

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. F. BIAŁOKUR. Objawy choroby Basedow'a, jako oznaka zakażenia gruźliczego, i znaczenie ich w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy płuc. Str. 1261. II. BR. KARBOWSKI. Długotrwałe znieczulenie krtani w gruźlicy podług metody R. HOFFMANA. Str. 1265. *Streszczenie zbiorowe.* A. PUŁAWSKI. Przegląd najnowszego piśmiennictwa choroby Basedow'a. Str. 1268. *Dział sprawozdawczy.* 162. BABIŃSKI J. Odwrócenie odruchu szprychowego (Inversion du reflexe du radius) Str. 1275.—163. JOHN LOVETT MORSE. BRUZIŃSKIEGO objaw karkowy i odruch drugostrony w zapaleniu opon. Str. 1276.—164. R. KRÖMER. O występowaniu zapalenia gardła przy stosowaniu przetworów tuberkulinowych. Str. 1276. *Odcinek.* MARYA KONARZEWSKA. Słów kilka o opsoninach i terapii wakcyjnej. Str. 1877. *Wiadomości bieżące.* Str. 1282. Od Wydawcy. *Ogłoszenia.*

I. Objawy choroby Basedow'a, jako oznaka zakażenia gruźliczego, i znaczenie ich w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy płuc.

Podał

F. Białokur,

dyrektor sanatorium Cz. Krzyża w Jałcie.

Już przed kilku laty zauważyłem osobliwy wpływ powiększenia tarczycy na sprawę gruźliczą w płucach i to właśnie będzie przedmiotem pracy niniejszej.

Tętno przyspieszone w gruźlicy płuc jest zjawiskiem charakterystycznym i bardzo częstym, zwłaszcza, jeżeli gruźlica przebiega przy podniesionej cieplocie. Wtedy to przyspieszenie tętna objaśnia się gorączką.

Lecz nierzadko przyspieszenie tętna można spostrzegać i niezależnie od gorączki, przytem u osób młodych w początkowym okresie choroby; wtedy objaw ten bywa zwiastunem rozpoczynającej się lub skrycie przebiegającej gruźlicy płuc.

Początkowo tętno bywa łatwo pobudliwym, mianowicie: po jedzeniu, po zmęczeniu fizycznym, po wzruszeniach nerwowych bywa bardzo przyspieszone, ale w stanie spokoju znów przychodzi do normy. Przytem tętno jest miękkie, nienapełnione, słabe, a czasami—drżące. W dalszych okresach choroby tętno i w stanie spokoju bywa przyspieszone, a przyspieszenie to wzrasta przy każdym wzruszeniu.

Takiemu tętnu odpowiada również słaba czynność serca, to jest uderzenie serca nie jest rozlane, tony są słabe, a czasami podobne do wahadłowych. Ale niezawsze tak bywa. Czasami przyspieszona czynność serca u chorych gruźliczych wzmagą się do tego stopnia, że uderzenie serca robi się rozlanem, granice serca powiększają się znacznie, tony przybierają odcień dźwięczny; słychać wyraźnie dźwięczne zamykanie się zastawek, domieszki szmerów skurezowych u podstawy i wierzchołka; widać pulsacyę tętnic szyjnych. Tętno często nie odpowiada akcyi serca, a mianowicie: przy takiej gwałtownej działalności serca tętno jest małe i miękkie. Chorzy uczuwają silne bicie serca, są przygnębieni, denerwują się bez powodu, znajdują się pod wpływem jakiegoś panicznego strachu, od czasu do czasu głęboko wzdychają, lub też zjawia się u nich formalna duszność; w oczach ich stale maluje się przestrasch.

Ponieważ taka przyspieszona i wzmożona działalność serca jest bardzo charakterystyczna dla tak zwanej choroby BASEDOW'a, to już od dawna zacząłem zwracać w takich razach uwagę na stan tarczycy i bardzo często znajdowałem tarczycę, chociaż nieznacznie, powiększoną, przynajmniej na dotyk.

Naprzykład w r. 1908 na 337 spostrzeganych przeze mnie sanatoryjnych i ambulatoryjnych chorych na gruźlicę, u 27-u było bicie serca z odcieniem choroby BASEDOW'a, i u nich właśnie stwierdziłem mniej lub więcej powiększoną tarczycę. Normalna tarczyca jest do tego stopnia miękka, że wyczuć się nie daje. Tarczyca, powiększona mniej więcej dwa razy, początkowo wyczuwa się z trudnością, ale z czasem staje się coraz twardszą, i wtedy wyczuć ją łatwiej, lecz wzrokiem dobrać się jej nie można. Dopiero gdy tarczyca powiększy się więcej, niż dwa razy, rozpoznanie jej staje się względnie łatwym i niewątpliwym, ale i wtedy potrzeba bardzo starannego badania.

Bardzo często w praktyce powiększenie jednego płata tarczycy do wielkości małego, lub nawet dużego orzecha włoskiego przechodzi niepostrzeżenie, chociaż i takie powiększenie zmienia kontury szyi.

Jeżeli dotąd nie zwrócono należytej uwagi na oznaki choroby BASEDOW'a w gruźlicy płuc, to właśnie dlatego, że tej ostatniej chorobie właściwemi są nie znaczne powiększenia tarczycy (*formes frustes*), których nader łatwo można nie zauważyć; jeżeli nie zwrócić uwagi na charakter działalności serca, to tachykardyę można objaśniać zakażeniem gruźliczem, które samo przez się wywołuje przyspieszenie działalności serca.

Dalej, gruźlicy płucnej właściwą jest niestałość wielkości tarczycy: dziś może być ona wielkości jaja kurzego, a jutro ledwie da się wymacać. Wiadomo, że gruźlica płuc przebiega zwykle wśród powiększenia gruczołów w oskrzelowych i tchawicowych. Na tej właśnie podstawie wielu autorów, zwłaszcza francuskich, zbudowało teorię, że tachykardia w gruźlicy płucnej zależy właśnie od tych powiększonych gruczołów, które uciskają na nerw błędny i tym sposobem wywołują przyspieszenie tętna [BECKER, RILLIET i BARTHEZ, GUENEAU de MUSSY, PRÖBSTING, PELIZAEUS, RIEGEL, MAIXNER, GUTTMAN].

Jeżeli ucisk na nerw błędny wywołuje podrażnienie, to powinniśmy, jak słusznie zauważył CORNET, spostrzegać raczej zwolnienie, niż przyspie-

szenie tętna; w rzeczywistości jednak zwolnienie tętna w gruźlicy płucnej zdarza się tylko w razach wyjątkowych.

A więc przyspieszenia tętna w gruźlicy płucnej nie można we wszystkich przypadkach objaśniać uciskiem gruczołów oskrzelowo - tchawicowych na nerw błędny, ponieważ ucisk ten niezawsze bywa jednakowy: ucisk, który niszczy ciągłość nerwu błędnego, może wywołać przyspieszenie tętna, ucisk zaś słabszy [co niewątpliwie zdarza się częściej] powinien wywołać zwolnienie tętna.

MARFAN objaśnia przyspieszenie działalności serca w gruźlicy ogólnem zwężeniem światła dróg płucnych, co, według prawa MOREY'a, (oddychanie przez wąską rurkę) wywołuje zmniejszenie oddechu i przyspieszenie akcji serca.

Niektórzy znów skłonni są widzieć przyczynę przyspieszonej działalności serca w gruźlicy płucnej w zapaleniu nerwu błędnego [PITRES, VAILLARD, VIERORDT].

Inni nakoniec objaśniają przyspieszoną czynność serca w gruźlicy obniżeniem ciśnienia krwi w zależności od depresyjnego działania toksyn gruźliczych.

Przyspieszonej działalności serca w gruźlicy płucnej odpowiada też jej osłabienie [zanik mięśnia sercowego wobec ogólnego upadku odżywienia].

Wyżej wzmiankowanym przyspieszeniom działalności serca towarzyszy zawsze osłabienie jego akcji i tętno miękkie.

Ja zaś mam stale na widoku silną działalność serca i często odpowiednie takiej działalności twarde, skaczące tętno, co już nie da się objaśnić dopiero co przytoczonymi faktami.

Taka akcja serca należy już do oznak, właściwych chorobie BASEDOW'a i dlatego należy poszukiwać jej przyczyny we wzmożonej działalności tarczycy.

Dla ilustracyi przytoczę tu tylko 10 krótkich historii chorób — przypadków gruźlicy płucnej, powikłanych objawami choroby BASEDOW'a jednakowego typu — od lżejszych do ciężkich.

1) M. A. z Rygi, lat 27, zamężna, dzieci nie miała; miesiączkowanie bolesne. Chora kaszle od dwu lat, gorączka, t. 38°, poty, brak łaknienia, bole w piersiach. Męczące bicie serca.

Status praesens. Stępienie w prawym szczycie. Tamże dużo rzężeń wilgotnych. W płwocinie laseczniki KOCHA. Tarczyca powiększona do wielkości orzecha włoskiego [czego ani chora, ani nikt dotąd nie zauważył], mianowicie w średnim płacie; ruchoma przy polykaniu; przy ucisku na tarczycę zjawia się suchy kaszel. Bicie serca [130], drżenie, nieznaczny wytrzeszcz, łatwe pocenie się, skłonność do rozwolnień. Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. Tętno wzmocnione z odcieniem metalicznym. U podstawy serca szmer skurczowy. Pulsacja tętnic szyjnych. Chora bardzo rozdrażniona.

Leczenie. Po zastosowaniu żelaza, arseniku i po pięciokrotnem naswietlaniu tarczycy promieniami ROENTGEN'a [co 10 dni po 5 minut], ciepłota spadła do normy; tętno 80. Rozdrażnienie zmniejszyło się znacznie. Wole

zmniejszyło się o połowę. Stan płuc poprawił się o tyle, że rżenia i plwocina znikły zupełnie. Leczenia sanatoryjne.

2) G. O. z Kijowa, lat 20, kawaler. Przed laty 14-u zaczął kaszlać, plwocina była zabarwiona na różowo i znaleziono w niej laseczniki КОЧА. Przed rokiem zaczęło się męczące bicie serca.

Status praesens. W płucach wielkie zmiany (jamy). Tarczycza nieco powiększona z prawej strony (nikt tego dotąd nie zauważył). Bicie serca bardzo męczące (100—110). Drżenie; nieznaczny wytrzeszcz. Skłonność do potów. Żołądek regularny.

Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. Tony wzmocnione i dźwięczne. Na tętnicy płucnej po chodzeniu 2-gi ton nie czysty. Objawy historyczne. Dermografia.

Leczenie. Po dwu naświetlaniach tarczycy promieniami ROENTGEN'a stan ogólny poprawił się nieco. Tętno stało się nieco rzadszem. Tony serca znacznie słabsze.

3) U. z Kazania, lat 48. Dzieci 12; *climacterium*. Przed 3-ma laty chora zaczęła kaszlać, gorączkować; zjawily się bole w piersiach, poty, brak apetytu i znaczne osłabienie. Przed rokiem *pleuritis exs. dex.* Jednocześnie zjawily się męczące bicia serca.

Status praesens. Prawe ramię opuszczone. W prawym szczycie stępienie, oddech szorstki pęcherzykowy i krepitacje w nieznacznej ilości. Plwociny i kaszlu niema. Ciężota 37,3°. Tarcie opłucnej z tyłu pod prawą łopatką. Prawy płat tarczycy wielkości orzecha włoskiego, ruchomy przy polykaniu; przy naciskaniu tarczycy—suchy kaszel. Bicie serca (120), drżenie; wytrzeszczu niema; potów i skłonności do rozwoleń niema również. Serce nieco powiększone w wymiarze poprzecznym. Tony dźwięczne; 1-szy ton z domieszką szmeru. Pulsacya tętnic szyjnych. Chora bardzo skłonna do rozdrażnień.

Leczenie. Chora nie chciała leczyć się systematycznie.

4) H. Cz., lat 27, miesiączkowanie obfite. Dzieci dwoje, ale chora była w ciąży kilkakrotnie. Zachorowała przed rokiem na bicie serca, rozwoleń, kaszel z plwociną i podniesioną do 38,5° ciężotą, i na ataki historyczne.

Status praesens. W prawym szczycie—stępienie, wilgotne rżenia; w całym płucu—rżenia suche. Plwociny b. obficie. Laseczniki gruźlicze udało się odnaleźć z wielkim trudem. Ciężota 37,7°. Środkowy płat tarczycy wielkości orzecha włoskiego (ani chora, ani nikt dotąd nie zwrócił na to uwagi), tarczycza ruchoma przy polykaniu; przy jej ucisku suchy kaszel. Bicie serca (160), drżenie, poty, rozwoleń od 3-ch miesięcy. Wytrzeszczu niema. Serce powiększone. Tony nadzwyczaj dźwięczne. *Ictus*—rozlany, b. mocny. Pulsacya tętnic szyjnych. Objawy historyki w wysokim stopniu.

