie nie można było zbierać całkowitej ilości moczu, w czasie wysypywania była ona zawsze dość obfita, zmniejszała się znacznie w okresie ropienia i podnosiła się do wysokich cyfr w okresie przysychania.

Wahania jadowitości moczu są prawie równoległe do wahań ilościowych; w okresie wysypki jest ona bliską normy, zmniejsza się znacznie podczas ropienia, zwłaszcza przy spadku ciepłoty; za to w okresie przysychania własności trujące moczu podnoszą się znacznie w porównaniu do poprzedniego obniżenia, chociaż czasem zaledwie dochodzą do normy. Jeśli wzniesienie krzywej jadowitości moczu w czasie przysychania jest bardzo znaczne, to stan taki trwa krótko (około 2 dni) i następuje szybki spadek do normy; w przeciwnym razie da-

ją się zauważyć liczne wahania ponad normę. Przytoczymy parę cyfr.—Chora na ospę, wydzielająca normalnie (w czasie zdrowia) ilość toksyn w moczu z całej doby, mogąca uśmiercić  $23\frac{1}{3}$  kilo królików, przedstawia w różnych okresach ospy następujące chwiania: w okresie wysypywania 31,9 kilo, w okresie ropienia 5 kilo, w okresie przysychania 74 kilo. Inne z obserwowanych przypadków przebiegały z mniejszemi wahaniami.

Jeżeli po okresie przysychania gorączka wzniesie się z jakichbądź powodów, to jednocześnie zmniejsza się jadowitość moczu i znów powiększa się przy spadkach ciepłoty. Stan przytomności lub bredzenia chorego są ważnym probierzem ilości toksyn, krążących w ustroju. W jednym przypadku autorzy obserwowali ściśle tę zależność i zauważyli, że bredzenie zaczyna się współcześnie ze zmniejszeniem jadowitości moczu i ustępuje w przeciwnym wypadku.

W. Miklaszewski.

## II. Choroby nerwowe.

305. Dr BARRS. **O rokowaniu przy udarze mózgowym.** (*La gazette médicale de Liege*).

Autor podaje ciekawe dane co do rokowania przy ciężkich wypadkach udaru mózgowego. Jak wiadomo, w wypadkach tych prognoza jest rzeczą bardzo trudną. Często przychodzą do zdrowia osobniki, co do których straciliśmy już wszelką nadzieję, inni zaś, ze stosunkowo mniej groźnymi objawami, niespodziewanie umierają. Starając się wyjaśnić przyczynę tego zjawiska, autor stwierdził fakt, że osobniki z cierpieniem nerek nigdy prawie nie przetrzymują udaru. Z tej też właśnie przyczyny, w szpitalach na przykład, spotykamy tak mało hemiplegików z chorobą Brighta. Z pomiędzy wielu danych statycznych, przytoczonych przez autora na poparcie swego wniosku, wspomnimy tylko niektóre. I tak Dana na 100 wypadków porażenia połowicznego (jako następstwo udaru) znalazł jednego zaledwie z chorobą nerek. Na 116 zaś wypadków badania pośmiertnego po udarze w szpitalu Guy'a (Guy's Hospital) w 86 razach nerki były chore, w 15 zaledwie znaleziono je w stanie prawidłowym.

Bezpośrednią wprawdzie przyczyną wylewu krwi jest chorobliwy stan naczyń, nerki nie odgrywają tu roli, sama

jednak śmierć w takich wypadkach najczęściej zależy od zmian w nerkach.

Nie starając się o hipotezy, wyjaśniające kwestyę w zupełności, autor sądzi, że odgrywają tu rolę te same warunki, które powodują fatalny zwykle przebieg wszelkich zabiegów chirurgicznych u chorych z cierpieniami nerek. Trauma, jakiej ulega organizm wskutek udaru, podobnie jak trauma chirurgiczna dla swego pożądanego przebiegu i wyrównania powstałych zaburzeń wymagają widocznie normalnego (prawidłowego) stanu nerek.

Dlatego też nawet w niezbyt ciężkich atakach apoplektycznych, skombinowanych z cierpieniem nerek, prognoza zawsze jest wątpliwą.

Ma się rozumieć, że stawiając rokowanie przy udarze, trzeba brać na uwagę i inne bardzo ważne okoliczności. Miejsce wylewu odgrywa tu rolę pierwszorzędną.

Co się tyczy źrenic, to nie dają one wskazówek pewnych, wątpliwości jednak nie ulega, że stałe ich zwięźenie wraz z głęboką śpiączką stanowi oznakę niepomyslną. Ważne, bezwzględnie, znaczenie ma także charakter oddechania pacjenta i jeśli tylko oddechanie jest regularne, to choćby było i mocno chrapliwe, na wyzdrowienie liczyć jeszcze możemy. Jeżeli jednak traci ono rytm zwykły staje się nieregularnym, a szczególnie jeśli przyjmuje typ Cheyne-Stokes'a wówczas mała jest nadzieja utrzymania chorego przy życiu. Również złym objawem jest zbyt wysoka ciepłota ciała (40—42), szczególnie jeśli zjawiająca się nagle, dowodzi bowiem ona rozszerzenia się wylewu na okolice ośrodków podstawy mózgu, przeniknięcie do komór etc.

A zatem przy rokowaniu w udarze mamy trzy najwięcej obciążające okoliczności:

- 1) Cierpienie nerek,
- 2) Oddech Cheyne-Stokesa,
- 3) Hyperthermia.

Z nich wszystkich najcięższą jest chorobliwy stan nerek.

Wobec tego w każdym przypadku udaru należy bezwzględnie badać mocz chorego i stosownie do rezultatu otrzymanego stawiać rokowanie, ma się rozumieć, biorąc na uwagę i inne przytoczone wyżej wskazówki, a także i ogólne tło ustroju, jak n. p. diabetes mellitus, alcoholismus etc.

*K. Wisłocki.*

306. F. JOLLY. **Myasthenia gravis pseudoparalytica.** (*Berliner klin. Woch.* 1895, Nr 1).

Pod powyższym tytułem opisuje autor zbiór objawów, o których wprawdzie już w 1878 r. wspominał Erb, które je-

dnakże dopiero on stara się podprowadzić pod określoną postać chorobową. Główny objaw tego cierpienia polega na nadzwyczaj łatwym i szybkim wyczerpywaniu się układu mięśniowego bez jakichkolwiek zaburzeń w ruchowej sprawności mięśniowej. Chorzy tacy mogą wykonywać różne ruchy, wystarcza jednak, by powtórzyli jeden i ten sam ruch kilka razy, żeby nastąpiło niemal całkowite wyczerpanie mięśni, coś w rodzaju bezwładu. Po kilkuminutowym wypoczynku mięśnie odzyskują utracone siły i zdolne znów są wykonywać przez jakiś czas pewną pracę. Chory n. p. obserwowany przez autora mógł zaledwie uczynić kilka kroków, gdyż mięśnie nóg zaraz odmawiały mu posłuszeństwa i musiał on (t. j. chory) siadać, gdyż groził mu upadek; ten sam chory mógł wstać z krzesła nie więcej niż 2—3 razy, mógł podnieść rękę do góry nie więcej niż kilka razy raz po raz; czytając głośno, wymawiał tylko pierwsze słowa wyraźnie, gdy dalsze trudno było zrozumieć, ponieważ wymawianie stawało się podobne do mowy paralitycznej. To samo zmęczenie występowało w żwaczach i mięśniach ocznych, skoro chory używał tych mięśni przez krótki nawet czas. Charakterystyczną cechą tego zmęczenia jest to, że wyczerpania pewnej grupy mięśniowej n. p. mięśni nóg działało wyczerpująco i na inne grupy oddalone, n. p. na mięśnie rąk. Pod wpływem prądów przerywanego i stałego wyczerpanie następowało również szybko, gdyż pobudliwość mięśniowa znacznie malała, a nawet zupełnie znikiała.

Autor sądzi, że przyczyną tego cierpienia jest pewien swoisty rozstrój w odżywianiu się tkanki mięśniowej i radzi leczyć je za pomocą galwanizacji rdzenia i mleczka przedłużonego przy zachowaniu zupełnego spokoju chorego. Wewnątrz radzi przepisywać choremu żelazo, arsenik i strychninę.

*K. Rychliński.*

307. Prof. MENDEL. **Obłąd omamowy.** (*Delirium hallucinatorium.* Berl. klin. Woch. 29, 1895).

Pod powyższym tytułem autor opisuje psychonerwicę, powstającą po niektórych cierpieniach gorączkowych, jako to: włóknikowe zapalenie płuc, krwawa biegunka, róża, ostry stawowy reumatyzm i t. p. Klinicznie przejawia się to cierpienie pod postacią zjawiania się omamów i zależnej od nich chaotycznej mowy, nieumotywowanych postępków, niezdolnością orientowania się i t. d. Zwykle cierpienie umysłowe zaczyna się w okresie zdrowienia po chorobie gorączkowej jakąś obawą nieokreśloną, brakiem łaknienia, zamyśleniem się, wsluchiowaniem i wpatrywaniem się w jeden punk. Wkrótce zjawiają się omamy, pod wpływem których chory krzyczy.

