

GAZETA LEKARSKA

I. Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

O LECZENIU PŁONICY (SCARLATINA) SUROWICĄ SWOISTĄ.

Podał

Alfons Malinowski,

starszy ordynator tegoż szpitala.

Praca, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego d. 17-go listopada r. b.



W maju r. b. rozpocząłem badania nad działaniem surowicy przeciwpłoniczej, dostarczonej mi przez kol. PALMIRSKIEGO. Surowica ta pochodzi od koni uodpornianych szczepionkami *strept. conglomerat.*, hodowle zaś robiono na bulionie MARMORKA, szczepiąc paciorkowce, otrzymane z trupów dzieci, zmarłych na płonicę. W pracy klinicznej towarzyszył mi kol. WOŁYŃSKI, badania bakteriologiczne robił kol. PALMIRSKI. Aby sobie wyrobić przekonanie o wartości leczniczej surowicy, zadaliśmy sobie pytanie, w jakich przypadkach należy jej używać? Gdybyśmy używali surowicy w przypadkach lekkich i średnich, wtedy pomyślny przebieg choroby nie byłby dla nas dostatecznym dowodem jej własności leczniczych, chociażby nawet po użyciu surowicy ciepłota obniżała się i wysypka szybko znikała. Tak bywa i bez surowicy u pewnych chorych, wysypka bowiem i gorączka, jakkolwiek należą do objawów płonicy, bezpośrednio jednak nie grożą życiu chorego, a ich natężenie zależy od warunków osobistych chorego, o tyle, o ile od zakażenia i za miarę zakażenia ustroju do pewnego tylko stopnia uważane być może. Doświadczenie kliniczne daje nam wskazówki, że dopóki czynność serca nie jest w początku choroby upośledzoną, dopóki niema objawów silnego podniecenia lub przygnębienia z utratą przytomności, dopóty rokowanie przy płonicy jest jeszcze pomyślne, pomimo silnej wysypki i wysokiej ciepłoty ciała. Przeciwnie, najgorszem bywa rokowanie w tych przypadkach, gdzie od początku przeważa upadek sił przy zupełnej przytomności lub przy jej zamęceniu, bez względu na natężenie wysypki i wysokość gorączki. Dowodzą tego przypadki płonicy, przebiegające niezwykle szybko

przy objawach ostrego nieżytu żołądka i kiszek, w których wysypka jest błada, a niekiedy brak jej zupełnie. I tu rokowanie jest niepomysłne po większej części z powodu silnego zatrucia układu nerwowego i osłabienia czynności serca. Zatrucie więc ustroju jest najgroźniejszym objawem, szczególnie, gdy dotyczy mózgu i serca.

Powikłania ze strony gardła i nosa, zjawiające się w pierwszych dniach choroby, również pogarszają rokowanie, czynią przebieg cięższym i dłuższym i potęgują zakażenie ustroju. Postanowiliśmy więc używać surowicy w przypadkach ciężkich, a zatem w takich, gdzie na pierwszy plan od początku choroby występowały objawy silnego zatrucia i zakażenia bez względu na wysokość gorączki i nasilenie wysypki. W takich przypadkach zastosowana surowica, ziściła najzupełniej położone w niej nadzieje i okazała się dzielnym środkiem leczniczym, tam gdzie dotąd byliśmy bezsilni.

Do tej kategorii zaliczyliśmy chorych, przybyłych do szpitala w stanie ciężkim, oraz chorych, których stan w szpitalu pogorszył się znacznie; przy czem ze środków wewnętrznych używaliśmy tylko kamfory i piżma. Ponieważ siła surowicy nie została dotąd określona, i niewiadomą jest liczba jednostek ochronnych, zawarta w centymetrze sześciennym, przeto pierwsze próby ograniczyliśmy do 20 ctm. sz. jednorazowo, powtarzając tę dawkę drugiego lub trzeciego dnia.

Przekonawszy się o nieszkodliwości, a zarazem o skuteczności surowicy, wstrzykiwaliśmy następnie po 40 — 50 ctm. sz., powtarzając dawkę wrazie potrzeby. Odtąd wstrzykujemy dzieciom od 2 — 4 lat po 40 — 50 ctm. sz. jednorazowo, starszym nad 4 lata nie mniej, jak 50 ctm. sz. surowicy. Dawki te okazały się już leczniczymi i uważam je za dostateczne.

W ciągu 6-iu miesięcy używaliśmy surowicy w moim oddziale W. Szpitala dla dzieci u 21 chorych, w tej liczbie u 10 chłopców i 11 dziewcząt. Z tej liczby wyzdrowiało 17, zmarło 4, z tych jedna chora po 12 godzinach.

C o d o w i e k u chorych stosunek był, jak następuje:

Dzieci liczących lat	2	leczono	1	wyzdrowiało	1	zmarło	—
"	"	3	"	1	"	—	" 1
"	"	4	"	2	"	2	" —
"	"	5	"	6	"	5	" 1
"	"	6	"	2	"	2	" —
"	"	7	"	2	"	1	" 1
"	"	8	"	3	"	2	" 1
"	"	9	"	1	"	1	" —
"	"	10	"	1	"	1	" —
"	"	11	"	1	"	1	" —
"	"	12	"	1	"	1	" —
				21		17	4

Przy dotychczasowych sposobach leczenia płonicy pewna liczba chorych z tej kategorii bardzo ciężkiej płonicy wyzdrowiałaby prawdopodobnie, śmiertelność jednak wyniosłaby niewątpliwie około 80%. Przy leczeniu surowicą wyzdrowiało chorych $\frac{1}{3}$, t. j. 17, zmarło $\frac{1}{3}$, t. j. 4, z tych zaś czterech jedna chora, przybyła w stanie wycieńczenia i upadku sił 6-go dnia choroby, właściwie nie powinna być brana w rachunek i zamieszczam ją tylko dla ścisłości sprawozdań. Liczby nasze, naturalnie, są dotychczas zbyt małe, i z nich jednak możemy wyciągnąć wniosek, że przy pomocy surowicy ocaliliśmy pewną liczbę chorych, którzy niewątpliwie byliby zmarli, gdybyśmy ich byli leczyli tylko dotychczas używanymi środkami.

Pomieszczamy poniżej opis kliniczny przypadków płonicy, leczonych surowicą swoistą.

Przypadki o ciężkim przebiegu.

1. Helena S., lat 5. Zachorowała 9 maja, przy wysokiej gorączce wymiotowała w ciągu trzech dni kilka razy dziennie, przybyła do szpitala 12 maja z wysypką punkcikową, zlewającą się na całym ciele, w stanie na pół przytomnym. Tętno słabe, 150, ciepłota 39.4°, gardziel silnie przekrwiona. W nocy chora majaczyła nieustannie. W dniu 13 V. ciepłota zrana 38.5, tętno drobne i słabe, 150, wysypka silna na całym ciele, gardło czerwone, język podsyca. Zalecono kofeinę i zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy N. 2. Ciepłota wieczorem 39.5°.

14. V. Ciepłota zrana 38.5°, tętno 140, cokolwiek silniejsze, stan ogólny chorej lepszy, przytomność zupełna, język jeszcze suchy, gardziel przekrwiona. Wysypka kwitnie, miejscami robi się sinawa. Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy. Ciepłota wieczorem 38.2°.

15. V. Ciepłota zrana 37°, tętno 120, silniejsze. Wysypka zaczyna blednąć, naskórek miejscami łuszczy się. W gardle stan bez zmiany. Białkomoczu niema, stan ogólny lepszy, język wilgotny. Wieczorem ciepłota 37.3°.

16. V. Ciepłota zrana 37°, tętno 120, dosyć słabe, stan ogólny jednak dobry, wysypka zbladła, łuszczenie na całym ciele, nalotów w gardle niema.

Odtąd do 21. V. stopniowa poprawa stanu chorej bez podwyższenia ciepłoty. W dniu 22 maja przy ciepłocie 38° zauważyłem na podniebieniu twardem białawy nalot, z którego kultury dały czyste laseczники LÖFFLER'a.

