№ 38. Warszawa, d. 19-go Września 1908 r. SERYA II
Tom XXVIII. Rok XLIII.

GAZETA LEKARSKA

I. Z LABORATORYUM CHEMICZNO-BAKTERYOLOGICZNEGO DRA S. SERKOWSKIEGO W WARSZAWIE.

PACIORKOWCE i PNEUMOKOKI

[ich wzajemny stosunek].

Opracowała

L. Szereszewska,

stud. med. Uniwersytetu Paryskiego.

Zmienność formy w całej florze i faunie, nie wyłączając człowieka, zależy od szeregu wpływów zewnętrznych: nabyte nawet dziedzicznie formy i skłonności pod wpływem zewnętrznych warunków ponownie podlegają zmianie.

Przykładów moglibyśmy przytoczyć setki, poczynając od człowieka, kończąc na ustrojach jednokomórkowych; również tym prawom podlega wysoko rozwinięta roślina, jak i bezkształtny kawałek jednorodnej protoplazmy.

Włóżmy taki kawałek protoplazmy do 5%-go roztworu dwufosforanu sodu: pod wpływem tego bezkształtna masa protoplazmy zrobi się kształtną, szybko ruchomą zapomocą pseudopodyi: zmiana formy i właściwość staje się cechą stałą, o ile wpływ nowego środowiska trwa bez przerwy.

Jeżeli różnorodność form wyższych zwierząt i roślin objaśnia się głównie różnorodnością pożywienia, jeżeli nawet organy trawienne dostosowują się do pokarmów, podlegających trawieniu, to ten związek między formą osobnika i jego właściwościami a pożywieniem w znacznie większym zakresie uwidocznia się w ustrojach najniższych.

Wpływ klimatu i temperatury: grzyby trujące w jednych miejscowościach— są jadalne w innych; nawet skorpiony i żmije jadowite w gorących klimatach— w umiarkowanych tracą w znacznym stopniu swoją jadowidość.

Geoffroy St. Hilaire doskonale stwierdził wpływ różnych zewnętrznych bodźców na rozwój zarodków. Biorąc jaja kurze z pod kury, wstrząsając je, stawiając pionowo, dziurawiąc, pokrywając lakiem i t. d. i wogóle zmieniając naturalne warunki, otrzymywał z takich jaj kurczęta z różnemi kalectwami. Takie zjawiska, zmiany, kalectwa i charłactwa dawniej uważano za kaprys, za grę natury; okazało się jednak, że zmiany zależne są ściśle od zewnętrznych warunków, do których w pierwszym szeregu należą: światło, ciepło, pożywienie i wilgoć.

Niepotrzebne własności podlegają zanikowi, wzmożone zaś użytkowanie jednego organu lub właściwości, powoduje zwiększenie danej funkcyi [pasorzytnictwo]. Wszelka zmiana budowy zależna jest od zmienionej działalności ustroju.

Oczywiście, że właściwość zmiany organów pod wpływem zewnętrznych warunków, pod wpływem ćwiczenia i przystosowania się—nie jest nieograniczona.

Badając różnego rodzaju wydzieliny ludzkie w ciągu długiego czasu i wyosobniając z nich bakterye, spostrzegliśmy ten fakt, że przy obecności krwi w wydzielinach, paciorkowce nabierają cech dwoinek Talamon-Fraenkel'a. To, co na preparatach, barwionych według Grama [gram+] wydaje się pneukokokiem, jest w rzeczywistości typowym paciorkowcem (*streptococcus pyogenes* Rosenbach] i ta zmiana właściwie jest zależna od obecności krwi w wydzielinach.

Z drugiej strony, hodując pneumokoki, czyste ich kultury w podłożach płynnych, przekonaliśmy się wielokrotnie, że pneumokoki rosną w postaci typowych łańcuszków, czyli streptokoków.

Taka zmiana własności dotyczyła zarówno wyosobnionych przez nas, jak i sprowadzonych gatunków bakteryi, o notorycznie ustalonem rozpoznaniu.

Pragnąc przekonać się ostatecznie o powyższem paradoksalnem zjawisku, o warunkach, przy jakich upadobnia się paciorkowiec do pneumokoków i odwrotnie, chcąc wreszcie wyświetlić, czy ta zmiana własności jest li tylko zewnętrzną, morfologiczną i krótkotrwałą, czy też przy pewnem postawieniu doświadczeń nabiera cech stałych, głębszych, wykonaliśmy szereg następujących doświadczeń.

Własności morfologiczne i hodowlane.

Jeżeli weźmiemy część czystej kultury paciorkowców i będziemy badać pod mikroskopem, zobaczymy cały szereg mniej lub więcej długich łańcuszków. Długość tych łańcuszków i kształt pojedyńczych ogniw bywają najrozmaitsze, co zależy od podłoża, na którem kultura wyrosła i od gatunku paciorkowca. Bogate w białko i pepton [3 do 5%] podłoża zmieniają długą

formę paciorkowca na krótką; na surowicy krwi [pod. Loeffler'a] spostrzeżono odwrotny stosunek. Widzimy czasami nawet łańcuszki, składające się tylko z dwu ogniw [t. zw. dwoinki Czajkowskiego i Class'a] zupełnie okrągłych. Wogóle pojedyńcze koki mają zwykle formę okrągłą, lub półokrągłą i są zwrócone ku sobie; jest też kilka odmian, które mają formę otoczkowców (*streptococcus mucosus*) i wtedy ogniwa pojedyńcze stają się lancetowate, przybliżając się z wyglądu morfologicznego do dwoinek Fraenkel'a.

Dwoinki Fraenkel'a lub pneumokoki mają zawsze mniej lub więcej wyraźną, dość szeroką otoczkę.

Pojedyńcze ogniwa mają formę wydłużoną, lancetowatą, ostrzami na zewnątrz; forma okrąglejsza też się spotyka u niektórych odmian, ale bardzo rzadko. Najlepiej uwydatnia się ich otoczka, barwiona karbol-fuksyną i badana w wodzie [ol. cedrowy otoczki rozpuszcza].

Jeżeli przeniesiemy paciorkowce (*strep. pyogenes*) do czystej krwi ludzkiej [lub zwierzęcej], otrzymanej *per venae-punctionem* w warunkach aseptycznych, lub zaszczepimy na podłoża stałe lub płynne z dodatkiem 1 do 5-u kropel krwi ludzkiej [podłoża przed szczepieniem muszą być sprawdzone na jałowość w cieplarce—24 g.] i po upływie 24-ch do 48-u godzin zbadamy je na preparatach niebarwionych i barwionych, to, jak pokazuje poniższa tabelka, prawie zawsze otrzymujemy same tylko dwoinki o charakterze lancetowatym i, co ciekawsze, nawet często w otoczkach. Natomiast brak zupełnie łańcuszków streptokoków.

Jeżeli zaś podłoże z krwią ogrzać do 56°—60° przed szczepieniem, czyli inaktywować, to paciorkowce zachowują swoją zasadniczą formę łańcuszka, czyli nie zmieniają formy. Zastrzegam się, że zjawisko, o którem mowa nie ma nic wspólnego z rozpadem łańcuszka na dwoinki i wcale nie jest zbliżone do dwoinek Czajkowskiego, Class'a i innych [patrz tabl. I na str. nast].

Wszystkie powyższe próby, a zwłaszcza hodowle na agarze z krwią i bulionie z krwią wykonywane były wielokrotnie i zawsze prawie z jednakowym wynikiem; między innymi zachowywał się tak i *streptococcus* (nie *mucosus*), wyosobniony z ropnia.

Z powyższego zestawienia rzuca się przedewszystkiem w oczy, że na zjawisko morfologicznej zmiany streptokoków wpływa nie surowica krwi, lecz prawdopodobniej inne składniki krwi i że inaktywacya niszczy zupełnie omawianą właściwość. Nawet odwrotną cechę można było nieraz zauważyć, że przy inaktywacyi podłoża krótkie łańcuszki rosną często w postaci długich łańcuszków.

Diplococcus Fraenkeli — 4 szczepy, z nich dwa wyosobnione z plwociny chorych na zapalenie przed przesileniem, przez zaszczepianie plwociny królikom i zebranie materyału ze krwi serca królika, a dwa sprowadzone od Krala z Pragi Czeskiej [patrz tabl. II na str. nast.].

Szczepienia dwoinek Fraenkel'a w podłożach płynnych [z glukozą] z krwią i bez niej były powtórzone wielokrotnie i prawie zawsze z jednakowym wynikiem.

TABLICA I.

Kultury paciorkowca (wyosob. *ex. angina scarlatinosa*).

KONTROLA	preparaty po 24-ch do godz. 36-u	po 4 - 5 dniach
	łańcuszki typowe	łańcuszki krótkie i długie
Agar, pokryty krwią ludzką	*Diplococcus lanceolatus*	*Diplococcus* różnego typu okrągłe i lancetowete
Surowica Loeffler'a, pokryta krwią ludzką	*Diplococcus lanceolatus*	*Diplococcus* różnego typu; rzadkie łańcuszki po 4—6 koków
Agar, pokryty krwią i ogrzany przed szczepieniem do 56° C.	*Streptococcus*	*Streptococcus* + *Diplococcus*
Buljon + 5 krop. krwi, ogrzany przed zaszczepieniem do 56° C.	*Streptococcus*	*Streptococcus* + *Diplococcus*
Agar z surowicą krwi ludzkiej	*Strep.* + *diploc.* nie *lanceolatus*	*Diplococcus* + krótkie łańcuszki
Bulion + 5 krop. krwi	*Diplococcus lanceolatus*	*Diplococcus lanceolatus*

TABLICA II.

