

GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI SANATORYUM W ZAKOPANEM.

Badania krwi według metody Arneft'a u chorych na gruźlicę ze stanowiska klinicznego.

Podali

Dr K. Dłuski i M. Rospędzikowski.

W szeregu zagadnień, związanych ze sprawą leczenia gruźlicy płuc jednym z najważniejszych i domagających się rozstrzygnięcia zarówno ze stanowiska społecznego, jak i ze stanowiska interesów chorego—jest wczesne postawienie rozpoznania. Rozwodzić się nad tem zbyt wiele. Sprawa sama przez się jest jasna. W literaturze fachowej ostatnich czasów poświęcono jej sporo miejsca z tego prostego względu, że wczesne rozpoznanie pozwala na wczesne rozpoczęcie leczenia, a tem samem daje możność otrzymania lepszych wyników leczniczych. W Niemczech zwłaszcza, gdzie walka z gruźlicą przybrała tak duże rozmiary, gdzie dla celów tej walki państwo i społeczeństwo nie szczędzą środków, w klinice i piśmiennictwie specjalnem wysunęła się ona na plan pierwszy.

Jak wiadomo, rozporządzamy obecnie trzema głównymi metodami do rozpoznania gruźlicy płuc: fizykalne badanie, próba tuberkulinowa i serodyagnostyka. Badanie fizykalne, jak nas poucza klinika, bardzo często jest niewystarczające, zwłaszcza, gdy chodzi o ogniska ukryte—czynne, spotykające się zgodnie z badaniami NAEGEL'ego bardzo często, nie mówiąc już o ukrytych nieczynnych.

Próba tuberkulinowa daje bardzo różne wyniki, często wątpliwe i niepewne. W gruźlicy ludzkiej, w przeciwstawieniu do perlicy, decydującą być nie może. A to tem bardziej, jeżeli zważymy, że tuberkulina daje odczyn nie tylko w gruźlicy, lecz i w różnych innych sprawach chorobnych [przymiot,

trąd, rak, blednica i t. d.), także u ozdrowieńców po różnych chorobach, a nawet u ludzi zupełnie zdrowych.

Co się tyczy serodyagnostyki, posługują się nią dla celów klinicznych, właściwie mówiąc, tylko w kraju jej narodzin—we Francji. O ile z dostępnej literatury wiadomo, metoda ARLOING'a-COURMONT'a poddana została, wskutek jaskrawo sprzecznych wyników, surowej krytyce przez wybitnych bakteriologów i klinicystów, i w Niemczech, na przykład, z powodu swej bezwartościowości klinicznej dla rozpoznawania początkującej gruźlicy płuc, została niemal zupełnie zarzuconą. Naturalną więc jest rzeczą, że byłoby pożądanem znalezienie jakiejś nowej metody, któraby w połączeniu z dzisiaj używanymi mogła, uzupełniając ich braki i niedostateczność, dawać więcej pewne wyniki. Metoda taka mogłaby oddać duże usługi i z tego względu, że obok wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc, ważną jest rzeczą także oryentowanie się w przebiegu samej sprawy chorobnej. Już przed kilkudziesięciu laty BREHMER zwracał uwagę na to, że może żadna z chorób przewlekłych nie ma przebiegu tak nierównego, tak pełnego rzeczy nieprzewidzianych i nieuchwytnych, jak gruźlica płuc. Stąd też i rokowanie—nie mówiąc o wypadkach z obrazem klinicznym zupełnie jasnym—bywa często wielce utrudnione. Nie można go bowiem oprzeć na czynnikach pewnych, dających prawo do wniosków wyraźnych, ściśle określonych.

Potrzebie takiej zdaje się częściowo odpowiadać badanie krwi według metody stworzonej przez ARNETH'a, a stosowanej przez niego w całym szeregu chorób zakaźnych, a między innymi na wielką skalę—w gruźlicy. Metoda ta w naszej literaturze była przedmiotem krótkiej wzmianki TOMASZEWSKIEGO i bardzo poważnej pracy ŻELEŃSKIEGO, który przy jej pomocy dokonał wielu ciekawych badań nad krwią specjalnie wieku niemowlęcego.

Pomimo, iż w pracy jego metoda ta była wszechstronnie z punktu naukowego traktowaną, pozwolimy sobie jednak przypomnieć ją jako podstawę do naszych własnych badań, uwzględniając przytem i techniczną ich stronę w zarysach ogólnych.

Badania ARNETH'a, jak wiadomo, dotyczą wyłącznie jednego gatunku białych ciałek krwi, a mianowicie „neutrofilnych“, którym autor przypisuje przeważającą rolę w ochronie ustroju przed zakażeniem i zatruciem. Opierając się na teorii MIECZNIKOWA, uważa ARNETH, że przy rozpadzie tych ciałek tworzą się substancje ochronne, odgrywające czynną rolę w walce ustroju ze sprawami chorobnymi. Oryginalność pomysłu ARNETH'a polega na klasyfikacji ciałek neutrofilnych stosownie do liczby jąder i ich większego lub mniejszego zróżniczkowania.

Prawidłowy obraz ciałek neutrofilnych przedstawia się w cyfrach zaokrąglonych, bez ułamków, według stępującego wzoru [patrz tabl. na str. nast.].

Jak widzimy z załączonego wzoru, ciała te w stanie prawidłowym znajdują się w krwi dorosłego i zdrowego człowieka ¹⁾ w stosunkach mniej

¹⁾ Zupełnie różny od tego, jak twierdzi ŻELEŃSKI, obraz krwi w wieku dziecięcym, gdzie przeważna liczba ciałek neutrofilnych znajduje się w pierwszych klasach i gdzie spotkania myelocytów nie należą wcale do rzadkości.

I	II		III				IV				V i wyżej					
	2 K	2 S	1 K 1 S	3 K	3 S	2 K 1 S 2 S 1 K	4 K	4 S	3 K 1 S 3 S 1 K 2 K 2 S	5 K	5 S	4 K 1 S 3 K 2 S	2 K 3 S 1 K 4 S i t. d.			
—	5	—	23	12	2	6	17	16	4	—	6	2	5	1	1	
5%	35%		41%				17%				5%					

Litera M w klasie I oznacza myelocyty, W—ciątka o nieznacznie zaziębionym jądrze (wenigegebuchtet). Rubryki następnich klas przedstawiają wszystkie możliwe kombinacye z jąder o kształcie zupełnie okrągłym K (Kern) i jąder, których kształt jest wydłużony, przedstawiający mniejsze lub większe pętle S (Schlingen). Więcej np. w klasie III 2 K 1 S oznacza lenkocyt o dwu okrągłych jądrach i jednej pętli.

więcej stałych i określonych, przyczem przeważająca liczba ciałek znajduje się w klasach II, III i IV [93%].

Stosunek taki powtarza się stale i mniej więcej jednakowo we wszystkich przeprowadzonych przez ARNETH'a badaniach krwi u piętnastu zupełnie zdrowych ludzi. Z tego powodu wzór ten, jako przeciętna piętnastu badań, został przyjęty przez niego, jako obraz prawidłowy krwi zdrowego i dorosłego człowieka.

Jednakże te odsetkowe stosunki nawet w warunkach normalnych ulegają pewnym wahaniom. Z badań ARNETH'a wypada, że przesunięcie się obrazu w kierunku dwu klas pierwszych [na lewo] nawet o 15% [a więc zamiast 40% w I i II klasie — 55%], nie może być jeszcze uważane, jako obraz krwi nienormalny, zdradzający sprawę chorobną ustroju ¹⁾. Większe zaś, przekraczające tę normę uchylenie w tymże kierunku [na lewo do klas I i II], będzie już służyło za znamię sprawy chorobnej, której nasilenie pozostawać będzie w prostym stosunku do zwiększonej liczby ciałek w pierwszych dwu klasach. Im zakażenie lub zatrucie są większe, tem uchylenie się obrazu od wzoru prawidłowego bywa znaczniejsze. Spostrzeganie stale powtarzających się zmian w obrazie krwi, mianowicie zwiększanie się liczby ciałek w pierwszych dwu klasach, a ubywanie ich w pozostałych wyższych — naprowadziły twórcę metody na myśl, że rozpadanie się ciałek białych, dla wydzielania wspomnianych substancji ochronnych, odbywa się w pewnym określonym porządku — mianowicie przed innymi giną w walce z zakażeniem lub zatruciem ciała należące do klas wyższych.

Zjawisko to tłumaczy ARNETH w ten sposób, że ciała te posiadają największą ilość substancji ochronnych i wskutek tego bywają wysuwane przez ustrój na pierwszy plan walki z wrogiem. W miarę ubywania ich z pola walki, miejsce ich zajmują pokolenia coraz młodsze, dzięki podrażnionej działalności narządów krwiotwórczych, wytwarzających, jak wiadomo, ciała najmniej złożone, stojące na najniższym szczeblu chierarchii w układzie neutrofilnym ARNETH'a. Wedle obrazowego porównania ŻELEŃSKIEGO, „sprawę tę możnaby porównać z poborem rekruta w czasie wojny: im więcej ginie regularnych żołnierzy, tem więcej musi państwo powoływać młodzieży na plac boju, aby nią wypełniać zdziesiątkowane kadry, a nawet zstępować do wieku niemal chłopięcego, któremu w naszym obrazie odpowiadają grupy M i W. Jeżeli armia leukocytów zwycięży, stosunki zwolna powracają do stanu prawidłowego“.

Zaznaczyć winniśmy, że zmiany w układzie krwi w rozmaitych stanach chorobnych u człowieka były sprawdzone przez ARNETH'a w doświadczeniu nad zwierzętami. Wstrzykując ciała białkowe toksyny i żyjące drobnoustroje, spostrzegał on w układzie eozynofilnych u królika zmiany analogiczne do zmian, jakie zachodzą przy zakażeniu lub zatruciu w układzie neutrofilnym u człowieka. Jak wiadomo eozynofile królika odpowiadają neutrofilom u ludzi

¹⁾ ARNETH. „Die neutroph. weissen Blutkörperchen str. 18.

