

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 13.

Warszawa d. 30 Marca 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Ś. p. Bolesław Dzierżawski. — Uwagi nad znaczeniem badania cytoskopowego płynów wysiękowych i przesiękowych. Podał Dr Witold Ettinger. — Przypadek ciąży pozamacicznej o przebiegu niezwykłym. Podali K. Lassaud i A. Wertheim. — Wykład kliniczny. Prof. Sahli. O leczeniu tuberkuliny. — Z Towarzystwa lekarskiego. Posiedzenie sekcji neuropatologicznej. — Wiadomości bieżące. — Od Administracyi. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) † dr Bolesław Dzierżawski. 2) Dr Witold Ettinger. — Sur la valeur diagnostique de cytoscopie des exsudats et des transsudats. 3) Dr K. Lassaud et A. Wertheim. — Un cas de gravidité extrauterine avec décours extraordinaire.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) † dr. Bolesław Dzierżawski. 2) Dr Witold Ettinger. — Bemerkungen über den Werth der cystoskopischen Untersuchung der Ex- und Transsudate. 3) Dr K. Lassaud und A. Wertheim. — Ein Fall von Extrauterinschwangerschaft mit ungewöhnlichem Verlaufe.

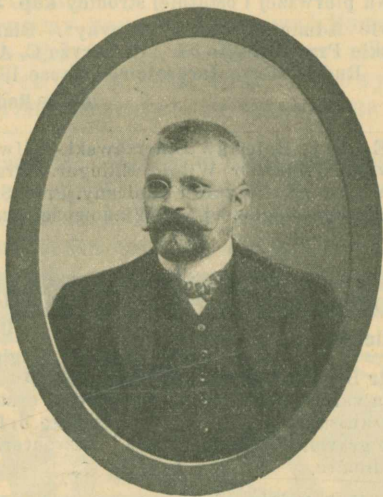
Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

Ś. p. Bolesław Dzierżawski.

W dniu 1 marca r. b. zmarł d-r Bolesław DZIERŻAWSKI po prawie 11-sto miesięcznej ciężkiej chorobie. Urodził się we wsi Dobra, gub. Kaliskiej, w r. 1861-ym, ukończył gimnazjum w Kaliszu w r. 1879-ym, a następnie Uniwersytet Warszawski w r. 1885-ym. Początkowo DZIERŻAWSKI poświęcił się chirurgii, pełniąc z zapałem obowiązki asystenta z początku przy d-rze KRAJEWSKIM, a potem przy d-rze STANKIEWICZU. Jednocześnie z przejściem na oddział tego ostatniego DZIERŻAWSKI, po zdaniu egzaminów na stopień doktora medycyny, zabrał się do pracy laboratoryjnej. Pracował, mianowicie, u prof. S. ŁUKJANOWA nad embolią powietrzną. Aczkolwiek pracy tej DZIERŻAWSKI nie mógł wykończyć z powodu wyjazdu na stanowisko lekarza chole-rycznego, a potem opuszczenia Warszawy przez kierownika pracowni, tak że ślady tej jego pracy znaleźć można tylko w podręczniku patologii ogólnej krążenia prof. ŁUKJANOWA, jednakże, na zasadzie bliższej znajomości ze ś. p. DZIERŻAWSKIM, twierdzić mogę z całą stanowczością, iż samo zabranie się do powyższej roboty wywarło na niego wpływ bardzo wyraźny i ujawniło odrazu trzy wybitne cechy jego charakteru: orygi-

nalność w pomysłach, surowy krytycyzm i prawie bezprzykładną pracowitość. Sprawę embolii powietrznej i wszystkie pokrewne z nią kwestye obczytał tak gruntownie i śledził za nią tak ustawicznie, że z górą w dziesięć lat po przerwaniu samodzielnych doświadczeń nieraz zadziwiał mnie licznymi szczegółami, które przy okazji w tej kwestyi opowiadał, a które dowodziły, jak rzeczyć traktował gruntownie, pomimo iż nie miał już zamiaru zrobić z niej użytku publicznego. Przez ciągłe śledzenie za tą kwestyą nabył takiego zamilowania do patologii ogólnej i takich szerokich poglądów ogólnolekarskich, jak rzadko u kogo spotkać można. Nie wiedział o tem ogół kolegów, ale kto go znał bliżej, z kim DZIERŻAWSKI rozmowy naukowe prowadził, ten musiał uznawać w ś. p. DZIERŻAWSKIM zupełnie nieprzeciętnego lekarza. Te cechy jego uwydatniły się nawet w tak drobnej pozornie rzeczy, jak napisanie historii cholery w Polsce r. 1892 (Kronika Lek. Nr. 8). Trzeba było widzieć zapał, z jakim się do tej zupełnie mu obcej pracy zabrał, drobiazgową dokładność, z jaką rozproszony materiał pozbierał, aby przekonać się odrazu, że ten człowiek nie powierzchownie robić nie umiał. Gdy w roku 1897-yim poświęcił się dentystyce, przyjmując zaproszenie na zarządzającego kliniką w szkole dentystycznej, powyższe cechy charakteru i umysłu DZIERŻAWSKIEGO ujawniły się w całej pełni. Będąc z natury bardzo dobrym i miłym w obejściu, szybko pozyskał miłość uczniów i kolegów, a będąc mrówczo pracowitym i szlachetnie ambitnym oraz

bardzo krytycznym, tak szybko opanował dentystykę wszechstronnie, zarówno pod względem praktycznym, jak teoretycznym i znajomości literatury, że zajął przez to prawie odrazu pierwszorzędne stanowisko w tej dziedzinie medycyny. Nie mogło być inaczej, gdyż wniósł do dentystyki swój rzadki zapał, gruntowną znajomość chirurgii i poważne podstawy anatomopatologiczne. Czego mu z tej ostatniej brakowało, to szybko, przez własne badania mikroskopowe, uzupełnił, tak że wkrótce czuł się i pod tym względem dostatecznie



silnym. cyalnie pismo dentystyczne: „Przegląd dentystyczny“. Początkowo nikt nie chciał wierzyć, by podobne śmiała myśl mogła zostać wcielona. DZIERŻAWSKI jednak dotąd koło tej sprawy chodził i jeździł, dotąd w niej korespondował, aż istotnie w r. 1898 wydawnictwo rozpoczął. Zbierał u siebie dentystów na posiedzenia redakcyjne, wszelkimi sposobami do pisania nakłaniał, pomoc literacką obiecywał i okazywał, do pracy naukowej zachęcał, a nadewszystko tak ich szczerze po koleżeńsku traktował, że w końcu wyrobił sobie z nich kilku cennych współpracowników. W każdym numerze „Przeglądu Dentystycznego“ tkwiło mnóstwo pracy DZIERŻAWSKIEGO. Sam bowiem nie tylko pisał bardzo wiele streszczeń i wiadomości pomniejszych, ale nieraz całe artykuły za innych autorów pisał lub tłumaczył.

Gdy DZIERŻAWSKI poczuł, że ta stworzona przez niego nowa gałąź piśmiennictwa ma już, przez wyrobienie przez niego odnośnego personelu piszącego, przyszłość względnie zapewnioną, zapragnął dać jeszcze naszemu piśmiennictwu obszerny zbiorowy podręcznik dentystyki. I znowu chodził, pisał, nawoływał, przed zjazd lekarzy w Krakowie sprawę wytoczył, aż udało mu się plan pracy ułożyć, a nawet początek jej wydać. Niestety, śmierć nie pozwoliła mu dalej tej pracy posunąć.

Powyższy pobieżny szkic działalności DZIERŻAWSKIEGO dowodzi chyba dostatecznie, że był to człowiek dla naszej literatury wyjątkowo zasłużony, gdyż z niczego stworzył w niej cały nowy dział dentystyczny, który, nawiasem mówiąc, wydawał własnym kosztem.

Jako człowiek, DZIERŻAWSKI odznaczał się wyjątkową dobrocią, prawdziwą miłością bliźniego, wyrażającą się w niekłamanej dla wszystkich życzliwości, i zupełnym brakiem uczucia zazdrości, a nadto niezmiernie miłym, równym, wesołym usposobieniem. Z jednej strony w najpoważniejszej kwestyi szybko dopatrzeć się umiał strony komicznej, ale odnośny jego dowcip był zawsze głęboki i pouczający; z drugiej zaś strony żadnej, pozornie najdrobniejszej sprawy

Ale nie był to człowiek, któremu mogłoby wystarczyć wykształcenie specjalne samego siebie i stworzenie sobie przez to stanowiska w szkole i u publiczności. Czuł potrzebę szerszego nauczania; zadowolonym czuł się dopiero wtedy, gdy z tego, co umiał, możliwie najwięcej innym opowiedział, by ich nauczyć tego, co sam zdobył, by nie być samemu panem niektórych wiadomości. To też nie tylko ogłaszał drukiem wszystko, co sam zdobył w dziedzinie dentystyki—a ogłaszał zawsze prace wartościowe i wnoszące do nauki coś nowego—nie tylko wykładał bardzo starannie, ale nadto założył spe-

nie bagatelizował. Ze zdaniem więc jego, zawsze zdrowem, trzeźwem i, dzięki wrodzonej inteligencji, bystro powziętem, trzeba było zawsze się liczyć. Brzydził się reklamą, więcej jeszcze powiem, starał się humorem swoim poprostu ukryć szereg wiadomości i zalet, które posiadał. Niestety, często mu się to udawało... To też mało kto wie, np., że jego wykłady kliniczne chorób zębów i szczęk są uważane za najlepsze istniejące w Cesarstwie, że ich tam już kilka wydań wyszło; mało też kto wiedział, jak szerokie posiadał DZIERŻAWSKI wiadomości z dziedziny anatomii porównawczej i antropologii oraz jakim był zdolnym lingwistą i jak był w kwestyach ogólnych oczytanym. Wszystkie te cechy robiły go nie tylko miłym, lecz i pouczającym w bliższym obcowaniu oraz wyjątkowo zdolnym nauczycielem. W ostatnim kierunku miał dar tak wyjątkowy, jakiemu poprostu równego przypomnieć sobie nie mogę. Poza tem był to człowiek wyjątkowo szczery, śmiały w wypowiedzaniu swego zdania, bez względu na to, komu i w jakich dla siebie okolicznościach wypowiedzieć mu je wypadło, bezwzględnie prawy i tak wierny raz powziętej przyjaźni, że pod tym względem mógłby za wzór charakteru uchodzić. To też z wyjątkowo głębokim żalem żegnamy zgasłego w sile wieku zacnego kolegę, którego śmierć przedwczesna jest niewątpliwie wielką stratą dla naszego społeczeństwa. Cześć zasłużonej i zacnej jego pamięci!