	Kontrola	w bulionie cukrowym	na agarze z krwią	w bulionie z krwią
1 szczepienie	*Diploc. lanceolatus*	*Diploc.* i krótkie łańcuszki	*Diploc. lanceolatus*	*Diploc lanceolatus*
2 „	„ „	łańcuszki krótkie (oddzielne koki nie *lanceolatus*)	„ „	„ „
3 „	„ „	„ „	„ „	„ „
4 „	„ „	„ „	„ „	„ „
		(są też i nie lancet. dwoinki)		

Spostrzegliśmy przy każdem badaniu pneumokoków, że na preparatach ze krwi serca królików wszędzie zachowany był typ „*diplococcus lanceolatus*“ w otoczkach; natomiast po zaszczepieniu równoczesnem krwi z serca na podłoża z krwią ludzką lub króliczą, już po upływie 24-ch—36-u godzin stwierdzić można było obecność łańcuszków.

Często też zachodzą i inne zmiany w paciorkowcach pod wpływem podłoża.

Ponieważ hodowanie tych bakteryi przy najrozmaitszych warunkach od dawna jest przedmiotem dociekań w pracowni dra Serkowskiego, więc przytoczę tu kilka niezmiernie ciekawych spostrzeżeń, dokonanych przez L. Owczarewicza w naszej pracowni. Mianowicie paciorkowce, różnego pochodzenia były przez krótki okres czasu poddawane działaniu jałowego zalkalizowanego moczu, [normalnego i od chorych na płonicę], przyczem okazało się, że mocz chorych na szkarlatynę silniej hamuje wzrost paciorkowca moczu normalnego, i że takie kultury paciorkowca, przeszczepionego na różne podłoża, nabierają żółtawego lub żółtego zabarwienia. Żółte kolonie paciorkowców w biegu dalszych generacyi powracają do pierwotnego białawo-szarego zabarwienia. Przytaczać tu szczegółów nie będę, poprzestając na stwierdzeniu faktu, że własności podłoża mogą zmienić cechy zasadnicze paciorkowca, a obecność krwi n i e inaktywowanej może upodobnić go do pneumokoka pod względem hodowlanym, morfologicznym i biologicznym.

Nie tylko jednak upodobnienie polega na zmianie morfologicznych własności paciorkowców, (*resp.* pneumokoków), ale i własności biologicznych, o czem przekonaliśmy się na drodze aglutynacyi. Mianowicie, dzięki uprzejmości panów ordynatorów zebraliśmy krew od 25-u chorych, z których 11 syfilisu, po 2 *furanculosis*, *pneumoniae*, *pleuro-pneumoniae*, *pleuritidis purulentae* i t. d. Przy wszystkich aglutynacyach była zrobiona kontrola surowicy i emulsyi [patrz tabl. III na str. nast.].

Jakkolwiek otrzymaliśmy aglutynacyę tylko w 5-u przypadkach [na 25], zadziwiającem jest to, że tam, gdzieśmy mieli aglutynacyę na paciorkowce, otrzymaliśmy ją również i na pneumokoki [z wyjątkiem N-ru 5, *pleupo-pneumonia*).

W trakcie pracy nad paciorkowcami i pneumokokami i niezależnie od naszych badań wynotowaliśmy z piśmiennictwa nam dostępnego niemało danych, potwierdzających naszą tezę.

Diplocuccus pneumoniae może być typowy [obecność otoczki, forma lancetowata ostrzami na zewnątz i t. d.] i atypowy; tego spotyka się dość rzadko.

Odmian jest dość dużo, ale mają one niektóre cechy wspólne, mianowicie: koki stają się bardziej zaokrąglone, ujawniają skłonność do formowania łańcuszków i otoczka często znika. Hodowle rosną i rozwijają się znacznie

TABLICA III.

AGLUTYNACYE

Rozpoznanie	Streptokoki	Pneumokoki
Nr. 60 Lues	niema	niema
Nr. 61 „	„	„
Nr. 62 „	„	„
Nr. 63 Tbc. (Lues? keratit parench.	wyraźna agl., miano = 1:25	silna agl., miano=1:0
Nr. 70 Lues	niema	niema
Nr. 71 „	„	„
Nr. 72 Pruritus senilis	„	„
Nr. 73 Lues	„	„
Nr. 64 „	agl. miano najw. = 1:50	aglut. miano = 1:200
Nr. 65 Blennorhoea acuta	słabo agl. miano = 1:25	silnie agl. miano=1:200
Nr. 74 Lues	niema	niema
Nr. 75 „	„	„
Nr. 76 Scabies	„	„
Nr. 4 Pneumonia	agl. wyraźna, miano = 1:25	silna agl., miano=1:200
Nr. 7 Appendicitis	niema	niema
Nr. 8 Parametritis	„	„
Nr. 3 Sepsis	„	„
Nr. 78 Lues	„	„
Nr. 77 „	„	„
Nr. 28 Furunculosis et otitis media	„	„
Nr. 7a Enteritis	„	„
Nr. 18 Furunculosis (sepsis?)	„	„
Nr. 11 Pyelitis et cystitis	„	„
Nr. 5 Pleuro-pneumonia	„	aglut. najw. miano 1:50
Nr. 6 Pleuritis purulenta	„	niema

prędzej na zwyczajnych podłożach, niż typowe pneumokoki, rosną te odmiany nawet przy temperaturze 24° i mniej, (*diploc. Fraenkeli* typ. rozw. przy 25° *minim.*, t° *optima*—37°); są więcej żywotne i mniej zjadliwe niż *diplococcus Fraenkeli.*

Spotykają się one zwykle przy takich chorobach, gdzie znajduje się i typowy *diplococcus pneumoniae.*

Kwestya do rozstrzygnięcia jest właściwie następująca.

Czy można uważać i na zasadzie czego różne odmiany pneumokoka za filogenetycznie pokrewne, czy też są to gatunki zupełnie odrębne? Zdania są bardzo sprzeczne.

Na przykład, Foa odróżnia trzy gatunki pneumokoka; Banti—cztery. Inni [Nikiforoff, Ortner, Levy, Steinmetz, Emmerich] odróżniają też po kilka odmian, mniej lub więcej podobnych do typowego pneumokoka. Wreszcie Kruze et Pausini (*Zeitschrift f. Hyg. 1889*) opisali 84 odmiany *diplococcus pneumoniae.*

Wszyscy ci uczeni są przeważnie tego zdania, że są to odmiany bardzo pokrewne; formy przejściowe zauważyć i opisać było trudniej, niż zmiany morfologiczne, jakie zachodzą w hodowlach niektórych gatunków pneumokoka, zależnie od podłoża. Mianowicie spostrzegli, że, gdy przenosi się pewne odmiany pneumokoka [mające skłonność do tworzenia paciorków] na podłoża mniej sprzyjające do rozwoju, diplokoki stają się daleko mniej zjadliwe i przechodzą przez cały szereg zmian, stając się w końcu zupełnie podobne do typowego *streptococcus pyoegenes.* Ściśle odgraniczyć te formy jedną od drugiej, lub też od paciorkowców i pneumokoków—jest rzeczą zupełnie niemożliwą. Jest jeszcze wiele innych zdań. Andrews i Horn uważają pneumokoka za jedną z odmian paciorkowca.

W „*Centralblatt der Bakteriologie*“ [t. 38 str. 180] znajdujemy również ciekawą wzmiankę, mianowicie, że przy pneumoniach zwykle obok dwoinek Fraenkel'a spotykają się różne gatunki paciorkowca, przeważnie zaś *strep. mucosus* i *strep. erysipelatos* [przy zapaleniu płuc zrazowem].

Chciano odróżnić pneumokoki od paciorkowców i na zasadzie tego, że zmienia on barwę krwi w podłożu, lecz *strept. viridans* posiada tę samą własność. Jadowitość pneumokoka jest tem mniejszą, im kultura jest starszą—to samo obserwuje się u *strep. erisipel.* Podobnież cechy zmienne charakteryzują i paciorkowce, o czem możemy wnosić z następujących danych.

W 1903 roku Schotmueller zrobił pierwsze próby hodowli paciorkowca na agarze z krwią. Wyniki pozwoliły mu odróżnić cztery odmiany paciorkowców:

1) *Streptococcus longus s. erysipelatos*
2) „ *mitior s. viridans*
3) „ *mucosus*
4) „ *lanceolatus* (*pneumococcus*).

Stąd widzimy, że już Schotmueller uważał pneumokoka za odmianę paciorkowca.

Pierwsze wzmianki o egzystencyi *strept. mucosus* znajdujemy u prof. Fischer'a (*Kiel. hyg. Institut*), który go znalazł w śluzie u dziecka, chorego na koklusz.

Streptokok ten był mniej więcej w tym samym czasie opisany przez Binaghi'ego pod nazwą *streptococcus capsulatus* [w zapal. płuc u świnki morskiej] i później przez Hlavę—*leuconostoc hominis* (w *angina scarlatinosa*).

Strepcoccus mucosus był niejednokrotnie hodowany i w preparach z tych kultur przedstawiał się stale w kształcie typowych dwoinek z otoczką, układał się zwykle w krótkie łańcuszki, często zaś w pojedyńcze półokrągłe *diplococci*. Na agarze z krwią doskonale się hoduje niezależnie od tego, czy używa się krwi ludzkiej czy zwierzęcej.

Właściwie za jedyną różnicę między *strep. mucosus* a pneumokokiem była uważana trochę więcej lancetowata forma pneumokoka. Ale i to jest rzeczą bardzo względną, bo, hodowany na podłożach z krwią, *strept. mucosus* staje się więcej lancetowaty, a pneumokok nabiera okrąglejszego kształtu; otoczka zaś w tym przypadku była bardziej dostrzegalną u *strept. mucosus*, niż u pneumokoków.

