

# GAZETA LEKARSKA

## I. Gruźlica migdałków i gardzieli.

Skreślił

Teodor Heryng.

### Gruźlica migdałków.

Pierwotna gruźlica migdałków jest cierpieniem rzadko napotykanem i dawniej silnie podawanem w wątpliwą. STRASSMAN'owi [1884] należy się zasługa anatomicznego i drobnowidzowego wykazania częstości gruźliczego zapalenia migdałków. W jego 21 przypadkach istniały współcześnie silnie rozwinięte suchoty płucne.

Jako źródło zaszczepienia zarazka uważał on płwocinę, zawierającą laseczniki. Migdałki mogą też uleść zakażeniu przez przyjmowane pokarmy, szczególnie często przez mleko.

CORNIL i RANVIER spostrzegali wprawdzie prosówkową gruźlicę migdałków, lecz jedynie współcześnie z suchotami płucnymi. Nieraz napotyka się wszakże w torebkach migdałków pojedyncze laseczniki i u osób wolnych od suchot. Fakt ten stwierdzili W. MAYZEL, ORTH, L. BROWN, BRINDEL, RUGES, KRUECKMANN, GOTTSTEIN. Znajdowali oni w pozornie zupełnie zdrowych migdałkach typowe gruzełki prosówkowe z lasecznikami, tak, że dziś istnienie pierwotnej gruźlicy migdałków uważać można za dowiedzione.

Na szczególniejszą uwagę zasługują badania Z. DMOCHOWSKIEGO. U 15-u osób dotkniętych gruźlicą zbadano drobnowidzowo migdałki i we wszystkich przypadkach znaleziono gruzełki. Makroskopijnie migdałki wydawały się niezmiennymi. Wnikanie laseczników następuje podług DMOCHOWSKIEGO przez uszkodzony nabłonek torebek, albo też przez wykazane w nich przez STOEHRA defekty. Możemy w sprawie, o której tu mowa, odróżnić dwie postaci: rozlaną, nieznacznie przechodzącą w zserowacenie, oraz ograniczoną. Na zasadzie badań własnych po-



twierdzić mogę, że w początkowym okresie gruźlicy migdałków, w gruzelkach prosówkowych, pośród ognisk ciałek białych występują naprzód pojedyncze komórki nabłonkowe, a dopiero później komórki olbrzymie. Tylko w tych ostatnich udawało mi się wykryć nieliczne laseczniki i tym sposobem stwierdzić gruźliczy charakter tych tworów. W późniejszych okresach podług DMOCHOWSKIEGO na dnię owrzodzeń zjawiają się laseczniki masami—fakt, który również wielokrotnie spostrzegalem.

Podług STRASSMAN'a pierwotna gruźlica migdałków przedstawia się drobnowidzowo całkiem odmiennie, niżeli przy współczesnem występowaniu gruźlicy gardzieli. Nie znajdujemy owrzodzeń, rzadko kiedy zserowacenie, natomiast prosówkowe gruzelki z komórkami olbrzymimi i nielicznymi lasecznikami, żywo przypominające gruźlicę gruczołów chłonnych.

Utajoną gruźlicę migdałków napotykamy zarówno w migdałkach prawidłowej wielkości, jakoteż w zanikłych, lub przerosłych, ze złogami w torebkach, lub też bez nich. Gdy następuje owrzodzenie, to ma ono wygląd sadłowaty, jest zwykle blade, różnej wielkości, niekiedy pokryte ziarniną. Migdałki są blade, nierówne, grudkowate, niekiedy zasiane drobnymi podnabłonkowymi guziczkami (*subepitheliale Knötchen*). Gruczoły podżuchwowe są podług SCHLENKER'a prawie zawsze silnie obrzmiałe, na ucisk nieco bolesne i ruchome, dość liczne, zlewają się one z gruczołami bocznymi szyi, tworząc sznurki podługowate, i różańcowe wyniosłości różnej wielkości. Zwykle sprawa gruźlicza zajmuje również gruczoły oskrzelowe i zdradza się wtedy napadami suchego kaszlu, który zjawia się zwykle w nocy i przypomina napady koklusu.

Dzieci, dotknięte gruźlicą migdałków utajoną, cierpią pospolicie na katar gardzieli, są niedokrwiście i przedstawiają pozornie objawy zołzów. Podług SEIFFERT'a zakażenie gruźlicze może nastąpić rozmaitemi drogami, a mianowicie: przez krew, limfę, płwocinę, powietrze wdychane, oraz pokarmy. Doświadczalnego dowodu zakażenia zapomocą karmienia materiałem gruźliczym dostarczył BAUMGARTEN. Oprócz gruźlicy jelit znajdował specyficzne owrzodzenia migdałków z lasecznikami.

Drogą krwi zakażenie następuje w gruźlicy ogólnej. Czy istnieje zakażenie wsteczne, przez drogi limfatyczne—jest faktem podług SEIFFERT'a niepewnym, aczkolwiek niektóre spostrzeżenia gruźlicy gruczołów chłonnych szyjnych zdają się przemawiać za wstecznem zakażeniem migdałków [GORTSTEIN].

• Obserwowałem również u dzieci takich zajęcie gruczołów krezkowych, a nawet pachwowych i pachwinowych, które pod wpływem kuracyi klimatycznych, pobytu nad morzem, podawaniu odpowiednich środków, jak arsenik, tran, jod, przy jednoczesnych wcieraniach mydła szarego, ulegały rezorbeyi mniej lub więcej wydatnej.

W ostatnich czasach GIBSON zwrócił uwagę na objaw niemal typowy w gruźlicy gruczołów oskrzelowych, a mianowicie gwiazdowate rozszerzenia żył na skórze klatki piersiowej, szyi i pleców, niekiedy jednostronne. (Revue de maladie de l'enfance I. 1907).



Najczęściej zakażenie następuje przez płwocinę, zawierającą laseczniki, najrzadziej przez bezpośrednie oddychanie ustami.

FRANCISZEK FRIEDMAN spostrzegał i zbadał drobnowidzowo znaczniejszą liczbę pierwotnej, samoistniej karmowej gruźlicy migdałków. Na szczególniejszą uwagę zasługuje przytem przypadek, w którym z całą ścisłością wykazano, że migdałki podniebienne były pierwszym i jedynym w całym ciele ogniskiem gruźliczem <sup>1)</sup>.

Dopiero badanie drobnowidzowe, wykazujące obecność drobnych komórkowych lub siateczkowych gruzełków, wyjaśnia należycie rozpoznanie. Dla ścisłego stwierdzenia wycinamy szczypekami małe kawałki podejrzanego tkanki i badamy na obecność laseczników, w przypadkach zaś wątpliwych, szczepimy nimi natychmiast świnki morskie lub króliki.

Podług SEIFFERT'a, i to postępowanie nie jest zupełnie wolne od zarzutów, gdyż u dotkniętych gruźlicą chorych laseczniki mogą dostawać się do torebek migdałków, nie wywołując w jego tkankach przemian chorobnych.

DIEULAFOY na 68 szczepień zapomocą podejrzanego materiału z migdałków gardzielowych i podniebiennych otrzymał 8 razy u świnek morskich wyniki dodatnie. CORNIL wszakże podaje te wyniki w wątpliwość, gdyż materiału przed zaszczepieniem nie zbadano ani drobnowidzowo, ani bakteriologicznie.

Wogóle, szczepienia na zwierzętach celem ustalenia rozpoznania, mogą dawać wyniki złudne. I zdrowe gruczoły gardzielowo i podniebienne mogą przy szczepieniu dawać wyniki twierdzące, jeżeli ich przed użyciem jak najdokładniej nie wymyto. W torebkach i uchylkach, a także na powierzchni migdałka, mówi WEX, mogą się znajdować laseczniki w liczbie dostatecznej do zakażenia zwierzęcia. Ujemne wyniki szczepień nie dowodzą wcale nieobecności gruźlicy, gdyż mniejsza liczba [30 -- 40 laseczników] bezkarnie wesłana być może.

Wartość rozpoznawczą podskórnych wstrzykiwań tuberkuliny w utajonej gruźlicy migdałków miałem sposobność stwierdzić u jednego chorego, dotkniętego współcześnie gruźlicą krtani. Zaraz po pierwszym zastrzyknięciu ciepłota ciała podniosła się do 39,5°. Migdałki obrzmiały, a następnego dnia widać było wykwit białych guziczek prosówkowych, wielkości łebka od szpilki, które po dwu dniach uległy rozpadowi i zamieniły się w owrzodzenia soczewicowate. W tkance migdałka, wydobytej ostremi szczypekami, znalazłem typowe gruzełki z komórkami olbrzymimi i lasecznikami. Przed zastrzyknięciem tuberkuliny migdałki nie przedstawiały żadnych objawów, budzących podejrzenie gruźlicy. Po dwu tygodniach stosowania kwasu mlekowego owrzodzenia zagoiły się.

---

<sup>1)</sup> Verhandlugen der Berliner laryngol. Geselsch. 14-go grudnia 1900. Ref. w Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 30. 1901.



Leczenie utajonej gruźlicy migdałków jest chirurgiczne i posiada znaczenie zapobiegawcze, na które już przed laty 16-tu zwracałem uwagę, kładąc nacisk na usuwanie migdałków u dzieci z wyglądem gruźliczym. Nawet migdałki mniejszej objętości, na które chorzy wcale się nie uskarżają, należy usuwać celem zapobieżenia późniejszemu zakażeniu.

## Gruźlica gardzieli.

Stanowi cierpienie stosunkowo rzadkie i najczęściej występuje wtórnie, jako powikłanie suchot płucnych i krtaniowych. Gardziel jest też poniekąd najlepszym polem do badań nad powstawaniem gruźlicy prosówkowej oraz tworzeniem się i rozwojem owrzodzeń gruźliczych. Jednakowoż aż do r. 1871 cierpienie to było mało znane. Dopiero wskutek poszukiwań ISAMBERT'a i B. FRAENKEL'a w r. 1876 zostało ściślej zbadane i ocenione. Do owego czasu większość wrzodziejących spraw w gardzieli uważano za przymiotowe i stosownie do tego leczono.