Władysław Janowski.

Prace naukowe d-ra Bolesława Dzierżawskiego.

- 1) O tak zwanej *periostitis albuminosa*. Kronika Lek. 1891.
- 2) Cholera, jej dawniejsze epidemie u nas, przyczyny, objawy, zapobieganie i leczenie. Kron. Lek. 1892 (praca zbiorowa—DZIERŻAWSKI, HRWELKE, JANOWSKI i ZAWADZKI).
- 3) O t. zw. palcu przytykającym. Kron. Lek. 1902.
- 4) *Frenula labiorum lateralia*. Przyczynek do anatomii jamy ustnej, jako też patogeny jej owrzożeń. Gaz. Lek. 1895.
- 5) O gruczolach chłonnych na policzku, a także słów kilka o zapaleniu gruczolów chłonnych wskutek chorób zębów wogóle. Kron. Lek. 1895.
- 6) Eukaina—nowy środek miejscowo znieczulający i zastosowanie jego w dentystyce. Med. 1896 r.
- 7) Przypadek przykurczenia mięśnia skrzydlatego zewnętrznego na skutek choroby zęba. Kron. Lek. 1896.
- 8) Czy płyn, wstrzyknięty w dziąsło, może przenikać w kość? Kron. Lek. 1897.
- 9) O znieczuleniu przy wyjmowaniu zębów za pomocą wstrzykiwań śróddziąsłowych. Sposób wykonania i wskazania do tych wstrzykiwań, a także kilka słów o zastosowaniu w tym celu eukainy. Przegl. Dent. 1898.
- 10) Nowy cement przeciwnilny (*tannoformcement*). Przegl. Dent. 1898.
- 11) Amalgamat LIPPON'a i amalgamat GLOBE. Przegl. Dent. 1898.
- 12) O przyczynach, usposabiających do próchnicy zębów, oraz kilka słów o zapobieganiu próchnicy. Przegl. Dent. 1898.
- 13) Z pobytu prof. HASKELL'a w Europie. Przegl. Dent. 1898.
- 14) O leczeniu chorób miazgi. Przegl. Dent. 1900.
- 15) Leczenie zgorzeli miazgi. Przegl. Dent. 1901.
- 16) O pierwotnej zgorzeli miazgi. Przegl. Dent. 1902.
- 17) Zapalenie dziąseł i ich leczenie. Przegl. Dent. 1902.
- 18) Ropotok zębodołowy. Przegl. Dent. 1902.
- 19) Przypadek z praktyki. Przegl. Dent. 1904.
- 20) O zastosowaniu paranefryny w dentystyce. Przegl. Dent. 1905.

Poza tem referował całą dentystykę w „Przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego” w r. 1898, 1899 i 1900-ym i napisał wiele setek cennych streszczeń w Przeglądzie Denty-
cznym.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału Doc. D-ra med. W. Janowskiego
w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Uwagi nad znaczeniem badania cytoskopowego płynów wysiękowych i przesiękowych.

Podał

Witold Ettinger,
asystent oddziału.

W ciągu ostatnich paru lat kwestya cyto-
dyagnostyki wysięków i przesięków była wielokrotnie poruszana w literaturze lekarskiej. Badania odnośnie doprowadziły do szeregu mniej więcej zgodnych i poniekąd ściśle określonych wniosków. W pracy niniejszej zamierzam przedstawić wyniki badań nad cytodyagnostyką wysięków i przesięków, prowadzonych stale od lat kilku w naszym oddziale, i porównać je z uznaniami za ustalone danymi innych autorów. Ponieważ literatura przedmiotu jest całkowicie zebrana do kwietnia r. z. w zbiorowym referacie RAUBITSCHKE'a ¹⁾, a u nas została omówiona w niedawno ogłoszonej pracy WILCZYŃSKIEGO ²⁾, pomijam ją więc tu zupełnie i przystępuję wprost do rozpatrzenia materiału, którym rozporządzam, zaznaczając na wstępie, że, po za badaniem cytoskopowym, wszystkie płyny badane były na ciężar właściwy i procentową zawartość białka, prawie

wszystkie były kryoskopowane—większość była badana metodą RIVALTA'y, a nadto pewna część i na lepkość. Danych tych jednakże nie przytaczam, aby nie obarczać pracy niepotrzebnym materiałem, zwłaszcza że Δ większości badanych w naszym oddziale płynów została już zestawiona i krytycznie omówiona przez kol. MALINIAKA ³⁾.

Zbadano dokładnie cytoskopowo płynów 103 od 89 chorych; z tych—natury zapalnej 57, a mianowicie: 46 z jamy opłucny, 9 z jamy brzusznej i 2 płyny z kanału kręgowego; płynów pochodzenia mechanicznego 40—z tych 20 z opłucny, 19 z jamy brzusznej i jeden płyn z tkanki podskórnej. Poza tem zbadano jeszcze 6 płynów z kanału kręgowego w przypadkach, nie przedstawiających objawów zapalnych, i jeden płyn z pęcherzyka po przyszczydle.

Płyny zapalne z opłucny rozdzieliliśmy na 3 grupy: wysięki w opłucnie przy niewątpliwej gruźlicy płuc, wysięki, towarzyszące sprawom chorobowym w płucach i chorobom zakaźnym, i wysięki przy samoistnem zapaleniu opłucny bez objawów gruźlicy płuc.

W zapaleniach opłucny, towarzyszących gruźlicy płuc — (28 przypadków—29 płynów), znajdowaliśmy 11 razy w osadzie z płynu wyłącznie limfocyty. Z pozostałych przypadków spotykaliśmy, obok przeważającej liczby limfocytów, neutrofile w 4 przypadkach, śródbłonki w 4 przypadkach, neutrofile i śródbłonki w 1; eozynofile i śródbłonki w 2-ch i w jednym eozynofile, neutrofile i śródbłonki. Następnie w jednym przypadku osad składał się wyłącznie

¹⁾ Hugo Raubitschek. Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, N-ry 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 i 9, r. 1906. Die Cytologie der Ex-und Transsudate.

²⁾ Tadeusz Wilczyński. Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucnej i otrzewnej oraz płynu mózgowo-rdzeniowego. Gazeta Lekarska, N. 4 i 5 r. 1906.

³⁾ I. Maliniak. Kilka uwag o kryoskopii wysięków i przesięków. Medycyna N. 43 i 44, 1906 r.

z neutrofilów; w jednym przypadku, przy przeważającej liczbie neutrofilów, spotykałem na preparacie śródbłonki, w 2 zaś — limfocyty i śródbłonki. Wreszcie w jednym przypadku liczba limfocytów i leukocytów była mniej więcej jednakowa. Prawie we wszystkich osadach spotykaliśmy na preparatach w większej lub mniej liczbie czerwone krążki krwi.

Z badań VIDAL'a i RAVAUT i innych autorów wynika, że dla gruźliczego wysięku w opłucnie charakterystyczny ma być osad, składający się wyłącznie z limfocytów. Z naszych 28 przypadków tylko 12 zupełnie zgadza się z powyższą formułą; w 14 zaś limfocyty stanowiły, co prawda, przeważną część osadu, lecz nie były one jedynymi znajduwanymi morfotycznymi elementami, a w 2 przypadkach nie znajdowano ich wcale. Co się dotyczy neutrofilów, to stanowiły one wyłączną lub przeważającą część osadu w 4 przypadkach, z których jeden, z wyłącznie neutrofilową formułą, dotyczył zupełnie świeżego przypadku odmy piersiowej z surowiczym wysiękiem, który po paru dniach, jak wykazała sekcyja, przeszedł w ropę. Śródbłonki, których VIDAL i RAVAUT nigdy nie znajdowali w wysiękach chorych gruźliczych, znaleźliśmy w 12 przypadkach.—Co się dotyczy twierdzenia niektórych autorów, że limfocytoza jest charakterystyczna dla płynów chorych gruźliczych, ale dopiero w późniejszym okresie, podczas gdy w pierwszych dniach choroby osad ma dawać formułę neutrofilową, to, na zasadzie niektórych naszych spostrzeżeń, nie możemy w zupełności podzielić tego poglądu, gdyż, 1) w trzech przypadkach zupełnie świeżych, w których przekłucie zrobiono na 2 — 3 dzień po wystąpieniu objawów płynu—znajdywaliśmy już w osadzie przeważnie limfocyty, a 2) w jednym przypadku znajdowaliśmy w osadzie wyłącznie neutrofile, chociaż sprawa wysiękowa w opłucnie trwała już przeszło 2 miesiące (płyn wypuściliśmy).

Przejdziemy obecnie do rozpatrzenia osa-

dów z płynów, pochodzących z opłucny w chorobach płuc nie gruźliczej natury i chorobach zakaźnych. Takich przypadków mieliśmy 11 (płynów 12). W czterech z nich osad składał się z neutrofilów, w jednym wyłącznie z limfocytów, z 5-u innych znajdowaliśmy w 4-ch, obok przeważającej liczby limfocytów —nieliczne neutrofile, w jednym zaś neutrofile i eozynofile; wreszcie w jednym—obok przeważającej liczby neutrofilów, limfocyty i śródbłonki. W jednym z tych przypadków, po zrazowym zapaleniu płuc, gdzie płyn, otrzymany w 2 dni po wystąpieniu objawów, zawierał w osadzie i limfocyty, i neutrofile w mniej więcej równej liczbie, w tydzień później otrzymany płyn zawierał już przeważającą liczbę limfocytów. Zaznaczyć należy, że w jednym przypadku płyn zawierał pod mikroskopem wyłącznie limfocyty, (objawy płynu od 2 dni), a, pomimo to na autopsyi nie znaleziono nigdzie ognisk gruźliczych.