śpiewa, rzuca się na otaczających, wypowiada urojenia wielkości lub przesładowcze. Na tej wysokości rozwoju cierpienie trwa od kilku tygodni do 6 miesięcy i powoli zaczyna przechodzić, przy czem zdrowienie następuje szybko.

Oprócz tej t. zw. przez autora agitacyjnej formy, obserwujemy czasami formę bierną: chory względnie spokojny, bywa apatyczny, wypowiada urojenia przesładowcze i nie może się oryentować w otaczających go warunkach. W przebiegu drugiej tej formy mogą się zjawiać okresy chwilowego zupełnego stępienia (stupor).

Co się tyczy różniczkowego rozpoznania, to autor kładzie nacisk na odrębność tej formy i potrzebę odróżniania od t. zw. obłądu gorączkowego (delirium febrile), który się zjawia w okresie najwyższego gorączkowania chorego, a nie po opadnięciu ciepłoty, jak to bywa przy obłądnie omamowym. Również różni się ta forma od cierpienia umysłowego, spostrzeżanego u nałogowych pijaków, którym nagle odjęto alkohol, u histeryczek, u epileptyków i po udarze mózgowym. Na czem polega istota cierpienia, dotąd nie wiadomo. Cierpienie to jednak daje bardzo znaczny procent zupełnego uzdrowienia, chociaż nawroty choroby nie są wykluczone. Rzadko cierpienie ostre przechodzi w obłąd chroniczny. Krótkotrwałość cierpienia tego, zdaniem autora, pozwala zatrzymywać takich chorych w domu, bez umieszczania ich w specjalnych zakładach.

Leczenie polega na zatrzymaniu chorych w łóżku w zacisznym pokoju, na zastosowaniu odżywiającej diety i na zimnych (24°) obwijaniach w prześcieradła i w razie dłuższego braku snu na zastrzykiwaniu podskórnem Duboisini sulfurici.

K. Rychliński.

### III. Choroby dzieci.

308. Prof. C. FLUEGGE. **Zadanie i wykonanie sterylizacji mleka wobec chorób kiszki u ssawców.** (*Die Aufgaben und Leistungen der Milchsterilisierung gegenüber den Darmkrankheiten der Säuglinge.* Zeitschr. f. Hygiene und Infectiouskrankheiten. Bd. 17, Hft. 2.

Z chwilą wprowadzenia sterylizacji mleka sądzono, że kwestya stosunku mleka krowiego do chorób kiszkiowych u dzieci została rozwiązana, tymczasem ani eksperyment ani praktyka nie wykazały, ażeby sterylizacya w rzeczywistości

usunęła niebezpieczeństwo przy użyciu mleka krowiego u ssawców. Nie posiadamy jeszcze dokładnych wiadomości, które z mikroorganizmów, znajdujących się w mleku krowim, uważać należy za chorobotwórcze, które zaś jako nieszkodliwe. Autor podjął badania w tym kierunku, oraz postawił sobie zadanie przekonać się, o ile sterylizacja wpływa zabójczo na znajdujące się w mleku krowim szkodliwe bakterie.

W mleku znajdująca się mogą tego rodzaju chorobotwórcze bakterie, jak tuberkuliczne, tyfusowe, choleryczne, laseczniki dyfterytu i t. p. Te jednak bakterie, jak wykazały badania w pracowni autora (Lazarus, Bitter) z łatwością mogą być zabite już przy pasteryzacji mleka, t. j. ogrzaniu do 70° stopni w ciągu 30 minut. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy chodzi o bakterie, wywołujące choroby narządu trawienia u ssawców.

Statystyka Boeckh'a wykazała, że śmiertelność na choroby kiszkowe dzieci karmionych sztucznie przewyższa 20 razy i więcej śmiertelność dzieci karmionych piersią. Statystyka dalej wskazuje, że biegunki szczególniej grasują pośród dzieci wówczas, gdy w ciepłych miesiącach roku średnia temperatura przechodzi 16° i że więcej grasują w miastach niż wsiach, gdyż w tych ostatnich mleko najczęściej wkrótce po udojeniu bywa spożyte. Nakoniec że  $\frac{3}{4}$  i więcej niekiedy przypadków biegunek przypada na letnie miesiące.

Spostrzeżenia wielu lekarzy, że proste już gotowanie mleka zmniejsza ilość zasłabnięć na biegunki letnie, następnie że większa ilość zasłabnięć zjawia się pośród dzieci klasy biednej, która mniej dba o czystość i dokładne przegotowanie mleka, niż ludzie zamożni, przemawiać się zdaje za tem, że wpływ mleka na powstawanie biegunek polega nie na chemicznych własnościach krowiego mleka, lecz zależy od bakterij mlecznych. Przeważająca ilość biegunek w gorących miesiącach lata wskazuje, że dominujący chorobotwórczy wpływ wywierają muszą te bakterie, które dla swego rozwoju wymagają wyższej temperatury, nadto podczas lata łatwiej następuje zanieczyszczenie mleka tego rodzaju bakteriami, które rozwijając się podczas lata w paszy, przedostają się do kanału pokarmowego krów resp. do kału, a stąd do mleka. Świeża zielona pasza często wywołuje biegunki u krów, stąd trudniej jest zwierzęta utrzymać w czystości. Obserwacje Soxleta i Auerbacha wykazały, że żywienie krów roślinami, wywołującymi biegunki, sprzyja zanieczyszczeniu mleka bakteriami, choć i pył z siana odgrywa tu także ważną rolę.

Statystyka śmiertelności wskutek biegunek w większych miastach od czasu wprowadzenia aparatu Soxhleta nie wykazuje danych na korzyść sterylizacji być może wskutek tego, że sterylizacja nie jest rozpowszechnioną wśród klas bie-

dnych. Sprawozdania szpitalne i przytułków odnośnie sterylizacji przemawiają na korzyść tej ostatniej, choć nie jednogłośnie.

Z powyżej wyłuszczonej danych autor zajął się szczegółowym zbadaniem bakterij mlecznych i o ile zwykle sposoby sterylizacji odpowiadają celowi.

Ponieważ zwykle już gotowanie mleka wystarcza do zabicia tego rodzaju bakterij, jak bakterie wytwarzające kwas mleczny (Milchsäurebakterien), bakterie należące do gatunku proteus, bacterium coli, przeto główną uwagę w swych badaniach autor skierował na te bakterie, które znajdują się w mleku już sterylizowanym. Te ostatnie autor dzieli na 2 grupy: 1) t. z. obligat anaeroby 2) aëroby v. facultatywne aeroby, które należą do gatunku bakterij siennych lub kartoflowych (Heu oder Kartoffelbacillen), i nazywa je bakteriami peptonizującymi, które wytwarzają nadzwyczaj trwałe zarodniki (sporaë).

Do pierwszej grupy zalicza autor 4 rodzaje bakterij, które sam wyhodował z mleka sterylizowanego: bacillus butyricus Botkina, bacillus Nr 2, 3 i 4. Autor przytacza szczegółową i porównawczą charakterystykę tych bakterij. Najwięcej rozpowszechniony i najczęściej spotykany w mleku jest bac. Botkina; znajduje się on w mleku, w wodzie, w glebie, znajdowano go nawet w kale ssawców, wyłącznie karmionych piersią; prawdopodobnie dostaje się on do kanału pokarmowego wskutek wymywania wodą ust u dzieci. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że bacillus Botkina, jak również bac. Nr 2 nie posiadają chorobotwórczego wpływu natomiast bacillus Nr 3 i 4 wywołują jadowity wpływ na zwierzęta, a bacillus Nr 3 wywołuje nawet wybitne zmiany w narządach trawienia u zwierząt, ponieważ jednak tak Nr 3 jak i Nr 4 rzadko są spotykane w mleku, wątpi autor, ażeby dominujący wpływ na wywoływanie biegunek u dzieci można było przypisać tego rodzaju bakterjom i pytanie to przynajmniej uważa za nierozstrzygnięte.

Jako daleko ważniejsze pod powyższym względem bakterie peptonizujące, które zalicza do drugiej grupy. Wydzielił on z mleka sterylizowanego 12 gatunków tego rodzaju bakterij; wszystkie one daleko prędzej rozwijają się po zasianiu w mleku zupełnie wyjałowionem, powolniej zaś w mleku, poddanem zwykłej sterylizacji. Bakterie te, rozwijając się w mleku, długi czas nie wywołują zmian widocznych, po pewnym czasie (8—14 dni) przy alkalicznym odczynie powodują ścinanie się sernika, a następnie peptonizację takowego, przy czem występuje gorzki smak mleka. Mleko na pozór i smak nie przedstawiające zmian, a zawierające już nieliczne bakterie peptonizujące, może być podane dziecięciu. Bakte-

rye peptonizujące są nader rozpowszechnione, zarodniki ich znajdują się w kale krowim, w pyłe siennym, w glebie, w pyłe ulicznym i stajennym. Bakteryje te z łatwością produkują zarodniki, które są nadzwyczaj wytrzymałe na wysoką temperaturę, wytrzymują bowiem z łatwością temperaturę 100° w ciągu 2 godzin, a spory gatunku Nr 12 nawet 5 godzin; zarodniki tylko Nr 3 zdają się ginąć po 1 godzinnem gotowaniu.