Odróżniamy postać ostrą—prosówkową i przewlekłą—naciekową. Tak zwana *tuberculosis vegetans* rozwija się pospolicie wskutek bujania brzegów lub dna owrzodzeń. Niezmiernie rzadką postać stanowią nowotwory gruźlicze gardzieli i ropień gruźliczy przewlekły. Jest on najczęściej objawem istniejącego współcześnie gruźliczego cierpienia kregów i o nim w tym miejscu wspominać nie będę. Gruźlicze cierpienie gardzieli występuje albo pierwotnie albo wtórnie. Istnienia postaci pierwotnej niektórzy autorowie, jak ZAWERTHAL, zupełnie zaprzeczali. Obecnie stwierdzone ono zostało stanowczo dzięki pracom licznych badaczy [ORTH, ISAMBERT, KUTTNER, HERYNG, SCHNITZLER, RETHI, UCHERMAN, POGREBIŃSKI, CLARCK, KRAUSE].

SCHECH uważa podobne przypadki jako pozornie pierwotne, gdyż przed wybuchem gruźlicy gardzieliowej prawie bez wyjątku znaleźć można w innych narządach serowate ogniska lub złogi. Postać wtórna, następcza, zjawia się nie tylko w późniejszych okresach, lecz i przy mało jeszcze posuniętej gruźlicy płuc lub krtani. Zarówno prosówkowa, jak naciekowa postać może być ograniczona albo rozlana. Rozwija się ona najczęściej na bocznych ściankach gardzieli, na łukach podniebiennych, migdałkach, jęczyczku i podniebieniu miękkim, rzadziej na *pars oralis pharyngis*. Odosobnione głębokie nacieki gruźlicze w *pars oralis* spostrzegałem kilkakrotnie przy współczesnym owrzodzeniu górnego brzegu nagłośni i skłonny jestem do uważania tej postaci, jako bezpośrednie zakażenie wydzieliną obfitującą w laseczniki, pochodzącą z owrzodzenia nagłośni.

Pośród 14-u przypadków, spostrzeganych w oddziale moim w szpitalu Św. Rocha do r. 1887 i opisanych przez dra WRÓBLEWSKIEGO, znajdują się i wspomniane spostrzeżenia. Według ISAMBERT'a prosówkowa gruźlica gar-



dzieli ma skłonność do opuszczania się ku dołowi i do przechodzenia na krtań. Nie mogę podzielić tego poglądu, podobnie jak i twierdzenia BARTH'a, że przy gruźlicy gardzieli nie bywa owrzodzeń na błonie śluzowej jamy ustnej.

Cierpieniu wspomnianemu ulegają częściej mężczyźni niż kobiety, daleko rzadziej dzieci. Osoby młode zapadają częściej, niż starsze. Wśród zapisanych przeze mnie aż do r. 1898 przypadków 32 [z włączeniem 14-u spostrzeżeń opisanych przez dra WRÓBLEWSKIEGO] najmłodszy chory miał lat 12, najstarszy 54. Ostra gruźlica prosówkowa umiejscawia się najczęściej na łukach podniebiennych i języczku. Sprawa rozpoczyna się pospolicie tylko na jednej stronie. Wybuchowi gruźleń prosówkowych towarzyszy prawie zawsze gorączka. Zależy ona nie tylko od cierpienia gardzieli, lecz również od stanu płuc i nie przedstawia określonego typu.

W okresie początkowym widzimy na bladej zwykle błonie śluzowej odosobnione lub w kępkach występujące guziczki, szarobiałe, prosówkowe, różnej wielkości lub drobne żółtawe nacieki. Guziczki prosówkowe mogą przez czas dłuższy trwać bez zmiany. Żółtawe nacieki serowate ulegają szybciej rozpadowi, tworząc soczewicowate owrzodzenia. W okolicy owrzodzeń widać częstokroć nowe wykwity gruźleń. Na języczku sprawa przedstawia wygląd wielce znamieny. Języczek, pospolicie wskutek nacieczenia powiększony w dwójnasób, posiada osobliwy, woskowaty połysk i jest często u nasady poprzerastany większymi naciekami. Przez rozpad powstają głębsze utraty substancji, niszczące języczek całkowicie. Może on podobnie, jak w przymocie, zupełnie odpaść. Usuwałem kilkakrotnie zwyrodniały gruźliczy języczek i badałem drobnowidzowo. Dno owrzodzenia składało się z tkanki ziarninowej, w której można było wykazać albo gruźleńki prosówkowe, albo rozlane nacieki gruźlicze. Zmiany w gruczołach śluzowych były śródmieszkowe albo międzymieszkowe. W naczyniach znajdowałem też zapalenie gruźlicze błony zewnętrznej lub wewnętrznej naczyń. Rzadko kiedy naciek sięgał aż do błony mięsnej, której budowa okazywała się jednakowoż zmienioną. W guziczkach większych spotykałem prawie zawsze komórki olbrzymie z nielicznymi lasecznikami. Tylko w bardzo drobnych guziczkach prosówkowych znajdowały się, obok licznych ciałek białych, twory nabłonkowe. Z języczka sprawa szerzy się ku przodowi i zajmuje podniebienie miękkie, później i podniebienie twarde. Owrzodzenia mogą tu wywołać spustoszenia znaczne. Rzadko kiedy wnikają one wgłąb aż do kości, niszcząc ją i sprowadzając przedziurawienie podniebienia. Wtedy owrzodzenia takie trudno odróżnić od wrzodów przymiotowych. Leżą one najczęściej na bladej, spulchnionej błonie śluzowej. Brzegi ich obrysowane są nieregularnie, przy dłuższym trwaniu bywają nieco wyniosłe i pokryte ziarniną.

Przedziurawienie nie jest, jak w przymocie, okrągłe, lecz raczej szparowate, otoczone wytworami bujania, wśród których zgłębnikiem szukać



trzeba otworu. Ziarnina jest zwykle miękka, gąbczasta i krwawi przy dotykaniu.

Na łukach podniebiennych zjawia się gruzlica albo jako postać prosówkowa, która przez czas dłuższy trwać może bez rozpadu i gorączki, albo też znajdujemy większe żółtawe guziczki nierówne, otoczone gruzelkami prosówkowymi. Wnikają one niekiedy w głąb, ulegają rozpadowi i tworzą nieregularne utraty substancji. Dno owrzodzenia jest pospolicie bezkrwiste. Kilka razy wszakże znajdowałem schorzały łuk podniebienny zaczerwieniony i zlekka obrzmiały.

Owrzodzenia gruzlicze migdałków przedstawiają następujące znamiona. Brzegi mają zatokowate, nieregularnie poszarpane, częstokroć podziurawione przetokami i pokryte są szarą, rzadko płynną wydzieliną.

Na tylnej ścianie gardzieli widzimy zarówno gruzelki prosówkowe, jako też większe żółtawe nacieki, płytsze i głębsze owrzodzenia, powstające przez zlewianie się oddzielnych ognisk, skąd niekiedy przechodzą na łuki podniebienne. Postać pierwotna trwać może przez czas dłuższy bez rozpadu, zależnie od natężenia sprawy, stanu sił chorego i charakteru cierpienia płucnego. U chorych gorączkujących przebieg bywa nader szybki i kończy się niemal zawsze śmiercią. Natężenie gorączki uwidocznia się też na wyglądzie owrzodzeń. Przy wysokiej ciepłocie powstała już ziarnina ulega rozpadowi, a owrzodzenie pokrywa się brudnoszarym nalotem, złożonym ze zmartwiałych komórek.

[C. d. n.].

---

## II. Z ODDZIAŁU USZNEGO SZPITALA UJAZDOWSKIEGO W WARSZAWIE.

---

### W sprawie uleczalności i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego.

Podał

Aleksander Żebrowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

---

Czy brak ruchów oddechowych i tętnicznych na zatoce poprzecznej przemawia za zakrzepem zatoki? Na kwestyę tę istnieje kilka sprzecznych po-



glądów; według KOERNER'a ruchy tętnicze zatoki poprzecznej powstają podczas obnażenia zatoki przy operacji i zależą od przesunięcia na bok tego naczyńa wskutek braku ściany kostnej, i znaczenia dyagnostycznego mieć nie mogą. KOERNER widział nader żywe ruchy tętnicze zatoki poprzecznej w przypadku ograniczonego ropnia zatoki, który w kierunku dośrodkowym i odśrodkowym był zamknięty stałymi zakrzepami. HAUSBERG <sup>1)</sup> przytacza kilka przypadków ropnicy usznej, w których ruchy tętnicze zatoki były dokładnie widoczne, i zwraca uwagę na fakt, że przy ułożeniu głowy w taki sposób, aby mięsień sutkowo-obojęzykowy był napięty („*Sternocleidostellung des Kopfes*”), objaw ten występuje szczególnie wyraźnie.

Niedawno SACHS <sup>2)</sup> zwrócił uwagę na ciekawy objaw, mogący mieć pewne znaczenie w rozpoznaniu zakrzepu w zatoce poprzecznej, a mianowicie na powstawanie ruchów falistych na ścianie obnażonej zatoki poprzecznej podczas lkania. Istnienie tych ruchów falistych, podług SACHS'a, przemawia za tem, że zakrzepu w zatoce niema, brak zaś tego „objawu połykowego” („*das Schlückphänomen*”) przemawia za istnieniem zakrzepu. Rzecz ta jeszcze niezbyt dokładnie jest zbadana, zasługuje jednak na uwagę tem bardziej, że chorzy podczas niezbyt głębokiego uspienia częstokroć wykonywają ruchy połykowe.