Chorej tegoż dnia zastrzyknięto 1000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej poczem nalot zmniejszał się w ciągu 3 dni następnych.

W dniu 26. V. nalotów już na podniebieniu nie było, zauważyłem jednak powiększenie gruczołów podszczękowych ze strony prawej, jednocześnie ciepłota zaczęła się podnosić rankami do 39°, wieczorami do 40°. 30. V. Zauważono w rogniu chęłbotanie i zrobiono przecięcie. Stan gorączkowy jednak nie ustał i w dniu 1 czerwca przy objawach niezytu dróg oddechowych wystąpiła wysypka plamista — odra o ciężkim przebiegu, powikłana zapaleniem płuc niezbytowem.

W dniu 23. VI. chora wypisana na żądanie matki z polepszeniem.

Przypadek ten nasuwa następujące uwagi:

Dziewczynka lat 5, zachorowała 9 maja, przybyła do szpitala na pół przytomna i osłabiona, a zatem w stanie ciężkim; wieczorem miała ciepłotę ciała 39.4, w nocy majaczyła.

Zastrzyknięto surowicę d. 13 maja [20 ctm. sz.]; ciepłota wieczorem podniosła się z 38.5° do 39.5, następnego dnia zrana spadła do 38.5. Zastrzyknięto znowu 20 ctm. sz. surowicy około godziny 12 w południe i ciepłota wieczorem spadła do 38.2°, a następnego dnia zrana była tylko 37°.

Pierwsze wstrzyknięcie zrobiono 5-go dnia choroby, drugie 6-go dnia; już po pierwszym wstrzyknięciu 20 ctm. sz. stan ogólny chorej polepszył się, majaczenie w nocy ustało, przytomność zupełna powróciła. Na szybkie zniknięcie wysypki surowica nie wywarła wpływu, jedynie tylko na poprawę stanu ogólnego i stopniowy spadek ciepłoty, która doszła do 37° po 48-iu godzinach.

Po 12-u dniach choroby w okresie zdrowienia u chorej rozwinęła się na podniebieniu twardem błonica czysta, sprawdzona zapomocą hodowli. Po użyciu surowicy przeciwbłoniczej błonica ustąpiła, pod szczęką utworzył się ropień, który przecięto i następnie chora uległa odrze, po której przebyciu wypisana została zdrową.

2. Stefan G. lat 4. Zachorował 2 czerwca. Przybył do szpitala 4. VI. z gorączką 39.3°, tętnem 150, dosyć słabem. Na całym ciele silna wysypka punkcikowata, zlewająca się, język podsychający; gardło silnie przekrwione.

5. VI. Ciepłota ranna 38.5° tętno słabe, 150; wysypka bledsza, w gardle, na migdałach naloty szarawe podłużne. Senność; język suchy. Zalecono do wewnątrz kamforę i z a s t r z y k n i ę t o 30 ctm. sz. s u r o w i c y.—Ciepłota wieczorem 39.9°.

6. VI. Ciepłota ranna 39°, tętno 140, silniejsze, chory jest przytomny i żwawy. Wysypka jasno-czerwona na całym ciele, naloty na migdałach powiększyły się. Zastrzyknąłem 20 ctm. sz. s u r o w i c y Nr. 2. Ciepłota wieczorem obniżyła się do 38.7°

7. VI. Ciepłota ranna 38.5°, tętno 120, stan ogólny lepszy, wysypka zbladła, język wilgotny; białka w moczu niema. W hodowlach nalotów znaleziono *str. conglomeratus*.—Ciepłota wieczorna 38°.

8. VI. Ciepłota ranna 37.8°, tętno silniejsze, 120; wysypka znikła, w gardle naloty bardzo nieznaczne, stan ogólny chorego dobry.—Wieczorem ciepłota 38°.

9. VI. Ciepłota zrana 37°. Naloty w gardle rozszerzają się na powierzchni migdałów. Stan ogólny bez zmiany—ciepłota wieczorna 38.2°.

10. VI. Ciepłota zrana 37.9°, tętno 120—stan ogólny dobry, język wilgotny, gardło oczyszcza się. Ciepłota wieczorem 38°.

11. VI. Ciepłota zrana 37.8°, tętno silniejsze, 120. Z nosa zaczyna wypływać ciecz śluzo-ropna.—Ciepłota wieczorem, 38°.

12. VI. Ciepłota zrana 37.8° tętno 120, na błonie śluzowej nosa wystąpiły małe naloty białawe, wyciek ropy z nosa obfity; ciepłota wieczorem 38.2°.

13. VI. Ciepłota zrana 37.8°, wieczorem 38°; stan bez zmiany.

14. VI. Ciepłota zrana 37.8°. Wypływ z nosa ustał, tworzą się strupy — gardło oczyściło się. Stan bez zmiany.

15. VI. Ciepłota zrana 37°, wieczorem 39°, chory żali się na ból uszu.

16. VI. Ciepłota zrana 37.8°. Z uszu pojawił się wypływ ropy. Ciepłota wieczorna 38°. Odtąd stopniowe polepszenie stanu ogólnego i miejscowego z ciepłotą wieczorną 37.8° do 38°, ranną 37.7° do 37°. Białkomoczu nie zauważono.

Wypisany zdrów 25. VIII.

W przypadku tym ze względu na młody wiek chorego (4 lata) zastrzyknąłem 4-go dnia choroby tylko 30 ctm. sz. surowicy seryi 2-jej. Ciepłota po 6—7 godzinach doszła do 39.9°, a po 20-u godzinach do 39°.

Stan ogólny chorego poprawił się, tętno stało się silniejsze. Pomimo to 5-go dnia choroby zastrzyknąłem jeszcze 20 ctm. sz. surowicy, i tegoż dnia wieczorem ciepłota spadła do 38.7°. Szóstego dnia choroby ciepłota zrana była 38.5°, wieczorem 38°.

Od 7 dnia choroby zrana ciepłota trzymała się niżej 38°, wieczorem około 38°.

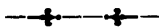
Niewielkie wahania gorączkowe w dalszym przebiegu zależne były od sprawy dyfteroidalnej w nosie i w uszach i ustąpiły z jej ustąpieniem.

[C. d. n.].

II. Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem surowicą przeciwpaciorkowcową (serum antistreptococcicum) płonicy (scarlatina).

Podał

August Kosiński [Niwka].



W № 41 Gazety Lekarskiej ogłosiłem w ogólnych zarysach wyniki leczenia płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową w trzydziestu ośmiu przypadkach. Od tego czasu liczba tak leczonych przypadków nieco się powiększyła, przybyło mi bowiem jeszcze 10 przypadków, czyli, że obecnie posiadam 48 spostrzeżeń.

Do szczegółów, które podałem w № 41, dodam, że śmiertelnych zejść, poza trzema wymienionymi w tym artykule, więcej nie było. A więc na ogólną liczbę 48-iu przypadków zmarły trzy osoby. Te przypadki z zejściem śmiertelnym zaszły w początkach moich badań nad leczeniem płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową.

Co się tyczy powikłań płonicy błonicą (*diphtheria*), które spostrzegałem już po zastosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, to trzeba przyznać, że przedstawiają one niekiedy poważne trudności w leczeniu.

Jednakże, według mych spostrzeżeń w tym względzie, należy mieć na uwadze, czy błonica, która powstała po zastrzyknięciu surowicy przeciwpacior-kowcowej, nie ma charakteru błonicy właściwej, czyli LOEFFLER'owskiej.

W tym więc razie należy posłuchać się doświadczonej rady dra ALFONSA MALINOWSKIEGO, który tą sprawą specjalnie się zajmuje i w swej wyczerpującej i nacechowanej znajomości przedmiotu pracy [Gazeta Lekarska. № 25, 26, 27. 1903] radzi stosować surowicę przeciwbłoniczą (*serum antidiphtheriticum*) w pewnych przypadkach błonicy w szkarlatynie. Przekonałem się bowiem, że poglądy MALINOWSKIEGO na tę sprawę są w zupełności słuszne, gdyż w pewnych przypadkach błonicy w szkarlatynie otrzymałem wyleczenie po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, w których surowica przeciwpaciorkowcowa dodatniego skutku nie wywierała.

