

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Rozprawy. Białko, pepton i ptomainy. Podał dr. Bolesław MARKIEWICZ. — Streszczenia i wyciągi. 131. Wiadomości laryngologiczne. 132. O stanie serca w zapaleniu płuc. 133. O jedności jadu w chorobach. 134. Roznoszenie płonicy przez osoby zdrowe. 135. Badanie nad miesięczkowaniem i dojrzewaniem jajeczek. 138. Istota krztuśca i jego leczenie. — Przegląd bibliograficzny. Hydroterapia napisał dr. Stanisław Smoleński. Oceniał dr. Władysław Ściborowski. — Sprawozdanie z czwartego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. II. — Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. — Ogłoszenia.

## BIAŁKO, PEPTON I PTOMAINY.

Podał dr. Bolesław Markiewicz z Kiszyniewa.

Wiadomo że białko i jego derywaty nie tylko stanowią przeważną składową część naszego organizmu, lecz w skutek nadzwyczajnej ruchliwości swych atomów, główne, bodaj czy nie jedyne, podścielisko życiowych przejawów, zasadzających się na molekularnych zmianach w układzie jego cząsteczki. Dla tego organa wyższych funkcji i największej energii życiowej, utworzone są przeważnie z ciał białkowych: w mięśniach więcej ich się znajduje niż w innych tkankach, a najwięcej w nerwach; w tych ostatnich znowu, w białej substancji o połowę mniej niż w szarej, będącej organem władz umysłowych.

Niewątpliwie zatem, tylko dokładna znajomość fizyko-chemicznych własności ciał białkowych, umożliwi głębsze zajrzenie w ciemnię genezy całej różnorodności spraw życiowych, i da mocną i trwałą na podwalinie dla olbrzymiego gmachu naszej nauki, wspierającego się czasem niestety na zbyt problematycznych hipotezach. Oczywiście, że i terapia bez takiej znajomości niemoże być inną jak tylko empiryczną, gdyż działanie lekarstw zależy całkowicie od ich chemicznego wpływu na rozmaite postaci białka krwi i tkanek.

Dla tych powodów, najdrobniejsze zdobycze w tej dziedzinie wiedzy, najskromniejszy przyczynek do bliższego poznania ciał białkowych, powinny szczególnie żywo interesować racjonalnych lekarzy. W tem przekonaniu podaję jak najściślejsze streszczenie o zmianach jakie ostatnimi czasy zaszły poglądach na białko i niektóre jego przeistoczenia, mające już dziś nie sam tylko teoretyczny interes, ale i bardzo doniosłe praktyczne, osobliwie dla zapobiegawczej medycyny, znaczenie.

Pomimo tak zdumiewająco szybkiego rozwoju chemii, dotychczasowe wiadomości o ciałach białkowych są bardzo skąpe; z powodu tysiącznych, nieprzewyciężonych trudności napotykanych przy analizie białka, nie tylko nieznamy konstrukcji jego cząsteczek, ale nawet empiry-

czna formuła wyprowadzona na zasadzie wyliczenia procentowej zawartości elementów, niepewna i różni się u rozmaitych autorów. HUNT wyrażał ją wzorem  $C_{12} H_{17} N_3 O_4$ ; PAVY  $C_{16} H_{25} N_4 O_5$ ; LIEBERKÜHN  $C_{72} H_{112} N_{18} SO_{22}$ ; wielu podaje jeszcze znacznie większą cząsteczkową wagę a mianowicie,  $C_{204} H_{322} N_{52} S_2 O_{66}$ .

Możemy domyslać się, że atomy tyle skomplikowanej cząsteczki muszą być tak luźnie z sobą połączone, iż z łatwością pod wpływem nawet najslabszych chemicznych lub fizycznych czynników, mogą inaczej się grupować, przy czem cząsteczka może zatracić zupełnie swoje pierwotne cechy bez zmiany swego składu. Nikt niewątpi że rozmaite rodzaje białka, z nazw których możnaby ułożyć długą listę, niewiele albo wcale nawet się nieróżnią w liczbie składowych elementów i dla tego z łatwością jedne w drugie przechodzą; takie przemiany nie są wyłączną własnością organicznej przeróbki, gdyż mogą być spostrzegane w kolbie: tak np. białko, wytrawione słabym roztworem KHO S. Na HO z małą ilością fosforanu alkali, przechodzi w sernik; włóknik i sernik, pod wpływem 0,5% roztworu kw. solnego, zamienia się w białko.

HUNT dowodził, że wszystkie te ciała pochodzą ze związku cukru (właściwie dextryny) z ammoniakem przy wydzieleniu z nich wody:

$2C_6 H_{10} O_5 + 3NH_3 - 6H_2O = C_{12} H_{17} N_3 O_4$  (białko). Hypoteza ta poczęści już została stwierdzoną w spostrzeżeniach FISCHERA i GERHARDT'A którzy, gotując roztwór klejowych ciał z kwasami, otrzymali glukozę; THENARD zaś i SCHUTZENBERG, ogrzewając w zalutowanych rurkach cukier z  $NH_3$  zamienili go w ciało azotowe podobne do białka.

O przemianach białka w ustroju wiemy jeszcze mniej, prawie tyle co nic; znamy pierwszy i ostatni stopień tych przeobrażeń, ale i te wielce ograniczone wiadomości są niepewne i niedokładne. Dosyć będzie przypomnieć o nieustalonych a nawet najzupełniej sprzecznych poglądach na budowę i fizyologiczne znaczenie dla organizmu peptonu.

Niektórzy uważają pepton za produkt rozkładu białka (HOFFMEISTER, HUPPERT), i jeden ze słynniejszych autorów jeszcze w 1881 r. pisał o śmiertelnej jego dozie; drudzy widzą w nim izomeryczną odmianę białka (THIRY); inni znowu dowodzą, że białko samo jest polimeryczną odmianą składających go peptonów (HERTH, LOEW i POKORNY); większość fizyologów dzisiaj zapatruje się nań jako na hydrat białka; nakoniec EICHWALD i POEL odrzucają wszystkie przytoczone poglądy i dowodzą, że przy peptonizacji w budowie białka niezachodzi żadna chemiczna zmiana, pęcznieje ono tylko, i wskutek tego traci swoje kolloidalne własności; ostatnie ściśle i wyczerpująco przeprowadzone, badania POELA zdaje się stanowczo dowiodły że tylko takie, a nie inne tlómaczenie jest prawdziwem.

Chociażby to mogło być wielce pouczającym, ale niepodobna nam tu iść krok w krok za POELEM w jego poszukiwaniach, które ostatecznie doprowadziły go do pewności, że białko i pepton, pomimo tak znacznej różnicy w oddziaływaniu ich na wpływ rozmaitych czynników, chemicznie wcale się nie różnią. Nawet przy optycznych i polarymetrycznych spo-

strzeżeniach nad białkiem w czasie jego peptonizacji, P. nie wykrył zmiany we wskaźniku refrakcyi, lub w odchyleniu płaszczyzny spolaryzowanego promienia, co niemogłoby mieć miejsca w razie choćby najmniejszej zmiany w budowie jego cząsteczki i stanowczo dowodzi, że woda peptonu nie jest hydracyjną lecz jak nazywał GRAHAM, kolloidalną. Kąty refrakcyi i odchylenia płaszczyzny wnet się zmieniają skoro tylko rozpoczyna się rzeczywista hydratacja, wywołana gniciem badanego płynu, lecz wtedy pepton ostatecznie zatracą swoje własności, właściwiej już nie jest peptonem.

Podzielając pogląd E. i P. nietrudno zrozumieć przyczynę łatwej przemiany peptonu na białko pod wpływem tak stosunkowo niezbyt energetycznych, ale, chciwie pochłaniających wodę czynników: alkoholu, kw. octowego, stężonych roztworów neutralnych soli, wysokiej ciepłoty (150°). Jakim wpływem należy przypisać przyczynę takiej przemiany peptonu po przejściu jego do krwi niewyjaśniono, chociaż sam fakt przyznany został przez wszystkich najnowszych badaczy i najpewniejszym dowodem jego konieczności są doświadczenia PLÖSZ'A, MALY i ADAMKIEWICZA które stwierdziły że przy karmieniu peptonem, nie tylko zachowuje się waga ciała, ale nawet spostrzega się często jej przybytek. Poszukiwania CATILLON'A (*Landois—Physiologie*) jeszcze silniej przemawiają za posilnością peptonu; wykazały one że dla zachowania równowagi w ciele N, wystarcza 1,11 grm. peptonu na 1 kilo wagi, podczas kiedy w tymże celu białka potrzeba niemniej niż 1,7 grm. na kilo (VOIT, BISCHOFF i dr.).