Przypadek 3-ci przedstawia już obraz ropnicy usznej o znacznie większem nasileniu i interesujący jest ze względu na to, że po dokonanej operacji choremu wstrzyknięto 30 ctm. sześciennych wielowartościowej przeciwpaciorkowcowej surowicy TAVEL'a z bardzo dobrym wynikiem. Bez względu na wczesne i szerokie wydłutowanie wyrostka sutkowego, bez względu na brak zmian chorobnych na ścianie zatoki poprzecznej, przebieg pooperacyjny w tym przypadku był niepomyślny. Ciężota była stale wysoka, rana trepanacyjna goiła się źle i wciąż była pokryta typowym dla ropnicy szarym nalotem; wreszcie wystąpiło przerzutowe ropne zapalenie prawego stawu kolanowego. Po otwarciu stawu ciężota w przeciągu 7-u dni była wysoka i dopiero po wstrzyknięciu surowicy TAVEL'a stopniowo lecz stale zaczęła obniżać się i po pięciu dniach spadła do normy. Jednocześnie ogólny stan chorego poprawił się i był na tyle dobry, że chory wkrótce został wypisany ze szpitala z pewnem jednak ograniczeniem ruchów w prawym stawie kolanowym. Nie ulega wątpliwości, że w danym przypadku wpływ wstrzyknięcia 30 ctm. sz. surowicy TAVEL'a jest uderzający. Bezpośrednio po iniekcji chory w ciągu kilku dni przestał gorączkować. Na zasadzie jednego tylko przypadku trudno jest wyprowadzać jakieś dalej sięgające wnioski, pomyślny jednak wpływ surowicy TAVEL'a na przebieg ropnicy w moim przypadku może zachęcić innych do stosowania jej w przypadkach odpowiednich. Dodać należy, że miarodajnymi byłyby tylko takie przypadki, w których wykonaną została trepanacja wyrostka sutkowego i obnażoną była zatoka po-

<sup>1)</sup> HANSBERG. Casuistische Mittheilungen. Zeitschr. f. Ohr. t. 44, s. 392.

<sup>2)</sup> SACHS. Zur Diagnostik der Sinusbrombose. Archiv. f. Ohrenheilkunde t. 61, s. 176.



przeczną. Po usunięciu bowiem ogniska chorobnego z wyrostka i z bezpośredniego sąsiedztwa zatoki poprzecznej mamy już do czynienia z czystą sprawą ropnicową, wywołaną przez całkowity lub częściowy zakrzep zatoki („*obturierende oder wandständige Sinusthrombose*”) i wynik otrzymany wtedy po wstrzyknięciu surowicy można będzie do pewnego stopnia przypisać jej działaniu, polegającemu na wspieraniu sił organizmu w walce z drobnoustrojami i ich toksynami.

TAVEL<sup>1)</sup> w obydwu swych pracach gorąco zaleca wogóle w sprawach ropnicowych swą surowicę wielowartościową, nie podaje jednak żadnego przypadku ropnicy pochodzenia usznego, leczonego tą surowicą. Sądząc z przypadku TAVEL'a Nr. 3 („*Experimentelles*” i t. d.), surowica jego wywiera nagły i dobroczynny wpływ na przebieg anginy ropnej, powikłanej ogólnem zakażeniem paciorkowcowem („*streptococcaemia*”); głównie jednak surowicę stosował TAVEL w ropnicy popołogowej, w której wielokrotnie zauważył znaczne polepszenie stanu ogólnego, a nawet całkowite wyzdrowienie [przyp. 2-gi]. W każdym razie surowica wielowartościowa może w ropnicy pochodzenia usznego pomódz jedynie wtedy, gdy usunięte zostały ogniska, wywołujące ropnicę.

Przypadki ropnicy usznej, w których po usunięciu ogniska ropnego z kości skroniowej, następuje zupełne wyleczenie bez żadnych zabiegów na zatoce poprzecznej, mimowoli nasuwają myśl o ropnicy, której przyczyną jest zakrzep w drobnych żyłach kostnych wyrostka sutkowego.

Pogląd ten, energicznie broniony przez KOERNER'a („*Osteophlebitis pyämie*”), znalazł pewną liczbę zwolenników [EULENSTEIN<sup>2)</sup>, HEIMAN<sup>3)</sup>, RIMINI<sup>4)</sup>, KOBRAK<sup>5)</sup>], lecz wielu innych autorów uważa go za niewłaściwy [LEUTERT, SCHENKE, HEINE i inni]. Nie mając dość danych do wypowiedzenia własnego zdania w tej sprawie, sędzę jednak, że przypadki 1-szy i 2-gi poniekąd przemawiają za hipotezą KOERNER'a. Istotnie, uznając, że przyczyną ropnicy w tych przypadkach były małe zakrzepy w żyłach kostnych wyrostka, z łatwością wytłumaczyć sobie można i brak objawów chorobnych ze strony płuc [małe cząstki oderwane od zakrzepów bez trudu przeszły przez naczynia włosowate płuc], i nieznaczne nasilenie ogólnego zakażenia ustroju, wreszcie pomyślny wpływ usunięcia ogniska ropnego na przebieg choroby. Z drugiej strony przypuszczając istnienie w zatoce poprzecznej zakrzepu przysięennego („*wandständige Thrombose*”), wygaśnięcie

---

1) Prof. dr TAVEL: 1) Experimentelles und klinisches ueber das polyvalente Antistreptococcenserum. „Deutsch. Med. Woch.“ 1903 Nr. 30 — 51; 2) Ueber die Wirkung des Antistreptococcenserum. Klinik - Therap. Wochenschr. 1902.

2) EULENSTEIN. Ueber Toxinaemie bei Eiterungen im Schlaefenbein. Zeitschr. f. Ohr. t. 40, s. 44.

3) T. HEIMAN. Choroby narządu słuchowego 1902, s. 487.

4) RIMINI. Ueber einen Fall von Pyaemie durch Osteophlebitis im Schlaefenbeine (KOERNER) bei acuter doppelseitiger Mittelohrentzündung. Zeitsch. t. Ohr. t. 38, s. 269.

5) KOBRAK. Zur pathologie der otogenen Pyämie. Arch. f. Ohr. t. 60, s. 1.



po trepanacji sprawy ropnicowej możemy sobie wytłumaczyć w ten sposób, że zakrzep, nie otrzymując przez ścianę zatoki materiału infekcyjnego, uległ organizacyi i pozostał w zatoce jako nieszkodliwe ciało obce. Ostatecznie spór ten o istnienie ropnicy bez zakrzepu praktycznego znaczenia nie posiada; czy zaś hipoteza KOERNER'a uzyska prawo obywatelstwa w nauce o ropnicy usznej—przyszłość pokaże.

Przechodząc z kolei do przypadku Nr. 4, widzimy, że sprawa ropnicowa w tym przypadku była daleko silniej rozwinięta, aniżeli w trzech pierwszych. Wielce jest prawdopodobnem, że liczbą i umiejscowieniem przerzutów w przebiegu ropnicy usznej nie zależy od natężenia zakażenia, od złośliwości drobnoustrojów; grają tu rolę inne, więcej przypadkowe czynniki: szerokość i budowa anatomiczna żył, sprawność mięśnia sercowego, ruchy głowy przy zakrzepach żyły szyjowej wspólnej i t. d. W każdym jednak razie, jeżeli porównamy nasze przypadki Nr. 1 i Nr. 4, to uderzającym jest natężenie sprawy ropnicowej w tym ostatnim przypadku. Obiektywnie objaśnić można tę wielką różnicę w przebiegu klinicznym różnicą zmian anatomopatologicznych; w pierwszym przypadku ściana zatoki poprzecznej makroskopowo przynajmniej zmianom żadnym nie uległa;—w czwartym przypadku wytworzyły się już ropnie okołozatokowe, ropień w średnim dole czaszkowym i rozpadający się zakrzep w dolnym odcinku zatoki poprzecznej, prawdopodobnie wypełniający opuszkę żyły szyjnej, której część górna została obnażona przy operacyi. Uderzającym jest w tym 4-ym przypadku znakomity wpływ na przebieg choroby podwiązania żyły szyjnej wspólnej; bezpośrednio po wykonaniu tej operacyi ciepłota ciała spadła, ogólny stan chorego poprawił się znacznie, słowem—objawy ropnicy zniknęły.

[D. c. n.]

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 85. Aleksander Marmorek. Nowe badania nad lasecznikiem gruźlicy i surowicą przeciwgruźliczą.

Dawniejsze badania MARMORKA wykazały, że w jakikolwiek sposób będziemy zakażać morskie świnki lasecznikami gruźlicy, zawsze po pewnym przeciągu czasu laseczniki te przejdą do krwi; dalsze doświadczenia wykazały godny uwagi fakt, że w krwi laseczniki gruźlicy tracą znacznie na żywotności. Weźmy krew z prawej komory sercowej zwierzęcia z rozległą gruźlicą wszystkich narządów, zastrzknijmy po 0,5 — 3 ctm. sz. morskim świnkom podskórnie, dootrzewnie, dotętniczo lub dożylnie i zabijmy je po



trzech miesiącach; znajdziemy wtedy zwykle tylko u zwierząt po szczepieniu podskórnym ropień serowaty na miejscu zakażenia, zserowacenie gruczołów pachwinowych, nieliczne gruźelki w niepowiększonej śledzionie—co świadczy bądź co bądź o bardzo powolnym postępie choroby; zwierzęta takie umierają same dopiero po wielu miesiącach. U zwierząt po szczepieniu dootrzewnym i donaczyniowem niema prawie nigdy zmian gruźliczych.