Nie ulega więc wątpliwości, że jeżeli leczyć będziemy szkarlatynę w powyższy sposób, rezultaty otrzymywać będziemy o wiele lepsze, niż stosując tylko surowicę przeciwpaciorkowcową, która wobec błonicy właściwej, czyli LOEFFLER'owskiej, jest zupełnie bezsilną.

Przechodzę teraz do sprawy zapalenia nerek po płonicy (*nephritis scarlatiosa*).

Według mych spostrzeżeń, nawet przy leczeniu płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową zapalenie nerek może się rozwinąć. Cierpienie to bez wątpienia poważne, lekceważyć go żadną miarą nie można, gdyż może wywołać zejście śmiertelne u takich chorych, których wskutek szczęśliwego przebycia płonicy uważamy niemal za wyleczonych.

Jednakże zaznaczyć muszę, że przy leczeniu surowicą przeciwpaciorkowcową płonicy chory wogóle jest odporniejszy na wszelkie powikłania i ich przebieg. Wypływa to, według mego zdania, stąd, że leczenie antytoksyczne nie wyczerpuje chorego. Chory otrzymuje swego rodzaju odtrutkę, ciepłota spada, wskutek czego nie naraża się go na zmiany narządów wewnętrznych, np. serca, właściwych chorobom zakaźnym ostrym o wysokiej ciepłocie, które niekiedy sprawiają w praktyce bardzo smutne niespodzianki.

W końcu zaznaczyć mi wypada, że obecnie posiadamy już w obiegu surowicę wyrobu prof. O. BUJWIDA—*serum antiscarlatinosum*, która jest również przeciwpaciorkowcową, specjalnie przygotowaną z bakterii płoniczych.

Należy się więc spodziewać, że jej działanie będzie również dodatnie i życzyć jej należy szerokiego rozpowszechnienia.

III. MATERIAŁY DO NAUKI O STWARDNIENIU TĘTNIC.

Podał

Dr Teodor Dunin.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 48].

Dalej znajduję 8 przypadków takich, w których jedynym objawem ze strony układu krwionośnego był dzwieczny drugi ton aorty. Ciśnienie u tych chorych bywało niekiedy bardzo niskie, od 140 do 90 mm. W zgodzie z tem w kilku wypadkach 1-szy ton aorty był bardzo słaby. W dwóch przypadkach, obok 2-go tonu dzwiecznego, słychać było i szmer rozkurczowy [dyastoliczny].

Wszyscy ci chorzy radzili się mnie z powodu zupełnie innych dolegliwości, a na jakiegokolwiek dolegliwości ze strony serca się nie skarżyli. Jeden tylko z nich przedstawiał objawy cierpienia nerek [interstycyalne?], c.w. moczu wynosił 1010, ilość białka 2,5‰, w osadzie dużo cylindrów.

Już wyżej mówiłem, że niektórzy autorowie, a mianowicie HUCHARD, ROSENBAACH i inni, ściśle odróżniają proste wzmocnienie 2-go tonu aorty, od dzwiecznego tonu. Pierwsze, ich zdaniem, jest wyrazem wzmożonego ciśnienia, t. j. nadciśnienia w całym układzie tętniczym, drugie — oznacza jedynie rozszerzenie łuku aorty i może istnieć bez zwiększonego ciśnienia, jedynie jako wyraz miejscowego cierpienia aorty. O ile te twierdzenia polegają na doświadczeniu zdobytem przy sekcyach, tego powiedzieć nie mogę. Ja sam nie mogę nic stanowczego powiedzieć, a rozstrzygnięcia tego pytania oczekiwać należy od dalszych pośmiertnych badań. Również z wielką rezerwą wyraża się o tem i EDGREN [str. 191]. Z tego, co powiedziałem bynajmniej nie wynika, abym przeczył twierdzeniu HUCHAUD'a; częste kombinowanie się tego tonu ze szmerem dyastolicznym wskazywałoby, że w istocie mamy tu do czynienia z ateromatycznym zwyrodnieniem i rozszerzeniem łuku aorty, które mogą wywoływać niedostateczność zastawek aorty, czy to przez zejście sprawy ateromatycznej na zastawki, czy wskutek rozszerzenia ujścia aorty.

Trzecia kategoria przypadków o niskiem ciśnieniu obejmuje 14 przypadków, w których chorzy z jednej strony skarżyli się na bardzo wyraźne przypadłości subiektywne [dusznosc, bicie lub niepokój serca, puchnienie nóg], z drugiej strony, obok znacznej otyłości, badanie obiektywne wykazywało niewątpliwe zmiany w sercu lub aortcie. U chorych tych znajdowałem stale systoliczny szmer na miejscu wysłuchiwania aorty, a jeszcze częściej na rękojęści mostka (*manubrium sterni*); obok tego w niektórych przypadkach istniało stępienie na rękojęści mostka, oraz wyraźne tętnienie *in jugulo*, a wreszcie niekiedy dzwieczny drugi ton aorty czysty lub ze szmerem. Jednem słowem, mieliśmy objawy rozszerzenia łuku aorty, a niekiedy i samego ujścia aorty. We wszystkich tych

wypadkach, prócz jednego, gdzie 2-giton oznaczony jest jakomocny, 2-giton aorty był wyraźnie słaby; już wyżej mówiłem, że i przy wzmożonem ciśnieniu niekiedy 2-gi ton aorty może dochodzić bez wzmocnienia, w każdym jednak razie zasługuje na uwagę, że w żadnym z przypadków tej kategorii nie zaznaczyłem wzmożonego 2-go tonu aorty; jest to więc w zupełnej zgodzie z rezultatami badania sfigmomanometrycznego.

U niektórych chorych zauważyłem tętno arytmiczne stale lub chwilowo, a mianowicie przy wstrzymaniu oddechu. Do tego ostatniego objawu powróćmy jeszcze później.

Ostatnia grupa przypadków [22 chorych] tej kategorii obejmuje chorych, którzy od poprzedniej grupy różnią się tylko tem, iż nie przedstawiali otyłości. Ma to znaczenie o tyle, że ich skargi subiektywne nie mogły już być kładzione na karb tuszy, lecz muszą być stawiane w zależności od cierpienia naczyń lub mięśnia sercowego. I tu najczęstszym obiektywnym objawem były oznaki rozszerzenia łuku aorty, a więc najczęściej, prawie stale, systoliczny szmer u aorty, dalej niekiedy dźwięczny 2-gi ton aorty ze szmerem lub bez, rzadziej już stępienie na rękojeści mostka lub tętnienie *in jugulo*. Ani razu i tu niema wzmianki o tem, aby 2-giton aorty był wzmocniony, a w paru przypadkach pierwszy ton aorty o ile był czysty, był bardzo słaby. W niektórych przypadkach były wyrażone objawy osłabienia mięśnia sercowego, t. j. prócz subiektywnych objawów tętno częste bardzo miękkie, obrzęk nóg i t.d. W 4-ch z pomiędzy tych przypadków istniały wyraźne objawy cierpienia i innych tętnic, a mianowicie mózgowych, co objawiało się silnemi zawrotami głowy, stałemi lub w postaci napadów. Natomiast ani razu u tych chorych nie znalazłem białka w moczu, co jest rzeczą bardzo ważną.

