

GAZETA LEKARSKA

1881 – 1905.

Gazeta Lekarska założoną została w r. 1866; istotnym jej twórcą był prof. GIRSZTOWT, który też aż do końca życia żywo się nią opiekował. Redaktorem Gazety do r. 1880 był prof. ŁUCZKIEWICZ; obok niego figurowała jednak znaczna liczba członków Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej, jako komitet redakcyjny. Przed pojawieniem się Gazety istniały tylko dwa czasopisma lekarskie w Warszawie: Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [od r. 1838] i Tygodnik Lekarski [od r. 1847]. Pisma te nosiły przeważnie charakter praktyczno-lekarski, odpowiadając ówczesnemu stanowi ogólnemu medycyny. Ciało lekarskie w kraju składało się w owym czasie z przedstawicieli najróżnorodniejszych szkół i kierunków w medycynie, albowiem z powodu braku własnego wyższego zakładu naukowego, młodzież, żądna wiedzy lekarskiej, była zniewolona do nabywania wykształcenia zawodowego w różnych uniwersytetach rosyjskich i zagranicznych. Lekarze nasi holdowali poglądom BROWN'a, RASORIE'go, RADEMACHER'a, BROUSSAIS'ego, szkoły naturalistycznej i t. d., w terapii zaś trzymali się zasad rutynicznych i wskazań objawowych, szafowali obficie upustami krwi, bańkami, pijawkami, wezykatoryami i t. d. Tym poglądom odpowiadały też artykuły, wychodzące z pod pióra niezbyt licznych współpracowników wspomnianych pism: opisywały one przeważnie spostrzeżenia, poczynione przy łóżku chorego, przypadki „nadzwyczajne“, wyniki niezwykłych operacji lub metod leczniczych i t. d. Sekcyje celem sprawdzenia rozpoznań bywały rzadko dokonywane. Tygodnik Lekarski usiłował wprawdzie obznajmiać czytelników z postępami nauki, z ogólnym jej stanem; zwracał uwagę na znaczenie badań anatomo-patologicznych, fizjologicznych, mikroskopowych, podał na prz. dość szczegółowe streszczenie epokowego dzieła VIRCHOW'a o „patologii komórkowej“, ale tego rodzaju „teoretyczne“ artykuły były przeważnie pióra samego redaktora L. NATANSONA, gdyż większość współpracowników pisma nie miała skłonności do zajmowania się „mrzonkami“.

Z otwarciem Akademii lekarskiej, a następnie Szkoły Głównej nadany został poglądom naukowym u nas w kraju nowy i bardziej jednolity kierunek. Wytworzyła się powoli szkoła o dość zgodnych zapatrywaniach na sprawy życiowe normalne i patologiczne, na zasady, cele i metody nauki lekarskiej. Prze



konywano się coraz powszechniej, że prawdziwa nauka może tylko być opartą na badaniach przedmiotowych, ustalonych już w naukach przyrodniczych, fizyce i chemii; że wszelkie wymysły spekulacyjne prowadzą tylko na manowce; że za podstawę rozpoznawania i postępowania leczniczego winien służyć najściślejszy rozbiór krytyczny objawów na zasadzie danych fizjologicznych. Dyagnozę kliniczną odtąd poddano ostrej kontroli sekcyjnej, a do pomocy dyagnozy pociągnięto w coraz szerszym zakresie badania termometryczne, rozbiory chemiczne i mikroskopowe wydzielin krwi, nowotworów i t. d.

Przy takiej zmianie kierunku naukowego z konieczności wypadło odpowiednio zreformować i czasopisma lekarskie u nas. Można było z łatwością dokonać tego w już istniejących, lecz GIRSZTOWT uznał za odpowiednie założenie czegoś zupełnie nowego, niby organu Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej. Tym sposobem urodziła się „Gazeta Lekarska“.

Jednocześnie z Gazetą pojawiło się założone przez dra DOBIESZEWSKIEGO pismo tygodniowe pod tytułem „Klinika“, które w r. 1869 złało się niby z „Tygodnikiem“, dodając do tytułu „Klinika“ jeszcze wyrazy „Tygodnik Lekarski“. W tej formie pismo to istniało do r. 1871. W r. 1873 dr ROGOWICZ założył „Medycynę“, która pod różnemi redakcyami przetrwała aż do chwili obecnej. W r. 1880 pojawiła się jeszcze „Kronika Lekarska“, początkowo redagowana przez dra KOSMOWSKIEGO.

Wyliczone tu wydawnictwa usiłowały uczynić zadość wyszczególnionym wyżej potrzebom i wymaganiom nauki postępowej. Sam nie zdołam ocenić, o ile chwalebne te zamiary zostały w istocie urzeczywistnione; należałoby do wydania sądu bezstronnego przejrzeć wszystkie roczniki wspomnianych pism, na co mi obecny stan zdrowia i wzroku nie zezwala, pamięć zaś moja nie zachowała wspomnień o wydatniejszych artykułach w owych pismach. Działalność ich pozostawiała jednak zapewne dużo do życzenia, skoro wśród grona młodych lekarzy urodził się zamiar stworzenia zjednoczonymi siłami pisma, bardziej odpowiadającego potrzebom naszego ciała lekarskiego. Otóż w ten sposób powstała nowa serya Gazety Lekarskiej, nabytej od spadkobierców GIRSZTOWTA pod koniec r. 1880 przez spółkę 25-u lekarzy. Grono to, stanowiące zarazem stały komitet redakcyjny, przystąpiło do wydawnictwa z zamiarem zupełnego jego zreformowania i postawienia na wysokości nauki, rozpoczynającej właśnie w owym czasie erę szybkiego rozwoju.

Zreformowana Gazeta kończy obecnie 25-y rok swego istnienia, pozostając przez ten czas własnością tej samej spółki i redagowana wspólnie przez grono współwłaścicieli. Obowiązki redaktora przez całe to 25-lecie sprawuje po dzień dzisiejszy dr GAJKIEWICZ. Z pierwotnych założycieli ubyla już, niestety, znaczna liczba [10], należąca do najdzielniejszych i najgorliwszych współpracowników pisma, ale ten ubytek sił stopniowo zastąpiło przybranie nowych, których większość, nie mniej żywo popierała rozwój pisma.

Jak wspinający się na szczyty górskie podróżnik przystaje czasami na mozolnie dościgłym progu skał, aby objąć wzrokiem trudności przebytej drogi, tak też człowiek, uprawiający jakąś niwą społeczną, po pewnych okresach czasu odwraca wzrok poza siebie, aby się przekonać, czy praca jego nie poszła

na marne, czy zdobyte owoce dorównają swą wartością środkiem materyalnym i umysłowym, łożonym na ich wyhodowanie.

Czyniąc zadość życzeniom współwłaścicieli Gazety, ośmielam się przystąpić tu do skreślenia w najogólniejszym zarysie oceny dotychczasowej wspólnej ich pracy w przekonaniu, że choć należę sam do grona redakcyjnego Gazety, nie spotkam się z zarzutem przedstawienia tej 25-letniej działalności w zbyt pochlebnem świetle.

Zostałem wezwany przez spółkę do udziału w jej pracach w przypuszczeniu, że jako przywykły do gruntownej krytyki pracownik w dziedzinie nauki, zdołam poprzeć ich usiłowania skuteczną radą. Brałem od owego czasu udział we wszystkich posiedzeniach redakcyi, z wyjątkiem tych, kiedy nieobecność w kraju lub choroba stawały mi na przeszkodzie. Rola moja na owych posiedzeniach była przeważnie bierną, gdyż pozostawiając wszelką inicytywę do ulepszeń i zachętę do pracy młodszym kolegom, ograniczyłem się tylko do podtrzymania w redakcyi ducha naukowo-krytycznego, postępowego i wytrwałej zgodności w tych dążeniach. Byłem więc w istocie tylko świadkiem pracy wspólnej, uprawnionym obecnie poniekąd do wydania sądu przedmiotowego o jej wynikach.

Jako główne zadanie Gazety wytknęła redakcyja zachętę do samodzielnych badań, dokonywanych zarówno przy łóżku chorego, jak i w różnych kierunkach mniej lub więcej teoretycznych. Badanie takie prawie jedynie zdolne jest rozwinąć w pełni zmysł krytyczny u pracownika na polu naukowem, zmuszając go do ścisłego rozbioru zjawisk, występujących w badanej sprawie i wytwarzając tym sposobem ogólny pogląd na wzajemną zależność tych zjawisk, a zatem i na istotne podstawy ścisłych wniosków naukowych. Badanie samodzielne chroni naród od niewolniczej zależności od cudzych wpływów umysłowych, a zarazem stawia go na jednakim poziomie z narodami, przodującymi w postępie cywilizacyjnym. Zgodnie z tą zasadą stawiała redakcyja artykułom, kwalifikowanym do szpalt swego pisma, wysokie wymagania; żądała mianowicie, aby badania były przeprowadzone ściśle przy użyciu wszelkich do owego czasu zdobytych metod badania, aby obejmowały ile możności jak największą liczbę przypadków, pomiędzy sobą dokładnie porównanych, aby w razie śmierci dyagnoza została skontrolowana przez sekcję, aby tłumaczenie zjawisk oparte było wyłącznie na ustalonych danych z fizyologii. Trzymano się w ogóle kierunku, wytkniętego w patologii przez VIRCHOW'a, a mianowicie szukano ile możności miejscowego źródła objawów chorobowych, wyprowadzając z nich dopiero objawy ogólne, jak np. gorączkę. Nauka VIRCHOW'a o istocie spraw zapalnych ustaliła się u nas już za czasów Szkoły Głównej, lecz fundamentalna poprawka i uzupełnienie jej przez COHNHEIM'a, ucznia samego VIRCHOW'a, napotkała z początku u naszych lekarzy na wielkie niedowierzanie. Dopiero dwie prace [MAYZEL i RODE], dokonane jeszcze w pracowniach Szkoły Głównej, ustaliły i u nas przekonanie o roli leukocytów wędrujących w sprawie zapalnej i utorowały drogę do ogólniejszego przyjęcia teoryi COHNHEIM'a. W zupełności utrwaliła się jednak ta teoryja dopiero po wykazaniu roli, jaką odgrywają pewne drobnoustroje w powstawaniu zapalenia ropnego. Pod tym

względem przyczyniły się również w znacznym stopniu trzy prace doświadczalne, nad przyczynami zapalenia ropnego dokonane w pracowniach Uniwersytetu Warszawskiego i nagrodzone przez ostatni medalami.

Odpowiednio do wyliczonych tu zasad badania przedmiotowego redakcja Gazety wykluczała ze swych szpalt wszelkie teorie i hipotezy, wysnute tylko z fantazyi, a wystąpiła nawet z ostrą polemiką przeciwko artykułom pewnego autora dyletanta, który w dziennikach politycznych rozpowszechniał nader balamutne poglądy mistyczno-lekarskie.

Na drugim dopiero planie zadań Gazety stawiała redakcja przedstawienie postępu i zdobyczy nauki, uskutecznianych tak za granicą, jak i w kraju. Najodpowiedniejsze w tym celu były, obok zwykłych wyciągów z pism, streszczenia z biurowe, przedstawiające w całości współczesny stan różnych doniosłych kwestyi. Można śmiało twierdzić, że prawie wszystkie, będące na porządku dziennym zagadnienia naszej nauki, w tych referatach zostały należycie uwzględnione.