Bywają jednak przypadki w których pepton prawdopodobnie nieulega we krwi właściwej przemianie. Ostatnimi czasy spotykamy coraz częściej doniesienia o zawartości w moczu peptonu. MAIXNER przeprowadził cały szereg odnośnych spostrzeżeń: wykrywał go stale przy pneumonii podczas rezorbeyi wysięku, przy opadowych ropniach, przy wysiękach opłucnej i otrzewnej, mocza zaś chorych na ostre infekcyjne choroby jakoby nie zawierał go wcale. JAKSCH znajdował zawsze pepton w moczu chorych na gościec z wysiękiem w stawach, SENATOR i PETRI przy białkomoczu. Badania POELA stwierdziły obecność peptonu w moczu prawie wszystkich gorączkujących, cierpiących na białkomocza; największe ilości jego znajdował jednak w moczu pneumoników podczas znikania nacieku (do 15<sup>0</sup>/<sub>100</sub>).

Przy poszukiwaniach peptonu w moczu POEL zrobił nadzwyczaj pocuczające spostrzeżenie; zauważył on że wykazać go można tylko przy kwaśnym odczynie skoro zaś tylko mocza ulega alkalizacji ilość peptonu, znajdującego się w nim poprzednio, stopniowo zmniejsza się i zniża całkowicie, a natomiast pojawia się białko którego przedtem nie było.

Jabym sądził, że takie zachowanie się peptonu wyjaśnia nam bardzo dobrze tajemną przyczynę jego przemiany we krwi, którą przyznać należy za skutek wpływu nań jej alkaliczności. To przypuszczenie zostanie udowodnionem stanowczo, kiedy uda się doświadczalnie wykazać zmianę odczynu krwi t. j. zmniejszenie jej alkaliczności w tych chorobach, w których pepton niezmienny przechodzi do moczu; świadectwo poważnych

badaczy stwierdza, że istnieje w pomienionych chorobach wiele warunków takiej zmiany krwi, jako to: wysoka ciepłota (PFLUGER, ZUELZ i in.); rozpad ciałek krwi (LANDOIS, COHNHEIM); przeladowanie kw. węglowym (EULER, LITTEN); nagromadzenie w niej produktów rozpadu i t. p.

Wykrywano też pepton w innych płynach i tkankach: EJCHWALD znajdował go we krwi, w płynie torbieli jajnika, we krwi wstrzykiwanej w celu doświadczenia do oplucnej psów, podczas jej rezorbeyi, ilość jego była zawsze dość znaczną; POEL wynajdywał pepton w płwocinie, w zawartości torbieli jajnika i w rakowej massie.

W celu zbadania kwestyi, pod wpływem jakiego czynnika białko w podobnych przypadkach ulega peptonizacyi, POEL do zakwaszowanej CIH surowicy krwi i do włókniaka wytrawionego w 1,5<sup>o</sup>/<sub>00</sub> roztworze tegoż kw. dodawał rozdrobioną tkankę kiszek, nerek i płuc, i umieszczał takie mieszaniny w ciepłocie 35<sup>o</sup> C.; już po upływie 2-eh godzin wykrywał w nich znaczne ilości peptonu powiększające się z każdą godziną, podczas gdy w takich że roztworach, utrzymywanych razem dla kontroli, bez tkanek, nawet po upływie 24 godzin nie znaleziono go ani śladu. Podobnież peptonizujący wpływ wywierały badane przez P. roślinne tkanki, szczególnie silny w *Penicillium glauc.* Ta własność tkanek prawdopodobnie bardzo ułatwia wchłonięcie plastycznych wysięków i wylewów krwi.

Chociaż cytowane przez nas zdanie HOFFMEISTERA o jadowitości peptonu jak widzimy wręcz było mylne, gdyż nowsze badania wykazały nie tylko znakomitą posiłną wartość jego, ale bodaj nawet, czy nie jest on jedyną formą białka, którą organizm może zużytkować; z drugiej strony jednak przekonano się, że ulega on bardzo łatwo jak to zobaczymy, gnilnemu rozpadowi często z wytworzeniem najgwałtowniejszych jądów. Silnie podejrzewamy, że trujący pepton HOFFMEISTERA musiał być w stanie tego przeobrażenia, które przeoczone doprowadziło znakomitego badacza do takiego paradoxalnego zdania, będącego jednak tak blisko prawdy; rozpatrzmy tę kwestyę w porządku takim w jakim ona się rozwijała. (d. c. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

131. Wiadomości laryngologiczne przez prof. OTTA z Pragi. 1. Przyczynę do obustronnego porażenia mięśni obrączkowej w kowych tylnych. Autor przytacza przypadek porażenia mm otwierających głośnie połączonej z osłabieniem innych mięśni krtaniowych, z którego wyprowadza wnioski pouczające. U mężczyzny 54-letniego, który od wielu lat cierpiał na przytępienie słuchu zależne od przewlekłego ropnego zapalenia jam łębenkowych, a od 19 lat zauważył utrudnienie w oddychaniu znalazł autor stan następujący. Przy spokojnem oddychaniu szpara głosowa przedstawia się w postaci eliptycznej z średnicą do 4 milim. wynoszącą, ku przodowi i tyłowi zwięzającą się. Przy usilnem wdychaniu szpara zwięza się, przyczem struna głosowa prawa wypręża się stając się równą i szpara zwięza się do szerokości 2 milimetrów, chrząstka nalewkowa prawa jeazze bardziej zbliża się ku linii środkowej, podczas gdy lewa chrząstka i lewa struna głosowa pozostają prawie nieruchomemi.

Widzimy więc iż obraz choroby różni się od zwykłego obrazu przy prostem porażeniu mm. otwierających głośnię. Przy tem ostatniem bowiem widzimy struny głosowe w bliskości linii środkowej w postaci równych linii, pozostawiających wązką między sobą szparę, która przy wdychaniu jeszcze bardziej się zwęża. W danym więc przypadku porażenie to połączone jest z parczą mięśni tarczono-nalewkowych wewnętrznych i obrączko-nalewkowych bocznych przeważnie ze strony lewej, przy usilnem bowiem wdychaniu mięśnie te ze strony prawej spełniają czynność swą dokładnie zwężając szparę głosową od strony prawej, gdy ta od strony lewej pozostaje jeszcze otwartą i epileptyczną. Na podstawie przypadku usiłuje autor wytłumaczyć objaw stale przy porażeniu mięśni otwierających głośnię zauważony, mianowicie, iż przy wdychaniu wązka i tak już szpara głosowa zwęża się jeszcze bardziej, wywołując tym sposobem objawy silnego zwężenia głośni. Otóż przyczyną tego objawu autorowie starali się wytłumaczyć dwojakim sposobem. Podczas gdy większość laryngologów powód zwężania się szpary przy wdychaniu widzi w różnicy ciśnienia między powietrzem zewnętrznem, a zawartem w tchawicy, rozrzedzonem wskutek wązkości szpary oddechowej, ROSENBACH twierdzi iż zwężenie to powstaje wyłącznie skutkiem działaniem mięśni zamykających głośnię. Działanie to jest następstwem przewrotnego wpływu nerwowego (*perverse Innervation*). Bodziec nerwowy nie mogąc działać na porażone mięśnie otwierające głośnię, przenosi się na mięśnie nie porażone, a zatem na zwieracze. Różnica między temi dwiema teoryami jest zasadniczą. Gdy bowiem pierwsza jest czysto mechaniczną, druga przypisuje działanie czynnikom dynamicznym. Otóż na podstawie przytoczonego przypadku, autor skłania się ku dynamicznej teorii ROSENBACHA. Gdyby bowiem zwężanie się szpary głosowej zależnem było od ciśnienia zewnętrznego, to zdaniem autora i w tym razie przy spokojnem wdychaniu winnoby następować zwężenie szpary, gdy zaś takowe następuje tylko przy usilnem wdychaniu, przeto zależnem jest od skurczu paretycznych zwieraczy, wchodzących w czynność tylko przy silniej działającym bodźcu nerwowym. (Sprawozdawca nie może się zgodzić z wywodami autora bez zastrzeżeń. Sądzi on iż przypadek autora może być tłumaczony również na korzyść teorii mechanicznej. Przy zwyczajnem powierzchownem wdychaniu szpara 4 milim. wynosząca, jakto widzieliśmy w powyższym przypadku, dozwala powietrzu przenikać do tchawicy w miarę rozrzedzania się w niej powietrza i tym sposobem ciśnienie powietrza wyrównywa się. Przy głębokim jednak wdychaniu następuje w przewodach oddechowych znaczne rozrzedzenie powietrza; szpara oddechowa w krtani jest już w tym razie nie wystarczającą i wtedy ciśnienie powietrza wchodzi w działanie i może wywołać zwężenie głośni) (*przyp. Spraw.*). Co się tyczy przyczyn cierpienia w danym przypadku autor przypisuje je wpływom reumatyczno-nieżytywym. Chory bowiem przy zajęciach swych narażonym był na częste zmiany ciepłoty (pracował w warzelnii cukru).