Do tej samej grupy zaliczam również przypadki, w których wprawdzie nie było żadnych objawów auskultacyjnych, ale istniała arytmia w tym stopniu, że kazała przypuszczać zmiany w mięśniu sercowym, które nie mogły zależeć od innej sprawy, jak tylko od stwardnienia w obrębie tętnic wieńcowych serca. Szczególniej zwracam też uwagę na arytmie, występującą w chwili auskultacji chorego, t. j. wtedy, kiedy każemy choremu zaprzestać oddychać. Zjawia się wtedy bardzo wyraźny *pulsus bi* lub *trigeminus*, który znika, jak tylko chory zaczyna swobodnie oddychać. Musimy przyjąć, iż u tych chorych istnieje w stanie ukrytym osłabienie mięśnia sercowego; nawet tak mała przeszkoda dla działalności serca, jaką jest zmienione ciśnienie w klatce piersiowej, wywołuje t. z. systole dodatkowe (*Extrasystole*), które zawsze występują wtedy, kiedy mięsień sercowy musi zwalczać przeszkody dla niego zbyt duże, przynajmniej w pierwszej chwili. Ponieważ przyczyny tego osłabienia mięśnia sercowego nie mogą szukać w innych zmianach, jak tylko w cierpieniach tętnic wieńcowych serca, przeto i te przypadki zaliczam do stwardnienia tętnic.

Wreszcie do tej grupy zaliczam 2 przypadki kulenia przestankowego. W obu przypadkach serce było zdrowe, ciśnienie wynosiło raz 110 mm. drugi raz 130 mm., natomiast tętnice na nodze (*pedica, tibialis postica*) w obu razach wcale nie tętniły. Musimy tu przyjąć stwardnienie tętnic, ograniczone do zakresu tętnic jednej kończyny dolnej.

Jak należy pojmować całą tę kategorię przypadków, w których pomimo niewątpliwych oznak stwardnienia w zakresie układu tętniczego, ciśnienie nie było podniesionem, a nawet było zmniejszone? Nie uszedł badacz fakt ten, że nie cały układ tętniczy posiada jednakowe dostojęństwo dla sprawy krążenia; jedynie tylko zmiany w najdrobniejszych tętnicach wpływają na podniesienie ciśnienia w całym układzie tętniczym, jak tego najjaskrawszy przykład mamy w drażnieniu n. trzewowego (*n. splanchnicus*); wtedy cały obszar tętniczek trzewowych ulega zwężeniu, a ciśnienie w aortcie i tętnicach obwodowych znacznie się wzmacnia. Przeciwnie, zmiany w dużych pniach tętniczych nie wywierają tego wpływu na ciśnienie krwi. Bardzo dobitnie uwydatnia tę różnicę POTAIN; nazywa on zmiany w dużych naczyniach zwyrodnieniem ateromatycznym, a jako jego cechy wymienia późny wiek chorego, oraz względnie mniejsze ciśnienie [zawsze jednak dość wysokie]. Druga forma, którą nazywa „*arterio - sclerose generalisée capillaire*“, cechuje się wysokiem ciśnieniem i obecnością małej ilości białka w moczu. Ten sam mniej więcej podział przeprowadza i v. BASCH, który pierwszą formę nazywa *arteriosclerosis*, gdy zaś drugą—*angiosclerosis*. Wreszcie formę o której mowa wyróżnia i HUCHARD pod nazwą *aortite chronique*, jakkolwiek nic nie mówi, jak się zachowuje ciśnienie.

Ja tu znów muszę powiedzieć, to co z innej okazji powiedziałem, że różnicowanie takie oparte jest więcej na teoretycznem rozumowaniu i dedukcyi, aniżeli na faktach. Opiera się ono głównie na tem, że eksperymentalne zwężenie naczyń [za pomocą drażnienia nerwów np. trzewowego] podnosi ciśnienie w układzie tętniczym, gdy zaś przypuszcza się, iż zmiany w dużych tętnicach tego wpływu na krążenie nie wywierają. Nie będę temu rozumowaniu przeczył, ale za zupełnie dowiedzione uważać go nie mogę. Sądzę, że nie przyczyni się to do postępu nauki o stwardnieniu tętnic, jeżeli hipotezy, nawet prawdopodobne, uważać będziemy za pewniki. Przeciwnie, należy wszystkie wątpliwe pytania uwydatniać, tak jak to po części już zrobił SCHROETTER, aby wskazywać, które z nich jeszcze dalszemu badaniu poddane być winny.

Według tej klasyfikacyi należałoby przyjąć, że we wszystkich tych moich przypadkach, w których ciśnienie było normalne lub obniżone, miałem do czynienia jedynie z cierpieniem dużych pni tętniczych bez zajęcia drobnych naczynek (*arterio* — nie *angiosclerosis*). Wyłączam na teraz zupełnie przypadki duszniczy bolesnej, dla których postaram się dać inne objaśnienie. Co do reszty, to muszę zauważyć 1^o: Przypadki te bynajmniej nie należą do starszych zmian aorty, przeciwnie w moim materiale przeważnie znajdują ludzi w średnim wieku, a czasami nawet zupełnie młodych. Tak np. p. W. oficer lat 37, zgłosił się do mnie 20/XII 901. Latem był w Ciechocinku, gdzie lekarz nie pozwolił mu brać kąpieli z powodu, że tony serca nie były czyste; jednak wziął ich 6, które przerwać musiał z powodu, silnego bicia serca, które trwa dotychczas. Bardzo nerwowy, zresztą zawsze zdrowy. Pali bardzo dużo. Badanie wykazuje: Szczupły; serce powiększone na lewo, *ictus* słaby. U wierzchołka b. słaby systoliczny szmer, u aorty, a głównie na *manubrium* silny systoliczny szmer. 2-gi ton głośny, prawie metaliczny ze szmerem. Ciśnienie 125 mm. W wypadku tym chory ostrego reumatyzmu nie przechodził wcale, przytem wstępując do wojska był

zupełnie zdrow, muszę więc odrzucić przypuszczenie jakoby cierpiał na zwężenie ujścia aorty pochodzenia wsierdziowego, przeciwko czemu przemawia i dźwięczny 2-gi ton aorty, wskazujący na cierpienie ateromatyczne aorty. Pomimo tego ciśnienie wynosiło zaledwie 125 mm.

W innych wypadkach, obok objawów cierpienia aorty i inne tętnice mniejszego kalibru były zajęte. Tak np. pan Ł. lat 54. Syfilisu nie przechodził, zawsze zdrow. Dużo pali. Nie pija. Od paru miesięcy zaduszania przy szybszym ruchu. Od dwu m. silny zawrót głowy, który mu nie pozwala chodzić. Ma wtedy uczucie, jakby mu „umysł i oczy mgłą zachodziły“; zdaje mu się wtedy, że upadnie. Badanie wykazuje: Granice serca wyraźnie nie powiększone; tony czyste, prócz systolicznego tonu aorty i na *manubrium sterni*, zamiast którego słyszemy głośny szmer. Mocz: c. w. 1027, białka nie zawiera. Puls czasami arytmiczny z typem 6 lub 7 *geminus*. Ciśnienie 110. W czasie leczenia ciśnienie podniosło się do 140 mm., jednak przy pogorszeniu spadało, raz nawet do 95 mm.

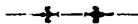
Muszę powiedzieć, że gdyby nie słabe ciśnienie w układzie tętniczym wypadki takie, jak powyższy i inne bez wahania zaliczyłbym do kategorii stwardnienia drobnych tętnicach (*angiosclerosis*). Czy więc ten jeden objaw wystarcza, aby odrzucić istnienie zmian w drobnych tętniczkach, na to jeszcze stanowczo nie odpowiadał. [D. c. n.].

IV. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS.

Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

Podali

Wł. Starkiewicz i T. Gryglewicz.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 48].

Porównyując dane z dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus, widzimy w nich przedewszystkiem znakomite zmniejszenie śmiertelności suchotników, stanowiącej w nowym szpitalu zaledwie $\frac{3}{4}$ dawnej. Zmniejszenie to dotyczy chorych podgorączkowych i mających średnią gorączkę, nie dochodzącą do 39°. Po części możnaby je tłumaczyć mniejszą liczbą konałych suchotników, przywożonych do nowego szpitala.