Przypadków zapalenia opłucny u osobników, których nie można było podejrzewać o gruźlicę, spostrzegaliśmy 5 (w jednym przypadku płyn był badany 2 razy), z których jeden po urazie. W osadach tych płynów w 4 przypadkach przeważały limfocyty — obok nich w jednym eozynofile, neutrofile i śródbłonki; w jednym osadzie znajdowały się wyłącznie neutrofile, w ostatnim zaś, gdzie po urazie nastąpił prawdopodobnie wylew krwawy do opłucny z następczem jej podrażnieniem, obok ogromnej liczby czerwonych krążków krwi, widzieliśmy tylko pojedyncze neutrofile.

Zestawiając powyższe dane, widzimy, że nasza formuła cytodyagnostyczna dla płynów nie gruźliczej natury—nie jest bynajmniej jednolita, gdyż, obok wzoru czysto neutrofilowego, spotykamy w tych płynach i wzór czysto limfocytowy. Co się zaś dotyczy przypadków pierwotnego zapalenia opłucny o niejasnej etiologii, gdzie jednak można byłoby podejrzewać gruźlicę, to nasze przypadki odnieść można pod względem składu drobnowidzowego

osadu do wzoru mieszanego, lecz z przeważającą limfocytozą. Przypadek urazowego zapalenia opłucny nie nadaje się do wyprowadzenia z niego wniosku, gdyż ilość krwi w płynie była tak duża, że wszelkie inne morfotyczne formy mogły zależeć wyłącznie od tej domieszki.

Przypadków z płynem zapalnym w jamie brzusznej obserwowaliśmy 6, z nich 2 z gruźliczem zapaleniem jamy brzusznej i 4 z zapaleniem błony brzusznej nowotworowem. W jednym przypadku płyn badany był 3 razy, a w drugim 2 razy, wszystkich więc osadów zbadano 9. W gruźliczem zapaleniu błony brzusznej w jednym osadzie znajdowaliśmy wyłącznie limfocyty (3-krotne badanie), w drugim zaś — limfocyty z nieznaczną domieszką eozynofiliów. W osadzie z płynów przy nowotworowem zapaleniu błony brzusznej — znajdowano w jednym (2-krotne badanie), obok przeważającej liczby neutrofilów, limfocyty i śródbłonki; w drugim (płyn krwawy), obok bardzo licznych czerwonych krążków krwi, gdzieś limfocyty i neutrofile; w trzecim (płyn mleczkowaty) spostrzegano, obok bardzo licznych czerwonych krążków krwi, dość liczne limfocyty, nieznaczne komórki śródbłonkowe i gdzieś neutrofile; w czwartym zaś — czerwone krążki krwi, nieco limfocytów i gdzieś neutrofile. Wobec małej liczby przypadków zapalenia otrzewny, do żadnych wniosków nie czujemy się upoważnieni.

Płynów zapalnych z kanału rdzeniowego zbadano 2 (*meningitis serosa* i *pachymeningitis luetica*). W obydwóch znaleziono w osadzie neutrofile, które jednak, wobec dużej liczby czerwonych krążków, być może, zależały od domieszki krwi.

Prócz tego, zbadano jeszcze 6 płynów mózgo-rdzeniowych nie zapalnych, w osadzie ich w 4 przypadkach (*hysteroneurast.* — (2 przyp., *cholelithiasis*, *cholaemia* i *hemiplegia luetica*) nie znaleziono żadnych elementów morfotycznych, w 2 zaś (wylew do *gyr. Brocca* i *Saturnismus*) zna-

leżono dużo czerwonych krążków krwi i pojedyncze limfocyty.

Co się tyczy płynów mechanicznego pochodzenia, których zbadaliśmy 40, a mianowicie 20 z opłucny, 19 z jamy brzusznej i jeden z tkanki podskórnej, to, z nielicznymi wyjątkami, osad przedstawiał wzór mieszany. W jednym przypadku w osadzie elementów morfotycznych nie znaleziono wcale, w jednym zaś znajdowaliśmy tylko czerwone krążki krwi. Komórki śródbłonka znajdowano w 35 przypadkach, przyczem tylko w 14 stanowiły one poważną część osadu obok limfocytów, neutrofilów i eozynofiliów. Z pozostałych w 20-u przypadkach komórki śródbłonka stanowiły tylko domieszkę, przytem najczęściej bardzo nieznaczną do erytrocytów i limfocytów. W jednym przypadku przesięku pochodzenia nowotworowego w osadzie nie tylko nie znaleźliśmy komórek, które można byłoby uważać za komórki nowotworowe, lecz brakowało nawet komórek śródbłonka. Jedynymi znalezionymi w tym przypadku elementami morfotycznymi były czerwone krążki krwi i limfocyty.

Formuła więc cytologiczna naszych przypadków przesięku nie odpowiada wzorowi, ustanowionemu dla przesięków przez różnych autorów, według których osad taki składać się ma wyłącznie ze śródbłonek.

W osadzie z płynu po przyszczydle — elementów żadnych nie znaleźliśmy; omawiać więc go tu nie będziemy.

Zestawiając rezultaty wszystkich naszych badań, dochodzimy do wniosku, że samo badanie cytologiczne płynów nie tylko nie pozwala na wyprowadzenie wniosku co do przyczyny sprawy zapalnej w poszczególnych przypadkach, lecz nawet często na zasadzie samego obrazu cytologicznego nie jesteśmy w stanie odróżnić przesięków od płynów zapalnych. Jedynie znalezienie w osadzie w przypadkach zupełnie świeżo powstałych wysięków samych tylko limfocytów przemawia poważnie, ale wca-

le nie stanowczo, (gdyż jeden nasz przypadek i temu przeczył), za gruźliczem jego pochodzeniem.

Przeciwnie zaś, znalezienie w podobnych przypadkach licznych nawet neutrofilów, gruźliczemu pochodzeniu płynu wcale nie przeczy. Obecność tych samych neutrofilów nie przeczy również i prąsłowemu pochodzeniu badanego płynu. Za tem ostatniem nie przemawia też kategoryczne stwierdzenie śródbłonnków w osadzie, gdyż spotykaliśmy je i w płynach wysiękowych, choć w niewielkiej liczbie. Nadto płyn prąsłowy, badany powtórnie po pewnym czasie, może dawać ogromną różnicę pod względem liczby śródbłonnków. W jednym, na przykład, przypadku w osadzie pierwszy raz znajdowaliśmy zaledwie pojedyncze Nieliczne komórki śródbłonka, podczas gdy po 10 dniach stwierdziliśmy w osadzie śródbłonek całymi płatami.

Nie zaprzeczamy jednak, że, obok innych metod badania, jako to na ciężar wł., % - a zawartość białka, kryoskopii, próby RIVALTA'y, badania na lepkość i badania bakteriologicznego, wyniki, otrzymane przy badaniu cytologicznem, mogą być często pomocne do określenia natury badanego płynu. Decydującego jednak znaczenia, na zasadzie powyższego, nigdy byśmy cytoskopii nie nadawali.

W końcu pragnę zalecić drobną poprawkę techniczną, stosowaną przez nas od początku r. z. przy omawianych badaniach. Polega ona na tem, że, po centryfugowaniu badanego płynu, zlewaliśmy z nad osadu część przezroczystą prawie zupełnie, a nalewaliśmy, zamiast niej, fizyologicznego roztworu soli. Skłóciwszy z nim starannie osad, centryfugowano go na nowo, a dopiero otrzymany w ten sposób osad utrwalamy i barwimy. Otrzymywane w ten sposób preparaty są prawie zawsze wyraźne, a czasami nawet bardzo piękne.

Barwiliśmy preparaty trójbarwnikiem EHR-lich'a oraz błękitem metylowym i eozyną.

Na zakończenie składam serdeczne podziękowanie doc. d-rowi W. JANOWSKIEMU, na którego oddziale i pod którego kierunkiem wykonana została niniejsza praca.

Z oddziału chirurgicznego dra A. Karezewskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

PRZYPADEK CIĄŻY POZAMACICZNEJ o przebiegu niezwykłym

Podali

K. Lassaud i A. Wertheim.

Dnia 24 czerwca 1906 r. wezwany zostałem do 30 letniej Józefy A. z powodu trwającego u niej już od 3 miesięcy ogólnego wybitnego wycieńczenia, uczucia pełności w brzuchu oraz bólów, głównie w lewym podbrzuszu. Wywiady wykazują, że chora, której matka umarła na raka macicy, rozpoczęła peryody w 12 roku życia; do ostatnich prawie miesięcy były one prawidłowe, mało bolesne, typu $\frac{4}{25}$. Chora dotąd nie rodziła, ani też nie roniła. W roku zeszłym przechodziła tyfus brzuszny o dość ciężkim przebiegu i ujawniała zawsze skłonność do przeziębień, bólów gardła i zapaleń migdałów. Wspomniawszy wyżej prawidłowość peryodów zakłócona została w ostatnich dopiero miesiącach, mianowicie: ostatni prawidłowy peryod chora miała d. 18 stycznia, następnie w lutym i w początkach marca peryodów zupełnie nie było. Chorobę obecną pacjentka datuje od 10 marca, kiedy, leżąc w łóżku przy wyprężeniu ciała poczuła bardzo silne bóle w całym brzuchu, które dopiero po zażyciu, z porady lekarza, dużej dawki morfiny poczęły się powoli uspokajać. Prawie równocześnie z owymi bólami rozpoczęło się umiarkowane krwawienie z części rodnych z odejściem małych skrzepów krwi, które po kilku