Leczenie. Zastosowano zastrzykiwania *Ferri citrici oxydati c. Strychnino* i 4 naświetlania promieniami ROENTGEN'a w okresach od 1-go do 3-tygodni, po 5—8 minut każdy seans. Poczem ciężota spadła do normy, rozwoleń przeszło, rżenia w płucach zginęły, zjawil się apetyt. Tarczycza

nie zmniejszyła się wcale, ale tętno bywa stałe 85. Chora już od roku czuje się tak dobrze, że zajmuje się wszystkim, jak zupełnie zdrowa osoba.

5) M. O., lat 48. *Climax*. Niezameżna, dzieci nie miała. Miesiączkowanie bywało obfite. Kaszel od lat kilku; ciepłota podnosi się do 38°, chora poci się często w dzień i w nocy. Bicia serca męczą chorą już 3 lata. Osłabienie i rozdrażnienie wzmagają się.

Status praesens. Sprawa w płucach rozlana; wszędzie słyhać rżenia suche i wilgotne. Płwociny dużo, koloru zielonawego. Łasieczniki gruźlicze niezawsze dają się odnaleźć. Ciepłota 38°. Tarczycza powiększona wtrójnasób (czego ani chora, ani nikt dotąd nie zauważył), ruchoma przy ruchach połykowych, bolesna przy omacywaniu. Bicie serca (140) dochodzi czasami do *delirium cordis*. Serce powiększone, tony wzmocnione, arytmiczne; tętno nie odpowiada burzliwej działalności serca (jest słabsze). Bezsenna; wytrzeszcz. Rozwolnienie i poty. Brak łaknienia. Pulsacya tętnic szyjnych.

Leczenie. Chorej zalecono spokój i zastosowano wstrzykiwania żelaza ze strychnią, również 3-krotne naświetlania tarczycy promieniami ROENTGEN'a w dużych odstępach czasu. Poczem stan chorej poprawił się znacznie: sen lepszy, rozwolnienie znikło, zjawił się apetyt. Bicie serca zmniejszyło się. Ciepłota spadła do 37,4°. Nastrój chorej znacznie lepszy.

[D. c. n.]

II. Długotrwałe znieczulenie krtani w gruźlicy podług metody R. Hoffmana.

Podał

Br. Karbowski,

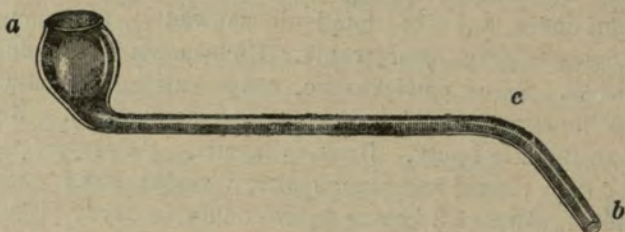
Asystent wolont. przy poliklinice rynolaryngolog. w Monachium.

Wiadomo powszechnie, jak dokuczliwe są bole w gruźlicy krtani. Każdy, kto miał do czynienia z chorymi tego rodzaju, wie, że niekiedy wyrzekają się oni przyjmowania pokarmu, aby uniknąć tych kłujących i przeszywających bólów, które przez promieniowanie dochodzą do ucha.

W ciężkich przypadkach, gdy sprawa gruźlicza w płucach jest już daleko posunięta i niewielka pozostaje nadzieja uratowania chorego, współczucie samo każe szukać środków zmniejszających ból, który zniewala nieszczęśliwych chorych do głodzenia się. Znacznie większą wartość ma długotrwałe znieczulenie krtani w tych przypadkach, w których stan ogólny chorego jest niezły, i obfite żywienie jest warunkiem nieodzownym do tego, aby uczynić organizm odporniejszym, gdyż tylko przy poprawie stanu ogólnego możliwe jest skuteczne i doszczętne leczenie krtani. Dotychczas celem znieczulenia krtani stosowano kokainę, anestetynę i ortoform. Ostatni ten środek, jako względ-

nie nieszkodliwy, można nawet bardzo polecić. Wszystkie jednak dotychczas stosowane środki posiadają te główne wady, że 1) znieczulenie trwa zbyt krótko, i 2) chorzy, nie mogąc korzystać w każdej chwili z pomocy lekarskiej, narażeni są na dokuczliwe bóle podczas każdego jedzenia; stosować bowiem środek znieczulający może tylko albo lekarz, albo ktoś z otoczenia, posiadający wprawę.

W celu aby chorzy sami mogli stosować sobie środki znieczulające, HOFFMAN wymyślił specjalną rurkę.



Rurka, jak widać z rysunku, ma kształt fajki. Do przedniej części kulistej *a* wysypuje się w odpowiedniej ilości środek znieczulający: ortoform, anestezyne, kokainę lub np. mieszaninę:

Rp. *Cocaini muriat.* 0,1
Suprarenini crist. 0,001
Acidi bor. subtilissime pulv. ad 10,0

Po silnym wydechu, chory zamknąwszy otwór „*a*” palcem, wysuwa język i wkłada koniec rurki *b* do jamy ustnej w ten sposób, że zgięcie rurki *c* odchyła podniebienie ku tyłowi i ku górze. Następnie chory szczelnie zamyka usta, ściskając rurkę wargami i wtedy dopiero silnie wciąga powietrze, zdejmując palec z otworu *a*. Prąd powietrza porywa za sobą proszek, znajdujący się w rurce, doprowadza go aż do wejścia do krtani i w ten sposób osiągamy znieczulenie, pozwalające choremu na przyjęcie pokarmu.

Zamiast proszku może też być użyta kokaina w płynie.

Sposób ten, jakkolwiek bardzo praktyczny, częściowo tylko rozwiązuje kwestyę znieczulania krtani, gdyż akt przelknięcia sam przez się nie tylko podczas przyjmowania pokarmów sprawia silne bóle cierpiącym na gruźlicę krtani. W celu osiągnięcia trwałego znieczulenia podawano różne sposoby postępowania, np.:

1. Wycięcie gałęzi wewnętrznej nerwu krtaniowego górnego z zewnątrz w tem miejscu, gdzie przechodzi przez więz tarczowognykowy.

2. Przecięcie tegoż nerwu od wewnątrz w tem miejscu, gdzie tworzy on tak zwany przegub (*plica nervilaryngei*).

Pierwszy sposób rzadko można stosować, gdyż operacji tej, aczkolwiek nie jest trudna, chorzy poddają się niechętnie; przytem nie wykluczone jest ponowne zrosnięcie się końców przeciętego nerwu, wskutek czego cel zabiegu może być chybiony. Drugiemu sposobowi zarzucają słusznie to, że po operacji powstaje rana, która może być zakażona przez zarazek gruźlicy.

Metoda HOFFMANA stanowi dalszy krok naprzód w poszukiwaniu trwałego znieczulenia. Opiera się ona na odkryciu SCHLÖSSER'a, który leczy nerwobole wstrzykiwaniem wysokoku w nerw. Nadmienić należy, że wstrzykiwania te nie wpływają na czynność włókien nerwów ruchowych i naczynioruchowych. W grzłlicy krtani nie mamy wprawdzie do czynienia z nerwobolem, lecz z nadczułością lub z zapaleniem nerwu (*neuritis*), ale po wstrzyknięciu wysokoku znieczulenie następujące wskutek tego, że w miejscu zastrzyknięcia powstaje przerwa i wrażenia bolowe nie mogą dochodzić do ośrodków.

Technika metody HOFFMANA jest następująca. Po ułożeniu chorego na stole i gruntownem obmyciu odpowiedniej części szyi wyskokiem lub eterem, podkładamy pod szyję wałek, żeby krtąń dobrze wystawała. Do wstrzyknięcia używa HOFFMAN szprycy SCHLÖSSER'a, napełnionej wyskokiem, ogrzany do 45° C. Bolesny punkt odnajdujemy zapomocą omacywania i kładziemy na nim palec wskazujący lewej ręki tak, ażeby punkt ów leżał tuż przy końcu palca, jednocześnie duży palec przesuwa krtąń ku stronie chorej. Bolesny punkt odpowiada otworowi nerwu krtaniowego (*foramen nervi laryngei*). Iglę wkłuwamy prostopadle wgłąb mniej więcej na 1½ ctm. Na igle długość ta oznaczona jest kreską. Naogół nie trudno jest natrafić na nerw. Nie wyjmując igły, szukamy nerwu i klujemy co raz to w inne miejsca tej okolicy, gdzie przypuszczalnie leży otwór. O ile na nerw natrafimy, chory odczuwa silny ból w uchu; wtedy przysrubowujemy szprycę, zawierającą wyskok, i wstrzykujemy kilka mm. sz. Na razie wyskok powoduje silny, klujący ból w uchu, który jednak stopniowo słabnie i znika; wstrzykujemy wtedy drugą dawkę. Jeżeli drugie wstrzyknięcie nie wywołuje bólu, kierujemy wtedy koniec igły trochę ku tyłowi, gdzie pętla GALENA odchodzi od wewnętrznej gałązki nerwu krtaniowego górnego i zawiera włókna czuciowe dla obrębu nerwu krtaniowego dolnego (*recurrens*). Jeżeli i trzecie wstrzyknięcie nie sprawia choremu bólu, można uważać, że nastąpiło zupełne znieczulenie. Iglę wyjmujemy i nie wywierając ucisku, nalepiamy na miejsce wkłucia plasterek. Podczas tej operacji nie powinien chory ani mówić, ani połykać. O powstawaniu, lub znikaniu bólu daje on znać podnoszeniem lub opuszczeniem ręki. Gdyby chory zaczął łykać, nie trzeba wtedy igły przeszkadzać w dokonywaniu odpowiednich ruchów.

Ilość zużytego alkoholu wynosi od 0.5 do 1.5 ctm. sz. Jakiż jest skutek tej metody i jakie mogą wystąpić powikłania?

Dotychczas zastosowano tę metodę w 36-u przypadkach. Jest to wprawdzie liczba zbyt mała, wystarcza ona jednak, aby wyjaśnić pewne kwestye, których rozwiązanie *a priori* było niemożliwe; daje również pojęcie o praktycznej wartości tej metody.

W badaniach klinicznych chodziło HOFFMANOWI o stwierdzenie następujących punktów:

- 1) Czy znieczulenie jest całkowite, czy też częściowe?
- 2) Czy przy obustronnem znieczuleniu akt łykania będzie się odbywał normalnie?

3) Czy podrażnienie nerwu krtaniowego, który jest nerwem odruchowym, nie spowoduje silnych wahań w ciśnieniu krwi?

4) Czy po wstrzyknięciu wysoko powstanie znaczne obrzmienie?

Ze spostrzeganych 36-u przypadków w dwu tylko znieczulenie było częściowe, we wszystkich zaś pozostałych całkowite. Częściowe znieczulenie w tych dwu przypadkach przypisuje HOFFMAN małej ilości użytego alkoholu. Znieczulenie może trwać 40, 26, 20, 18, 14, 9 dni lub mniej. W kilku przypadkach trwało tylko parę godzin. Przy tak krótkotrwałym znieczuleniu należy powtórzyć wstrzyknięcie następnego dnia. W akcie lękania, nie zauważono żadnych zaburzeń. Fakt ten można tem wytlómaczyć, że oprócz nerwu krtaniowego wejście do krtani i nagłośni unerwia jeszcze i nerw językowogardzielowy.

Znacznycb zmian w ciśnieniu krwi nie zauważono: nie było ani jednego przypadku omdlenia. Nieznacznego przyspieszenia tętna nie można kłaść na karb wstrzykiwania. Obrzmienie jest nieznaczne; nie było również zapaleń ropnych. Jedynem powikłaniem, którego zresztą nie można uważać za niebezpieczne, jest dostanie się alkoholu pod błonę śluzową. Zdarzyć się to może, o ile podczas wstrzykiwania chorzy niespokojnie się zachowują. HOFFMAN miał dotychczas dwa podobne wypadki. Powstaje wtedy nacieczenie w obrębie nagłośni, fałdy nalewkonagłośniowej i zatoki gruszkowatej. Chorzy nie doznają przytem prawie żadnych dolegliwości, gdyż zwężenie światła krtaniowego jest bardzo nieznaczne. O ile sądzić można z dotychczasowych wyników, metoda HOFFMANA nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, jeżeli się ściśle trzymamy przepisu i może być uważana za najlepszą z istniejących. Zabieg ten mogą, naturalnie, stosować tylko specjaliści chorób gardła i lekarze dobrze obeznani z topografią tej okolicy. Szerszemą zaś ogółowi lekarzy gorąco polecam rurkę HOFFMANA, która i lekarzom i chorym może oddać ogromne usługi.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Przegląd najnowszego piśmiennictwa choroby Basedow'a¹⁾.