Zanim przystąpimy do badań specjalnych АРНЕТН'a nad układem krwi w gruźlicy płuc, musimy wspomnieć pokrótce o badaniach w innych chorobach zakaźnych. Jak w jednej, tak i w drugich przyczyny sprawy chorobnej mają źródła analogiczne. I tu i tam czynnikiem chorobotwórczym są drobnoustroje, w rozmaity sposób oddziaływające na tkanki i soki ustroju. Albo przeważa bezpośrednie zakażenie przez drobnoustroje, albo zatrucie dzięki wydzielanym przez nie toksynom, albo występuje *sepsis* przez dostanie się drobnoustrojów do ogólnego obiegu krwi, albo wreszcie połączenia tych rozmaitych sposobów zatrucia ustroju. Stosownie do większego lub mniejszego stopnia zatrucia, zachodzą większe lub mniejsze zmiany w obrazie neutrofilnym krwi. Wyjątek w tym razie stanowi tylko tężec, ale jest to sprawa specjalna, o której obecnie mówić nie będziemy.

[D. c. n.]

II. O przyczynach błędnego rozpoznania zwężenia otworu żylnego lewego

(*stenosis ostii venosi sinistri*).

Napisał

Dr med. J. Pawiński.

Ze wszystkich wad serca zwężenie otworu żylnego lewego dostarcza najwięcej danych dyagnostycznych [szmer rozkurczowy, przedskurczowy, rozkurczowy podwójnie wzmożony, zdwojenie drugiego tonu, wzmożenie pierwszego tonu, pomruk koci]. Zdawałoby się więc, że rozpoznanie tej wady nie powinno przedstawiać żadnej trudności. Tymczasem bywa inaczej¹⁾; zgodzi się na to niezawodnie każdy klinicysta, który nie omija sposobności kontrolowania swego rozpoznania zapomocą badań pośmiertnych.

Pomyłki mogą być dwojakiego rodzaju:

A) Na stole sekcyjnym znajdujemy zwężenie ujścia żylnego lewego, tymczasem za życia chorego nie podejrzewaliśmy, aby ono istnieć mogło;

B) albo też badanie kliniczne dostarcza nam wszystkich danych, przemawiających za zwężeniem, a tymczasem po śmierci chorego okazuje się, że ujście żylnego lewego nie przedstawia żadnych zmian.

¹⁾ Ed. BIERNACKI. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc. Odczyty kliniczne Nr. 88 i 89. Warszawa 1896.

Pomyłki pierwszego rodzaju są o wiele częstsze niż zależące od drugiego działu.

Postaramy się naprzód wyjaśnić przyczynę pierwszych. Zależć one mogą od:

- I) błędnego osłuchiwania serca;
- II) od znikania szmerów, poprzednio istniejących;
- III) od zupełnego braku szmerów.

Co do I. a) Pomyłki, zależne od błędnego osłuchiwania, zdarzają się głównie w tych przypadkach, w których obok zwężenia ujścia żylnego lewego istnieje niedomykalność zastawki dwudzielnej.

W celu oznaczenia szmerów, w związku będących z wadami ujścia żylnego lewego, większość lekarzy poprzestaje na osłuchiwanie serca w linii sutkowej, w miejscu odpowiadającym wierzchołkowi, zgodnie ze wskazówkami, podawanymi w podręcznikach dyagnostyki. Niekiedy tylko przesuwa się stetoskopito w kierunku ku mostkowi, lub też powyżej lub poniżej uderzenia wierzchołkowego. Ponieważ zaś, jak to wielokrotnie mieliśmy sposobność przekonać się, zjawisko wysłuchowe, zależne od zwężenia ujścia, a zwłaszcza szmer przedskurczowy, stają się często wyraźnymi dopiero w miarę oddalenia się ku linii pachowej, więc też ujść mogą w zupełności uwagi badacza.

Niekiedy zdarza się, że *maximum* natężenia szmeru przedskurczowego przypada aż w linii pachowej [przedniej lub średniej]. Odwrotnie zachowuje się szmer skurczowy: w miarę przesuwania stetoskopu w kierunku od linii pachowej do linii sutkowej zyskuje on na sile, jasności. Słowem, jeśli osłuchiwać będziemy serce w linii sutkowej, to rozpoznamy tylko niedomykalność zastawki, skoro zaś — na zewnątrz od tejże linii w kierunku ku pachowej, to stwierdzimy i zwężenie ujścia.

Podobne zachowanie się szmerów ma miejsce nawet w wadach zrównoważonych, w początkowych okresach choroby. Takie umiejscowienie szmerów dotyczy przede wszystkim tych przypadków, w których zwężenie ujścia cechuje się szmerem przedskurczowym, lub też zdwojeniem drugiego tonu. Tam zaś, gdzie *stenosis ostii v. sinistri* daje powód do powstawania szmeru rozkurczowego, pomyłki podobne do opisanych zdarzają się rzadziej, gdyż umiejscowienie jego i rozprzestrzenianie jest nieco odmienne, aniżeli szmeru przedskurczowego. Szmer rozkurczowy, który zresztą zaliczyć należy do zjawisk wysłuchowych, najrzadziej występujących przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, słychać najlepiej bądźto u samego wierzchołka serca, bądź też nieco na wewnątrz od niego ku mostkowi i ku górze. W kierunku na zewnątrz, t. j. ku linii pachowej natężenie jego szybko słabnie. Zachowuje się więc odwrotnie, aniżeli szmer przedskurczowy. Podobne umiejscowienie szmeru: rozkurczowego i przedskurczowego, możnaby według SAHLI'ego ¹⁾

¹⁾ Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig 1902.

w następujący sposób wyjaśnić: szmer rozkurczowy powstaje w samym początku rozkurczu komórki w skutek aspiracyjnej siły tejże, kiedy przedsionek jest jeszcze mocno napełniony krwią, a komórka małą tylko ilość krwi zawiera. Wypełnienie krwią przedsionka, jego rozciągnięcie sprzyja umiejscowieniu szmeru na wewnątrz linii sutkowej i nieco ku górze. Odwrotnie rzecz się ma ze szmerem przedskurczowym: powstaje on pod koniec rozkurczu, kiedy przedsionek już niewielką ilość krwi zawiera, a lewa komora mocno krwią jest przepełniona i przylega więcej, aniżeli w początku, do klatki piersiowej. Tym sposobem rozprzestrzenianie się szmeru w kierunku lewej komory ku wierzchołkowi serca—zgodnie zresztą z jego naturalnym kierunkiem, natrafia na sprzyjające warunki. Z tego też powodu szmer przedskurczowy słyszymy zazwyczaj najlepiej na zewnątrz od wierzchołka serca—w kierunku ku linii pachowej, szmer zaś rozkurczowy na wewnątrz od linii pachowej, przybliżając się do normalnego położenia przedsionka lewego.

b) Niekiedy niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty staje się powodem błędnego rozpoznania zwężenia ujścia żylnego lewego, a to wskutek przenoszenia się szmeru rozkurczowego, powstającego w ujściu aorty do wierzchołka serca. Należy jednak pamiętać, że szmer diastolyczny aortalny jest zwykle przeciągły, długi, jakby rozlegający się, gdy tymczasem zależny od zwężenia ujścia żylnego lewego jest krótszy, mniej głośny.

II. Znikanie szmerów w pewnych okresach choroby serca może być przyczyną błędnego rozpoznania zwężenia otworu żylnego lewego. Dotyczy to zarówno czystego, nie powikłanego zwężenia, jak i zwężenia, do którego przyłącza się niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Z pomiędzy licznych przykładów, jakie nam przedewszystkiem praktyka szpitalna dostarczyła, przytoczymy tylko kilka. Są one bardzo cenne ze względu, iż dotyczą chorych, którzy w ciągu kilkunastu lat, w pewnych odstępach czasu, podlegali naszej obserwacji. Posłużyły one do śledzenia różnych faz choroby, począwszy od początku aż do skończenia cierpienia, jak również do wykonania badania pośmiertnego.

a) Czyste, niepowikłane zwężenie ujścia żylnego lewego.

Spostrzeżenie I. T. lat 26, żona rzemieślnika, przybyła do szpitala 20. IX. 1890 r. z powodu reumatyzmu wielostawowego. Znalaziono wówczas zwężenie ujścia żylnego lewego. Wymiary tępości serca prawidłowe: górna granica na dolnym brzegu 4-go żebra, prawa przy lewym brzegu mostka, lewa nie dochodzi do linii sutkowej lewej. Uderzenie wierzchołkowe w 5-m międzyżebrzu *in l. mam. sinistra*. Pomruk koci i szmer przedskurczowy w okolicy wierzchołka serca i nieco na zewnątrz od linii sutkowej. W innych narządach nie byliśmy w stanie wykryć nic nieprawidłowego. Po kilku tygodniach po ustąpieniu bólów i obrzmień stawowych, chora wypisała się ze szpitala.

Po upływie 4-ch lat znajdujemy ją znowu w oddziale, do którego przybyła z powodu bezwładu połowiczego, jakiemu przed kilku dniami uległa. Jednocześnie istniało zaburzenie w mowie (*dysphasia*). Czynność serca była dość energiczna i przyspieszona, w wymiarach tępości serca, jak również w natężeniu i charakterze szmeru przedszkurczowego nie znaleźliśmy różnicy w porównaniu z dawnym stanem chorej. Pierwszy ton u wierzchołka wydał nam się tylko silniejszym, jak również i drugi ton, odpowiadający zastawkom półksiężycowym tętnicy płucnej. Tętno, dawniej miarowe, stało się nieco niemiarowe. Skoro po dwu tygodniach chora odzyskała mowę, dowiedzieliśmy się, że porażenie połowicze wystąpiło nagle po wzruszeniu w pierwszym dniu peryodu, zapewne wskutek zatoru. Porażenie to ustąpiło po upływie 3-ch tygodni. Co się tyczy sprawności serca, to, z opowiadania chorej sądząc, jest ona nieco mniejszą, niż poprzednio, gdyż przy prędszem chodzeniu, wchodzeniu na schody i t. p. chora zadysza się więcej niż dawniej. Prócz tego stwierdza, iż często podlega kaszłom, zaziębaniu i t. p.

W r. 1899, a więc po 5-u latach, spotykamy znowu chorą w szpitalu. Skarży się na duszność, kaszel, bicie serca, obrzmienie nóg. Tętno małe, 90, słabo napięte, nieco niemiarowe. Tępość serca znacznemu uległa powiększeniu, a głównie w wymiarze poprzecznym. Uderzenie wierzchołkowe dość silne w 6-em międzyżebżu na $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej lewej. Prawa granica serca na środku mostka. Tony serca w ogóle słabe, szmerów żadnych nie podobna wykryć. Niekiedy przy zwolnionem nieco tętnie serca słychać zdwojenie 2-go tonu w okolicy wierzchołka. W płucach nieliczne świsty i rzęzenia drobnopęcherzykowe. Wątroba wystaje z pod prawego podżebrza dość znacznie. Obrzęk nóg umiarkowany. Mocz skąpy, zawiera ślady białka. Dopiero po kilku dniach, skoro pod wpływem użycia naparstnicy tętno stało się rzadszem i miarowem, wystąpił szmer przedszkurczowy w okolicy wierzchołka serca.