dniach ustało, aby ponowić się w d. 10 kwietnia, następnie zaś w d. 9 czerwca; od tego czasu krwawienia miesięczne powróciły zupełnie do wspomnianego już wyżej typu. W parę dni po owem kwietniowem krwawieniu chora zauważyła stopniowe, trwające dotąd powiększenie objętości brzucha i wyraźne w nim chęłbotanie. Przez cały czas choroby, pomimo trzykrotnego mierzenia temperatury na dobę, nie było ani razu podniesienia ciepłoty. Po dokładnem zebraniu tych danych anamnestycznych przystąpiłem do szczegółowego zbadania chorej, co dało wyniki następujące: chora blada, wynędzniała i wybitnie wycieńczona, błony śluzowe bardzo blade, stan bezgorączkowy, T.m. = 36,2, T.v. = 36,8, R. = 20, P. = 96—104 mały i drobny, w płucach znajdujemy lekkie stłumienie odgłosu opukowego w okolicy prawego obojczyka, gdzie też mamy oddech wyraźnie zaostrozony z nieco wydłużonym wydechem. Tętno serca słabe, lecz czyste i rytmiczne, granice tępości serca nie powiększone; brzuch znacznie powiększony, obwód jego na wysokości pępka wynosi 84 cm. (przy wzroście chorej 150 cm.), wypełniony wolnym płynem, co znacznie utrudnia szczegółowe zbadanie; żadnego guza przez ścianę brzuszne wyczuć się nie daje. Pochwa dość wąska, kolor błony śluzowej części rodnych blade-różowy, macica miękka, nie powiększona, ruchoma i nieco zwrócona ku tyłowi. Badanie dwuręczne wykazuje na lewo od niej obecność guza twardego, okrągłego, elastycznego, ruchomego i wybitnie bolesnego, wielkości mandarynki. Powiększenia jajników nie stwierdzono. Biorąc pod uwagę dziedziczne obciążenie chorej, objawy ze strony płuc, cały przebieg choroby, wreszcie ów obfity płyn w jamie brzusznej i dane, dostarczone przez badanie ginekologiczne, można było na razie przypuścić istnienie gruźlicy jajowodu i otrzewny. Nagły jednak początek choroby i opisane powyżej zaburzenia w funkcjach macicznych wzbudziły podejrzenie, że mamy do czynienia z ciążą pozamaciczną. W

każdym jednakże razie zabieg operacyjny był tu bezwarunkowo wskazany; w tym celu, po radzie z kolegą WERTHEIMEM, chora skierowana została do szpitala Dzieciątka Jezus, do oddziału dra KARCZEWSKIEGO.

Wobec znacznej puchliny brzusznej postanowiono przedewszystkiem opróżnić dokładnie jamę otrzewny z zawartości płynnej, ułatwiając w ten sposób badanie dwuręczne narządów rodnych, które poprzednio nie mogło być przeprowadzone z należytą dokładnością. Zabiegu tego, w postaci przekłucia grubym trójgrańcem w smudze białej, poniżej pępka, dokonał kol. WERTHEIM d. 3 sierpnia r. b. Ilość wypuszczonego wówczas płynu wynosiła około 10 litrów. Sam płyn przedstawiał się w postaci cieczy surowiczej, nieco mętnawej, z lekką domieszką krwi. Po opróżnieniu jamy brzusznej chora natychmiast doznała znacznej ulgi. Następnego dnia wykonano badanie dwuręczne, które w lewej połowie miednicy wykazało obecność guza niezbyt twardego, ruchomego, wielkości jabłka.

Jajnik lewy niewyczuwalny, macica zmian szczególnych nie przedstawia. Wymacywanie jamy brzusznej przez powłoki zewnętrzne nie wykryło żadnych guzowatości. Obfity, wolny wysięk surowiczy w jamie brzusznej z lekką domieszką krwi oraz obecność guza ruchomego w przydankach zrodziły w nas podejrzenie, że mamy tu do czynienia z nowotworem złośliwym jajnika lewego. Podejrzenie to nabrało cech prawdopodobieństwa od chwili, kiedy, po upływie dni kilku, płyn wypuszczony ponownie zbierać się zaczął. Jediną drogą do usunięcia tych wątpliwości była próbna laparotomia, którą też zaproponowano pacjentce. Uzyskawszy zgodę chorej i uprzedziwszy rodzinę, że zabieg operacyjny w najlepszym razie chwilową tylko ulgę przynieść może, a od wznowy chorej bynajmniej nie uchroni, kolega WERTHEIM w d. 18 sierpnia 1906 r. wykonał laparotomię przy łaskawym współdziale drów KARCZEWSKIEGO, KIELKIEWICZA i KRAKOWSKIEGO. Po otwarciu jamy

brzuszej w smudze białej, poniżej pępka, na przestrzeni około 10 ctm., wylało się nieco płynu surowiczo-krwawego, poczem okazało się, że wyczuwalny podczas badania guz wielkości dużego jabłka znajduje się w małej miednicy i zajmuje cieśń jajowodu lewego. Luźne zrosty guza z macicą, pęcherzem i otrzewną miednicy dały się z łatwością oddzielić na tępo, poczem szypułę guza podwiązano, a guz odcięto. Jajnik lewy okazał się zdrowym zupełnie.

Dostępne dla oka zarówno ścienna, jak i trzewiowa otrzewna, nie wykazały zmian makroskopowych, któreby mogły usprawiedliwić pierwotną puchlinę brzuszną. Ponieważ w miejscach zrostów guza pozostało nieco starych skrzepów, a oprócz tego miejscowe krwawienie ze zrostów opanować się nie dało, postanowiono jamy brzusznej nie zaszywać całkowicie i w dolny kąt rany włożono worek MIKULICZA, który wprowadzono głęboko do dołu DOUGLAS'a i wypełniono pasami gazy jodoformowej, resztę zaś jamy brzusznej zaszyto szwem trzypiętrowym. Przebieg pooperacyjny, z wyjątkiem krótkotrwałego zatrzymania moczu i lekkiego zapalenia prawego ucha średniego, nie przedstawiał nic osobliwego. Po upływie 6 tygodni od dnia operacji chora wyzdrowiała całkowicie, a stan jej ogólny nie pozostawiał nic do życzenia.

Obecność zdrowego jajnika odrazu obaliła rozpoznanie nasze co do nowotworu złośliwego tego organu, zrobione po przybyciu chorej do

szpitala i wypuszczeniu płynu z jamy otrzewny. Natomiast umiejscowienie guza w cieśni jajowodu, miękkość jego, powierzchnia, poprzez którą przeświecały po części zorganizowane już skrzepy — wszystko to przemawiało za tem, że mieliśmy do czynienia z ciążą jajowodową. Badanie mikroskopowe guza, wykonane łaskawie przez kol. Maryę ZIELIŃSKĄ, potwierdziło rozpoznanie powyższe w zupełności. Okazało się, że guz składa się z torby, wypełnionej licznymi skrzepami i w wielu miejscach wykazującej resztki kosmków kosmówki. Osobliwość przypadku powyższego stanowi obecność w jamie brzusznej znacznej ilości wysięku surowiczo-krwawego, dzięki któremu przed operacją zrobiono rozpoznanie nowotworu jajnika. Brak widocznych zmian na otrzewnie wniosku takiego nie usprawiedliwiał, wobec tego przyczyna puchliny brzusznej w naszym przypadku pozostaje niewyjaśnioną. Powikłanie podobne w dostępnej nam literaturze znaleźliśmy raz jeden w przypadku MOSZKOWICZA ¹⁾, tu wszakże puchlina brzuszna, towarzysząca ciąży jajowodowej, była objawem stwierdzonej dopiero podczas laparotomii wyraźnej gruzlicy otrzewny.

¹⁾ Moszkowicz — Zwei Faelle von Extrauterin-graviditaet. Geb. Gynaek. Gesellsch. in Wien. ref. i. Centralbl. f. Gyn. 1899 Nr. 34.

WYKŁAD KLINICZNY.

PROF. SAHLI.

O leczeniu tuberkuliną.

Od czasu pierwszych doniesień KOCH'a o tuberkulinie sprawa wartości leczniczej tego środka wciąż spotyka się z najrozmaitszymi ocenami ze strony lekarzy praktyków. Zdaje się, że ta niezgodność orzeczeń wypływa z pewnych niedokładności w stosowaniu tuberkuliny. W przeciągu ostatnich lat dziesięciu SAHLI badał działanie tuberkuliny KOCHA, DENYS'a i BERANECK'a i sądzi, że najlepsza jest ostatnia (przygotowuje się w laboratorium prof. BERANECK'a w Neuenburgu), jako zawierająca stale te same substancje uodparniające, a pozbawiona innych związków trujących, pochodzących z podłoża, na którym są hodowane laseczники. Nie należy sądzić, że tuberkulina stanowi surowicę swoistą, działanie też jej lecznicze nie jest zgoła podobne do wpływu rozmaitych surowic swoistych, jak np. surowica przeciwbłonicza; wpływ jej leczniczy polega raczej na działaniu t. zw. czynnie uodparniającem, na wiązaniu jadu gruźliczego, na stopniowym osłabianiu wrażliwości ustroju na jad gruźliczy, na mithridatyzmie. Przemawia za tem ta okoliczność, że za pomocą stopniowego powiększania dawki, zarówno u chorych, jak i zdrowych, tolerancję przeciw tuberkulinie można podnieść w sposób poprostu olbrzymi. Objaśnić to można w ten sposób, że na skutek takiego uodparniania wzrasta przyrodzona zdolność ustroju do wytwarzania ciał wiążących jad gruźliczy (Antikörper). Na tem powinno też ograniczać się działanie lecznicze tuberkuliny, a stosowanie jej nie powinno wywoływać t. zw. odczynu (podniesienie ciepłoty, miejscowe objawy zapalne i t. p.).