Podał

A. Puławski.

Ważne odkrycia i spostrzeżenia w dziedzinie nauki o gruczolach z wydzieleniem wewnętrznem odbiły się na pogłębieniu studyów nad chorobą, która co-

¹⁾ Chociaż niema wątpliwości, że pierwszeństwo opisu tej choroby należy się angielskiemu klinicyście GRAVES'owi, to jednak ze względu na powszechnie przyjęty *usus*, na całe nowe

raz więcej zwraca na siebie uwagę patologów i klinicystów. Niemalą rolę w tem zajęciu się chorobą BASEDOW'a odegrał zwrot ku chirurgicznemu jej leczeniu. W pracy, ogłoszonej w Gaz. Lek. w r. 1909 (27), oraz w odczycie w Tow. Lek. Warsz. (27) starałem się uwzględnić piśmiennictwo ostatniej doby.

W ciągu ostatnich lat dwu (1909 i 1910) literatura wzbogaciła się całą seryą prac, z których najważniejsze będą przedmiotem niniejszego przeglądu.

Udział gruczolu tarczowego w powstawaniu choroby BASEDOW'a znalazł świetne potwierdzenie w spostrzeżeniach J. PARISOTA (23). Opisał on 4 przypadki chorób zakaźnych (gorączki pługowej, tyfusu brzuszego, świnki, zapalenia płuc), w których w przebiegu głównego cierpienia wystąpiła ostra *thyreoiditis* z ropieniem, a z ropy wyhodowano odpowiednie pasorzyty. Podczas trwania sprawy w gruczole tarczowym chorzy mieli objawy sercowo-naczyniowe, charakterystyczne dla choroby BASEDOW'a (tachykardyę, niezależną od gorączki, uczucie gorąca, poty). Tylko ciśnienie krwi było obniżone, ale, jak wiadomo, ciśnienie krwi w chorobie B. zachowuje się rozmaicie, chociaż naogół bywa normalne ¹⁾. Objawy te, o których mowa, mogą albo przejść, albo się ustalić, dając obraz zupełnie skończonej choroby BASEDOW'a, jak to było w przypadku BENOIT, cytowanym przez autora (*thyreoiditis typhosa*).

O wpływie zakażenia gruźliczego na gruczol tarczowy wiedziliśmy już dawniej, dopiero jednak w pracy VITRY i GIRAUD'a (32) znajdujemy ściślejsze wyjaśnienie tego wpływu. Autorzy zbadali histologicznie i chemicznie (na zawartość jodu) 23 gruczoly tarczowe osób zmarłych na gruźlicę (bez choroby BASEDOW'a). W przypadkach świeżej gruźlicy zawartość jodu była dość znaczna: od 7-u do 17-u mlg. (normalnie bywa od 1-go do 6-u mlg., przyczem jod używany do wewnątrz lub zewnątrz nie ma wpływu); w przypadkach przewlekłych znajdowano jodu o wiele mniej (poniżej 1-go mlg.), ale badanie histologiczne wykazywało marskość (*sclerose*), niekiedy daleko posuniętą, której w przypadkach świeżych nie było. Stąd wniosek, że jad gruźliczy w 1-ym okresie choroby podnieca działalność tarczycy, w 2-im doprowadza do marskości. Inni autorzy poszli dalej w swoich hipotezach. Np. MORIN twierdzi, że ludzie z powiększoną, a przynajmniej normalną tarczycą lepiej bronią się od gruźlicy, niż ci, którzy mają zanik tego gruczolu. COSRO w powiększaniu się tarczycy widzi rodzaj samoobrony przeciwko gruźlicy. Spostrzeżenia BIAŁOKURA (4) stwierdzają fakt, że jad gruźliczy, drogą pobudzania działalności gruczolu tarczowego, może wywołać chorobę BASEDOW'a, która ze swej strony wpływa swoiście na przebieg gruźlicy. Reumatyzm, influenza, *angina follicularis* również wpływają na powstawanie choroby B., ale nigdzie nie udało się tak namacalnie wykazać wpływu zakażenia na tarczycę, jak to było w przypadkach PARISOTA. Takie spostrzeżenia stwierdzają tyreo-genne pochodzenie choroby B. Jak wiadomo, KOCHER jest stanowczym zwolennikiem tej hipotezy. W ostatniej swej pracy (16) o tym przedmiocie oświadcza wprost, że bezpośrednią przyczyną cho-

(tak dziwaczne!) słownictwo (*goître basedowifé, basedowoidé, nawet basedowisme!*), a głównie dla uniknięcia objaśnień w nawiasach—powracam do przyjętej u nas terminologii.

¹⁾ Do takiego wniosku doszedł DEMARGNE na mocy 19-u spostrzeżeń z literatury. Badania nad wpływem soku tarczycy na ciśnienie krwi u zwierząt dały wyniki dość sprzeczne. U ludzi tyreoidyna przyspiesza bicie serca i wzmacnia ciśnienie (*De la tension arterielle dans la maladie de Basedow. Thèse de Paris 1905, Nr. 392*).

roby B. jest nadmierna sekrecja gruczołu tarczowego (*hyperthyreosis*). Ograniczenie tej sekrecji musi być zadaniem leczenia i osiąga się najlepiej przez znaną operację wola. Nie każda *hyperthyreosis*, powiada KOCHER, musi być uważana za chorobę B. Istnieją pewne stany fizjologicznej hipersekrecji gruczołu tarczowego (okres dojrzewania, ciąży, niektóre choroby), w których przerost gruczołu i wzmożenie jego czynności nie tylko nie przynoszą szkody, ale wprost działają dobroczynnie (porów. MORINA); stany te przy pewnych okolicznościach mogą być punktem wyjścia dla choroby B. KOCHER nie twierdzi jednak, żebyśmy już byli w posiadaniu przyczyny choroby B. w ścisłym znaczeniu tego słowa: *primum movens* zaburzeń w czynności tarczycy pozostaje dotąd zagadką.

Spostrzeżenia kliniczne, powiada R. HOFMANN (12), doświadczenia na zwierzętach i badania histologiczne dowodzą, że w chorobie BASEDOW'a ma miejsce nadmierna sekrecja gruczołu tarczowego. Z początku może ona nie dawać żadnych objawów, gdyż jest równoważoną przez wydzielinę innych gruczołów. Objawy choroby B. powstają wtedy, gdy ta kompensata staje się niedostateczną. Pierwszym antagonistą gruczołu tarczowego są nadnercza, których wydzielina podnosi ciśnienie krwi i *tonus* naczyniowy. Choroba BASEDOW'a, według HOFMANN'a, polega na hipertyreoidyzmie w połączeniu z niedomogą nadnerczy. Objawami tej niedomogi są: znużenie mięśniowe, rozwolnienia i pigmentacje skóry, spotykane zwykle w chorobie BASEDOW'a. Na tej zasadzie H. proponuje stosować w tej chorobie adrenalinę.

CAPELLÉ¹⁾ zwrócił uwagę, że w chorobie B. bywa powiększoną grasicą. W 60-u przypadkach, zebranych z literatury i w 4 ch własnych znajdował na stole sekcyjnym bardzo często (79%) powiększoną grasicę, która normalnie znika w wieku młodzieńczym. Toż samo notowano w przypadkach operacyjnych choroby B., zakończonych śmiercią. To dało powód do przypisywania grasicy fatalnego wpływu na chorobę B. (*mors thymica*). Innego zdania jest prof. GEBELE z Monachium (11). Przedewszystkiem, opierając się na zdaniu anatomo-patologa HAMMERA, twierdzi, że grasicą trwa dłużej i dochodzi do większych rozmiarów, niż przyjmowano powszechnie. Następnie na mocy własnych badań doświadczalnych na zwierzętach sztucznie tyreoidyzowanych, G. dochodzi do wniosku, że sok grasicy neutralizuje działanie soku gruczołu tarczowego. Grasicą, o ile istnieje, pod wpływem wzmożonej czynności tarczycy zwiększa także swoją działalność, kompensując szkodliwość wyrządzone ustrojowi przez nadmierną czynność gruczołu tarczowego—im cięższą jest choroba B., tem grasicą do większych dochodzi rozmiarów. Bazedowczykom grozi nie *mors thymica*, lecz zatrucie sokiem gruczołu tarczowego, którego nie jest w stanie zneutralizować nawet przerośnięta grasicą. Dobroczynne działanie grasicy, dodajemy od siebie, znajduje potwierdzenie w tym niezrozumiałym dotąd fakcie klinicznym, że w niektórych przypadkach choroby B. podawanie grasicy, ew. tyminy przynosiło niewątpliwą korzyść (26).

Niektórych klinicystów uderzył fakt, że w chorobie B. dość często spotyka się cukromocz (w 30% według SATLLERA²⁾). Z drugiej strony okazało się, że u zwierząt i u ludzi, karmionych tarczycą, ew. tyreoidyną zjawia się

¹⁾ Ueber die Beziehung der Thymus zum Morbus Basedowii. Beit. zur klin. Chir. 1908 (cyt. przez GEBELE).

²⁾ Muje jednak na 75 przypadków nie udało się spotkać cukromoczu ani razu. A. CHOJKO (Gaz. Lek. 1910, Nr. 41) podaje 4 przypadki cukromoczu w chorobie BASEDOW'a. LÉPINE w całej literaturze znalazł tylko 24 przypadki (cyt. p. CHOJKĘ).

w moczu cukier, a przynajmniej glikozurya pokarmowa—wprost przeciwnie jakto bywa w obrzęku śluzowatym (*myxoedema*), gdzie nadwyzwyczajnie wielkie ilości cukru są znoszone bez wywoływania glikozuryi¹⁾. Toby dowodziło, że cukromocz w chorobie B. nie jest przypadkową kombinacją dwu chorób (co nie jest wyłączone w niektórych przypadkach), tylko zależy od wzmożonej sekrecyi gruczołu tarczowego. Przedmiotem tym zajął się W. FALTA z kliniki NOORDENA (9). Spostrzeżenia jego obejmują 9 przypadków choroby B. z cukromoczem. Wśród nich 2 były prostą kombinacją cukrzycy z chorobą B. Stosowanie promieni ROENTGEN'a na gruczoł tarczowy w tych przypadkach nie wpłynęło ani na chorobę B., ani na cukromocz. Zato w 4-ch innych przypadkach cukromocz zniknął i objawy choroby B. ustępowały po rentgenizacji. W przypadkach tych, które autor uważa za typowe pod względem tyreogenego pochodzenia cukromoczu, notowano jednocześnie rozwolnienie tłuszczowe (*Fettdiarhoë*), jako wyraz złego przyswajania tłuszczu. Autor zastanawia się nad tem, dlaczego nie we wszystkich przypadkach choroby B. zjawia się cukromocz i rozwolnienie tłuszczowe, i dochodzi do wniosku, że przyczyn tego faktu należy szukać w wewnętrznej sakrecyi trzustki. Jeżeli ta sekrecya jest wzmożona, sok gruczołu tarczowego nie jest w stanie wywołać cukromoczu, ani biegunki tłuszczowej, któreto objawy zjawiają się dopiero, jako wyraz niewydolności trzustki (*insufficiëntia pancreatis*). To byłby już trzeci hormon (oprócz gruczołu tarczowego), biorący udział w powstawaniu objawów choroby B. Jeżeli dodamy do tego przysadkę mózgową, która według SALMONA²⁾ ulega widocznym zmianom w przebiegu zajmującej nas choroby, niewątpliwy i znany od dawna udział jajników w, zrozumiemy, jak złożony jest obraz t. zw. hipertyroidyzmu, będącego punktem wyjścia choroby BASEDOW'a. Nie dość na tem: gruczoł tarczowy ma związek nie tylko z jajnikami, ale i z macicą—ulega powiększeniu podczas miesiączkowania, podczas ciąży. ULLMANN (31) zauważył, że wiele kobiet, dotkniętych mięsakiem macicy ma powiększony gruczoł tarczowy: po wycięciu mięsaków wole się zmniejsza, a nawet znika zupełnie. W jednym przypadku autora, chora miała wielki mięsak macicy, ale jeszcze większe wole tak, że tenże wahał się, którą operację naprzód wykonać. Chora wybrała myomektomię, gdyż jej więcej dokuczały krwotoki, niż duszność. Po operacji wole tak się zmniejszyło, że chora zaniechała leczenia wola. To samo zauważył SECOND, jakto ustnie autorowi komunikował.