Wyosobiony przez Heim'a *strept. mucosus* (w *otitis media*), będąc zastrzyknięty śwince morskiej, zachowuje się w jej krwi zupełnie, jak dwoinki Fraenkel'a nie tylko pod względem morfologicznym, ale i biologicznym. Dużo się zajmował tą kwestyą Lingelsheim. Opisuje on tylko dwie odmiany paciorkowca: dłuższą i krótszą. Krótsze łańcuszki składają się z 2-u do 12-u ziarniaków i są niezjadliwe; dłuższe paciorki odznaczają się wielką zjadliwością. Układanie się koków w łańcuszki doskonale można obserwować w hodowlach, rozwijających się na podłożach płynnych; w organizmie zaś ludzkim lub zwierzęcym znajdują się w formie dwoinek i mają otoczkę. Są zwykle półokrągłe, chociaż często przybierają postać lancetowatą, podłużną i wtedy zupełnie przypominają dwoinki Fraenkel'a. Szczególniej zaś podobnym do pneumokoka jest *strept. mucosus*. Rośnie w postaci szaro-zielonkawego nalotu i ma otoczkę. Na agarze rośnie dość dobrze; w bulionie zwyczajnym, o ile się rozwija, zmętnia bulion równomiernie [inne gatunki paciorkowca nigdy bulionu nie zmętniają]. Doskonale się rozwija, jak i pneumokoki, na podłożach z krwią.

Rozpoznanie różniczkowe między *diplococcus Fraenkeli* a *strept. mucosus* jest w tym przypadku ogromnie trudne, często nawet niemożliwe. Obydwie odmiany doskonale się hodują na podłożach z krwią i gorzej na innych. Morfologiczne też są prawie identyczne. Hiss użył podłoża z dodatkiem surowicy i inuliny i doszedł do bardzo ciekawych wyników. Podłoże to ma własność strącania pneumokoków i *streptoc. mucosum*, ale żadnego innego gatunku paciorkowca.

Doświadczenie to nasuwa myśl, że między *strept. mucosus* a pneumokokiem jest bardzo blizkie pokrewieństwo. Hiss, Park i Williams uważają również *strept. mucosus* za odmianę pneumokoka (*streptococcus lanceolatus, variet. mucosus*). Levy jest tegoż zdania, opierając swe twierdzenie na pewnych własnościach soli żółciowych wobec tych dwu odmian [patrz dalej Mandel-

BAUM]. Nareszcie jeszcze jeden dowód na korzyść tej myśli jest ten, że pneumokok daje aglutynacyę z surowicą przeciwpaciorkowcową [gat. *strept. mucosus*—z innymi gat. nie daje].

MANDELBAUM dzieli wszystkie paciorkowce na trzy gatunki na zasadzie rozwijania się na podłożach z krwią:

1) *Streptococcus pathogenes*—po 24-ch godzinach tworzy jasne bezbarwne kłaki; hemolizuje krew podłoża.

2) *Streptococcus mitior* — po 24-ch godzinach czarno-zielonkawe paski na podłożu.

3) *Streptococcus saprophyticus*—sam nie hemolizuje, ale w połączeniu ze *strept. pathogenes*—hemoliza kompletna—bulion staje się czerwony.

Pneumococcus i *str. mucos.* rozwijają się prawie w ten sam sposób, co *strept. mitior*. Po 24-ch godzinach krew na podłożu staje się czarno zielonkawą, lub zielonawą [toż samo zjawisko spostrzegał THOMAS FLOURNOY].

W bulionie dane bakterye nie dają hemolizy; erytrocyty tworzą osad na dnie probówki.

Wygląd zaś morfologiczny kultur *strept. mucosi* i pneumokoka nie jest zupełnie identyczny. Zaszczepiony na agar skośny, pierwszy tworzy śluzowaty, białawy nalot, drugi zaś—malutkie białe ziarenka.

Na podłożach płynnych pneumokoki tworzą białe kłaczki, a *strept. mucosus*—osad więcej jednostajny i śluzowaty. Inne odmiany paciorkowca można łatwiej odróżnić od dwoinek FRAEAKEL'a, czyto przez badanie makroskopowe, czy mikroskopowe.

MANDELBAUM uważa gatunki: *strept. mucosus* i pneumokok za bardzo pokrewne na zasadzie dwu, rzeczywiście bardzo ciekawych spostrzeżeń.

Otóż, uodporniając świnkę morską *strept. mucoso*, zauważył, że uodpornił ją tem samem przeciw wszelkim zakażeniom pneumokokowym.

Spostrzegł on też, że pneumokoki i *strept. mucosus* mogą być rozpuszczone przez dodanie do bulionu soli żółciowych [szczególniej zaś taurocholan u sodu], od czego inne gatunki paciorkowca nie podlegają rozpuszczeniu.

Nie mniej ciekawe objawy obserwowane były na drodze aglutynacyjnej.

Aglutynacya paciorkowców i pneumokoków jest morfologicznie zupełnie identyczną. VAN DE VELDE uważał, że paciorkowiec jakikolwiek może być aglutynowany tylko surowicą hemologiczną. Czasami otrzymywali też aglutynacyę z surowicą heterologiczną, lecz przypadki te były bardzo rzadkie. MOSER i PIRQUET znaleźli, że surowica pacior. z reumatyzmu stawowego aglutynuje wszystkie odmiany paciorkowców. Tem więcej uderzającym jest fakt, że pneumokoki są aglutynowane przez różne surowice przeciwpaciorkowcowe [gat. *streptococcus pyogenes*, *mucosus* i t. d.]. Można z tego wnioskować, że *diplococcus pneumoniae* jest filogenetycznie bliżej spokrewnionym z każdym gatunkiem paciorkowca, niż te gatunki jeden z drugim.

Doświadczenie CASTELLANI'ego (*Neben—und Mitagglutinationen*), stosowane do *bact. coli*, *bacil. typhi* i *paratyphi*, sprawdzone na paciorkowcach i pneumokokach dotychczas nie było.

Zanim w kilku słowach podamy wnioski z naszej pracy, przedewszystkiem wyróżnić musimy ten fakt, że w opisach autorów istnieją poważne różnice w terminologii poszczególnych odmian paciorkowców, ale spostrzegano blizkie pokrewieństwo głównie między pneumokokiem a *strept. mucosus*.

Tymczasem w naszych doświadczeniach badaliśmy paciorkowce, mające wszystkie cechy *strept. pyogenes* (n i e *mucosus*), a pomimo to otrzymaliśmy upodobnienie jego do pneumokoka pod względem morfologicznym, hodowlanym i biologicznym przy zastosowaniu opisanej metodyki. Objaśnienia tego faktu na razie nie znajdujemy, choć w dostępnem nam piśmiennictwie niema właściwie systematycznych badań porównawczych między pneumokokiem a grupą paciorkowców chorobotwórczych wogóle (tylko gat. *mucosus*).

Upodobnienie paciorkowca do pneumokoka i odwrotnie ma nie tylko znaczenienie teoretyczne, ale — sądzimy—znaleźć winno oddźwięk praktyczny, zarówno ważny przy rozpoznawaniu i różniczkowaniu omawianych gatunków, oraz badaniu własności aglutyn. surowicy w zakażeniach paciorkowcowych i pneumokokowych, jak również i przy wyrobie odnośnych surowic.

Szanownemu drowi Serkowskiemu za pomoc i kierownictwo oraz Panom ordynatorom, którzy łaskawie dostarczyli mi materyału szpitalnego, serdecznie dziękuję.

II. Z PRACOWNI I AMBULATORYUM DRA MIKOŁAJA REJCHMANA.

W sprawie rozpoznawania i leczenia rozszerzeń przełyku.

Podał

Stanisław Janczurowicz.

(Dalszy ciąg — Patrz Nr. 37).

Chory średniej budowy, wzrostu niżej średniego, chudy, blady. Zwraca uwagę niewyraźny, niedźwięczny, zmęczony głos chorego, przypominający głos starych, wyniszczonych chorobą ludzi. Gdy prędzej mówi, głos staje się tak niewyraźnym, że trudno jest go zrozumieć. Badanie fizykalne klatki piersiowej nie wykazuje nic szczególnego. Lekka rozlana bolesność na ucisk w dołku. Nieznaczne bulgotanie w żołądku powyżej pępka. Tętno wszędzie synchroniczne.

Kilkakrotne badania sondą żołądkową na czczo dały wyniki następujące: już z odległości 32—35 ctm. wydobywa się przez aspiracyę zawartość zastojową, niestrawioną, w ilości od 80-u do 120-u ctm. sz. ze znaczną ilością

śluzu, kwasem mlecznym, laseczkami długimi, niewielką ilością drożdży, obfitą ilością nabłonków płaskich i cząstek pokarmowych [bułka, kakao, skrzepy sernika, żółtko jaja]. Albumoz i kwasu solnego niema. Sonda żołądkowa wchodzi na głębokość 43 - 44 ctm. od brzegu zębów i w miejscu tem zatrzymuje się. Przy wpychaniu powietrza przez sondę, doprowadzoną do tego miejsca [43—44 ctm.], pojawiają się natychmiast głośne odbijania połykowe. Już po kilku przepłukiwaniach przełyku udało się przy użyciu niezbyt silnego nacisku wprowadzić sondę do żołądka i wyaspirować stamtąd zawartość pokarmową kwaśną z wolnym kwasem solnym. Wpychanie powietrza nie wywołuje już wtedy odbijań charakteru przełykowego, a powoduje rozdęcie żołądka. Sondy twarde, grube i cienkie, mało elastyczne również zatrzymują się w odległości 43—44 ctm. i po chwili przy użyciu lekkiego nacisku przechodzą do żołądka.

Choremu przepłukiwałem przełyk codziennie zrana na czczo, przyczem za pierwszym razem wypłukałem duże, źle pożute kawałki mięsa, które podobno chory jadł po raz ostatni przed trzema dniami.