Zasługuje na uwagę ten fakt, że wielu auto-

rów, a wśród nich i KOCH, utrzymuje, że wstrzykiwanie, połączone z występowaniem odczynu, daje lepsze wyniki lecznicze, niż bez odczynu. Ażeby wyjaśnić tę sprawę, wypada naprzód zaznaczyć, że leczenie tuberkuliną tylko wzmacnia ustrój przeciw chemicznemu jadowi gruźlicy, a powtóre rozpatrzeć sprawę zasadniczą: dla czego ustrój, dotknięty gruźlicą, sam się nie wzmacnia przeciw temu jadowi, i dlaczego tuberkulizowanie sztuczne jest korzystniejsze od naturalnego? Otóż główną rolę grają tu dwie okoliczności: 1) przy wstrzykiwaniach podskórnych tylko mała cząstka jadu działa szkodliwie na ognisko chorobowe, część główna zaś tegoż ulega zniszczeniu w narządach zdrowych, które jednocześnie pobudza do obfitszego wytwarzania ciał ochronnych; natomiast w naturalnym przebiegu gruźlicy cała masa jadu działa miejscowo i nie wywołuje działania leczniczego ogólnego; 2) w naturalnym przebiegu gruźlicy wytwarzanie się ciał ochronnych postępuje wolniej, niżeli po wstrzyknięciu tuberkuliny, kiedy jad odrazu dostaje się do krwiobiegu. Co do znaczenia odczynu zapalnego, to trzeba sobie uprzytomnić, że dla sprawy leczenia nie jest on zgoła potrzebny, ponieważ sprawa gruźlicza zawsze przebiega wśród objawów zapalnych, pocóż więc potęgować je sztucznie? Wszak każde sztucznie wywołane nasilenie sprawy zapalnej polega na tem, że do istniejącego nadwężenia tkanek dodaje się nowe, dla zwalczenia którego ustrój zużywa zapas sił ochronnych, przeznaczony do walki z pierwotnem zapaleniem. Również błędny i szkodliwy jest pogląd, głoszący, że ogólny odczyn zapalny posiada znaczenie czynnika leczniczego; tymczasem nie ulega wątpliwości, że związany z ogólnym odczyn miejscowy zużywa wytworzone przez ustrój ciała ochronne, gorączka zaś w przebiegu spraw zakaźnych zawsze oznacza pogorszenie, a nie polepszenie.

Wypływa ztąd wniosek, że przy leczeniu tuberkuliną należy starać się usilnie o unikanie odczynu.

Dla uniknięcia nieporozumień należy zaznaczyć, że działanie uodparniające tuberkuliny za pomocą powiększania siły odpornej ustroju przeciw jadowi chemicznemu należy ściśle odróżniać od właściwego uodparniania przeciw infekcy gruźliczej, ponieważ uodparnianie ustroju przeciw żywym lasecznikom gruźliczym za pomocą martwego chemicznego jadu gruźliczego jest niemożliwe. Chodzi tu jedynie o względną ochronę uodparniającą, o obniżenie wrażliwości ustroju chorego za pomocą wiązania wytwarzającego się w nim jadu. W ten właśnie sposób objaśnić można spotykane często przy leczeniu tuberkuliną zjawisko, że związanie jadu, doprowadzone do bardzo wysokiego stopnia, nie zapewnia wyleczenia gruźlicy; innemi słowy: nawet i wtedy, kiedy uda się osiągnąć u chorego brak wrażliwości na wysokie dawki tuberkuliny, sprawa miejscowa zawsze bywa tylko przytłumiona, lecz nie wygasa. Dla zupełnego wyleczenia sprawy chorobowej i zupełnego uodpornienia ustroju przeciw żywemu jadowi potrzebny jest, oczywiście, współdział innych czynników, a mogą one być tylko natury miejscowej i związane z siedliskiem choroby, za czem przemawiają liczne przypadki samoistnego wyleczenia się gruźlicy. Należą do nich: obfity przyływ krwi i limfy do ogniska zapalnego, gromadzenie się w niem materiału komórkowego pod postacią leukocytów, nareszcie laseczniki gruźlicze. Jad gruźliczy staje się więc nieszkodliwym pod wpływem czysto miejscowych warunków, mianowicie, na skutek tego, że ognisko chorobowe obfituje w dużą ilość materiału, posiadającego zdolność wiązania jadu (ciała białkowe, krwi i limfy, istota komórkowa leukocytów i laseczników gruźliczych). Do powyższych przyłączają się jeszcze działanie zaczynowe (fermentacyjne) leukocytów, wzmożone utlenianie, jako skutek przekrwienia, odosobnienie ogniska zapalnego przez bujającą tkankę łączną. Prócz tych czynników leczniczych miejscowych, należy zaznaczyć jeszcze ten wpływ leczniczy ogólny tuberkuliny, który wyraża się przez uodpornienie ustroju przeciw jadowi swoistemu. Na całokształt obrazu kli-

nicznego gruźlicy, prócz spraw miejscowych, składają się czynniki toksyczne, których wyraz stanowią upośledzenie apetytu i ściśle związane z niem upadek odżywiania, zaburzenia krążenia, gorączka i t. p.; otóż nie ulega wątpliwości, że tuberkulina w tym kierunku wywiera wpływ dodatni.

Wynik leczniczy tuberkuliny w każdym poszczególnym przypadku warunkuje się dostatecznym uodpornieniem ustroju przeciw jadowi swoistemu, ażeby skutecznie wspierać ustrój w jego walce z czynnikiem chorobotwórczym, umiejscowionym w ognisku chorobowym. W leczeniu zatem tuberkuliną zamiast pojęcia „uodparnianie“ należy wprowadzić pojęcie o działaniu leczniczo-uodparniającem, należy więc dążyć nie do możliwie szybkiego podniesienia dawki leku, lecz do znalezienia takiej dawki, która stanowiłaby „optimum“ lecznicze dla każdego przypadku; to „optimum“ będzie stanowiło najwyższą dawkę leczniczą, którą w danym przypadku przy sprzyjających warunkach można zawsze mniej lub więcej przekroczyć. Jak ściśle powinno być indywidualizowane dawkowanie tuberkuliny i jak trudno pod tym względem wytworzyć jakiś szablon ogólny, wypływa ze zjawiska, znanego wszystkim zajmującym się stosowaniem tego leku, a mianowicie, że wrażliwość na działanie tuberkuliny waha się w dosyć szerokich granicach nie tylko u rozmaitych osobników, lecz i u tego samego chorego w rozmaitych okresach czasu. Wynika ztąd, że zasada rozpoczynania leczenia od wstrzykiwania określonej ilości mmg. lub ctgr. danej zasadniczej tuberkuliny (Stammtuberkulin) nie posiada żadnej wartości, ponieważ ściśle indywidualizowanie chorych powinno być stale przestrzegane. Z tego względu pożądane jest, aby lekarz otrzymywał tę samą tuberkulinę, jako szereg roztworów o rozmaitem, ściśle oznaczonym stężeniu, gdyż wtedy, zaczynając od dawki najmniejszej, będzie w stanie przeprowadzić leczenie tuberkuliną najdokładniej, ponieważ znany mu będzie wzajemny stosunek stężenia każdego z kolejno następujących roztworów. Roztwory takie powinny być dostarczane gotowe do rąk lekarza, gdyż, ze względu na wymagane znaczne rozcieńczenia tuberkuliny zasadniczej, przygotowanie odpowiedniego roztworu byłoby dla le-

karza praktyka zadaniem wcale nie łatwym. Ponieważ SAHLI używał przeważnie tuberkulin szwajcarskich DENYS'a, a głównie BERANECK'a, przeto tylko o tych tuberkulinach szczegółowo wspomina. Tuberkulina DENYS'a znajduje się w handlu w ośmiu następujących rozcieńczeniach: $\frac{To}{10000}$, $\frac{To}{1000}$, $\frac{To}{100}$, $\frac{To}{10}$, To , T_I , T_{II} , T_{III} .

Każdy z następnych roztworów jest więc dziesięć razy mocniejszy, niż poprzedzający.

Na skutek tych dużych różnic w stężeniu trudno uniknąć zbyt wielkich skoków przy przechodzeniu od jednego roztworu do drugiego. Toteż na prośbę autora BERANECK przygotował szereg roztworów tuberkuliny, z których każdy następny jest tylko dwa razy mocniejszy od poprzedzającego. Roztwory te w sprzedaży posiadają następujące znaki:

$\frac{A}{32}$, $\frac{A}{16}$, $\frac{A}{8}$, $\frac{A}{4}$, $\frac{A}{2}$, A, B, C, D, E, F, G, H. Jeżeli

literaz tuberkulinę zasadniczą, czyli roztwór najmocniejszy, jaki bywa stosowany w użyciu, oznaczymy przez TBK (tuberkulina BERANECK'a), to otrzymamy szereg następujących roztworów

H=TBK	D=TBK/ ₁₆	A/ ₂ =TBK/ ₂₅₆
G=TBK/ ₂	C=TBK/ ₃₂	A/ ₄ =TBK/ ₅₁₂
F=TBK/ ₄	B=TBK/ ₆₄	A/ ₈ =TBK/ ₁₀₂₄
E=TBK/ ₈	A=TBK/ ₁₂₈	A/ ₁₆ =TBK/ ₂₀₄₈

i t. d.

Szereg ten można, według życzenia, prowadzić dalej przez rozcieńczenie na połowę każdego otrzymanego roztworu, a co ważniejsza, można otrzymać z laboratorium gotowe wszelkie rozcieńczenia. Ponieważ do tych roztworów nie dodaje się żadnych antyseptyków, więc przy stosowaniu ich należy zachowywać ścisłą aseptykę. Szprykę wraz z igłą po jednorazowym wygotowaniu przechowuje się w 3% roztworze boraksu, którym należy dokładnie przestryknąć szprykę po każdym użyciu, ażeby uniknąć zmiany stężenia nowego roztworu tuberkuliny. Wstrzykiwania najlepiej skutecznie pod skórę klatki piersiowej, jako miejsce najmniej wrażliwe. Co się tyczy dozowania, to u dorosłych można rozpocząć od $\frac{1}{20}$ ctm. szc. roztworu BERANECK'a A/₃₂; dawkę tę należy