W obec niewątpliwych postępów terapii choroby B., o czem będzie mowa niżej, zwrócono szczególną uwagę na jej rozpoznanie, zwłaszcza też na objawy wczesne. Za takie uważa T. KOCHER (16): spostrzegany przez siebie objaw oczny, bolesność gruczołu tarczowego na ucisk i pewne swoiste zmiany we krwi. Objaw KOCHERA polega na wywoływaniu momentalnej kurczowej retrakcyi powieki górnej przy fiksowaniu przedmiotu, który należy szybko przesunąć z góry na dół. Objaw ten poprzedza t. zw. objaw STELLWAGA (stała retrakcyja powieki górnej), uważany dotąd za jeden z najwcześniejszych objawów choroby B. Bolesność na ucisk i szmer skurczowy na samym gruczole odróżnia wole w chorobie B. od wola zwyčajnego. We krwi KOCHER znajduje wybitną limfocytozę obok względnej leukopenii. Im cięższa jest choroba B., im gorsze rokowanie, tem większa

¹⁾ SIEGMUND A. zauważył, że nadwyzwyczajny pociąg do słodczy, jaki mają niektóre dzieci, zależy od niedostatecznej wydzieliny gruczołu tarczowego. Podawanie tyreoidyny zmniejsza u takich osobników popęd do cukru. (*Deut. med. Woch.* 1910, Nr. 21 i streszczenie w *Gaz. Lek.* 1910, Nr. 25).

²⁾ A. SALMON. L'hypophyse et la pathogenie de la maladie de BASEDOW. *Revue de Med.* 1905, Nr. 5.

jest limfocytoza, która według spostrzeżeń KOCHERA w przypadkach ciężkich wynosiła 57%. [NAEGELI uważa za normę u zdrowego człowieka 25% limfocytów na 75% wielojądrowych neutrofilów]. Spostrzeżenia KOCHERA potwierdzili dawniej GORDON i JAGIC (1900), w ostatnich czasach N. ROTH¹⁾. M. KAPPIS z Kielu (14) znajdował zmiany krwi opisane przez KOCHERA w chorobie BASEDOWA [18 przyp.], ale znalazł je również i w zwyczajnym wolu, [w 7-u przyp.], widział śmiertelne przypadki choroby B. z minimalną limfocytozą, a znaczną limfocytozę w przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, t. j. odmawia limfocytozie rozpoznawczego i prognostycznego znaczenia. Sam KAPPIS nie uważa wyniku swych badań za miarodajne ze względu na dość szczupły materiał, jakim rozporządzał. Inni badacze skłaniają się do zdania KOCHER'a. F. H. van LIER z kliniki prof. LANZA w Amsterdamie (21) badał krew w 79-u przyp. choroby B. i doszedł do wniosku, że liczba białych i czerwonych ciałek nie ulega poważniejszemu wahaniom, liczba zato limfocytów i białych ciałek jednojądrowych jest wybitnie z większą, a liczba wielojądrowych neutrofilów znacznie się zmniejsza. Im większą jest niestosunkowość między limfocytozą a leukopenią, tem gorszem jest rokowanie co do samego cierpienia, jak i co do wyników operacji. Gdzie limfocytoza dochodzi do 40%, a liczba wielojądrowych spada do 45%, LIER nie radzi przystępować do operacji. U wyleczonych przez operację stosunki składowych części morfologicznych krwi wracają do normy. Tabletki tyreoidyny wywierają taki sam wpływ na krew, jak nadmierna wydzielina tarczycy w chorobie BASEDOW'a. Z rzadszych objawów choroby B. BAMBERGER (3) opisał 3 przypadki tachykardyi napadowej [dotychczas opisano 21]. Były to napady ciężkie, trwające od kilku godzin do 2½ dni, częstość tętna dochodziła do 200, tętno było nieregularne, wymiary tępości serca powiększone. Gdzie występuje tachykardya napadowa, tam, według autora—choroba BASEDOWA jest pochodzenia, nerwowego, nie tyreogenne (zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym), rokowanie jest złe, leczenie—objawowe.

J. Le GRAS de VAUBERCEY z Lyonu (19) zebrał opisane dotychczas w literaturze przypadki jednostronnych objawów ocznych w chorobie BASEDOW'a. Niektórzy autorzy zaprzeczali wogóle istnieniu takich przypadków, autorowi jednak udało się ich zebrać 27 [wśród nich dwa własne]. Objawy te były: wytrzeszcz, najczęściej wraz z objawami GRAEFFE'go i STELLWAGA: 19 razy były po stronie lewej, 8 po prawej. Zależą one, według autora, od miejscowego podrażnienia n. współczulnego, mającego swe źródło w zaburzeniach sekrecyjnych odpowiedniej połowy gruczołu tarczowego. Wytrzeszcz zależy od skurczu świeżo odkrytego przez LANDSTROEM'a mięśnia gładkiego powieki górnej. Podano rysunki preparatów mikroskopowych według LANDSTROEM'a.

Różnorodność przypadków choroby B. co do ich powstawania, przebiegu, objawów i zejścia uderzała wszystkich klinicystów. CHARCOT i MARIE wyróżnili postaci niewyraźne, jakby zatarte (*formes frustes*), w których klasyczna trójca objawów nie występowała w komplecie, a jednak rozpoznanie nie ulegało wątpliwości. MOEBIUS rozróżniał postać pierwotną (*morbus Basedowii genuinus*) od wtórnej, w której charakterystyczne objawy przyłączają się do poprzednio istniejącego wola. Francuzi nazwali tę ostatnią postać—*goître basedowifé*—P. MARIE [jakby wole z basedowiałel]. KOCHER na 23-im Zjeździe chirurgów francuskich (6) twierdzi, że większość takich przypadków wola „zbasedowiałego“ zależy od stosowania jodu, który, podobnie jak tyreo-

¹⁾ W klinice KORANY'ego w Paryżu w 6-u przypadkach choroby B. znaleziono leukopenię obok limfo- i mononukleozy. *Deut. med. Woch.* 1910, Nr. 6 i streszcz. *Gaz. Lek.* Nr. 21.

idyna [tak często używane tabletki] wywołuje objawy choroby Basedow'a. Na innym miejscu (17) Kocher zajmuje się obszerniej tą sprawą. Jod wywołuje hipersekrecję gruczołu tarczowego, oraz pewne zmiany, które usposabiają do choroby B., jod niewątpliwie pogarsza lekkie przypadki tej choroby. Jod basedow, jak Kocher nazywa tę postać, choroby B., leczy się najlepiej podawaniem *Natrii phosphorici* [2 razy dziennie po 2 grm. w mleku] lub protyliny [mała łyżeczka]. Z operacją w takich razach śpieszyć się nie należy.

Do wyżej wymienionych postaci Stern (29) dodał jeszcze jedną. Jest to t. zw. *basedowoid*. Ażeby zrozumieć, co S. nazywa tym terminem, musimy przypomnieć, że z inicjatywy profesora Frankl-Hochwarta, Stern zebrał wiadomości o chorych z chorobą B., którzy się przesunęli przez I klinikę wiedeńską w ciągu lat 20-u¹⁾. Wiadomości dotyczyły 60-u chorych. Stern podzielił ich na dwie kategorie: do pierwszej (35 przyp.) zaliczył pełne rozwinięte postaci z dużym wytrzeszczem, bogato unaczynionem wolem, silną tachykardią (140), nieznacznymi objawami nerwowymi, z nieznacznym lub żadnym obciążeniem dziedzicznym—9 z nich wyzdrowiało, 11 pozostało nieuleczonych pomimo wszelkiego leczenia, 15 zmarło (75%). Do drugiej kategorii (25) Stern zaliczył postaci zatarte ze słabo wyrażonymi objawami klasycznymi, ale zato z całą masą objawów nerwowych [histeryczno neurastenicznych]. Chorzy ci byli dziedzicznie obciążeni, zwyrodniali, choroba trwała zwykle bardzo długo, często życie całe z częstymi nawrotami, nie prowadząc sama przez się do śmierci. Nie jest to jednak, jakby można było sądzić, *f. frustes*, opisana przez Charcot'a, lecz oddzielna jednostka chorobna, która, według Sterna, nie przechodzi w postać rozwiniętą.

F. Rose (28), rozwijając dalej myśl Sterna, przypomina, iż Sinton i Delherm²⁾ przyjmują istnienie wrodzonego basedowizmu (*basedovisme congenital*). *Basedowoid*, wprost przeciwnie jak choroba B., zdarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet, w 10% zjawia się przed 20-ym rokiem [choroba B. w 3%], objawy rozwijają się powoli, mało poddają się leczeniu i nigdy prawie nie prowadzą do śmierci. Aschner (2) widzi u „basedowoidów“ cechy zwyrodnienia [płaska stopa, krótkowzroczność i t. d.], obciążenie dziedziczne. Z objawów przeważają: drżenie, wzmożenie odruchów, pragnienie, wileczy głód, *polakuria*, t. j. objawy, zależne od podrażnienia n. współczulnego. Chorzy tacy miewają często bicie serca w postaci napadów. Może nieraz zachodzić wątpliwość, czy mamy do czynienia z nerwicą serca, czy z pewną odmianą choroby B. Aschner zauważył, że basedowoidzi (*sit venia verbo!*) w sposób szczególny oddziałują na adrenalinę. Po zastrzyknięciu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mlg. występuje podniesienie ciepłoty [$\frac{1}{2}$ — 1°], rozszerzenie źrenic, bledź, drżenie, bicie serca, ból i zawrót głowy, cukromocz [w 2 lub 3 godz. po zastrzyknięciu], a przynajmniej zwiększenie substancji redukujących w moczu. Wszystkich tych objawów adrenalina w tak małych dawkach u ludzi zdrowych lub neurasteników nie wywołuje.

Trudno sobie wyobrazić, jakie stanowisko wobec rzeczywistej choroby B. ma zająć ten „basedowoid“, jeżeli to nie ma być jakaś poronna, niewykształcona jej postać, jeżeli ma być niezależną od zaburzeń w czynności tarczycy. Byłby to w takim razie jakiś *pseudo-Basedow*—pojęcie, którego należy w nozologii jak najstaranniej unikać. *Formes frustes*, wbrew twierdzeniu Sterna, przechodzą nieraz w zupełne, typowe; czy nie jest tak i z ba-

¹⁾ Mówił o tem sam prof. Frankl-Hochwart na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich (patrz Nr. 25 piśmiennictwa).

²⁾ P. Sinton et L. Delherm. Le traitement du goitre exophtalmique. Paris 1908.

zedowoidem? Wszak i inne choroby przybierają najrozmaitsze postaci, zależnie od gruntu, na którym się rozwijają. Są jeszcze i teraz autorzy, którzy przyjmują odruchową postać choroby B. (*goître exophthalmique reflexe*—BODOLEC [5]), w której punktem wyjścia mają być cierpienia nosa, enteroptoza, zaburzenia jajnikowo-maciczne i t. d. ¹⁾, ale koniec końców choroba B. i w tych ramach powstaje dopiero wtedy, gdy wejdą w grę zaburzenia w czynności gruczołu tarczowego.

Nową klasyfikację bazedowczyków proponują EPPINGER i HESS z kliniki NOORDENA (8). Pracując nad patologią wegetacyjnego układu nerwowego, poddali rewizji wszystkie objawy choroby BASEDOW'a i podzielili je na dwie grupy: jedna zależy od podrażnienia nerwów, wchodzących w skład tak zwanego autonomicznego układu nerwowego (przeważnie nerwu błędnego), druga od podrażnienia nerwu współczulnego. Lubo niegdyś uważano chorobę BASEDOW'a za chorobę nerwu współczulnego *par excellence*, okazuje się, że znakomicie większa część jej objawów powstaje dzięki podrażnieniu układu autonomicznego. Tu należą: *exophthalmus* (skurcz m. *levatoris palpebr. super. od n. oculomotorius*), łzawienie, objawy GRAEFE'go i MOEBIUS'a, poty, zwiększenie przewodnictwa elektrycznego, uczucie gorąca (rozszerzenie naczyń skórnych), zaburzenia w oddychaniu (sposzrzegane przez HOFBAUERA) rozwolnienie i wymioty. Od nerwu—współczulnego zależą: *protrusio bulbi* ²⁾, gorączka, wzmóżona przeróbka materii, glikozurya, poliurya. Tachykardia zależy po części od n. błędnego, po części od nerwu współczulnego. Okazuje się, że w niektórych przypadkach choroby B. przeważają objawy ze strony układu autonomicznego, w innych współczulnego; jedni chorzy są wago-tonicy, drudzy sympatyko-tonicy. Grupy te różnie oddziałują na pewne przetwory farmakologiczne. Adrenalina, zastrzyknięta pod skórę w małych ilościach u sympatyko-toników wywołuje cukromocz, podniesienie ciepłoty i t. d. (patrz wyżej). Wago-tonicy reagują silnie na pilokarpinę i atropinę. Autorzy ilustrują swoje poglądy kilku przykładami. W jednym z nich atropina wpływała na poprawę rozwolnienia i potów, adrenalina nie sprowadzała glikozuryi ani poliuryi (postać wago-toniczna), w drugim atropina i pilokarpina nie okazywała działania, adrenalina wywołała glikozurę (postać sympatyko-toniczną, w której nie było rozwolnienia, potów, i t. d.). Vago-toniczne postaci choroby B. mają mieć często cechy konstytucyjnej limfatycznej (wyrośle adenoidalne, *thymus persistens* i t. d.). Otwiera się pole do nowych badań, które może wyświetlić niektóre niejasne strony w nozologii i patogenezie choroby BASEDOW'a.