Trzecie miejsce w Gazecie zajmowały dopiero omówienia kwestyi społeczno-lekarskich, zawodowych, szpitalnych i t. d.

Trzymając się tych zasad, Gazeta zjednała sobie zaufanie ogólne u kolegów w kraju, stworzyła wzór, naśladowany przez inne pisma lekarskie i przyciągała cały zastęp dzielnych współpracowników, pomieszczających swe prace najchętniej na jej szpaltach. Większość badań i prac postępowych, przedstawianych na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego, znalazła też pomieszczenie w Gazecie.

Grono redakcyjne nie ograniczyło się jednak do samego tylko pisma tygodniowego, lecz zebrało pomiędzy sobą także fundusz na wydanie całego szeregu podręczników [16], obejmujących prawie wszystkie działy medycyny, w części tłómaczonych, w części zaś oryginalnych, pióra wytrawnych autorów polskich. Większość tych dzieł cieszyła się dużem powodzeniem, a niektóre z nich doczekały się w stosunkowo krótkim czasie kilku wydań. Drugie nader pożyteczne wydawnictwo Gazety stanowią wieloletnie serye „Odczytów klinicznych“, obejmujące już przeszło 200 prac, również w części tłómaczonych, w części zaś oryginalnie napisanych przez naszych autorów.

Do powodzenia Gazety w pierwszych latach działalności nowej redakcyi przyczyniły się pewne wielce sprzyjające okoliczności. W owym właśnie czasie wyniki badań bakteriologicznych, dzięki znakomitym odkryciom PASTEUR'a i KOCH'a, zaczynały wywierać potężny wpływ na rozwój medycyny. Wykazanie dobitne udziału drobnoustrojów, szczególnie w sprawach zapalnych, zakażeniach pooperacyjnych i t. d., nadto zaś wynalezienie szeregu środków do skutecznej walki z niemi, wywołały zasadniczy przewrót w chirurgii, akuszeryi i w innych gałęziach medycyny. Gazeta znalazła się w szczęśliwym położeniu, iż miała stać się przewodniczką w nowym tym ruchu naukowym, szerzyć pomiędzy lekarzami naszymi pierwsze dokładne dane o roli bakteryi w powstawaniu chorób, o metodach ich badania, o postępowaniu przeciwnilnem i bezgnilnem [antyseptyka i aseptyka] i tym sposobem przyczynić się w znacznym stopniu do ustalenia się wśród lekarzy wiadomości o tak doniosłym znaczeniu drobno-

ustrojów zarówno w lecznictwie, jak i w postępowaniu zapobiegawczem [w higienie] i t. d. Lecz nie tylko w owym czasie wielce ruchliwym, ale i w dalszych latach swej działalności usiłowała Gazeta utrzymać się na wysokości nauki, śledząc pilnie za wszystkimi jej postępami i nie przeoczyła chyba żadnego poważniejszego momentu w rozwoju wiedzy lekarskiej. Tak np. w ostatnich latach bacznie zwróciła uwagę na doniosłe badania nad uodpornianiem.

Pomimo tych powodzeń redakcja Gazety nigdy nie tała przed sobą znacznych braków i wad swego pisma. Często odbywały się długie narady nad sposobami jej stałego doskonalenia, ale dalej sięgającym reformom stawał na przeszkodzie brak dostatecznych środków materialnych, czemu niezawsze była w stanie zapobiedz chętna i nawet znaczna ofiarność współwydawców. Prenumerata Gazety zaledwie wystarczała na pokrycie kosztów jej wydawnictwa.

Przypatrując się prawie od pół wieku rozwojowi nauki lekarskiej u nas w kraju, miałem sposobność stwierdzenia olbrzymiej różnicy jej stanu przy początku i końcu tego okresu. Nie tu miejsce do szczegółowego uwydatnienia tej różnicy, którą łatwo dostrzeże każdy, kto porówna pomiędzy sobą artykuły w dawnych i w dzisiejszych czasopismach lekarskich lub też protokoły z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego z lat dawnych i obecnych. Poglądy na istotę życia, choroby, sprawy leczniczej i t. d. uległy zupełnemu przeistoczeniu. Teorye spekulacyjne znikły z nich, ustępując miejsca przekonaniu, że nauka polegać winna na doświadczeniu, że postęp jej może być uskuteczony tylko na drodze przedmiotowego badania. Zasada ta nie wyklucza bynajmniej hipotezy; owszem jest ona niezbędną do zdobycia nowych idei, nowych poglądów, ale idee te wymagają zawsze sprawdzenia przez badanie ścisłe, nabywają rzetelnej wartości dopiero przez doświadczenia wykazanie ich słuszności.

Zaznaczony tu postęp nauk lekarskich w kraju naszym wywołany został przez rozmaite czynniki. Zainaugurowała go Szkoła Główna, wypielegnował dalej Uniwersytet, w którym poważne zajęli miejsce profesorowie, przeniesieni z pierwszej. Nadto w poważnej mierze do wychowania młodego zastępu pracowników przyczyniło się wielu z pomiędzy ordynatorów szpitalnych, którzy na swych oddziałach wpajali w asystentów zasady naukowe, zachęcali ich do samodzielnych badań i tworzyli przy salach szpitalnych swym kosztem odpowiednio uposażone pracownie. Rozwijająca się coraz więcej specjalizacja w różnych działach medycyny, stanowiła również silny bodziec do postępu nauki: dzięki coraz dokładniejszemu poznaniu anatomii, histologii, fizyologii i patologii oddzielnych narządów, powstały nowe metody badania, nowe sposoby lecznicze, wymagające częstokroć znacznego wyćwiczenia się i wprawy ręcznej. Wielu młodych lekarzy udawało się do uczelni zagranicznych, aby pod kierunkiem znakomitych przedstawicieli takiej gałęzi wiedzy, poznać dokładnie jej tajniki. Po powrocie do kraju oni ze swojej strony kształcili w swej specjalności nowy zastęp młodszych kolegów.

Obok wymienionych tu czynników, podtrzymujących u nas w kraju postęp wiedzy lekarskiej, piśmiennictwo lekarskie odgrywało rolę może drugorzędną,
GAZ. LEK. N 1.

lecz bynajmniej nie poślednią lub zbytęcną. Ogłaszając prace oryginalne współziomków, nie tylko rozpowszechniało poważne wiadomości pośród lekarzy polskich, ale zachęcało ich zarazem do samodzielnych badań, uczyło metod badania, rozwijało w nich krytyczny sąd naukowy, wreszcie w ten sposób rozbudzało i podtrzymywało słuszną ambicję autorów na polu naszego piśmienictwa. Prócz tego pisma wykonywały stale obowiązek zawiadamiania szerokich kół lekarskich o donioślejszych zdobyczach wiedzy, dokonanych za granicą.

Podobne zadania i cele powinny stawiać sobie pisma także w przyszłości, która rokuje nam dalsze, nie dające się przewidzieć postępy wiedzy, ale obok tego wypadnie zwracać także pilną uwagę na rozszerzenie i ustalenie instytucji społecznych, mających na celu zwiększenie ogólnej zdrowotności, na rozpowszechnienie pośród ludności zasad higieny, na zakłady kliniczne i szpitalne, na przeznaczone dla ogółu lecznice i t. d. We wszystkich tych urządzeniach powinni lekarze odgrywać rolę przewodnią, na pismach zaś spoczywać będzie obowiązek rozbudzania inicjatywy, przedstawienia planów nowych urządzeń, wskazania niezbędnych reform i t. d. Nareszcie należy dać także wymowny wyraz sprawom zawodowym, usiłowaniam polepszenia warunków bytu stanu lekarskiego, niezbędnego ustalenia odpowiedniej etyki i t. d.

W obecnej chwili wszelkie przypuszczenia co do kierunku, w jakim nauka w przyszłości kroczyć będzie, wydają się wielce ryzykownemi, albowiem nowe odkrycia mogą lada chwila zwrócić badanie na tory, dotąd zupełnie nie uprawiane. Uprzytomniając sobie jednak wielkie braki, istniejące we wszystkich działach wiedzy lekarskiej, a zarazem uwzględniając należycie zjawiające się już obecnie zarodki nowych idei i metod badania, można z pewnem prawdopodobieństwem wskazać zadania, jakie nauka w najbliższym czasie uprawiać będzie.

Nie może ulegać wątpliwości, że kliniczna obserwacja, tak samo jak dotąd, przy pomocy nowo zdobytych metod i środków laboratoryjnych usiłować będzie wnikać coraz głębiej w istotę spraw chorobowych, wykazać przyczynę ich odmian i przebiegu, przyczem doniosłą rolę odgrywać powinno wyświelenie istotnych różnic konstytucyi, czyli przyczyn odmiennego oddziaływania osobników i ich narządów na różne wpływy wewnętrzne i zewnętrzne. Jako przykłady wielce zagadkowych jeszcze zjawisk chorobowych przytoczyć tu można moczówkę (*diabetes*), dnę (*arthritis urica*), reumatyzm mięśniowy i t. d.

Bakteryologia patologiczna znajduje się w pełnym rozkwicie i osiąga bezustannie nowe zdobycze. Wykazanie poszukiwanego od dawna zarazka przymiotu [syfilisu] wydaje się już blizkiem spełnienia. Pozostaje jednak cały szereg podobnych zarazków, dotąd jeszcze nieznanych lub przynajmniej wątpliwych, jak np. zarazki ospy, odry, wodowstrętu i t. d.; zagadkową jest jeszcze etyologia różnych nowotworów: prawdopodobnie grają w tem główną rolę pewne toksyny lub inne szkodliwe wytwory przemiany materyi. Dalsze badania wykazą też istniejące obok siebie w pewnych silnie jadowitych drobno-ustrojach różne rodzaje toksyn o odmiennem działaniu, np. sprawiających obja-

wy gorączki, miejscowe zapalenie, bujanie komórek tkankowych, podrażnienie pewnych ośrodków nerwowych i t. d.

Przemysł chemiczny nie przestanie pewnie wyrabiać dalej mnóstwa bezwartościowych przetworów, lecz z tej powodzi wyłonią się środki lecznicze cenniejsze, jak to np. stało się z kwasem salicylowym. Byłoby bardzo pożądanem, aby się udało otrzymać środki, którymi możnaby oddziaływać na różne czynności pojedynczych narządów. Życzyć też sobie należy dalszego prowadzenia w sztucznej syntezie od dawna wypróbowanych i wielce pożytecznych środków leczniczych [np. chininy, kokainy] lub ich surogatów. Podobnież surowice ochronne i lecznicze, pomimo najsumienniejszego przyrządzenia, przedstawiają zawsze pewne niebezpieczeństwo zanieczyszczenia; ważną więc zdobyczą byłoby zastąpienie ich przez przetwory laboratoryjne, uzyskane na drodze syntetycznej. To samo prawie powiedzieć można o środkach tak zwanej organoterapii, jak np. tyreoidynie, adrenalinie i t. p.