Po kilkunastu dniach, skoro działanie naparstnicy ustało, szmer wspomniany znowu zaczął znikać, duszność wzmogła się, należało znowu przystąpić do *digitalis*. Kilkakrotne podawanie tegoż, przy odpowiedniem zastosowaniu środków czyszczących i przepisów higieniczno-dyetycznych, doprowadziło nas nareszcie po kilku tygodniach do osiągnięcia pewnej poprawy: duszność i obrzęki, tępość serca zmniejszyły się; szmer jednak przedszkurczowy to zniknął, to występował znowu, stosownie do słabszej lub silniejszej działalności serca.

Wreszcie w r. 1902, t. j. po upływie 3-ch lat, przybywa chora do oddziału naszego w bardzo ciężkim stanie, w okresie dyssystolii serca: sinica, duszność, obrzęk kończy dolnych, *ascites*. Tępość serca ogromna: prawa granica przechodzi poza prawy brzeg mostka, lewa w bliskości linii pachowej przedniej, górna granica rozpoczyna się już na 3-em żebrze. Tony słabe. Szmerów żadnych na całym *praecordium* nie słychać. Mocz skąpy, zawiera 1% białka. Tętno małe, słabo napięte, nie-

kiedy zaledwie dające się wyczuć. Naparstnica żadnego pożytku nie przyniosła. Skuteczniejszymi okazały się: kofeina, kamfora, lecz i pod wpływem tych leków szmer nie wystąpił. Chora po kilku tygodniach przy objawach wzmagającej się niedomogi serca, życie zakończyła.

Badanie pośmiertne wykazało: Zastój i obrzęk w dolnych częściach płuc. Serce powiększone, głównie w wymiarze poprzecznym. Otwór żylny lewy znacznie zwężony, przepuszcza za ledwie koniec małego palca. Jama lewej komora zmniejszona, ściana posiada 1 cm. grubości. Lewy przedsionek znacznie powiększony, rozciągnięty, wypełniony skrzepami. Prawa komora w stanie silnego przerostu, otwór żylny prawy powiększony, (*insuffic. relativa*). Przedsionek rozciągnięty. Lewa komora stanowi jakby mały dodatek do prawej. Wątroba zastoinowa, nerki cyanotyczne.

Z powźszego okazuje się, jakim zmianom podlegał szmer przedsurczowy, stosownie do różnych faz rozwoju choroby. Podczas pierwszego i drugiego pobytu chorej w oddziale, a więc w okresie eusystolii, szmer przedsurczowy był stałym zjawiskiem, podczas trzeciego pobytu—w okresie hyposystolii występował tylko pod wpływem środków sercowych, głównie naparstnicy; w czasie zaś ostatniego pobytu, więc w okresie wyczerpania mięśnia sercowego (*dyssystolia*), nie słyszeliśmy go już zupełnie.

b) Przechodzimy teraz do spostrzeżeń, w których obok zwężenia ujścia, istniała i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Przypadki tu należące posiadają większą doniołość dla klinicysty ze względu, iż zdarzają się o wiele częściej, niż należące do poprzedniej grupy, a przytem dostarczają lekarzowi większej różnorodności zjawisk wysłuchowych. Z tego właśnie powodu są one niejako jądrem całej kwestyi spornej, o której mowa.

Spostrzenie II. P. T., wyrobnica, lat 50, przybyła do szpitala 19. VI. 1892 r. z powodu dolegliwości żołądkowo-kiszkowych, zależnych od ostrej niestrawności. Przy badaniu znaleźliśmy wadę serca, a mianowicie zwężenie otworu żylnego lewego, o której chora nic nie wiedziała. Oddech krótki, jakiego doświadczała niekiedy, przypisywała ciężkiej pracy fizycznej, z którą się utrzymywała.

Budowy i odżywienia średniego. Tętno 72, miarowe, średniej wielkości. Tępość serca zwykłych rozmiarów. Uderzenia wierzchołkowego wyczuć nie można. W linii sutkowej na wysokości 5-go żebra, a zwłaszcza na zewnątrz od tejże słyhać krótki szmer przedsurczowy, niekiedy zaś i zdwojenie drugiego tonu. Drugi ton tętnicy płucnej wzmożony.

Wątroba nie powiększona. Mocz wydziela się w dostatecznej ilości; białka ani cukru nie zawiera.

Po 10-u dniach przy odpowiednim leczeniu i zachowaniu diety stan gastryczny minął, w skutek czego chora opuściła szpital.

Po upływie roku chora powróciła znowu do oddziału z powodu bólów reumatycznych (*rheumatismus articularum subacutus*). Przy badaniu serca okazało

się, że do zwężenia ujścia przyłączyła się niadomykalność zastawki dwudzielnej, albowiem w okolicy wierzchołka serca, w 5-em międzyżebżu w linii sutkowej, wystąpił szmer skurczowy, którego przy poprzednim pobycie chorej w szpitalu nie było.

Dawny zaś szmer przedskurczowy był słyszalnym najwyraźniej na 1—2 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej lewej. Drugi ton tętnicy płucnej wzmożony. Tępość serca uległa pewnemu powiększeniu w wymiarze poprzecznym, prawa granica przypadała na środek mostka, lewa zaś przekraczała linię sutkową lewą. Wątroba wystawała nieco z pod prawego podżebrza. Pod wpływem *natr. salicylic.* bole i obrzmienie stawów ustąpiły.

W r. 1896, a zatem po upływie trzech lat, znajdujemy naszą chorą znówu w oddziale. Przybyła do szpitala z powodu niepokoju serca, duszności i obrzęków.

Badanie wykazało: serce znacznie powiększone w obu wymiarach, głównie jednak w poprzecznym; prawa granica przy prawym brzegu mostka, lewa na 2 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej lewej, górna granica na 4-em żebrze. W okolicy wierzchołka przeciągły szmer skurczowy; drugi ton także słaby. Dawnego szmeru przedskurczowego nie słychać. W dolnych odcinkach płuc objawy zastoju. Wątroba znacznie powiększona. Kończyny dolne w stanie dość silnego obrzęku. Diureza zmniejszona. Ślady białka w moczu.

Tętno około 100, słabe o fali małej, nieco niemiarowe.

Pod wpływem naparstnicy stan chorej zaczął się poprawiać, duszność zmniejszyła się, tętno zyskiwało na sile, obrzęki zmniejszyły się. Dopiero po tygodniu użycia naparstnicy można było stwierdzić i szmer przedskurczowy [obok szmeru skurczowego] na zewnątrz od uderzenia wierzchołkowego. Zaznaczyć winniśmy, iż szmer ten w dalszym przebiegu choroby nie występował stale; znikał, skoro tylko czynność serca stawała się słabszą, zjawiał się w miarę wzmagania się energii mięśnia sercowego. Po kilkotygodniowym pobycie w oddziale chora ze znacznym polepszeniem wypisaną została do domu.

Poprawa trwała jednak nie długo, wskutek zmęczenia fizycznego [pranie] stan chorej znacznie się pogorszył i zmusił ją do szukania pomocy w szpitalu. Przybyła w stanie bardzo ciężkim, w okresie zupełnego wyczerpania serca, z wielką dusznością i obrzękami. W prawej opłucnej duży przesiek, jak również w jamie brzusznej. Tętno bardzo słabe, niekiedy za ledwie wyczuwalne. Sinica twarzy. Tępość serca ogromnych rozmiarów, prawa granica dochodzi prawie do linii sutkowej prawej, lewa zaś zbliża się do linii pachowej przedniej lewej. Górna granica rozpoczyna się już na 3-em żebrze. Uderzenia wierzchołkowego nie podobna wyczuć. Tęny głuche, słabe. Szmerów żadnych stwierdzić nie można. Wątroba znacznie powiększona, dolną swą granicą dochodzi prawie do okolicy pachwinowej. Mocz skąpy, zawiera około 1‰ białka i wałeczki szkliste.

Pod wpływem środków pobudzających, jak kofeiny, kamfory, eteru i t. p. jednocześnie z poprawą działalności serca, występował szmer skurczowy w oko-

licy wierzchołka serca, znikał jednak szybko. Szmeru zaś przedskurczowego nie byliśmy w stanie usłyszeć ani razu podczas 3-tygodniowego pobytu chorej w oddziale. Zmarła ona przy objawach stopniowo wzmagającej się niedomogi serca.

Badanie pośmiertno wykazało: *Hydrohorax dexter. Compressio pulmonis dextri.* Serce powiększone, głównie w wymiarze poprzecznym [12,6 ctm.]. Podłużny wymiar 10,5. W jamie osierdzia nieznaczna ilość płynu surowiczego. Przednią ścianę serca tworzy głównie prawa komora, lewa zaś zwrócona jest ku tyłowi, ku górze i na lewo. Ujście żyłne lewe zwężone, przepuszcza mały palec ręki. Brzegi zastawki dwudzielnej mocno zgrubiałe. *Insuffic. v. mitralis. Chordae tendineae* skrócone i zgrubiałe. Przesionek mocno rozciągnięty. Jama lewej komory zmniejszona, ściana ścięczała [1 ctm.]. Przez otwór przedsionko komorowy prawy przechodzą 3 palce. Przesionek powiększony. Prawa komora w stanie znacznego przerostu [grubość ściany 1 ctm.], jama jej powiększona. Mięśnie brodawkowe silnie rozwinięte. Stożek tętnicy płucnej uległ rozszerzeniu. Obwód tętnicy płucnej na wysokości zastawek półksiężycowych wynosi 8,5 ctm., aorty zaś 7,5 ctm.