Rokowania w chorobie B., oprócz wyżej wzmiankowanej pracy STERNA, wzbogaciło się o jedno dość poważne spostrzeżenie L. SYLLABY z Pra-

¹⁾ Zwolennikiem teorii odruchowej choroby B. był u nas DROBNIK, który zalecał w każdym przypadku tej choroby badać, czy jej objawy nie są zależne od cierpień innych organów, a mianowicie nosa i narządów płciowych. Operację wolał przedsięwziąć również w tej myśli, że rosnące (wole odruchowo wywołuje chorobę BASEDOW'a. (Nowiny Lekarskie 1895, Nr. 4 i 5).

²⁾ Istota *exophthalmus*, według EPPINGERA polega na rozszerzeniu szpary ocznej przez skurcz m. *levator palpebrarum*, ponieważ zaś przy całkowitem porażeniu n. *oculomotorii* zjawia się *ptosis*, stąd wniosek, że *exophthalmus* zależy od podrażnienia autonomicznego układu nerwowego. *Protrusio bulbi* jest następstwem skurczu mięśnia gładkiego, którego istnienie u ludzi zostało na pewno stwierdzone przez LANDSTRÖM'a. Mięsień ten zależy od n. współczulnego. *Protrusio bulbi* pociąga za sobą *exophthalmus*, ale rozszerzenie szpary ocznej może istnieć bez *protrusio bulbi*. W praktyce zwykle te obadwa objawy rozpatrujemy razem. Ten pogląd wprowadza pewien za męt do powszechnie przyjętej terminologii, gdyż rozszerzenie szpary ocznej i rzadkie mrganie nazywamy objawem STELLWAGA. W polskiej terminologii *exophthalmus* i *protrusio bulbi* nazywamy wysadzeniem gałki ocznej (wytrzeszcz).

gi Czeskiej [30]. Autor zastanawia się nad losem 51 chorych, spostrzeganych w ciągu lat 12-u [1895—1907] w poliklinice szpitalnej i w praktyce prywatnej.

Stosowano leczenie wewnętrzne, raz tylko—operację [zejście śmiertelne]. Zupełnie wyleczonych autor naliczył 17 [obserwacja trwała od roku do 12-u lat]; znaczna poprawa, wyrażająca się powrotem do pracy, nastąpiła w 13-u przypadkach, w 7-u przypadkach występowały nawroty, niekiedy po 6—9-u latach, w 3-ch przypadkach wystąpiło pogorszenie i recydywa po użyciu jodu. Było 14 przypadków śmiertelnych [28%]—z tych 3 z powodu chorób przypadkowych; chorzy umierali najwcześniej w 4 miesiące, najpóźniej po 10-letnim trwaniu choroby.

Z prac dotyczących się wewnętrznego leczenia choroby B. many do zanotowania dość bezkrytyczne spostrzeżenie S. FEDERNA [10], który za „najlepszą“ metodę uważa faradyzację brzucha. Ma ona zwalczać „częściową atonię kiszek“, którą autor uważa za przyczynę choroby B. i wielu innych chorób, prócz tego ma ona pomyślnie wpływać na obniżenie ciśnienia krwi w chorobie B. Jak wiadomo, bazedowczycy cierpią raczej na wzmożoną perystaltykę, a ciśnienie, o czem była mowa wyżej, jest po większej części w tej chorobie normalne, a nawet obniżone. EPPINGER i NOORDEN [junior] [7] przy uporeczywych rozwolnieniach u chorych na chorobę B. stosowali adrenalinę w lawatywach [30 kropel roztworu 1‰ na 300 ctm. sz. wody ciepłej].

Sprawa leczenia choroby B promieniami RÖNTGEN'a była przedmiotem długich i namiętnych rozpraw na kilku posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego w ostatnich dniach grudnia r. z. [25]. Streściłem je w swoim odczycie [27]. Trudno się oprzeć wrażeniu, że naświetlanie tarczycy promieniami ROENTGEN'a przynosi wyraźną ulgę chorym. HOLZKNECHT i niektórzy inni autorzy mówią wyraźnie o wyzdrowieniu, inni o znacznej poprawie, zwłaszcza co do przemiany materii. W klinice NOORDENA [patrz wyżej] widziano ustąpienie cukromoczu. KUCHENDORF z Poznania [18] widział zupełne wyleczenie w dwu przypadkach. EISELSBERG [25] uważa naświetlanie za przeciwwskazane w tych przypadkach, które mają być operowane, a to dlatego, że naświetlanie wywołuje zrosty torebki gruczołu tarczowego z sąsiednimi mięśniami i powiększa kruchość naczyń. KOZERSKI [24] w dyskusji nad tym przedmiotem w naszym Tow. Lek. zauważył, iż należy przeczekać okres odczynu naświetlań [mniej więcej 3 do 4-ch tygodni] dla uniknięcia tych niepożądanych powikłań przy operacji.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 0 —

162. Babiński J. Odwrócenie odruchu szprychowego (Inversion du reflexe du radius).

W stanie normalnym uderzenie (*percussion*) dolnego końca kości szprychowej wywołuje zwykle proste zgięcie przedramienia na ramię. Kiedy odruchy ścięgnowe kończyny górnej są wzmożone, oprócz zgięcia przedramienia otrzymujemy inne ruchy, mianowicie zgięcie palców. Tak bywa np. w porażeniu połowiczem pochodzenia mózgowego. Nigdy jednak nie widzimy u zdrowych, żeby przy opukiwaniu szprychy zginały się tylko palce. To się zdarza w pewnych stanach patologicznych, mianowicie w cierpieniach

części szyjnej rdzenia [syringomyelia, guzy]. Ośrodkiem odruchu zgięcia przedramienia na ramię jest V odcinek szyjny, odruch zgięcia palców mięści się w VIII odcinku. Z tego wynika, że odwrócenie odruchu szprychowego zależy od cierpienia, którego siedliskiem jest V odcinek szyjny, wtedy bowiem znika zwykły odruch szprychowy [zgięcie przedramienia na ramię], a odruch zgięcia palców pozostaje bez zmiany. Jeżeli sprawa dotyczy układu piramidalnego, odruch zgięcia palców może być bardzo wybitny. Być może, że objaw podobny może wywołać jakaś sprawa ograniczona do pewnego uczątku nerwów obwodowych, ale to się musi zdarzać tylko wyjątkowo. B. zauważa, że nie miał sposobności dotąd sprawdzić tego objawu przez badania pośmiertne, dlatego uważa go tylko za bardzo prawdopodobną hipotezę. Jeżeli się ona sprawdzi, będziemy mieli nowy objaw w BABIŃSKIEGO, pozwalający ściśle umiejscowić pewne cierpienia części szyjnej rdzenia.

(*Bulletins et Memoires de la Soc. med. des Hôpitaux de Paris. 1910 Nr. 25*). A. P.

163 John Lovett Morse. Bruzińskiego objaw karkowy i odruch drugostronny w zapaleniu opon.

BRUDZIŃSKI opisał [Przeł. Lek. i Wien. klin. Woch. 1908] objaw na kończynach dolnych u dzieci, polegający na tem, że przy zginaniu biernem jednej kończyny występuje przykurczenie, względnie wyprostowanie kończyny drugostronnej [odruch drugostronny identyczny, względnie odwrotny]. W r. 1909 B. opisał drugi objaw [Przeł. Pedyatr. i Archives de med. des enfants], mianowicie współczesne przykurczenie obu kończyn dolnych przy zginaniu karku ku przodowi [co nazwał objawem karkowym]. Oba te objawy spostrzegał BRUDZIŃSKI przeważnie u dzieci, dotkniętych cierpieniem opon mózgowordzeniowych różnego pochodzenia; odruch drugostronny spotykał u niemowląt wybitnie cofniętych w rozwoju. Wartość kliniczną objawu BRUDZIŃSKIEGO potwierdzili M-lle ZAIMOWSKY i HUTINEL. MORSE zbadał 400 dzieci, z których 90 zdrowych, a pozostałe nie cierpiały na żadną chorobę nerwową, ani na meningitis. W żadnym przypadku nie znalazł objawów BRUDZIŃSKIEGO (*neck-sign i contralateral reflex*). W dalszym ciągu MORSE zbadał 11 przypadków gruźliczego zapalenia opon, 5 mózgowordzeniowego i jeden—pneumokokowego. Wiek dzieci wahał się od 6-u miesięcy do 11-u lat. W przypadkach gruźliczego zapalenia opon wyniki były niestałe. Zwykle brakowało odruchu drugostronnego; o ile istniał, był identyczny. Objaw karkowy znajdował często, ale nie zawsze. W przypadkach zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych nie było odruchu drugostronnego, ale objaw karkowy istniał częściej, aniżeli w gruźliczym zapaleniu opon, przyczem zgięcie zjawiało się w obu kończynach. W pneumokokowym zapaleniu opon obadwa objawy znajdowały się po jednej stronie, gdyż druga była porażoną. MORSE przychodzi do wniosku, że obadwa objawy BRUDZIŃSKIEGO nie zdarzają się u dzieci zdrowych, jak również w żadnej innej chorobie prócz meningitis. Objaw karkowy jest stałszy. Obecność tego objawu w chorobie ostrej stanowi przemiała za meningitis, ale brak objawu BRUDZIŃSKIEGO tej ostatniej choroby nie wyklucza.

(*The american Jour. of the med. sciences. 1910, październik*). A. P.

164. R. Krömer. O występowaniu zapalenia gardła przy stosowaniu przetworów tuberkulinowych.

Autor zauważył, że często przy stosowaniu leczniczem tuberkuliny występuje, jako odczyn, zapalenie gardła w postaci zajęcia mieszków migdałków.

Charakteryczną cechą tego odczynu jest jego zwykła krótkotrwałość. Autor wyklucza możliwość wypadkowego zakażenia chorych, leczonych tuberkulinią i widzi w owem zapaleniu gardła odczyn potuberkulinowy, jak to między innymi opisywał SPENGLER w leczeniu gruźlicy płuc zapomocą t. zw. IK. Sądzi przytem, że i przypadek przytoczony przez GANTZ'a, a polegający na wystąpieniu zapalenia mieszków migdałkowych z krwotocznem zapaleniem nerek był również jedynie odczynowem zapaleniem gardła. Trudno uważać za „odczynową“ tylko anginę zapalenie gardzieli, które dało trwałe zapalenie nerek, nie mówiąc już o tem, że SPENGLER swego IK nie uważa za tuberkulinę, a i sam opisuje ową „odczynową“ anginę po stosowaniu IK, jako przekrwienie tylko błony śluzowej.

(Wien. klin. Woch. 1910. Nr. 40).

R. H.

ODCINEK.

Słów kilka o opsoninach i terapii wakeynowej.

[Rezultaty spostrzeżeń z wycieczki do Londynu].

Podala

Marya Konarzewska,

asystentka oddziału wewnętrznego dra EDWARDA ZIELIŃSKIEGO w Szpitalu
Przemienienia Pańskiego.

Przekształcając się szybko z nauki morfologicznej w biologiczną, bakteriologia, do niedawna zamknięta w granicach badań etyologii, dyagnostyki i profilaktyki chorób zakaźnych, staje się coraz potężniejszą podporą terapii w dziedzinie tych chorób.

Dział bakteriologii—nauka o odporności—zatacza coraz szersze kręgi, zyskując coraz to nowych genialnych pracowników.

Już wchodząc w życie, nauka o odporności znalazła od razu wiele gotowego materiału, nagromadzonego przez obserwacye kliniczne, któryto materiał bądź objaśniła teoretycznie, bądź też użyła go na dowód swych syntetycznych rozumowań. Od dawna znanem jest powszechnie, że organizm zwierzęcy po jednorazowem przebyciu pewnego zakażenia staje się odpornym na zawsze, lub na czas pewien na powtórne zakażenie tym samym zarazkiem (odporność nabyta naturalna). Bakteriologia nauczyła nas, że niekiedy możemy przez stopniowe wprowadzenie do ustroju zarazka zabitego lub osłabionego w znacznej mierze wywołać niewrażliwość ustroju na dany zarazek i przeto uchronić go od choroby, jaką zarazek ten zwykł spowodować.

W jednym i w drugim przypadku organizm stał się odpornym, t. j. pod wpływem drobnoustrojów wytworzył w sobie ciała obronne, niszczące dane drobnoustroje, lub zubożające ich złośliwość, jadowitość. Tego rodzaju odporność nazywamy odpornością czynną w przeciwstawie-

niu do odporności biernej, osiąganey przez wprowadzenie do ustroju gotowych ciał obronnych (seroterapia).