Liczba popraw, osiągniętych w nowym szpitalu, była wyraźnie większa, niż w starym. Bardziej jednak rażącym od liczby popraw był stopień osiągn-

niętej poprawy: takich przybytków na wadze, takiego powrotu do siły, takiego znikania przypadłości chorobowych w starym szpitalu nie widywało się. Przeciętna pobytu była krótszą [41 w dawnym, 32 dni w nowym szpitalu]. I tę różnicę tłumaczyłbym sobie na korzyść nowego szpitala, przypuszczając, że suchotnicy w nowym szpitalu wcześniej dochodzili do tej subiektywnej poprawy, którą uważają za dostateczną, by wrócić do zajęć lub do rodziny.

W każdym razie zaznaczyć należy, że cyfry z nowego szpitala są jeszcze zbyt małe i na wnioskach z nich wyprowadzanych w zupełności polegać niepodobna. Wymagają one potwierdzenia od dalszych prac tegoż rodzaju, które w opracowaniach statystycznych, jak niniejsze, będą już miały skalę porównawczą z dawnego szpitala Dzieciątka Jezus i z innych szpitali warszawskich.

Porównanie dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

I. Śmiertelność suchotników.

W dawnym szpitalu . . 43,4%

W nowym szpitalu . . 32,29%.

	% śmiertelności suchotników z ciepłotą wyżej 39°	z ciepłotą nie dochodzącą do 39°	z ciepłotą do 38°	Bezgorączkowych	% konających [zmarłych przed 10-ym dniem pobytu]
W dawnym szpitalu . .	58,45	44,12	27,3	29,6	13,
W nowym szpitalu . . .	50,0	18,75	0	26,6	3,1

II. Poprawy i pogorszenia.

	Z pomiędzy gorączkujących suchotników straciło gorączkę i poprawiło się	Z pomiędzy przybyłych do szpitala bez gorączki zaczęło gorączkować
W dawnym szpitalu . .	49—15,75%	17—10,49%
W nowym szpitalu . . .	13—17,11%	2—0,09%

III. Przeciętna pobytu.

W dawnym szpitalu . 41 dni.

W nowym szpitalu . 32 dni.

IV. Porównanie suchotników podług gorączki.

	%, suchotni- ków z cie- płotą wyżej 39°	Z ciepłotą do 39°	do 38°	Bezgorącz- kowych
W dawnym szpitalu . .	41,2	14,9	12,1	31,8
W nowym szpitalu . . .	50,0	16,67	12,5	20,83

Gruźlica żydów i włościan.

Pragnąłbym podnieść jeszcze jedną kwestyę, do której rozwiązania Sekcya przeciwgruźlicza warszawska mogłaby się skutecznie przyczynić. Chodzi mi o sprawę odporności żydów przeciw gruźlicy.

Jeżeli w ciągu szeregu pokoleń można wzmocnić odporność względem gruźlicy, to powinni ją byli wzmocnić żydzi, którzy od tysięcy lat zamieszkują najuboższe i najbrudniejsze dzielnice miejskie, żyją w najgorszych warunkach higienicznych i tem samem walczą z gruźlicą więcej, niż jakakolwiek inna grupa ludności. Pod tym względem niema może kraju, któryby się tak nadawał do zbadania tej kwestyi, jak nasz. Chodziłoby poprostu o porównanie sprawozdań szpitalnych o suchotach takich, jak niniejsze, ze szpitali chrześcijańskich i żydowskich. Mniejsza śmiertelność, dłuższy czas trwania choroby, mniejsza odsetka przypadków ostrych, a większa bezgorączkowych mogłyby świadczyć o większej odporności. Słyszałem od wielu lekarzy, że uważają żydów za odporniejszych w tym sensie od chrześcijan, że w rokowaniu w suchotach płucnych u żydów nawet w ciężkich przypadkach są oględniejsi i więcej się liczą z możliwością poprawy. Inni, między innymi tego zdania trzyma się prof. BARANOWSKI, mają w tej kwestyi wręcz przeciwne poglądy. Oczywiście są to wrażenia bardzo subiektywne, które należałoby potwierdzić albo obalić cyframi.

Dotychczas w piśmiennictwie naszym odpowiednich sprawozdań ze szpitali żydowskich nie posiadamy. Wszystko, co udało się zestawić w tym względzie, redukuje się do sprawozdania STERLINGA ze szpitali prowincjonalnych chrześcijańskich i żydowskich za 5 lat, oraz sprawozdania ze szpitali żydowskiego i Dzieciątka Jezus za r. 1858. [Patrz tab. na str. nast.]. Z obu tych sprawozdań wynikałoby, że śmiertelność z suchot płucnych w szpitalach żydowskich była o połowę mniejsza niż w chrześcijańskich. O mniejszej śmiertelności żydów wogóle, a z gruźlicy w szczególności pisał u nas SZNABL (16). KLARNER (17) z Bełżyc podał ciekawe dane o gruźlicy u żydów, włościan i mieszczan.

Dane te jednak statystyczne tak jeszcze na ogół są szczupłe, że na wnioskach z nich wyciągniętych bardzo polegać nie można, o ile dalsze spostrzeżenia, zwrócone umyślnie w tym kierunku, ich nie potwierdzą. Za obowiązek Sekcyi

	% śmiertel- ności wszyst- kich chorych	% suchot- ników w ogólnej liczb- ie chorych	% śmiertel- ności z su- chot płuc- nych
Szpital żydowski (18) w Warszawie w r. 1858	6,44	5,13	20,57
Szpital Dzieciątka Jezus (19) w r. 1858	14,95	6,68	49,18
Szpitala żydowskie (20) na prowincyi od r. 1895 do r. 1899	—	4,29	21,12
Szpitala chrześcijańskie (20) na pro- wincyi od r. 1895 do r. 1899	—	4,14	42,93

przeciwgruźliczej warszawskiej uważałbym przeto zachęcić swych członków do badań w tym kierunku.

Że mogłoby się to opłacić, że może udałoby się wykazać pewne zahartowanie żydów na gruźlicę, wnosilibym o tem z tego, co wiemy o gruźlicy u ras dzikich, które wręcz przeciwnie, niż żydzi, nie były wystawione na gruźlicę aż do zetknięcia z cywilizacją europejską. Niektóre z tych ras [indyanie amerykańscy, tasmańczycy i wogóle australczycy] po prostu wymarły z gruźlicy. W opisach podróżników i lekarzy znajdujemy wzmianki, że gruźlica u tych ludów ma przebieg ostry, że same te ludy rozumieją jej pochodzenie, nazywają ją chorobą europejską, uciekają od kaszlącego Europejczyka.

Wprawdzie HIRSCH (21), zestawiając dawniejsze dane tego rodzaju, nie uważał je za wystarczające do przyjęcia szczególnej wrażliwości na gruźlicę ras dzikich; winił on raczej klimat podzwrotnikowy, mający bardziej usposabiać do gruźlicy, oraz różne uboczne wpływy cywilizacji europejskiej na zdrowie ludów pierwotnych. Zdaje się jednak, że wspomniane wymieranie owych ludów z gruźlicy zaprzeczyć się nie da.

Pokrewną sprawę chciałem podjąć z materiału naszego oddziału. Chodziło o to, czy da się zauważyć różnicę w przebiegu suchot u chorych, urodzonych w Warszawie, a więc w wielkiem mieście—ognisku gruźlicy, i u chorych, pochodzących z prowincyi, mianowicie ze wsi.