Rozwój najlepszy tych bakterij odbywa się albo w granicach między 24°—44° lub też w granicach 27° i 54°. Bakteryje te zatem z łatwością rozwijają się dopiero w temperaturze powyżej 24°, stąd daleko częściej i obficiej spotykają się w mleku podczas lata. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że z 12 gatunków 9 nie produkują toksyn, tylko bakterije Nr 1, 3 i 7 posiadają te własności, także hodowle lub filtryaty tych ostatnich, zastrzykiwane zwierzętom wywołują zatrucia, psy zaś karmione hodowlami tych bakterij w mleku zapadają na ciężkie biegunki z zejściem śmiertelnem, jeżeli nie w porę będzie usunięte tak zakażone mleko.

Spostrzeżenia lekarskie wykazują, jak szkodliwy wpływ na dzieci wywołuje spożycie mleka gorzkiego. W mleku sterylizowanym nadzwyczaj łatwo rozwijają się bakterije peptonizujące, jeżeli po dokonanej sterylizacji mleko będzie przechowywane przy ciepłocie wyżej 25°.

Na podstawie powyższych danych bakteriologicznych autor doszedł do wniosku, że prawdopodobnie główną rolę w powstawaniu letnich biegunek u dzieci odgrywają bakterije peptonizujące, a zatem mleko dla żywienia dzieci albo powinno być przez dokładną sterylizację pozbawione wszelkich zarazków, co ze względu na wielką wytrzymałość zarodników bakterij peptonizujących jest nader trudne do urzeczywistnienia, gdyż zwykła sterylizacja przy 100—103° zupełnie tu nie wystarcza, albo też mleko przez zwykłe gotowanie powinno być uwolnione od tych bakterij, które w tych warunkach giną, a następnie przechowywane przy ciepłocie niżej 20°, ażeby nie dopuścić rozwoju zarodników bakterij peptonizujących. Na podstawie tych wniosków rozbiera dalej autor skuteczność w tym kierunku praktykowanych dotąd metod sterylizacji.

Zupełna sterylizacja (Die totale Sterilisierung) dokonana być może za pomocą środków chemicznych jak chloroform, formoldehyd—ten jednak sposób nie może być praktykowany dla przygotowywania mleka dla dzieci. Wpływ ciepłoty 100° w ciągu 6—7 godzin aczkolwiek zapewnić może jałowość mleka, pociąga jednak za sobą nie tylko zmiany co do wyglądu i smaku, lecz i co do samego składu mleka. Sterylizacja przerywana, polecona przez Kocha do przygotowywania

surowicy, może być praktykowaną i na mleku i zapewnić przygotowanie mleka jałowego, prędzej jednak, choć jest bardzo zmuDNA, praktykowaną być może w pracowniach, niż w celach higienicznych.

Użycie pary pod ciśnieniem również może zapewnić jałowosc mleka, przy dłuższej jednak sterylizacji powoduje także zmiany w mleku. Fabryka w Waren w Meklenburgu (Natura Milch Fabrik) produkuje w niezupełnie wiadomy sposób rzeczywiście zupełnie jałowe mleko bez wybitnych zmian w takowem. Mleko to jest przeznaczone na eksport i do okrętów. Mleko to, jako zupełnie jałowe, autor używał do celów laboratoryjnych.

Przy odpowiedniem utrzymaniu krów (sucha pasza), zachowaniu surowej czystości w udoju, zbieraniu i przechowywaniu mleka oraz przy 1 godzinnem wyjaławianiu w parze można otrzymać mleko jałowe, ten jednak sposób nie daje absolutnej pewności.

Sterylizacja częściowa (Die partielle Sterilisation) stosowana do mleka przygotowanego na sprzedaż przy ogrzaniu do 100—103°, jak to liczne badania autora wykazały, nie daje najmniejszej gwarancji. Mleko takie, ogłaszane i sprzedawane jako jałowe, jak to autor wykazał, zawiera anaeroby i bakterye peptonizujące. Publiczność; kupując to mleko jako jałowe i ufając w dokładną sterylizację, może go nie odpowiednio przechowywać, lub po dłuższem trzymaniu podawać dzieciom, co właśnie jest związane z niebezpieczeństwem dla tych ostatnich.

W ten sposób sterylizowane mleko może być zdatne do użytku dla dzieci tylko wówczas, jeżeli flaszki z mlekiem po dokonanej sterylizacji będą przechowywane przy temperaturze poniżej 18° i jeżeli mleko takie wkrótce użytym zostanie, do dłuższego bowiem przechowywania w zupełności się nie nadaje. Dla ludności biednej mleko to zresztą jest nieprzystępne ze względu na cenę, dlatego też praktyczniejsze są sposoby domowej sterylizacji.

Do tego celu służy aparat Soxhleta, do użycia którego autor podaje następujące wskazówki: Do aparatu wlewa się 1 litr wody chłodnej, po wstawieniu flaszek z mlekiem aparat się ogrzewa i od chwili kiedy para przez otwór w przykrywie pocnie się wydobywać, należy sterylizację w ciągu 10 minut utrzymać, następnie wyjąwszy flaszki z mlekiem przechowywać je w temperaturze nie wyżej nad 18—20° lub w lodowni. Gdyby mleko po dokonanej sterylizacji było przechowywane w ciepłocie powyżej 22 stopni, należy sterylizację po 12 godzinach powtórzyć.

Dla ludności biednej aparaty Soxhleta są niedostępne, poleca więc autor proste gotowanie mleka, szczególnie w spe-

cyalnym garnku z przykrywą przedziurawioną (Bunzlauer oder Naumburger Geschirr). Po 10 minutowym wygotowaniu w tem naczyniu mleko należy przechowywać w chłodnej wodzie. Porównawcze badania autora wykazały, że mleko w ten sposób wyjaławiane nie zawiera więcej bakteryj, niż przy użyciu aparatu Soxhleta.

J. Bączkiewicz.

309. E. DUCLAUX. **Mleko sterylizowane.** (Przegląd krytyczny).  
(*Les laits stérilisés. Revue critique.*)

Z powodu pracy Flügge'go autor umieścił kilka uwag krytycznych w *Annales de l'institut Pasteur* Nr 4 1895.

Przedewszystkiem opisuje te zmiany, jakim ulega mleko pod wpływem bakteryj w nim się znajdujących: zwykle na pierwszy plan występuje działanie tych bakteryj, które, powodując przemianę cukru mlecznego na kwas mleczny, wywołują pośrednio ścinanie się mleka, resp. sernika. Ścinanie to powstaje tu na drodze czysto chemicznej, w miarę tego, jak pod wpływem życiowym bakteryj następuje nagromadzenie kwasu mlecznego, sernik ścina się podobnie, jakby się ściał, gdybyśmy wprost do mleka dodali pewną ilość kwasu. Bakterye, które powodują fermentację cukru mlecznego, są wrażliwe na wyższą ciepłotę i przy ogrzaniu do 100° giną. Bakterye te autor wogóle nazywa fermentem cukru mlecznego (*ferments lactiques*). Lecz mleko może ulegać ścięciu w odczynie obojętnym pod wpływem innych bakteryj, które produkują pewną podpuszczkę na wzór tej, jaka istnieje w żołądku zwierząt ssących. Bakterye tego rodzaju są odporniejsze na wpływ wyższej ciepłoty i dlatego też w mleku przegotowanym (skoro powyżej wskazane bakterye mleczone zostaną zabite) na pierwszy plan występuje ich działanie. Te bakterye autor nazywa fermentem sernika. Jeżeli ścięte pod wpływem tych bakteryj mleko pozostawimy dalszej obserwacji, to zauważymy, że po pewnym czasie sernik ulega rozpuszczeniu i mleko nabiera smaku sera. Dzieje się to pod wpływem innego zaczynu, który produkują również te bakterye; dzieje się coś na wzór tego, jak pod wpływem pepsyny następuje przejście białka w peptony, jednak autor się nie zgadza z badaczami niemieckimi, ażeby ten proces nazwać peptonizacją, a bakterye produkujące ów zaczyn peptonizujący. Peptonem nazywamy ciało, powstałe z białka pod wpływem specjalnego zaczynu—pepsyny przy reakcyi kwaśnej, gdy tymczasem w mleku sfermentowanym ani te ciała, ani te warunki miejsca nie mają. Dlatego też autor ten zaczyn mleczny (powstały pod wpływem bakteryj), który działa przy odczynie obojętnym lub zasadowym nazywa kaseazą (*caséase*),

a produkty powstałe z sernika pod wpływem caseazy nazywa kazeonami (caseones).

Wiadomo, że biegunki u dzieci występują przeważnie podczas lata w miesiące gorętsze i więcej w miastach niż na wsi, z drugiej strony doświadczenie lekarskie wykazuje, że gotowanie mleka ogranicza i osłabia występowanie tych biegunek. Niewątpliwem jest także, że biegunki te rozwijają się pod wpływem bakteryj, znajdujących się w mleku. Z punktu widzenia higienicznego nasuwa się pytanie, który rodzaj bakteryj należy uważać za czynnik, wywołujący te biegunki, czy bakterye powodujące fermentację cukru mlecznego, czy też bakterye, warunkujące fermentację sernika?