Dopiero posługując się takimi sztucznie osłabionymi lasecznikami, można było rozpatrywać kwestyę dziedzicznego usposobienia do gruźlicy; w istocie, laseczniki osłabione, nieszkodliwe w pewnych warunkach zupełnie dla zwierząt normalnych, mogą w tych samych warunkach być szkodliwymi dla zwierząt dziedzicznie obarczonych. MARMOREK szczepił dootrzewnie krew z lasecznikami morskim świnkom w wieku od 3 dni do 6 u tygodni; 33 z nich pochodziło od matek chorych na gruźlicę, 31 od zdrowych, zabijano je po  $2\frac{1}{2}$  — 4 miesiącach. U zwierząt pochodzących od matek z rozległymi zmianami gruźliczymi znajdowano wtedy gruźelki w sieci, śledzionie i płucach, gdy u zwierząt pochodzących od matek zdrowych żadnych zmian nie było. Niewątpliwie więc z ustroju chorych matek przechodzą do potomstwa pewne substancje, usposabiające do zakażenia gruźliczego; usposobienie to zaznacza się najwyraźniej u zwierząt nie starszych nad trzy tygodnie, potem zdaje się słabnąć.

Zasługują na uwagę wczesne płucne zmiany u zwierząt dziedzicznie obarczonych. Zwykle po zakażeniu wewnątrzotrzewnym gruźlica z wielką prawidłowością rozwija się przede wszystkim w narządach brzusznych—śledzionie, wątrobie, sieci — i dopiero wtedy, gdy tutaj zniszczenie dojdzie wysokiego stopnia, przechodzi na gruczoły okołotchawicze śródpiersia, a wreszcie na samym końcu gruźelki zaczynają się ukazywać w płucach; u zwierząt z dziedzicznością gruźliczą znajdowano, przeciwnie, przy niewielkich zmianach we wnętrznościach brzusznych znaczne powiększenie gruczołów okołotchawiczych i gruźelki w płucach, zanim jeszcze gruczoły okołotchawicze zdążyły zserowacieć. Zupełnie podobne zmiany widział MARMOREK już dawniej u białych myszy, którym szczepił gruźlicę wewnątrzotrzewnie, paraliżując równocześnie fagocyty otrzewnej zapomocą chlorowodanu chininy. Porównyując te doświadczenia, widzimy, że w obydwu razach szczepiono zarazki albo osłabione, albo wogóle mało szkodliwe dla danego ustroju, a z drugiej strony zmniejszono odporność ustroju bądź na drodze dziedziczności, bądź przez sztuczne ubezwładnienie jego ochronnych urządzeń; można stąd wnioskować, że dysproporcya pomiędzy jadowitością laseczników a odpornością ustroju ma duże znaczenie, gdy chodzi o wywiązanie się gruźlicy płucnej. Dysproporcję taką można osiągnąć i w inny sposób, powiększając mianowicie jadowitość laseczników zapomocą zakażenia tuberkuliną; zapomocą tej metody udawało się MAMORKOWI już dawniej wytwarzać jamy w płucach królików i morskich świnek. Obecnie MARMOREK szczepił dootrzewnie krew z lasecznikami normalnym morskim świnkom — co, jak już wiemy, nie wywołuje w zwykłych warunkach choroby — i następnie 8 — 10 razy zastrzykiwał podskórną po 0,25 tuberkuliny; w tych warunkach znajdowano po zabiciu zmiany gruźlicze, i znowu we wnętrznościach brzusznych niewielkie, obok licznych gruźelków w górnych zwłaszcza częściach płuc. Gruźlica wybierała te górne części płuc wtedy nawet, gdy *ceteris paribus* zastrzykiwano laseczniki nie do otrzewnej, lecz do żyły jarzmowej, choć w tych warunkach laseczniki musiały się rozproszyć po całych płucach. Gdy zastrzyknięto wewnątrzżylnie zarazek osłabiony jeszcze bardziej przez ogrzewanie do  $54^{\circ}$  przez 15 minut i potem zrobiono 8 — 10 wstrzykiwań po 0,25 tuberkuliny co drugi dzień, to po 6 — 8 tygodniach znaleziono gruźlicę wyłącznie w górnych i środkowych



zrazach płuc i zresztą nigdzie więcej; raz widziano nawet jamę w górnym zrazie, przez co stawało się jeszcze większem podobieństwo do ludzkiej gruźlicy.

Wspominaliśmy kilkakrotnie, że osłabione laseczniki giną w otrzewnej, gdy przeciwnie w tkance podskórnej pozostają przy życiu. Jednak i w otrzewnej laseczniki nie giną od razu, lecz pomimo utraty jadowitości żyją jeszcze przez 1 — 3 dni; rozpoczynając w tym okresie czasu wstrzykiwania tuberkuliny, można im przywrócić jadowitość, i wtedy gruźlica się rozwine. Można przypuszczać *a priori*, że nie sama tylko tuberkulina posiada tę własność przywracania utraconej jadowitości lasecznikom czasowo nieszkodliwym

Zachodzi teraz pytanie, czy po zniszczeniu osłabionych laseczników ustrój jest uodporniony przeciw lasecznikom jadowitym? Aby na to odpowiedzieć, MARMOREK zastrzykiwał wewnątrzotrzewnie 1 — 2 ctm. sz. zaledwie mętnej zawiesiny z jadowitych laseczników; istotnie, po czterech tygodniach nie spostrzegano w tych warunkach żadnych zmian gruźliczych, a co najwyżej niewielkie zmiany w nakłuciu iniekcyjnym skóry brzucha. Aby uodpornienie było pewniejsze, równocześnie z osłabionymi lasecznikami zastrzykiwano podskórnie lub wewnątrzotrzewnie 4 — 5 ctm. sz. surowicy przeciwgruźliczej; dawało to znacznie częściej odporność zupełną, ale w większej seryi doświadczeń spostrzegano jednak dwa razy pewne zmiany gruźlicze po dwu miesiącach. Pozostaje bądź co bądź faktem niezbitym, że zapomocą szczepienia osłabionych laseczników i mianowicie w kombinacji z surowicą przeciwgruźliczą można nadać morskim świnkom niewątpliwą odporność, często nawet zupełną.

Sama surowica przeciwgruźlicza, zastosowana we właściwej dawce i właściwą drogą, może ustrzedz morskie świnki od gruźlicy, zaszczipionej nawet dootrzewnie; zgodnie z poprzedniemi badaniami MARMORKA, wykazującemi najwyższą ochronną względem gruźlicy siłę krwi żyłnej, przekonano się teraz, że najskuteczniej działa surowica zastrzyknięta dożylnie. W ten sposób ocenia się też siłę surowicy przeciwgruźliczej; za odpowiednią do leczniczego użytku uważa się taką surowicę, która, zastrzyknięta morskim świnkom wewnątrzżylnie w maksymalnej dawce 10 ctm. sz. bezpośrednio po zakażeniu, przynajmniej na cztery tygodnie zapobiega rozwojowi gruźlicy; i w tem doświadczeniu zakaża się zwierzę przez dootrzewne zastrzykiwanie  $\frac{1}{10}$  ctm. sz. zaledwie mętnej zawiesiny z młodych 2 — 4 dniowych hodowli o stałej jadowitości. Najtrudniej w takim doświadczeniu naturalnie ustalenie siły szczepionki, a zawiesina musi być w każdym razie przyrządzona tak starannie, aby laseczniki nie zbijały się nawet w mikroskopowe grudki, bo w takich grudkach najdłużej zachowują swoją żywotność; co się tyczy drugiego czynnika — wrażliwości zwierzęcia — to jest ona tak wielka, zwłaszcza przy zakażeniu wewnątrzotrzewnem, że można ją uważać za wielkość stałą. Jeżeli szczepionka była silniejsza, a surowica słabsza, lub też zastosowano ją w mniejszej dawce [2 — 4 ctm. sz.], gruźlica postępuje bądź co bądź znacznie wolniej, i po kilku tygodniach można znaleźć co najwyżej mały serowaty ropień w miejscu zastrzyknięcia i parę gruzełków w śledzionie; jeżeli szczepionka jest bardzo silna, to surowica nawet w wewnątrzżylnem zastrzyknięciu przestaje działać. Zawsze jednak w wewnątrzżylniej iniekcji surowica działa silniej niż nawet w zastrzyknięciu wewnątrzotrzewnem, a tembardziej wewnątrzotrzewnem i podskórnem; znać to szczególnie przy silniejszym zakażeniu. W wewnątrzżylnem zastrzyknięciu, w dawce 6 — 8 ctm. sz., surowica bezwarunkowo najczęściej zabezpiecza morską świnkę od gruźlicy zupełnie; jeżeli stosujemy surowicę innemi drogami, zwierzę po czterech tygodniach pozornego



zdrowia może jednak później uleść gruźlicy; dlatego w tych razach trzeba zastrzykiwać większą dawkę [8—10 ctm. sz.] albo mniejsze dawki [3—4 ctm. sz.] powtarzać po kilka razy z rzędu. Jednorazowe wstrzyknięcie nie wewnątrzżylnie i w dawce niedość wielkiej daje często odporność tylko efymeryczną. Mówiliśmy dotąd o działaniu surowicy stosowanej bezpośrednio po zakażeniu. Jeżeli surowicę w wystarczającej ilości zastrzyknąć wewnątrzżylnie nie później niż trzeciego dnia po zakażeniu, odporność będzie też zupełna; surowica stosowana innemi drogami po drugim dniu opóźnia tylko wyraźnie przebieg choroby.