Nowe kierunki w chemii wskazują na doniosłe w przyszłości odkrycia. Chemia fizykalna otwiera zupełnie nowe widnokregi w przyrodzie; obecnie rzuca ona już pewne światło na wzajemny związek pomiędzy szybkością reakcyi a tajemnicą tak zwanego powinowactwa chemicznego. Dalsze badania nad koloidami, sztucznymi zczynami, katalizą i t. d. przyczynią się niewątpliwie z czasem do wyświeatlenia wielu zagadkowych spraw życiowych, w szczególności zaś wewnętrznego mechanizmu komórkowego. Ostatnia kwestya zyskała już dużo przez zbadanie praw równoważnika osmotycznego, przez spostrzeżenia nad zjawiskami aglutynacyi, hemolizy, cytolizy, immunizacyi, przez doświadczenia w dziedzinie tak zwanej mechaniki rozwojowej [np. nad rozwojem jej bez udziału plemników, wywołanym działalnością samych przetworów chemicznych]. Wszystko to wskazuje na ścisły związek pomiędzy sprawami życiowymi a chemicznymi. Wydaje się wielce prawdopodobnem, że w niezbyt odległym czasie dokonana zostanie sztuczna synteza ciał białkowych. Odkrycie to dostarczy dopiero odpowiedniej podstawy dla dokładniejszego określenia warunków, wśród których zachodzą zmiany tych związków o cząsteczkach niezmiernie ruchliwych.

Najdonioślejszy wpływ na zasadnicze poglądy przyrodnicze winny nam przynieść dalsze badania nad własnościami nowo odkrytych czynników fizycznych, mających niektóre cechy wspólne z promieniami światła [„promieni“ ROENTGEN'a, radium i t. d.]. Lecznicze ich zastosowanie nie nabrało dotąd wielkiego znaczenia, aczkolwiek spostrzeżenia dokonane wskazują, że dotychczasowe pojęcia o materji, sile, pierwiastkach chemicznych i t. d. ulegną z czasem zasadniczym zmianom, co nie może pozostać bez wpływu i na poglądy w medycynie. Wielce wydaje się prawdopodobnem, że z czasem odkryte zostaną jeszcze liczne inne czynniki w przyrodzie, dotąd zupełnie nie przewidziane.

Odsłaniają się więc przed wzrokiem, zwróconym w przyszłość, horyzonty bezgraniczne, pole bez kresów dla pracy badawczej zarówno i w zakresie nauk lekarskich, na piśmiennictwie zaś naszym spoczywać będzie obowiązek za chęty do wytrwałej pracy i szerzenia wiadomości tą drogą zdobytych.

W końcu pozwalam sobie załączyć tu szczere życzenie, ażeby spółka Gazety Lekarskiej wytrwała nadal w jedności i pracy dla rozwoju nauki ojezycznej. Wyliczone powyżej wielkie zadania nauki wzywają i naród polski do czynnego udziału w dążeniach do ich rozwiązania. A że naród nasz może przyczyniać się skutecznie do postępu wiedzy i w dziedzinie nauk ścisłych, świadczy o tem niepośledni dorobek nauki polskiej zarówno z lat minionych, jak i chwili współczesnej, że wspomnę tu tylko o niedawnem odkryciu pierwiastku r a d i u m.

H. Hoyer.

I. Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii w kamicy nerkowej.

Skreślił

dr Fr. Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

Nephrolithiasis. Nephrectomia dextra. Anuria calculosa. Nephrotomia. Sanatio.

26-go czerwca 1902 r. zaprosił mię prof. Kosński do pomocy przy operacyi, którą miał wykonać na nerce skutkiem kamicy tejże w jednej z lecznic prywatnych w Warszawie. Ponieważ w okresie pooperacyjnym chory ten pozostawał pod moim nadzorem lekarskim, przeto miałem możność przeprowadzenia bardzo ścisłej obserwacyi, która ze wszech miar zasługuje na ogłoszenie drukiem.

Chory 35-letni mężczyzna, dobrego wzrostu, z upośledzonym jednak ogólnym odżywianiem, ze skórą o zabarwieniu żółtawem, z małą ilością tkanki tłuszczowej podskórnej, robi wrażenie człowieka mocno wyniszczonego swoim cierpieniem. Ojciec pacyenta zmarł w 63-im roku życia skutkiem zaburzeń w kanale pokarmowym, matka zaś w 53-im roku—na tyfus, siostra zmarła przy porodzie, u brata zaś gruźlica płuc położyła kres życiu, pozostały brat odznacza się nadmierną nerwowością. Chory w dzieciństwie przebył szkarlatynę i odrę, — przed 16-tu laty zaraził się syfilisem, skutkiem czego do obecnej chwili leczył się.

W 1893 r. pacjent uległ influency, a w 1894 r. po raz pierwszy zauważył, że podczas jazdy bryczką lub trzęsącym pojazdem uczuwa pewien nieokreślony ból w brzuchu.

W 1897 r. pierwszy napad kolki nerkowej, w następnym roku 1898 ponowny napad, który trwał z gorączką około 10-u dni. W ciągu 1899 i 1900 roku dwa do trzech napadów rocznie. W 1901 r. w celach leczniczych chory pojechał do Petersburga, gdzie na jednej z klinik pozostawał 2½ miesiąca. W 1902 r. wystąpił szereg bardzo gwałtownych napadów kolki nerkowej, w styczniu, marcu, kwietniu i maju, — każdy był z gorączką i trwał około 2-ch tygodni.

Wszystkich napadów było kilkanaście, głównie z prawej strony, gdyż tylko 3 razy chory odczuwał pewne bóle w okolicy lewej nerki. Chory wyniszczony swoim cierpieniem, które go czyniło niezdolnym do żadnej pracy, przyjechał do Warszawy w czerwcu 1902 r. Badanie płuc, serca, wątroby, śledziony i kanału pokarmowego nie wykazało zmian. Mocz mętny, z dosyć znacznym osadem, oddziaływania obojętnego, zawiera ślady białka i cukru; osad składa się z czerwonych krążków krwi, leukocytów, cylindrów ziarnistych, pasemek mucynowych oraz kryształów moczanów i fosforanów ammonu.

Badanie pęcherza moczowego zapomocą cystoskopu wykazało, że z prawego moczowodu mocz nie wypływał; do lewego moczowodu wprowadzono cewnik i otrzymano z niego bezpośrednio mocz. Punkt zamarzania moczu wziętego z pęcherza moczowego: — 1,63°, a z lewej nerki: — 1,58°.

Badanie nerek przez powłoki brzuszne wykazało nieznaczne powiększenie prawej nerki, bolesności jednak wybitnej przy obmacywaniu nie stwierdzono.

Rozpoznanie brzmiało — *nephrolithiasis*, zatkanie prawego moczowodu przez kamień lub zupełne zniesienie działalności wydzielniczej prawej nerki. Postanowiono otworzyć tę nerkę, do czego też prof. Kosiński przystąpił 26-go czerwca, uspiwszy uprzednio chorego chloroformem.

Cięcie skośne od 12-go żebra, równoległe do fałdy otrzewnej; nerkę szybko obnażyliśmy, była ona cokolwiek wiotka i sino zabarwiona. Po przecięciu jej wystąpiło uader żywe krwawienie; palcem wprowadzonym do miedniczki nerki nie można było odszukać kamienia, przy obmacywaniu też całej nerki nie wyczuwało się nigdzie stwardnienia.

Ponieważ jednak badanie stwierdziło, że sprawa chorobowa rozwijała się z prawej głównie strony, przeto prof. Kosiński postanowił usunąć tę nerkę. Przy oddzielaniu miedniczki i moczowodu natrafiliśmy na dwa kamienie, umiejscowione w miedniczce na samym początku moczowodu; jeden wielkości i kształtu fasoli, a drugi cokolwiek niżej mocno wklonowany już w moczowód, formy trójkątnej, którego wysokość równała się 1,5 cm. Jamę po usunięciu nerki wytamponowaliśmy gazą wyjałowioną.

Tegoż jeszcze dnia po operacji chory oddał 200,0 grm. moczu mętnego, krwistego.

27. VI. Niezmiernie mocne wymioty. Chory literalnie nic nie może przyjmować *per os*, gdyż zaraz wszystko zwraca, skutkiem czego zastosowaliśmy lawatwy odżywcze.

Stan bezgorączkowy. Mocz zawiera k r e w, — ilość dobową moczu 500,0.

28. VI. Stan bez zmiany. Mocz 890,0 z k r w i ą. T.° M. 37,4—V. 38,2.

29. VI. Wymioty ustawiczne. Mocz 530,0 z krwią. Opatrunek cały przesiąknięty, dlatego też zmieniłem go.

Ciepłota M. 37,8 — V. 37,6.

30. VI. Stan bez zmiany. Mocz 549,0 z krwią.

1. VII. Wymioty się uspokoiły, chory zaczął przyjmować pokarmy *per os*. Mocz 590,0 z krwią.

2. VII. Stan bezgorączkowy, chory czuje się dobrze. W moczu (670,0) znacznie mniej krwi.

3. 4. 5. VII. Stan chorego coraz lepszy; apetyt powraca. Mocz mętny.

6. VII. Mocz mętny, w ilości 950,0.

7. VII. Stan bezgorączkowy. Mocz 1800,0 (!). W nocy chory się obudził skutkiem znacznego bólu w okolicy lewej nerki; oddał natychmiast 200,0 ciemnokrwistego moczu. Bolesność w okolicy nerki lewej ciągle trwała, wystąpiły gwałtowne wymioty.

8. VII. Chory uskarża się na żywy ból w okolicy lewej nerki, mocz zupełnie nie oddaje.

T.^o M. 38,0 — V. 37,8.

Zastosowałem wanny gorące, okłady gorące na bok lewy i obfite klysmy w celu oczyszczenia kiszek.

9. VII. Lewą nerkę można wyczuć przez powłoki brzuszne; jest ona powiększona; na wewnętrznym brzegu jej w miejscu, odpowiadającym w przybliżeniu położeniu *calicis renis*, wyczuć się daje twardy, mały guzik, sprawiający ból choremu przy dotykaniu.

T.^o M. 37,4 — V. 38,6.

Próbne przekłucie nerki, wykonane od tyłu, nie dało żadnego rezultatu. Wymioty. Mocz zupełnie niema.

10. VII. Bolesność w okolicy lewej nerki znacznie mniejsza. Wymioty. Chory jest niespokojny, mówi bez sensu, słyszy jakieś dźwięki w pokoju, zdaje mu się, że w jego pokoju chodzą gęsi, kaczki i świnię.

Zastosowaliśmy wanny i zawijania w mokre koce.

11. VII. Chory bardzo niespokojny, mówi bez przerwy i bez sensu, widzi kozaków, pędzących na koniach po ścianie; ustawiczne wymioty. *Anuria completa*. Suche wanny spirytusowe, zawijanie w koce. Klysmy.

12. VII. Niepokój chorego wzrasta, bredzenie, ciągle drgawki w nogach. Wymioty, *anuria*. Chory widzi kozaków na koniach i djabłów.

13. VII. *Anuria*. Stan coraz gorszy. Chory mówi bardzo niezrozumiale.

Wobec stanu beznadziejnego i bezsilności wszelkich środków, aby mocz zaczął się wydzielać przez drogi naturalne zaproponowałem żonie i rodzinie chorego, aby zgodzili się na nową operację, t. j. przecięcie pozostałej nerki, gdyż nie ulegało wątpliwości, że moczówód został zatkany przez kamień, który wyczuć można było przez powłoki brzuszne. Na propozycję moją zgodzono się.