2. Badanie gardziela i krtani głuchoniemych. Badania KRISHABER'A wykonane na 10 głuchoniemych, a przytoczone przez DUPONT'A w czasopiśmie „*Annales des maladies de l'oreille etc.*” skłoniły autora do zbadania wychowanców zakładu głuchoniemych w Pradze w liczbie 135, t. j. 83 chłopców i 52 dziewcząt. Badani byli w wieku od 9—15 lat. U 120 badanie udało się w zupełności, u 15 zaś nie mogło być wykonane, a po największej części z powodu przerostu migdałków, u kilku tylko uniemożliwiła badanie zbytńia wrażliwość gardła. Autor stwierdza uczynione przez KRISHABERA spostrzeżenia, iż głuchoniemi dają się łatwo laryngoskopować, co zdaje się być zależnem od zmniejszonej w ogó-

le wrażliwości czuciowej głuchoniemych. W gardzielu znalazł autor często przerost błony śluzowej, a szczególnie migdałków, mianowicie u 61 wychowanców, przyczem zwraca uwagę iż dzieci te przeważnie dotknięte były zoltami. Wyniki badania krtani niezupełnie zgadzają się z wynikami KRISHABER'A. I tak: KRISHABER znajdował często nagłośnią zwróconą ku tyłowi i zakrywającą krtani, autor zaś znalazł stan taki zaledwie 15 razy, lekkie zaś pochycenie nagłośnią 18 razy, w 87 razach nagłośnią uniesioną była do góry i dozwalała obejrzeć wnetrze krtani. We wnetrze krtani autor nie znalazł szczególnych zmian chorobnych. Tylko w razach niezytu i przerostu w gardzielu takież zmiany dały się zauważyć i w krtani. Skupienie śluzu w krtani, któremu KRISHABER przypisuje powstawanie chropawego głosu, autor znalazł tylko 5 razy. Za to dały się zauważyć zmiany przy wydawaniu dźwięków. Zbliżanie się do siebie strun głosowych było niezupełne, tak iż głośnią była najczęściej mniej lub więcej otwartą, zupełne zamknięcie widział autor tylko u 16 dzieci, niewielką szparę u 44, u pozostałych zaś 60 otwór był znaczny i wynosił od 2—3 milimetrów. Co się tyczy postaci szpary głosowej odróżniał autor cztery typy, mianowicie: niedomykanie głośni chrzęstnej, niedomykanie całej głośni (otwór trójkątny) o podstawie tylnej, szpara równoległa i wreszcie szpara eliptyczna. U wszystkich głos miał właściwy dźwięk chropawy i często przeskakiwał z tonów niskich na wysokie. Właściwie każdej postaci szpary głosowej zmiany głosu autor nie mógł wykryć, przypisuje jednak zmianom tym właściwość głosu u głuchoniemych. Powstawanie zmian w szparze głosowej, zależnych od niedostatecznej czynności mięśni krtaniowych zdaniem autora zależy od głuchoty. Właściwe wydawanie dźwięków odbywa się pod kontrolłą słuchu, pod wpływem którego mięśnie krtani przyzwyczajają się do wykonania skurczów odpowiednich chwilowej potrzebie jakoto wysokości tonu, siły i t. d. Bez kontroli słuchowej wytwarza się pewna nieprawidłowość w czynności mięśni, polegająca na niedostatecznej dla danego celu energii, a stosownie do tego który z mięśni jest upośledzonym, szpara głosowa przyjmie jedną z postaci wyżej wymienionych. W końcu autor podaje jeszcze statystykę badanych przez siebie głuchoniemych, z której okazuje się, iż z pomiędzy 137 dzieci—było 44 z głuchotą wrodzoną (t. j. 32%), a 18 z pomiędzy nich miało bliższych krewnych tąż niemocą dotkniętych; u 59 wykryto chorobę jako przyczynę głuchoty, najczęściej zapalenie opon mózgowych (14 razy), płonice (19 razy) i durzycę (9 razy). (*Prager med. Woch.*, 14—1884). S. Meyerson.

132. **O stanie serca w zapaleniu płuc.** (GIOVANNI, *Gazz. med. Ital. Prov. venete.* 1883). Objętość serca bywa w zapaleniu płuc zwykle powiększoną, to jednak powiększenie w rozmaitych przypadkach bywa różne pod względem znaczenia, czasu pojawienia się i sposobu powstawania. Układ nerwowy ma wielki wpływ na wytwarzanie się tych zmian chorobliwych z tem wszystkim nie jestto jedyny czynnik zasługujący tutaj na uwagę. Przez swe działanie przyspieszające lub zwalniające, układ nerwowy wywiera wpływ ogromny na skurcze serca, za pośrednictwem nerwów naczyń neruchowych, na obieg w pojedynczych organach, i niemniej też wpływa na ciepłotę ciała. Podług autora ciepłota wcale nie trzyma się równoległe z przebiegiem sprawy chorobowej, tak że nie każde podwyższenie ciepłoty odpowiada dalszemu szerzeniu się zapalenia w płucach. Zmiany objętości serca odpowiadają często pewnym pojawom ze strony układu nerwowego, oraz obniżenia ciepłoty; ciężkie pogiębienie nerwowe połączone z ogólnym upadkiem sił i silnemi potami idzie częstokroć w parze z rozstrzenią serca. W 30 przypadkach tego rodzaju, które autor w kierunku tym badał, znajdował on zawsze powiększenie tępości serca. Rozstrzeń

serca może trwać przez cały czas choroby, w innych przypadkach objętość jego ulegała wahanom. Po największej części rozstrzeń dotyczyła tylko prawego serca, rzadko także lewego. Jakkolwiek zaburzenie w krążeniu płuc bywa znaczne, rozstrzeń komórki prawej nie pozostaje w stosunku przyczynowym z powstałym następnie podniesieniem wewnątrz sercowego ciśnienia, o czym przekonywamy się z tego, że serce zachowuje niekiedy prawidłowe swe wymiary. Zbadanie tych zmian w krążeniu przez ośrodkowy układ nerwowy wywołanych, na które dotychczas za mało badano, jest wielkiej wagi, mianowicie ze względu na rokowanie, albowiem od pomyślnego stanu serca zależy stan obiegu krwi.

(*Allg. med. Centr. Zeit.* 4884. N. 31).