Niezmiernie doniosłe doświadczenia MARMORKA, rozwiązujące w zasadzie kwestyę leczenia gruźlicy, dowodzą jednak najlepiej, jak przedczesnym byłby optymizm przy klinicznym stosowaniu surowicy przeciwgruźliczej; jeżeli bowiem już w doświadczeniu na zwierzętach trzeba się liczyć z tyloma warunkami, to przecież każdy przypadek ludzkiej gruźlicy jest zjawiskiem bez porównania bardziej złożonem, niż gruźlica, wywoływana doświadczalnie. Niezmiernie też trudno oceniać tu wyniki praktyczne wobec tak kapryśnego i nieprawidłowego przebiegu różnych postaci gruźlicy ludzkiej, w których nieoczekiwane samorzutne polepszenia są rzeczą zwykłą; przypadków lżejszych nie podobna było wobec tego zupełnie brać pod uwagę. W cięższych, wybitnie przewlekłych przypadkach trzeba było naturalnie powtarzać zastrzykiwania — jak zwykle podskórnie — bardzo często, ale tutaj napotymano wkrótce bardzo poważną przeszkodę we wzrastającej wrażliwości na własności toksyczne, od których nie może być wolną żadna surowica, zawierając obce ustrojowi białka; objawy tej „anafilaksyi” — objawy zapalne w miejscu zastrzyknięcia, wysypki ogólne, gorączka — odstraszały wielu lekarzy od dalszych doświadczeń z surowicą przeciwgruźliczą. Przekonano się jednak na zwierzętach, że te objawy anafilaksyi dochodzą najwyższego stopnia w ciągu trzech tygodni i równie też szybko znikają, jeżeli przerwać wstrzykiwania; na tej podstawie polecono zastrzykiwać surowicę co drugi dzień przez trzy tygodnie i robić potem 2—3-tygodniową przerwę. Jeszcze większym postępem było stosowanie surowicy przez odbytnicę [HOFFA i MANNHEIM, FREY], ponieważ w ten sposób unika się zupełnie objawów anafilaksyi; metoda ta ma wielkie zalety i zastępuje dziś coraz powszechniej zastrzykiwania podskórne. Co się tyczy tak skutecznych zastrzykiwań wewnątrzżylnych, MARMOREK sądzi, że możnaby je wypróbować bez najmniejszej obawy, np. w gruźlicy opon mózgowych; możliwość objawów anafilaktycznych nie jest tu wyłączona, to też poprzestawałoby się na 1—3-ch zastrzyknięciach, jak przy leczeniu dżumowego zapalenia płuc surowicą przeciwdżumową.

Dzięki tym udoskonalonym metodom można było wreszcie stosować surowicę przeciwgruźliczą na większą skalę, a obecnie liczba spostrzeżeń jest już tak znaczna, że można wyrobić sobie pewne pojęcie o jej praktycznym znaczeniu. Lekarze tak doświadczeni, jak HOFFA i SONNENBURG, uznają w zupełności skuteczność surowicy w gruźlicy chirurgicznej, a dodać należy, że pomiędzy 650-ma przeszło opisanymi przypadkami znajdujemy przeważnie uparte grzybowate sprawy z przetokami, rzadko kiedy świeżą gruźlicę. Daleko mniej można powiedzieć o znaczeniu surowicy przeciwgruźliczej w leczeniu suchot płucnych, bo większość spostrzeżeń pochodzi z tego czasu, gdy nie umiano jeszcze unikać tak niemiłych objawów anafilaktycznych; w każdym razie tylko na korzyść seroterapii przemawiają obserwacje pojedynczych przypadków, leczonych bez skutku różnymi innymi sposobami, a jeszcze bardziej wyniki osiągnięte w paru przypadkach o ostrym przebiegu, w jakich gruźlica nie ustępuje pod żadnym względem najcięższym ostrym zakażeniem,



Przy leczeniu suchot płucnych trzeba mieć zawsze na uwadze, że w późniejszych okresach jest to zakażenie mieszane, w którym dużą rolę odgrywają paciorkowce; dlatego też MARMOREK uodpornia teraz swe konie, dające surowicę przeciwgruźliczą, przeciw licznym [dotąd przeszło 400] szczepom paciorkowców, wyhodowanych z płwociny suchotników. Rzecz oczywista, że tylko przypadki leczone taką „podwójną surowicą” można brać w rachubę przy ocenie przeciworączkowego działania surowicy.

(Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 20).

J. R.

## 86. Jurasz. O leczeniu gruźlicy krtani. Wykład kliniczny.

Gruźlica krtani należy zdaniem J. do chorób bardzo poważnych, która jednak w odpowiednich warunkach i przy zastosowaniu odpowiednich środków jest uleczalna.

Za punkt wyjścia J. uważa ten fakt, iż gruźlica krtani jest prawie zawsze powikłaniem gruźlicy płuc i że stan płuc nie tylko decyduje o losie chorego, lecz wpływa również na przebieg cierpienia krtaniowego. Z tego względu należy przedewszystkiem leczyć sprawę płucną.

Co do sprawy krtaniowej, to pierwszym pytaniem, jakie J. sobie zadaje, jest to, jak temu powikłaniu suchot płucnych należy zapobiegać. Za jeden ze środków J. uważa wżewania alkaliczne i podawanie wewnętrzne leków wykrztuśnych, dzięki którym klejka i przylegająca płwocina rozpuszcza się i wydalą na zewnątrz, przeszkadzając w ten sposób lasecznikom Kocha'a przeniknąć do podrażnionej tkanki podśluzowej i wytworzyć ogniska gruźlicze. Następnie, zdaniem J., należy dążyć do zniszczenia lub osłabienia zjadliwości wydzielniczej płucnej przez zalecanie wżewiań dezynfekcyjnych, jak oto: balsamu per., terpentyny, mentolu, olejku eukaliptowego i t. d. Wreszcie należy dążyć do wzmocnienia krtani przez zalecanie pobytu na świeżem powietrzu, unikanie rozmowy i t. d.

Z góry jednak można być przekonanym, że niezawsze uda się zapobiedz powikłaniu krtaniowemu w suchotach płucnych, trzeba więc zwrócić należytą uwagę na leczenie tej sprawy.

Ogólne leczenie klimatyczno - higieniczne będzie takie samo, jak w suchotach płucnych. Przeciwwskazaniem jest jednak powietrze suche [szczególniej w miejscowościach Egiptu], natomiast bardzo zalecanem jest powietrze czyste i wilgotne, np. na Riwierze, [Nervi, Mentona], w Ajaccio, Arco, Gardone, Montreux.

W miejscowem leczeniu pierwszorzędną rzeczą jest spokój krtani: chory powinien zaniechać zupełnie głośnej rozmowy; w tym samym celu należy zwalczać kaszel i unikać wszelkich szkodliwych wpływów zewnętrznych, [dym, pył], które wywołują podrażnienie i zapalenie krtani. Wreszcie w dyecie zalecać trzeba unikania wszelkich pokarmów ostrych, twardych, które przy przełykaniu mogą drażnić i wywoływać zapalenie nagłośni.

Ze specjalnych środków stosuje się leki lub zabiegi operacyjne, zależnie od stopnia, postaci, umiejscowienia i rozległości sprawy.

W pierwszym stadium, kiedy zmiany ograniczone są do zgrubienia błony śluzowej, zmetnienia nabłonka lub ekskoryacji, zalecone jest powstrzymanie się od wszelkich energicznych interwencji. Ograniczyć się należy do inhalacji, o których była mowa przy zapobieganiu i do zasypywania proszkami antyseptycznymi: kwasem bornym, indolem, ortoformem i t. d. Przeciwwskazane są wszelkie *adstringentia*: *Argentum nitr.*, *Zincum*, alun, jak również wszelkie penzlowania kwasem mlecznym lub innymi antyseptykami.



Zasady powyższe zmieniają się, jeżeli nacieczenia stają się rozległe, pozostając jednak umiejscowionemi. Należy tu mieć na uwadze w pierwszej linii rozległe płaskie lub wyniosłe zgrubienia tylnej ściany krtani, które zwykle szybko ulegają rozpadowi, wytwarzając niebezpieczne ogniska i rozszerzają się na chrząstki nalewkowe i przylegające fałszywe i prawdziwe struny, jak również na więzy nagłośniowo-nalewkowe. W takich przypadkach najodpowiedniejszym środkiem jest usunięcie zgrubień<sup>1)</sup> z następczem penzlowaniem 30 — 40%<sup>o</sup>-ym kwasem mlecznym lub innymi łagodniejszymi środkami.

Cennym zabiegiem operacyjnym jest również galwanokaustyka z tego względu, iż operacja może być ściśle ograniczona do tej tylko tkanki, którą chce się usunąć i że dobrze jest znoszona przez chorych.

Mniejszą wartość posiada elektroliza, związana jest bowiem z wielu trudnościami technicznymi.

Wspomnieć jeszcze wypada o dobrych skutkach leczenia światłem słonecznym [laryngoskopowanie całemi godzinami przy pomocy światła słonecznego].

Na uwagę zasługuje również metoda BIER'a: opaska gumowa, obwiązana w ciągu pół godziny lub więcej dookoła szyi, zmniejsza znacznie nacieczenia.

Jeżeli zgrubienia przeszły już w stan rozpadu, to przedewszystkiem trzeba zamienić owrzodzenia septyczne na aseptyczne zapomocą zabiegu chirurgicznego, galwanokaustyki lub penzlowania środkami dezynfekcyjnymi: kwasem mlecznym, kreozotem i t. d. Tylko w ten sposób mogą powstać granulacje i zabliznienie owrzodzeń.

Zapalenie chrzęstnej nalewki (*aryperichondritis*) należy do spraw bardzo ciężkich i prowadzi najczęściej do ropienia i zgorzeli. W *perichondritis* nagłośni najskuteczniejszym zabiegiem jest usunięcie ogniska chorobnego.

Oprócz leczenia zasadniczego pozostaje jeszcze leczenie objawowe.

Do najcięższych objawów gruźlicy krtani należą bóle, które występują szczególnie przy przełykaniu. Jeżeli zmiany są jeszcze ograniczone, to najlepiej ogniska gruźlicze usunąć, np. w przypadku *perichondritis*. Przy rozległych zmianach można zastosować metodę BIER'a: już w pół godziny po założeniu na szyję opaski gumowej bóle ustają. Wreszcie mamy do rozporządzenia środki znieczulające lokalne w postaci pary do wdychania lub proszku do zasypywania; tu wymienić należy: morfinę, kokainę, anestetynę, adrenalinę i t. d.