14. VII. Prof. Kosiński przy mojej pomocy po zastosowaniu gazu SCHLEICHER'a wykonał *nephrotomiam sin.* Cięcie powłok brzusznych skośne, otrzewną odsunęliśmy ku środkowi, nerkę mocno powiększoną obnażyliśmy, i na brzegu

zewnątrznym w dolnej części jej wykonaliśmy cięcie, przez które wydobyła się znaczna ilość skrzepłej krwi wraz z obfitą przymieszką piasku i mocz cuchnący. Skrzepy krwi z piaskiem tworzyły rodzaj kitu, który całkowicie wypełniał miedniczkę. Kamyka większego na razie nie mogliśmy znaleźć, pomimo to że wyczuwało się twarde ciało przez powłoki brzuszne. Do nerki wprowadziliśmy dren, grubości małego palca, i przyszyliśmy go do ściany rany.

Wobec znacznego krwawienia ranę całą oprócz tego wytamponowaliśmy gazą wyjałowioną.

Przez dren zaczął wypływać mocz, początkowo zmieszany z krwią; w ciągu doby wydzielilo się 2900 c. s., a oprócz tego opaska cała była obficie zmoczona.

15. VII. Stan chorego cokolwiek lepszy. Wymioty mniejsze, chory spokojniejszy, nie rzuca się, mniej mówi; drgawki w nogach. Mocz krwistego 1000 c. s. Opatrunek zmieniłem. T.^o M. 37,4^o — V. 38,0^o.

16. VII. Chory się uspokoił, nie wymiotuje, śpi dobrze. Mocz 1500 c. s.

17. VII. T.^o M. 37,4^o — V. 38,0^o. Mocz znacznie czystszy wydziela się przez dren do kaczki w ilości 1000,0 c. s.

18. VII. T.^o M. 37,6^o — V. 38,6^o. Mocz przez dren odchodzi w ilości 1000,0 na dobę; z pęcherza moczowego wypuściłem nieznaczną ilość mętnej zawartości.

19. VII. T.^o M. 37,6^o — V. 39,8. Mocz 1000,0 bez przymieszki krwi. *Ol. ricin.*, gdyż od kilku dni nie było wypróżnień.

20. VII. T.^o M. 39,0^o — V. 38,2^o. Z pęcherza moczowego wypuściłem około 40,0 ropy, pęcherz przemyłem. Mocz, który wycieka przez dren, jest czysty; ilość jego 1300,0.

21. VII. T.^o M. 37,6^o — V. 38,3^o. Z nerki lewej podczas przemywania jej przez dren wydobyłem k a m i e ń, okrągły, wielkości dużego grochu polnego, którego średnia wynosiła 0,5 ctm.

22. VII. T.^o M. 36,6^o — V. 37,2^o. Mocz 1500,0.

23. VII. T.^o M. 36,4^o — V. 38,4^o. Mocz 1800,0.

24. VII. T.^o M. 36,8^o — V. 38,4^o. Mocz mętny, w ilości 2900 c. s.

25. VII. T.^o M. 38,2^o — V. 39,4^o. Mocz w ilości 2700 c. s., mętny.

26. VII. T.^o M. 38,0^o — V. 39,5^o. Mocz — 2000,0 c. s.

27. VII. T.^o M. 37,8^o — V. 39,5^o. Mocz mętny, ze znacznym ropnym osadem, ilość dobową 2200,0 c. s.

Badania narządów wewnętrznych nie wykazuje zmian, od których mogłaby zależeć gorączka. Podniesienie przeto ciepłoty wyłącznie należy kłaść na karb zmian w nerce, mianowicie — zatrzymywanie się w niej ropy. Nerka przy obmacywaniu nie jest bolesna.

28. VII. T.^o M. 39,0^o — V. 39,8^o. Mocz 2000,0 c. s. z ropą.

29. VII. T.^o M. 38,8^o — V. 40,0^o. Mocz 1600.

Pęcherz moczowy przemywa się codziennie, lecz w niem ropy niema.

30. VII. T.^o M. 38,2^o — V. 39,2^o. M o c z u 3000,0.

31. VII. T.^o M. 38,5^o — V. 39,6^o. Mocz 1500,0.

1. VII. T.^o M. 38,0^o — V. 38,8^o. Mocz 2300,0.

Pomimo ustawicznej gorączki stan chorego jest znośny; tętno 100, dosyć pełne; chory ma niezły apetyt, sypia dobrze.

2. VII. Chory po raz pierwszy od 25 dni oddał sam *per vias naturales* mocz mętny w ilości 180,0. Przez dren wypłynęła w ciągu doby 1800,0. Z pęcherza moczowego wypuściłem jeszcze 60,0 moczu, zmieszanego z ropą.

3. VIII. T.^o M. 37,6^o — V. 38,8^o. Chory sam oddaje mocz, zmieszany z ropą. Przez dren wypłynęło 1400,0.

4. VIII. T.^o M. 36,8^o — V. 37,6^o. Przez dren odeszło 2000,0 c.s. moczu, *per vias naturales* chory oddał — 300,0, — mocz ten zmieszany z ropą.

5. VIII. Stan bezgorączkowy. Moczu przez dren odeszło 1050,0 c. s., a *per vias naturales* 350,0.

6. VIII. Moczu przez dren — 1700,0.

a *per vias natur* — 1050,0.

10. VIII. Stan bezgorączkowy. Moczu na dobę 1750,0 c. s., a z tego *per vias naturales* 1550,0, mocz mętny ze znacznym ropnym osadem.

11. VIII. Chory oddał *per vias naturales* w ciągu doby 1850,0 moczu mętnego, z ropnym osadem. Światło drenu, umieszczonego w nerce, zamknąłem za pomocą pincety.

12. VIII. Opaska sucha, dren zamknięty. Cała dobowa ilość moczu 1750,0 odchodzi *per vias naturales*.

15. VIII. Moczu 2600,0 mętnego, ropiastego. Chory zaczął gorączkować T.^o V. 38,6^o.

16. VIII. T.^o M. 37,3^o — 38,9^o. Pęcherz moczowy przemyłem. Zaleciłem choremu środki czyszczące.

17. VIII. Chory ciągle już oddaje mocz drogą naturalną 2200,0.

18. VIII. T.^o M. 37,4^o — V. 39,4^o. Moczu 2200,0.

Badanie moczu wykazuje oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy 1010, ślady białka, cukru niema, cylindrów nader mało, osad bardzo znaczny — leukocyty, czerwone krążki krwi, nabłonki dosyć liczne, oraz mucynowe pasemka.

Od 20-go VIII, chory przestał zupełnie gorączkować. Ilość dobowa moczu wahała się od 1400 — 2200,0. Mocz zawsze jeszcze z dosyć znacznym osadem.

Chory czuł się stopniowo coraz lepiej, zaczął chodzić po pokoju, a nawet spacerować po ogrodzie. Dren, który ciągle utrzymywałem w ranie, nie przepuszczał moczu.

30. VIII. Dren z nerki usunąłem. Przetokę opatrzyłem gazą i zakleiłem plasterem mydlano-salicylowym. W ciągu kilku dni otwór przetoki tak się zmniejszył, że przepuszczał zaledwie cienki zgłębnik, a po upływie tygodnia zupełnie się zamknął.

W połowie września chory opuścił Warszawę, powrócił do domu na prowincję, skąd miał udać się na Kaukaz.

W roku zeszłym t. j. po upływie 2-eh lat miałem wiadomość od tego pacjenta, że czuł się zupełnie dobrze, i mógł spełniać ciężką służbę wojskową.

A zatem u młodego człowieka skutkiem kamicy nerkowej usunięto prawą nerkę, po upływie 11 d n i nastąpiło zatkanie moczowodu drugiej nerki, *amirua*

i *uraemia*, po 6 dniach wykonaliśmy *nephrotomiam*, która uratowała życie choremu.

Skutkiem znacznego ropienia w lewej nerce chory gorączkował z przerzami w ciągu 4½ tygodni. Po upływie 19-u dni od przecięcia nerki po raz pierwszy moc odszedł drogą naturalną, a po 23-u dniach zamknąłem światło drenu, umieszczonego w przetoce nerkowej, zagojenie się zaś tej ostatniej nastąpiło po upływie 7-iu tygodni od czasu wykonania nefrotomii.

To nader ciekawe spostrzeżenie zasługuje na baczniejszą uwagę. Jako wskazanie w powyższym przypadku do usunięcia nerki posłużył szereg napadów kolki nerkowej, coraz częściej występujących, połączonych ze stanem gorączkowym, wyniszczającym chorego, oraz wstrzymanie odpływu wydzieliny nerki prawej, gdyż przy kilkakrotnych badaniach cystoskopem i cewnikowaniu nie otrzymano moczu z prawego moczowodu. Można tedy było podejrzewać, że nastąpiły już znaczne zmiany w mięszu nerki, że nawet mogła nerka uleść zanikowi. Tymczasem po odseparowaniu nerki od części otaczających nie znaleźliśmy wybitnych zmian makroskopowych, oprócz nieznacznego powiększenia, pewnego zwiótczenia tkanki i mocnego przekrwienia. Badanie zaś drobnowidzowe nerki, wykonane w następstwie, wykazało tylko przewlekłą śródmięszową sprawę zapalną.

Dlaczego zatem podczas badania nie można było otrzymać moczu z prawego moczowodu? Według wszelkich danych kamienie nerkowe zatkały początek moczowodu i przeszkadzały wyciekaniu moczu, lecz wtedy powinno powstać *hydronephrosis*, nerka powinna być znacznie powiększona, kielichy jej i miedniczka mocno rozciągnięte, a wtedy pod postacią guza możnaby ją wyczuć przez powłoki brzuszne. Tymczasem wielokrotne badanie chorego guza w miejscu nerki nie wykazało, a podczas operacji zmian wspomnianych w nerce nie znaleźliśmy; przypuszczać tedy należy, że kamienie nie zamykały stale światła moczowodu, przy sprzyjających warunkach usuwały się i obok nich część moczu wypływała, skutkiem czego nie dochodziło do wytworzenia się *hydronephrosis*, przed samą zaś operacją skutkiem zmiany pozycji kamyków, zamykających początek moczowodu, nagromadzony mocz w nerce całkowicie wypłynął do pęcherza. Brak tedy moczu z nerki, podczas cystoskopii i kateteryzacji moczowodu, świadczy tylko o przeszkodzie do wypływania moczu, a bynajmniej nie daje podstawy do wnioskowania o rozległości zmian w mięszu nerki; wykazane tą drogą wstrzymanie się wydzielania moczu może być usunięte nawet samo przez się i przy ocenie wskazań do zabiegów operacyjnych powinno być nader krytycznie rozpatrywane, aby nie doprowadzić do wniosków fałszywych.

[D n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Choroba posurowicza.

Według dzieła PIRQUET'a i SCHICK'a. *Die Serumkrankheit*. Lipsk i Wiedeń. 1905.