Z powyższego okazuje się, że rzeczywiście mieliśmy do czynienia z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i zwężeniem otworu przedsionka komorowego lewego. Tymczasem obserwując chorą w różnych odstępach czasu, można było mieć wątpliwość, czy istotnie istniało zwężenie ujścia. Odnosi się to przede wszystkim do okresu hyposystolii, w którym z początku szmeru przedskurczowego zupełnie nie słyszeliśmy, później zaś stwierdziliśmy jego obecność tylko na pewien czas w okresie poprawy czynności serca pod wpływem naparstnicy. W ostatnich tygodniach choroby, w czasie dysystolii szmer przedskurczowy znikł zupełnie, a szmer skurczowy występował tylko od czasu do czasu. Wogóle powiedzieć można, że szmer skurczowy okazywał daleko więcej stałości, mniejszym podlegał wahaniom co do swego natężenia, aniżeli szmer przedskurczowy. Pomimo tego w ostatnim okresie niedomogi serca był tak zmiennym, iż łatwo było, nie znając całego przebiegu, przeoczyć wadę zastawkową i przyjąć za podstawę—przewlekłe cierpienie mięśnia sercowego.

Spostrzeżenie następujące (III) jest analogicznem do poprzedniego. Różnica pomiędzy obydwoma polega tylko na odmiennym rozwoju wady, a mianowicie w spostrzeżeniu obecnem do niedomykalności pierwotnie istniejącej przyłączyło się zwężenie ujścia żyłnego lewego, gdy tymczasem w poprzedniem rzecz się miała odwrotnie.

W. B., lat 24, przybyła do szpitala dnia 10. X. 1892 r. z powodu ostrego niezytu oskrzeli. Z wywiadów okazuje się, że chora przed 3-ma laty przebywała ostry reumatyzm stawowy. Badanie serca wykazało niedomykalność zastawki dwudzielnej. Tępość serca zwykłych rozmiarów. Uderzenie wierzchołkowe w 5-em międzyżebżu w linii sutkowej lewej. Tamże słyhać wyraźny szmer skurczowy, który rozprzestrzenia się więcej w kierunku na wewnątrz, niż na zewnątrz linii sutkowej. Tętno 76, średniej siły rytmiczne. W płucach rozrzucone rzężenia wilgotne. Chora żadnych dole

gliwości ze strony serca nie doznaje i o swej wadzie nie wie. Po ustąpieniu nieżyty oskrzeli chora powróciła do domu.

Po upływie 2-u lat zapadła znowu na reumatyzm stawowy, w skutek czego, nie widząc poprawy, zmuszona była zapisać się do szpitala. W wymiach tępości serca nie znaleźliśmy żadnej różnicy w porównaniu z przed 2 laty, lecz przy wysłuchiowaniu stwierdziliśmy w okolicy wierzchołka serca słaby szmer rozkurczowy, na zewnątrz zaś, w kierunku ku linii pachowej, wyraźny szmer przedskurczowy; drugi ton tętnicy płucnej wzmożony; słowem—oprócz dawnej niedomykalności zastawki dwudzielnej wytworzyło się zwężenie ujścia przedsionkowo-komorowego lewego. Przyczyną zaś owego powikłania był niezawodnie reumatyzm stawowy. Po kilkotygodniowym pobycie w oddziale i jednoczesnym zastosowaniu przetworów salicylowych obrzmienie stawów i bole reumatyczne ustąpiły, szmer jednak przedskurczowy pozostał i nadal. Chora opuściła szpital, czując się zupełnie dobrze.

Po 4-ch latach [w r. 1896] spotykamy ją znowu w oddziale, w stanie znacznie gorszym niż poprzednio—w okresie poczynającej się niedomogi serca. Wystąpiła duszność i sinica twarzy, obrzęk kończyn dolnych. Tępość serca znaczne przybrała rozmiary. Prawa granica blisko prawego brzegu mostka, lewa przekracza na $1\frac{1}{2}$ ctm. linię sutkową lewą. W okolicy wierzchołka słychać tylko szmer skurczowy. Tętno około 100, słabe, nierówne. Wątroba wystaje znacznie z pod prawego podżebrza.

Dopiero po 3-ch tygodniach—po kilkakrotnem podaniu naparstnicy z kofeiną—zaczął występować szmer przedskurczowy w okolicy wierzchołka serca, obok szmeru skurczowego, jednocześnie ze zmniejszeniem rozszerzenia serca. W ciągu 3-miesięcznej obserwacji szpitalnej szmer skurczowy istniał prawie stale, szmer zaś presystoliczny—to występował, to znowu na całe dni znikał, tak że istnienie zwężenia ujścia żylnego lewego mogło nasuwać dużo wątpliwości. Chora opuściła szpital, pozbywszy się obrzęków, ze znacznym polepszeniem.

Poprawa trwała jednak nie długo, po kilku miesiącach chora szuka znowu pomocy w szpitalu z powodu wielkiej duszności, kaszlu, niepokoju serca i znacznych obrzęków.

Badanie wykazało: tętno słabe, od czasu do czasu niemiarewe. Sinica twarzy. Znaczne rozszerzenie serca, prawa granica dochodzi prawie do l. przyrostkowej prawej. Górna granica na 3-em żebrze. Tętno słabe, szmerów zupełnie nie słychać. Rozszerzenie żył szyjnych. Przesięk w lewej opłucnej. Wątroba powiększona, płyn w jamie brzusznej (*ascites*) w umiarkowanej ilości. Kończyny dolne mocno obrzmiały. Mocz skąpy, bez białka.

Po dużych dawkach kofeiny, kamfory i po wypuszczeniu płynu z lewej opłucnej czynność serca poprawiła się nieco. Wówczas wystąpił szmer skurczowy u wierzchołka serca; natężenie jego aż do śmierci chorej, która po kilku tygodniach nastąpiła, podlegało znacznym wahaniom. Szmeru zaś rozkurczowego ani przedskurczowego nie byliśmy w stanie stwierdzić.

Badanie pośmiertne wykazało: *Hydrothorax sinister, oedema pulmonum*. Serce na znacznej przestrzeni odkryte, powiększone głównie w wymiarze poprzecznym [wymiar poprzeczny 12 ctm., podłużny 9 ctm.]. *Ostium venosum sinistrum* z wązono, przepuszcza koniec małego palca, zastawka dwudzielna nierówna, mocno zgrubiała, jakby ściągnięta: *insuffic. mitralis*. Nitki ściągnięte zgrubiałe, skrócone. Jama lewej komory nie powiększona, ściana jej ma 1,2 ctm. grubości, mięsień zmętniały, koloru gliniastego. Prędsionek mocno rozszerzony. Prawa komora w stanie przerostu, jama powiększona, włókna mięsne komórki tu i owdzie stłuszczone, prędsionek rozszerzony. Otwór prędsionkowo-komorowy przepuszcza 4 palce. Tętnice wieńcowe bez zmian. Wątroba muszkatolowa z rozwojem znacznym tkanki łącznej. *Ascites*. Nerki cyanotyczne.

I w tym więc przypadku sekcyja wykazała, że pomimo, iż kilkakrotnie—w okresie niedomogi serca—nie byliśmy w stanie usłyszeć ani szmeru prędskurczowego, ani rozkurczowego, istniało zwężenie ujścia. Szmer zaś skurczowy przetrwał znacznie dłużej niż poprzedni, a znikł dopiero pod koniec choroby w okresie zupełnego wyczerpania serca.

Na zasadzie powyżej przytoczonych spostrzeżeń przychodzimy do wniosku, iż szmer prędskurczowy, *resp.* rozkurczowy istniejący w okresie wyrównania wady, może w okresie niedomogi serca zniknąć na pewien czas, lub na zawsze. Przypadki tej ostatniej kategorii, a zwłaszcza te, którym niemiarkowość ruchów serca towarzyszy, mogą dać powód do błędnego rozpoznania włóknistego zwyrodnienia mięśnia sercowego. W innych znowu razach, skoro szmer prędskurczowy zniknie, a pozostanie tylko zdwojenie 2-go tonu, może powstać wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z rytmem cwałowym, a więc z zaburzeniami cyrkulacyjnymi zupełnie innej kategorii, aniżeli zwężenie ujścia. Rozpoznanie różniczkowe podałem w pracy mej o rytmie cwałowym. ¹⁾

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 2-2 —

1. K. Dłuski. O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. Wykład na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Metoda higieniczno-dyetyetyczna leczenia gruźlicy, która zapanowała niepodzielnie w medycynie po upadku leczenia farmaceutycznego, w ostatnich latach uległa dwojakiej, zasadniczej krytyce. Z jednej strony zaczęto kwestyonować świetne na pozór wyniki leczenia sanatoryjnego, wykazując szybkie

¹⁾ Gazeta Lekarska 1. 1906.

znikanie osiągniętych przy niem polepszeń już w latach najbliższych. Z drugiej strony oceniano je sceptycznie z punktu widzenia nowszych pojęć o uodpornianiu ustroju na zarazki i ich toksyny. W tych warunkach nie dziwno, że wypłynęła ponownie, acz w zmienionej postaci, dawna idea Koch'a — leczenia gruźlicy tuberkuliną. Głębiej uzasadniona teoretycznie i w praktyce oględniej stosowana, idea ta ma dziś na swoje poparcie liczne pomyślnie próby i doświadczenia. Ogólnie je oceniając, ujemną ich stronę stanowi brak wspólnych wytycznych w spostrzeżeniach różnych autorów. To jest przyczyną, że i dziś jeszcze z mnóstwa zebranych faktów klinicznych zaledwie z trudnością można wyciągać jakiegokolwiek ogólniejsze wnioski.

W pracowitem i wielce krytycznym swem zestawieniu autor omawia szczegółowo dzieje pierwszej tuberkuliny Koch'a, oraz jej odmian późniejszych. Cechami charakterystycznymi pierwszej tuberkuliny miały być: 1) ściśle swoiste jej działanie na wszelkie sprawy gruźlicze (martwica tkanki gruźliczej i następcze wydalanie takiej tkanki z ustroju), 2) szczególna wrażliwość na jej działanie ludzi w przeciwieństwie do małej wrażliwości zwierząt. Graniczną dawkę, która już i u zdrowych powodować może odczyn gorączkowy, określano na 0,01 gr.

W stosowaniu leczniczym dawka początkowa wynosić miała 0,01 przy leczeniu wilka twarzy, 0,001 — 0,002 przy leczeniu suchot płucnych. Dawki te powtarzał Koch, dopóki chory nie przestawał na nie reagować, poczem szybko zwiększał, tak iżby w ciągu paru tygodni osiągnąć dawkę wiel. kroć — do 500 razy — wyższą od początkowej.