Tu autor różni się z przekonaniem Flügge'go i jest zdania, że należy tu obwiniać pierwsze, nie drugie, jak to czyni Flügge.

Autor opiera swe przekonanie na następujących danych: doświadczenie uczy, że w celu uczynienia mleka nieszkodliwym wystarcza pasteryzacja, t. j. ogrzanie mleka do 70—75° przy czem giną bakterye fermentacji mlecznej, podczas gdy bakterye sernika pozostają nadal w mleku lub też istnieją w postaci zarodników. Dalej mleko świeżo udojone zazwyczaj nie wywiera szkodliwego wpływu na przewod pokarmowy, przeciwnie zaś mleko przechowywane, uległe już zakwaszeniu, nie tylko bywa źle tolerowane przez kanał pokarmowy ssawców, lecz i dorosłych. (Widocznie autor tu ma na myśli mleko nadkwaszone. Przyp. referenta).

Nakoniec bakterye sernika są nader rozpowszechnione, znajdują się w glebie, wodzie, w wypróżnieniach dzieci i dorosłych, dlategożby miały w warunkach pokrewnych raz okazywać się złośliwymi, to znów łagodnymi.

Autor nie zgadza się z wywodami Flügge'go, jakoby tylko bakterye sernika rozwijać się miały przy ciepłocie wyższej, gdyż badania Hueppe'go, Liebiega, Mayera, Kaysera wykazały, że dla bakteryj cukru mlecznego również temperatura około 30° jest najwięcej sprzyjającą. Gotowanie a zatem temperatura 90—95° wystarcza do zabicia tych bakteryj, tylko że mleko takie przy przelewaniu może być w naczyniach lub smoczkach zanieczyszczone, dlatego też praktyka sterylizacji wymaga, ażeby używać do karmienia dzieci to naczynie, w którem mleko było sterylizowane.

Flügge uważa, że tylko bakterye sernika, które nazywa peptonizującymi, odgrywają ważną rolę w powstawaniu biegunek u dzieci. Dzieli on te bakterye na 2 grupy: anaeroby i aëroby. Pierwszym przypisuje małą rolę w powstawaniu biegunek, na co Duclaux zupełnie się zgadza, natomiast główną rolę przypisuje drugiej grupie, do której zalicza 12 gatunków, a z tych 3 jako bardzo szkodliwe. Bakterye te zwy-

klą sterylizację wytrzymują i pozostają przy życiu; dla zabicia ich niezbędne jest użycie autoclawów (110—115°). Lecz kanał pokarmowy jest stałym siedliskiem rozwoju tego rodzaju bakteryj podczas zupełnego zdrowia dziecka i ciągle pod wpływem tych bakteryj, które tak obwinia Flügge, są produkowane ciała (jak je nazywa Flügge) peptonowe.

Czy wobec miliardów tych bakteryj, znajdujących się stale w kanale pokarmowym—pyta Duclaux — należy przypisywać dominujący wpływ choćby milionom zarodników bakteryj analogicznych, które znajdować się mogą w mleku normalnym lub nawet źle sterylizowanym.

W kiszkaach dziecka, które normalnie trawi, obok zwykłych procesów trawienia pod wpływem soków trawiennych stale odbywa się jeszcze trawienie bakteryjne i produkty tego trawienia są wchłaniane. Zapewne, że mogą zachodzić wahania tak pod względem jakości jak ilości tych produktów i mogą powstawać samozatrucia, lecz nadmiar kwasu mlecznego, powstający przy fermentacji mlecznej, może mieć wpływ toksyczny na organizm, podobnie jak peptony, powstające pod wpływem bakteryj peptonizujących. Duclaux jest przekonania, że w celach higienicznych wystarczającą jest pasteryzacja mleka.

*J. Bączkiewicz.*

#### IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

310. Dr Isnardi ogłosił dwa przypadki **wyleczenia przerostu gruczołu krokowego za pomocą przecięcia i podwiązania sznurka nasiennego**. Ze względu na to, że chorzy bardzo często opierają się trzebieeniu, a z drugiej strony, że operacja ta jest nieraz przeciwwskazaną, uważa Isnardi, że zastosowany przez niego zabieg zasługuje na częstsze uwzględnienie, tem bardziej, że każdy lekarz z łatwością wykonać go może. Po przecięciu sznurka nasiennego i podwiązaniu obydwóch jego końców gruczoł krokowy stopniowo zanika, a wszelkie dolegliwości i zaburzenia, wypływające z przerostu tegoż gruczołu (zatrzymywanie moczu etc.) zostają usunięte. (Centr. f. Chir. 28, 1895). Ż.

311. W artykule p. t. „o badaniu przelyku wziernikiem” dochodzi Rosenheim do następujących wniosków: zaglądnienie do przelyku jest cennym środkiem pomocniczym przy rozpoznawaniu i leczeniu chorób przelyku. Za pomocą tego sposobu badania możemy wcześniej rozpoznać raka przelyku oraz rozróżnić złośliwe stany chorobowe od złożeń czysto nerwowego pochodzenia. Również postępowania chirurgiczne w rozmaitych przypadkach chorób przelyku (zwężenia, ciała obce i t. p.) stają się

przy pomocy ezofagoskopii pewniejszym i łatwiejszem. (Berl. kl. Woch. 12, 1895). Ż.

312. Rokitański zaleca leczenie róży twarzy sposobem Kratke'go; sposób ten polega na tem, że na granicy różą zajętych miejsc, w odległościach mniej więcej  $\frac{1}{2}$  centymetrowych, robimy dwa szeregi delikatnych nacięć, krzyżujących się pod kątem ostrym. W naciętych w ten sposób skórę wcieramy dość mocno za pomocą tamponów z waty rozczyń (1:1000) sublimatu, wreszcie pokrywamy całą skórę, będącą w stanie zapalnym, okładami, zwilżonymi tym samym rozczyń. Na wierzch można jeszcze położyć pęcherz z lodem. (Alg. Wien. med. Zeit. 9, 1895). Ż.

313. By zapobiedz wymiotom po usypianiu chloroformem zaleca Levin użycie octu w sposób następujący: chustkę lub serwetkę, zmoczoną w zwyczajnym occie i wyżętą zlekka, kładzie się na maskę po zaprzestaniu dławienia chloroformu, poczem szybko wysuwa się z pod chustki maskę, tak żeby chory nie odetchnął świeżem powietrzem. Chustkę nasiąkniętą octem zostawia się choremu przynajmniej na trzy godziny; w razie potrzeby nalewa się na chustkę świeżą ilość octu. Jeszcze lepsze są specjalne przyrządy do octu, analogiczne do masek chloroformowych. Levin stosował powyższy sposób wielokrotnie i albo unikał całkiem wymiotów, albo też redukował je do minimum. Ocet ma działać w ten sposób, że wchodzi w nieszkodliwe związki chemiczne z silnie drażniącymi produktami rozkładu chloroformu, a powtórę działa jako energiczne stimulus na narządy oddechowe i krążenia. (Revue de chir. Sept. 1895). Ż.

314. Według doświadczeń dra Kanthack'a z Londynu—**bacterium coli należy do najbardziej rozpowszechnionych pasorzytów**, podobnie jak bacillus fluor. liquef. Autor znajdował go stale w obfitości: 1) w płwocinie przy zapaleniu płuc, oskrzeli, influency, suchotach i w płwocinie osób zdrowych, 2) w ślinie b. często, 3) w błonach dyfterytycznych, 4) w ropiejących ranach, 5) we wszystkich sprawach martwicowych, 6) przy angina Ludovici, 7) przy sekcyi prawie w każdym płucu, 8) w wydzielinie szyjki macicznej, 9) w prawidłowym moczu po 12 godz. staniu, 10) w moczu przy zapaleniu pęcherza (często), 11) prawie zawsze w pyle, piasku, wodzie stojącej, 12) w zamrożonej baranie, 13) w kryształach śniegu, zbieranego w kamerach do oziębienia. Autor przychodzi do wniosku, że zdanie, jakoby bacterium coli była stałym mieszkańcem kiszki, a obecność jej gdzieindziej dowodziła zanieczyszczenia kałem, nie ma żadnej podstawy. (Br. Med. J. 27—VI). H

315. **Przeciw neuralgiom** u dotkniętych moczówką cukrową Robin zaleca:

Antipyryni

Amm. bromat aa 0,5

Cocaini muriat 0.01

Coffeini valerian, 0,02

Mf. Pulv. d. t. d. Nr IV.

S. Zażyć w razie bólu.

J. Z.

STANOWISKO  
 W. MATLAKOWSKIEGO  
 W CHIRURGII.