Można byłoby przypuszczać, że pierwsi będą bardziej zahartowani na gruźlicę, niż ostatni, że więc choroba będzie u nich dłużej trwała, % przypadków ostrych będzie mniejsza, a przypadków łagodniejszych—większa. Spostrzeżenia z pierwszych lat zdawały się wyraźnie przemawiać za słusznością tego przypuszczenia. Z nagromadzeniem jednak spostrzeżeń, których naogół zebrano około trzechset, różnice te znacznie zmalały; te zaś, które pozostały, możnaby złożyć na całkiem inne względy, np. na to, że ludność, przybywająca ze wsi do Warszawy, żyje tu w gorszych warunkach, żywi się i mieszka gorzej,

mniej zwraca uwagi na swoje zdrowie i na początek choroby. Poniższa tablica zawiera wyniki wspomnianych obliczeń:

Z pomiędzy zmarłych suchotników było urodzonych	bezgorączkowych	podgorączkowych	gorączkujących	razem
w Warszawie i Łodzi	5	9	24	38
w innych miastach .	3	4	23	30
po wsiach	2	12	29	43
Razem	10	25	76	111

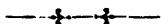
Z pomiędzy suchotników wypisanych było urodzonych	bezgorączkowych	podgorączkowych	gorączkujących	razem
w Warszawie i Łodzi	13	19	9	41
w innych miastach .	12	13	14	39
po wsiach	28	36	45	109
Razem	53	68	68	189

Ogółem z pomiędzy suchotników było urodzonych	bezgorączkowych	podgorączkowych	gorączkujących	razem
w Warszawie i Łodzi	18	28	33	79
w innych miastach .	15	17	37	69
po wsiach	30	48	74	152
Razem	63	93	144	300

Jak już wspomniałem, nie są to różnice tak jaskrawe, by na nich można było budować wnioski: gorączkujących między urodzonymi w Warszawie i Łodzi było 41,7%, między urodzonymi w miastach i na wsi 50,2%. Na uwagę natomiast zasługuje to, jak mało stosunkowo mamy w szpitalach suchotników urodzonych w Warszawie. Wiemy, że wśród ludności warszawskiej 50% stanowią osoby urodzone w Warszawie. W powyższej zaś tablicy urodzeni w Warszawie i Łodzi stanowią zaledwie 26,33% ogółu naszych suchotników szpitalnych [79 na 300].

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



73. G Jochman. Badania bakteriologiczno-anatomiczne szkarlatyny ze specjalnem uwzględnieniem badań krwi.

Autor badał bakteriologicznie krew co do obecności streptokoków u 161 chorych szkarlatynowych w różnych okresach choroby, powtarzając niekiedy badania u tych samych chorych w pewnych odstępach czasu. Dla ścisłości badań zapomocą wenepunkcyi otrzymywał większą ilość krwi: 15—20 ctm. sz. metodą SCHOTTMUELLER'a (szprycą LUER'a). Żadnych szkodliwych skutków dla chorych podobny upust krwi nie spowodował. Krew mieszano z roztopionym poprzednio agarem (w kilku próbkach po 5 ctm. sz.) i rozlewano na płytki (w szalkach PÉTRI'ego).

Na 161 przypadków w 25 stwierdzono obecność streptokoków we krwi za życia. Streptokoki te posiadały wszelkie cechy *streptococcus pyogenes longus*. Nie stwierdzono obecności streptokoków ani razu w okresie najobfitszej wysypki; pierwszego lub drugiego dnia choroby. Pod względem klinicznym przypadki ze streptokokami we krwi niczem się nie różniły od przypadków ciężkich szkarlatyny, w których we krwi streptokoków nie wykryto.

W przypadkach szkarlatyny piorunującej we krwi streptokoków nie wykryto ani razu.

Rokowanie w przypadkach ze streptokokami we krwi jest bezwzględnie złe.

U 50% dzieci, które zmarły w przebiegu szkarlatyny (z wyłączeniem przypadków śmierci po zapaleniu nerek), stwierdzono na krótko przed śmiercią we krwi streptokoki. Z badań parokrotnych w różnych odstępach czasu okazuje się, iż streptokoki dość szybko się mnożą we krwi im bliżej końca, nigdy jednak za życia nie są tak obfite, jak we krwi wziętej po śmierci.

Oprócz badań krwi u chorych szkarlatynowych, autor przeprowadził badania na 70-u trupach dzieci zmarłych na szkarlatynę. Badał krew, migdałki, szpik kostny, śledzionę, nerkę na preparatach barwionych i na skrawkach (migdałki, nerki). U niektórych chorych otrzymywano krew bezpośrednio po zgonie z serca, w większości przypadków w 12—18 godzin po zgonie z prawego serca.

Na 70 badanych przypadków stwierdzono obecność we krwi streptokoków w 50, czyli, jak widzimy, częściej niż za życia. Tłómaczy się to przechodzeniem streptokoków do krwi z różnych ognisk podczas agonii.

W 36-u przypadkach badano mikroskopowo migdałki i krew; w 30-u istniała *tonsillitis necrotic*; we wszystkich tych przypadkach stwierdzono nagromadzenie streptokoków na powierzchni migdałów i w ogniskach nekrotycznych; w dwu przypadkach z *angina cat.* znaleziono również streptokoki na powierzchni migdałków, w 16-u stwierdzono zawały streptokokowe w naczyniach krwionośnych i limfatycznych tkanki otaczającej migdałki. We krwi stwierdzono streptokoki w 25 przypadkach; w 24 z nich były streptokoki na migdałkach. Według więc wszelkiego prawdopodobieństwa w przypadkach szkarlatyny z zejściem śmiertelnem, gdzie stwierdzono streptokoki we krwi, punktem wyjścia infekcyi były migdałki; stąd wędrują streptokoki do naczyń krwionośnych najbliższego otoczenia i dalej.

Autor szczególną uwagę zwraca na przypadki szkarlatyny piorunującej, gdzie pomimo *tonsillitis necr.* nie wykryto we krwi streptokoków; najciekawszy jest jednak z punktu widzenia etyologii przypadek szkarlatyny piorunującej, gdzie nie było *tonsillitis necrotic.* i nie znaleziono streptokoków ani na powierz-

chni migdałków, ani w ich otoczeniu. Przypadek ten obalałby twierdzenie zwolenników swoistości streptokoków dla szkarlatyny, iż w przypadkach niewykrycia streptokoków we krwi, w każdym razie mamy do czynienia z intoksykacją streptokokową z punktem wyjścia z migdałków. Badania szpiku kostnego i śledziony dały zgodny wynik: w tych przypadkach, gdzie były streptokoki we krwi, były i w szpiku kostnym i w śledzionie, i na odwrót w 17 przypadkach, gdzie krew była jałowa, badanie tych organów również dało wynik ujemny. Stosuje się to również do badań nerki. Te ostatnie są ciekawe w kwestyi wpływu streptokokemii na występowanie zapalenia nerek szkarlatynowego. W 25 przypadkach badano nerki na skrawkach, w 17 przypadkach nie było objawów klinicznych zapalenia nerek (2—13 dnia choroby).

Z badań swych autor wyprowadza wniosek, iż bezwarunkowo istnieją przypadki zapalenia nerek, wywołane przez zakażenie streptokokowe; że istnieją jednak przypadki, w których na zasadzie badania bakteriologiczno-anatomicznego prawie z pewnością powiedzieć można, że streptokoki nie odgrywały tu roli, ani jako czynnik miejscowy (nie znajdowano ich w nerkach), ani jako źródło toksyczne. Za tem przemawiały i wyniki badania krwi za życia w 16-u przypadkach zapalenia nerek szkarlatynowego — w jednym z nich nie znaleziono streptokoków we krwi. Badanie na streptokoki moczu w 20 przypadkach zapalenia nerek szkarlatynowego również dało wynik ujemny, gdy tymczasem w jednym przypadku ogólnego zakażenia po szkarlatynie, gdzie wykryto streptokoki we krwi, wykryto je również i w moczu.

W dwu przypadkach zapalenia nerek po szkarlatynie krew i wszystkie narządy okazały się jałowemi, (zejście na 28-y *resp.* 32-i dzień szkarlatyny). Rzecz godna uwagi, że nie wykryto streptokoków, ani żadnych zmian na migdałkach, ani innych ognisk w organizmie, skądby streptokoki mogły wywędrować lub wysłać wyrobione toksyny. Autor opierając się jeszcze na fakcie klinicznym, że zapalenie nerek występuje bardzo często po szkarlatynie o przebiegu nader łagodnym, bez zmian nekrotycznych w gardzieli, wypowiada przypuszczenie, iż cała serya zapaleń nerek, występujących poczynając od 3 tygodnia, niema nic wspólnego z działaniem streptokoków.