Wprowadzanie krwi zwierzęcej do naczyń krwionośnych człowieka w celach leczniczych sięga jeszcze XVII stulecia. Już od r. 1667 leczono tą metodą rozmaite choroby; w tym roku bowiem DENIS pierwszy robił wlewania krwi jagnięcia do żył chorego. Wyniki jednak tej metody nie były pomyślne, i wkrótce poszła ona w zapomnienie. W początkach zeszłego wieku stosowano ją znowu przy ostrej anemii i zatruciach, lecz przekonano się, że wywołuje ona gorączkę (do 42°) już po upływie pół godziny, zatory, krwotoki, krwawy moc. Przyczynę tych następczych zaburzeń wyjaśnił dopiero około 1873 r. LANDOIS i PONFICK; a polega ona na tem, że krew zastrzyknięta rozpuszcza się; a NAUNYN i FRANCKEN dowiedli, że zakrzep w naczyniach u zwierząt powstaje wskutek tego, iż rozpuszczona hemoglobina wprowadzona zostaje do naczyń, rozpuszcza białe ciała krwi, a uwolnione przez to rodniki włókniaka wywołują powstawanie skrzepów. Rozległe zakrzepy wywołują śmierć przez uduszenie.

Zasługuje na uwagę fakt, spostrzegany przez DALLERE'a w 1874 r., że po transfuzji krwi w kilka dni wystąpiła pokrzywka na całym ciele.

Wstrzykiwania mleka do naczyń krwionośnych, robione w Anglii w tymże samym czasie, również okazały się bezużyteczne i szkodliwe. Zarzucono też wkrótce wstrzykiwania krwi i mleka pod skórę i do jamy otrzewnej; natomiast przedsięwzięto próby wstrzykiwań roztworów soli.

W r. 1894 pojawiają się pierwsze próby leczenia błonicy surowicą krwi koni, które uodporniono toksyną błoniczą. Surowicę tę wstrzykiwano podskórnie, a powikłania, wywołane przez nią, nie są tak groźne z powodu małej zawartości w niej białka. I tu jednak jako następstwo zauważono pojawienie się wysypek i innych powikłań niezbyt ciężkich, które przypisywano toksynom, znajdującym się w surowicy. JOHANNESSEN wykazał, że powikłania te zależą od surowicy końskiej, jako takiej, ponieważ i normalna surowica końska wywołać je może niekiedy u ludzi zdrowych. Niekiedy jednak po użyciu surowicy następstwa bywają groźne, a nawet śmiertelne, a niełatwo jest rozstrzygnąć, ile zależą one od błonicy, a ile od surowicy.

Wysypki, pojawiające się po surowicy, przez swoją różnorodność i podobieństwo do błonicy, odry, pokrzywki i t. p., najbardziej zwróciły na siebie uwagę klinicystów. Wszystkie powikłania, spotykane po surowicy, PIRQUET i SCHICK określają ogólnem mianem „choroby surowiczej“ (*Serumkrankheit*).

I. Część kliniczna. Ogólny obraz choroby. Znaczące, bo niekiedy 200 ctm³ wynoszące ilości surowicy, po 24-ch—48 u godzinach wysysają się pod skórą zupełnie, ranka goi się, i nie zdradza, że obcy płyn wprowadzono do krwi. Objawy choroby, wywołanej przez surowicę, występują dopiero około 8-go—12-go dnia, przyczem zauważyć możemy okres zwiastunów, trwający dni kilka: skóra staje się wrażliwą, czerwieni się w różnych miejscach, zwłaszcza dokoła miejsca ułucia, i swędzi. Gruczoły najbliższe obrzmiewają. Następnie zjawia się wysypka pokrzywkowata na całym ciele, najczęściej symetryczna, niekiedy zlewająca się; skóra obrzmiewa i swędzi.

Wysypka trwa niekiedy kilka godzin, najdłużej 2 — 3 dni. Cały ustrój jednak przyjmuje udział w tej chorobie, zjawia się gorączka, przyspieszenie tętna.

Gruczoly bliższe i dalsze są powiększone i bolesne. Zmniejszają się one, gdy wysypka znika. Występują zaburzenia nerkowe i obrzęki powiek i palców, w moczu niekiedy zjawia się białko, lecz ilość jego nigdy nie przekracza $\frac{1}{4}\%$; częściej znajdujemy wałki szkliste i nieliczne krążki czerwone. Ilość moczu zmniejsza się, bóle w stawach dokuczają silnie choreму, stan ogólny jednak jest zwykle dobry. Po większej ilości surowicy choroba ciągnie się 4 — 5 tygodni, wycieńcza chorego; poprawa jednak i przybytek na wadze szybko postępuje. Zejście śmiertelne nie następuje nigdy i choroba mija bez śladu. Natężenie powyższych objawów bywa bardzo rozmaite i zależy od indywidualnych warunków, od gatunku surowicy i jej ilości.

Po tym ogólnym obrazie choroby autorowie zastanawiają się nad poszczególnymi jej objawami, zaczynając od okresu wylegania, który, jak w innych chorobach zakaźnych, obejmuje okres czasu od chwili podziałania przyczyny choroby do chwili wystąpienia pierwszych jej objawów klinicznych. Okres wylegania nie zależy od powolnego wsysania surowicy, której działanie antytoksyczne występuje już po kilku godzinach, jak to można stwierdzić, badając aglutynację streptokoków po wstrzyknięciu surowicy przeciwploniczej. Tak np. MOSER zauważył *maximum* działania antytoksycznego po 12-u godzinach, *maximum* wessania surowicy po 25-u godzinach po wstrzyknięciu u dziecka, gdy tymczasem wysypka zjawiała się u niego dopiero 6-go dnia.

HARTUNG zaznacza, że większość wysypek zjawia się 10-go dnia, który uważa za krytyczny, i twierdzi, że po kilkakrotnem wstrzykiwaniu okres wylegania bywa zwykle krótszy. Za koniec okresu wylegania i za początek choroby należy uważać chwilę wystąpienia objawów ogólnych. Na 90 przypadków jednorazowego użycia surowicy okres wylegania trwa średnio 8 — 12 dni, rzadko tylko dni 6. Wogóle długość tego okresu zależy raczej od usposobienia chorego, niż od ilości surowicy.

G o r ą c z k a jest najczęstszym objawem i bardziej zwraca uwagę niż wysypka. Trwa ona dopóki trwają inne objawy, ma typ zwalniający o wahaniach dziennych 1° — 3° . Niekiedy rano ciepłota bywa wyższa niż wieczorem, to znów ma typ przepuszczający, zwłaszcza w końcu choroby. Najwyższa ciepłota bywa przy wysypce, podobnej do odry, średnia przy podobnej do plonicy i pokrzywki, najniższa przy różycowatej ograniczonej.

Z wysokości ciepłoty nie możemy nie sądzić o przebiegu i natężeniu choroby, zależy to bowiem od ilości surowicy i usposobienia chorego. Niekiedy bywa gorączka bez wysypki, lub wysypka bez gorączki, zwłaszcza pokrzywka bardzo silna. Przy większych dawkach surowicy (10 — 30 ctm.³) objawy chorobowe zdarzają się częściej (22%), przy małych dawkach (6 — 15 ctm.³) rzadziej (6,45%); po 100—200 ctm.³ bardzo często, bo w 85%; usposobienie więc przy dużych dawkach nie ma żadnego znaczenia. Po wielkich dawkach choroba trwa dłużej niż po małych. Przy usposobieniu małe dawki wywołać mogą silne objawy choroby.

W y s y p k a. Bywa najrozmaitszej postaci. HARTUNG odróżnia 4 grupy wysypek: 1. pokrzywka; 2. wysypka, podobna do plonicy, rozlana lub punkcikowata; 3. podobna do odry; 4. wielopostaciowa, wysiękowa i t. p. Są między temi formami przejściowe i mieszane formy. Najczęściej spotykamy wysypkę pokrzywkowatą, która przez dni kilka coraz nowe zajmuje miejsca na skórze. Skoro ta zniknie, zjawia się wysypka w innej postaci, po niej znów inna. Postać taka lub inna wysypki nie zależy od właściwości surowicy, lecz od właściwości skóry. Z powodu szybkiego znikania wysypek nie

jest łatwo śledzić ich przebiegu; można tylko zauważyć, że zwykle zaczyna się wysypka pojawiać dokoła miejsca ukłucia, występuje symetrycznie, jest swędząca. Wysypka podobna do odry i postaci wysiękowe umiejscowiają się na wyprostnych powierzchniach kończyn.

U chorych wyniszczonych wysypka bywa bladą, drobną, żółtawą, autorowie nazywają ją kachektyczną. Pamiętać też należy, że przy długim trwaniu wysypki skóra staje się tak zmienioną, nawet u silnych chorych, że wysypka posurowicza może mieć wygląd kachektyczny. Szczególniej po wielkich dawkach surowicy skóra staje się obrzmiałą, pigmentowaną, zwłaszcza na grzbiecie, pęgowaną, siną, skłoną do krwawienia i siniaków. Wysypka niekiedy może być hemoragiczną.

Zmiany anatomiczne, zachodzące w skórze u ludzi, są nieznanne. BÉCLÈRE, CHAMBON i MÉNARD w skórze cieląt, którym zastrzykiwano surowicę końską ($\frac{1}{100}$ wagi ciała), nie znaleźli nic charakterystycznego pod względem histologicznym, pomimo wysypki. U koni po wstrzyknięciu surowicy innych zwierząt ARONSON zauważył pojawienie się guziczków na skórze.

Gruczoly. Obrzmienie gruczołów i obrzęki najmniej zwrócili na siebie uwagę autorów. Niektórzy wspominają o powiększeniu się gruczołów szyjowych, łokciowych lub pachwinowych. Jest to ważny objaw pod względem klinicznym i prognostycznym. Gruczoly najbliższe miejsca ukłucia powiększają się około 7-go—8-go dnia, co uważać należy za zwiastun choroby surowiczej. Po zjawieniu się innych objawów gruczoly powiększają się jeszcze więcej i stają się bolesne nawet bez ich dotykania. Następnie obrzmiewają inne gruczoly, a niekiedy wszystkie podskórne po obu stronach ciała, nawet na piersiach i na grzbiecie. Zmniejszają się one w miarę ustępowania innych objawów, bolesność znika wcześniej, co zwiastuje koniec choroby.

Powiększenie śledziony, trwające kilka dni, zauważyć się daje w rzadkich przypadkach. Zmiany patologiczne w gruczołach polegają na zmianach mięsowych.

Badania u królików wykazały nacieczenie istoty rdzeniowej i folikulów komórkami, w których przy silnem powiększeniu widać żółte ziarenka, dające się zabarwić szkarłatnie lub ciemnopomarańczowo sudanem III. Ziarenka te należą, podług CZECHOWICZKA, do grupy lipochromów. Znalaziono je również w wątrobie i śledzionie. W nerkach przeistoczenie tłuszczowe, w szpiku kostnym nagromadzenie komórek, których jądra ulegają rozpadowi.

Leukopenia. Ze względu na znaczenie leukocytów dla chorego ustroju metoda liczenia ich zasługuje na zastosowanie w chorobie posurowiczej. Zwykle autorowie stosują ją w pierwszych dniach po wstrzyknięciu surowicy.

PIRQUET i SCHICK robili badania codziennie w ciągu 2—3 tygodni, t. j. przez cały czas odczynu na surowicę. Oto wyniki tych badań. W okresie wylegania liczba leukocytów umiarkowanie się zwiększa, z chwilą zaś wystąpienia objawów choroby surowiczej szybko i znacznie zmniejsza się. Doszedłszy do *minimum*, wzrasta znowu do normy pod koniec choroby; zmniejszenie liczby leukocytów zależy prawie wyłącznie od zmniejszenia liczby komórek polinuklearnych, których liczba z 14640 szóstego dnia spada do 880 18-go dnia po wstrzyknięciu surowicy, poczem następuje zwiększenie liczby tych ostatnich i liczby leukocytów wogóle. Komórki mononuklearne nie zmniejszają się ilościowo na oko, przy ścisłym badaniu znajdujemy jednak liczbę ich mniejszą. Niekiedy taka leukopenia jest jedynym objawem choroby. Towarzyszy jej tylko uczucie słabości.