Napisał

**Br. Sawicki.**

Władysław Matlakowski urodził się 19 Listopada 1851 r. w Warce. Pachołce i młodzieńcze lata jego przypadły na nowy okres w naszym rozwoju społecznym i umysłowym. Ogół poczuł potrzebę liczenia się z praktycznymi wymaganiami życia, zrozumiał konieczność reform społeczno-ekonomicznych i umysłowych. Zabrzmiło hasło pracy organicznej, pracy cichej, a wytrwałej, mającej podnieść oświatę i dobrobyt. Do wprowadzenia w czyn nowych ideałów powołano oprócz klas uprzywilejowanych także i warstwy, przedtem społecznie upośledzone. Na hasło pracy organicznej podążyły tłumnie zapełniać szeregi nowych pracowników dzieci szaraczków, mieszczaństwa i ludu. Oświecona warstwa, względnie czoło społeczeństwa, zaczęła coraz więcej liczyć w swych szeregach ludzi nowych, którzy wyszli z wiejskiej zagrody, ze sklepu, z warsztatu. Syn chłopca, oficjalisty, drobnego urzędniczka, kupca, rzemieślnika, wreszcie zagonowego szlachcica—wszystko to kształciło się, pchało i wybijało na wyższe stanowiska. Nie potrzeba tego dowodzić, że zdemokratyzowanie takie społeczeństwa wyszło mu na dobre. Wszystkie te szaraczki i chudopachołki, o przeszłości których nicby Paprocki z Niesieckim nie umieli powiedzieć, przynosiły ze sobą obok zapалу wielką pracowitość, spryt i wytrwałość, na których zbywało klasie uprzywilejowanej. Pomimo to, nagłe takie zdemokratyzowanie miało i stronę ujemną. Od razu rzuciła się do zdobywania stanowiska cała masa ludzi nowych, nie mających często w tradycyi subtelniejszego poczucia honoru, nie mających stosunków, a często i najprostszych środków do życia, ludzi, zmuszonych iść przebojem, rozpychać łokciami i deptać, co słabsze, ażeby samym wypłynąć. To też zjawiała się wprędce cała falanga takich Maszków, Kromickich, Józłowiczów, jednym słowem ludzi, wciąż stojących w sprzeczności, jeżeli nie z kodeksem karnym, to przynajmniej z sumieniem. Łatwo zrozumieć, że w tych warunkach musiało mieć w sobie społeczeństwo dużo pierwiastków szlachetnych,

jeżeli jego ideały moralne, jego poczucie uczciwości nie uległy znacznemu obniżeniu. Trudno zaprzeczyć, że w sprawie, że tak powiem, uszlachetnienia nowych dziczek społecznych, dużą rolę odegrała garstka ludzi prawych starszego autoramentu, pracujących rzetelnie dla dobra ogółu. Wpływ jednakże tych ostatnich na młodzież nie mógł być zbyt wielki, gdyż przedewszystkiem, godząc się w ogólnych zarysach z młodszym pokoleniem, różnili się z niem w szczegółach, a następnie traktowali młodszych ze stanowiska mentorsko-profesor-skiego, co znowu tym ostatnim nie mogło się podobać. Dla rozbudzenia i podtrzymania szlachetniejszych dążeń wśród młodych działaczy trzeba było wynaleźć w nich samych odpowiednie jednostki, któreby słowem i czynem, pełnym zaparcia, prowadziły ich ku wzniosłym ideałom. Na szczęście jednostki takie znalazły się, a jedną z nich był Władysław Matlakowski.

Jak wielu innych, wyszedł on z pośród tłumu szarego. Sam on powiada o sobie: „wyszedłem z ciała i krwi swego narodu, z ludu, z chłopu, jako syn wielkiego człowieka, który, mając włókę ziemi (30 morgów), 3 domki i izdebne w Warce, wynajmowane biedactwu żydowskiemu, i wiatrak — potrafił dać, sprzedając krew swoją i pot, uniwersyteckie wykształcenie 4 synom, sam nie mając żadnego. A mimo to pozostał czystym w życiu, powszechnie szanowanym, prawym i nie bankrutem.”

Oprócz prawości charakteru, przekazanej przez ojca, otrzymał Matlakowski szczodre uposażenie od samej natury. Wrażliwy, subtelny, łatwo się oryentujący, a wszechstronny umysł, wysmienita pamięć, łatwość słowa, gorące serce a nadto pociągająca, miła powierzchowność—wszystko to były jego przymioty wrodzone. Ilekroć jednakże jednostek przesuwa się przed oczami naszemi, które wszystkie te dary otrzymały, a jednakże puściły je na marne! Wchodząc w życie, Matlakowski szybko ocenił sytuację i na brzmiały wciąż hasło: „formuj się!” stanął w przednich szeregach, jako pierwszy chorąży. Niósł on przez całe życie swój sztandar wysoko, a na sztandarze tym wypisane były: Uczciwość i praca... Uczciwość i praca — dwa pojęcia dla jednych banalne, drugim wypełniające cały żywot ich aż do grobu.

Chcąc ocenić znaczenie Matlakowskiego, trzeba by rozpatrzyć całą jego działalność. Ocena taka jednakże przekroczyłaby zadanie moje, a także i kompetencję. Wobec tego z konieczności muszę się zatrzymać na stanowisku lekarza. Nie mogę tylko nie zaznaczyć faktu wielkiej wszechstronności tego człowieka. Prawdę mówiąc, zawsze dla mnie byli godni podziwu, a trudni do pojęcia tacy ludzie, jak Jędrzejewicz, Rolle i inni, którzy żyli z praktyki, uprawiali naukową

medycynę, pracowali nad meteorologią, astronomią, historią, muzyką, malarstwem i t. d., kierowali nieraz życiem społecznym, na wszystko czas znaleźli, a wszędzie, czego się tknęli, pozostawiali niezatarte ślady swej działalności. Być może, iż do takiej różnorodności zajęć skłania wybitniejsze talenta brak ludzi na wielu polach u nas, a być może także, iż w tym szczególnie przejawia się rys charakterystyczny szczepu słowiańskiego, polegający na szukaniu coraz to nowych prawd i przeszkadzający ześrodkowaniu uwagi wyłącznie na jednym przedmiocie.

Bądź jak bądź do takich ludzi należał i Matlakowski. Poza medycyną zajmował się on malarstwem, architekturą, poezją, przyrodoznawstwem, etnografią, pedagogiką, filozofią, a we wszystkich prawie tych działach pozostawił ślady po sobie. Przedmiotami tymi jednakże zajmował się on tylko przygodnie, t. j. początkowo w chwilach, przeznaczonych na wypoczynek, później w czasie ciężkiej choroby, która mu nóż z ręki wytrąciła i sprowadziła do mogiły. Najbardziej atoli ukochanem dzieckiem jego była medycyna i tej największą część samego siebie poświęcił. Przebieg niedługiego jego żywota daje się krótko skreślić. Urodzony, jakieśmy wyżej rzekli, w Warce, gimnazjum i uniwersytet skończył w Warszawie, poczem od r. 1876 pełnił w ciągu lat sześciu obowiązki ordynatora w klinice prof. Kosińskiego. W r. 1882 na mocy konkursu został ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus; w r. 1885 odbył podróż naukową do Anglii, co nań znaczny wpływ wywarło. W r. 1890, gnębiony chorobą płucną, opuścił Warszawę, poczem czas spędzał bądź to w Zakopanem, bądź też w majątku teścia na wsi w Zbijewie.

Ostatnie lata swego życia poświęcił Matlakowski głównie zbieraniu przy pomocy żony zabytków budownictwa zakopańskiego, przekładaniu i objaśnianiu Hamleta oraz kształceniu syna. W tym to okresie czasu wydał on budownictwo, a przygotował do druku ornamentykę zakopańską. Wiele czasu włożył on w przekład Hamleta, który poprzedził obszernym wstępem. W tym wstępie, pisanym pośpiesznie, pod grozą krążącej w pobliżu śmierci, wypowiedział Matlakowski odnośnie dzisiejszych społeczeństw wiele myśli zdrowych i poglądów oryginalnych. Oprócz powyższych prac w tymże czasie pisywał Matlakowski artykuły mniejsze do „Wisły”, a nadto zajmował się ornitologią krajową. Pracował on omal do ostatniego tchnienia, party żądzą pracy społecznej, podniecany wiarą w lepszą przyszłość. „Nauka, powiada on we wstępie do Hamleta; nie ma u nas tradycji; uprawa jej zawsze była miałąką, a do tego od czasu do czasu zawierucha zrywała i tę cienką warstewkę. Książki poważne zalegają dno naszej

rzeki umysłowej i jałowe sterczą; na to trzeba być przygotowanym i z wiarą, iż potrzeby umysłowe społeczeństwa i wzmożą się i podwyższą, pracować nad przyczynieniem środków do uprawy." Był to już jednak, niestety, schyłkowy okres działalności Matlakowskiego. Smutne te chwile uciekającego życia i zawziętej walki z przeznaczeniem sam on w żywych wyciskających obrazach opisał w listach do kolegów.