W duszności, zależnej od zwężenia krtani wskutek nacieczeń i zapaleń chrzęstnej, krtani należy rozszerzać zapomocą nacięć, galwanokaustyki, a jeżeli to nie pomaga, to musi być dokonana tracheotomia.

Wreszcie w przypadkach rozpaczliwych, gdzie nie pomagają już żadna metoda, trzeba podawać wewnątrznie morfinę, która uspokaja bóle i czyni znośniejszymi chwile końcowe.

(*Deutsche med. Woch.* 1907, Nr. 27).

B. Dębiński.

---

<sup>1)</sup> JURASZ nie wspominał o tem, że autorem metody chirurgicznej leczenia gruźlicy krtani, której wartość on sam uznaje, jest dr TEODOR HEYNG.



## ODCINEK.

### Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego — sposoby ich usunięcia — reformy potrzebne.

Przemówienie na posiedzeniu w dniu 24-go lipca r. b. w Sekcyi Prasy Lekarskiej X go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie

Józefa Jaworskiego.

Już wydział prasy lekarskiej, powołując paru referentów do omówienia jednego i tego samego tematu, mianowicie przeszkód w rozwoju lekarskiego czasopiśmiennictwa polskiego i wskazania sposobów ich usunięcia przez zaprojektowanie reform potrzebnych, zróżniczkował, a właściwie wyznaczył im rolę.

Mnie zatem przypadło w udziale mówić o czasopiśmiennictwie lekarskiem w Królestwie Polskiem, ściślej rzeczy biorąc, o prasie lekarskiej w Warszawie. Uważam również za mój obowiązek poświęcić kilka uwag czasopismu poznańskiemu, jako wydawanemu w warunkach, acz odmiennych, niż nasze w Królestwie Polskiem, lecz pod pewnym względem — zbliżonych, podobnych.

Brak najwyższej uczelni krajowej w Królestwie Polskiem, jak i w Poznaniu, a tem samem brak wydziałów lekarskiego i przyrodniczego stwarza wyjątkowe warunki, które odbić się muszą znamienne, zaważyć ciężko na życiu naukowem, na działalności naukowej, a nawet praktycznej przedstawicieli każdej gałęzi wiedzy, jak w tym razie na lekarzach i przyrodnikach.

Każde czasopiśmiennictwo naukowe, a tem samem lekarskie tylko tam robić postępy, doskonalić się i wogóle prawidłowo rozwijać się może, gdzie znajduje źródło, podstawę i środki oraz warsztaty naukowe.

Tam tylko nauka krzewić się i budować może, gdzie posiada punkty oparcia, wokoło których gromadzą się rozliczne i indywidualne wysiłki pracowników.

Takim punktem oparcia, aczkolwiek nie jedynym i wyłącznym, jest wydział lekarski, wydział przyrodniczy Uniwersytetu z pracownikami, gabinetami, klinikami, które gromadzą uczonych i uczących się, apostołów i uczniów, przedstawicieli różnych szkół, kierunków i teorii, co razem wzięte, zespolone, tworzy życie naukowe.

Tego punktu oparcia nauka polska, zarówno w Warszawie od lat 40-u kilku, a w Poznaniu również, nie miała i po dziś dzień — niestety, niema.



Brak więc najwyższej uczelni krajowej, brak wydziałów lekarskiego i przyrodniczego, sprawia, że produkujemy w nauce naszej znacznie mniej i znacznie gorzej, niż nam nato nasze zasoby duchowe pozwalają.

Drugą przeszkodą w rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego jest brak środków materialnych.

Wydawnictwo peryodyczne, aby stało na wysokości zadania, wymaga dzisiaj dużych nakładów pieniężnych.

Obok kosztów na druk i papier, które u nas, ostatnimi czasy podniosły się przeszło o 25% w porównaniu z poprzednimi cenami, przychodzą drogie tablice, rysunki i t. p.

Nie zasobne instytucje naukowe, lub inne zajmują się u nas dostarczaniem funduszków na cele naszych wydawnictw peryodycznych, lecz ograniczone liczebnie grona lekarzy, a nawet pojedynczy lekarze.

Nasze czasopisma lekarskie, jeżeli nie w zupełności, to w znacznej mierze wychodzą dzięki ofiarności pieniężnej pewnych grup lekarskich.

Na tytułowej ich stronie, nie chcąc zadawać kłamu prawdzie, nie możemy napisać: pisma wydawane kosztem przedplacicieli, abonentów.

Drugą więc przeszkodą do rozwoju naszych czasopism jest oparcie ich egzystencji, bytu materialnego na ofiarności nielicznych grup lekarzy, lub pojedynczych osób.

Jako przyczyny braku środków materialnych na nasze wydawnictwa peryodyczne podnoszone bywają dwie okoliczności: nasamprzód, że jesteśmy nieliczni, t. j. że lekarzy Polaków wogóle jest mało; powtórę, że lekarze nasi są wogóle ubodzy.

Niezupełnie się zgadzam na oba te twierdzenia.

Jesteśmy nieliczni, bądźmy szczerzy, w tym wypadku, w tym razie tylko względną liczbą, innemi słowy—nieliczni co do prenumerowania czasopism naszych, a nawet czytania czasopism polskich, a co się nawet zdarza—i obcych.

Wyjątkowe warunki bytu politycznego u nas, w Królestwie, zatamowały u mniej odpornych ruch umysłowy, dążenia ideowe co do naukowości.

W rzędzie przyczyn niekorzystnego stanu ekonomicznego niektórych lekarzy naszych, wprawdzie niezawsze, lecz może częściej, niż się to pozornie wydaje, bywa pewne zaniedbanie się fachowe, pewne nieprzygotowanie się do wykonawstwa leczniczego.

Stan i rozwój obecny, coraz większy, wiedzy lekarskiej wogóle, a w szczególności popularyzacja szeroka jej zasad wśród ogółu, uświadamianie publiczności przez prasę i wydawnictwa dostępne o wynikach leczniczych, zastosowaniu pewnych środków, metod, przyrządów lekarskich, sprawiają, że lekarz obecny, który nie śledzi postępów umiejętności i wykonawstwa lekarskiego, dla którego obcemi bywają już ustalone wyniki lecznicze, traci u chorych, u otoczenia na powadze, na zaufaniu, a co zatem idzie i na praktyce, na dochodach, stan więc ekonomiczny lekarzy w dużej mierze, obok innych czynników, związany bywa z ich stopniem wykształcenia, z ich uzdolnieniem praktycznym.

Lekarz praktykujący w mojem pojęciu nie może zostawić na boku tego, co nazywamy nauką, nie może poprzestać na własnem doświadczeniu, jak również obracać się w ciasnem kółku zebranych kiedyś w szkole wiadomości i pojęć, ale powinien ciągle się kształcić, ciągle postępować, pozostawać



stać na równi z nauką. Czasopismo lekarskie musi więc, powinno być, nawet dla najbliższego kolegi potrzebą konieczną, nieodzowną, chlebem powszednim.

Oprócz tych przeszkód istotnych w rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego, jakimi są brak wydziału lekarskiego, brak środków materialnych na wydawnictwa, oraz przeszkód pozornych, t. j. małej liczby naszych lekarzy i ich ubóstwa, istnieją także przeszkody, w postaci różnych braków, jakimi czasopisma nasze się odznaczają.

Na wstępie powiem, że braki naszych czasopism lekarskich warunkowane są głównie, przeważnie, wyżej wymienionymi przeszkodami, są ich wynikiem. Jak te wadliwości, braki te wyglądają w programie, w układzie, treści i w wykonaniu zapowiedzi, okaże się, chociażby z najogólniejszej charakterystyki tych czasopism, opartej na zwrotnym przeglądzie ich treści za ostatnie 10-lecie.

„Gazeta Lekarska“, najstarsze u nas w Warszawie pismo, oparte na zasadzie zrzeszenia się kilkudziesięciu lekarzy, postawiła sobie jako główne zadanie podniesienie całego poziomu nauki lekarskiej w kraju do tej wysokości, na jakiej się ona znajduje na Zachodzie.

Cel ten osiąga „Gazeta Lekarska“ przez zachęcanie odpowiednio przygotowanych osób do istotnej naukowej pracy, t. j. do ściśle naukowego badania, lub spostrzegania i do krytycznego porównywania ze spostrzeżeniami innych autorów w naukowo zestawionych opracowaniach.

Pracom więc oryginalnym, o ile odpowiadają wymienionym warunkom, „Gazeta Lekarska“ daje bezwzględne pierwszeństwo przed innymi działami.

Układ „Gazety Lekarskiej“ polega na zamieszczeniu przynajmniej 2-ech, a najczęściej 3-ich prac oryginalnych; na dziale sprawozdawczym z literatury zagranicznej, prawie wyłącznie peryodycznej, a nader rzadko książkowej. Dział ten nierównomierny co do rozmiarów i treści, nosi najczęściej cechy pewnej przypadkowości. Co pewien czas ukazujący się dział „notatek lekarskich“, zawierający krótkie pojedyncze, spostrzeżenia z praktyki. Sprawozdania z ruchu naukowego, wyłącznie Warsz. Towarzystwa Lekarskiego, w nierównych odstępach czasu pomieszczone. Wiadomości terapeutyczne, obok potrzeb praktycznych zawsze z uwzględnieniem strony naukowej. Sprawom zawodowym, społeczno-lekarskim, właściwie w najnowszych czasach „Gaz. Lek.“ częściej i więcej miejsca używa.