powtórzyć dwa lub trzy razy z zachowaniem przerw kilkodniowych, a to w tym celu, żeby przekonać się, czy nie występuje działanie zbiorowe. Jeżeli zaś po tej dawce wystąpi odczyn, to należy poczekać, dopóki nie ustąpią objawy odczynu, a przy następnej wstrzyknięciu obniżyć dawkę do $\frac{1}{40}$ ctm. szc. roztworu A/₃₂, albo też użyć jeszcze słabszego roztworu (A/₆₄ lub A/₁₂₈). Natomiast, gdy odczyn nie wystąpi, to przy każdym nowym wstrzyknięciu powiększa się dawkę o $\frac{1}{20}$ ctm. szc. aż do $\frac{1}{2}$ ctm. roztworu A/₃₂; ostatnią dawkę powtarza się kilkakrotnie. Jeżeli jednak znów wystąpi odczyn, to wstrzykiwania przerywa się, a przy rozpoczynaniu nanowo stosujemy dawkę mniejszą. W razie, gdy chory dobrze znosi $\frac{1}{2}$ ctm. A/₃₂, t.j. jeżeli po kilkorazowym zastosowaniu jej odczyn nie wystąpi, przechodzi się do roztworu A/₁₆. Aby jednak zapobiedz działaniu zbyt energicznemu bardziej stężonego roztworu, wstrzykujemy tylko $\frac{1}{10}$ ctm., następnie zaś, z zachowaniem wszelkich podanych wyżej ostrożności co do odczynu, powiększamy za każdym razem dawkę o $\frac{1}{20}$ ctm. i stopniowo dochodzimy do $\frac{1}{2}$ ctm. szc. A/₁₆. Wtedy powtarzamy ostatnią dawkę kilka razy, a przy braku odczynu wstrzykujemy $\frac{1}{10}$ ctm. szc. roztworu A/₈; następnie zaś, zawsze stosując się do tolerancji chorego, powiększamy stopniowo dawkę zawsze o $\frac{1}{20}$ ctm., dopóki nie dojdziemy do $\frac{1}{2}$ ctm. szc. A/₈. W podobny sposób postępujemy dalej, dopóki nie osiągniemy indywidualnej dawki najwyższej, jeżeli zaś okaże się to możliwym, to dochodzimy do bezwzględnie najwyższej dawki, t.j. do 1 ctm. szc. najmocniejszego roztworu, względnie do 1 ctm. czystej tuberkuliny TBK.

U dzieci, zarówno jak i u osobników wycieńczonych i gorączkujących należy zaczynać od roztworów słabszych: A/₆₄, A/₁₂₈ i powiększać dawkę bardzo ostrożnie z zachowaniem podanego wyżej sposobu postępowania. Naturalnie, wszystko, co dotąd było powiedziane o dawkowaniu tuberkuliny, stanowi tylko schemat, który w każdym poszczególnym przypadku może ulegać zmianie, zależnie od tolerancji chorego.

Na pytanie: jak często należy robić wstrzykiwania? — SAHLI na zasadzie swego wieloletniego doświadczenia radzi skutecznie je nie częściej, niż dwa razy w ciągu tygodnia; przy

stosowaniu roztworów mocniejszych (poczynając od E) nawet raz w tygodniu, po dojściu zaś do dawki najwyższej zaledwie raz na 14 dni. Postępowanie takie jest niezbędne, ponieważ ustroj potrzebuje pewnego czasu na zwalczenie dawki jadu, resp. na wytworzenie odpowiedniej ilości substancji ochronnej (Antikörper). Bezpośrednio po każdym wstrzyknięciu następuje t. zw. ujemna faza odporności, podczas której ustroj staje się nadezułym na skutek zużycia ciał uodparniających i uszkodzenia komórek. Następnie dopiero występuje faza dodatnia odporności, która wyraża się wzmożeniem wytwarzaniem ciał uodparniających i zmniejszeniem się wrażliwości ustroju. Doświadczenie uczy, że na to wogóle potrzeba najmniej trzy doby, jeżeli odczynu zupełnie brak lub jest on nieznaczny, w przeciwnym zaś razie czas ten jest często znacznie dłuższy. Baczyć zawsze należy, aby leczenie, zamiast pożytku, nie przynosiło choremu szkody, postępować więc trzeba z całą ostrożnością i lepiej wstrzyknąć tuberkuliny za mało, niż za dużo. Jeżeli więc chodzi o chorego bardzo wrażliwego na tuberkulinę, który nawet na stosunkowo małe dawki leku oddziaływa mocno, albo jeżeli u chorego zauważymy swoistą nadezułość, kiedy nawet umiarkowane obniżenie dawki nie pomaga, to w celu uniknięcia występowania odczynu wypada nanowo rozpocząć leczenie od dawek najmniejszych. Istnieją chorzy, którzy z powodu wciąż występującego odczynu nie nadają się zgoła do leczenia tuberkuliną; zjawisko to wcale nie jest rzadkie, stąd i kwalifikacja chorych do leczenia za pomocą tej metody jest bardzo trudna, ponieważ przypadki klinicznie lekkie mogą okazać się nieodpowiednimi do zastrzykiwań tuberkuliny, podczas gdy przypadek istotnie ciężki bywa leczony z wynikiem dobrym.

Przechodząc do rozpatrzenia zjawisk, składających się na obraz t. zw. „odczynu“, wypada zaznaczyć, że pierwsze miejsce zajmuje tu podniesienie ciepłoty. Dla należytej oceny tego zjawiska konieczne jest dokładne zbadanie zmian ciepłoty u każdego chorego, który ma się poddać leczeniu tuberkuliną. Nie wystarcza tu kilkudniowe mierzenie ciepłoty ciała rano o godz. 9 i o 5 popołudniu, ponieważ doskonale wiemy, iż u rozmaitych osobników, dotkniętych gruźlicą, ciepłota ciała osiąga liczb najwyż-

szych o rozmaitych porach dnia. To też przed rozpoczęciem leczenia musimy w każdym przypadku określić ściśle te pory dnia, kiedy ciepłota podnosi się najwyższej, następnie zaś mierzyć ją stale w tych właśnie godzinach. Wstrzykiwania najlepiej robić przed południem, ponieważ wtedy odczynowe podniesienie odbija się na temperaturze wieczornej, aczkolwiek bywają przypadki, że ciepłota podnosi się dopiero podczas nocy, a nawet jednej lub dwóch dób. Samo podnoszenie się ciepłoty bywa rozmaite: może ono wynosić 0,2 lub 0,3° C. i więcej; nie należy jednak lekceważyć i tych małych wzniesień, o ile one powtarzają się tego samego lub następnego dnia po wstrzyknięciu tuberkuliny, chociażby nawet nie sięgały tych liczb, które przyjęto powszechnie uważać za oznaczające gorączkę.

Do innych objawów odczynu należą: przyspieszenie tętna, wystąpienie duszności, złe samopoczucie chorego, które wyraża się utratą apetytu, przygnębieniem lub brakiem snu i jest połączone z bólem głowy; do nich należy i obniżanie się ciężaru ciała; dalej bolesność i wyraźne objawy zapalne w miejscu wstrzyknięcia, a narazie t. zw. odczyn ze strony narządu i ogniska sprawy gruźliczej. Każde więc powiększenie się kaszlu i ilości płwociny, odcień krwawy w płwocinie, krwioplucie, bóle opłucnowe, obrzmiewanie gruczołów, zajętych gruźlicą, wystąpienie zaczerwienienia zapalnego w cierpieniach skóry (*lupus*) — wszystko to przemawia za szkodliwym działaniem danej dawki tuberkuliny i wskazuje lekarzowi na konieczność zachowania wielkiej ostrożności w stosowaniu jej dalszem.

Leczenie tuberkuliną na wyżej wyłuszczonych zasadach trwać musi długo, czasem nawet kilka lat, w każdym jednak razie dopóty, dopóki nie będzie widoczne, że poprawa w zdrowiu chorego wciąż postępuje. O tem należy zawsze poinformować chorego, dlatego też prowadzenie karacyi powinno być poruczone lekarzowi domowemu, który, naturalnie, powinien stać na wysokości zadania. Niestety, za pomocą tuberkuliny nie zawsze udaje się osiągnąć wyleczenie choroby; nastąpić to może tylko w przypadkach lżejszych. Często udaje się osiągnąć to, co SAHLI nazywa „równoważeniem

gruźlicy“; jest to stan równowagi pomiędzy chorobą a ustrojem, rodzaj współżycia między lasecznikami gruźliczymi i tkankami, dotkniętymi gruźlicą.

U trzeciej kategorii chorych następuje tylko pewne polepszenie, pozostają zaś bardzo wyraźne objawy chorobowe, tylko przebieg cierpienia ulega pewnemu zwolnieniu. Nakoniec zdarzają się i takie przypadki, w których z powodu nadmiernej wrażliwości na tuberkulinę lub przesycenia ustroju jadem leczenie pozostaje bezskutecznem. W tych razach, kiedy po leczeniu, trwającym miesiące lub lata, wyleczenie klinicznie utrzymuje się w przeciągu tygodni i miesięcy, wstrzykiwania przerywa się na pewien czas, rozpoczyna się je zaś nanowo przy wystąpieniu najłżejszych objawów pogorszenia. Rzecz ma się inaczej u takich chorych, którzy bez względu na dobry stan zdrowia chcieliby powtórzyć leczenie w celach zapobiegawczych. W podobnych przypadkach trudno orzec, po upływie jakiego czasu trzeba powtórzyć kurację. Pod tym wogóle względem trudno oznaczyć pewne normy; wiele tu zależy od osobistej oceny i praktycznej spostrzegawczości lekarza. PETRUSCHKI, który używał tuberkuliny KOCH'a, trzyma się tej zasady, że kuracja powinna trwać około dwóch lat i składać się z trzech serii zastrzykiwań, trwających dwa do trzech miesięcy, i tyluż przerw, z których każda wynosi 3—4 miesięcy.

Jeżeli teraz zadamy sobie pytanie, jakie wyniki daje leczenie tuberkuliną w gruźlicy o rozmaitym przebiegu, zwłaszcza w gruźlicy płuc, to okaże się, że wyniki, osiągnięte za pomocą tej metody, są lepsze, o ile dotyczą świeżych spraw chorobowych. Wynika ztąd konieczność wczesnego rozpoznawania gruźlicy, co nie zawsze należy do zadań łatwych, aczkolwiek badanie dokładne całych płuc, nie tylko szczytów, dalej badanie płwociny i staranne mierzenie ciepłoty zwykle doprowadza do celu. SAHLI zupełnie zarzucił stosowanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych, co jest zupełnie naturalne wobec stanowiska, jakie zajął w terapii gruźlicy, gdzie stanowczo żąda unikania wywołania odczynu.