Powikłania stawowe. HARTUNG na 2073 przypadki choroby posurowiczej zanotował bóle stawów 140 razy (1,9%). Na 4358 przypadków seroterapii w błonicy bóle stawów notowano w 1%. Również bóle mięśni-

we spotykamy dosyć rzadko. Najczęściej bywają bóle w napiętku, potem w kolanach, tak przy ruchach, jak przy dotykaniu. Zwykle stawy nie są obrzmiałe, niekiedy jednak znajdujemy wysięk niewielki. Zmiany anatomiczne u człowieka są nieznanne; badania u cieląt nie wykazały zmian widocznych. Prawdopodobnie mamy tu zmiany cyrkulacyjne, takie same jak w skórze. Powikłań sercowych nigdy nie bywa, ani zgrubień następczych w stawach. Jest to przykre powikłanie dla chorego, szczęściem trwa krótko i mija bez śladu. Sole salicylowe niewiele tu działają, lepiej robią okłady z płynu Burowa.

O b r z ę k i b i a ł k o m o c z. Nie należy sądzić, że obrzęki są zawsze następstwem choroby nerek, w przebiegu jednak choroby posurowiczej objawy te występują współzależnie, tylko że obrzęki spotykamy daleko częściej, białkomocz zaś rzadko. Obrzęki umiejscawiają się tak samo, jak przy zapaleniu nerek, a więc na twarzy i innych częściach ciała, nie zależą więc od zastojów. PIRQUET stwierdza je zapomocą ważenia chorego codziennie o tej samej godzinie. Powiększenie wagi ciała przy gorączce i dyecie ścisłej, wywołanej utratą łaknienia, towarzyszącego chorobie posurowiczej, nie może zależeć od przyswojenia białka, lecz jedynie od obrzęku. Wnioski jednak wyciągać należy z szeregu spostrzeżeń i porównań z przebiegiem innych objawów. Obrzęki trwają do końca choroby i znikanie ich jest ważne dla rokowania. Białkomocz, jako objaw podrażnienia nerek, zjawia się dopiero w kilka dni po wystąpieniu obrzęków, a więc w 2 lub 3 tygodnie po wstrzykiwaniu i nie przewyższa $\frac{1}{4}\%$. Osad zawiera często czerwone krążki i wałki szkliste. Krew widać jednak tylko pod drobnowidzem. FREYMAN, GUINON i ROUFFILAGE widzieli *nephritis haemorrhagica*. Ponieważ zapalenie nerek bywa zarówno po błonicy, jak i po płonicy, należy pamiętać, że po pierwszej nawet przy ciężkim zapaleniu nerek obrzęków nie bywa, chyba przy silnem osłabieniu serca; zapalenie nerek zjawia się tu w pierwszych dniach choroby, mocz zawiera mało krwi, ale dużo białka przy skąnym osadzie. Ponieważ przy płonicy używamy większych dawek surowicy, częściej tu możemy mieć do czynienia z podrażnieniem nerek, którego przyczynę należy rozpoznać.

Obrzęki bez białkomoczem możemy odnieść do następstw działania surowicy; występują one także o tydzień wcześniej, niż w *neph. scarlatinosa*. Przy tem ostatniem mamy zawsze więcej krwi i białka, obrzęki bywają większe, a objawy mocznicowe częste, wylewy w jamę opłucnej lub brzuszną również; zdarza się nawet powiększenie prawej komory serca. Wszystkich tych objawów nie bywa przy podrażnieniu nerek, zależnem od surowicy. Naturalnie u jednego i tego samego chorego możemy spotkać krótkotrwałe podrażnienie nerek, zależne od surowicy, po którego przeminięciu rozwija się zapalenie nerek szkarlatynowe.

Błony śluzowe zwykle nie biorą udziału w chorobie posurowiczej. MYA zanotował po krupie recydywę kaszlu krupowego i objawów zwężenia, które przypisuje obrzękom podgłośniowym. Nieżyt oskrzeli, biegunka ze krwią i podbiegnięcia krwawe na łącznicy oka spotykamy niekiedy w okresie wysypki posurowiczej.

St a n o g ó ł n y chorych zwykle jest dobry pomimo wysokiej gorączki. Wymioty bywają rzadko, niepokój, apatya lub podniecenie częściej; przy dłuższym przebiegu występuje utrata łaknienia, osłabienie, zapaść; chorzy chudną, tracą na wadze. Zejście śmiertelne jednak nigdy się nie zdarza, nawet przy dłuższym przebiegu i powrotach choroby.

R o z p o z n a n i e r ó ż n i c z k o w e. Niekiedy bywa ono trudne z powodu podobieństwa wysypki do odry, płonicy lub wysypek toksycznych. BAGINSKY, MONTI i HARTUNG twierdzą, że za chorobą posurowiczą przemawia: czas pojawienia się wysypki (7-go—14-go dnia), która zaczyna się dokoła miejsca ukłucia, obrzmienie najbliższych gruczołów i brak udziału błon śluzowych.

Łuszczenie skóry u chorych leczonych na błonicę, zarażenie się innego dziecka i zapalenie nerek przemawia za wysypką ptoniczną. U chorych ptonicznych należy mieć w pamięci możliwość powrotu ptonicy. Celem odróżnienia od ptonicy wysypki posurowiczej, pamiętajmy, że przy pierwszej bywają wymioty, zacerwieniebie gardła i wysoka gorączka. Zresztą wysypka posurowicza rzadko bywa podobna do ptonicznej. Wysypki, zależne od lekarstw, trudno jest odróżnić od posurowiczej, wysypki, zależne od niestrawności, wyjaśnia towarzysząca im niestrawność.

Leczenie i zapobieganie. Przy chorobie posurowiczej nie może być mowy o leczeniu przyczynowym, i byłoby nawet szkodliwym przeskadzać ustrojowi w jego reakcyi na czynniki, które chorobę wywołały. Leczenie więc może być tylko objawowe. Używamy przeto okładów na obrzęki z płynu Burowa, nacierañ miejsc swędzących 1—2% -ym spirytusem salicylowym, 1% -ym spirytusem mentolowym lub 1% -ą maścią mentolową. Celem obniżenia ciepłoty — *Natr. salicyl.*, chłodne obmywania i zawijania, na bóle w stawach — kąpiel ciepła.

Pozbawić surowicę tego obocznego działania dotąd jeszcze nie udało się. zauważono tylko, że po małych dawkach surowicy choroba posurowicza prawie nie występuje. Należy więc starać się o przygotowanie takiej surowicy, która w małej objętości zawiera dostateczną ilość antytoksyny. Bujwid zauważył, że pierwsze porcje surowicy, wypuszczanej z konia, są zdolniejsze do wywołania wysypek. Surowica, która stoi we flaszcze kilka miesięcy, jest mniej szkodliwą. Spronck zaleca ogrzewanie surowicy do 59°, co ją czyni nieszkodliwą. Zresztą choroba posurowicza jest małą przykrością wobec zasług, jakie nam oddaje seroterapia przy błonicy, krupie i ptonicy.

II. Powtórne wstrzykiwanie surowicy. Zdolność do odczynu natychmiastowego. Klinicyści, zajmujący się seroterapią, dotąd mało zwracali uwagi na odczyn, wywołany powtór-
nym wstrzykiwaniem. Dopiero PIRQUER i SCHICK w przebiegu spostrzeżeń klinicznych zwrócili uwagę na to, że objawy chorobowe po powtór-
nym wstrzyknięciu przedstawiają pewne różnice co do czasu pojawienia się i natężenia odczynu. Tak np. u dziecka 3½ lat, chorego na ptonicę, po użyciu 200 ctm³ surowicy antystreptokokowej „*polivalens*“ po 9-u dniach pojawiła się pokrzywka i gorączka, trwająca parę dni. Po kilku dniach z powodu stanu gorączkowego, zależnego od *olenitis tuberc.*, zastrzyknięto rodzajem próby 100 ctm³ tejże surowicy. Po kilku godzinach dokoła miejsca ukłucia pojawiła się wysypka różycowata, która przeszła następnie na całe ciało. Piątego dnia wystąpiła *erythema papulosum*. Niekiedy po wtórnym wstrzyknięciu obrzęk twarzy pojawia się po kilkunastu minutach, a po paru godzinach wysypka.

Wogóle po pierwszym wstrzyknięciu choroba posurowicza występuje między 8-ym a 13-ym dniem, po powtór-
nym już po kilku lub najpóźniej po 24-ch godzinach. Przypisać to należy zwiększonej wrażliwości ustroju na surowicę zwierzęcą. Wrażliwość taka rozwija się wskutek pierwszego wstrzykiwania surowicy i istnieje przez szereg lat. Celem wyjaśnienia przyczyny tych zjawisk po wtórnym wstrzyknięciu, PIRQUER i SCHICK przedsiębrali szereg doświadczeń i badań nad chorymi, u których od 1-go do 2-go wstrzyknięcia upłynął rozmaity przedział czasu. Wyniki były następujące: Pierwsze wstrzyknięcie surowicy końskiej wywołuje w ustroju ludzkim zmianę oddziaływania na surowicę, wstrzykniętą powtórnie w ten sposób, że już po kilku godzinach wstrzyknięcie wtórne może wywołać objawy choroby posurowiczej. Człowiek staje się wrażliwym nawet na małe dawki surowicy. Po wtórnym wstrzyknięciu miejsce ukłucia silniej obrzmiewa, gorączka zaś i wysypka bywa rzadziej. Zauważyć to można, zwłaszcza u chorych, którym raz już zastrzyknięto wielkie dawki surowicy, a wstrzykiwanie wtórne robiono po upływie 3-ch — 8-iu tygodni.

Odczyn przyspieszony po wstrzyknięciu wtórnem polega na tem, że po kilku godzinach zjawia się wysypka, która szybko znika, a po upływie 3—8 dni pojawia się po raz drugi, czyli że oprócz natychmiastowego odczynu występuje jeszcze drugi raz odczyn po kilku dniach, przed którym okres wylegania jest krótszy, niż był po pierwszym wstrzyknięciu, objawy jego są gwałtowniejsze, a przebieg krótszy. Dlatego też po wtórnem wstrzyknięciu odczyn nigdy nie zjawia się później, niż po 6-iu dniach, po pierwotnem rzadko wcześniej, niż po 7-iu—9-iu dniach. Ten właśnie skrócony okres wylegania i szybki przebieg choroby stanowi cechę odczynu po wstrzyknięciu wtórnem. Po wtórnych wstrzyknięciach, rozdzielonych dłuższą przerwą czasu od pierwszego, spotykamy właśnie taki podwójny odczyn natychmiastowy razem z przyspieszonym, przyczem pierwszy jest bardzo niewyraźny i krótkotrwały, ostatni zaś silny i o szybkim przebiegu.