Lekarską swą działalność literacką rozpoczął Matlakowski bardzo wcześnie, gdyż już w 1876 r. żywo i interesująco napisaną korespondencją z Paryża, gdzie czas krótki po skończeniu Uniwersytetu pełnił obowiązki lekarza okrętowego. W następnym zaraz t. j. 1877 r. ogłosił w „Medycynie” przypadek wycięcia rakiem dotkniętej krtani, które wykonał prof. Kosiński. Odtąd posypały się, jak z rogu obfitości, artykuły, które drukował Matlakowski we wszystkich pismach lekarskich. Ogólna liczba lekarskich prac jego wynosi 75, co na jakieś 12 — 13 lat, biorąc ogółem pracy zawodowej stanowi bardzo wiele <sup>1)</sup>. Z tego względu, jako też ze względu na żywotność poruszanych coraz to nowych kwestyj, możnaby Matlakowskiego nazwać Kraszewskim chirurgii polskiej. Co się tyczy doniosłości dla chirurgii naszej tych prac, niektórzy krytycy, zdaniem mojem, nie doceniają ich. Jedno z pism nazwało Matlakowskiego popularyzatorem chirurgii nowoczesnej w naszej literaturze. Znaczyłoby to poniekąd, że same prace mają wartość mniej więcej umiętnie napisanych referatów z literatury obcej. Tak jednakże nie jest. Ażeby dokładnie ocenić naukowo literacką działalność Matlakowskiego, musimy się nieco wstecz cofnąć.

Aczkolwiek od otwarcia pierwszego Uniwersytetu w Warszawie nie zbywało nam nigdy na dobrych chirurgach praktykach, nie można tego powiedzieć o chirurgach pisarzach. Najuboższym pod tym względem był okres czasu pomiędzy zamknięciem Uniwersytetu a otwarciem Akademii Medyko-Chirurgicznej, a nawet Szkoły Głównej. Oprócz paru podręczników (Nowicki, Mianowski), sprawozdań szpitalnych Le Bruna i Minkiewicza (z Tyflisu), oraz garści spostrzeżeń ka-

<sup>1)</sup> Najbardziej dokładny wykaz lekarskich oraz medycyny dotyczących prac Matlakowskiego podał R. Jasiński w Nrze 30 Gazety Lekarskiej z r. b. Wykaz ten obejmuje 72 prace (przez pomyłkę wydrukowano 73). Do tego należy dołączyć jeszcze: Przyczynek do kazuistyki wycięcia odbytnicy z powodu raka. *Przeł. Chirurg. T. I, str. 581.* Ruch umysłowy lekarski w „Zarysie literatury polskiej z ostatnich lat szesnastu” Dra Chmielowskiego. *Gaz. Lek. r. 1881 Nr 35.* Dr Fil. J. Ochorowicz i nauka. Przyczynek do historii cywilizacji u nas. *Gaz. Lek. r. 1888, str. 479.*

zuistycznych, niekiedy bardzo interesujących, lecz przeważnie błahych, nic nam z tego czasu nie pozostawiono. Jeżeli podsumujemy razem najbłahsze nawet artykuły i sprawozdania szpitalne, to wypadnie, że w ciągu 17 lat, poprzedzających otwarcie Szkoły Głównej, ogłaszano w Warszawie co rok przeciętnie 9 artykułów treści chirurgicznej i ginekologicznej. Nie wliczam w to posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego, protokoły którego z owego czasu więcej mają w sobie charakteru koleżeńskie pogawędki, niż roztrząsań naukowych. Było to nawet na owe czasy bardzo niewiele, tem bardziej, że większość najlepszych spostrzeżeń nadsyłało z daleka, bo aż z Kaukazu.

Od chwili otwarcia Szkoły Głównej zaczyna się prawie od razu zwrot ku lepszemu. Zwłaszcza w okresie czasu pomiędzy 1863 i 1871 rokiem pisma ogłaszają znaczną stosunkowo ilość artykułów treści chirurgicznej, w których widać świeże prądy, wiejące z zachodu. Przeciętnie wychodzi rocznie po 16 prac treści chirurgicznej i ginekologiczno-operacyjnej, z których około czwartej części przypada na kliniki. Artykuły kliniczne piszą sami profesorowie, tylko zaś wyjątkowo asystenci; najwięcej jednakże prac dostarczają ordynatorzy szpitalni, przeważnie byli wychowawcy Akademii Medyko-Chirurgicznej i Szkoły Głównej. Najczęściej są to oddzielne, nagie spostrzeżenia, rzekłbym po studencku pisane historie chorób, zdarzają się jednakże i artykuły lepiej opracowane, pouczające o nowych zdobyczach chirurgii, lub przedstawiające krytyczne zestawienie rozmaitych metod operacyjnych i poglądów w danej sprawie (n. p. artykuły prof. Girsztowta o cierpieniach kości i o rezekecyach stawów, artykuł prof. Kosińskiego o tętniakach i inne).

(D. c. n.)

---

## V. SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ.

---

### Posiedzenie Towarzystwa Lek. Warsz. d. I/X 1895 r.

---

Na wstępie Prezes w gorących słowach uczcił pamięć zgasłego w Paryżu członka honorowego naszego Towarzystwa Pasteura; na propozycję kol. Jawdyńskiego postanowiono wysłać stosowny telegram do Instytutu Pasteur'a.

Dziekan Brodowski przedstawia rękę, operowaną przez prof. Kosińskiego z *Lipoma congenitum diffusum*. Miękość tkanki nowotworowej zależała w danym razie od jakości (oleina przeważnie) tłuszczu, jaki się znajdował w znacznej ilości. Miękość mogła naprowadzić na przypuszczenie *Limphangioma*, które to rozpoznanie pierwotnie postawił prof. Kosiński.

Następnie dr. Wacław Sobierański, docent Uniwersytetu w Marburgu, wygłosił odczyt p. t. „O czynności nerek.” W obszernym referacie swoim prelegent główną uwagę zwrócił na teorię Bowmann-Heidenhein'a, według której kanaliki kręte spełniają funkcję wydzielniczą. Prelegent na zasadzie licznych własnych doświadczeń ze wstrzykiwaniem do żyły szyjowej królikom i innym zwierzętom indygo-karminu, karminu, jak również z wprowadzaniem różnych środków moczopędnych, przyszedł do wniosku, że zapatrywania wyżej wymienionych autorów są mylne, gdyż kanaliki kręte, na co wskazuje zresztą i sama budowa ich, spełniają czynność rezorbcyjną, a nie wydzielniczą. Dla umotywowania swoich zapatrywań przytoczył prelegent cały szereg prac doświadczalnych tak dla dowiedzenia własnych kombinacji, jak i dla sprawdzenia doświadczeń, dokonanych przedtem przez innych badaczy, jak naprz. Heidenhein'a, Gruetzner'a, Schmidt'a i innych. Z doświadczeń nad wprowadzaniem środków moczopędnych wyprowadza S. wniosek, że wszystkie te środki podzielić można na 3 grupy: do 1-szej zalicza sole, które głównie sprzyjają sprawom filtracyjnym i osmotycznym w kłębkach Malpighiego. Sole te pozbawiają ustrój wody, wywołując dyurezę nawet wtedy, gdy inne środki już nie dopisują. Do drugiej grupy zalicza mowca kofeinę i pokrewne jej substancje naprz. teobrominę. Środki te wywołują dyurezę, porażając zdolność chłonniczą kanalików krętych. Do 3-ej wreszcie pośredniej grupy zalicza S. mocznik, który z jednej strony zwiększa filtracyjny i osmotyczny współczynnik w kłębkach, z drugiej zaś może przy pewnej koncentracji osłabiać chłonniczą własność kanalików krętych.

Na zasadzie wszystkich swoich doświadczeń wyprowadza mowca wnioski, z których ważniejsze są:

1) Czynność wydzielnicza nerek ma swój początek w kłębkach Malpighiego, przez które wydzielają się nie tylko woda, lecz i wszystkie sole moczopędne i ciała białkowe, znajdujące się w stanie wolnym we krwi, oraz także barwniki jak karmin i indygo-karmin.

2) Kłębki są właściwie filtrami o zmiennej powierzchni, i do nich dadzą się zastosować prawa osmozy i filtracji.

3) Obok przyrządu filtracyjnego nerki posiadają przyrząd zgęszczający, ku czemu służą kanaliki kręte. Wydzielnicze własności tych ostatnich są możliwe, ale dotychczasowe dowodzenia nie wytrzymują krytyki.

W dyskusji zabierali głos: dziekan Brodowski, prof. Hoyer i kol. Krysiński. Wszyscy ci mówcy nie zgadzali się z przypuszczeniem prelegenta, że kanaliki posiadają ruchy robaczkowe, gdyż przeciwko temu przeczy i budowa histologiczna ich. Prof. Brodowski dodał przytem,

że mylnie prelegent sądzi, że patologom częściej udaje się obserwować obwódkę szczoteczkową w kanalikach, gdyż takowa w zmienionych nerkach nigdy prawie nie daje się obserwować. Prof. Hoyer zaś zwracał jeszcze uwagę, że kanaliki przez swoją budowę zbliżone są więcej do naczyń włoskowatych, przez które, jak wiadomo, odbywa się transudacja, i zgadzając się ze zdaniem prelegenta zachęcał i wykazywał potrzebę dalszych obserwacji i doświadczeń.