133. **O jedności jadu w chorobach.** (G. GRIFFITH. *The Brit. med. Journ.* Nr. 1205—1884). Autor wypowiada swe zapatrywanie co do jedności jadu, wyjaśniając, nie że jad jest we wszystkich chorobach jeden i ten sam, lecz że z jednego jadu może powstać kilka chorób które na pozór zupełnie są różne i że takie bywają i pochytywane za swoiste pod każdym względem cierpienia. G. w roku 1875 poraz pierwszy zwrócił na to uwagę, iż to co w połogu mianujemy szkarlatyną, częstokroć nie jest bynajmniej płonicą prawdziwą, lecz tylko pojawem gnilnego lub jadowego zatrucia krwi, czy to wskutek samozakażenia (*autogenetische Blutvergiftung*), jak to często nieważnie w połogu, czy też przez zakażenie z zewnątrz, przez wyziewy ściękowe, zepsute napoje i pokarmy, przez pozostające w stanie rozkładu materje roślinne lub zwierzęce, płonica taka jest identyczną z „płonicą chirurgiczną“ PAGETA. W taki sposób odnieść można do jednej i tej samej przyczyny różę, płonicę, gorączki dużykowe, połogowe i błonicowe, oraz cały szereg zapaleń, jako to pępka, oczu, jamy ustnej, krtań, gardzieli, migdałów, oskrzeli, płuc, opłucni, narzędzi trawienia), a mianowicie tak, że jedna choroba, lub jak się wyraża GRIFFITH jeden szereg objawów wytwarza się z innego, nozologicznie tak różnego, że oba te szeregi uważane bywają za zupełnie odmienne, nawet pod względem ich swoistości. Prócz tego możliwym jest, iż tak zwane powikłania pewnej choroby stają się nowymi źródłami chorób epidemicznie się rozszerzających, tak np. błonica stanowi częstokroć powikłanie płonicy; otóż powikłanie to przenosi się na inne osoby i rozszerza się jako epidemia błonicowa; taż sama błonica może się znów przeobrazić na inną postać chorobową, albo też przy dalszem przenoszeniu się może się na nowo przemienić na szkarlatynę; lub też występują inne objawy uważane za choroby następcze szkarlatyny, jako to: gościec, zajęcie serca i osierdzia, zapalenie nerek bez objawów przejściowych lub zwiastujących, słowem zakaźne zapalenie nerek, które ze swojej strony może u innych osób wywołać błonicę, szkarlatynę, lub inny jaki zbiór objawów.

(*Allg. Medic. Centr. Zeit.* N. 31. 1884).

134. **Roznoszenie płonicy przez osoby zdrowe.** HARR przytacza z praktyki swojej 7 przypadków płonicy, nieulegających żadnej wątpliwości, w których można było wykluczyć wszelkie zetknięcie z chorymi na szkarlatynę i gdzie zatem choroba wywołaną być musiała za każdym razem przez zetknięcie pośrednie z osobą zdrową, zarówno w czasie owego zetknięcia, jako też i później i każdy przyznać musi, że przypadki takie nie są rzadkością, choć wykazanie ich możliwym jest tylko na wsi. Środki zapobiegawcze jakie H. podaje są zbyt surowe, by je można było przeprowadzić.

(*D. prakt. Arzt.* 12 1883).

135. **Badanie nad miesiączkowaniem i dojrzewaniem jajeczek.** LEOPOLD zdaje sprawę z badań swych nad 29 parami jajników kobiet zmarłych nagle, lub też u których jajniki wycięto. Udało się w ten sposób pozy-

skąć obraz czynności jajników w przeciągu całego prawie czasu między dwiema miesiączkami. Na zasadzie badań tych LEOPOLD usiłuje rozjaśnić stosunek okresu dojrzewania i pęknięcia pęcherzyków GRAAF'A, oraz tworzenia się ciałek żółtych do występowania czyszczeń miesięcznych. Wyniki autora są następujące: 1) W każdym okresie spotykają się pęcherzyki dojrzałe i gotowe do pęknięcia jak również takie które dopiero co uległy pęknięciu. U niedokrwistych i przy stanach zapalnych pęcherzyki jakkolwiek dojrzałe zdają się nie ulegać pęknięciu pomimo nastąpienia miesiączki. Autor znajdował również pęcherzyki wypełnione krwią, które nie uległy były pęknięciu. Być może iż te ostatnie służyć mogą do wytłomaczenia bolesnego miesiączkowania (*dysmenorrhoea*). 2) W powstawaniu i rozwoju ciałek żółtych zauważył autor pewną prawidłowość. Ciałka powstające w pierwszym dniu po miesiączce nazywa autor typowemi, powstające zaś później lub w okresie między miesiączkowym, atypowemi. Ostatnie są mniejsze i mogą prędzej zanikać. Dalej znalazł autor, iż przebyta miesiączka nie zawsze idzie w parze z pęknięciem pęcherzyka i na odwrót, iż pomimo braku miesiączki może jednak się wytworzyć typowe ciało żółte. Bywa zatem miesiączkowanie bez jajczkowania i na odwrót, prawdopodobnie jednak pęknięcie pęcherzyków ma miejsce głównie podczas i pod wpływem miesięcznego napływu krwi.

(*Arch. f. Gynäcol. t. XXI str. 347*).

138. Istota krztusca i jego leczenie. (*Monografie p. MENCORRO (Rio Janeiro) wyd. Berthiera w Paryżu*). Spostrzeżenia kliniczne, które autor odnośnie do przedmiotu tego w pracy swej ogłasza są co do głównych rzeczy następujące: 1) Krztusiec, którego istota do niedawna była przedmiotem najróżniejszych wyjaśnień, zdaje się, wnosząc z najświeższych klinicznych spostrzeżeń oraz badań drobnowidzowych, należeć do rzędu chorób pasożytnych. 2) Przyczynę choroby zdaje się stanowić obecność mikrokoków które mnożą się w niezmiernej masie w błonie śluzowej krtani poniżej głośni, wewnątrz komórek nabłonkowych. 3) *Rezorcyna* stosowana bezpośrednio na błonę śluzową krtani we wszystkich przypadkach w których została użyta, nietylko zmniejszała w dość prędkim czasie liczbę napadów kaszlu, ale także czas trwania choroby został znacznie skrócony.

(*Allg. med. Centr. Zeit. Nr. 31. 1884*).

J. P—i.

## PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

*Hydroterapia* napisał dr. Stanisław SMOLEŃSKI członek korespondent towarzystw lekarskich krakowskiego i warszawskiego, kierownik zakładu leczniczego w Jaworzu na Szląsku. Kraków drukarni, W. Korneckiego 1884 w 8-cie str. IX. 185.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich przed kilku laty powołane do życia staraniem zasłużonego Dyrektora kliniki lekarskiej U. J. K. Pzof. d-ra KORCZYŃSKIEGO i pod Jego kierunkiem od chwili założenia zostające, przysłużyło się publiczności lekarskiej naszej, jeszcze jednym cennym dziełem, że pomijając inne, wspomnę tylko Naukę o chorobach dzieci tłumaczoną z STEJNERA, Położnictwo d-ra H. JORDANA Docenta U. J., którego część I znajduje się już w ręku lekarzy, a część II wkrótce ujrzy światło dzienne, oraz Syfilidologią d-ra KRÓWCZYŃSKIEGO. Toż samo wydawnictwo obecnie obdarzyło lekarzy polskich dziełem niewielkich rozmiarów, ale nieposledniej wartości, którego tytuł na czele podaliśmy, skreślone umiejętnie, przez zawodowca, wysoko naukowo wykształconego, tem cenniejszem że dotychczas prócz pomniejszych pisemek o leczeniu



wodą zimną, po większej części pisanych przez dyletantów, nie mieliśmy dzieła zajmującego się wodolecznictwem w całości, skreślonego na podstawach naukowych.

Nie chcąc rozwozić się w pochwałach na które praca będąca przedmiotem rozbioru zasługuje, zastanowimy się nad tem co obejmuje, a sądzę że samo wymienienie treści dzieła będzie dla niejednego z swiatłych czytelników zachętą, do bliższego zaznajomienia się z tą pracą. Po krótkim wstępie, dającym ogólne wyobrażenie co to jest hydroterapia, jej różnicę od balneoterapii, o własnościach wody potrzebnej do leczenia, wreszcie o różnych nazwach jakie nauka ta w różnych czasach nosiła, podaje autor obszerny pogląd na historyczny rozwój hydroterapii (str. 20—22). Najprzód zastanawia się nad użyciem wody zimnej u ludów starożytnych, dalej wspomina o czasach średniowiecznych, najobszerniej zaś zastanawia się nad dziejami używania wody zimnej w Polsce, przywołując ile możności dokładną literaturę rzeczy tej dotyczącą. Możliwość tutaj zarzucić za nadto pobieżny pogląd na rozwój wodolecznictwa w najnowszych czasach. Dalszą treść swej pracy podzielił autor na część ogólną, zajmującą się działaniem ciepła i zimna, oraz na część szczególną obejmującą metodykę hydrodriatyyczną, zastosowanie hydroterapii.

W części ogólnej (str. 23—76) opracowanej bardzo starannie i umiejętnie, mówi autor najprzód o działaniu ciepła i zimna jako podnieć nerwowych, zastanawia się nad działaniem podnieć termicznych, tak miejscowym na nerwy czuciowe, ruchowe, na mięśnie i krążenie krwi, jako też nad działaniem odruchowym podnieć termicznych na układ mięśniowy na krążenie i parcie krwi, na serce, oddychanie, na pobudliwość odruchową, na czynności wydzielnicze gruczołów i krążenie limfy, wreszcie podaje krótką teorią działania podnieć termicznych. W dalszym ciągu przechodzi do działania ciepła i zimna na ciepłotę ciała, na wytwarzanie ciepła, jego utratę, zachowanie się ciepłoty ciała pod wpływem różnej ciepłoty zewnętrznej, tłumaczy działanie wpływów termicznych na ciepłotę ciała, na przemianę materji, wydzielanie i ciężar ciała, mówi o znaczeniu podnieć mechanicznych w hydroterapii, wreszcie zastanawia się nad piciem wody w większych ilościach i jego wpływem na ustrój.

W części drugiej szczególnie (str. 77—185) zastanawia się autor nad metodyką hydrodriatyyczną, opisuje szczegółowo różne zabiegi hydrodriatyczne jak obmywanie, nacierania, zlewania, natryski, kąpiele różnego rodzaju, okłady, opaski, otulania wilgotne i suche, łaźnie parową i suchą, wstrzykiwania wody, przyrządy chłodzące opierając wszystko na spostrzeżeniach fizjologicznych i podając wskazania i przeciwwskazania dla każdego zabiegu który opisuje. Opisy jakkolwiek krótkie i zwięzłe są tak dokładne, że lekarzowi dają wyobrażenie jak każdy z wymienionych zabiegów robionym być powinien.

W części zajmującej się zastosowaniem hydroterapii, po uwagach wstępnych mówi autor o pielęgnowaniu i hartowaniu skóry oraz przechodzi z kolei różne choroby w których woda może być z pożytkiem użytą dzieląc takowe na zboczenia w odżywianiu i przemianie materji, zboczenie w krążeniu krwi, choroby układu nerwowego, zapalenia, przewłoczne otrucia, choroby zakaźne i gorączkowe. Zakończy autor swą pracę uwagami ogólnymi o leczeniu hydrodriatycznym oraz wymienia znaczniejsze zakłady wodolecznicze w ziemiach polskich i zagranicą. W dodatku (s. 179—185) pomieszczono literaturę. W całym dziele widać, że autor jest badaczem naukowym, samodzielny, nie przysięgającym ślepo *in verba magistri*, lecz starającym się własnym badaniem i spostrzeżeniem przekonać się o prawdzie tego co inni podają i nie wahającym się wystąpić przeciw zdaniu powag naukowych jeżeli doświadczenie inaczej go przekonało.

Załowac należy, że autor równie szczegółowo jak metodykę hydrarytryczną, nie podał przepisów zachowania się dyetetycznego dla chorych leczących się tą metodą; lubo z wszelką słusnością występuje przeciw tradycyjnym zwyczajom, jakie się wyrobiły w niektórych zakładach niemieckich że chorzy bez względu na stan zdrowia dostają raz na dzień potrawy mięsne bez zupy, a rano i wieczorem mleko kwaśne w dwojakiej ilości, powiada bowiem że leczenie hydrarytryczne samo przez się żadnej specjalnej diety nie wymaga, lecz wymagają jej chorzy, a względnie różne ich choroby do których jak we wszystkim tak i w sposobie żywienia zastosować się winniśmy.

Kończąc nasze uwagi, objawiamy tylko życzenia aby dzieło d-ra SMOLEŃSKIEGO doznało jak największego rozpowszechnienia, zwłaszcza między lekarzami zdrojowemi ze względu bowiem na swą dokładność i treściwość zasługuje na pierwszeństwo przed obszernymi pracami autorów zagranicznych.

*Dr. Władysław Ściborowski.*

## SPRAWOZDANIE

### z czwartego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w POZNANIU.

#### II.

Dzień pierwszy i drugi Zjazdu t. j. poniedziałek i wtorek były dni największej pracy. Sekeyi, w których po 6 godzin dziennie pracowano, czytano i dyskutowano było jak wiadomo dziesięć, pięć lekarskich i pięć przyrodniczych. Pierwsze były: 1) chirurgiczna, 2) medycyny wewnętrznej, 3) położniczo-ginekologiczna, 4) oftalmologiczno-otologiczna i 5) psychiatrii, higieny, medycyny sądowej i publicznej. Drugie zaś były: 1) geologii, mineralogii, zoologii i botaniki, 2) matematyczno-fizyczna, 3) chemiczno-farmaceutyczna, 4) antropologiczno-archeologiczna i 5) przyrodniczo-rolnicza.

Prac czytanych było bardzo wiele, pomimo to, iż wielu z kolegów, którzy przybycie swe i odczyty zapowiedzieli weale nie przyjechało do Poznania, a wielu z tych którzy przybyli i mieli zamiar czytać nie przyszło do słowa z powodu braku czasu. Z tego powodu nasuwają się rozmaite uwagi, które z czasem szczegółowo przedyskutować i rozebrać należy w interesie przyszłych naszych zjazdów. Do wszystkiego dochodzi się drogą doświadczenia; ponieważ Zjazdy nasze nie oddawna datują, więc każdy fakt przez pryzmat doświadczenia oświecony należy skrupulatnie notować.

Przedewszystkiem należy ograniczyć czas, w którym każdy odczyt winien się zakończyć. Niektóre odczyty bardzo długo trwały i chociaż były interesujące, długością swoją tak znurzyły obecnych, iż do dyskusyi już po nich nie przyszło, a przez to inne prace które mogły być stać się punktem wyjścia zajmującej dyskusyi spadły z porządku dziennego. Autorowie mający zamiar mieć odczyty na Zjazdach winni mieć to na uwadze, iż nie po to zjeżdżają się lekarze z dalekich stron żeby wysłuchać opisy jakiegoś niezwykłego lub skądinąd zajmującego przypadku chorobnego, lub dobrego rezultatu jakiejś skomplikowanej, rzadko zdarzającej się operacyi, lecz po to żeby kwestye jako wątpliwe i sporne uważane, przez wymianę żywego słowa oświecić i przez dyskusyją przyczynić się do ich rozstrzygnięcia. Jednem słowem, wybierać należy do swoich prac takie temata, które najżywsze zajęcie i najżywszą dyskusyją wywołać są w stanie.

Urządzający zjazd powinni żądać od Autorów nadesłania dokładnej treści zapowiedzianego odczytu (takie postanowienie zapadło na drugim ogólnym zebraniu) i z pośród nich układać w ten sposób porządek dzienny, iżby najodpowiedniejsze nasamprzód były czytane, a później dopiero inne. Nie od rzeczy byłoby ustanowić w kilku ogniskach stałe komitety, któreby pilnowały iżby prace o których mowa taki, a nie inny charakter na sobie nosiły i któreby znosząc się z sobą, starały się o referentów z pojedynczych kwestyi. Takie referata największe korzyści na zjazdach by przynosiły, bo właśnie najporęczniej można by z nich dyskusyę wysnuć. Jakie przedmioty do referatów najwięcej się kwalifikują i jakim pierwszeństwem przed innemi oddać należy byłoby przedmiotem zajęcia owych komitetów, a wydział gospodarczy Zjazdu miałby robotę swą znakomicie ułatwioną, gdyż uporządkowałby tylko materiał przez rozmaite komitety nadesłany. Takim sposobem każda praca przeszłaby niejako przez podwójny filtr, przyczem nie ocenianie mniejszej lub większej wartości pracy byłoby przedmiotem rozpraw, bo okoliczność ta ocenioną być może należycie dopiero po odczytaniu samej pracy, ale przyznanie mniejszej lub większej pożyteczności jej dla celów Zjazdu.