Uodporniając organizm zdrowy, działamy zapobiegawczo; uodporniając organizm chory (zakażony poznanym zarazkiem), leczymy go. Ten sposób leczenia nazwano niezbyt szczęśliwie w akcynoterapią; materiały zaś używane do tego — w akcynami. Wakcyny są to zawiesiny zabitych lub osłabionych bakterii w fizyologicznym karbolizowanym roztworze soli kuchennej z określoną ilością jednostek bakteryjnych w jednostce objętościowej zawiesiny. Odróżniamy wakcyny sprzedażne i autowakcyny, t. j. wakcyny przygotowane z bakterii, wyosobnianych z chorego organizmu. Stosować powinniśmy właściwie tylko autowakcyny, niezawsze jest to jednak możliwe ze względów czysto technicznych (wyosobnienie bakterii i kłopotliwe przygotowanie wakcyny).

W wielu przypadkach po zastosowaniu wakcyny sprzedażnej otrzymujemy pożądany efekt leczniczy, w innych zaś z góry wiadomo, że liczyć możemy tylko na autowakcyny, np. w zakażeniach laseczką okrężnicy.

Rozpowszechnienie wacynoterapii i uprzystępnienie jej szerokiemu ogółowi lekarskiemu zawdzięczamy WRIGHT'owi, twórcy pojęcia opsoninów, nowej teorii odporności, będącej do pewnego stopnia przeciwstawieniem teorii MIECZNIKOWA. Według MIECZNIKOWA, jak wiadomo, udział w walce z drobnoustrojami biorą jedynie białe ciała krwi z jądrami wielopłatowemi, t. zw. fagocyty. Oneto niszczą bakterye, bądź wciągając je w siebie, pożerając je, bądź wydzielając na zewnątrz substancye bakteryjobójcze; MIECZNIKOW odnawia surowicy krwi udziału w tej akcji obronnej.

WRIGHT, przyjmując fagocytozę za pewnik, twierdzi, że białe ciała wykonywają tylko część pracy i że bez pomocy surowicy krwi nie zdolne są one do zwycięskiej walki z bakteriami. Ażeby fagocyty mogły w dostatecznym stopniu rozwinąć swe zdolności, drobnoustroje muszą być odpowiednio przez swoiste ciała surowicy krwi przygotowane, przysposobione. Te ciała swoiste WRIGHT nazwał opsoninami [przysposobiaczami] od słowa *opsono* — przygotowując do zjedzenia. Obecność opsoninów w surowicy krwi i ich niewątpliwy wpływ na zdolności fagocytarne leukocytów wykazał WRIGHT w sposób następujący: zmieszał jedną część (A) białych ciałek krwi z zawiesiną bakterii, na które uprzednio działał surowicą krwi, drugą część (B) zmieszał z zawiesiną tychże bakterii bez uprzedniego poddawania ich działaniu surowicy. Po sprawdzeniu fagocytarnej zdolności leukocytów w mieszkankach A i B, okazało się, że bakterye, które stykały się z surowicą, są chciwiej pożerane przez leukocyty, niż te, na które surowica nie działała. Stosunek B do A wyraził się jak 1 : 50.

Inne znów doświadczenie, w którym WRIGHT mieszał raz (A) leukocyty z surowicą zdrowego człowieka i z zawiesiną bakterii (*staphylococci*), i drugi raz (B) też leukocyty z surowicą uodpornionego człowieka i z zawiesiną bakterii (*staphylococci*), wykazało, że ilość opsonin u zdrowego i uodpornionego na daną infekcję jest różna.

Wynik powyższego doświadczenia był następujący: 100 leukocytów, na które działała surowica zdrowego, pożera 200 bakterii (*staphylococci*), a 100 leukocytów z surowicą zakażonego gronkowcami pożera 360 bakterii. Stosunek zdolności pochłaniającej [fagocytarnej] surowicy badanego osobnika do tejże zdolności surowicy człowieka zdrowego WRIGHT nazwał wskaźnikiem przysposobnym (*index opsonicus*).

Przyjmujemy I. O. na normalnych warunkach za 1,0; przy zakażeniach może on się zmienić — zwiększyć lub zmniejszyć, i może podlegać w ciągu tej samej choroby dużym wahanom (wynik autoinokulacji).

Opsoniny stale znajdują się w surowicy krwi. Zmniejszenie ich ilości

w chorobach następuje dlatego, że zostają one związane z bakteriami, które wywołały daną chorobę. Zastrzykując wakcyny w dawkach leczniczych, wprowadzamy do ustroju jeszcze więcej substancji, które wiążą pozostałe wolne opsoniny i na razie bardziej obniżamy ich ilość. Przetoz pobudzamy komórki ustroju do nowej wzmożonej działalności obronnej i w rezultacie ilość tych substancji obronnych wzrasta. Bezpośrednio przeto po zastrzyknięciu zwykle *I. O.* ulega przez pewien czas obniżeniu, które stopniowo dochodzi do poziomu wskaźnika opsoninowego przed zastrzyknięciem, i ten okres czasu WRIGHT nazywa okresem ujemnym (*negative phase*). Poczem *I. O.* ulega zwiększeniu, dochodzi do *maximum* (*acme*) i znowu obniża się do poziomu, na którym stał przed zastrzyknięciem — okres dodatni (*positive phase*).

Czas trwania okresu ujemnego bywa różny — od 2-ch dni do 3-ch tygodni. Następne wakcynacje dają najlepsze wyniki, gdy je stosujemy jeszcze podczas okresu dodatniego (cel nasz — wywołanie sumowania okresów dodatnich). Występowanie fazy negatywnej po zastrzyknięciu wakcyny jest rzeczą wielkiej wagi i dokładne poznanie jej stanowi o wyborze dawki i o czasie następnego zastrzyknięcia. Przekonano się, że przy zbyt małych dawkach faza negatywna szybko przemija i mało jest zaznaczona, ale zato i faza pozytywna jest krótkotrwała i o słabem napięciu. Duże zaś dawki znacznie przedłużają fazę negatywną — może ona nawet niekiedy trzymać się kilka tygodni. W czasie więc fazy negatywnej nie wolno robić nowej wakcynacji, gdyż fazy te będą się sumowały i iniekcya wyrządzi ustrojowi tylko szkodę.

Z powyższego widać, że stosowanie wakcyny powinno odbywać się pod stałą kontrolą wskaźnika. W praktyce jednak jest to często zbyt kłopotliwe i, jak okazało się z dalszych obserwacji WRIGHT'a i jego szkoły, nie jest konieczne we wszystkich zakażeniach. Tak na przykład wakcynacja w gruźlicy i trypromem zakażeniu musi odbywać się przy kontroli wskaźnika, inne zaś, jak np. zakażenia: paciorkowcami, gronkowcami, laseczką okrężnicą, mogą nie podlegać kontroli wskaźnika [określenie jego jest jednak pożądane], a tylko — kontroli ogólnoklinicznej; są przypadki, w których określenie wskaźnika i w tych razach jest jednak konieczne.

I. STOSOWANIE WAKCYN SPRZEDAŻNEJ I AUTOWAKCYN.

Przy zakażeniach paciorkowcami wakcyna sprzedażna często zawodzi; prawdopodobnie dlatego, że mamy rozmaite gatunki paciorkowców, znacznie różniące się jedne od drugich i co do złośliwości i co do właściwości biologicznych [odczyn z mlekiem, z neutral-roth, sacharozą, laktozą, raffinozą, inulinem, koniferyną, mannitem, a także wzrostem na żelatynie przy 20°C, morfologią na bullionie i działaniem patogennym na myszy], i dlatego przy *streptococcaemia*, o ile to jest możliwe, trzeba stosować autowakcynę. W praktyce spostrzegamy nieraz przypadki z tak szybkim, a często piorunującym przebiegiem, że nie możemy czekać na przygotowanie autowakcyny [na co potrzeba od 2-ch do 3-ch dni, a czasami i więcej czasu], stosujemy więc w tych przypadkach na razie wakcynę sprzedażną. Jeżeli gatunek paciorkowców w danym przypadku jest ten sam lub bardzo zbliżony do gatunku, z którego wakcyna sprzedażna została przygotowana, leczenie może dać pomyślny wynik; w przeciwnym razie dodatnich wyników spodziewać się nie możemy.

W zakażeniach pneumokokami, gonokokami, b. influency, gronkowcami, *micrococcus neoformans*, *b. acne* stosowanie sprzedażnej wakcyny często daje wyniki; lepsze jednak otrzymujemy przy stosowaniu autowakcyny.

Wyodrębnienie bakterii chorobotwórczej jest często utrudnione. Czasami mamy w wydzielinie kilka rodzajów bakterii, więc dla określenia przewagi

jednego z nich w danem zakażeniu określamy wskaźnik (*index*) względem każdego gatunku. Jeżeli wskaźnik względem jednej bakteryi jest bardzo niski lub bardzo wysoki, przyjmujemy dany gatunek za główną przyczynę choroby. Czasami infekcyą może być mieszana, t. j. znajdujemy dwa, trzy rodzaje bakteryi, będące z sobą w symbiozie i w równej mierze będące przyczyną choroby — w takich przypadkach tylko stosowanie mieszanej wakcyny daje pożyśne wyniki.

Pracując w ciągu 1/2 roku w Londynie w *St. Mary's Hospital* pod kierownictwem WRIGHT'a, miałam możność obserwowania wielu przypadków najrozmaitszych zakażeń, leczonych tylko wawkynami.

Wyniki tego były rozmaite: w niektórych infekcyach, np. paciorkowcowych ogólnych, często ujemne, szczególnie przy stosowaniu sprzedajnych wawkyn [przyczyna objaśniona wyżej], w infekcyach zaś gronkowcowych, pneumokokowych, zakażeniach influencowych, w infekcyach *b. coli commun.* [w tem ostatniem zakażeniu przy prawie wyłącznem stosowaniu autowakcyny], w zakażeniu gonokokowem [szczególniej w trypomem zapaleniu oka] wyniki dodatnie były często zadziwiające nawet i bardzo szybko.

Co do gruźlicy, to widziałam wyraźnie polepszenia, a nawet zupełne wyleczenie w gruźlicy stawów, otrzewnej, gruczołów limfatycznych. Poprawę potwierdzał nie tylko wskaźnik, ale i przebieg kliniczny. W wilku skóry, w którym mamy zawsze zakażenie mieszane — laseczniki gruźlicze i gronkowce —, działanie wakcyny kombinowanej jest prawie żadne, gdyż, jak WRIGHT objaśnia, w wilku skóry ginie dużo leukocytów, które oswabdzają ferment (trypsynę) i ten niszczy tkanki otaczające. W jednym obsarwowanym przeze mnie przypadku wilka, WRIGHT uprzednio zastrzyknął chorej trypsynę dla podniesienia sprawności antytrypsynicznej surowicy krwi, i rzeczywiście *lupus*, wielkości dłoni na obu policzkach, nie mający żadnej tendencji do gojenia się, po kilkakrotnem zastrzyknięciu trypsyny, przy jednoczesnem stosowaniu wawkyn, zaczął się goić.

Określanie wskaźnika opsonicznego w gruźlicy jest konieczne. Często mamy tu zakażenie mieszane i nieuwzględnienie drobnoustrojów, towarzyszących gruźliczemu zakażeniu, może doprowadzić do fałszywych wniosków co do działania wakcyny. Zastrzyknięcie wakcyny kombinowanej doprowadza do szybkiej poprawy, co wielokrotnie mogłam skonstatować. Bardzo efektowne jest działanie wakcyny w zakażeniach gronkowcami, jak trądzik, czyraki, węgliki i t. p., przyczem w kilka godzin po zastrzyknięciu, widzimy zmniejszenie bólu, a zupełne wessanie następuje bardzo szybko.

W jednym przypadku przyszycicy ogólnej, trwającym kilka lat, wyleczenie zupełne nastąpiło po kilku zastrzyknięciach. Zakażenia lasecznikami okrężnicy poddają się лечению prawie wyłącznie autowawkynami, a to dlatego, że drobnoustroje te są bardzo indywidualne i różne. Zapalenie pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych, pęcherzyka żółciowego były leczone u WRIGHT'a z doskonałym wynikiem. W jednym przypadku *colit. membranaceae* (infekcyja *b. coli com.*), trwającym lat kilka i bezskutecznie leczonym różnemi metodami, po trzymiesięcznem leczeniu wawkynami przez WRIGHT'a stan chorej, bardzo wyniszczonej przed rozpoczęciem leczenia, stał się kwitnącym. Bardzo dodatnie były wyniki po stosowaniu wawkyn w różnego rodzaju chorobach zakaźnych oczu. Zapalenia łącznicy tryprowe, pseudobłonicze, pneumokokowe przechodziły wprost zadziwiająco szybko, o ile gałka oczna nie była już zniszczona. WRIGHT stosuje zastrzykiwanie wawkyn również zapobiegawczo, np. w czasie epidemii influency; przed ciężkim zabiegiem operacyjnym wstrzykuje wawkynę paciorkowcową; również zaraz po oparzeniach, przy których najczęściej występują zakażenia paciorkowcami. WRIGHT zastrzykuje

też wakcyne paciorkowcą przeciw grubym, dużym, nierozciągliwym bliznom np. po oparzeniu. Widziałam pod wpływem takiej kuracji bardzo ładne rozciągnięcie się blizny na klatce piersiowej i ramieniu u dziecka 6-letniego.