W danym przypadku mamy również rozszerzenie przełyku; skrzywienia jednak niema, wszystkie sondy bowiem i twarde i elastyczne zatrzymują się u wpustu i po chwili wchodzą do żołądka. Dno rozszerzenia znajduje się u wpustu; po opróżnieniu tego zbiornika zastoju, innego na innej wysokości lub przy innem położeniu sondy znaleźć się nie udaje. Jeżeli po dokładnem przepłukaniu i opróżnieniu przełyku chory wypije szklankę wody, to po wprowadzeniu sondy wydobywa się z nad wpustu taką samą ilość wody.

Charakterystyczny objaw u tego chorego stanowiło wydzielanie się w przełyku bardzo znacznej ilości gęstego śluzu, który nagromadzając się, szczególniej w nocy, w bardzo dużej ilości przyczyniał mu wiele przykrości. Zanim chory rozpoczął codzienne wieczorne przepłukiwania przełyku, kłąb tego śluzu wprost mechanicznie utrudniał przedostawanie się pokarmów do żołądka i powodował wytwarzanie się większego zastoju, a równocześnie i natężenie uczucia ciężkości w dołku po jedzeniu. Przed przepłukiwaniami chory czuł się wtedy tylko dobrze, jeżeli zapomocą kaszlu, krztuszenia się i danych pobudzań udało mu się zrzucić owe kłęby śluzu.

Po opróżnieniu przełyku i wprowadzeniu sondy do żołądka można ją było zostawić w tem położeniu na czas krótki, ewentualnie poruszać sondą, wsuwając ją i wysuwając wielokrotnie i swobodnie, gdyż skurcz nie pojawiał się.

Prześwietlanie promieniami Roentgen'a wykonane było przy łaskawym udziale kol. Barszczewskiego w ten sam sposób, co i u pierwszej chorej [420 ctm. sz. zupy kartoflanej i 30,0 bizmutu]; jednak z powodu topografii rozszerzenia, po części i pośpiechu, z jakim było wykonane badanie [baliśmy się, by chory nie wymiotował,—tymczasem zniósł on zabieg bardzo dobrze], prześwietlenie nie dało należytych wyników, t. j. fotogram nie tłómaczy się jasno. Z tego powodu zdjęcia tego tutaj nie podaję, a tylko poniżej prawdopodobny schemat konfiguracyi przełyku. Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że żadnych nienormalnych cieniów, z wyłątkiem okolicy przylegającej do prawej

górnej części mostka, gdzie wązkim łagodnym łukiem zarysowała się część górnego odcinka przełyku,—na fotogramie niema. Znaczy to, że rozszerzenie umiejscowione jest za mostkiem i sercem, całkowicie chowając się za tymi organami. W samej rzeczy szczególniej silnie zacieniowana jest prawa część serca, przyczem nb. cień ten nie jest identyczny z cieniem od skurczu serca—, oraz okolica przylegająca bezpośrednio do dolnego brzegu lewej połowy mostka. W środkowej zaś części mostka widać ciemną, grubą smugę, idącą w kierunku ukośnym od prawego górnego brzegu mostka ku lewemu dolnemu; smuga ta gubi się w cieniu serca.

Z danych prześwietlania można wywnioskować, że rozszerzenie jest tu mniejsze niż w poprzednim przypadku; zmiany anatomiczne, pomimo 3-letniego trwania, nie zaszły tu jeszcze tak daleko. Przebieg przełyku jest normalny; wydłużenia, przesunięcia lub skrzywienia, jak w poprzednim przypadku, tutaj niema. Przełyk jest cokolwiek rozszerzony w górnej części, znacznie więcej jednak w części dolnej; być może największy wymiar ma rozszerzenie w kierunku przednio tylnym. Dno rozszenia, przechodząc we wpust, nie zwęża się lejkowato, a musi przedstawiać dość szeroką płaszczyznę, zwężającą się lejkowato ku górze i tworzącą stożek, w którego podstawie znajduje się wpust.

Choremu polecono odżywiać się przez czas dłuższy przez sondę oraz przepłukiwać przełyk codziennie wieczorem słabym roztworem *Natri sulfur.* + *N. bic.* + *N. chl.*; po pewnym czasie—odżywiać się w sposób normalny, zachowując przepisy dyetetyczne, polecone pierwszej chorej. Chory subjektywnie znacznie się poprawił, i jak doszła nas wiadomość, czuje się obecnie dobrze.

Przypadek III. W październiku roku ubiegłego badałem G. S., pannę, liczącą lat 23, zamieszkałą w gub. grodzieńskiej. Jest chorą od 3-ch lat. Przebieg choroby jest dość zmienny; obecnie od 5-u—6-u miesięcy czuje się lepiej. W początku choroby przed 3-ma laty w ciągu 10-u—12-u tygodni czuła, że pokarm nie przechodzi do żołądka, a zatrzymuje się za dolną częścią mostka; chora wszystko co zjadła zwracała wówczas zaraz po jedzeniu, przyczem w oddanym pokarmie było nie tylko to, co ostatnim razem jadła, ale i to, co jadła przed kilku godzinami, a nawet dnia poprzedniego. Później wymioty ustały, lecz wystąpiły inne objawy. Chora nie wymiotowała po jedzeniu, ale za każdym razem, gdy się położyła, czyto w ciągu dnia, czy w nocy, zaraz wylewało się jej jedzenie napowrót przez gardło, zmieszane z dużą ilością gęstego śluzu. Podobnież było, jeżeli chora schyliła się nizko twarzą do ziemi. Wylewanie się pokarmu w nocy powodowało u chorej krztuszenie się, katar, kaszel i t. d. Gdy np. spała, to drudzy słyszeli, jak pokarm dostawał się do gardła i do nosa i w samej rzeczy chora codziennie zrana znajdowała cząstki pokarmów w śluzie gardzielowym i nosowym, lub też o wylaniu się pokarmu świadczyły plamy na poduszce. Z drugiej strony, gdy chora zakaszlała nawet w pozycyi stojącej, również niejednokrotnie zwracała płynny pokarm. Wylewanie się pokarmu przez gardło w pozycyi leżącej od roku już nie miewa. Jednakże i teraz, jeżeli schyli się chora nizko, niejednokrotnie wylewa się pokarm przez gardło. Przed dwoma laty czuła się naj-

gorzej: mocno spadła z ciała, potem poprawiła się i obecnie wygląda doskonale.

Obecnie chora ma apetyt dobry; czasem ciche odbijania, zgagi nie miewa. Chora nie czuje, aby pokarm zatrzymywał się gdziekolwiek ponad żołądkiem, ale gdy nieco więcej zje, zwłaszcza stałych pokarmów, dostaje uczucia ciężkości w różnych miejscach przełyku, a zwłaszcza kłucia jakby igłą w 3 ej lewej przestrzeni międzyżebrowej, pod 3-iem żebrem tuż obok lewej strony mostka; aby sprowadzić sobie ulgę, chora po jedzeniu wypija duszkiem 1—2 szklanki wody; wtedy czuje, że pokarm „spuszcza się“ niżej; czasem chora pomaga sobie też w ten sposób, że nabiera powietrza w płuca, wstrzymuje oddech, ściska zęby, z widocznym wysiłkiem kurczy mięśnie gardła i klatki piersiowej; wtedy pokarm przechodzi do żołądka, przyczem słychać burczenie w lewem podżebrzu. Chora kilkakrotnie demonstrowała mi ten sposób. Sądzi ona, że w tem miejscu, gdzie uczuwa kłucie, jest zwężenie, i że pokarm zatrzymuje się w górnej części przełyku, a po napiciu się wody opuszcza się niżej. Jeżeliby zapomocą picia wody, lub wspomnianej „gimnastyki“ nie pomogła sobie, to powstaje stan bardzo przykry, w którym chora ma jakby nudności, choć nie wymiotuje, czuje silne ziębienie rąk i nóg i utrudnienie w mówieniu; przytem mocno nasila się uczucie ciężkości w różnych miejscach przełyku, oraz kłucie w 3-ej lewej przestrzeni międzyżebrowej. Prócz tego zwykle chora czuje stały lekki ból w tyle z lewej strony grzbietu, w dolnej części klatki piersiowej, oraz czasem lekkie bole w lewem podżebrzu. Przed 10 ma dniami chorej wycięto migdałki z powodu tak silnego przerostu ich, że wprowadzenie sondy byłoby bardzo utrudnione.

Chora średniego wzrostu dobrej budowy i dobrego odżywienia, z dostateczną ilością podściółki tłuszczowej; głos wyraźny, dość dźwięczny, cera zdrowa, rumiana. Wyraźne zgęszczenie prawego wierzchołka płuc [tępość z przodu i z tyłu, oddech oskrzelowy]; pozatem nie znaleziono nic szczególniejszego.

Pierwsze badanie wykonałem we dwie godziny po zjedzeniu przez chorą śniadania, składającego się ze szklanki mleka i dwu kajzerek. Przy wprowadzaniu sondy żołądkowej już na głębokości 24—26 ctm. od brzegu zębów chora zaczyna wymiotować przez sondę i obok niej gęstawą śluzową, ciągnącą się zawartość pokarmową ze sporą liczbą kawałków źle pożutej niestrawionej bułki. Po wydobyciu reszty zawartości zapomocą aspiratora, wszystkiego razem otrzymałem z górą dwie szklanki, a więc ilość prawie odpowiadającą objętości przyjętego przez chorą pokarmu. Odczyn lekko kwaśny od kwasu mlecznego; pod mikroskopem widoczne są w niewielkiej liczbie laseczniki długie, nieliczne krwinki, trochę nabłonków płaskich i kropli tłuszczu. Przepłukałem przełyk i wypłukałem dużo kawałków bułki oraz gęstego ciągnącego się śluzu. Po przepłukaniu i opróżnieniu przełyku okazuje się, że sonda zatrzymuje się w odległości 48-u ctm. od brzegu zębów. Pierwszego dnia nie udało się wprowadzić sondy do żołądka.