Od czego może zależeć pojawienie się odczynu natychmiastowego lub przyspieszonego, albo tylko jednego z nich? Zależy to prawdopodobnie od czasu, jaki minął pomiędzy 1-em a 2-em wstrzyknięciem surowicy. Ze spostrzeżeń klinicznych wynika, że:

1. Jeżeli przerwa między 1-em a 2-em wstrzyknięciem wynosi 12 — 40 dni, to występuje tylko odczyn natychmiastowy.
2. Jeżeli przerwa wynosi 6 tygodni do 6-u miesięcy, to mamy odczyn natychmiastowy i przyspieszony.
3. Jeżeli przerwa wynosi więcej niż 6 miesięcy — tylko odczyn przyspieszony.

Naturalnie od tych prawideł bywają wyjątki i zboczenia. Odczyn natychmiastowy, wyrażający się obrzękiem miejscowym, rzadko objawami ogólnymi, występuje regularnie na 12-ty dzień. Raz tylko spostrzegano 6-go dnia różycowate zaczerwienienie dookoła miejsca ukłucia. Jeżeli przerwa czasu między wstrzyknięciami wynosi więcej niż 3 miesiące, to natychmiastowego odczynu zwykle niema i zdarza się dosyć rzadko. Raz spostrzegano odczyn natychmiastowy po przerwie 3-letniej od pierwszego wstrzyknięcia; raz nawet po 7½ latach. U jednego chorego zanotowano odczyn przyspieszony najwcześniej po przerwie 21-dniowej, i tu okres wylegania trwał tylko dwa dni. Ty powy okres wylegania 4—6-dniowy spostrzegamy po przerwie 3-miesięcznej.

Objawy kliniczne po wstrzyknięciu wtórnem.

1. Odczyn miejscowy natychmiastowy, obrzęk swoisty. Charakteryzuje się tem, że obrzmienie, wywołane zastrzyknięciem surowicy, nie znika, lecz powiększa się pomimo wchłaniania surowicy do obiegu krwi, a obrzmienie to nie zostaje w żadnym stosunku do ilości użytej surowicy. Niekiedy po małej dawce surowicy, np. 1—2 ctm³, widzimy duże obrzmienie dookoła ukłucia. Takież obrzmienie spotykamy po pierwotnem wstrzyknięciu większej ilości surowicy, lecz nigdy po małej dawce.

Obrzmienia takie występują natychmiast po wstrzyknięciu, stopniowo się powiększają, dochodząc do *maximum* po 24-ch godzinach, poczem w ciągu 2—5-u dni stopniowo znikają. Gruczoły sąsiednie często jednocześnie obrzmiewają. Z objawów ogólnych niekiedy bywają przytem dreszczyki, lekka gorączka. Wyjątkowo obrzęk miejscowy wywołuje miejscową zgorzel, t. j. utworzenie się ropnia, który otwiera się i wydziela tkankę martwą.

2. Odczyn natychmiastowy ogólny. Wyraża się gorączką, wysypką i innymi ogólnymi zaburzeniami, występującymi w ciągu 24-ch godzin po wstrzyknięciu. Niekiedy objawy te występują po pierwotnem wstrzyknięciu i częściej u dorosłych niż u dzieci, Przyczyny tej wrażliwo-

ści objaśnić nie możemy. Jest to pewnego rodzaju idyosynkrazia. Wysypka bywa tu najczęściej w postaci pokrzywki, niekiedy po niej następuje podobna do odry, a po tej jeszcze podobna do rumienia.

Białkomoczu przytem nie zauważono. Wysypce towarzyszy stan gorączkowy, a niekiedy zapaść, jak się to zdarza przy wstrzykiwaniach do żył, praktykowanych we Francyi i Anglii. Z tego względu wstrzykiwanie do żył i nawet zranienie żyły podskórnej może być niebezpieczne przy wtórnem użyciu surowicy. Objawy ogólne przy małych dawkach surowicy znikają po 24 ch godzinach, lub nieco później.

Objawy miejscowe przy natychmiastowym odczynie bynajmniej nie wyłączają się wzajemnie, przeciwnie—występować mogą jednocześnie. Niekiedy objawy ogólne ustępują, a miejscowe trwają jeszcze przez dni kilka.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Schüller. Leczenie gruźlicy nerek gwajakolem.

Gruźlica nerek do niedawna jeszcze była wyłącznie leczona drogą operacyjną, i chirurdzy twierdzili, że bez usunięcia gruźliczej nerki chory wyzdrowieć nie może. KUESTER tak się w tej sprawie wyraża: „Niejednokrotnie wspomniano, że bez operacyi wyleczenie gruźlicy nerek jest zupełnie niemożliwe; przeto niewarto mówić o ogólnem i wewnętrznem leczeniu danej sprawy, która zwykle kończy się prosówką (*tuberculosis miliaria*), a z tą ostatnią chirurgia niema nic wspólnego”. Mimo to autor twierdzi, że gruźlica nerek, naturalnie w pierwszym dostrzegalnym okresie rozwoju i przy nieznacznej skłonności do rozszerzania się, może być wyleczona zapomocą metodycznego i dostatecznie długiego stosowania gwajakolu. Twierdzenie swoje autor głównie opiera na dwóch przypadkach, z których pierwszy dotyczy 40-letniego chorego z obustronną gruźlicą jąder, częściowo stwardniałych i częściowo z serowato-ropnemi ogniskami, z przetokami w przyjądrzach, z guziczkowato-gruźliczym obrzmieniem przewodu nasiennego, z pakietem gruczołów w prawej pachwinie i z czerwonemi krwinkami, z gruźliczymi lasecznikami oraz komórkami nabłonka nerkowego w moczu; drugi przypadek dotyczy 3½ lat mającej dziewczynki z lewostronnem gruźliczem zapaleniem stawu biodrowego, bezskutecznie uprzednio leczonem zapomocą wyciągań i temu podobnych środków; prócz tego znaleziono u niej bolesną lewą nerkę, nieco dającą się wyczuwać, w moczu zaś były strzępki tkanek, grupki nabłonka nerkowego, pokrytego dużą liczbą laseczników gruźliczych. Jak w pierwszym, tak i w drugim przypadku autor stosował wewnątrznie o c z y s z o n y s p o s o b e m PICTER'a *Guajacolum purissimum* wraz z jednoczesnem zastrzykiwaniem mieszanki gwajakolu z jodoformem i gliceryną bezpośrednio do ognisk chorobowych w jądrach, do kanału nasiennego, do gruczołów, w okolicy szyjki i główki kości udowej i do stawu biodrowego.

Otrzymane przez SCHUELLER'a wyniki były znakomite. W pierwszym przypadku po 7-u zastrzyknięciach, w ciągu mniej więcej dwu miesięcy, przetoki i ogniska serowate zabiły się, a zgrubienie przewodu odprowadzającego nasienie i obrzmienie gruczołów zniknęły zupełnie; wkrótce zaś ustąpiły objawy i ze strony pęcherza i nerek, i laseczników gruczołowych w moczu nie znajdowano.

Co się zaś tyczy drugiego przypadku, to już po trzykrotnem zastrzyknięciu wyniki były znakomite, mianowicie bandaż ze szkła wodnego został usunięty, chora w pierwszej chwili po usunięciu posiłkowała się szczudłami, wkrótce zaś mogła chodzić o własnych siłach. Objawy ze strony nerek i pęcherza także powoli ustępowały. Przypominamy, że pomimo zastrzykiwań choroby przyjmowali stale gwajakol wewnątrznie—starsi od 12—15 do 20 kropel dziennie na 130—150—200 grm. wody przegotowanej, dzieci zaś, odpowiednio do wieku, 3, 4, 5, 8, 10, 12 kropel. Dzienna dawka była rozdzielana na 5—6 części, które zostały w ciągu dnia zużyte. Derywaty gwajakolu nie dawały tak zachęcających wyników.

Opierając się na wyżej wzmiankowanych 2 przypadkach i innych faktach, autor przychodzi do wniosku, że stosowanie gwajakolu jest niezbędne:

- 1) w pierwszych okresach gruźlicy nerek i pęcherza;
- 2) w celu zabezpieczenia nerki po uprzednim usunięciu drugiej nerki na drodze chirurgicznej;
- 3) w przypadkach częściowego usunięcia ognisk gruczołowych, a to w celu otrzymania zupełnego wyleczenia chorej nerki.

(Mitth a. d. Grenz. de Med. u. Chir. 1905).

B. Ceglowski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

I. **Proponal**, środek nasenny, homologiczny z weronalem. W roku 1903 FISCHER i MERING wykazali własności nasenne środków grupy kwasu dialkylbarbiturowego. Kwas dimetylbarbiturowy ma słabe własności nasenne, dietylobarbiturowy (*Veronal*) usypia silniej, a dipropylbarbiturowy (*Proponal*) wywiera jeszcze silniejsze działanie nasenne.

Budowa proponalu:
$$\begin{array}{c} \text{C}_3\text{H}_7 \\ \text{C}_3\text{H}_7 \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{c} \text{C}_3\text{H}_7 \\ \text{C}_3\text{H}_7 \end{array}} \right\} \text{C} \left\langle \begin{array}{l} \text{CO} - \text{CH} \\ \text{CO} - \text{NH} \end{array} \right\rangle \text{CO}.$$

Przedstawia się on w postaci bezbarwnych kryształków, topi się w 145°, rozpuszcza się w 70-u częściach gorącej wody, a w 1640 wody przy ciepłocie 20°, w rozcieńczonych zaś alkaliach rozpuszcza się łatwo. Wodny roztwór ma smak gorzkawy.

Podawany w 50-u przypadkach bezsenności w znacznie już mniejszej dawce [bo 0,15—0,2—0,5] niż weronal, po 15—40-u minutach wywoływał spokojny sen, 6—9 godzin trwający. Mimo trudnej rozpuszczalności w niektórych razach prędzej usypiał niż weronal, co autorowie przypisują temu, że w kiszkach, których zawartość jest alkaliczna, szybko się proponal rozpuszczał i wysysał. Działa on także kojąco na bóle, a więc bywa skutecznym i przy bezsenności powodowanej bólami. Najlepiej proponal przyjąć w proszku i popić herbatą lub płynem lekko alkalicznym. Nie należy go przyjmować w dawce większej niż 0,5.

G.

Wiadomości bieżące.

— W Towarzystwie Lekarskim Warszawskim na rok 1906 wybrano na prezesa kol. DUNINA, na wiceprezesa kol. KAMOCKIEGO, na sekretarza I kol. KORZONA, na sekretarza II kol. LANDSTEINA. Sekretarzem stałym jest prof. HOYER, podskarbnim kol. DOBRSKI, a bibliotekarzem kol. BIELIŃSKI.

— Kol. BIEGAŃSKI z Częstochowy wybrany został na członka honorowego T. L. W.

— W Towarzystwie lekarskim Krakowskim na r. 1906 prezesem jest RUTKOWSKI, wiceprezesem BORZĘCKI, sekretarzem stałym L. KORCZYŃSKI, sekretarzem do rocznym WILCZYŃSKI, skarbnikiem DOBROWOLSKI, bibliotekarzem LANDAU.

— Redaktorem „Przeglądu Lekarskiego“ w Krakowie został prof. A. CIECHAŃKOWSKI, który pracę swą redaktorską zaczął od wyrażenia podziękowania i najwyższego uznania dla ustępującego dobrowolnie poprzedniego redaktora dra A. KWAŚNICKIEGO za jego 10-letnie świetne prowadzenie organu Tow. Lek. Krakowskiego, do czego i my się niniejszem dopisujemy.