Z zapoczątkowania „Gazety Lekarskiej“, jej staraniem i nakładem już przed laty rozpoczęte zostało i pomyślnie się wciągu dalszym rozwija „Wydawnictwo dzieł lekarskich“, podręczników z zakresu różnych specjalności, bądź tłómaczonych, bądź oryginalnych. Niektóre z podręczników oryginalnych doczekały się powtórnych wydań i przekładu na obce języki. Niezależnie od powyższego, przy „Gazecie Lekarskiej“ istnieje, podjęte przez nią, znane wydawnictwo „Odczytów Klinicznych“, zasilane zarówno przez autorów polskich, jak i przekładami z piśmiennictwa obcego.

Wogóle, ta strona programu i zadań czasopism naszych, jako nieobjęta tematem powierzonym mi przez Sekcyę Prasy Lekarskiej do opracowania, nie może być szerzej w tem miejscu roztrząsana, tem bardziej, iż w programie prac Sekcyi naszej znajdzie się osobny referat „O podręcznikach lekarskich“.

„Medycyna“, drugi tygodnik zorganizowany i prowadzony kolegiatnie na zasadach zrzeszenia się pewnej grupy lekarzy. W programie wypisane ma uwzględnianie głównie „potrzeb lekarzy praktyków“. W tym celu oprócz artykułów oryginalnych w każdym numerze, podaje krótkie, zwięzłe spostrzeżenia z praktyki, nie ograniczając autorów wymogami, co do opraco-



wania źródłowo - krytycznego. Rubryka ta zachęcała wielu lekarzy, głównie prowincjonalnych, do spisywania spostrzeżeń swych, mających czasami istotną wartość praktyczną. Tym sposobem wprost wytworzył się nowy zastęp piszących. Dział wiadomości terapeutycznych podawany bywa w sposób krótki, suchy, czasami w formie recept.

Referaty z piśmiennictwa zagranicznego najczęściej pojedyncze, rzadko zbiorowe, sprawozdania z Warsz. Tow. Lek., sprawozdania z różnych sekcji, a głównie z wydziału Hygieny ludowej Warsz. Tow. Hygienicznego, te ostatnie starannie notowane; sprawy szpitalne, kwestya ordynatur, pewne sprawy społeczno - lekarskie i zawodowe w umiejętnie, do niedawna kreślonych kronikach tygodniowych, wypełniają program i zadania „Medycyny”.

„Kronika Lekarska”, dwutygodnik, wydawany przez pojedyncze osoby, ma w programie głównie referaty z prasy lekarskiej zagranicznej. Podaje także artykuły oryginalne. Różnemi czasy „Kronika Lekarska” drukowała dobrze opracowane monografie z zakresu medycyny wewnętrznej i różnych działów chirurgii. Dział referatów, pomimo, że „Kronika” jest głównie pismem referatowym, posiada te same braki i wady, co w dwu poprzednich czasopismach. Pismo to pierwsze wprowadziło i najwięcej miejsca poświęca, może z uszczerbkiem innych działów, sprawom społeczno-lekarskim, interesom stanu lekarskiego. Inicytywie i propagandzie „Kroniki Lekarskiej” zawdzięczają powstanie, lub rozwój, takie instytucje, jak np. Pogotowie Ratunkowe w Warszawie i w innych miastach, Kasa Pożyczkowo-Oszczędnościowa Lekarzy. Krytyka projektu pomocy lekarskiej w gub. Płockiej, zamieszczona w „Kronice Lekarskiej”, weszła w swoim czasie do memoriału rządowego i powstrzymała rozszerzenie tej instytucji biurokratycznej na cały kraj. Za krytykę antypolskich wystąpień ściągnęła „Kronika Lekarska” na siebie proces prasowy i karę.

Przy „Kronice Lekarskiej” podjęto przed paru laty pożyteczne wydawnictwo tłumaczeń podręczników lekarskich.

„Nowiny Lekarskie” uważam za najlepiej pod względem referatów, z pośród czasopism naszych, redagowane. W nich bywają stałe także referaty ze wszystkich prac polskich. Tylko względem prac w „Gazecie Lekarskiej”, „Nowiny Lekarskie” do niedawna stosowały „exterytoryalność”.

Staranność w układzie treści i dbałość o czystość języka wyróżniają to czasopismo bardzo korzystnie.

„Czasopismo Lekarskie” wychodzące w Łodzi, przez liczne, a zwięzłe, streszczenia ze wszystkich działów medycyny, przez ogłaszanie krótkich spostrzeżeń kazuistycznych, przez dużą liczbę wiadomości ze spraw medycyny publicznej, zawodowych, obok wogóle swej żywotności i wskutek bajecznej taniości, zmusza nawet najoporniejszych kolegów do zainteresowania się naszą nauką, interesami stanu naszego.

„Czasopismo Lekarskie” trafiło i przedostało się nawet do tych gabinetów lekarskich, w których przedtem żadne pismo lekarskie nie znajdowało posłuchu. Zwalcza ono u nas skutecznie i umiejętnie analfabetyzm lekarski.

„Pamiętnik Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego” jest pismem archiwalnym, pomieszczającym nieraz bardzo cenne prace, przeważnie doświadczalne, wymagające bardzo dużego nakładu trudu, a czasami i pieniędzy, a także materiały do historii medycyny i instytucji lekarskich w Polsce. Nader cenny „Przegląd piśmiennictwa polskiego”, sprawozdania z posiedzeń w Warsz. Towarzystwie Lekarskiem, drukowane w „Pamiętniku” odzwierciedlają cały ruch naukowy lekarski w Polsce, a także w tej instytucji.



„Przegląd chorób skórnych i wenerycznych“, wydawany wykwiennie co do formy, a wyczerpująco, co do treści, odnośnie działu referatów, zamieszcza także prace oryginalne z zakresu specjalności, jakie reprezentuje.

„Krytyka Lekarska“ nakreśliła sobie program: rozbierać i rozważać zasadnicze, ogólne pojęcia naukowe, przedstawiać historię poglądów i metod, przedstawiać całą działalność wybitniejszych uczonych i lekarzy, wykazywać z całą względnością braki i wady dzieł i artykułów naukowych. Program ten pismo to w miarę szczupłego zastępu u nas w tym właśnie zakresie piszących, mniej lub więcej pomyślnie wypełnia.

Wnikając jeszcze bliżej w treść i układ scharakteryzowanych czasopism, możnaby zszeregować najczęściej podnoszone braki ich, w następujący sposób:

1) Prace oryginalne bywają za specjalne, za obszerne, bywa ich za dużo z jednego i tego samego działu; bywają wadliwie rozmieszczane w istniejących czasopismach.

1) Pośród prac oryginalnych mało jest pisanych „z praktyki dla praktyki“.

3) Referaty z prac w innych językach ogłaszanych, wcale nie dają całego obrazu postępów medycyny, najczęściej cechuje je bezplanowość, dorywczowość, przypadkowość.

4) Brak sprawozdań w czasopismach warszawskich z ruchu naukowego w zagranicznych Towarzystwach Lekarskich, ze Zjazdów Lekarskich.

5) Pewne czasopisma nasze mało uwzględniają sprawy zawodowe i społeczno-lekarskie.

Co do I-go. Istotnie, pewne prace, albo przez swą obszerność, albo przez swą specjalność stanowią stronę niedogodną dla tygodnika lub dwutygodnika.

Od wadliwości tej jednak nie są wolne i dobrze zorganizowane czasopisma zagraniczne, chociaż dla prac takich są tam przeznaczone osobne wydawnictwa równie poczytne, jak tygodniki lekarskie. U nas prace takie znaleźćby mogły miejsce w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego“, gdyby ich autorzy mieli pewność, że w nagrodę za swą bardzo nieraz mozolną pracę, przynajmniej będą czytani, „Pamiętnik“ jednak, pomimo, że oddawany jest prawie darmo — 3 ruble rocznie za 60 arkuszy druku — miewa przeciętnie nieco więcej niż 150 przedpłaćcieli.

Następnie, skupienie większe w danym okresie czasu prac z pewnej specjalności usprawiedliwia się gorliwością danej grupy specjalistów, wreszcie, nie wszystkie działy w piśmie jednakowo są ważne dla każdego lekarza, lecz pismo redagowane i wydawane jest dla wszystkich lekarzy wogóle.

Co II-go, bardzo rozpowszechnionego zarzutu uważam, iż jest on zasadniczo niesłuszny, a konkretnie nie znajduje podstawy, ponieważ drobne artykuły z praktyki spotykamy we wszystkich czasopismach naszych.

Zarzut jest niesłuszny, bo teoria i praktyka w medycynie nie dają się rozłączyć, a tem bardziej nie wyłączają się wzajemnie: jedna bez drugiej niejako istnieć nie może, obie dążą do jednego celu.

Ządać dosłownie pisania „z praktyki dla praktyki“, znaczy obniżyć poziom wykształcenia czytelnika; można natomiast wymagać, aby artykuły pisane były naukowo, ale w sposób jasny, przystępny, aby ułatwić tem samem pracę czytającemu.

Nareszcie, prace oryginalne, oparte na samodzielnych badaniach, lub spostrzeżeniach, opatrzone rozbiorem odnośnego piśmiennictwa i krytycznym poglądem zachęcają do naśladownictwa, służą za najlepszy środek pedago-



giczny, dla wskazania metody pracy, dla nauczania sposobów badania i krytycznego zapatrywania się na wyniki.

Prace takie poniekąd zastępują kliniki, pracownie, bo uczą jak trzeba badać, jak zastawiać krytycznie spostrzeżenia i wyprowadzać pewne wnioski.

Z powodu braku u nas uniwersytetu, wydziału lekarskiego i przyrodniczego, kierunek pism, które dają bezwzględne pierwszeństwo takim właśnie pracom, musi być wprost, powiedziałbym, kultuwowany.

Co do III i IV-go punktów, to wobec tego, że sprawy społeczno-lekarskie i zawodowe, obecnie, w ostatnich dwu latach, coraz częściej, i coraz obszerniej, zostają w czasopismach naszych uwzględniane, zarzutów nie rozpatruję. Pozostaje zatem do omówienia kwestya referatów.