Ostateczny wniosek autora brzmi: Infekcja streptokokowa odgrywa ważną rolę w szkarlatynie, tak ważną, że w porównaniu z nią właściwa sprawa chorobowa schodzi na plan drugi, jednak dla wykazania swoistości streptokoków brak trwałych i ścisłych podstaw. [Nader ciekawe i wyczerpujące badania autora zyskują na aktualności wobec zapoczątkowania leczenia szkarlatyny surowicą. Najcenniejsze są badania krwi, przeprowadzone przez autora u żywych. Czyby na tej drodze w próbach z surowicą nie można było osiągnąć jakichś bliższych wskazówek co do jej działania. Jak dotąd doświadczenie wykazało, iż działa surowica najskuteczniej w przypadkach ogólnej intoksykacji; ciekawem byłoby doświadczenie, czy dałoby się otrzymać polepszenie przy leczeniu surowicą przypadków, w których za życia stwierdzono obecność streptokoków we krwi. Dotąd badań krwi za życia, przeprowadzonych jednocześnie z leczeniem surowicą, brak; z obserwacji klinicznej w zestawieniu z wnioskami, wyciągniętymi przez wyżej cytowanego autora z licznych badań krwi (rokowanie złe) można wyprowadzić jednak wniosek, że surowica w takich przypadkach nie będzie działać. Rzucić to pewne dwuznaczne światło i na kwestyę swoistości streptokoków dla szkarlatyny i zmusza do tem ostrożniejszego wnioskowania co do leczniczego działania surowicy. (*Przyp. spraw.*).

(*Deutsch. Arch. f. klinisch Medicin.* t. 78 Z. 3 i 4 str. 209—248).

Józef Brudziński.

Wiadomości bieżące.

— Wydział gospodarczy X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1904 ogłasza co następuje:

X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w połączeniu z Wystawą przyrodniczo-lekarską odbędzie się, jak to już było dawniej ogłoszone, we Lwowie w roku 1904 i to w dniach od 20—24 lipca. Przypominając świetną tradycję zjazdów poprzednich i wskazując na ich wysokie kulturalne i naukowe znaczenie, Wydział gospodarczy X Zjazdu zwraca się niniejszem do wszystkich lekarzy i przyrodników polskich z gorącym zaproszeniem do wzięcia udziału w przyszłorocznym Zjeździe i nie wątpi, że na wezwanie to pośpieszy każdy, o ile mu tylko nie staną na drodze nieprzewyżnione przeszkody.

Szczegółowy program Zjazdu ogłoszony będzie później, gdy już po uwzględnieniu życzeń kolegów, wybierających się na Zjazd, zostanie w zupełności ustalony. Oprócz posiedzeń ogólnych z wykładami wybitnych uczonych polskich i posiedzenia zbiorowego, poświęconego sprawie gruźlicy i alkoholizmu, jako kłęsk społecznych, prace naukowe Zjazdu odbywać się będą w dwudziestu kilku poniżej wyszczególnionych sekcjach. Na porządku dziennym będą tematy oficjalne, opracowane przez uproszonych referentów i przeznaczone do dyskusji oraz somodzielne wykłady i demonstracje, przyczem dla omówienia pokrewnych tematów łączyć się będą dwie lub więcej sekcji ze sobą. Tematy oficjalne oraz nazwiska referentów ogłosi się w późniejszym, szczegółowym programie.

Samodzielne wykłady i demonstracje zgłaszać należy bezpośrednio do poniżej wymienionych gospodarzy odpowiednich sekcji z dołączeniem krótkiego streszczenia zamierzonego wykładu, które pomieści się w „Dzienniku Zjazdu”. Wykład wcześniej zgłoszony przyjdzie wcześniej na porządek dzienny obrad w sekcjach. Ostateczny termin zgłoszenia wykładów upływa 1-go czerwca 1904 r.; później zgłoszone wykłady nie będą mogły być pomieszczone w ostatecznym programie Zjazdu.

Wszelkie pisma, odnoszące się do połączonej ze Zjazdem wystawy, adresować należy do przewodniczącego komitetu wystawowego dra KALIKSTA KRZYŻANOWSKIEGO [Lwów, c. k. Namiestnictwo]. Wszelkie inne pisma [nieodnoszące się do wykładów w sekcjach i wystawy] przysyłać należy do głównego Sekretarza Wydziału gospodarczego X Zjazdu prof. dra W. SIERADZKIEGO [Lwów, Czarnieckiego 3]. Tutaj więc przedewszystkiem należy nadsyłać wkładki uczestnictwa Zjazdu, które wynoszą 20 koron = 8 rubli = 18 marek = 20 franków = 4 dolary od członka Zjazdu [połowę tej kwoty płaci każda towarzysząca uczestnikowi Zjazdu osoba, np. panie, chcące wziąć udział w Zjeździe i korzystać ze wszystkich praw i dogodności członkom przynależnych].

Również pod adresem Sekretaryatu zgłaszać się należy z zamówieniami mieszkania. W wydziale gospodarczym utworzoną została osobna sekcja kwatermistrzowska pod przewodnictwem dra TEOFIŁA STACHIEWICZA, mająca za zadanie zająć się rozmieszczeniem przybyłych uczestników Zjazdu; do dyspozycji będą mieszkania w hotelach, w domach prywatnych i pewna liczba bezpłatnych wspólnych mieszkań, stosownych zwłaszcza dla młodszych kolegów. Kto jednak pragnie mieć zapewnione mieszkanie, musi najpóźniej na 14 dni przed Zjazdem zgłosić się z zamówieniem do Sekretaryatu głównego, wyszczególnić swoje żądania [liczba osób, liczba pokoi, czy hotel, czy mieszkanie prywatne i t. p.] i nadesłać z góry jako zadatek najniższe kosztą zamieszkania przez 4 dni Zjazdu, t. j. kwotę 12 koron od jednej osoby, a 20 koron od dwóch osób w jednym pokoju. Tym, co się zgłoszą o mieszkanie poza wyżej wymienionym terminem, a tembardziej już podczas samego Zjazdu, Wydział gospodarczy, aczkolwiek nie poskąpi starań co do pomieszczenia, zaręczyć nie może, czy odnośne życzenia w zupełności zadowolą.

Każdy uczestnik Zjazdu otrzyma pamiątnik wraz z przewodnikiem po Lwowie, oraz dziennik Zjazdu, który oprócz działu informacyjnego pomieści streszczenia wszystkich wykładów i przemówień.

Wydział gospodarzy poczyni kroki, by uzyskać dla uczestników Zjazdu зниżenie cen jazdy kolejami galicyjskimi, a w ogóle dołożyć wszelkich starań, by członkom Zjazdu pobyt we Lwowie ułatwić i uprzyjemnić.

We wszelkich sprawach Zjazdu dla uczestników z Królestwa Polskiego i prowincyi sąsiednich przyrzekł łaskawie pośrednictwo osobny komitet organizacyjny w Warszawie, złożony obecnie z pp. dra KAROLA RYCHLIŃSKIEGO [Widok № 8], dra LUDWIKA ZEMBEZUSKIEGO [Boduena № 1] i dra ALEKSANDRA ŻURAKOWSKIEGO [Marszałkowska 85] i do tego to komitetu tamtejsi koledzy zechcą się wyłącznie zgłaszać.

Podobny komitet w Poznaniu składa się z dra HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO [Pałac Działyńskich, Rynek], dra FRANCISZKA CHŁAPOWSKIEGO, dra TADEUSZA DEMBIŃSKIEGO [Rycerska 3] i dra GANTKOWSKIEGO.

W Krakowie reprezentują Wydział gospodarzy pp.: prof. dr Hoyer junior, dr BORZĘCKI, doc. dr ŁĘPKOWSKI i doc. dr MARCHLEWSKI, wybrani z łona Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i oddziału krakowskiego Polskiego Towarzystwa przyrodników im. Kopernika.