— W Petersburgu zawiązał się „Związek polski przyrodników i lekarzy“.

— W Towarzystwie Lek. Wileńskim w końcu listopada r. p. po raz pierwszy od lat 40-ą przemówiono po polsku.

— Prasa lekarska niemiecka notuje sporadycznie występujące na Śląsku przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wysnuwając obawy liczniejszego jeszcze ich pojawienia się przy sprzyjających okolicznościach.

— W Bonn utworzono pierwszą w Niemczech katedrę medycyny socjalnej, a profesorem jej został prof. RUMPF.

— Na instytut badania raka, który ma być otwarty w Heidelbergu w październiku r. b. zebrano 708742 marek.

— Prof. CZERNY w Heidelbergu celem uczczenia swego teścia, ś. p. KUSSMAUL'a, ustanowił złoty medal, który obok 1000 marek będzie co 3 lata przez uniwersytet heidelberski przyznawany za najlepsze odkrycie w dziedzinie terapii.

— Celem badania choroby śpiączki niemiecki urząd państwowy zdrowia wysłał na 1½ roku wyprawę naukową do Wschodniej Afryki i wyznaczył na to 120000 marek. Nie wiadomo czy i prof. KOEN weźmie w niej udział.

— Dzięki zapomozdze pieniężnej [400000 franków] amerykańnina br. LOUBAT, utworzono w Paryżu katedrę terapii stosowanej i powierzono ją A. ROBIN'owi.

— XXVII-y Kongres balneologów niemieckich i austriackich odbędzie się w Dreźnie w początkach marca r. b.

— Od prof. WICHERKIEWICZA, prezesa Komitetu polskiego Kongresu w Lizbonie otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

XV-y Kongres lekarski międzynarodowy w Lizbonie od 19-go do 26-go kwietnia r. b.

Czas już niezbyt odległy dzieli nas od Kongresu, który budzić powinien w każdym lekarzu zajęcie naukowe i towarzyskie. Dotychczas udział Polaków wedle tego, co zgłoszono Komitetowi narodowemu, nie przedstawia się obiecująco. Dlatego Komitet ponownie zwraca się do szanownych Kolegów z prośbą, by śpiesznie zgłaszać prace naukowe na ręce sekretarza komitetu doc. dra MAJEWSKIEGO, Kraków, ul. Szczepańska 11, a celem uzyskania kart uczestnictwa przesłali skarbnikowi drowi WILHELMOWI SŁAPIE, Kraków, ul. Kolejowa 4, zgłoszenia z przesyłką pieniężną. Karty uczestnictwa kosztują 25 franków = 25 koron = 25 marek = 10 rubli, do czego dodać trzeba na pokrycie kosztów przesyłki i administracji 1 koronę.

W sprawie ulogodnień podróży przypominamy raz jeszcze to, co było przedmiotem naszych poprzednich ogłoszeń, jak i to, co jest wynikiem naszych najnowszych zabiegów, w tym kierunku podjętych. A mianowicie: firma Cook and Son w Londynie organizuje podróż dla członków Kongresu parowcem. Krzyżowiec pierwszej klasy kursować będzie, jak nam komitet centralny donosi — pomiędzy Londynem a Lizboną, gdzie się zatrzyma w czasie trwania Kongresu i służyć będzie uczestnikom za hotel. Parowiec opuści Londyn w czwartek 12-go kwietnia r. b., zatrzyma się w Hawrze dla zabrania pasażerów francuskich, a dalej wyruszy do Coruna, gdzie zatrzyma się na czas jakiś dla umożliwienia członkom zwiedzania ważniejszych miejscowości; podobnie wysadzi pasażerów na łód we Vigo i Oporto, a do Lizbony przybędzie po południu w środę dn. 18-go kwietnia, gdzie zatrzyma się aż do 26-go kwietnia, by już prosto powrócić przez Hawr do Londynu.

Linia Hamburg - Ameryka zamierza dla wygody kongresistów urządzić podróż jednym z większych pocztowych parostatków „Oceania“, mogącym pomieścić 300-u pasażerów. Kongresiści będą mieli sposobność w podróży na tym statku nie tylko poznać zajmujące wyspy Maderę i Teneryfę, ale zwiedzić także Tanger i Gibraltar, a w Lizbonie, gdzie niewątpliwie będzie wielki brak pomieszczeń, używać statku za hotel. Na nasze telegraficzne zapytanie odbieramy w tej chwili z Hamburga następujące szczegóły co do podróży parowcem „Oceania“:

Wyjazd z Hamburga 7-go kwietnia o 9-ej godz zrana; z Cuxhaven 7-go kwietnia o 2-ej godz. po południu; z Duver 8-go kwietnia o godz. 8-ej w południe; pobyt godz. 1; z Funchal 12-go kwietnia zrana; pobyt g. 35. Odjazd z Funchal 13-go kwietnia wieczorem. Przybycie do St.-Crnz (Teneriffe) 14-go kwietnia w południe; pobyt godz. 28. Odjazd z St.-Cruz 15-go kwietnia po południu. Przybycie do Tangeru 17-go kwietnia po południu; pobyt godz. 5; odjazd z Tangeru tegoż dnia wieczorem. Przybycie do Gibraltaru 17-go kwietnia wieczorem; pobyt godz. 20; odjazd z Gibraltaru 18-go kwietnia po południu. Przybycie do Lizbony 19-go kwietnia po południu; pobyt godz. 17½; odjazd z Lizbony 26-go kwietnia po południu; odjazd z Duwru 29-go kwietnia po południu; odjazd z Cuxhaven 30-go kwietnia; przyjazd do Hamburga 30-go kwietnia wieczorem.

Cena włącznie z zupełnem pożywieniem, także w czasie Kongresu w Lizbonie—ale z wyłączeniem napojów—wynosić będzie 700 do 2100 marek, zależnie od położenia kabiny zajętej. Prospekt szczegółowy wyjdzie dopiero w połowie stycznia r. b., a interesowani zechcą się zgłosić wprost do Hamburga pod adresem: „Hamburg-Amerika-Linie, Abteilung für Vergnügungsreisen“.

Komitet polski znosił się dalej z firmą Cook and Son w Wiedniu, która skłonną jest, jak to swego czasu donosiliśmy, urządzić podobnie, jak linia hamburgsko-amerykańska, podróż pierwszoklasowym parowcem „Thalia“ austriackiego Lloyd, w przypuszczeniu, iż z niego w pierwszej linii austriaccy i rosyjscy kongresiści skorzystał zechcą. Parowiec ten mógłby przeważnie służyć uczestnikom polskim, byle się wczas zgłosili; wspólna podróż powinna być dla nas tem większą przynętą. Plan jazdy byłby następujący: Tryest—odjazd 10-go kwietnia o godz. 9-ej zrana; Lizbona—przyjazd 18-go kwietnia o godz. 2-ej po poł; odjazd 26-go kwietnia o godz. 7-ej wiecz. Gibraltar—przyjazd 28-go kwietnia o godz. 5-ej zrana; wycieczka do Granady i Sewilli; odjazd 3-go maja o godz. 6-ej wiecz. Tryest — przyjazd 10-go maja o godz. 4-ej po poł.

Cena od osoby za podróż pierwszą klasą do Lizbony i napowrót z pierwszoklasowem zupełnem utrzymaniem wynosiłaby 895 franków. Cena ta obejmuje: 1) Jazdę okrętem z Tryestu do Lizbony 1-szą klasą tam i napowrót. 2) Całkowite pierwszoklasowe utrzymanie w czasie jazdy, składające się ze śniadania, obiadu i wyczerzy (Levante - Menu)—z wyłączeniem napojów. 3) Jednorazowe wyładowanie w Lizbonie i wzięcie napowrót na pokład. 4) Napiwne dla personelu okrętowego.

Ze względu na rozmaite uroczystości, odbywające się w Lizbonie i wskutek tego utrudniony powrót na statek dla zwykłych posiłków, firma Cook nie obejmuje w czasie Kongresu od 19-go do 26-go kwietnia pożywienia powyżej oznaczoną ceną, natomiast można posiłki brać na statku w tym czasie, lecz winno się je opłacać wprost do rąk stewarda. Z powrotem zarzuci statek kotwicę koło Gibraltaru, aby dać uczestnikom sposobność urządzenia wycieczki do Granady w celu obejrzenia sławnej Alhambry oraz do Sewilli. Wycieczka ta odbyłaby się pod okiem wydelegowanego przez firmę inteligentnego przewodnika, znającego dobrze okolice i język miejscowy. Zajęłaby ona 6 dni czasu, a koszta, wliczając w to bilet kolejowy 1-ej klasy, utrzymanie, wynagrodzenie dla przewodnika i t. d., wyniosłyby na osobę około 250 koron. Parowiec „Thalia“ będzie oczekiwał uczestników wycieczki w Algeciras; po powrocie zabierze na pokład i popłynie, nie zatrzymując się nigdzie, z powrotem do Tryestu. Zgłoszenia, do których trzeba dołączyć zadatek w kwocie 300 koron, można nadsyłać najpóźniej do 20-go stycznia r. b.

Tak więc dla uczestników Kongresu nadarzają się, prócz podróży zwykłej łądem, trzy sposoby dostania się do Lizbony na Kongres na pokładach statków i zwiedzenia przy tej sposobności po drodze rozmaitych miejscowości. Dla kongresistów Polaków najponętniejszą zdaje się będzie wycieczka, jaką za inicjatywę komitetu polskiego projektuje firma Cook w Wiedniu. Przyjść ona może jedynie do skutku przy zgłoszeniu się dość licznem przed 20-ym stycznia. Dlatego prosimy o niezwłoczne zawiadomienie choćby tylko kartą korespondencyjną chęci udziału w tej podróży na ręce sekretarza lub skarbnika komitetu polskiego, a zgłoszenia się wprost do firmy Cook and Soon Wien, Stephansplatz 4, celem zapewnienia sobie kajuty.

Jeneralny sekretarz komitetu organizacyjnego, prof. BOMBARDA donosi nam, że Komitetowi kongresowemu udało się pozyskać dla kongresistów książeczki z kuponami podróży wprost z P a r y ż a d o L i z b o n y i z p o w r o t e m, z ustępstwem 50% zwykłej ceny, w ogóle zaś koleje portugalskie, hiszpańskie i francuskie obniżą dla kongresistów taryfę osobową o 50%. Signor Giovanni Chiari we Florencji organizuje podróż dla lekarzy włoskich, wzgl. austriackich na podobieństwo podróży, urządzonej przez firmę Cook. Nie przesądzając jednakże o dobrych zamiarach p. Chiariego, nie możemy się do włoskich przedsiębiorstw w tym kierunku zbyt nio zapalać.

Tyle w sprawie ułatwień komunikacyjnych na Kongres. Towarzystwom i korporacyom uaukowym przypominamy raz jeszcze, iż czas najwyższy wyznaczyć oficjalnych delegatów. Skoro tylko nazwiska będą nam podane przez świetne Zarządy Towarzystw lekarskich, zakomunikujemy je Centralnemu Komitetowi w Lizbonie.

— Z m a r ł W O L F R I N G b. prof. okulistyki w uniwersytecie warszawskim.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa. Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny Dr Wł. Gajkiewicz.