Dotychczasowe wyniki leczenia powyższą metodą w Szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze są również zachęcające, a w przypadku chronicznego (2-letniego) *colit. membranaceae* i *acne* kilkuletniej—wprost zdumiewające.

Przygotowanie autowakcyny w każdym przypadku jest naturalnie niemożliwe dla lekarza praktyka, ale tenże może się posługiwać wakcykami sprzedażnymi, licząc na dobry wynik w zakażeniach pneumokokowych, influencowych, gronkowcowych, ewentualnie i gonokokowych.

II. DAWKOWANIE WAKCYN WEDŁUG WRIGHT'a.

Paciorkowce (na dawkę)—od $\frac{1}{4}$ miliona do 15 milionów bakterii.

Pneumococci w ostrych przypadkach—od 20 do 50-u milionów bakterii na dawkę; w chronicznych—od 5-ju do 10 mil. bakt. na dawkę.

Micrococcus, catarrhalis (na dawkę) od 10 do 300 milionów bakterii.

Micrococcus neoformans (na dawkę) od 15 do 30 milionów bakterii.

B. influenzae (na dawkę) od 5 do 15 milionów bakterii.

Dla wytworzenia odporności w czasie epidemii influency dawka zapobiegawcza—10 milionów bakterii co 2 tygodnie.

B. typhi—tylko zapobiegawcze—1-sza dawka 1000 milionów, druga dawka—2000 milionów (po 10-u dniach).

B. coli commun. (na dawkę) od 1-ego miliona do 200 milionów bakterii.

B. gonococci (na dawkę) od 4 do 50-ciu milionów.

B. acne od 15- do 30-u milionów.

B. thc. (na dawkę) od $\frac{1}{10000}$ miligrama do $\frac{1}{3000}$ miligrama.

Do przygotowania wacykn trzeba brać kulturę młodą 8—18—24-godzinną i, o ile tylko możemy, pierwszą posianą wprost z ogniska, gdyż przeszczerpienie zmniejsza złośliwość bakterii. Jeśli stosujemy szczepienia bez określenia indeksu, trzeba je stosować mniej więcej co 7—10 dni, a w pneumonii ostrej—co 48 godzin.

WRIGHT zwraca uwagę na to, że nie tylko trzeba podnosić index (t. j. odporność organizmu), ale trzeba się starać, żeby był dostateczny przyływ opsonin do ogniska choroby. Tak—ropa może nie zawierać opsonin, należy więc ją usunąć, żeby ułatwić przyływ limfy, bogatej w opsoniny.

Jeżeli mamy zatoki z trudnym odpływem ropy, zatkane ziarniną i ściętą fibriną, zatykającą naczynia limfatyczne, należy ułatwić dopływ, a więc wykonać punkcję i stosować okłady rozgrzewające z 5%-ego roztworu *Natri citrici* i 5%-ego *Natri chlorat*. Pierwszy dekalcytuje limfę, a drugi wywołuje przesiek płynu z naczyń. WRIGHT zwraca uwagę na to, że nie tylko zapomocą wacykn możemy podnieść I. O. To samo robi masaż i stosowanie gorąca.

Leczenie przekrwieniem biernem [BIER] wywołuje podniesienie ogólnej sprawności opsonicznej krwi; to samo robi nukleina, zastrzykiwana podskórnie i drożdże, stosowane *per os* w róży i czyrakach. Działanie drożdży prawdopodobnie zależy tu od zawartej w nich nukleoalbuminy. Surowica przeciwbłonicza, zastrzyknięta tuberkulikom, wywołuje też czasową zniżkę I. O., po której jednak następuje znaczne podniesienie. To samo ma miejsce podczas stosowania surowicy przeciwgruźliczej MARMORKA.

Natrum citricum, podawane wewnątrznie, także zwiększa przyływ opsonin, WRIGHT stosuje 3 dawki po 3,6 w odstępach godzinnych.

Wyniki, obserwowane przeze mnie na oddziale WRIGHT'a, były tak zachęcające, czasami tak świetne, że uważałam za stosowne podać tę notatkę do wiadomości ogółu kolegów, ażeby ich zachęcić do prób nad tą metodą i u nas.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 1-go grudnia odbyła się w Krakowie uroczystość dwudziestopięcioletniego jubileuszu działalności prof. NAPOLEONA CYBULSKIEGO.

O godz. 9-ej z rana w sali wykładowej Zakładu fizyologicznego zebrała się licznie młodzież uniwersytecka. Przybyli również profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz delegaci różnych instytucji naukowych.

Wchodzącego do sali jubilata powitał chór akademicki kantatą, poczem rozpoczęły się przemówienia, które wygłosili kolejno: prof. dr BROK imieniem byłych uczniów i asystentów, prof. dr KŁECKI, jako dziekan wydziału lek. Uniw. Jag., prof. dr WITKOWSKI, jako rektor Uniw. Jag.; w imieniu obecnych uczniów słuchacz II roku medycyny p. PRZYBYLSKI. Z delegatów przemawiali: prof. dr KADYI, jako dziekan wydziału lek. Uniw. Lwowskiego, prof. W. KRYŃSKI z ramienia Tow. Naukowego Warszawskiego oraz Tow. Lek. Warsz., doc. dr PRUSZYŃSKI w imieniu Gazety Lekarskiej, prof. dr BUJWID imieniem redakcji Zdrowia, dr SZŁOZEWKI z Poznania imieniem Towarzystwa lekarzy polskich w Poznaniu, prezes Tow. Lek. Lwowskiego prof. dr RENCKI, prof. CIECHANOWSKI redaktor Przeglądu Lek., dr RADWAŃSKA imieniem asystentów obecnych Zakładu fizyologicznego.

Kol. PRUSZYŃSKI wypowiedział przemówienie treści następującej:

„Drogi Mistrzu!

Jest rzeczą znamionną, że pełna zapału młodzież polska bardziej może niż inna przestępuje progi uczelni lekarskiej nie dla zdobycia kariery życiowej, lecz że ma dwie tylko przed sobą gwiazdy przewodnie; albo zdobycie trudnej sztuki niesienia pomocy cierpiącym, albo też wniknięcie w tę wielką, dla każdego myślącego człowieka ponętną, a tak jeszcze mglistą tajemnicę życia. Przy głębszem wszakże rzeczy rozważaniu łącno przekonać się można, że istotną sprawnością i mocą obdarzyć może sztukę lekarską tylko głębia wiedzy i poznania wielkich prawd zjawiska życia na ziemi.

Ty, Drogi Mistrzu, poświęciwszy trud życia swojego przepięknej nauce fizjologii, stałeś się jednym z najnieodzowniejszych przewodników młodzieży na trudnej drodze zdobywania zarówno umiejętności wykonawstwa zawodu lekarskiego, jak i głębokiego a trzeźwego poglądu na powikłane sprawy, rozgrywane się w ustroju żyjącym.

Że fizjologia panuje w patologii—powiedziano już na początku zeszłego stulecia, ale rozwój tych nauk przekonywał coraz bardziej, że we wszystkich reakcjach ustroju na czynniki chorobne powtarzają się prawa fizyologiczne, rozgrywane się w warunkach szczególnych. I powiedzieć można bez wahania, że nie masz dobrego wydziału lekarskiego, na którym brakłoby dzielnego profesora fizjologa.

I my z radością, a Ty, Czcigodny Panie, z usprawiedliwioną zupełnie dumą przyjąć możesz orzeczenie, że na szali dostojeństwa wydziału lekarskiego prastarej naszej *Alma Mater* stanowisz wagę znamionną, i nie tylko nie obniżyłeś świetlanej w tymże kierunku tradycji MAJERA, ale zgodnie z prawem ewolucji, harmonijnie z potęgującą się kulturą narodu tradycję tę jeszcze wysoce uświetniłeś.

Na wielu najważniejszych polach poszukiwań fizyologicznych zaznaczyłeś myśl Twoją twórczą, czy dotknąwszy się ważnego zagadnienia szybkości krwiotęgu, czy tak blizkiej istoty życia — sprawy ciała zwierzęcego, czy też onego tajemniczego nurtu życiowego we włóknie nerwowym, czy tych nowych zupełnie, tak zadziwiających rolę w gospodarstwie ustroju grających wytworów gruczołowych, wszędzie byłeś w pomysłach genialnym, w wykonaniu nad wyraz wytrwałym, byłeś twórczym, a w twórczości szczęśliwym.

Ale to powodzenie miałeś dlatego, żeś ukochał naukę i dlatego, że ukochałeś rodzime swoje społeczeństwo i zrozumiałeś, że niespożyta moc daje narodom tryumfy ich w dziedzinie zapasów ludzkiego ducha.

I za to cześć Tobie!

I za to do prawdy i wiedzy zamiłowanie i nabożne poszanowanie dla ścisłości metod, która jedna tylko klucz daje do wrót prawdy.

I za to głębokie przeświadczenie, że kochając prawdziwą naukę, dajemy jeden z najwymowniejszych wyrazów miłości ziemi rodzinnej, które wszczepiałeś w liczny zastęp uczniów Twoich.

I za to cześć Tobie, Czcigodny Panie.

W tej naszej stolicy mazowieckiej, gdzie od lat dziesiątków nie dano kulturze polskiej rozwijać się w jedynie płodnych formach narodowej wszechnicy, zespoliło się przed laty trzydziestu grono młodych podówczas lekarzy, które w najgłębszym przeświadczeniu o potrzebie podtrzymywania znicza polskiej twórczej pracy lekarskiej stworzyło ognisko, któremu na imię „Gazeta Lekarska“.

Tego to zrzeczenia zaszczyt mam dzisiaj być wobec Ciebie rzecznikiem i od tych pracowników na niwie literatury polskiej niosę Ci w darze to, co najmilszem Ci być może — bo ducha ich pracę“.

Poczem kol. P. wręczył prof. CYBULSKIEMU numer jubileuszowy Gazety Lekarskiej.

Wszystkie pisma lekarackie polskie uczyły prof. CYBULSKIEGO numerami jubileuszowymi, a prof. BECK złożył książkę, poświęconą jubilatowi i zawierającą zbiór prac dokonanych w Zakładzie fizyologicznym Uniwersytetu Lwowskiego.

W odpowiedzi, nacechowanej nadzwyczajną skromnością, jubilat dziękował za życzenia delegatom, a wydziałowi lekarskiemu Uniw. Jag. za otwarcie mu pola pracy, wreszcie wypowiedział w gorących słowach hołd dla pamięci swojego nauczyciela i przyjaciela ś. p. TARCHANOWA.

Wieczorem tegoż dnia odbył się bankiet w sali Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, na którym liczni mówcy [prof. dr GLUZIŃSKI, prof. dr POPIELSKI, prof. dr NATANSON, prof. dr BORZĘCKI, dr EIGER, prof. dr BECK, stud. med. RUBISÓWNA, dr KWAŚNICKI] podnosili zasługi czcigodnego jubilata jako uczonego, obywatela i zanego człowieka.

Uroczystość bez szumnych zapowiedzi wypadła wspaniale.

— Pierwszy Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego odbędzie się w Łodzi w dniach 4-go i 5-go czerwca 1911 r. Zjazd został zainicjowany przez Łódzkie Towarzystwo Lekarskie, które w roku przyszyłym obchodzi dwudziestopięcioletnie swego istnienia.

Pozwolenie na Zjazd udzielono pod warunkiem, by „na miesiąc przed otwarciem Zjazdu zakomunikowano władzom gubernialnym piotrkowskim szczegółowy program odczytów i innych czynności Zjazdu“.

Do komitetu organizacyjnego Zjazdu] Towarzystwo Lekarskie Łódzkie powołało panów: W. CHODZKĘ, Ks. JASIŃSKIEGO, W. JASIŃSKIEGO, M. KAUFMANA, A. KBU-SCHEGO, J. MAYBAUMA, J. MICHAŁSKIEGO, A. PAŃSKIEGO, L. PRZEDBORSKIEGO, S. STERLINGA i H. TRENNERA.

Pierwszą czynnością Komitetu było rozesłanie do wszystkich Towarzystw lekarskich prowincjonalnych następującej odezwy:

„Szanowni Koledzy!

Z okazji 25-lecia istnienia Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego postanowiliśmy urządzić w Łodzi na Zielone Świątki roku 1911 pierwszy Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego.

Charakter pracy zawodowej i warunki bytowe lekarzy prowincjonalnych stawiają przed nimi szereg zagadnień, które są obce większości kolegów stołecznych.