Tyle z pierwotnych zasad leczenia tuberkuliną. Pozatem Koch nie ustalił dostatecznie ani dawek dla stosowania rozpoznawczego, ani dokładniejszych wskazań leczniczych. Sam leczył zarówno przypadki gruźlicy początkującej, jak i daleko posuniętej. Jak wiadomo, wkrótce zjawily się zaprzeczenia i ostrzeżenia ze strony autorów jak najbardziej bezstronnych i poważnych. Klinicznie ustalono powstawanie po tuberkulinie ciężkich objawów toksycznych (wymioty, bredzenie, białkomocz, zapaś), ostre pogorszenie łagodnych poprzednio objawów klinicznych, niejednokrotnie zakończone śmiercią chorego. Anatomicznie (Virchow) demonstrowano w tych przypadkach rozległe świeże nacieczenia gruźlicze, gruźlicę prąsówkową.

Jednakże podnieść należy, że już w tym okresie rozlegały się głosy przychylnie dla tuberkuliny: pomyślnie statystyki dla suchot płucnych przedstawiali zwłaszcza Turban i Spengler; dla gruźlicy chirurgicznej — Mikulicz i inni.

Wskutek zmian, zaprowadzonych przez Koch'a w wyrobie tuberkuliny, posiadamy dziś, obok dawnej, trzy nowe jej odmiany: TR i TO (osad z wyciągu glicerynowego laseczników i górna jego warstwa), oraz BE (zawiesina laseczników rozartych *in toto* w roztworze NaCl).

Zasady stosowania tych preparatów, według Koch'a, różnią się, od wyłożonych powyżej: leczenie rozpoczynać należy od dawek mniejszych $\frac{1}{400}$ — $\frac{1}{500}$ mlg.), kończyć na dawce 20—30 mlg.

Przy stosowaniu TR zalecał Koch unikanie odczynu gorączkowego; dawki zwiększać stopniowo, powoli. Przy stosowaniu BE notował wzrost aglutynin krwi, które pocytuje za miarę ilości ciał ochronnych w ustroju.

Obok powyższych preparatów Koch'a ukazały się pokrewne, jak BE — Denys'a — niepoddawany ogrzewaniu, i TBK — Beraneck'a — który zawierał ma ekzo- i endotoksyny laseczników gruźliczych.

Z pomiędzy wyliczonych preparatów do prób rozpoznawczych stosowano w dalszym ciągu niemal wyłącznie dawną tuberkulinę Koch'a T. Należy zaznaczyć, że próby te w weterynaryi zyskały niemal powszechne uznanie, oparte na licznych tysiącach pomyślnych doświadczeń. Inaczej nieco rzecz się ma u ludzi. Tu przedewszystkiem podano w wątpliwą swoistość odczynu tuber-

kulinowego, który otrzymywano poza gruźlicą — w promienicy, trądzie, syfilisie, nowotworach złośliwych, blednicy. Powtóre, w gruźlicy otrzymywano odczyn dodatni nawet w tych przypadkach, w których sprawę gruźliczą należało uznać za niewątpliwie nieczynną, wygasłą.

Oczywiście, wobec znanych wniosków NAEGEL'ego o wielkiem rozpoznaeniu gruźlicy nieczynnej, osłabia to w znacznym stopniu wartość praktyczną próby. Dodać należy, że dawki, stosowane w celach rozpoznawczych, bywały różn. u różnych autorów, i u niektórych osiągały tej wysokości, przy której otrzymuje się odczyn u ludzi zdrowych. Samo kryterium odczynu bywało różne: jedni uważali za dostateczne podniesienie ciepłoty o 0,5 — 0,8°C, inni wymagali 1—2°C. W rezultacie opinia przeważnej większości autorów przyznaje wartość próbie tuberkulinowej do wysokości 90% przypadków i wyżej. Inni natomiast przypisują jej tylko wartość względną, dodatkową — obok innych czynników rozpoznawczych; za dodatnią bezwzględnie uważają próbę wtedy tylko, kiedy obok podniesienia ciepłoty wystąpią objawy odczynu miejscowego (świeże rżenia). SAHLI zasadniczo przeciwny jest próbom powyższym, jako zatrutowaniu ustroju toksynami gruźliczemi li tylko w celu rozpoznawczym.

Związku między natężeniem sprawy gruźliczej a stopniem odczynu nie zauważono. Obok autorów, jak MOELLER, którzy w tysiącach prób wykonanych nie widzieli wpływu ich ujemnego, inni notują przypadki nieszcześliwe, podobne do tych, jakie spostrzegano w pierwszym okresie prób tuberkulinowych.

Na odrębne podkreślenie zasługuje sprawa wartości próby tuberkulinowej u dzieci. Sam KOCH uważa ustrój dziecięcy za szczególnie wrażliwy na tuberkulinę i doradza stosowanie u dzieci dawek bardzo małych. Natomiast inni, jak BINSWANGER, nawet stosując dawki jak u dorosłych, rzadko otrzymywali odczyn dodatni. Stąd wniosek, że u dzieci w przeciwieństwie do dorosłych, próba ta wykrywa tylko ogniska czynne gruźlicy.

Przechodząc teraz do prób leczniczych, to tu rzuca się przedewszystkiem w oczy zupełna dowolność w wyborze preparatów tuberkulinowych: stosowano różne, bez żadnej zasady przewodniej. Dodać należy, że TR i BE oceniono na ogół nieprzychylnie i niemal je zarzucono. Odnośnie przeciwwskazań do leczenia zauważyć się daje chaos pojęć nie mniejszy nieomal, niż dawniej: gorączka, krwotoki, powikłania krtańowe i inne bynajmniej nie wszystkich powstrzymują od stosowania tuberkuliny.

Wreszcie w kwestyi dawkowania, obok zasad KOCH'a, streszczonych powyżej, toruje sobie drogę bardziej ostrożna metoda GOETSCH'a i SAHL'ego, nakażująca rozpoczynanie od dawek jak najmniejszych ($\frac{1}{10}$ nawet $\frac{1}{100}$ mg.), stopniowanie bardzo powolne i bezwzględne unikanie podczas leczenia niepotrzebnego, według tych autorów, odczynu gorączkowego. W rezultacie, wyniki przedstawione dotychczas różnią się między sobą bardzo znacznie. Najlepsza statystyka TURBAN'a wykazuje 51% trwałych wyzdrowień i polepszeń; druga — MOELLER'a — 30%. Statystyka GOETSCH'a przewyższa nawet obie powyższe, wykazuje bowiem aż 71% wyleczeń i popraw, lecz jest oparta na zbyt skąnym materiale klinicznym (175 chorych). W ogólności stwierdzić należy, że większość dotychczasowych statystyk nie dowodzi wyższości leczenia swoiestego nad leczeniem sanatoryjnym. Przypadki nieszcześliwe, nawet śmiertelne, spostrzegano i przy dzisiejszem, ostrożnem stosowaniu tuberkulin.

Osobliwa trudność w przypadkach pomyślnych powstaje z powodu braku kryterium naukowego do rozstrzygnięcia, kiedy wyleczenie jest zakończone. Antytoksyn gruźliczych we krwi chorych nie stwierdzano. Stąd w praktyce panują i pod tym względem poglądy najzupełniej rozbieżne: PETRUSCHKY radzi prowadzić leczenie przez dwa lata etapami — po 2—3 tygodnie z takiemiż przerwami. Inni stosują tuberkulinę bez przerwy przez 4—6 miesięcy. SAHLI i DENYS przedłużają ten okres do 7—14-u miesięcy i wyżej. Również odnośnie początku

leczenia: PETRUSCHKY i KLEBS np. w myśl teorii BEHRING'a rozpoczynając je pragną już od wczesnego dzieciństwa, po stwierdzeniu odczynu próbnego.

Sama istota działania tuberkuliny bynajmniej nie została dotąd wyjaśniona. HERTWIG tłumaczył je wzmożeniem własności chemotaktycznych leukocytów w stosunku do tej tuberkuliny, która skupia się w ogniskach gruźliczych, i większym ich napływem do tych ostatnich. WASSERMAN i BRUCK usiłują rozwiązać sprawę w myśl teorii ogniów bocznych ERLICH'a. Inni, jak BAHRDT, KREHL, MATTHES, zwracają uwagę, że i różne substancje nieswoiste (gliceryna, pepton), wstrzyknięte podskórnice, mogą wywołać odczyn podobny do tuberkulinowego.

Na uboczu postawić należy badania nad uodparnianiem ludzi przeciwko gruźlicy zapomocą tuberkuliny bydłczej — PTO SPENGLER'a, popierane przez BAUMGARTEN'a, a zwalczane przez KOCH'a z punktu widzenia odrębności laseczników gruźliczych ludzkich i bydłczych. Wreszcie nowe zupełnie widnokręgi otwierają badania MOELLER'a i innych nad uodparnianiem przeciw gruźlicy zapomocą wstrzykiwań śródżylnych laseczników gruźlicy zimnokrwistych.

Wnioski z badań tych—to rzecz dalszej przyszłości. Dziś wyjście z chaosu prób na spokojniejsze i pewniejsze tory w najwyższym może stopniu rokuje oględne badania GOETSCH'a i SAHL'ego.

Sumienna i krytyczna praca autora daje wszelką nadzieję, że próby, rozpoczęte w ten sam ostrożny i oględny sposób w Zakopanem, nie sprowadzą w każdym razie przykrzejszych rozczarowań ani zawodów.

W. Starkiewicz.

2. Lemoine. O leczeniu gruźlicy cholesteryną i wyciągiem eterowym wątroby.

LEMOINE stosował w leczeniu gruźlicy cholesterynę i wyciąg eterowy wątroby, który nazywa paratoksyną. Świnki morskie, którym zastrzyknięto podskórnice laseczniki gruźlicze i pozostawiono bez leczenia, padły po 25-u dniach. Świnki, leczone cholesteryną, żyły nieco dłużej, wreszcie świnki, leczone paratoksyną, żyły od 50-u do 60 u dni, przyczem na sekcyi zmiany były mniejsze, niż u poprzednich.

Klinicznie u suchotników notorycznych (laseczniki w płwocinie, odczyn oczny dodatni) cholesteryna nie dała żadnych wyników, paratoksyna zaś dała wyniki zachęcające. Podawano ją *per os*, wstrzykiwano podskórnice lub też wlewano do tchawicy. Ten ostatni sposób dał najlepsze wyniki: stan ogólny chorych i apetyt szybko się polepszyły, gorączka spadła po 5-u—6-u tygodniach, laseczniki KOCH'a w płwocinie znikły lub też liczba ich zmniejszyła się bardzo.