Autor z naciskiem zaznacza, że tylko we

wcześnie rozpoznanych przypadkach gruźlicy i jedynie za pomocą wcześnie zastosowanego mniej lub więcej zapobiegawczego użycia tuberkuliny można osiągnąć wyniki bardzo korzystne, i do tych właśnie przypadków stosuje się zdanie, wypowiedziane na początku niniejszej pracy, że leczenie tuberkuliną powinno w gruźlicy odegrać taką samą rolę, jak szczepienie ochronne w zwalczaniu ospy. W okresie początkowym gruźlicy, zwłaszcza u chorych niegorączkujących, polepszenie zwykle następuje szybko; dowodzi tego poprawa apetytu, przyrost ciężaru ciała i lepszy wygląd chorego. Mniej dobre wyniki otrzymuje się u podobnych chorych, o ile ci gorączkują. Tu trzeba rozpocząć od leczenia, zmierzającego do obniżenia ciepłoty; lecz i wtedy nawet, gdy to nie udaje się, można spróbować leczenia tuberkuliną, ponieważ często się zdarza, że pod wpływem tej metody ciepłota obniża się aż do zupełnego ustąpienia gorączki, poczem sprawa chorobowa przebiega w ten sam sposób, jak u niegorączkujących. Jeszcze gorsze wyniki leczenia tuberkuliną będą w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z dużymi zmianami w płucach, aczkolwiek i tu chorzy niegorączkujący łatwiej poddają się leczeniu, niż gorączkujący. Małą skuteczność tuberkuliny w przypadkach podobnych można sobie objaśnić w ten sposób, że tu ustrój bywa do tego stopnia przeładowany ciałami trującymi, iż mały ich dodatek nie może wpłynąć na zmianę obrazu chorobowego. W tych razach często otrzymujemy takie wrażenie, że ustrój jest mało wrażliwy na tuberkulinę, co stanowi zły znak i powinno powstrzymać lekarza od dalszego stosowania leku.

Przypadki tego rodzaju należy ściśle odróżniać od tych, gdzie spotykamy istotnie małą wrażliwość na tuberkulinę. Przekonać się o tem można w ten sposób, że, o ile w pierwszych pod wpływem tuberkuliny następuje pogorszenie miejscowe i ogólne, o tyle w drugich możemy stwierdzić polepszenie. Pozostaje nam jeszcze rozpatrzyć przypadki, t. zw. zakażenia mieszanego. Przyznać należy, że w tych razach polepszenie postępuje wolniej, lecz zakażenie mieszanego samo przez się nie stanowi żadnego przeciwwskazania do zastrzykiwań tuberkuliny.

Pomimo swego dużego materiału kazuistycznego i wielkiego doświadczenia, zdobytego 15-letnią pracą, SAHLI nie dołącza żadnej statystyki; utrzymuje on, że cierpienia gruźlicze odznaczają się zbyt wielką różnorodnością (pomijając już siłę samego zarazka, o czym nigdy przekonać się nie jesteśmy w stanie), że tu żadnych porównań czynić nie można i nie należy.

Zgłaszającym się chorym przedstawia on całą uciążliwość leczenia, które, chociaż nigdy nie szkodzi choremu, nie może mu jednak bezwzględnie zapewnić zupełnego powrotu do zdrowia.

K. Z.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie sekcji neuropatologicznej.

KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił a) przydadek uszkodzenia wszystkich 12 nerwów czaszkowych.

Chora, lat 26, skarży się na bóle w lewej połowie twarzy, na szum w lewym uchu, na utrudnienie w połykaniu zwł. twardych pokarmów, na bóle głowy. Choroba rozpoczęła się przed rokiem drętwieniem w lewej połowie twarzy, następnie poczęła opuszczać się lewa powieka, w ostatnich miesiącach chora poczęła się krztusić podczas picia pokarmów płynnych i z trudnością przełykała pokarmy twarde. Ból głowy z przerwami trwał ciągle. Zdarzały się przypadki nudności i wymiotów. Na lewe ucho nie słyszy od roku.

Badanie przedmiotowe stwierdziło u chorej ogólne wychudzenie. Gruczoły limfatyczne na szyi po obu stronach, zwł. po stronie lewej, wybitnie powiększone, twarde, jak chrząstka. Badanie jednego z nich wyciętego wykazało, iż jest on nacieczony komórkami z mięsaka sitowatego (*sarcoma alveolare*). Badanie nerwów czaszkowych wykazało, co następuje: 1) po stronie lewej: utrata powonienia, lewa żrenica mocno rozszerzona, zupełnie nieruchoma, zupełne opuszczenie lewej powieki, zupełna nieruchomość gałki ocznej (*ophthalmoplegia completa interna et externa*), brodawka zastoinowa na

dnie lewego oka z wybitnem osłabieniem siły widzenia, znieczulenie na twarzy w obrębie wszystkich trzech gałązek nerwu trójdzielnego, niemożność poruszania swobodnego dolną szczęką, porażenie zupełne lewego nerwu twarzowego, zupełna lewostronna głuchota, zniesienie wszelkiego czucia zarówno dotykowego, jak i bólowego i smakowego na lewej połowie języka i błonie śluzowej lewej połowy jamy ustnej i gardzieli, porażenie miękkiego podniebienia i całej krtani po lewej stronie, krztuszenie się przy przełykaniu płynnych pokarmów i trudność w przełykaniu twardych, zanik lewej połowy języka i zbaczanie tegoż przy wysunięciu wlewo, zanik mięśni mostko-obojęczyko-sutkowego (*m. sterno-cleido-mastoideus*) i czworobocznego (*m. trapezius s. cucullaris*) po stronie lewej.

Po stronie prawej stwierdzić można tylko: zniszczenie powonienia, *neuritis optica* z zupełnem zachowaniem siły widzenia i porażenie nerwu odwodzącego prawego.

KOPCZYŃSKI za przyczynę pomienionych wyżej objawów uważa nacieczenie nowotworem opony twardej na całej lewej połowie podstawy czaszki. Nacieczenie to niszczy wychodzące z mózgu pni nerwów mózgowych.

W dyskusyi GOLDFLAM i ROM opisali stan chorej przed 8 miesiącami, kiedy zasięgała porady w poliklinice. Wówczas dominowały ob-

jawy ze strony nerwu trójdzielnego, twarzowe-
go i nieco ze strony nerwu okoruchowego (*ptosis*).

KOPCZYŃSKI St. przedstawił b) przypadek *homianopsiae homonymae bilateralis sinistrae* pochodzenia urazowego.

Chory lat 18, otrzymał postrzał w tylną część czaszki. Kula weszła z tyłu po linii środkowej pod wygórowaniem potylicowym zewnętrznym (*protuberantia occipitalis externa*) i wyszła o 4 ctm. za prawem uchem na wysokośći tegoż wygórowania. Sądząc z przebiegu kuli, draśnięta czy też zniszczona została kora prawego płatu potylicowego. Przez tydzień po wypadku chory znajdował się w stanie wstrząsu. Po tygodniu jako jedyny objaw uszkodzenia mózgu K. stwierdził *hemianopsiam homonymam bilateralem sinistram*.

KOPCZYŃSKI podnosi, że brakujące pole widzenia ograniczało się od normalnego linia prostopadłą, czyli że nawet punkt fiksacji został dotknięty, dalej zaznacza brak *hemiachromatopsii*, omamów wzrokowych i aleksyi, obserwowanych niekiedy przy uszkodzeniach płatu potylicowego.

W dyskusyi HIGIER zaznacza, że chorzy z podobną hemianopsją gorzej czytają tekst hebrajski, niż inny, np. polski, na co K. odpowiedział, iż to samo stwierdził u swego chorego.

WIZEL A. przedstawił przypadek narkolepsy padaczkowej u 15 let. chłopca, który od 7 roku życia cierpi na napady snu bez drgawek, oddawania moczu, piany w ustach; napady te powtarzają się peryodycznie, trudno chorego wtedy obudzić, po przebudzeniu kompletna amnezja; 4 miesiące temu napad snu z następczem bredzeniem omamowem, uczuciem trwogi i silnem porażeniem świadomości; po 3 tygodniach — odzyskanie świadomości z amnezją, po tygodniu przyćmienie świadomości; badanie w szpitalu wykryło: brak stygmatów histeryi, liczne cechy zwyrodnienia, zachowaną zdolność oryentowania się, obniżenie samopoczucia, zachowaną inteligencję.

Po tygodniu wystąpiło podniecenie ruchowe, obecnie chwilami występują wahania nastroju w stanie świadomości niezależnie od oko-

liczności zewnętrznych; napady snu występowały bądź pod postacią senności, bądź pod postacią głębokiego snu; jeżeli się chorego wtedy obudziło, to umysł bywał zamroczony, i chory prędko zasypiał.

Wobec charakterystycznych napadów snu i wahań w nastroju, napadów bredzenia omamowego z następczą amnezją mówca zalicza dany przypadek do padaczki.

GOLDFLAM, uznając narkolepsyę li tylko za objaw, nie zgadza się, by dany przypadek nazywano narkolepsyą, ta ostatnia jako cierpienie samoistne zdarza się bardzo rzadko, w danym przypadku przypuszcza padaczkę.

WIZEL przedstawił przypadek atypowego *Tabo-paralyseos*. Chory 46 l. z nierównością żrenic, zanikiem nerwów wzrokowych i ślepotą, brakiem odruchów kolanowych i z żyły ACHILLEŚA wykazuje podniecenie ruchowe, pamięta lekarzy i wielu chorych z dawnego swego pobytu w szpitalu. Choroba rozpoczęła się w końcu roku 1903 przynębieniem i urojeniami depresyjnymi, umieszczony w szpitalu żydowsk., chory wykazywał objawy władu, pewne osłabienie inteligencji, nastrój i urojenia depresyjne. Wzięty na urlop w początku r. 1904, prędko powrócił, silnie przynębiony; po licznych wahanach zjawia się stała *euphoria*, współcześnie siła wzroku słabła, aż do zupełnej ślepoty (zanik nerwów wzrokowych). Wypisany 7. IX 1904 r., powrócił do szpitala 25. III 1906. Po wypisaniu ze szpitala był jakoby w ciągu kilku miesięcy zupełnie zdrowy; później peryodycznie zjawiać się zaczęły napady podniecenia; w tym czasie chory bez pieniędzy wyjechał sam zagranicę, by zasięgnąć porady okulistów; był w Krakowie, Wiedniu, spędził zagranicą 6 tyg., żył przeważnie żebranią, powróciwszy awanturował się w domu, bił żonę, córkę, po całych dniach wałęsał się po mieście, wreszcie trafił do ratusza, ztąd do szpitala. Podczas całego pobytu w szpitalu stan psychiczny chorego podlegał wahanom w zakresie nastroju, kojarzenia, zdolności logicznych, oryentacji, uczuciowości, afektów wyższych, jedna tylko pamięć nie podlegała wahanom i zdradzała najmniejsze defekty, pomimo wahań proces otępieniowy istniał zawsze, chory bardzo często zachowywał się, jak

zdeklarowany dement. Wylączywszy t. zw. tabespsychozy, przymiot mózgu, otępienie miażdżycowe, bezwład pseudoalkoholowy oraz kombinacje wiądu z psychozami cyklicznymi prelegent zatrzymuje się na rozpoznaniu wyżej wskazanem.