Następnego dnia na czczo wydobyłem 280 ctm. sz. zawartości pokar-

mowej i prócz tego wypłukałem sporo kawałków rozmokłej, źle pożutej skórki z bułki, które chora jadła dnia poprzedniego wieczorem; kawałków mięsa, które chora jadła na obiad, nie było. Pod mikroskopem: krochmal, krople tłuszczu, laseczniki długie, nabłonki płaskie, śluz. Odczyn kwaśny od kwasu mlecznego. Po przepłukaniu i dokładnem opróżnieniu przełyku okazuje się, że podobnie jak i dnia poprzedniego sonda żołądkowa zatrzymuje się w odległości 47—48 ctm. od brzegu zębów; przy użyciu lekkiego nacisku przeszkoda nagle znikła i sonda dostała się do żołądka, z którego wydobyłem kwaśną zawartość z wolnym kwasem solnym. Sondy cienkie, mało elastyczne i twarde grube przy sondowaniu zatrzymują się przez chwilkę na głębokości 46—47 ctm., t. j. nad wpustem i po użyciu niewielkiego nacisku dostają się do żołądka.

Po wypiciu przez chorą 1—2 szklanek wody całą tę ilość wydobyć można z nad wpustu, nie zmieniając położenia sondy.

Dalsza obserwacya chorej dodała nieco nowych szczegółów. Charakterystyczną cechę u chorej stanowiło to, że wydobywałem jedynie ostatnio zjedzone potrawy, przyjęte dawniej; mogło to być spowodowane ściśle prostopadłem położeniem przełyku, a zwłaszcza lejkowatem jego zakończeniem nad wpustem, dzięki czemu cząstki pokarmowe, jako cięższe, zalegały w zbitej masie zawsze tylko nad wpustem. Pogląd ten potwierdził i fakt następujący: w płynie zastojowym, wydobytym z przełyku przez aspiracyę było niewiele cząstek pokarmowych, natomiast podczas przepłukiwania wypłukiwały się one w bardzo dużej ilości. Popijanie wody przez chorą po jedzeniu wpływało na podwyższenie słupa płynu nad wpustem, a więc i na wzmożenie ciśnienia hydrostatycznego na okolicę, leżącą bezpośrednio nad wpustem i zapchaną cząstkami stałych pokarmów, dzięki czemu otwieranie się jego i przepuszczanie pokarmów było ułatwione.

Drugą cechę charakterystyczną u opisanej chorej stanowiło to, że objawy *oesophagitidis catarrhalis* były wyrażone w dość słabym stopniu, t. j. nabłonków płaskich nawet w śluzie było niewiele.

Następnych dni na czczo wydobywałem zawsze szklankę lub nieco więcej zawartości zastałej; po przepłukaniu i opróżnieniu przełyku za każdym prawie razem udawało mi się z łatwością przedostać sondą do żołądka. Zato w znacznym stopniu nasilił się, pomimo przyzwyczajenia się chorej do sondy, skurcz mięśni zaciskających gardło.

Pod wpływem przepłukiwań w ciągu kilku dni chora poczuła się o tyle lepiej, że nie czuła już potrzeby, przy zastosowaniu pewnego umiarkowania w przyjmowaniu pokarmów, popijania po jedzeniu wody, lub popijała bardzo niewiele, oraz nieczuła już prawie żadnych dolegliwości z lewej strony mostka.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

78. Dr Scheffer. Arteryoskleroza. Nowa teorya patogenezy. Leczenie zapomocą krzemianu sodu.

Patogeneza jednego z najbardziej rozpowszechnionych cierpień, jakiem jest niezawodnie stwardnienie naczyń, nie została dotychczas rozstrzygnięta.

Najwięcej zwolenników, z Huchard'em na czele, ma teorya, która w powiększeniu się ciśnienia tętniczego widzi bezpośrednią przyczynę zmian miażdżycowych, co jednak w całym szeregu badań klinicznych zupełnie nie daje się stwierdzić.

Teorya, według której hipersekrecya nadnerczy, wywołując wzmożone ciśnienie, tem samem sprowadza zmiany arteryosklerotyczne, jak to spostrzegamy w doświadczeniach nad zwierzętami przez zastrzykiwanie dożylne adrenaliny, może mieć racyę bytu dla pewnego szeregu przypadków, ale nie daje się uogólnić.

Najprawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że zmiany arteryosklerotyczne są wynikiem działania na ściany tętnicze rozmaitych jadów i toksyn, krążących w ustroju; mogą one jednocześnie działać jako wazokonstryktory [adrenalina, ołów, tytoń, toksyny pokarmowe], wywołując hipertensyę, lub jako wazodilatatory [toksyna tyfusowa, gruźlicza], sprowadzają hipotensyę.

Należy jednak pozatem działaniem przypuszczać istnienie pewnej skłonności w ustroju, która, według autora, zależy od swoistego zaburzenia mineralizacyi, a mianowicie od niedostatecznej zawartości w tkankach krzemu. Znaczenie fizyologiczne krzemianów w organizmie jest przedmiotem badań nowszych.

Analizy mineralne wykazują, że tkanka mięsna zawiera stosunkowo więcej krzemu, a mniej wapnia, gdy tkanka włóknista odwrotnie; nadto w tkance mięsnej zwierząt; wykonywających wogóle większą pracę znajdujemy odpowiednio i większą ilość krzemu, np. u mężczyzny więcej niż u kobiety, u byka więcej niż u wołu, u wołu więcej niż u krowy. Stąd wolno wnioskować, iż krzem ułatwia rozkład węglanów, powstających przy redukcyi materyi organicznej w ustroju, dostarczając część kwasu węglowego, wydychanego przez płuca; pod tym względem znajdujemy analogię ze światem mineralnym, gdyż, jak wiadomo, na łonie natury od dawna kwas krzemowy uchodzi za wielkiego niszczyciela węglanów.

A więc brak krzemu czyli „anemia krzemowa", jeśli się tak wyrazić wolno, uzewnętrzniać się będzie przez niedostateczną redukcyę białka ustrojowego, skąd swoiste zboczenie w odżywianiu komórki i wytwarzanie normalnych toksyn, działających na ściany naczyń w sposób swoisty, z drugiej strony wskutek upośledzonego rozkładania węglanów potęgować się będzie skupienie się węglanów wapnia w organizmie, a więc wytwarzać się będą sprawy arteryosklerotyczne. Poza tem brak krzemu zmniejsza żywotność tkanek, gdyż jak wykazują odnośne badania, krzem posiada własności ożywcze dla komórki organicznej.

Wychodząc z powyższych rozumowań, autor rozpoczął próby terapeutyczne z krzemianami i stosując je u 150-u chorych, dotkniętych arteryosklerozą rozmaitych narządów, doszedł do wniosków następujących:

1) Krzem jest bezwzględnie nieszkodliwy o ile podawany będzie we właściwem rozcieńczeniu, przyczem dobrze jest od czasu do czasu przerwać go na 10 dni;

2) dla otrzymania pomyślnych wyników należy go stosować przynajmniej 15—30 dni;

3) funkcye trawienia, tak często ulegające zaburzeniom u arteryosklerotyków, w ogromnej większości przypadków szybko się poprawiają, z wyjątkiem zaparcia;

4) na wielką uwagę zasługuje fakt, że u osób leczonych krzemem daje się zawsze zauważyć spadek ciśnienia tętniczego, jeśli była hipertensya, co zazwyczaj następuje po 15-u—30-u dniach kuracyi. Ciśnienie staje się normalnem, a nawet niższem od normalnego póki trwa zażywanie krzemu;

5) objawy, zależące od stwardnienia tętnic mózgowych, jak np. zawroty i bole głowy, najszybciej ulegają poprawie nawet w tych przypadkach, gdzie niema hipertensyi;

6) w przypadkach białkomoczu, białko albo znika, albo wybitnie się zmniejsza;

7) skuteczność leczenia krzemem jest wyraźna w napadach dusznicy bolesnej i duszności z przemogi, ale tu poprawa następuje po dłuższym okresie leczenia, co zniewala do stosowania tymczasowego środków zwykłych;

8) stan ogólny ulega dużej poprawie: samopoczucie chorych jest lepsze, siły się wzmagają;

9) w przypadkach rozpaczliwych nie można oczekiwać pomyślnego skutku.

Autor stosuje krzemian sodu, który w handlu się znajduje jako płyn o wyglądzie syropu (*Natrium silicilicum*), mieszający się z wodą we wszelkich stosunkach, a że smak ma nieprzyjemny, zapisuje go autor w dużem rozcieńczeniu i używa się go w mleku, wodzie lub winie. Doza dla dorosłych waha się od 1,5—3,0 na dzień.

Natri silicilici 30,0, *Aq. destill.* 300,0 *D. S.* 2—6 razy na dzień po łyżeczce od kawy [dawka wynosi 0,5] w $^1/_2$ szklance jakiegokolwiek płynu podczas jedzenia.

Po 30—60-dniowej kuracyi dobrze jest przerwać ją na 15 dni. Oczywiście zwykły tryb życia, przepisywany tego rodzaju chorym, jest pomocnym przy omawianej terapii, jak również inne przepisy hygieny ogólnej [nacierania, ćwiczenia, hydroterapia].

(*Archives Générales de Médicine, 1908, Nr 6*). *A. Lande.*

79. Pfannenstill. O wczesnym rozpoznaniu raka żołądka.

W rozwoju raka żołądka można odróżniać dwa stadya: pierwsze, gdy nowotwór znajduje się jeszcze w stanie utajonym, drugie—gdy daje już objawy przedmiotowe, łatwe do rozpoznania. Między temi dwoma stadyami istnieje jednak stadyum pośrednie, kiedy chory odczuwa mniej lub więcej określone zaburzenia w trawieniu. Usiłowania nasze winny być skierowane ku rozpoznaniu tego stadyum pośredniego i Pfannenstill uważa to za rzecz możliwą.

Wiadomo, że obecność albo brak kwasu solnego nie jest objawem swoistym rozpoznania raka żołądka; istnieją bowiem nowotwory odźwiernika ze znaczną nadkwaśnością, gdy z drugiej strony przewlekłe niekwaśne nieżyty śluzowe żołądka mogą powoli przekształcić się w raka.

Najwięcej danych rozpoznawczych mógłby dostarczyć stan sprawności ruchowej żołądka; należy przypuścić ze wszelkiem prawdopodobieństwem, że rak umiejscowiony w odźwierniku, czy też na jednej ze ścian żołądka, opóźnia

wydalanie treści żołądkowej i że w kilka godzin po próbnem śniadaniu znajdują się jeszcze resztki pokarmowe w mniej lub więcej znacznej ilości. Jednak jeżeli w kilka godzin po próbnem śniadaniu znajdziemy obfitą [200 ctm. sz.] zawartość żołądkową, to przy braku widocznych resztek pokarmowych może powstać wątpliwość, czy obfitą ilość zawartości należy przypisać niesprawności ruchowej, czy też nadmiernej wydzielinie soku żołądkowego.

Prawidłowy żołądek, według Pfannenstill'a, nie zawiera na czczo nawet mikroskopowych śladów pokarmów. Inaczej bywa przy rakach żołądka. Mianowicie, gołem okiem zastoinę spostrzega się przy rakach odźwiernika lub też przy innych, jeżeli są one dosyć posunięte; zastoinę zaś mikroskopową można spotkać nawet w tych przypadkach, kiedy odźwiernik nie jest zajęty i w tym okresie, kiedy jeszcze niema zastoiny widocznej dla gołego oka. Należy zapamiętać, że zastoina mikroskopowa nie może jeszcze służyć za wskazanie do operacyi, gdy tymczasem w razie zastoiny już dla gołego oka widocznej operacya jest bezwarunkowo wskazaną. Jeżeli jednak za pomocą odpowiedniego leczenia nie udaje się usunąć zastoiny mikroskopowej, to należałoby wykonać laparotomię w celu rozpoznawczym.

Obecność kwasu mlecznego pomaga oczywiście do rozpoznania wczesnego raka żołądka. Wiadomo bowiem, że kwas ten powstaje przy niedowładzie żołądka wobec braku kwasu solnego.

Objawy, wywołane przez rozpad raka, posiadają wielką wartość, ale zjawiają się późno. Obecność zaś krwi ma większe znaczenie, i dla stwierdzenia ukrytego krwawienia istnieją czułe odczynniki: nalewka z żywicy gwajakowej, aloinowej i inne.

Salomon znów utrzymuje, że wrzodziejąca powierzchnia raka wydziela ciecz surowiczą, zawierającą białko; jednak wobec braku białka nie należy wykluczać raka, nieobecność bowiem białka wskazuje tylko na brak owrzodzeń.

Zwrócono też uwagę na obecność ropy, która towarzyszy postaciom raka bardziej rozwiniętym. Należy jednak zaznaczyć, że zawartość każdego żołądka zawiera komórki ropne, które mogą pochodzić z dróg oddechowych, albo też z błony śluzowej żołądka przy nieżycie. W pierwszym wypadku komórkom ropnym towarzyszą nabłonki płaskie, w drugim—osad, otrzymany zapomocą wirowania, jest kłaczkowaty, zawiera więcej śluzu i mniej jest gęsty, aniżeli przy raku żołądka.

W końca za ważny objaw raka żołądka należy uważać postępujące chudnienie chorych, niezależnie od obfitego pokarmu.

(*Hygiea. Semaine Méd. 1908*). *Dr Roguski.*

80. Richter. Asymetrya gruczołów mlecznych u kobiet ciężarnych.

Objętość gruczołów mlecznych u znacznej liczby kobiet gruźliczych bywa nierówna. Mniejszy gruczoł piersiowy znajduje się zwykle po tej stronie, gdzie są obecne objawy gruźlicze lub gdzie są one więcej rozległe. Gdy u 200 u kobiet niegruźliczych asymetrya gruczołów mlecznych była spostrzegana tylko w 2%—3%, u kobiet gruźliczych spotykano ją w 18% przypadków.

(*Aertzl. Vierteljahrs.-Rundschau. 1908*). *B. D.*

Przegląd bibliograficzny.

W sprawie leczenia ludności niezamożnej. Napisał Al. Zaleski. Płock 1908, str. 38 w $^1/_{16}$.

Autor zajmuje się głównie przedstawieniem stanu, w jakim znajduje się obecnie t. zw. „Organizacya pomocy lekarskiej w gub. Płockiej", wprowadzona przed 10 u laty, jakoby tytułem próby, i przedstawia o ile urządzenie to okazało się pożytecznem i odpowiadającem swemu założeniu. Lat 10 praktyki wystarcza oczywiście zupełnie, aby wszelkie dobre i ujemne strony każdej instytucyi mogły się wykazać i aby działalność jej wyszła z okresu prób. Jak wykazuje obraz, naszkicowany przez kol. A. Z., działalność ta była „ciężką próbą" dla idei pomocy lekarskiej!

Autor po przedstawieniu podstaw materyalnych projektu, przechodzi z kolei stan i funkcye składowych organów instytucyi, a więc—lecznice, ambulatorya, pomoc w domach, pomoc akuszeryjną, szczepienie ospy. Przegląd ten dyktuje autorowi następujące słowa: „Pomoc szpitalna przez założenie lecznic nic się nie poprawia, leczenie chorych przychodzących mało po większej części warte, pomoc dla chorych w ich mieszkaniach czysto iluzoryczna, pomoc akuszeryjna żadna prawie, szczepienie ospy w takim stanie, jak i przedtem, zapobieganie chorobom nagminnym żadne, stan sanitarny w położeniu opłakanem, a lekarze organizacyi, wynagradzani niedostatecznie, zarabiają na życie praktyką prywatną, uważając pensyę jako dodatek, za który pracować muszą bez przekonania o jakimkolwiek pożytku dla chorych" [str. 32]. Cenny ten obraz nie może być niespodzianką dla tych, którym znane były zasady i podstawy projektu. Piszący te słowa ocenił projekt organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Płockiej teoretycznie przed 11-u laty, zanim jeszcze projekt ten wszedł w życie, i doszedł do wniosku, iż jest on „ustrojem poronionym, nie mającym ani dość zasobów życiowych ani dosyć organów do spełniania wyznaczonych mu funkcyi [1]). Praktyka życiowa wykazała trafność tego przewidywania co do wszystkich punktów. Kolega A. Z. nie znał tej pracy, bo możeby był w swej ocenie poruszył jeszcze i pewne pytania znaczenia ogólniejszego, których wtedy dotknąłem, a chociażby kwestyę, jaki stopień zaufania zdołała sobie zyskać omawiana instytucya?

W miarę czytania broszurki kol. Z. wrażenie ze stanu „Organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Płockiej" staje się coraz cięższem i przykrzejszem. Sile przytoczonych smutnych faktów ulega i sam autor, bo gdy na początku [str. 8 i 25] może mówić jeszcze o potrzebie reformy instytucyi, w końcu rezygnuje z prób polepszenia jej i nawołuje do jej zniesienia i szukania innych dróg dla organizacyi pomocy lekarskiej w kraju.

Na tę konkluzyę godzimy się, oczywiście, z autorem całkowicie, dziękując za poruszenie tej sprawy.

O. Hewelke.

---

[1]) Dr O. Hewelke. Kilka uwag w kwestyi projektu urządzenia pomocy lekarskiej w gubernii Płockiej. Kron. Lek. 1897, str. 1056.

XV Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

10-go i 11-go lipca 1908 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

19. A. Rosner [Kraków]. O skombinowanem znieczulaniu skopalaminą i tropakokainą.

Po obszernem omówieniu krytycznem używanych obecnie metod znieczulania zapomocą skopolaminy z morfiną z dodaniem lub bez chloroformu, czy też znieczulania rdzeniowego tropakokainą, opisuje R. stosowany przez siebie sposób. Znieczulenie rdzeniowe, którego używa bardzo często, ma tą wadę, że chory podczas niego zachowuje zupełną świadomość. W celu usunięcia jej łączy R. działanie znieczulające tropakokainy z działaniem usypiającem skopolaminy [bez dodatku morfiny, którą tu uważa za niepotrzebną, a nawet szkodliwą]. Postępuje w ten sposób, iż na 3 godziny przed operacyą wstrzykuje podskórnie 0,00045 *Scopolamin. hydrobr.*, w dwie godziny później dodaje jeszcze 0,0003 skopolaminy, wreszcie przed samą operacyą robi wstrzyknięcia rdzeniowe tropakokainy] przeciętnie 0,08]. Tak postępował w 63-ch przypadkach z wynikiem bardzo dobrym, bez żadnych powikłań następowych. Dodatni wpływ skopalaminy zależy od jej działania, oprócz usypiającego, jednocześnie pobudzającego czynność serca i ośrodek oddechowy.

20. L. Kryński [Warszawa]. Usypianie chloroformem ogrzanym.

Pomimo postępów w zakresie znieczulania miejscowego i metody rdzeniowej usypianie ogólne ma i mieć będzie długo znaczenie pierwszorzędne w chirurgii; dlatego pożądane są wszelkie dążenia do jego udoskonalenia. Od pół roku przeszło używa K. do usypiania chloroformu ogrzanego do 38° C.; dodatnia strona jego wyraża się w tem, że działanie jest szybsze, chloroformu zużywa się o wiele mniej i objawy późniejsze [ból głowy, wymioty] występują rzadziej i słabiej. Do manipulowania służy przyrząd, zbudowany na zasadzie termoforów, w postaci walca gumowego o podwójnej ścianie, w który wstawia się buteleczkę z chloroformem; w przyrządzie tym ciepłota chloroformu utrzymuje się przez parę godzin. Korzystny wpływ ogrzania chloroformu tłómaczyć sobie należy w ten sposób, że pary chloroformu ciepłe, wchodząc do pęcherzyków płucnych, mieszają się od razu z wypełniającem je powietrzem i działać mogą na całą powierzchnię ich ściany, dzięki czemu szybko ulegają wessaniu do krwi i szybko dostają się do mózgu; przeciwnie, pary chloroformu o ciepłocie zwykłej, wchodząc do płuc, jako cięższe od powietrza osiadają na dno i dopiero w miarę ogrzewania się mieszają się z powietrzem, wypełniają cały pęcherzyk płucny i ulegają wessaniu; rzecz prosta, że w ten sposób efekt działania chloroformu następuje później i więcej trzeba go zużyć, przez co i owe przykre następstwa są silniejsze.

W dyskusyi przemawiali: Kader [Kraków], Zaremba [Husiatyn], Dehnel [Będzin], L. Rydygier [Lwów], Rosner [Kraków], Barącz [Lwów], Kryński [Warszawa].

21. L. Rydygier [Lwów]. Przyczynek do chirurgii moczowodów.

W wykładzie swym streszcza R. stan obecny chirurgii moczowodów, omawiając wyczerpująco wskazania operacyjne i stosowane tu zabiegi chirurgiczne; zastanawia się dłużej nad kwestyą cewnikowania moczowodów i przytacza ciekawą kazuistykę spostrzeganych przez siebie przypadków.

Dyskusya: Rosner [Kraków], Leśniowski, Czarkowski [Warszawa], Kader, Rapaport [Kraków].

22. M. Jedlička [Lwów]. O torbielach kostnych.

Omówiwszy stronę anatomiczno-patologiczną tego cierpienia, opisuje J. przypadek wielokomorowej torbieli kości piszczelowej z kliniki chirurgicznej lwowskiej, w którym po opróżnieniu jam kostnych i dokładnem wyskrobaniu ich łyżeczką, wypełniono je plombą Mosetig'a; wynik dobry. Na przedstawionych rentgenogramach widać wyraźnie zmiany w kości.

23. J. Czarkowski [Warszawa] przedstawia preparat, uzyskany przy operacyi chorej 40-letniej, która zgłosiła się z powodu żółtaczki i guza w brzuchu. Przy laparotomii znaleziono guz wielkości głowy noworodka, wypełniony płynem, mieszczący się w prawem podżebrzu, przykryty częściowo wątrobą i pęcherzykiem żółciowym; guz ten uciskał na przewód żółciowy wspólny i pęcherzykowy. Guz Cz. wyłuszczył, co połączone było z obfitem krwawieniem miąższowem; przebieg pooperacyjny pomyślny. Badanie guza wykazało, że zawartość jego stanowiła żółć, ściana zaś miała budowę pęcherzyka żółciowego. Prelegent przeto przypuszcza, iż ten dodatkowy pęcherzyk powstał jako uchyłek przewodu żółciowego wspólnego.

Dyskusya: Kader [Kraków].

24. R. Barącz [Lwów]. Przyczynek do leczenia chirurgicznego rwy kulszowej.

Po krytycznem omówieniu stosowanych metod leczenia *ischias*, opisuje B. swoją metodę operacyjną, którą podał w roku 1902. Sposób ten opiera się na spostrzeżeniach, że w przypadkach nerwobolu, nerw kulszowy otoczony jest licznymi, nienormalnymi zrostami na przedniej powierzchni kości krzyżowej. Poleca więc B. uwolnienie go (*neurolysis*) od tych zrostów w ten sposób, że po odpreparowaniu nerwu w miejscu jego wyjścia przez otwór kulszowy wielki, wprowadza się wzdłuż niego palec na przednią powierzchnię kości krzyżowej i rozrywa się otaczające go zrosty aż do wyjścia pni jego z otworów krzyżowych. Drogą tą otrzymał B. bardzo dobry wynik w kilku przypadkach. Również pomyślne wyniki ogłosił w 6-u przypadkach Węgłowski z kliniki Diakonowa w Moskwie.

Dyskusya: Czarkowski [Warszawa] miał wyleczenie w jednym przypadku po kilkakrotnem wstrzyknięciu płynu Schleich'a w najbliższe otoczenie nerwu.

25. A. Kasprzyk [Kraków]. O leczeniu operacyjnem zwichnięcia wrodzonego w stawie biodrowym.

K. przedstawia chorą 12-letnią z kliniki krakowskiej, dotkniętą zwichnięciem wrodzonem stawu biodrowego, u której po 4-tygodniowym bardzo mocnym wyciągu, co dało zmniejszenie skrócenia z 9-u ctm. na 5, wykonano krwawe odprowadzenie zwichniętej główki kości udowej. Znaleziono przytem bardzo zmienioną torebkę stawową, zgrubiałe *lig. teres* i płytką panewkę stawową. Po odpowiedniem pogłębieniu panewki, wprowadzano do niej główkę i ustawiono ją możliwie pośrodkowo, przez co cała kończyna uległa mocnemu skręceniu ku wewnątrz—a to w celu zabezpieczenia przeciw możliwości ponownego zwichnięcia—i w tem ułożeniu kończynę wraz z całą mie-

dnicą ustalono. Po paru miesiącach, gdy główka już ustali się zupełnie w panewce, ma prof. Kader zamiar wykonać przecięcie kości udowej (*osteotomia subtrochanterica*), aby nadać kończynie odpowiednie prawidłowe ustawienie. K. dowodzi, iż do krwawego odprowadzania nadają się, wbrew zdaniu Hoffa'y, i przypadki starsze ponad lat 10, jak przekonywa obecny przypadek. *K.*

[D. n.].

ZAGADNIENIA TERMINOLOGICZNE.

1) *Ucho średnie*, czy *ucho środkowe*?

Jak oddać po polsku *auris media*? Przez „ucho średnie," czy „ucho środkowe?"

Zdaje się, że Słownik Lekarski Polski skłania się do drugiego znaczenia, bo na str. 348 dla „*otitis media*" daje tłómaczenie: „zapalenie ucha środkowego". Gazeta jednak w artykule, umieszczonym w N-rze 34-m, pozostawiła pierwotny tytuł autora bez zmiany, mianowicie „mięsak ucha średniego", kierując się w tym razie następującymi wskazówkami:

Miano „średni" ma znaczeń kilka. Na pierwszem jednak miejscu postawić trzeba znaczenie, równe temu, co „pośrzedni między drugiemi", „nie sam jeden", „wśrzód drugich się znajdujący", podane w Słowniku Lindego [wyd. II r. 1859. Tom V, str. 420].

Auris media jest właśnie użyte w tem znaczeniu, t. j. oznacza to ucho, które mieści się między *auris externa* a *auris interna*, co oddać można po polsku jedynie przez „ucho pośrednie", w skróc. „średnie" [między „uchem zewnętrznem" a „wewnętrznem"]. Inaczej bowiem, gdyby chciano uwydatnić bezwzględnie położenie środkowe ucha tego, bez jego stosunku do ucha wewnętrznego i zewnętrznego, toby je nazwano: „*auris centralis*", a wtedy oddaćby je trzeba było po polsku przez: „ucho środkowe." Że miano „środkowy" odpowiada łacińskiemu „*centralis*"—na to mamy dowody choćby w następujących zdaniach, przytoczonych również w Słowniku Lindego [tom V, str. 422]: „Siła ciężkości jest oraz siłą śrzodkową, *vis centralis*" [Sniad. Jeogr. 24]. „Jeżeli kierunek przechodzi przez śrzodek ciężkości ciała uderzającego lub uderzonego, na ten czas uderzenie jest śrzodkowe, *collisio centralis*"—[Hub. Mech. 10]. „W kulę niemożna uderzyć inaczej, jak środkowo, *centraliter*" [Hub. Mech. str. 162].

I po francusku miano „*auris media*" oddane jest nie przez „oreille centrale", ale przez „oreille moyenne", jako leżące między „oreille externe" a „oreille interne".

Aczkolwiek miano „średni" służy też do oznaczenia pojęcia mierności [pod względem wysokości, gatunku i t. d.]—choć i tu domyślać się zawsze trzeba porównania ze stanem wyższym lub niższym, lepszym lub gorszym,—to jednak głównem jego znaczeniem pozostaje to, jakie mu na pierwszem miejscu wystawił Słownik Lindego, a potwierdził następnie Słownik Języka Polskiego, tak zw. „Wileński" [wyd. Maurycego Orgelbranda r. 1861. Część II, str. 1675], w którym mianu „średni" dano nawet na pierwszem miejscu wprost znaczenie: „środkowy", a następnie „pośredni między drugiemi" i t. d., jak u Lindego, czyli, że w tym słowniku miano „średni" poczytane jest za jednoznaczące z mianem „środkowy".

Nadmienić tu wreszcie trzeba, że w r. 1903 tę samą sprawę „ucha średniego" i „środkowego" poruszono już w „Notatkach językowych" Krytyki Lekarskiej [Nr 11 str. 260] i rozstrzygnięto na korzyść miana pierwszego.

Zwejgbaum.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 2-go b. m. odbyło się w Heidelbergu uroczyste pożegnanie prof. Jurasza, urządzone przez szereg uczniów znakomitego laryngologa i Towarzystwo Laryngologiczne południowo-niemieckie. *Zeitschrift f. Laryngologie* [Nr. 3] pisze, że przejście prof. Jurasza do Lwowa stanowi dotkliwą stratę dla rozwoju nauki w Niemczech.

— Czasopismo „*Tuberkulosis*" podaje szczegóły zapisu dla chorych na gruźlicę płuc, którzy opuścili sanatoryum. Wychodząc z założenia, że tacy chorzy potrzebują wzmocnionego odżywiania, pani Rath ofiarowała na ten cel pół miliona marek. Pierwszeństwo do korzystania z zapisu mają niezamożni chorzy, którzy opuścili sanatoryum, jako wyleczeni, i którzy nie mają środków na dostateczne odżywianie się. Drugie miejsce zajmują chorzy z gruźlicą, znacznie posuniętą. Tacy chorzy mogą otrzymywać pożywienie za darmo o tyle tylko, o ile będzie sprawdzone, że mieszkają w warunkach hygienicznych i że w mieszkaniu zastosowano wszelkie środki, by przeciwdziałać rozszerzaniu gruźlicy przez chorego. Zapisem zarządza odpowiedni komitet, w skład którego wchodzi pani Rath. Główny kierunek nad instytucyą objął prof. Kayserling. Przyrządzanie jedzenia odbywa się pod bezpośrednim zarządem pani Rath. Następnie jedzenie bywa rozsyłane automobilem do mieszkań chorych lub do pewnych punktów, skąd chorzy lub ich rodziny zabierają pokarmy do domu. Kwalifikują chorych lekarze, a stan zamożności ich sprawdzają należące do komitetu panie. By odrazu rozpocząć akcyę na szerszą skalę, postanowiono w pierwszych latach wydawać na ten cel po 40 tys. marek rocznie, pokrywając niedobory z kapitału. 100 tys. marek uważane jest za kapitał żelazny. Komitet ma nadzieję pociągnąć innych do ofiarności. W ciągu pierwszego półrocza z zapisu korzystało 600 rodzin, przyczem każda rodzina była najmniej przez 6 tygodni żywiona.

— W klinice chirurgicznej uniwersytetu Lwowskiego wakuje posada ekewa rządowego z remuneracyą 600 koron. Dyplom jednego z uniwersytetów państwa Austryackiego nie jest konieczny. Nadarza się okazya do wydoskonalenia się w chirurgii pod kierunkiem prof. Rydygiera.

— Na członków Komitetu międzynarodowego Towarzystwa do walki z rakiem wybrani zostali: prof. Hohenegg [Wiedeń], prof. Golgi [Padwa], prof. Podwysocki [Petersburg]. Stałym prezesem honorowym jest prof. E. v. Leyden, prezesem prof. Czerny [Heidelberg], wice-prezesami: prof. Pierre Marie [Paryż] i prof. Fibiger [Kopenhaga].

— Zjazd balneologiczny, wyznaczony na 25—26 września w Zakopanem, odracza się do roku przyszłego z powodu małej liczby zgłoszeń.

— Między 21-ym a 26-tym września r. b. odbędzie się międzynarodowy Kongres chirurgów w Brukseli.

NEKROLOGIA.

Ś. P.

Prof. dr Jan Bogumił Ejselt.

22-go sierpnia r. b. zmarł w Pradze Czeskiej członek honorowy Towarz. Lek. Warsz. Jan Bogumił Ejselt w sędziwym wieku, bo prawie jako osiemdziesięcioletni starzec. Długi i pracowity swój żywot spędził całkowicie oddany na usługi nauki i pracy społecznej swojej ojczyznie i miastu rodzinnemu Pradze. — Ejselt w 1831-ym r. urodził się jako syn znanego lekarza, a pracował jako lekarz uczony i społecznik bez wytchnienia niemal do samej śmierci, zyskawszy u społeczeństwa swego niezwykle wybitne stanowisko i wiekopomną sławę. Nazwisko Ejselta jako uczonego lekarza, dyrektora kliniki wewnętrznej, autora bardzo licznych prac z dziedziny medycyny wewnętrznej, ogłoszonych przeważnie w swoim rodowitym języku, bardzo mało jest znane u nas, i nic dziwnego. My, szczególniej w Królestwie, będąc w ciągu przeszło pół wieku ubiegłego pod przeważnym wpływem szkoły niemieckiej, co z żalem wyznać należy, mało interesowaliśmy się rozwojem nauki lekarskiej u naszych współbratymców, u których jednakże ta gałąź wiedzy, z chwilą, gdy Czesi uzyskali swoją narodową wszechnicę, zaczęła się szeroko rozwijać, wydając prace niepośledniej ogólnonaukowej wartości. Zawdzięczając to nauce, wytrwałości a przedewszystkiem szczególnemu umiłowaniu tego co swojskie, przez ludzi stojących u steru ich *almae matris*, którzy nie przestawali jednocześnie być wybitnymi społecznikami swojego kraju. Nie tu miejsce wyliczać tych wielkich mężów historycznych czeskich, do których należeli i tak wybitni lekarze, jak Jan Purkyně. Tutaj tylko zaznaczyć muszę, że do ich szeregu należał także i Bogumił Ejselt. Znaczenie jego i wpływ na rozwój nauki i piśmiennictwa czeskiego był olbrzymi, słusznie też i Czesi nazwali Go budzicielem ducha i pracy narodowej. Sądzę, że zasługi jego najlepiej przedstawię, jeśli przytoczę ustępy z mowy wypowiedzianej na jego pogrzebie pod arkadami cmentarza wyszehradzkiego przez ucznia i następcę jego na klinice wewnętrznej, prof. Thomayer'a.

„Odrodzenie narodu czeskiego i wskrzeszenie życia narodowego przypada na pierwszą połowę ubiegłego stulecia. Życie narodu pogłębiało się stopniowo, a z szerszej niwy narodu zaczynają tryskać nowe źródła i strumyki, które przedstawiają różne przejawy całości życia narodu. W przebudzonym narodzie organizują się wyższe fazy życia, piśmiennictwa, myśli i pracy. Po przebudzicielach świadomości narodowej ukazują się budziciele pracy narodowej. Takim organizatorem, a w końcu

pełnym miłości ojcowskiej opiekunem pracy narodowej w zakresie medycyny był prof. Bogumił Ejselt. Miał on ogólne przymioty pierwszych budzicieli świadomości narodowej, owe to przymioty, które ciągle musi sobie uprzytomniać przedstawiciel narodu małego, który nie chce upadać na duchu. Zakłada więc Časopis Lekařuw Českych i bynajmniej nie przestraszył Go fakt, że z ogółu ludzi, którzy mogliby pisać po czesku prace lekarskie, wystąpiła do pracy istotnej zaledwie drobna ich cząstka. Nia przeraża Go bynajmniej zły stan materyalny tego wydawnictwa, sam łoży i przybiera do pomocy drobnego księgarza patryotę czeskiego. Nie obawia się uciążliwego przepisywania i poprawy prac z zastosowaniem potocznego języka czeskiego do nowych wymagań i poglądów wiedzy. Zakłada Towarzystwo Lekarskie Czeskie i nie przeraża Go bynajmniej to, że zapisało się do Towarzystwa zaledwie 10-u członków. Kiedy jeszcze nierozkute były pęta absolutyzmu centralistyczno-germanistycznego w Austryi, habilituje się on w roku 1861-ym jako docent na uniwersytecie niemieckim w Pradze i zaczyna wykładać po czesku. Wsparty o potężną postać wielkiego uczonego i patryoty Jana Purkyně'go, staje się on pierwszym zawiązkiem w krystalizujących się początkach uniwersytetu czeskiego. Posiada wiarę niezłomną, nadzieję i miłość pierwszych budzicieli świadomości narodowej; ten budziciel narodowej pracy, ma także energię i wytrwałość w dążeniu do celu, a zakłada sobie jak i oni cel wielki, dąży bowiem do wytworzenia narodowej czeskiej wszechnicy. Ten mąż przenikliwy patrzył z politowaniem na ówczesnych przedstawicieli wiedzy oficyalnej niemieckiej na uniwersytecie praskim. Młody docent postanawia drogą faktów dowieść zdolności Czechów do pracy na polu wiedzy lekarskiej, a owocem jego pracy osobistej i zabiegów w tym kierunku było, że jeszcze na trzy lata przed urzędowem otwarciem fakultetu czeskiego wydał pierwszy zeszyt pracy zbiorowej, napisany przez siły narodowe, t. j. szczegółową patologię i terapię, którą wytrwale pod swoim kierunkiem w ciągu lat następnych doprowadził do końca. Inni poprzedzający Go budziciele myśli narodowej: Jungman, Palacky, Safařik, Kollař i inni zakładali sobie również wielkie cele w życiu i urzeczywistniali je, a po nich przyszli budziciele pracy narodowej w różnych kierunkach, jak oto zmarły Ejselt, który nietylko ogłosił całe szeregi prac lekarskich po czesku, lecz zachęcał i pomagał w pisaniu innym. Zawsze śpieszył z radością i opieką aż do ostatniego tchu życia, czego dowodem była ogłoszona bardzo krótko przed śmiercią cenna praca „O rozwoju początków kliniki lekarskiej". Pisma czeskie lekarskie wykazują całkowity olbrzymi spis jego prac lekarskich, które obejmują najróżnorodniejsze działy kliniki wewnętrznej, a wyżej wspomnianej patologii szczegółowej opracował on niemal całkowite działy chorób dróg oddechowych zakaźnych. Praca niepospolitej wartości klinicznej i pedagogicznej. Wiele prac wydawał własnym nakładem, okazując w tym kierunku niezwykłą ofiarność.

Tak się przedstawia w ogólnych zarysach całokształt działalności wielkiego czeskiego lekarza i obywatela.

Cześć pamięci wielkiego lekarza, uczonego i obywatela. Cześć narodowi czeskiemu, że z jego łona powstał tak wybitny mąż.

Dr A. Sokołowski.

Do N-ru bieżącego dołącza się „Sprawozdanie z posiedzeń chirurgicznych" przy Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem.

Z d. 8 ym października r. b. Redakcya i Administracya „Gazety Lekarskiej" przenosi się na ul. Marszałkowską Nr. 113, róg ul. Złotej.

Redaktor i Wydawca, Dr med. **Jan Pruszyński.**

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.