(*Presse méd.* 23 listop. 1907).

B. Dębiński.

3. Lannelongue, Achard i Gaillard. Badania doświadczalne nad dyetą w gruźlicy.

Autorowie badali, jaka dyeta jest najbardziej skuteczną dla zwierząt gruźliczych. W tym celu wzięli 3 grupy po 20 świnek morskich. Wszystkie świnki otrzymywały po 40 gr. kartofli i 10 gr. grochu dziennie. Dodatkowo zaś zwierzęta z pierwszej grupy dostawały 9 gr. masła, z drugiej grupy 20 gr. cukru i z 3-ej 20 gr. glutenu. W ten sposób wszystkie zwierzęta otrzymywały pożywienie izotermiczne (145 kaloryi). Następnie wszystkim świnkom zastrzyknięto do prawej opłucnej po 1/2 cm. sz. zawiesiny z hodowli gruźliczej. Okazało się, iż świnki, karmione dodatkowo masłem, żyły przeciętnie 40 dni, cukrem—87 dni, glutenem zaś—71 dni. Doświadczenia powyższe zgadzają się z kliniką i potwierdzają znaczenie pokarmów azotowych dla gruźliczych.

(*Presse médicale* 23 listop. 1907).

B. Dębiński.

ODCINEK.

Stosunek lekarzy polskich do wytwórczości niemieckiej produktów lekarskich.

Napisał

Józef Jaworski.

Sprawa wyzwolenia przemysłu i handlu naszego od zależności przemysłu niemieckiego, podniesiona obecnie z powodu pruskich projektów, wymierzonych przeciwko Polakom w Poznańskim, jako bardzo aktualna, jest roztrząsana w chwili obecnej wszechstronnie. Właśnie teraz jesteśmy w okresie organizacyi u nas, w kraju, „Ligi ochrony wytwórczości krajowej.” Zapoczątkowanie pod tym względem wyszło od Stowarzyszenia Techników w Warszawie, które zastanawiając się nad sprawą ograniczenia importu z Niemiec, przyjęło w dniu 6-m b. m. następujący wniosek:

„Zważywszy, że rząd pruski targnął się na podstawie naszego bytu narodowego, osłaniając nadto podstępnie potrzebami rzekomo wyższej kultury swe zamysły wywłaszczenia naszych rodaków, usunięcia naszej mowy z zebrzań publicznych, a nawet zupełnego wygnania całego ludu z ziemi ojczystej i że czyn taki barbarzyński, cofający ludzkość poza wieki średnie, zasługuje na należyty opór ze strony całego narodu, zebrani w dniu 6-ym grudnia członkowie Stowarzyszenia Techników w liczbie kilkuset, sądząc, że w narzuconej walce nie mogą ograniczyć się na swoim tylko gronie, lecz powinni przyzwać do walki całe społeczeństwo—uchwalają:

ażeby wyłoniona w tym celu komisya, uzupełniwszy się przedstawicielami innych sfer społeczeństwa, niezwłocznie opracowała ustawę, postarała się o śpieszne jej zatwierdzenie i zorganizowała „Ligę ochrony wytwórczości krajowej”, której celem byłoby ograniczenie do rozmiarów możliwie jak najmniejszych wwozu wszelkich towarów niemieckich, ażeby w ten sposób otrząsnąć się raz wreszcie z zależności przemysłowo-handlowej od Niemiec, a jednocześnie, by szerokie otworzyć pole wytwórczości krajowej, któraby dała zajęcie tym licznym rzeszom naszych robotników, zmuszonych obecnie szukać go za granicami kraju.”

Rzecz naturalna, że sprawa ta obejmuje i sferę stosunku lekarzy polskich do wytwórczości niemieckiej produktów lekarskich.

Nim komisya rzeczona, w której znajdzie się zapewne i przedstawiciel medycyny w osobie delegata bądź Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, bądź Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, zgromadzi materiał odpowiedni i postawi wnioski właściwe, pozwolę sobie już teraz w najogólniejszym zarysie ze stanowiska stanu i zawodu lekarskiego wypowiedzieć w sprawie tej uwag kilka.

Lekarz, może bardziej niż człowiek innego zawodu, w pewnych chwilach zaostrzania się antagonizmów narodowych zachować musi naukowy spokój badania i równowagę uczucia, które stanowią nieodzowny warunek umiejętnego traktowania zjawisk społecznych.

Wprawdzie każdy obywatel, wcielony do jakiegokolwiek całości politycznej, musi w stopniu wysokim rozwinąć w sobie te uczucia i te idee, które całość tę utrzymują, w przeciwnym razie, t. j. jeżeli wynik taki osiągnięty nie

zostanie, polityczna całość utrzymać się nie może; jednakże obywatel-lekarz, gdy chodzi o interes chorego, o dobro powierzonych opiece jego osób, powinien, musi, patrzeć na rzeczy niezależnie od interesów osobistych i narodowych. A zatem i w wyborze przetworów lekarskich lekarz powinien mieć na uwadze sumiennność przygotowania, dobroć danego przetworu, nie zaś tylko jego pochodzenie. Z drugiej jednak strony pewne uprzedzenia, niezawsze zupełnie usprawiedliwione, co do wytwórczości, szczególnie krajowej, a wogóle nie niemieckiej, u nas i pośród nas, lekarzy polskich, zbyt często i silnie się objawiają i szkodliwie na opinię publiczną oddziałują. Taka „moda” dość powszechna u nas i w rzeczach dotyczących lecznictwa, która nie tylko lekceważy wytwórczość przemysłu krajowego, lecz nawet nasze wyniki w dziedzinie pracy umysłowej, wpływa bardzo niekorzystnie na rozwój i postęp wogóle, a specjalnie danej gałęzi przemysłu.

Źródła lekceważenia tego, co swojskie, bywają różne. Najrzadziej płynie ono z niechęci do śmiesznej zarozumiałości, rodzącej się z wygórowanego patryotyzmu. Częściej źródłem lekceważenia bywa pozór wszechstronnej znajomości tego, co jest obce i chęć przedstawiania się za wszechstronnie wykształconego. Wreszcie, zdarza się nie rzadko, że lekceważenie to płynie z braku odpowiednich wiadomości, z braku wiedzy.

W żadnym razie lekceważenie takie nie daje się usprawiedliwić. Postęp narodowy na każdym polu jest wynikiem osobistej pilności, indywidualnej siły, a braki i niepowodzenia co do niego najczęściej dają się sprowadzić do braków w nas samych leżących.

Mając na względzie powyższe zasady ogólne w ocenianiu wytwórczości produktów lekarskich, przystępuję do skreślenia pewnych uwag, co do wartości porównawczej tych produktów.

Bardzo cenne pod tym względem są wnioski, już gotowe, tymczasowej Komisji Przemysłowej [z r. 1903] Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego. Komisya ta poświęciła dużo pracy i starań, a nawet, o ile wiem, dzięki energii jej, a solidarności zawodowej kolegów Ziemi Lubelskiej, wprowadzono w życie pewne postulaty, do jakich na podstawie zestawień i obliczeń doszła rzeczona Komisya.

Zestawienia te w postaci tablic porównawczych, co do składu wód mineralnych krajowych i zagranicznych co do cen i wartości środków farmaceutycznych i opatrunkowych, narzędzi i t. d. służyć mogą ze ważną podstawę do następnych poszukiwań i prac w tym kierunku.

Nie przesądzając, w jakiej mierze, w jak szerokim zakresie, uda się ograniczyć przywóz do nas niemieckich przetworów chemiczno-farmaceutycznych, różnych przetworów i specyfików lekarskich, podkreślić muszę, że nawet najbardziej handlowo zainteresowana sfera, mianowicie aptekarze, za pośrednictwem Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego wyłonili z pośród siebie w dniu 6 m. b. m. osobną komisję, której zadaniem będzie:

a) wskazać fabryki chemiczne, istniejące poza granicami Niemiec, mogące wyrobami swymi zastąpić produkt niemiecki;

b) wywierać nacisk na składy materiałów aptecznych, aby one zaniechały dostarczania do aptek środków leczniczych z fabryk niemieckich;

c) wpłynąć na zmniejszenie użycia wód mineralnych i specyfików niemieckich, przez zastąpienie ich wodami i specyfikami innego pochodzenia.

Co do wniosków powyższych, nastręczają się pewne uwagi. Nasamprzód aczkolwiek istnieją pewne usiłowania, aby u nas, w kraju, stworzyć przemysł chemiczno-farmaceutyczny, to w ścisłym słowa znaczeniu przemysł taki u nas dotychczas nie istnieje.

Te fabryki, które są u nas i w Rosyi, wyrabiają tylko pewne grupy przetworów, które w lecznictwie nie posiadają znaczenia pierwszorzędnego. Naj-

ważniejsze przetwory, jak całe grupy alkaloidów, sole chemicznie czyste, używane wewnątrznie, przychodzą do nas z Niemiec. Niemcy, powiedziec to można bez przesady, wprost zmonopolizowały ten rodzaj wytwórczości.

Złożyły się na to różne okoliczności, głównie zaś powstanie w Niemczech dawniej, niż w innych krajach, przemysłu chemicznego, wielkie nakłady pieniężne wytwórców tamtejszych w tym kierunku, następnie opieka rządu, poparcie naukowych ciał lekarskich, specjalnej prasy, w końcu, znakomita organizacja i udoskonalenia w samej produkcji, prowadzonej przy kontroli naukowej [pracownie doświadczalne przy fabrykach, zarządzane przez osobnych lekarzy, chemików] W takich warunkach niemieckie preparaty chemiczno-farmaceutyczne, dzięki swym wyjątkowym zaletom, posiadają niezaprzeczoną wartość, co przy dogodnym pod każdym względem kredycie, jaki dają wytwórcy niemieccy, zapewniło im niepodzielne panowanie nie tylko u nas, lecz na całym świecie. Preparaty chemiczno farmaceutyczne niemieckie idą do Austrii i Szwajcaryi, a nawet do Francji i Ameryki.