W końcu kol. J a n o w s k i odczytał rzecz p. t. „Wynik leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.” Z pośród 32 chorych, jakich leczył prelegent, 3 zmarło w ciągu 1-szej doby po zaszczepieniu, reszta wyzdrowiała. W 14 przypadkach sprawą błoniową zajęta była i krtań. We wszystkich obserwowanych wypadkach stan ogólny poprawiał się szybko. Temperatura w 9 przypadkach spadała krytycznie, w 2 litycznie, w 7 wahała się nieprawidłowo. Tętno po 2 dobach zazwyczaj się zupełnie poprawiało. Naloty, obrzmienia, i zaczerwienienia znikają zazwyczaj po 2-ch dobach. Oddzielać sztucznie nalotów kol. J. nie radzi. Białkomocz spostrzegł prelegent 7 razy i zdaniem jego od szczepień surowicy jest on niezależny. Porażenie podłyfteryjne spostrzegł kol. J. 2 razy. Z powikłań najczęściej, gdyż 5 razy spostrzegł mówca miejscowy odczyn dokola miejsca szczepienia i 3 razy ogólną wysypkę pod postacią rumienia i pokrzywki.

Radzi kol. J. wstrzykiwać od razu 1000 jedności, a w przypadkach ciężkich i 2000 jedności. U dzieci pomiędzy 3 i 7 miesiącem życia dawka powinna być mniejsza ( $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ ), w przypadkach zaś krupu większa (5000). Marka fabryczna nie odgrywa zbyt wielkiej roli. Przytoczeniem badań bakteriologicznych, z których wynika, że tylko w 7 przypadkach były tylko same laseczniki Löffler'a, w innych zaś znajdowano paciorkowce i gronkowce ropotwórcze, kończy prelegent swój odczyt.

*K. Rychliński.*

## Posiedzenie Tow. Lek. Warsz. d. 15/X 1895 r.

Po przemówieniu Prezesa i po uczczeniu pamięci zmarłych w ostatnim miesiącu członków honorowych naszego Tow. ś. p. dra Konica i prof. Oettingera, przystąpiono do demonstracji.

1) Pierwszy demonstrował kol. O l t u s z e w s k i 7-mio letnią dziewczynkę, uleczoną z niemoty wrodzonej i 10-cio letnią dziewczynkę z mową nosową, którą od 2-ch tygodni ma w swej kuracji.

2) Następnie kol. S t e i n h a u s przedstawił chorą z akromegalią. Choroba rozpoczęła się przed 6-ciu laty zatrzymaniem miesiączki i stopniowym powiększeniem się wymiarów szczególniej poprzecznych u palcy nóg i rąk, i w słabszym stopniu powiększaniem się wymiarów kości twarzowych. Przypadek ten zasługuje zdaniem St. na uwagę i dlatego, że przed kilkoma miesiącami przyłączyło się przytępienie słuchu i skroniowa ślepotą polowiczna, która obecnie szybko przechodzi w ślepotę całkowitą, gdyż pozostało tylko óśrodkowe poczucie światła.

3) Kol. Jasiński Roman przedstawił 3-letnie dziecko, które w początkach Czerwca b. r. straciło zupełnie władzę w nogach. Bezład trwał przez 4 tygodnie i nastąpiła poprawa. Jednocześnie jednak powstały po obu stronach wyrostków ciernistych, 2 głębokie ropnie zimne. Mówca dokonał bardzo trudnej operacji, gdyż od strony śródpiersia tylnego dostał się do ognisk tuberkulicznych w trzonach kręgów, ostatnie skrupulatnie oczyścił. Po 6-ciu tygodniach, nastąpiło zupełne zagojenie i dziecko to jest zdrowe. Przypadek ten, zdaniem kol. J., namacalnie wykazuje cały szereg objawów, jaki powstać może przy ucisku mlecza drogą zmian ciśnienia płynu mózgodzeniowego i krwi żyłnej w oponach.

4) W końcu kol. Wołkiewicz przedstawił preparat z przedniej ściany brzusznej psa, u którego przed 5-ciu miesiącami dokonał skrzyżowania mięśni prostych brzucha. Blizny w miejscu, gdzie płaty mięśniowe zostały zeszyte ze sobą, prawie że nie znać, gdyż włókna jednego mięśnia w wielu miejscach łączą się z włóknami drugiego mięśnia. Zdaniem mówcy, sposób ten może oddać wielkie usługi przy operowaniu przepuklin na środkowej linii brzucha.

5) Poczem kol. Ołtuszewski wypowiedział odczyt p. t. „Trzeci przyczynek do nauki o zбочzeniach mowy.” Prelegent przede wszystkim podaje podział, którego zamierza się trzymać. Wszystkie niemoty dzieli na organiczne i czynnościowe. Ostatnie występują albo samodzielnie, albo też towarzyszą pierwszym. Organiczna niemota dzieli się na głuchotę wyrazową, niemotę ruchomą, aleksję i agrafię izolowaną. Podane 4 formy mogą się łączyć, a oprócz tego przy każdej z nich, jeżeli zmiana organiczna jest nieznaczna, może jedynie wystąpić osłabienie tego lub owego ośrodka, wytwarzając tak zwane niemoty podkorowe. Główną uwagę zwraca kol. O. na niemotę wrodzoną u dzieci, oraz na bełkotanie i wyjaśnia patogenezę i leczenie takowych. Oba te zбочzenia, zdaniem prelegenta, należą do zupełnie uleczalnych. Dłużej również zatrzymał się prelegent nad wyjaśnieniem patogenezy mowy nosowej zamkniętej i otwartej. Przytoczeniem ciekawszych przypadków z pośród 411, jakie miał możność obserwować i leczyć w ciągu 1895 r. kończy prelegent swój odczyt.

W dyskusji kol. Meyerson podnosi znaczenie odróżniania niemoty wrodzonej od głuchoniemoty, na które kładzie nacisk kol. Ołt., kol. zaś Rychliński, podnosząc racjonalność obecnie przyjętego przez autora podziału niemot, zwraca uwagę na potrzebę zbierania statystycznego materiału dla wykazania, o ile przypadki czynnościowego zaburzenia mowy dają większy procent poprawy przy stosowaniu leczenia, niżeli pozostawione bez pomocy lekarskiej.

*K. Rychliński.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— Rada lekarska—według Rusk. Inwalida doszła do następujących wniosków odnośnie **stopnia i tytułu doktora medycyny**.

Stopień doktora medycyny powinien mieć charakter czysto naukowy; dla otrzymania go ubiegający się powinni dopełnić następujących warunków: 1) Do egzaminu doktorskiego mają prawo przystępować tylko lekarze, którzy otrzymali stopień w Rossyi, nie wcześniej niż trzy lata temu. Po zdaniu egzaminu kandydat w przeciągu 5 lat powinien przedstawić dysertację, jeżeli zaś nie przedstawi w tym czasie, musi ponownie zdawać egzamin. Prośbę o dopuszczenie do egzaminu podawać należy do rektora Uniwersytetu z załączeniem curriculum vitae, dokumentów i oznaczenia specjalności. Egzaminacyjną komisję stanowi 6 członków, pomiędzy którymi ma się znajdować specjalista z podanej przez kandydata specjalności. Z ogólnych przedmiotów egzamin dotyczy anatomii, histologii, fizjologii, patologicznej anatomii, ogólnej patologii, historii medycyny i higieny. Specjalności wyróżnionych jest 17; 1) anatomia, 2) fizjologia, 3) chemia fiz., 4) anat. patol., 5) histologia, 6) farmakologia, 7) farmacja i farmakognozya, 8) choroby wewnętrzne, 9) choroby nerwowe i umysłowe. 10) patologia ogólna, 11) oftalmologia, 12) akuszeria i choroby kobiece, 13) chirurgia, 14) choroby dziecięce, 15) higiena, 16) medycyna sądowa, 17) choroby weneryczne i skórne.

Za dysertację służyć może praca samodzielna, stanowiąca rzeczywisty przyczynek naukowy.

Stopień doktora medycyny będzie koniecznym warunkiem służby uniwersyteckiej (Wracz 39).

— **Zakład dermatologiczny.** Jak donoszą pisma codzienne, w mieście naszym otwarte zakład dermatologiczny, współwłaścicielami są niektórzy z syfilidologów warszawskich. O ile sam zakład jest pożyteczny w interesie chorych, o tyle niepożądane wcale jest otwarte przy nim ambulatoryum, gdzie chorzy przychodni otrzymują poradę za 25 kop. Przeciwno takiemu własnowolnemu obniżaniu wartości pracy lekarskiej występować już w lipcu r. b. Tu przypominamy, że jeżeli taksa 25 kop. przyjęta jest dla lecznic, to dlatego, że lecznice są dla chorych niezamierzonych, zakład dermatologiczny pierwszy, o ile wiemy, wprowadza tę opłatę dla **wszystkich chorych**. Do czego dojdziemy?

— **Uniwersytety.** Liczba nowowstępujących studentów w Moskiewskim Uniwersytecie w roku bieżącym doszła do 1100 (dwustu odmówiono przyjęcia z powodu braku miejsc); z tego 707 zapisało się na wydział prawny, 337 na przyrodniczo-matematyczny, 286 na lekarski, 70 na historyczno-filologiczny.

W Warszawskim uniwersytecie w roku szkolnym 1894/5 było wszystkiego 892 studentów: 454 na wydziale lekarskim, 310 na prawnym, 101 na przyrodniczo-matematycznym, 27 na historyczno-filologicznym.