Praca zawodowa zdala od wielkich ognisk ruchu naukowego, bez szpitali lub w szpitalach licho wyposażonych, bez pracowni naukowych, bez instytutów terapeutycznych—zmusza do improwizowania niejako środków i sposobów przystosowania postępów sztuki leczniczej do potrzeb praktyki. Jest tu szereg zagadnień żywotnych, bo zdrowie większości mieszkańców Królestwa mających na widoku, a jednak nieco na uboczu od gościńca głównego postępu nauk lekarskich leżących.

Więc też takich zagadnień nie roztrząsa się na zjazdach ogólnolekarskich, tem bardziej na zjazdach specjalistów.

Roztrząsane one być mogą na zjeździe lekarzy prowincjonalnych, te jedynie sprawy w programie mającym.

Naczelnym tematem Zjazdu będzie np. sprawa sposobów podniesienia żywotności tych ognisk naukowych, jakie mamy w postaci szpitali i towarzystw lekarskich prowincjonalnych; od lat paru widzimy tam zamieranie lub nawet zupełny zastój.

Takie i podobne sprawy nie mogą być przedmiotem obrad zjazdów ogólnych; rzadko też na nich zabiera głos lekarz prowincjonalny. W nałmiarze skromności i z istotną szkodą dla przebiegu rozpraw redukuje on zazwyczaj udział swój do roli jedynie słuchacza.

Inaczej się to ułoży, kiedy on właśnie będzie się czuł gospodarzem, kiedy jego potrzeby będą osią rozpraw i dociekań.

Potrzebę takich Zjazdów poruszono w Łodzi już w r. 1889, kiedy w prospekcie do „Czasopisma Lekarskiego“ mówiono: o konieczności peryodycznego porozumiewania się osobistego w kwestyach „zadań dnia powszedniego“; o wartości zjazdów, które „systematyzują zadania naukowe i społeczne“ w zakresie potrzeb i możliwości pracy lekarskiej na prowincyi.

Podjmując pracę organizacyi I zjazdu lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego, jesteśmy przejęci przekonaniem, że w pracy towarzyszyć nam będą wszyscy koledzy prowincjonalni, a przedewszystkiem towarzystwa lekarskie.

Dlatego zwracamy się do Szanownych Panów z uprzejmą prośbą o zorganizowanie Podkomitetu Zjazdowego—z trzech osób złożonego—któryby:

- 1) zyskiwał prelegentów,
- 2) zyskiwał członków Zjazdu,
- 3) był łącznikiem między komitetem organizacyjnym a ogółem lekarzy danej prowincyi Królestwa.

W niepłonnej nadziei, że Szanowni Panowie przyczynią się Swą pracą do powodzenia naszych zamiarów, dziś prosimy najuprzejmiej o możliwie szybkie zakomunikowanie nam nazwisk członków Podkomitetu⁴.

— Komitet Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Warszawie dnia 6-go, 7-go i 8-go października r. b., przystępując do druku Pamiętnika Zjazdu, uprasza uprzejmie o łaskawe nadesłanie jak najrychlej zgłoszonych na Zjazd wykładów [w oryginale lub dokładnem streszczeniu] na ręce Sekretarza Zjazdu [dr ZEMBRZUSKI—ul. Nowogrodzka 26]. Wykłady, nie przysłane przed 1-ym stycznia r. 1911, nie będą mogły być umieszczone w Pamiętniku.

— W Moskwie 29-go i 30-go grudnia r. b. odbędą się posiedzenia Rady Ligi do walki z gruźlicą, na których oprócz spraw administracyjnych omawiane będą sprawy następujące: 1) Znaczenie sanatoryjów w Rosyi dla leczenia gruźlicy i dla walki z nią. 2) Leczenie swoiste gruźlicy w zastosowaniu do leczenia indywidualnego i do walki społecznej. 3) Rejestracya i statystyka gruźlicy w Rosyi. 4) O leczeniu gruźlicy ambulatoryjnym i szpitalnym. 5) Szpitale i sanatoria dla

suchotników. 6) Leczenie kumysem, jako jeden z czynników do walki z gruźlicą. Na posiedzeniach tych mogą być obecni wszyscy członkowie Ligi. Adres Zarządu Ligi: Moskwa—Małaja Bronnaja 4 m. 15.

— Wyszedł z druku 211-y odczyt kliniczny, jako 7 zeszyt XVIII seryi odczytów, wydawanych przez redakcyę naszego pisma p. t. Nowotwory mózgu i rdzenia oraz symulujące je stany pokrewne, napisany przez kol. HIGIERA z właściwą mu erudycyą i znajomością rzeczy. Temat jest bardzo aktualny w dobie coraz częstszego stosowania interwencyi chirurgicznej w dziedzinie do niedawna dla chirurgii niedostępnej. Ścisłe odróżnianie spraw, które guzy symulują i mogą być na innej drodze skutecznie leczone, z drugiej zaś strony wczesne rozpoznawanie guzów i kwalifikowanie do operacyi—oto zadania, które ma przed sobą każdy lekarz w szpitalu i w praktyce prywatnej. Odczyt napisany jest w ten sposób, że mogą zeń korzystać nie tylko neuropatolodzy, ale wszyscy interniści, którzy są zmuszeni pogłębiać swoje wiadomości z dziedziny neurologii, jeżeli chcą stać na wysokości współczesnych wymagań kliniki chorób wewnętrznych.

— Z VI-go sprawozdania z działalności Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem [ref. Dzuski i S. Rudzki] dowiadujemy się, że w r. 1909 leczyło się tu 350 chorych [Polaków 299, Rosyan 33, Rusinów 13, 2 Niemców, 1 Francuz, 1 Węgierka i 1 Gruzinka]. Do ścisłej statystyki weszło tylko 303, gdyż pozostali 47 leczyli się mniej niż dni 30. Z tej liczby 66-u chorych leczyło się po raz drugi w Sanatorium, 16-u—po trzeci i 9-u—po czwarty. Oprócz metody higieniczno-dyetytycznej stosowano u 40-u chorych tuberkulinę BERANECK'a [TBK], otrzymując nader pomyślne wyniki u ciężko chorych na płuca nawet z powikłaniami w innych narządach. Chorzy werandują obowiązkowo 6 godzin, niektórzy dłużej. Na 222-u chorych, którzy przyjechali z gorączką, utraciło gorączkę osób 87; ze 118-u osób, które miały laseczniki gruźlicze, utraciło je osób 21. Przybytek na wadze w ciągu 100 dni wynosił u 242-u osób—6,4 klg. [t. j. w 80% ogółu chorych]. Poprawę znaczną otrzymano w 55%, względną w 31%, pogorszenie u 3%, zejście śmiertelne 1, 3% [4 chorych]. W 1-ym okresie gruźlicy otrzymano poprawę u 36%, w 2-gim u 39%, w 3-im u 25%. Główną dostarczycielką chorych jest Galicya (117), dalej Rosya (114), Królestwo i Warszawa (83+30=113), Księstwa Poznańskie (5). Frekwencya zakładu stale wzrasta (o 75%): powiększenie frekwencyi wypada na Galicyę i Rosyę, frekwencya z Królestwa zato się zmniejsza (z 38,5% do 32,3%).

— Wszecławiatowy związek lekarzy - esperantystów „Teko“ wydaje miesięcznik naukowy p. t. *Internacia Medicino*, mający głównie za zadanie poruszanie kwestyi lekarskich międzynarodowych. Przedpłata roczna wynosi rub. 3; numer pojedynczy kosztuje kop. 30. Członkowie związku otrzymują pismo bezpłatnie. Adres wydawnictwa Kötzschenbroda—Drezno.

— W Sosnowcu gub. Piotrkowskiej pozwolono zbierać składki do wysokości 100 tysięcy rubli na budowę nowego szpitala miejskiego.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 23-go do 29-go października r. b. do szpitali warszawskich przybyło 129 chorych dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 7, odrą 6, płonicą 25, błonicą 5, różą 14, tyfusem plamistym 7, tyfusem brzuszny 17, grypą 5, zapaleniem płuc 41, kokluszem 1 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 19 osob, mianowicie: na ospę 1, płonicę 4, różę 2, tyfus brzuszny 2, zapalenie płuc 9 i biegunkę krwawą 1. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 58 osob, mianowicie: na ospę 4 osoby, na odrę 5, płonicę 36, błonicę 2, różę 2, tyfus brzuszny 4, biegunkę krwawą 1 i koklusz 4.

Od 30-go października do 5-go listopada przybyło do szpitali warszawskich 157 osob, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 5, odrą 7, płonicą 43,

blonicą 7, różą 14, tyfusem brzuszny 19, tyfusem plamistym 12, grypą 4, zapaleniem płuc 44 i kokluszem 1.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 14 osób, mianowicie: płonicę 2, tyfus brzuszny 3 i zapalenie płuc 9. W całym zaś mieście w tymże czasie na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, zmarło 59 osoby, mianowicie: na odrę 5, płonicę 27, blonicę 9, różę 3, tyfus brzuszny 5, koklusz 5 i na biegunkę krwawą 5.

W ciągu tygodnia od 6-go do 12-go listopada przybyło do szpitali warszawskich 139 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 5, odrę 6, płonicę 25, blonicę 12, różę 22, tyfus plamisty 10, tyfus brzuszny 13, grypę 2, zapalenie płuc 42, koklusz 1 i biegunkę krwawą 1.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 16 osób, mianowicie: na ospę 1, płonicę 4, blonicę 1, tyfus brzuszny 3, zapalenie płuc 7. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 50 osób, mianowicie: na ospę zmarły 4 osoby, odrę 9, płonicę 25, blonicę 1, różę 1, tyfus brzuszny 3, tyfus plamisty 1 i na koklusz 6.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła dnia 6-go listopada 2757, w dniu zaś 12-go tegoż miesiąca 2936.

— Izba lekarska wiedeńska zwróciła się do ministerjum kolejowego z prośbą o udzielenie wolnych biletów przejazdu dla lekarzy, pragnących przyjechać na kursy choleryczne, jakie zamierzano urządzać specjalnie dla lekarzy prowincjonalnych. Ministerjum zgodziło się na zniżkę 50% -ową dla tych lekarzy, którzy przedstawiają świadectwo ubóstwa!

— **Zmarli.** W dniu 30-go listopada r. b. zmarł w Warszawie w 70-ym roku życia b. p. SZYMON PORTNER, od r. 1879 do ostatnich chwil naczelny lekarz Szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego fundacyi BERSOHN'ów i BAUMANN'ów. Stopień doktora medycyny uzyskał w Warszawie w 1869 r. po obronie doświadczałnej rozprawy o działaniu soli potasowych na krążenie krwi. Oprócz spawozdań szpitalnych, oraz przekładu na język polski fizjologii L. HERMANN'a [w r. 1865] wydał drukiem katalog księgozbioru Tow. Lek. Warsz., będąc między rokiem 1867 a 1870 Bibliotekarzem tegoż Towarzystwa. Od r. 1870 do 1885 r. pełnił obowiązki Podskarbiego Tow. Lek. Warsz.

SPROSTOWANIE. W Nr-ze 45-ym Gazety Lekarskiej w artykule „Spostrzeżenia uad moczówką cukrową“ na stronie 1109 w pierwszym wierszu u góry, zamiast: „cukru 0,6%“, powinno być: cukru 6%“.

Od Wydawcy.

Wobec kończącego się roku upraszamy o nadsyłanie przedpłaty na r. 1911. Sz. prenumeratów zalegających w opłacie prosimy o uregulowanie rachunków.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



LEYSIN

na linii Symplońskiej Szwajcarya
francuska
1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte
Grand Hotel Pensjonat od 12 fre.
Montblanc } łącznie z { „ 11 „
Chamossaire } lecze- { „ 9 „
Anglais } niem { „ 11 „

4 Sanatoria:

Specjalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powietrzem górskim. Prospekty bezpłatnie.

Dyrekcya

ZIARNA VICHY
GRAINS DE VICHY

LECZA
ZAPARCIE

1-2 wieczor. przed jedzeniem.
We wszystkich aptekach.

Sprzedaż główna
w składzie Tow.

Akcyjnego

Ludwik Spiess i Syn

Cena pudełka kop. 80.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué

VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm

podagrę

artretyzm

Reprezentant: **Charles Fortier**
Moskwa

Małaja Łubianka N-r 14.



Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



LEYSIN

na linii Symplońskiej Szwajcarya
francuska
1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte
Grand Hotel Pensjonat od 12 fre.
Montblanc } łącznie z { „ 11 „
Chamossaire } lecze- { „ 9 „
Anglais } niem { „ 11 „

4 Sanatoria:

Specjalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powie-
trzem górskim. Prospekty bezpłatnie.

Sprzedaż główna

w składzie Tow.

Akcyjnego

Ludwik Spiess i Syn

Cena pudełka kop. 80.

ZIARNA VICHY
GRAINS DE VICHY

LECZA
ZAPARCIE

1-2 wieczor. przed jedzeniem.
We wszystkich aptekach.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne
pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué

VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm

podagrę

artretyzm

Reprezentant: **Charles Fortier**
Moskwa

Małaja Łubianka N-r 14.