Co do środków opatrunkowych, to gazy krajowej nie posiadamy, trzebaby dopiero ten rodzaj przemysłu u nas stworzyć na wzór tego, co istnieje w Rosji. Tam, o ile mi wiadomo, fabrykacja gazy istnieje, jako przemysł domowy, a są także liczne sortownie gazy. Fabryk waty posiadamy w kraju dwie. Jedna dawniejsza, druga przed paru laty założona. Wata krajowa w przedniejszych gatunkach przewyższa takąż niemiecką. Pośledniejsze gatunki niemieckie waty zawsze posiadają dużo drzewa, a nadto wata krajowa ma „lepszy uchwyt.“ Jednakże wata niemiecka pomimo cła jest znacznie tańsza; w sprzedaży hurtowej, jak mnie objaśniono, pomimo cła wata niemiecka w porównaniu z naszą o 5 rb. wypada taniej na pudzie.

Przechodząc do sprawy zastąpienia obcokrajowych, szczególnie niemieckich, wód mineralnych krajowymi, to w tym względzie da się wogóle powiedzieć, że w Polsce posiadamy zdroje prawie ze wszystkimi grupami wód mineralnych, jak oto:

Szczawy proste, czyli wody stołowe [np. Oblęgorzka czyli Ursus, Żytnicka czyli Regina].

Szczawy alkaliczne z przewagą dwuwęglanów alkalicznych [woda Krościeńska, źródł. Stefana, oraz Wysowskie zdroje: Stony, Olgi i Bronisławy; szczawy alkaliczno-solankowe [z chlorkiem sodu]: zdroje Szczawnickie ze źródeł Magdaleny, Józefiny i Stefana; szczawy alkaliczno-solne [z siarczanem sodu] w Polsce nie istnieją i zastępować je musimy czesko-niemieckimi—Marienbad, Karlsbad, Franzensbad, lub szwajcarską Tarasp. Również nie posiadamy własnych wód alkalicznych, zawierających związki litowe [źródł. Józefiny zawiera 0,00365% litu], wypada więc nam posiłkować się węgierską wodą Salwator i czeską Bilin. Wód z ziemiemi alkalicznymi własnymi nie posiadamy [wody Birsztanskiej o tym składzie, zbliżonej do Wildungen, niema w handlu] i pod tym względem posiłkujemy się szczawami wapiennymi francuskimi Contrexéville i Vittel.

Grupa polskich wód żelazistych z dwuwęglanem żelaza jest bogata: Krynicka [źródł. Główny i Słotwiński]; Wysowska [zdroje: Bronisławy, Karola i Wandy], Zegiestowska. Wód żelazistych z siarczanem żelaza i arsenem, takich, jak Levico, Roncigno, Srebrnica, kraj nasz nie posiada.

Grupa solanek naszych jest bardzo liczna: Ciechocinek, najsilniejsza w Europie solanka, źródła jej bowiem używane do picia, od lat paru gazowane, zawierają 5‰ i 1½‰ chlorku sodu, gdy Wiesbaden posiada go zaledwie 0,7‰ a Kreuznach 1‰.

Ze szczaw solankowych Rymanów odpowiada Kissingen, a przewyższa ją zawartością soli kuchennej i posiada dwuwęglan sodu.

Solanek jodowo-bromowe posiadamy w Rabce i Iwoniczu.

Woda mineralna gorzka krajowa Moszyńska przewyższa składem swoim, szczególnie wysoką zawartością siarczanu sodu, wszystkie wody o podobnych własnościach.

W grupie wód mineralnych siarczanych posiadamy u nas wodę Buską.

Wiele przetworów mineralnych ze źródeł krajowych ze względu na skład swój i własności skutecznie współzawodniczyć może i powinno z niemieckimi.

Z powyższego pobieżnego wyliczania i przeglądu wypływa, że z małymi wyjątkami moglibyśmy wody mineralne obcokrajowe, szczególnie niemieckie, zastąpić wodami krajowymi.

Wnioski pod tym względem wzmiankowanej komisji przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego, opracowane na podstawie bardzo sumiennych obliczeń i zestawień, a także gruntownej pracy H. DOBRZYCKIEGO, między innymi głoszą: „W dziale wód mineralnych naturalnych możemy zupełnie obejść się bez Niemiec. Lekarze polscy powinni zobowiązać się do stosowania wód mineralnych krajowych, które, będąc tańszymi od zagranicznych, nie są od nich gorsze.”

Jeżeli zdania takie, jak powyższe, znajdują małe zastosowanie w życiu, a większe rozpowszechnienie wód mineralnych krajowych idzie u nas opornie, składa się na to kilka przyczyn. Oprócz przywar w zapatrywaniach, oprócz uprzedzeń i powodów, z jakich one wypływają, o czym szerzej mówiłem we wstępie, istnieją w tym razie przeszkody, niestety, ze strony administracji źródeł krajowych. Wszyscy to wiemy, że na małe rozpowszechnienie naszych wód mineralnych wpływa nasamprzód niezaraźliwość kupiecka, niedbałstwo w wysyłce tychże wód, co do opakowania, terminu dostawy, braku etykiet ze składem chemicznym wody, braku daty, t. j. roku jej czerpania i t. d. Mała liczba badań klinicznych w szpitalach nad działaniem leczniczym większości mineralnych wód polskich również przeszkadza większemu ich rozpowszechnieniu.

Środki chemiczno-farmaceutyczne, środki opatrukowe i wody mineralne naturalne są najważniejszymi produktami lekarskimi ze względu na wysokość sum pieniężnych, jakie corocznie kraj nasz płaci zagranicy, a właściwie głównie Niemcom.

Za inne przedmioty lekarskie, jak oto wogóle: narzędzia chirurgiczne, położnicze, ginekologiczne, przyrządy do elektroterapii, do pracowni naukowych, za wyroby lekarskie gumowe, za urządzenia sal szpitalnych dla chorych, sal operacyjnych, już stosunkowo znacznie mniej pieniędzy z kraju za granicę, specjalnie do Niemiec, wychodzi; w każdym jednak razie jeszcze bezwzględnie bardzo dużo.

W czasach ostatnich podniosła się u nas produkcja krajowa wogóle narzędzi chirurgicznych, oraz urządzeń i przyborów sal szpitalnych dla chorych, sal operacyjnych. Nasze fabryki narzędzi chirurgicznych dają wogóle towar dobry, trwały i niedrogi. Co do jakości i cen wytrzymują więc one pomyślnie współzawodnictwo z wyrobami berlińskimi.

Co do odrobienia, to na pierwszym miejscu, jak wiemy, stoją narzędzia COLLIN'a, są one jednak drogie, o 10—15% droższe od najdroższych narzędzi niemieckich SCHMIDT'a, a 5% droższe od narzędzi firm angielskich WEISS'a i KROHNE'go.

Urządzenia i przybory sal dla chorych, sal operacyjnych posiadamy własne, wyrobione na miejscu, dobre, w dużym wyborze i niedrogie.

Takie najogólniejsze uwagi ze stanowiska lekarzy polskich, zdaje mi się, wypowiedzieć można, w sprawie, która dzisiaj tak żywo zajmuje cały ogół polski.

To dążenie, jakie obecnie znów się rodzi, zdobycia niezależności handlowej, wyzwolenia się z niewoli ekonomicznej od złego sąsiada, obejmuje znacznie szerszą sferę stosunków lekarskich, niż ta, którą powyżej poruszyłem.

Pozostaje tutaj jeszcze do omówienia utrwalony latami zwyczaj uzupełniania przez lekarzy polskich swych praktycznych wiadomości, głównie a prawie wyłącznie, w Berlinie. Następnie, stałe, omal wyłączne, ciążenie ku literaturze niemieckiej z pomijaniem francuskiej, co znów pociąga przyswajanie piśmiennictwu naszemu prawie wyłącznie podręczników niemieckich, a niewzględnianie, nieraz, nierównie lepszych—francuskich i angielskich.

Znane jest ciążenie ogółu naszego do leczenia się w zdrojowiskach niemieckich, a co już pozostaje nie do darowania—przepędzania czasu w letniskach niemieckich. Wreszcie wyjazdy naszej publiczności, nawet po jednorazowe porady lekarskie, do Berlina, a w czasach ostatnich coraz częściej wydarzające się sprowadzanie lekarzy tamtejszych na narady do chorych tutaj, w kraju zamieszkałych, wszystko to, powiadam, dopełnia tego smutnego obrazu, jaki się zarysowuje na tle stosunku lekarzy polskich wogóle do wytwórczości niemieckiej.

W tych razach—przyznać to musi każdy—nie tylko chodzi już o względy ekonomiczne i o godność narodu, lecz także o rozwój sztuki lekarskiej, o postęp nauki ojezystej.

Krocząc nadal, niestety, utartymi szlaki, pozostać musimy z własnej woli i z własnej winy niby kolonią, zależną w każdym szczególe od złego sąsiada, zamiast być samodzielnym, współrzednym czynnikiem z innymi narodami.

* * *

W ostatecznym wniosku proponuję, aby zarówno Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, jak i Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie, niezależnie od delegatów swoich, którzy wejdą do składu powstałej już Komisji ogólnej, przystąpiły do utworzenia stałych komisji przemysłowo i naukowo-lekarskich ze swego łona, oraz aby wszystkie Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne polskie potworzyły komisye takie, na wzór dawnej przy Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem, których zadaniem będzie zbieranie, gromadzenie materyałów w omawianej sprawie, a także wskazywanie sposobów, wcielania w życie, w praktykę, tych uchwał, jakie pod tym względem zapadną.

Wiadomości bieżące.

— Jubileusz Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

W ubiegłą sobotę, dnia 28-go grudnia Towarzystwo Lekarskie Lwowskie uroczyście obchodziło 30-letni jubileusz swego istnienia, jako sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich, od kilku lat nazwana urzędowo: „Towarzystwo Lekarskie Lwowskie“, które jako samodzielna korporacya wyłoniło się z założonej 10 lat wcześniej [w r. 1867] we Lwowie macierzy: Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W obecności prezydenta miasta p. CUCHCIŃSKIEGO oraz licznie zebranych członków Towarzystwa i delegatów sakcyi prowincjonalnych towarzystwa lekarzy galicyjskich, Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, wydziału lekarskiego lwowskiego, pism lekarskich galicyjskich, Tow. higienicznego we Lwowie, towarzystw farmaceutycznych galicyjskich i t. d. obchód w sali Rady Miejskiej rozpoczął prezes Tow. prof. A. GLUZIŃSKI, który w jedrnym przemówieniu naszkicował historycę i daty powstania różnych towarzystw lekarskich w Polsce, poczynając od najdawniejszego w dziejach medycyny polskiej Tow. Lek. Wileńskiego z JĘDRZEJEM ŚNIADECKIM, jako pierwszym prezesem, a JÓZEFEM FRANKIEM, jako sekretarzem i mówcą zakończył wykazaniem celów i zadań Towarzystwa na przyszłość.