— Lyon méd. (41) zamieszcza wiadomośćkę, że w kraju naszym istnieją **ruchomi okuliści**, robiący wycieczki po kraju, w celu udzielania pomocy specjalnej. Lyon. méd. wnioskuje, że kraj nasz posiada mało okulistów.

— Budżet biura l'assistance publique w Paryżu (zarząd zakładów dobroczynnych), wynosi na 1896 rok 49,273,316 fr. W r. 1894 leczycy się w szpitalach 205920 osób, które przebyły 8910590 dni. Łóżek rozporządzalnych jest 21307. (Lyon. Med. 41).

— **Hygiena muzyki.** Na posiedzeniu Akad. Paryskiej z dn. 17 IX d-r Ferrand odczytał pracę o higienie muzyki i dochodzi w niej do następujących wniosków: Z punktu widzenia lekarskiego muzyka należy do najpotężniejszych środków wpływających na działalność układu nerwowego. Różne rodzaje muzyki, rytm, szybkość, melodia, ogólna harmonia mogą być środkami kojącymi lub też pobudzającymi. Dlatego też lekarz, zalecając chorym muzykę musi wprawdzie znać dobrze repertuar danego koncertu i wybierać odpowiedni dla danego osobnika.

— **Nowy stetoskop.** Zenger przedstawił Akad. umiej. w Paryżu nowy stetoskop t. zw. przez niego elipsoidalny („stéthoscope elipsoidal”). Zwykle używane stetoskopy mają to do siebie, że ton wysłuchowy jest zagłuszany przez dźwięk amforyczny, tworzący się w rurce, dlatego też wynalazca urządził stetoskop całkowicie wyrobiony z drzewa (bez światła). Postać stetoskopu wyrobionego z drzewa elastycznego jest elipsoidalna, na końcach są płaszczyzny odpowiadające ognisku. Stosunek osi do poprzecznika 5 : 1. Szmer wykonywane na jednym końcu słyszy się jakby z mikrofonu. (L'unions Méd.)

— **Nowe pisma.** W Moskwie ma być wydawane nowe pismo pod redakcją d-ra Aleksandrowa p. n. „Dietskaja Medicina”.

— Pismo „Mineralnaja Wody” ma wychodzić co dni 10.

— **Sprawa lekarska.** W Crefeld lekarz został skazany na 3 miesięczne więzienie za wstrzyknięcie dziecku choremu na porażenia poblonicowe strychniny w takiej ilości, że w 10 minut nastąpiła śmierć z otrucia.

— La France Méd. donosi, że niejaki K. Mautter zapisał wydziałowi lekarskiemu w Paryżu dom, którego odsetki mają być przeznaczone na nagrodę dla lekarzy-kobiet za prace nad chorobami dzieci.

— Hr. L. Hugo zapisał w swoim czasie kapitał, od którego odsetki co lat 5 zbierane stanowią premię 1000 fr. za najlepszą pracę z historii medycyny. Pierwszy konkurs będzie miał miejsce w r. p.

— W Budapeszcie zrobiono w tym czasie odkrycie, które w sferach lekarskich wywołało b. przygnębiające wrażenie. Mianowicie Dr Sch., znany, jako autor prac lekarskich, oraz członek sądowno-lekarskiego senatu, wykazał dowodnie, że kilka oryginalnych prac młodszych autorów-le-

karzy, z których niektórzy zajmują już zaszczytne posady — są nikczemnymi plagiatami! Autorzy (!?) ci tłómaczyli wprost prace z obcych języków (niemieckiego) na język węgierski — i uzyskali sobie tą drogą miano dzielnych badaczy! Sprawa ta przeszła już i do politycznych gazet i rozumie się nie przyczyni się do podniesienia opinii o ciele lekarskiem w Budapeszcie.

— **Bohaterstwo lekarzy.** Cała prasa polityczna z pismem „El Impartial” na czele oddaje wielkie pochwały bohaterstwu lekarzy hiszpańskich w czasie obecnej wojny na Kubie, mówią iż w tej wojnie bohaterami są tylko lekarze. Jeden z nich n. p. d-r Urbano Ordd obronił na czele sanitarów porzuconych przez ustępujący oddział rannych i zdołał uwieźć ich z placu boju. Okryty ranami skonał dopełniwszy swego obowiązku. Inny lekarz Marcial Capdevila niósł w potyczce pod Paralejo pomoc operacyjną pod gradem kul nieprzyjacielskich; z pomiędzy 80 rannych zaledwo dwóch z operowanych na takiej sali operacyjnej zmarło. Zresztą przykłady takich poświęceń nie są wyjątkowe, a znaczna liczba ofiar żółtej febry z pośród lekarzy najwymowniej dowodzi ich działalności.

— **Szarlatanizm za granicą.** Le Progres méd. w ostatnim numerze omawia kwestyę szarlatanizmu lekarskiego w Anglii i Francji. Między innymi pisze: „W Paryżu, a nawet w całej Francji, jak i w Londynie ci, którzy cieszą się największą sławą bynajmniej nie są najuczestniejszymi, zwyciężają ci, co obiecują złote góry i cuda, szczególnie dzieje się to w Bretonii, Owernii i Poitou. Niedawno przecież pewien senator publicznie oświadczył w sądzie, że jeden z szarlatanów w ciągu lat 10 więcej uzdrowił chorych, niż inni lekarze w czasie całej swej działalności. W St. Gille (Wandea) szarlatan pewien na placu przy muzyce wyrывa zęby, wycina nowotwory, operuje katarakty tuż pod nosem władz, które nie protestują. Nam lekarzom odmawiają nieraz chorzy pozwolenia na operacye, a pozwalają operować się i powierzają swe życie szarlatanom.”

## Nekrologia.

2 Października zmarł w Krakowie b. p. **prof. Oettinger.** Urodzony w 1818 w Tarnowie, studyował medycynę w Krakowie. Chociaż już w 1851 wykładał w zastępstwie historję medycyny i med. sądową, dopiero w 1867 — wskutek ówczesnych stosunków politycznych — mianowany został profesorem. Nieboszczyk zasłużył się niemało polskiemu piśmiennictwu lekarskiemu przez pracę swą, rozpoczętą wspólnie z Janikowskim i Kremerem, nad słownikiem terminologii polskiej.

Słownik ten wpłynął znakomicie na ustalenie się dzisiejszej pisowni naszej i stanowić będzie trwały pomnik zasług zmarłego.

Prof. Oettinger był czynnym współpracownikiem Redakcji „Przeгляdu Lekarskiego” i Tow. Lek. Krakowskiego, którego był Członkiem honorowym.

## SPROSTOWANIA.

W zeszytcie 14, na str. 677, w wierszu 12 od góry, zamiast „sposobem Martina (spos. 1)” winno być „sposobem pierwszym.”

Na tejże stronie w wierszu 4 od dołu po wyrazach „materyał i” powinno stać „oświadcza.”

Na str. 682 w wierszu 11 od dołu zamiast „rysunki” powinno być „wizerunki.”

W sprawozdaniu z posiedz. Tow. Lek. na końcu (głos prof. Baranowskiego) zamiast „elastyczność” jest „elektryczność.”

## NADESŁANO DO REDAKCYI.

*J. Grundzach.* Indicationen zur Pyloroplastik, Pylorrektomie und Gastroenterostomie. Odb. Therap. Monatch. 1895.

*S. Sterling.* O krzywicy. Odb. z Medycyny.

## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

Seweryn Sterling. Zapalenie gardzieli i ostry gościec stawowy, 705.

### Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych (Dalszy ciąg), 712.—M. Misiewicz. Obecne stanowisko nauki o niezycie pęcherza moczowego (Dalszy ciąg), 718.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**I. Medycyna wewnętrzna.** 301. Dr Ant. Brosch. Przyczynek do etyologii raka przewodu pokarmowego, 721. — 302. Dr S. S. Grussdieff. O leczeniu gruźlicy za pomocą podskórnych wstrzykiwań aristolu, 723.—303. Dr G. Honigmann. Egipt, jako stacya klimatyczna, 725. — 304. Dr Auché i Joncheres. Własności trujące moczu w przebiegu ospy, 727.

**II. Choroby nerwowe.** 305. Dr Barrs. O rokowaniu przy udarze mózgowym, 728. — 306. F. Jolly. Myasthenia gravis pseudoparalytica, 729.—307. Prof. Mendel. Obłąd omamowy, 730.

**III. Choroby dzieci.** 308. Prof. C. Fluegge. Zadanie i wykonanie sterylizacji mleka wobec chorób kiszek u ssawców, 731.—309. E. Duclaux. Mleko sterylizowane, 736.

310—315. Wiadomości pomniejsze, 738.

Stanowisko W. Matlakowskiego w Chirurgii, napisał Br. Sawicki, 740.

Sprawozdania z posiedzeń: Posiedzenie Tow. Lek. Warszaw. 1/X 1895 r., 744. Posiedzenie 15/X 1895 r., 746.

Kronika bieżąca, 748.—Nekrologia, 750.—Sprostowania, 751.

Nadesłano do Redakcyi, 751.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 23 Октября 1895 года.