Wreszcie reprezentantem na Amerykę jest dr FRANCISZEK FRONCZAK w Buffalo [Fillmore Avenue 508].

Podział na sekcye przedstawia się w sposób następujący:

I. Sekcja matematyczno-fizyczna [łącznie z astronomią]. Gospodarze: prof. dr PLACYD DZIWIŃSKI [Politechnika], prof. dr MARYAN SMOLUCHOWSKI [Supińskiego 24].

II. Sekcja chemiczna. Gospodarz: prof. dr BRONISŁAW RADZISZEWSKI [Długosza 6].

III. Sekcja mineralogii, geologii, paleontologii, geografii fizycznej i meteorologii. Gospodarze: prof. dr JULIAN NIEDŹWIEDZKI [Politechnika], prof. dr EMIL DUNKOWSKI [Tańskiej 1].

IV. Sekcja anatomiczno-zoologiczna [anatomia, histologia, embryologia, antropologia, anatomia porównawcza i zoologia]. Gospodarze: prof. dr HENRYK KADYI [Zielona 15], prof. dr JÓZEF NUSBAUM [Ścieżkowa 20].

V. Sekcja botaniczna. Gospodarze: prof. dr TEOFIL CIESIELSKI [Łyczakowska 93], prof. dr EUSTACHY WOŁOSZCZAK [Politechnika].

VI. Sekcja przyrodniczo-rolnicza. Gospodarz: prof. dr KAZIMIERZ MICZYŃSKI [Dublany pod Lwowem].

VII. Sekcja techniczna [mechanika, inżynierya, budownictwo, technologia chemiczna i elektrotechnika]. Gospodarze: KAROL EDWARD EPLER em. inż. kolei państw. [Plac Akademicki 1], ROMAN INGARDEN c. k. nadradca budownictwa [Plac Dąbrowskiego 5].

VIII. Sekcja farmaceutyczna. Gospodarz: Mg. WALERY WŁODZIMIRSKI [Jagiellońska 18].

IX. Sekcja filozoficzna. Gospodarz: prof. dr KAZIMIERZ TWARDOWSKI [Gołębia 10].

X. Sekcja fizyologiczna [fizyologia, chemia fizyologiczna, farmakologia i patologia doświadczalna]. Gospodarz: prof. dr ADOLF BECK [Pańska 13].

XI. Sekcja patologiczna [anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteriologia lekarska]. Gospodarz: prof. dr ANDRZEJ OBRZUT [Kraszewskiego 3]. Zastępca: doc. dr PAWEŁ KUČERA [św. Antoniego 7].

XII. Sekcja medycyny wewnętrznej łącznie z balneologią i hydroterapią. Gospodarz: prof. dr ANTONI GLUZIŃSKI [Piekarska 14].

XIII. Sekcja pedyatryczna. Gospodarz: dr ANTONI WACHTEL [Kopernika 20].

XIV. Sekcja chirurgiczna. Gospodarz: prof. dr LUDWIK RYDYGIER [Mickiewicza 8].

XV. Sekcja oto-ryno-laryngologiczna. Gospodarz: dr LESEAW GLUZIŃSKI [Waltowa 14].

XVI. Sekcja dentystyczna. Gospodarz: doc. dr ANDRZEJ GOŃKA [Kopernika 1].

XVII. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych. Gospodarz: prof. dr WŁODZIMIERZ ŁUKASIEWICZ [Kraszewskiego 5].

XVIII. Sekcja chorób nerwowych i umysłowych. Gospodarz: prof. dr JAN PRUS [Kościuszki 7].

XIX. Sekcja okulistyczna. Gospodarz: prof. dr EMANUEL MACHEK [Akademicka 11]. Zastępca: doc. dr ADAM SZULISZAWSKI [Jagiellońska 8].

XX. Sekcja ginekologiczno-położnicza. Gospodarz: prof. dr ANTONI MARS [Kościuszki 14].

XXI. Sekcja medycyny publicznej [hygienu, policja lekarska, badanie środków spożywczych]. Gospodarze: R. D. dr JÓZEF MERUNOWICZ [Zamojskiego 16], prof. dr STANISŁAW BĄDZYŃSKI [Gosiewskiego 4].

XXII. Sekcja medycyny sądowej [medycyna sądowa, toksykologia, psychopatologia sądowa, antropologia kryminalna, sprawy ubezpieczeń od wypadku, odszkodowania, kasy chorych]. Gospodarz: prof. dr WŁODZIMIERZ SIERADZKI [Czarneckiego 3].

XXIII. Sekcja spraw zawodowych stanu lekarskiego. Gospodarz: dr EDWARD FESTENBURG [Dominikańska 11].

XXIV. Sekcja weterynarska. Gospodarz: prof. STANISŁAW KRÓLIKOWSKI [Kochanowskiego 33].

XXV. Sekcja prasy lekarskiej. Gospodarz: prof. dr JÓZEF SZPILMAN [Kochanowskiego 33].

XXVI. Sekcja wychowania fizycznego. Gospodarz: dr EUGENIUSZ PIASECKI [Trzeciego Maja 3].

A) Posiedzenie zbiorowe wszystkich sekcji, poświęcone sprawie gruźlicy. Gospodarz: prof. dr ANTONI GLUZIŃSKI [Piekarska 14].

B) Posiedzenie zbiorowe wszystkich sekcji, poświęcone sprawie alkoholizmu. Gospodarz: prof. dr STANISŁAW BĄDZYŃSKI [Gosiewskiego 4].

W imieniu Wydziału gospodarczego:

Prof. dr Emanuel Machek
przewodniczący.

Prof. dr Ignacy Zakrzewski
zastępca przewodniczącego

Prof. dr Włodzimierz Sieradzki
sekretarz główny [Czarneckiego 3].

— Na miejsce, opróżnione przez śmierć MAYDLA wydział lekarski czeskiego uniwersytetu w Pradze zaprosił prof. RYDYGIERA ze Lwowa. Jak donosi prasa peryodyczna, prof. RYDYGIER propozycji tej nie przyjął.

Sprostowanie. W № 48 na str. 1129 w wierszu 15 z góry zamiast: *teratologii*, ma być: *teratologii*.

Do № bieżącego Gazety Lekarskiej dołączamy katalog książek, wydanych z zapomogi Kasy Mianowskiego, oraz prospekt „Czytelnia dla wszystkich”.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 14 Нояб. 1903 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.

ADRENALINA

(Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działająca czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrawowo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie.

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego preparatu adrenaliny, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone sto ują się do oryginalnego preparatu Takaminy.

ACETOZON

(C⁶H⁵CO. O. O. COCH³. Benzoyl-acetyl-hyperoxyd). Nowy środek prze-

ciw-pasorzytniczy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnie. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy trypanach, chorobach oczu cholerze, dysenterji roz-wolnieniach u dzieci sprawach ropnych porodowych i t. d.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE
LABORATORYUM
w Detroit (S. Z. P. A.).

PARKE, DAVIS & CO.

BIURO:
w St.-Petersb., Zamiatin, zam., 4.
Adres dla telegr.—
CASCARA—ST.-PETERSBURG.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

CHLORETON

(chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczce i t. d. Ma tę wyjątkową zaletę, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTATA

Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

CASCARA-EW

glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu Kaskara-Sagrada, za

AKUANT

Lek tonicznie przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

CASCARA SAGRADA EXTRA

w tabletkach w obwol. czekolad po 1, 2, 3 i 5 gr., w opakowaniu po 25, 100, 500 i 1000 tabletek.

W Warszawie posiadają na składzie: Towarz. Akcyjne „Motor“ i Henryk Welt.



VITTEL

GRANDE SOURCE

52—17

**PODAGRA
KAMIEŃ
ARTRETYZM**

Sezon od **21 Maja** do **25 Września**.

VITTEL-PALACE, Hotel urządony z wielkim komfortem.

Liczne hotele i wille.

Kasyno—Klub—Teatr—Hydroterapia

Gener. Reprezentant: Henryk Mendelssohn, w Warszawie, Leszno 13.