Po przemówieniu prezesa odczytano nazwiska nowomianowanych—po raz pierwszy od czasu istnienia Tow. Lek. Lwowskiego—członków honorowych, a mianowicie:

Z Warszawy: profesorowie IGNACY BARAŃSKI i JULJAN KOSIŃSKI. Z Poznania: dr HELIODOR ŚWIGĘCIKI. Z Krakowa: prof. TADEUSZ BROWICZ, twórca „Słownika lekarskiego polskiego“ i dr AUGUST KWAŚNICKI, znany i zasłużony długoletni redaktor „Przeglądu Lekarskiego“. Ze Lwowa: dr EDWARD FESTENBERG, prezydent Izby wschodnio-galicyjskiej, jeden z kilku pozostałych pierwszych członków Tow. Lek. Lwowskiego, oraz Protomedyk Galicji, radca dworu dr JÓZEF MERONOWICZ. Z Częstochowy: dr WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI. Z Gedewy: prof. ZYGMUNT LASKOWSKI. Wreszcie z Paryża: p. CURIE-SKŁODOWSKA.

Z kolei Sekretarz stały Towarzystwa, doc. dr M. W. HERMAN, odczytał barwnie przez się skreśloną kronikę Towarzystwa za czas lat 30, podając zarazem sylwetkę wybitniejszych prezesów, jak np. pierwszego—SZCZĘSNego MACIOWSKIEGO, b. lekarza sztabowego wojsk polskich, ozdobionego krzyżem *virtuti militari*, BOGUSZAWA LONGSCHAMP DE REVIER, porucznika z r. 1831 w blygadzie jazdy generała RÓŻYCKIEGO, dalej znanego autora „Chorób serca“ WIDMANA, RÓŻAŃSKIEGO [zmarłego w r. 1907], LONGINA FEIGLA, prosektora szpitala Powszechnego i innych.

Prelegent przypomniał, iż Tow. Lek. Lwowskie prócz zwyczajnych odbyło dotychczas dwa posiedzenia uroczyste: jedno w r. 1873 w 400-setną rocznicę urodzin KOPERNIKA, drugie w r. 1897 z powodu jubileuszu MARCELEGO NENCKIEGO—oraz, iż od 3-ich lat istnieje w łonie Towarzystwa komisya referatowa celem publikowania sprawozdań z prac lekarskich polskich w rocznikach VIRCHOW'a-HIRSCH'a. Towarzystwo liczy obecnie 220 członków [60% lekarzy lwowskich], biblioteka Towarzystwa 6000 tomów.

Posiedzenie zakończył odczyt prof. LEONA POPIELSKIEGO, który zdawał sprawę ze swych ciekawych poszukiwań nad obecnością ciał jadowitych w tkankach i komórkach [p. sprawozdanie w Lwowskim Tygodniku Lekarskim str. 607, 1907].

Druga połowa uroczystości odbyła się w salach kasyna miejskiego, gdzie do wspólnego bankietu zasiadło z górą 100 osób. Szereg przemówień rozpoczął prof. GLUZIŃSKI, poczem zabierali głos: prezydent miasta p. CIUCHCIŃSKI, prof. ZIEMBICKI [podnoszący zasługi BIESIADKIEGO i RÓŻAŃSKIEGO dla rozwoju Towarzystwa], dr CZŁAPOWSKI [delegat z Poznania], prof. CIECHANOWSKI z Krakowa, dr BORZĘKI [nowo wybrany prezes Krakowskiego Tow. Lekarskiego], prof. BĄDZYŃSKI, prof. SIERADZKI, dr W. ZIEMBICKI, przedstawiciele farmacyi [pp. SKLEPIŃSKI, WŁODZIMIRSKI, PIEPES-PORATYŃSKI], wreszcie prof. BYLIŃKI na temat staropolskiego „kochajmy się“. Do uświetnienia jubileuszu przyczyniły się liczne telegramy gratulacyjne, nadesłane od nowomianowanych członków honorowych, od Towarzystwa Lekarskiego i Towarz. Hygienicznego w Warszawie, grona redakcyjnego „Gazety Lekarskiej“, także „Nowin Lekarskich“, „Czasopisma Lekarskiego“, powincjonalnych towarzystw lekarskich w Królestwie i t. d. Uroczystość pozostawiła u uczestników miłe wspomnienie.

— Dwa pisma lekarskie przerywają ciągłość swego istnienia: „Krytyka Lekarska“, jak się dowiadujemy z zawiadomienia w ostatnim numerze jej redaktora i wydawcy dra KRAMSZTYKA, nie będzie więcej wychodziła zupełnie, „Kronika Lekarska“ zaś zła się z „Medycyną“.

Pierwsze pismo istniało lat 11, założone i wydawane przez dra KRAMSZTYKA, służyć miało ogólniejszym sprawom i pytaniom, związanym mniej lub więcej, luźno z nauką naszą i bytem lekarzy. Właściwie kierunek pisma nie zupełnie odpowiadał swej nazwie, ponieważ właśnie najrzadziej dawały się w niej spotykać prace krytyczne, czyto jako krytyki dzieł i prac z literatury lekarskiej, czy ocen przejawów naszego życia. Pismo w każdym razie miało wielu zwolenników, było czytane z zainteresowaniem przez wszystkich, co nie szukali tam aktualnych przyczynków do wiedzy praktycznej i zdolni byli odrywać się myślą ponad powszednie zagadnienia lekarza.

W tych, którym „Krytyka“ przedstawiała się zawsze żywotną, to nagle przerwanie jej wydawnictwa budzi żal po niespodziewanej stracie, jak nagły i niespodziewany zgon osoby bliższej, którąśmy uważali za zdrową i obiecującą długi jeszcze żywot.

„Kronika Lekarska“ zła się z „Medycyną“. Połączenie to nastąpiło w myśl dążeń, które od wielu lat, a ostatnio na Zjeździe lekarskim we Lwowie pojawiały się w naszym świecie lekarskim, aby stworzyć pismo, odpowiadające wszelkim wymaganiom czytelnika. Redaktorami połączonego pisma „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“ są kol. SADOWSKI i J. ZAWADZKI, wydawcą kol. GURANOWSKI.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



PIGULKI CASCARA MIDY

Każda pigulka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencji słoju szpiku kory drzewnej **Cascara Sagrada**, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancji) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigulki Cascara Midy mogą być używane przez mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO


Zwyczajnej Obstrukcji (zatwardzeniu) i łącznym następstwom

Dosyć użyć 2-3 pigulki po kolacy lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie. One nie tworzą rżnięcia ani też biegunki.

Apteka **MIDY** istnieje od r. 1828 **faubourg St-Honoré, 113**, w Paryżu. Żądać podpis **L. MIDY**.
Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Reprezentant na Królestwo Polskie: **H. MENDELSSOHN, Warszawa, Leszno 12.**

Nagrodzona na Wystawie Lwowskiej medalem złotym
wszelkie




1) Injections Subcutaneae Sterelisatae

w opatentowanych ampułkach

2) Opatrunki wyjałowione

przy temperaturze 125% i 2-ch atmosferach
ciśnienia pary przepływowej



APTEKA
JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700
próby gratis i franco

Kola phosphatée

Zawiera wszystkie składniki nasion Kola i glicerofosfaty.
Wzmacnia działalność serca i system nerwowy, wpływa dodatnio na narządy trawienia, zwiększa wydzielenie się moczu, zapobiega znużeniu i t. p. Używa się do 3 łyżeczek dziennie.

Cena słoika 1 rs. 50 kop.

Apteka Magistra **A. Bukowskiego**, Marszałkowska 54.

Zakład parowy **JANA ZAWADZKIEGO**

Dezynfekcyjny

za rogatką Mokotowską, ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08.

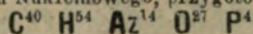
Zarząd przy Apteczce Mokotowska 43, telef. 2700.

Racyonalne leczenie fosforem

RHOMNOL

(PIGUŁKI dozowane po 5 centigr.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego, przygotowanego przez D-ra Leprince.

**Wskazania:** Fosfaturia — Neurastenia — Krzywica — Anemia.
Uwiad starczy.Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.
D-r Leprince, 62, rue de la Tour, Paris (16).

Do nabycia we wszystkich aptekach

NERVI

pod Genuą



Kuchnia dyetetyczna wszelkim wymaganiom odpowiadająca, pod dozorem lekarskim. Przepisy wszystkich tu przebywających lekarzy są wykonywane.

GRAND HÔTEL

w sławnym parku Gropallo 80,000 mtr. kw.

Pierwszorzędne urządzenia.

Otwarty od 1 Października do 15 Czerwca.

Światło elektryczne, ogrzewanie centralne, pokój balkonowy. Leżalnie. Ciepłe kąpiele morskie na wszystkich piętrach. Kąpiele kwaso-węglowe.

Leczenie wodą zimną.

Problem kąpiele kwaso-węglowych usuwa zupełnie
Patentowany we wszystkich krajach**Apparat Aeosan**

Apparat Aeosan demonstrowany w szpitalach zagranicą i w Warszawie wobec gremium lekarzy uzyskał jednogłówną aprobatę, iż stanowi przewyższa wszystkie dotąd używane węgielki kwaso-węglane i t. p.

Apparat Aeosan dostępny dla każdego domu.

Wyłączna sprzedaż S. Landsztek, Warszawa, Grzybów 7. Tel. 77-57, na żądanie wysyłam prospekty. Demonstruje u siebie lub we wskazanym miejscu wobec pp. Dr. Dr.

RADCA CESARSKI

Dr. Kazimierz Kruszyński (z Szczawnicy)

ordynuje przez zimę

w Zakopanem.

Opuszcila prasę książka:
Prof. P. F. RICHTER

Przemiana materji i jej choroby (str. 423)

Zbiorowe tłumaczenie z niemieckiego pod redakcją
D-ra K. RZĘTKOWSKIEGO.

Skład główny: E. Wende i Sp. (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

Cena rb. 2.

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne analizy moczu głównie, oraz badanie płwociny, nasienia, kału i t. d. Kryoskopia. Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ul. Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56.