Kwestya odpowiednich, szczególnie zbiorowych referatów, zdaniem mojem, jest kwestyą środków pieniężnych danego czasopisma.

Do „odpowiedniego robienia referatów“ trzeba zjednać właściwą liczbę uzdolnionych i znających gruntownie swój przedmiot pracowników ponieważ zestawienie treściwych i dokładnych wyciągów z prac naukowych jest rzeczą trudną i zmusną, do tego potrzeba zupełnej i dokładnej znajomości przedmiotu, wprawy i wielkiej zręczności w pisaniu, jasności stylu przy wielkiej zwięzłości.

Sucha ta, wymagająca dużej cierpliwości i wytrwałości sprawozdawcy robota nie przynosi mu prawie żadnej korzyści: prócz tego przeświadczenia, że poświęcił czas dla dobra czytelników.

Potrzebne reformy i sposoby asuwania przeszkód same się niejako nastęrczają z tego, co powyżej powiedziałem.

Nie projektuję zamknięcia tego lub owego pisma, lub zlania się jednego tygodnika z drugim. Uważam, iż nie mam do tego prawa, a i z zasady przeciwny jestem, szczególnie u nas, w Królestwie Polskiem, a w Poznanskiem także ze względu na znaczenie narodowe placówki, jakie tamtejsze czasopismo od grywa, zwijaniu czasopism, lub zbytniej ich koncentracji.

Usiłowania oddzielnych grup ludzi rodzą pożądany ruch, stwarzają chwalebne współzawodnicwo, aczkolwiek, czasami nie bez stron ujemnych, lecz prawie zawsze z dodatnim w pewnym stopniu zakresie wynikiem.

Co najważniejsza, u nas przy braku wydziału lekarskiego każde czasopismo lekarskie mniej lub więcej jest jednym z tych punktów oparcia, o których mówiłem na wstępie.

Ono gromadzi do wspólnego ogniska rozpierzchle objawy pomysłów i usiłowań indywidualnych.

Ono stanowi audytoryum, gdzie wykładać i uczyć mogą starsi, stanowi arenę popisu i współzawodnictwa dla młodszych.

\*

\*

\*

W końcu stawiam dwa wnioski, więcej ideowe, niż praktyczne:

Wniosek I: W interesie czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego wypada obecnie dążyć do rozumnego ograniczenia liczebnego wydawnictw peryodycznych, abyśmy zdobyć się mogli na *maximum* energii,



potrzebnej do odpowiedniego, właściwego wykonania zadań, stawianych przez współczesne wymogi nauki naszej i życia.

Wniosek II: Uczestnicy X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie, jako przedstawiciele potrzeb i interesów nauki polskiej, wyrażają zdanie, że brak najwyższej Uczelni Narodowej w Warszawie, brak wydziałów lekarskiego i przyrodniczego jest wielką przeszkodą do rozwoju nauki wogóle, a nauk lekarskich i przyrodniczych w szczególności.

*Przypisek autora.* Drugą część wniosku, tutaj nie podaną, w której mowa o krzywdach, z powodu tego braku wynikających, ze względów natury ogólnej cofnąłem, a wniosek ten z tych samych względów nie był przedstawiony do uchwały ogólnego zebrania.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Jak się dowiadujemy, Rada Miejska Dobroczynności Publicznej postanowiła uczynić zadość jednej z bardzo pilnych potrzeb szpitali naszych przez obmyślenie sposobu dostarczania szpitalom odpowiednio przygotowanego personelu, którego zadaniem ma być pielęgnowanie chorych.

Stało się to zapewne pod wpływem jednobrzmiących żądań, jakie na wiosnę r. b. wyraziły obrady ordynatorów szpitalnych przy omawianiu sprawy przekształcenia szkoły felczerskiej.

W celu wymienionym mianowana została komisya pod przewodnictwem inspektora szpitali warszawskich, p. Trojckiego, aby rozpatrzyć sprawę urządzenia przy szpitalach szkoły specjalnej do przygotowania niższego typu służby lekarskiej i określenia programu zajęć w tej szkole.

Wszyscy, co znają warunki życia na salach naszych szpitali, projekt ten spotkają z żywym zadowoleniem i uznaniem. Wiadomo bowiem, że dotąd bardzo ważne zadanie pielęgnowania chorych nie bywa tu spełniane wcale albo nienależycie, a to z braku odpowiedniej służby. Siostry miłosierdzia, jedna na 25 — 30 chorych, obarczone licznymi innymi czynnościami, stają się tylko przygodnie pielęgniarkami, specjalnego przygotowania nie posiadają. Zadanie to spada dziś głównie na służbę niższą, za mało liczną nawet dla zajęć gospodarskich, nieprzygotowaną i niezdolną do spełniania tego obowiązku, wymagającego wyższej kultury i wyszkolenia odpowiedniego.

To też pielęgnowanie chorych szpitalnych redukuje się dziś do podawania lekarstw z jednej strony i do przynoszenia kubła — z drugiej.



Za granicą obecnie już nie znajdziemy zapewne szpitala, w którymby nie funkcyjowały od dawna liczne, odpowiednio przygotowane *nurses, gardes malades, Krankenschwärtler*.

Mnogie szkoły i stowarzyszenia zajmują się tam przygotowaniem takich osób z podwójnym pożytkiem dla społeczeństwa, bo dają szpitalom możliwość odpowiedniego pielęgnowania chorych, a z drugiej strony dostarczają sposobności godziwego zarobku dużej liczbie osób, zwłaszcza kobietom, ze sfer, w których o taki może najtrudniej.

Sprawa pielęgniarstwa na Zachodzie, zapoczątkowana w Anglii przed 50-u laty i dziś będąca tam w stanie kwitnącym, u nas dziś dopiero wchodzi na porządek dzienny. Potrzeba instytucji odczuwana była jednak wśród naszego społeczeństwa już dawno. Za dowód służyć mogą usiłowania osób prywatnych w celu przygotowania pielęgniarek prywatnych, wymownie też o tem świadczą słowa Komisji profesorów Szkoły Głównej, wyrzeczone w r. 1864 przy rozpatrywaniu felczeryzmu:

„Potrzebna jest instytucja ludzi ze skromniejszym przeznaczeniem, ale nie-równie odpowiedzialniejszym potrzebom społeczeństwa.

Głównem ich zadaniem ma być posługa około chorych pod okiem samych rodzin lub lekarzy, bez najmniejszej możności inicjatywy w sprawie leczenia... Sposób ich kształcenia określa osobna instrukcja”.

Przeszło 40 lat upłynęło od tej chwili i wreszcie tworzy się Komisja, mająca się zająć sporządzeniem „instrukcji”.

Ale, o ironio rzeczy i stosunków! Owo źródło inicjatywy wznowionej ma niebawem bić przestać — boć wszakże Rada Miejska Dobroczynności Publicznej nie będzie już istnieć za kilka tygodni. Projekt jej może znów pójść w odwłokę!

O.

— Laboratorium górskie na Monte Rosa, wybudowane staraniem fizyologa z Turynu Mosso'a, otwarte zostało d. 23-go z. m.

— Na wniosek centralnego Komitetu niemieckiego badania raka utworzony został Komitet rosyjski, który wyłonił Komisję, składającą się z prof. Podwysoc-KIEGO, prof. SIROTININA i dra TROJANOWA. U nas, jak wiadomo, istnieje Komitet do badania raka przy Towarzystwie Hygienicznym pod przewodnictwem dra M. REJCH-MANA.

— W Paryżu zaczął wychodzić nowy miesięcznik chirurgiczny p. t. „Archives générales de chirurgie” pod redakcją O. LANNELONGUE'a, le DENTU, NOVÉ-JOSEPHAND'a, L. PICOQUÉ i P. MAUCLAIRE'a. Prenumerata półroczna wynosi 13 fr.

---

Do dzisiejszego numeru dołącza się prospekt p. t. „Dom zdrowia” dra OLE-CHNOWICZA.

---

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

---

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8.



## Salit

Płynny związek salicylowy. Tani, szybko działający środek do wcierania we wszelkiego rodzaju chorobach pochodzenia gościcowego. Skóra znosi go dobrze nawet w stnie nierozcieńczonym. Nie posiada działania ubocznego na narządy wewnętrzne.

## Duotal

Duotal „Heyden“ przetwór gwajakolu nie trujący, bez smaku i zapachu. Doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

## Novargan

Rozpuszczalny białkan srebra. Stosuje się w rzeżące, zwłaszcza w okresach ostrych. Nie wywiera działania żrącego na błony śluzowe i znosi się dobrze w rozcżynach stężonych.

Próby i literaturę dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel

Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
ELBERFELD.

# Tannigen

## Tannigen

Antidiarrhoicum

Działa szybko w chronicznym i ostrym katarze  
kiszek Enteritis specjalnie u dzieci.

Bez smaku nie szkodliwy

nie wpływający ujemnie na apetyt

Dawka: 0,25 — 0,5 — 1,0 g. 4 — 6 razy dziennie zażywać.

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

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





# PURGEN

NOWY IDEALNY ŚRODEK  
— PRZECZYSZCZAJĄCY —

Opatentowany

dla dorosłych, dla dzieci,  
dla obłożnie chorych.

**Smaczny. Łagodny.  
Niezawodny.**

W „Anales del Circulo Medico“, Buenos-Aires  
Lipiec, 1904, ogłasza znany profesor D-r Ro-  
berto Wernicke wyniki swych badań w „Hospi-  
tal de Clinicas“ względem naszego prepa-  
ratu „Purgen“, stosowanego u 50 cho-  
rych. Autor uznaje nasz prepa-  
rat 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.*

U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łago-  
dne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie Pur-  
gen'em i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgo-  
ła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem środek  
ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego łagodnego środka  
przeczyszczającego.

*D-r Antonio Maggiorani.*

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.