Niepodobna mi zaznajamiać czytelników ze wszystkimi pracami sekcijnymi, podaję tu tylko niektóre ważniejsze o nich wiadomości, czerpiąc je z Dziennika Zjazdowego, w którym zamieszczone były oficjalne protokoły.

**Sekcja chirurgiczna.** Sprawozdanie z drugiego posiedzenia sekcji chirurgicznej dnia 3 Czerwca o 9 rano.

Prof. dr. JANOWSKY ma wykład o korzyściach endoskopu, szczególnie pod względem dyagnostycznym i sądzi że także pod względem leczenia nie tylko ściśle umiejscowionych, ale także na większe przestrzenie rozciągających się chorób cewki moczowej (*Herpes urethrae*) oraz o wypadku, gdzie przy chorym na *herpes universalis* mierny wpływ z cewki moczowej oraz bóle w cewce się ukazały i gdzie wyprysk cewki moczowej w tylnej części jamistej (*pars cavernosa urethrae*) się zjawił. Obraz endoskopijny okazywał mierne przekrwienie, okrągłe nadżarcia nabłonka, refleksy świetlne znikły, a figura centralna w endoskopie była nieco skrzywioną. Nadżarcia nabłonka stojące w małych gromadkach, ich wygląd oraz objawy poprzednie uprawniają do rozpoznania wyprysku cewki. Dalej zastanawia się J. nad owemi lokalnemi zmianami nabłonka cewki, które pod nazwą umiejscowionego bujania nabłonka są znane.

Profesor OBALIŃSKI dziękując prelegentowi za ciekawy wykład, wykazujący wielki pożytek endoskopu, jest także zdania, że przyrząd ten nie tylko pod względem rozpoznania, ale i pod względem leczenia jest pełnym wartości.

Dr. SZRAM, z Krakowa, mówi następnie: O wyłuszczeniu wola, podając sposób postępowania w klinice prof. MIKULICZA przy tej operacji. W ostatnich latach śmiertelność po tej operacji, będąca niegdyś bardzo znaczną, dzięki metodzie przeciwnilnej i ulepszonej technice, znacznie się zmniejszyła we wszystkich klinikach. W klinice MIKULICZA z 13 operowanych przypadków, nie umarł żaden. MIKULICZ w razach gdzie może pozostawić część, choćby małą, zdrowego gruczołu tarczycowego, pozostawia takową. Ze względów tylko kosmetycznych operacji zwykle nie podejmuje i nie uważa jej w takim razie za uprawioną. Tracheotomii zdołano zawsze uniknąć. Przypadków zmiękczenia chrząstkowych pierścieni tchawicy nie spostrzegano, również nie spostrzegano przypadków groźnej duszności po operacji. Za to tetanią, ową chorobę nie tak rzadko przez lekarzy wewnętrznych, szczególnie francuzkich, jako samodzielne

cierpienie obserwowaną, a po operacjach jedynie po wyluszczeniu wola występującą, widziano z tych 13 przypadków operacyi 3 razy w klinice Mikulicza. Z tych przypadków: 13 zestawił WEISS, 3 podał REVERDIN, 1 podał L. SZUMAN, 3 obserwowano w klinice MIKULICZA.

W jednym przypadku (chłopak 24-letni) obserwowano po tetanii chorobę, którą KOCHER jako *cacheexia strumipriva* opisał, a którą pierwszy REVERDIN w 5 przypadkach spostrzegł.

W dyskusyi nad tym przedmiotem prof. OBALIŃSKI podaje w kilku słowach szczegóły przypadku w *Centrbl. f. Chirurgie* przezeń opisanego, a śmiertelnego zejścia po operacyi wyluszczenia wola dotyczącego. W tym przypadku istniały już przed operacyą we wnętrzu narosła ropnie, wskutek wstrzykiwań jodyny powstałe, które zdaniem jego ropnicę (*pyaemia*) spowodowały. Uważa wstrzykiwania jodyny za czynność nieraz bardzo szkodliwą.

Dr. L. SZUMAN zaznacza, że widział w jednym przypadku tetanią po wyluszczeniu wola, której jednakże przy bardzo wybitnych innych cechach, brakowało tak zwanego objawu TROUSSEAU'Ą.

W innym przypadku widział przez trzy dni trwające zapalenie oskrzeli ostre z przemijającą wysoką gorączką. Rana zaś zgoiła się bezpośrednio, pod jednym opatrunkiem. Operacyą wykonywał dotychczas 3 razy z zejściem zawsze pomyślnem.

Co dotyczy wstrzykiwań w wola to w danych razach uważa wstrzykiwanie 1% roztworu kwasu osmowego za lepsze niż niebezpieczne nieraz wstrzykiwanie półtorachlorku żelaza (*Liquor ferri sesquichlorati*), niż wstrzykiwanie jodyny lub roztworu arsenikowego.

Dr. KRZYŻAGÓRSKI widział w 2 przypadkach przez siebie leczonych znakomite skutki po wstrzykiwaniu jodyny.

Dr. SZRAM odpowiada, że mało skutków pozytywnych po wstrzykiwaniu jodyny obserwował.

Dr. OBALIŃSKI leczy wole torbielowe podobnie, jak VÖLKMANN przypadki hydroceles, t. j. za pomocą nacięcia, zeszcicia skóry z brzegiem przeciętej błony jamę wola wyściełającej, założenia rurki sączkowej i opatrunku uciskowego.

Dr. WEHR poleca równie jak dr. OBALIŃSKI i dr. SZRAM wielką staranność pod względem antyseptyki przy iniekcyi jodyny, dalej przytacza dr. WEHR, że wstrzykiwał także sublimat w roztworze wodnym (1:1000).

Dr. PODCIECHOWSKI uważa, że wywołane za pomocą sublimatu podrażnienie, najlepiej działa na wessanie wola.

Dr. PERNACZYŃSKI przytacza przypadek wola, w którym nastąpiła pomimo wszelkich leków wewnętrznych i zewnętrznych śmierć przez uduszenie, ponieważ chory nie poddał się operacyi.

Trzecie posiedzenie dnia 3 Czerwca o 3 po południu.

Dr. WEHR ze Lwowa czyta o przeszczepleniu raka.

Streścił najprzód fakta przemawiające za teorią Cohnheima „o płodowych zawiązkach nowotworów”, następnie na podstawie zebranej literatury dowiódł, że stanowcze twierdzenie Cohnheima, jakoby nie był znany żaden fakt świadczący o możliwości przeniesienia raka z jednego indywiduum na drugie, jest nie zupełnie zgodne z prawdą (dośw. Langenbecka, Follin'a, C. O. Webera, Goujon'a, Hyvert'a) i owszem na podstawie własnych doświadczeń, podjętych na psach z początkiem b. roku w pracowni Szkoły weterynaryi lwowskiej wraz z prof. anatomii tejże szkoły kol. KADYJ, doszedł dr. WEHR do wniosków:

1) Że liczne nieudane doświadczenia poprzednich badaczy z tego powodu nie rozstrzygają tej kwestyi, ponieważ do rany po zaszczepleniu

przylączyło się zwykle zapalenie, które w dośw. dr. Wehra nie miało nigdy miejsca, przy zachowaniu pewnych ostrożności antyseptycznych.

2) Że w doświadczeniach przez niego podjętych występowały niemal de regula po zabliźnieniu się rany per primam guzki w miejscu zaszczerpienia pod skórą, które powiększały się przez 4—6 tygodni a następnie de regula ulegały rezorpcji, dochodzące wielkości orzecha laskowego. Guzki te badane szczegółowo okazywały budowę histologiczną niemal indentyczną z nowotworem do przeszczepienia użytym.

3) Wyniki dotychczasowe bynajmniej nie pozwalają wyprowadzać wniosku, jakoby kwestya przeszczepialności raka była już rozstrzygniętą, lecz tylko popierają zapatrywanie VIRCHOW'A że wszystko zależy od wykrycia korzystnych dalszemu rozwojowi warunków, aby nowotwór przeszczepiony mógł rozwijać się dalej na nowym indywiduum.

Wykrycie tych warunków będzie celem dalszych doświadczeń.—(Praca całkowita ukaże się w Przeglądzie lekarskim).

HOMME zapytuje, czy były jakie znaki przerzutów ogólnych (*metastasis*) u psów szczepionych rakiem.

WEHR odpowiada, że takowych nie spostrzegął.

SZRAM uważa objaw znikania narośli zaszczerpionych przez WEHRA, za przemawiający za tem, iż nowotwory te mimo podobnej budowy histologicznej nie były natury złośliwej.

Następnie wyklada dr. RYDYGIER pokrótce o korzyściach niektórych uproszczeń metod opatrunkowych przeciwważających. Poleca w szczególności watę sublimatową drzewną Bruns'a (*Sublimatwoll-Watte*), t. j. watę zmieszaną z wełną drzewną sublimatową (*Sublimatholzwole*, BRUNS, WALCHER). Dalej pokazuje podkłádki LEISERIK'A z mchu prasowanego.

RYDYGIER, WEHR, OBALIŃSKI uważają, że sublimat jest pewniejszym od karbolu pod względem zabezpieczenia operowanych od róży przyrannej (*erysipelas*).

Następnie ma prof. JANOWSKI (z Pragi) wykład „o wysypkach jodoformowych”. J. uważał kilkakrotnie wysypki lokalne, a nawet ogólne (*erythema, eczema, erythema bullosum, purpura*) po opatrunku jodoformowym. Przytem lekka gorączka około 38% C.

Jeden przypadek dotyczył operacji dymienic pachwinowych (wsypanie jodoformu w ranę i gaza jodoformowa), drugi wskrobienia tocznia (*lupus*). Trzeci przypadek dotyczył *gumma exulcerans* na lewem przedudziu, przy którym powstało *erythema bullosum* nie w koło rany, lecz na piersiach i na okolicy biodrowej.

Dr. OBALIŃSKI zaznacza, że nie może używać jodoformu z powodu że dostaje wysypki skórnej, jeżeli przez dłuższy czas wykonywa opatrunki jodoformowe.

Dr. CZARDA (z Pragi) widział przypadek zatrucia jodoformem w skutek w dmuchiwań jodoformu w nozdrza, połączonego z zapaleniem nerek po bardzo małej dawce wdmuchniętego jodoformu.

Dr. SZUMAN obserwował przypadek zatrucia jodoformem po operacji przez jednego z chirurgów niemieckich w miejscowości pobliskiej Torunia robionej (*resectio coxae duplex*), przy której operator wsypał w obie nie zeszyte rany może po 10 gramów jodoformu i obłożył je gazą jodoformową. Gwałtowne objawy zatrucia jodoformowego, jakie po pewnym czasie w tym przypadku wystąpiły, zdołał Sz. wstrzymać jeszcze przez natychmiastowe usunięcie jodoformu z ran pacjentki. Objawy ustąpiły po zmianie opatrunku na sublimatowy, przy czem wewnętrznie zadawano *Liquor Kali acetic.*

Dr. SZRAM powiada, iż na mocy licznych doświadczeń używania jo-

doformu z dobrym skutkiem w klinice Mikulicza polecić może jodoform, jednakże tylko w ilościach bardzo małych 1—2 gramowych i w formie muślinu jodoformowego.

G. P.

### Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** W sekcji medycyny wewnętrznej na Zjeździe w Poznaniu d. 4 b. m. przyszedł pod dyskusję projekt co do obserwacji kliniczno-doświadczalnych i zakładania stacji kliniczno-obszernych w zdrojowiskach naszych, wniesiony przez doc. dr. JAWORSKIEGO z Krakowa. Wnioskodawca motywował swój wniosek w następujący sposób.

Po dziś dzień osiągnane skutki leczenia zdrojowego nie opierają się wcale na obserwacji naukowej i powiedziałbym, są więcej przypadkowe, niż przewidziane. Wskazania do używania pewnego zdrojowiska są obecnie jeszcze tak chwiejne i w swoich wynikach tak niepewne, że zależy to często od zachcenia czyli właściwie instynktu chorego, od czysto osobistego zapatrywania się lekarza, a najczęściej od głośniejszej reklamy zdrojowiska, gdzie chory ma się udać. Wszak czynniki lecznicze, któremi rozporządzają miejsca zdrojowe, wpływają bezsprzecznie na stan zdrowia. Jednak miara tegoż wpływu, wskutek zaniedbania ścisłych obserwacji, dotąd wykazaną nie została. Każde miejsce zdrojowe ma pewne swoiste czynniki fizyczno-klimatyczne i chemiczne odmienne od innych. Wpływ tych czynników na ustrój, przy bliższej ścisłej obserwacji dałby się zapewne wykazać. Bez uwzględnienia, a raczej braku tego rodzaju obserwacji doszło do tego, że my lekarze, przyzwyczajeni mierzyć wszystkie efekta grube miarą skutków leczenia operacyjnego i zmianami anatomicznymi, wykazalnymi na stole sekcyjnym, przyjmujemy jeżeli nie z mimowolnym uśmiechem ironii na ustach, to pewnie ze sceptycyzmem, w naszym sumieniu lekarskim uzasadnionym, gdy lekarz kąpielowy powiada pacjentowi: będziesz pił 1, drugiemu  $\frac{1}{2}$ , trzeciemu 2 szklanek wody; ten ma pić gorącą, inny zimną, trzeci letnią; temu poleca się jeszcze leczenie dwutygodniowe, innemu trzytygodniowe itp. Już ze względu na tę okoliczność, że w wielu przypadkach skutki leczenia zdrojowego są bardzo widoczne, nie należałoby się wcale tego rodzaju obojętnością i niedowierzaniem przy drobnotkowych napozór postępowańach leczniczych powodować.

Wszak, jak Szan. Panowie z mojej pracy nad wodą Karlsbadzką przekonać się mogli, da się przy ścisłej obserwacji wykazać, że inny wpływ wywiera 1 szklanka wody zdrojowej na wydzielanie soku żołądkowego, żółci i śluzu, i na powstawanie ruchu robaczkowego w przewodzie pokarmowym, niż 2, inny wpływ przy ciepłocie  $20^{\circ}$  C., a inny przy  $50^{\circ}$  C., że inny jest skład moczu, a tem samem i zawartości naczyń krwionośnych po jednej, niż po 2 szklankach; że inny jest skład produktów respiracyjnych na wysokości 1000 m. niż 100; można wykazać np. bardzo łatwo, że inaczej funkcjonuje przewód pokarmowy po stosowaniu jednotygodniowem aniżeli po dwutygodniowem wody zdrojowej. Niezawodnie należy konsekwentnie przypuścić, że wskutek dłuższego powtarzania się tego rodzaju zmian funkcyjnych w pojedynczych narządach, wyrabia się powoli i zmiana anatomiczna. Wszak mamy na to namacalne dowody, że pod wpływem leczenia zdrojowego, np. nadmierne wydzielanie śluzu z błon śluzowych, wysięki z jam ustępują, że gruczoły powiększone zmniejszają się, i t. p. Wszystko to dotąd ściśle naukowo mało zbadanem i ocenionem zostało. Natomiast wysilamy się w innym kierunku, bo na ściśle i do śmiechności doprowadzone drobiazgowo rozbiory chemiczne wody zdrojowej, na mierzenie drobnych wahań ciśnienia atmosferycznego i ciepłoty, deszczu, chmur, wiatrów, ozonu, gór, nawet nie pomijamy fauny, flory i pokładów geologicznych zdrojowiska. I cóż stąd za korzyść, jeżeli skutków terapeutycznych tych czynników ani ocenić, ani użytkować nie umiemy? Tu pomódz tylko może naukowe badanie w kierunku kliniczno-doświadczalnym. Oao jedynie dałoby podstawę naukową balneoterapii i określiłoby ściśle wskazania i przeciwwskazania pewnego miejsca zdrojowego.

W ten sposób mógłby lekarz mieć wskazówki do racjonalnej pomocy choremu, a zakłady zdrojowe nie szukałyby pomocy w reklamach, lecz w słusznej i rzeczywistej

wartości ich czynników leczniczych, opartych na badaniach naukowych. W tym celu niezbędną jest ścisła obserwacja kliniczna chorych w samych zakładach kąpielowych. Ta wprawdzie napotyka zapewne w naszych stosunkach zdrojowych, wobec publiczności kąpielowej na pewne trudności. Z biegiem jednak czasu dałoby się pod tym względem przez lekarzy, którzy stałe mają umieszczenie przy zakładach zdrojowych, wiele uskutecznić, a to w takich zakładach, gdzie są pewne ułatwienia dla leczenia chorych niezamożnych lub fundacye w celu umieszczania chorych. Lekarze w tym razie powinni dążyć, aby chorzy ci przymusowo dostawali się pod ścisłą obserwację stałego lekarza zdrojowego, a wtenczas, chociaż nie w wielu przypadkach, to przynajmniej ściśle obserwowanych i doświadczonych, mógłby lekarz swoje wnioski oprzeć. Stosownem więc by było, gdyby sekcyja medycyny wewnętrznej obecnego Zjazdu objawiła pod tym względem następujące życzenie dotyczące lekarzy zdrojowych w zakładach kąpielowych całego obszaru ziem polskich przebywających:

1) Stali lekarze zdrojowi zechcą dążyć do tego, aby chorzy, korzystający z ułatwień w leczeniu w zdrojowiskach, byli poddani obowiązkowo pod ich obserwację jako chorzy ambulatoryjni, a gdzieby to się dało uskutecznić, przy istniejących lub tworzących się fundacyach szpitalnych, pozostawali pod ich obserwacją jako stali chorzy kliniczni; czyli, ostatecznem dążeniem lekarzy zdrojowych powinno być utworzenie kliniki obserwacyjnej zdrojowej pod kierunkiem lekarza zdrojowego, które to zakłady zastępowałyby brak nieistniejących dotąd szpitali w naszych zdrojowiskach.

2) Stali lekarze zdrojowi zechcą na tego rodzaju chorych, stosownie do choroby i miejsca zdrojowego, przeprowadzać zgodnie z postępem nauki dokładne badania kliniczne przed rozpoczęciem i po ukończeniu leczenia. Następnie notować dokładnie sposób leczenia i objawy podczas tegoż występujące. Pożądanemby było również, aby lekarze zdrojowi uskuteczniłi ściśle naukowe doświadczenia kliniczne na chorych i zdrowych ze środkami leczniczymi, któremi zakłady zdrojowe rozporządzają.

3) Stali lekarze zdrojowi zechcą przypadki, dobrze i ze ścisłością naukową obserwowane, w czasopismach lekarskich dokładnie opisywać, a nie jak dotąd ograniczać się tylko na ryczałtowych sprawozdaniach corocznych. Na podstawie zaś kilkorocznych obserwacji, zestawiać statystyczne dane i w czasopismach fachowych do wiadomości podawać. Chodzi bowiem o to, aby wskazania i przeciwwskazania do stosowania pewnego zdrojowiska mogły być o ile możności jak najściślej określone, a metoda leczenia jak najracjonalniejszą.

4) Uprasza się Towarzystwa Lekarskie i Komisję balneologiczną, aby w tym duchu na lekarzy i zarządy kąpielowe wpływać, a czasopisma lekarskie, niniejszą uchwałą powtórzyć zechciały.

Wniosek ten został jako potrzebny uznany i jednomyślnie przyjęty.

— *Towarzystwo lekarskie Warszawskie* podaje do publicznej wiadomości że z początkiem roku akademickiego 1884/5-go zawakuje sześć stypendyów, każde po 300 rs. rocznie z legatu ś. p. d-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878-ym w mieście Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilwskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilwskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojcekim i ich następcy, d) Lechowsy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzecone stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7), najpóźniej do dnia 3 (15-go) Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curricu-*

*lum vitae*); 5) kandydaci rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto należyte, urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Przez Towarzystwa, dr. *Orłowski*.

Sekretarz stały dr. *Szokalski*.

— W dniu 25 b. m. i r. w Karnym Wydziale Warszawskiej Izby Sądowej sądzoną była sprawa redaktora Kurjera Porannego Feliksa Fryze, zaskarżonego przez d-ra RY-  
NICKIEGO lekarza D. Ż. WW. w Skierniewicach o pomieszczenie na tegoż w swem piśmie artykułu potwarzczego (Nr. 167 Kurjera Porannego z r. z.). Wyrokiem Izby Sądowej redaktor i wydawca Kurjera Porannego uznany został za winnego i skazany z mocy § 1039 kodeksu kar na pięć dni aresztu, ewentualnie na zapłacenie tytułem kary Rs. 25.

**Zagraniczne.** Czytamy w Przeglądzie lek.: Posiedzenie Wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyło się w Poznaniu dnia 8 b. m. dla załatwienia spraw przekazanych mu przez Zjazd. Na posiedzeniu tem, w którym brał udział także prof. dr. SZOKALSKI, uchwalono stosownie do zlecenia Zjazdu zająć się sporządzeniem pamiątkowej tablicy dla braci Śniadeckich. Tablica ta ma być wmurowaną w katedrze gnicznieńskiej. Celem zebrania odpowiednich funduszów na rzeczoną tablicę postanowiono wydać odezwę, ogłosić ją w pismach a nadto rozesłać do niektórych osób w Warszawie, Krakowie i Lwowie, które się zajmą przyjmowaniem na ten cel datków. Dalej stosownie do upoważnienia Zjazdu wybrano na przewodniczącego Wydziału gospodarczego przyszłego V Zjazdu lekarzy i przyrodników, który ma się odbyć we Lwowie, pana d-ra CZYZEWICZA, a na sekretarza d-ra Józefa ŻULIŃSKIEGO, obydwóch ze Lwowa.

Wniosek prof. d-ra BLUMENSTOKA, domagający się, aby wolno było ustnie wygłaszać odczyt na plenarnem posiedzeniu, nie uzyskał większości głosów Wydziału gospodarczego. Wniosek zaś d-ra ROSTAŃSKIEGO, określający warunki i zastrzeżenia, pod jakimi zgłoszenia z odczytami; wykładami i referatami następować mogą, przekazano do rozważy V Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich.

Uchwalono dalej zebrać wszystkie uchwały poprzednich Zjazdów, tyczące się porządku obrad i regulaminu a następnie po zebraniu ich przedstawić odpowiednie wnioski przyszłemu Zjazdowi. Uchwalono nadto, aby sekcja przyrodnicza Wydziału gospodarczego porozumiała się z poznańskim Towarzystwem Przyjaciół nauk w sprawie zakładania stacji meteorologicznych. Inne sprawy załatwione będą na przyszłych posiedzeniach Wydziału gospodarczego, które niebawem się odbędą.

— Prof. RYDEL został Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego a profesora PIOTROWSKIEGO wybrano panownię na Dziekana fakultetu lekarskiego.

— Dowiadujemy się iż kol. Walery JAWORSKI docent Uniwersytetu Jagiellońskiego znany z gruntownych prac swoich nad działaniem i sposobem stosowania soli Karlsbadzkiej, funkcyonować będzie w bieżącym sezonie jako lekarz zdrojowy w Karlsbadzie.

— Przesyłając ostatnie zeszyty I-go tomu dzieła p. t. *Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker*, Redakcyja pisze co następuje: Największe trudności na jakie Redakcyja natrafiła powstają stąd, że wielu żyjących lekarzy nie odsyła, zupełniejszy je, schematów, które im przesłane były. Wielu z tych, którzy w ogólnej Encyklopedyi są zamieszczeni odsyłają nas do niej, inni zbyt są skromni aby swoje prace za odznaczające się uważać, wreszcie jeszcze inni zarzucają nadesłany schemat i dlatego nie odsyłają nam go. Wypada stąd największy dla redakcyi kłopot z odszukiwaniem tytułów prac ludzi żyjących. Ogólne encyklopedye najczęściej bardzo krótko i niedokładnie podają wiadomości o ludziach żyjących. Bardzo jest zatem do życzenia, żeby lekarze, którym wspomniane schemata zostały nadesłane, śpiesznie je zapewnili i Redakcyi zwrócili. Tylko takim sposobem możemy uniknąć błędów i niedokładności w dziele, które gdy będzie skończone, przedstawiać będzie dzieło źródłowe, z którego późniejsi historycy lekarscy czerpać będą.