BORNSTEIN M. przedstawił przypadek obłądu alkoholowego. S. 27 lat, obecnie zdrow psychicznie. 17. XII. 1906 r. przywieziony do szpitala Żydowskiego ze związanymi nogami i rękami, na pytania nie odpowiadał, odmawiał nieustannie pacierze, uwolniony z więzów modlił się nadal jeszcze kilka godzin, wreszcie zasnął; następnego dnia chory nie zdradzał żadnych objawów choroby umysłowej i wypisany został ze szpitala; po kilku godzinach powrócił sam do szpitala i uległ takiemuż atakowi, podczas którego modlił się całą noc. Optrzytomniawszy na drugi dzień, opowiedział, co się z nim działo przed, w czasie i po ataku, również swoją biografię. Będąc z zawodu muzykiem, pewnego wieczora zauważył, iż światło lampy stało się niebieskiem, że pies, znajdujący się w pokoju, zaczął biegać i patrzeć się jakoś na niego; wydało mu się, że jest zaczarowany, ogarnął go lęk, i zaczął się modlić, zauważył rogi na głowie znajomego, wziął go za szatana i uderzył w twarz; strach go ogarniał coraz większy, wybiegł na podwórze, wpadł do mieszkania obcych i zażądał książki do modlitwy, ludzie uspakajali go, lecz on, nie zwracając uwagi, wciąż się modlił; wreszcie jacyś ludzie go pochwycili i gdzieś zanieśli, nie chciał pić nic, ani jeść, obawiając się, iż jedzenie jest zaczarowane; w takim stanie przewieziono go do szpitala; wiedział, kto go wiezie, lecz nie był pewien dokąd; ucuwał tylko zimno; po kilku godzinach chory zasnął. Ataki podobne powtarzały się od czasu do czasu, słyszał wtedy głosy, bądź potępiające, bądź broniące go, zdawało mu się, że głowę ma pod łóżkiem; chory opowiada o tem z uśmiechem, odnosi się krytycznie, uznaje, iż był chory umysłowo; pierwszy atak strachu miał 2 miesiące temu, wtedy wybiegł na ulicę, pozrzucał z siebie ubranie; zraniony bagnietem w pierś, został zatrzymany i zaprowadzony do cyrkułu, gdzie pozostawał kilka dni; później w ciągu 3—4 tygodni był zdrow i grywał do tańca, chociaż czasem ogarniał go lęk.

Matka chorego bardzo nerwowa, ojciec matki alkoholik, ojciec chorego często bywa pijany, stale pija po kilka kieliszków; chory był zawsze wrażliwy, namiętnie lubił muzykę, w 10-m roku życia zakochał się w dziewczynce, mając lat 12, zdobył sobie skrzypce, od 14-go roku życia zaczyna się jego wędrówka po świecie, początkowo był subjektem, później uciekł do Odessy, tam dostał miejsce skrzypka, wtedy zaczął pić, z początku mało, wreszcie szklankami; kilka razy w tygodniu bywał pijany; porzuciwszy Odessę, jeździł po całej Rosyi, wreszcie przyjechał do Warszawy, nauczył się grać na fortepianie, przeważnie grywał w domach publicznych, dużo jeździł, wciąż szukał zmiany. Ostatnio podał swój pasport i podał się za włóczęgę, który nie pamięta swego nazwiska; chciał w taki sposób dostać się na Syberyę; sprzykrzyło mu się jednak siedzieć w areszcie, przyznał się, iż skłamał, odesłano go etapem. Miał kilka razy krwioplucie, zasmucił się tem bardzo, chciał nawet pozbawić się życia. *St. praes* Wyrażnych zmian zwyrodnienia brak, źrenice równe, oddziałują leniwie, może lekka hypalghezya na goleniach. Odruchy z *triceps* słabe, z okostny -- brak, kolanowe — minimalne, ze ścięgna Achilles'a — zachowane, żywe, ręce nieco drżą. Jest to degenerant i chroniczny alkoholik, na tem tle rozwinęła się psychoza, od czasu do czasu dostaje uczucia lęku, przyłączają się halucynacje, względnie illuzye, z początku wzrokowe, następnie słuchowe; chory łączy je wszystkie jedną nicią przewodnią: istnieje jakaś siła wieczysta, jakiś czar, którym chce go ktoś opanować, trzeba się bronić, więc chory modli się; cały czas jednakże przytomność umysłu, zdolność oryentowania się i zapamiętywania do najdrobniejszych szczegółów bywa niezakłócona.

Jest to t. zw. obłąd alkoholowy. Przeciwnie *del. tremens* przemawia: zachowanie zdolności oryentacyjnej i zapamiętywania, brak przyćmienia świadomości, przewaga hallucynacji słuchowych i brak drżenia. Brak odruchów kolanowych i z okostny, osłabienie odruchów z *triceps* pozwalają ze względu na alkoholizm podejrzewać początki zapalenia nerwów.

Wiadomości bieżące.

— ZMARLI. W Paryżu dr Ksawery GAŁĘZOWSKI.

Ś. p. GAŁĘZOWSKI urodził się w Lipowcu w roku 1832, w roku 1858 ukończył Akademię medyczno-chirurgiczną w Petersburgu.

Biorąc udział w powstaniu w roku 1863, zmuszony był wyjechać zagranicę i, powtórzywszy egzaminy lekarskie, otrzymał dyplom i prawo praktyki we Francji w roku 1865.

W roku 1871 założył specjalne czasopismo p. t. „Recueil d'ophtalmologie“. Pisał przeważnie po francusku. Po polsku ogłosił: „Nowa modyfikacja oflalmoskopii“, „Pogląd na terapię chorób oczu“ i „O trudności rozróżniania barw“.

W Paryżu cieszył się ogromną wziętością, jako lekarz praktyk.

— W Berlinie zmarł w dniu 25 marca r. b. znakomity chirurg niemiecki prof. BERGMANN w 70 roku życia.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra Feliksa JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rub. 276 za rok 1907, przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się termin do dnia 15 czerwca r. b. Przy prośbie złożonej należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3 lekarzy — członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach, przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia. Lekarze, na prowincyi zamieszkali, przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia Dr M. Jakowski.

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.

Xeroform

Absolutnie nietrujący, wysuszający, odwaniający proszek do posypywania ran posiadający wybitną siłę wytwarzania naskórka i nie drażniący zupełnie rany i jej otoczenia. Bardzo dobrze nadaje się do opatrunków suchych. Rzadka zmiana opatrunku. Posiada swoiste działanie w mokrych ekzemach, ulcus cruris i oparzeniach.

Salit

wewnętrzne.

Płynny związek salicylowy. Płynny i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju. Bardzo słabo drażni skórę. Bez ubocznego działania na narządy

Creosotal

drog oddechowych (pneumonia etc).

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym autiptisikim, wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach szybko i pewno działającym środkiem we wszystkich ostrych cierpieniach

Blenal

Ester kwasu węglowego olejku santalowego wewnętrzny środek na trypra, zupełnie pozbawiony działania drażniącego, zapachu i smaku olejku santalowego. Może być przyjmowany czysty.

Injectio Hirsch do leczenia syfilisu, jedyny zupełnie bezbolesny preparat Hg, do podskórnych i wewnątrzmięśniowych wstrzykiwań

Bismut. bisalicyl. — Bismut. bitannic.

Próby i literaturę resp. sposób użycia dostarcza: Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Oreznó, lub przedstawiciel—Ludwik Freider Warszawa Leszno 60.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antidyfterytyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzer'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum—Flicker'a
Jequiritol—Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciuguilny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephria

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciuguilnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aqua laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazan.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzęsiorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoïdin Möbins

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciuguilny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapłauje się obficie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie ehorych

Smaczny.

Łagodny.

Nieza wodny.

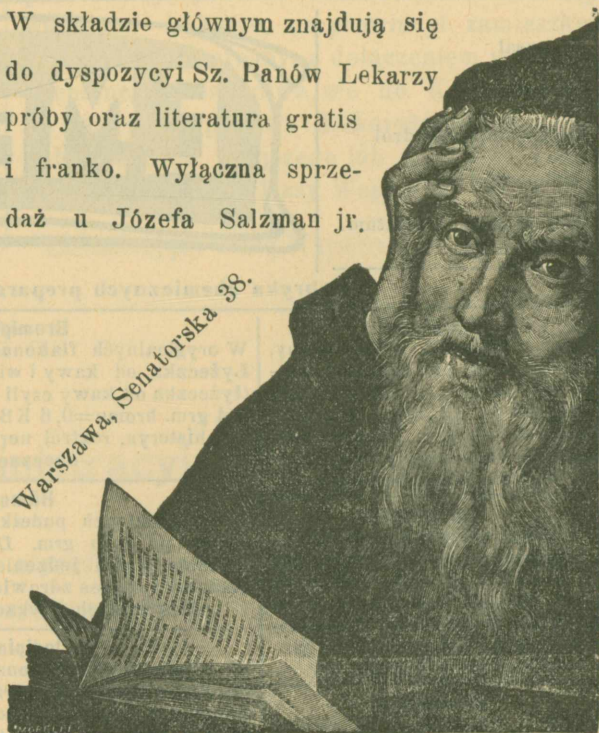
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgola podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani