

# GAZETA LEKARSKA

## I. O nowym sposobie zastosowania zieleni malachitowej w celu wyosobnienia laseczników grupy tyfusowej.

Praca dokonana w pracowni na forcie Cesarza Aleksandra I, filii Instytutu Medycyny  
Doświadczalnej w Petersburgu

Przez

Leona Padlewskiego.

Badania wypróżnień celem rozpoznania duru brzuszego nie posiadają na ogół wartości rozstrzygającej, a to z tej przyczyny, że w początkach choroby następuje się wielka trudność odszukania laseczników swoistych, oraz że stosowanie odnośnych badań przy obecnym stanie ich metodyki bywa wielce kłopotliwe, wymaga wiele czasu i dużej w tym kierunku wprawy. Skoro zaś w pewnym okresie przebiegu cierpienia występuje w wypróżnieniach i moczu znaczna liczba laseczników, natenczas objawy chorobne są tak wyraźne, że badania rzeczone już są zbyteczne. W początkowym okresie choroby możemy się spodziewać dodatnich wyników usiłowań odszukania laseczników we krwi chorych, postępując podług wskazówek CONRAD'iego i KAYSER'a.

Pomimo pozornej bezwartościowości, z klinicznego punktu widzenia, badań bakteriologicznych wypróżnień tyfusowych, w ostatnich czasach badania te zostały uwzględnione i skwapliwie podjęte przez bakteriologów i higienistów.

Dla ich uskutecznienia w Niemczech założono wiele [38] pracowni wyłącznie przeznaczonych do badań nadsyłanych prób wypróżnień oraz moczu chorych tyfusowych lub podejrzanych o tę chorobę.

Najlepsze o tem pojęcie dają wydatki, związane z tego rodzaju badaniami. W rocznym np. okresie w 5-u pracowniach z liczby 38-u spotrzebowano na badanie wypróżnień tyfusowych około 11-u tysięcy litrów agaru pożywkowego o wartości: w razie przyrządzania podług przepisu DRIGALSKIEGO i CONRADI'ego — 18,975 marek, i 7700 marek, jeżeli agar był przyrządzany sposobem *Endo*—[KLINGER] (1). Najwymowniejszy jest to dowód poważnego traktowania tego rodzaju badań i ich celowości.

Czemże się uzasadniają tego rodzaju usiłowania? Studya nad etyologią duru brzuszego niezawodnie okazały, że wybitnym czynnikiem rozszerzania się tej choroby jest każdy osobnik cierpiący na dur, następnie wyzdrowienie w przeciągu pewnego okresu po rzekomem wyzdrowieniu, tudzież, należy mniemać, osobnik cieszący się zdrowiem, ale mający styczność pośrednią lub bezpośrednią z tyfusowymi.

Wszystkie osoby trzech tych kategorii, przechowując w ustroju swym w przeciągu dłuższego czasu zarazek swoisty, roznoszą go i wytwarzają nowe ogniska epidemii tyfusowej.

Z tej więc racy jużto z punktu widzenia epidemiologii, już też higieny społecznej, wysuwa się potrzeba pilnego czuwania nad osobnikami „przenoszącymi laseczniki durowe“. Wobec pominięcia badań bakteriologicznych w możliwie najszerszym zakresie, walka z epidemią tyfusową jest bezowocna.

Przy obecnym stanie wiedzy lekarz nie może ściśle oznaczyć chwili zupełnego wyzdrowienia po tyfusie, biorąc za punkt wyjścia jedynie wznowienie sił utraconych i prawidłowego biegu czynności ustrojowych. Piecza o zdrowotność ogólną zniewala go do określenia chwili, istotnego „wyzdrowienia bakteriologicznego“, to jest czasu, gdy wyzdrowieniec utracą możność rozsiewania zarazka, *resp.* laseczników tyfusowych, zawartych w jego wypróżnieniach.

W szeregu istniejących metod wykrycia prątków durowych najbardziej cieszy się uznaniem swoista pożywka, której składnikiem jest zieleń malachitowa (*Malachitgrün*). Nią właśnie w Niemczech posługują się pracownie do badań wydzielin tyfusowych.

W jednej zaledwie pracowni stosuje się wyłącznie pożywkowy agar niebieski DRIGALSKIEGO i CONRADI'ego, w 10-u zaś innych używa się agaru z zielenią malachitową o składzie nieco zmienionym [SIMON] (2).

Agar w połączeniu z zielenią malachitową tem się wyróżnia wśród innych metod, że na tej pożywce przy właściwem rozcieńczeniu opornie rozwijają się wszystkie laseczniki zawartości jelit i w ich rzędzie lasecznik okrężnicy, (*bact. coli commune*), natomiast lasecznik tyfusowy względnie lepiej przystosowuje się do barwikowej pożywki i nie utracą zdolnienia rozrostu na agarze z dodatkiem rzeczzonego barwika, w ilości odpowiedniej. Zwłaszcza obficie rosną na pożywce rzeczzonej laseczniki paratyfusowe.

LOEFFLER (3), ujawniwszy właściwość malachitowo-zieleniowej pożywki w kierunku wskazanym, zastosował ją do celów bakteriologicznych; następnie

LENZ i TIETZ (4) posilkowali się nią przy swej metodzie badań „wzbogacenia laseczników tyfusowych”.

Wielu bakteriologów przy zastosowaniu tego sposobu otrzymali wyniki bardziej zadowalające, aniżeli przy stosowaniu innych zabiegów. Pomyślność sprawy warunkuje pewne oznaczone rozcieńczenie barwika zielonego przy odpowiednim odczynie agaru.

Zewnętrzne cechy kolonii vegetujących na zielonym agarze na tyle są wyraziste, iż umożliwiają rozpoznanie do pewnego stopnia odmiennych szczepów. Otóż szczep lasecznika durowego po 24-ch godzinach od chwili przeszczepienia posiada wygląd drobnych kolonii wielkości ziarnka piasku, które w przeciągu 2—3 dni osiągają większą objętość, zmieniają barwę zieloną, zabarwiając pożywkę na kolor żółty. Brzegi kolonii stają się zazębione; przy rozpatrywaniu nawet przy nieznacznym powiększeniu dostrzega się brózdowatość kolonii. Kolonie laseczników paratyfusowych jednoczasowego okresu vegetacji posiadają wymiar o wiele większy, nie są w tym stopniu przezroczyste, są nieco zmętnione, przy tem agar zielony bardziej zabarwiają na kolor żółty, niżli laseczniki tyfusowe.

Niemniej spostrzeżenia LENZ'a i TIEZ'a, NOWACK'a (5) i wielu innych wyświetliły, że omawiana zewnętrzna cecha nie rzadko jest na tyle słabo uwydatniona co do kolonii tyfusowych, że nie może być dla nich poczytywana za swoistą, albowiem tenże wygląd posiadają i inne szczepy drobnoustrojów przebywających w jelitach, zwłaszcza bakterye o odczynie alkalicznym, tudzież niekiedy hodowle niektórych odmian lasecznika okrężnicy. KYROLYFI (6), przeprowadzając hodowle na agarze zielonym, otrzymywał kolonie laseczników tyfusowych i drobnoustrojów jelitowych, różniące się znacznie od obrazów, podanych przez LOEFFLER'a (3); mianowicie, laseczniki tyfusowe nie zmieniały barwy ciemno-zielonej agaru, gdy natomiast laseczniki okrężnicy odbarwiały go widocznie i przybierały barwę żółtą.

W hodowli na żelatynie, zaprawionej zielenią malachitową, KYROLYFI nie zauważył takich zewnętrznych cech szczepów czyto tyfusowych, czy też innych, któreby mogły być użytkowane w celach rozpoznawczych.

Brózdowatości swoistej dla szczepu laseczników tyfusowych również nie dostrzegał. LOEFFLER, zaleciwszy następnie agar w odmiennej kombinacji, zaznacza, że barwa agaru pod wpływem rozrostu drobnoustrojów tyfusowych staje się bardziej ciemną.

Musimy więc odmówić wszelkich podstaw ścisłości w określeniu wyglądu rozrostu laseczników tyfusowych, nadto z powodu drobnutkiego wymiaru ich kolonii rozpoznanie ich napotyka na wielkie trudności.

Co się zaś tyczy bakteriobójczych własności zieleni malachitowej, to pod tym względem panuje rozbieżność zapatrywań i sądów u wielu badaczy. Jedni przyznają pewnemu rozcieńczeniu barwika wpływ tamujący rozwój lasecznika okrężnicy oraz wielu innych drobnoustrojów, inni natomiast wypowiadają się wręcz odmiennie.

Wniosek ostateczny po rozpatrzeniu wszystkich prac o tym przedmiocie traktujących, należy sformułować w ten sposób, że usunięcie zupełne

rozrostu lasecznika okrężnicy, staje się niemożliwe bez wyrządzenia współrzędnie wielkiej szkody wegetacji laseczników tyfusowych; że rozwój ostatnich mocno się wstrzymuje, przytem niektóre ich osobniki nawet obumierają przy rozcieńczeniu [1 : 600] zieleni malachitowej, zwykle używanem.

Wpływ na rozwój tych lub innych drobnoustrojów zieleni malachitowej uzależniają w stopniu wybitnym różne czynniki: jużto zmienność składowych części różnych gatunków barwika, już terminowość jego przechowywania, już odczyn pożywki, już też siła życiowa i właściwości osobnicze. Gdy się zwrócimy do „metody wzbogacenia“ laseczników durowych przez pożywki z domieszką zieleni malachitowej, to dostrzeżemy, że w danym razie przeróżne okoliczności poboczne odgrywają rolę decydującą.

Nie rzadko się przytrafia, że przy splukiwaniu roztworem fizyologicznym płytki zielonej wiele kolonii drobnoustrojów, podobnych do lasecznika okrężnicy, łatwiej się splukuje i zamienia się na zawiesinę, aniżeli kolonie tyfusowe.

Przeszczep zawiesiny może nie ujawnić wcale obecności w niej kolonii tyfusowych. Również tak się rzecz ma z metodą wzbogacenia LOEFFLER'a przy szczepieniu na pożywce żelatynowej z dodaniem kwasu fosforowego oraz zieleni malachitowej (*Malachitgrün*). NEUMANN, (8) posługując się tą metodą, osiągnął wyniki ujemne. Wogóle streściwszy całą tą sprawę, na zasadzie spostrzeżeń dokonanych przy stosowaniu metody wzbogacenia, polecanej przez LENZ'a i TIETZ'a, dochodzimy do wniosku, że lubo metoda rzeczona zwiększa widoki powodzenia, nie mniej podstawy niezbitej nie posiada.

Do ujemnych stron tej metody winniśmy zaliczyć i tę okoliczność, że na otrzymanie wyników ostatecznych potrzeba co najmniej dwu dni.

Zarówno ujemnie wpływa na postać rzeczy silne zabarwienie na zielono agaru, przezco niektóre poważne szczegóły drobnitkich kolonii w mikroskopowaniu przy słabem powiększeniu stają się niedostrzegalnymi. To samo dotyczy także zastosowania zielonego agaru LEUCHS'a (9), sporządzonego z dodaniem dekstryny, tudzież agaru NOWACK'a (5), w którym zamiast bulionu mięsnego użyty został ekstrakt LIEBIG'a.

Ze względu na te ujemne strony agaru z dodaniem zieleni malachitowej, zdawało mi się, że pożądane jest otrzymanie takiej pożywki, któraby działała hamująco na rozwój niektórych drobnoustrojów, nie oddziałując szkodliwie na rozwój laseczników duru, owszem umożliwiając obfity ich rozrost. Przytem moglibyśmy bez uszczerbku dla sprawy pominąć mniej lub więcej obfity rozwój lasecznika okrężnicy, skoroby zewnętrzny wygląd kolonii dawał punkt oparcia do szybkiego i łatwego wyodrębnienia drobnoustroju poszukiwanego.

W pewnej mierze warunkom rzeczonym zadość czyni fuksynowy agar *Endo*, z nadmienieniem atoli, że barwik rubinowy z łatwością rozplywa się i utrudnia rozpoznanie kolonii tyfusowych, umiejscowionych w pobliżu kolonii drobnoustrojów jelitowych; kolonie laseczników tyfusowych są stosunkowo mniejsze, aniżeli kolonie laseczników okrężnicy. Nadto na tejże pożywce niekiedy wyjątkowo niektóre szczepy tyfusowe osiągają odcień rubinowy, tudzież szczepy

drobnoustrojów jelitowych, uprzednio rubinowe, następnie mogą odbarwiać się, jak to wykazali RUATA (10) i FUERNTRATT. Prócz tej niedogodności na pożywece omawianej może się plenić bardzo dużo drobnoustrojów postronnych, co zniewala do ograniczenia materiału szczepiennego; stąd widoki powodzenia badań o wiele się zmniejszają. Bez wątpienia laseczniki durowe, jako słabo odporne, na agarze *Endo* albo wcale nie rosną, lub też dają plon nader skąpy.

Na zasadzie spotrzeżeń, poczynionych w roku 1894 przez MARPMANN'a (12) nad przydatnością [w celach rozpoznawczych niektórych drobnoustrojów] agaru z dodatkiem zieleni malachitowej, odbarwionej przy pomocy obojętnego siarczynu sodu, powzięliśmy zamiar zastosowania podobnego agaru z dodaniem cukru mlecznego oraz zieleni malachitowej, odbarwionej obojętnym siarczynem sodu.

W ten to sposób stwarza się pożywka, jednocząca zalety zieleni malachitowej oraz fuksynowego agaru *Endo*.

Odczyn barwny, który występuje w danym razie za sprawą przeróżnych drobnoustrojów na tem właściwie polega, że rozkładający się cukier mleczny wytwarza kwas, ten zaś zakwasza zredukowaną przez siarczyn sodu zasadę zieleni.

Należy przypuszczać, że mamy tutaj do czynienia prócz rozkładu cukru mlecznego z innymi procesami, powstającymi na drodze działania kwasów przy współdziałaniu drobnoustrojów. Nastęrczały się wszakże pewnego rodzaju trudności przy dokonaniu mieszaniny ze składników omawianej pożywki. Przy dodaniu do roztworu krystalicznej, chemicznie czystej zieleni malachitowej (*Malachitgrün crist. chemisch rein*—najczystszy preparat w szeregu innych zieleni, będących w handlu) roztworu obojętnego siarczynu sodu, tworzy się kłaczkowaty nierozpuszczalny osad. Dodając do agaru przesącz barwika, otrzymujemy zaledwie po upływie dni kilku nader nikły odcień zielonkawy szczepów drobnoustrojów jelitowych.

Jeżeli do mieszaniny roztworu barwika dodać nieco żółci naturalnej, to przy połączeniu się jej z obojętnym siarczynem sodu nie występuje wskazany osad; barwik zielony przy zachowaniu stosunku wiadomego tej soli staje się bezbarwnym; osiągamy ostatecznie przezroczysty, jak woda, płyn bez osadu. Skoro zaś przyrządzimy pożywkę agarową łącznie z cukrem mlecznym i owym płynem, to na niej będą rozrastać się drobnoustroje jelitowe zielonego koloru, grupa zaś drobnoustrojów tyfusowych rozrośnie się w postaci kolonii uprzednio bezbarwnych, następnie przybierając żywy żółto-żłocisty kolor, pozostaje przezroczystą. Wypada atoli zaznaczyć, że odczyn barwny występuje nie wcześniej jak po dwu dniach, tudzież że nie posiada dość wybitnej wyrazistości.

Zdołaliśmy jednak ujawnić, że dodanie do agaru, przyrządzonego w sposób wskazany, żółci siłę odczynu wzmacnia, barwność szczepów szybko uwidocznia się już po 6—12 godzinach; nadto uzyskaliśmy wyrazistość, jakiej uprzednio brakowało.

Wreszcie kolonie tyfusowe w tym okresie czasu wskazanego rozwijają się obficie, i uzyskują większą wymiarowość; niekiedy bywają nawet większe niżli kolonie drobnoustroju jelitowego. Przed wzrokiem naszym roztacza się widok w tym stopniu uchwytny, iż rozproszone na płytce pojedyncze kolonie tyfusowe, możemy wyosobnić. Możliwem się okazało wyodrębnienie pojedynczej kolonii tyfusowej, umiejscowionej wśród mnogości innych, w przybliżeniu z pośród 2700 kolonii rozsianych na płytce 10 ctm. średnicy. Wiadomem zaś jest, że na agarze DRIGALSKIEGO i CONRADI'ego rozpoznawczość kolonii pojedynczych występuje w tych zaledwie warunkach, jeśli na dużej płytce [20 ctm. średnicy] pełni się nie więcej nad 600 kolonii [LOEFFLER] (3). Dodatek żółci sprzyja rozwojowi laseczników tyfusowych na tym agarze przeciwnym; o tem upewnia nas dorobny rozwój kolonii, które po 20—24 godzinach rozwijają się w tymże stopniu, a nawet w wyższym, niż na agarze zwykłym.

[D. n.].

---

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA.

## Badania kliniczne nad surowicą przeciwgruźliczą Marmorka.

Podali

Alfred Sokołowski i Bolesław Dębiński.

Ordynator.

Asystent oddziału

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25].

By wyrobić sobie pogląd własny na sprawę leczenia suchot płucnych surowicą MARMORKA, postanowiliśmy przeprowadzić odnośne badania na oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu Św. Ducha. Badania te byliśmy w stanie wykonać li tylko dzięki uprzejmości dra MARMORKA, który łaskawie dostarczał nam tyle surowicy<sup>1)</sup>, ile tylko doświadczenia nasze wymagały, za co mu na tem miejscu składamy serdeczne podziękowanie.

Według wskazówek jego, wybieraliśmy, o ile na to pozwalał materiał szpitalny, chorych w średnich okresach suchot płucnych. Zarówno bowiem chorzy w początkowych okresach gruźlicy z powodu częstej poprawy bez stosowania żadnych metod leczniczych, jako też suchotnicy ze zbyt posunię-

---

<sup>1)</sup> Surowica ta jest przeciwgruźliczą i przeciwstreptokokową.

tą sprawą z powodu ogólnego wyniszczenia, nie nadają się do tego rodzaju badań.

Z 20-u chorych, u których stosowaliśmy surowicę MARMORKA, jeden tylko [Nr. 4] przedstawiał wątpliwości rozpoznawcze. Miał on wprawdzie objawy zgęszczenia u prawego szczytu, lecz w płwocinie, pomimo wielokrotnych badań, laseczników KOCH'a nie wykryto. U 19-u pozostałych chorych rozpoznanie gruźlicy było pewne [laseczniki K. w płwocinie].

Dwu chorych [Nr. 7 i 9] można zaliczyć do 1-go okresu gruźlicy płucnej [według SOKOŁOWSKIEGO] [zgęszczenie szczytowe bez rzężeń].

9-u chorych [Nr. 3, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 19 i 20] znajdowało się w 2-gim okresie gruźlicy [zgęszczenie szczytowe z rzężeniami suchymi lub wilgotnymi].

Wreszcie u 8-n chorych [Nr. 1, 2, 5, 6, 10, 11, 13 i 18] suchoty dosięgły już ostatniego okresu [rozpad i jamy].

3-ch z chorych powyższych [Nr. 13, 15 i 18] dotkniętych było powikłaniem krtaniowem (*laringitis tbc.*).

Warunki, w jakich znajdowali się chorzy przed i w czasie leczenia surowicą, były jednakowe. Dyeta była zwykła, szpitalna. Jedna grupa chorych [pierwszych 10-u] była leczona w lecie [lipiec, sierpień i wrzesień] i leżała na t. zw. werandzie, urządzonej w ogrodzie szpitalnym, druga zaś grupa [ostatnich 10-u] leczona była w zimie [październik, listopad, grudzień i styczeń] na sali szpitalnej, przyczem sala była dobrze przewietrzana.

Przed rozpoczęciem stosowania surowicy chorzy poddawani byli szczegółowej obserwacji przez tydzień lub parę tygodni, przyczem badano dokładnie: 1) stan ciepłoty; 2) tętno; 3) oddech; 4) stan kaszlu; 5) jakość i ilość płwociny; 6) liczbę laseczników; 7) stan ogólny i wagę ciała i 8) objawy fizykalne. W okresie stosowania surowicy i później śledziliśmy, czy pod jej wpływem zachodzą jakie zmiany w objawach powyższych.

Co do techniki stosowania surowicy, to u niektórych chorych stosowaliśmy ją podskórną, u innych zaś *per rectum*. Przy stosowaniu podskórnem [10 ctm. sz. co 2-gi dzień] pierwsze kilka wstrzyknięć zwykle znoszone były dobrze, lecz po 4—5 wstrzyknięciach występowały następujące objawy: bole w stawach i w krzyżu, bole głowy, wymioty, podniesienie się ciepłoty do 40°, pokrzywka, stan ogólny bardzo ciężki [chorzy leżeli bez ruchu, jęcząc przez tydzień do 10 dni]. Kaszel i ilość płwociny powiększały się; w objawach fizykalnych wyraźnych zmian nie spostrzegano. Ze szczególnem natężeniem występowały powyższe powikłania u suchotników w 3-im okresie [Nr. 1, 2]. U chorych w 1-szym i 2-gim okresie gruźlicy [Nr. 3, 4, 7, 8, 9] powikłania były lżejsze i ograniczały się do pokrzywki, zaczerwienienia (*erythema*) dookoła miejsca wstrzyknięcia surowicy, lekkich bólów stawowych i t. p.

Podobne powikłania lub jeszcze cięższe, jak sinica, duszność, *collapsus* i t. d. spostrzegali prawie wszyscy autorowie [KROKIEWICZ i ENGLENDER, HYMAN i POLAK DANIELS, HOLMSTROEM, HOLMBOE i t. d.]. Od czasu badań ARTHUS'a, PIRQUET'a i MARFAN'a wiadomo, iż objawów powyższych nie na-

leży kłaść na rachunek własności swoistych surowic, surowica bowiem końska normalna po kilkakrotnem wstrzyknięciu wywołuje takie same objawy (*anaphylaxie*). Bądź co bądź objaw ten (*anaphylaxie*) w przypadkach, gdzie surowicę należy zastrzykiwać przez czas dłuższy, sprawę ogromnie utrudnia. Co się nas tyczy, to wobec podobnych powikłań stosowanie podskórne surowicy uznaliśmy za niemożliwe i postanowiliśmy posługiwać się tylko metodą wlewania do odbytnicy według FREY'a i MANNHEIM'a. Wlewanie dokonywaliśmy według wskazówek MARMORKA przez kateter NELATON'a, zapuszczając go do odbytnicy do połowy. W ten sposób wlewano co drugi dzień po 10 ctm. sz. surowicy w ciągu 3-ch tygodni, tak, iż w jednej seryi wlewano 120—140 ctm. sz. w 12—14 razach. Po 3-ch tygodniach przerwy rozpoczynano nową seryę wlewań.

Przechodzimy obecnie do przedstawienia wyników, jakie otrzymaliśmy przy stosowaniu surowicy. Zaczynamy od jej wpływu na ciepłość, której przebieg, zdaniem naszym, może dać najbardziej obiektywny pogląd na działanie swoiste surowicy. Otóż w okresie leczenia surowicą, szczególnie po pierwszych 5—6 wstrzyknięciach, nawet przy stosowaniu *per rectum*, u wielu chorych [Nr. 4, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 16 i 18] ciepłota podnosiła się do 38°, a nawet 39,5° i na tym poziomie utrzymywała się przez cały czas leczenia. Dopiero po ukończeniu pierwszej seryi wlewań ciepłota obniżyła się do 37° lub poniżej u 4-ch chorych [Nr. 1, 7, 8 i 9]. Jeden z tych chorych [Nr. 7] znajdował się w 1-szym okresie, drugi [Nr. 8 i 19] w 2-gim i jeden [Nr. 1] w 3-cim okresie gruźlicy.

Przypatrzmy się tym chorym bliżej.

Nr. 7. D., lat 21. Pierwszy okres gruźlicy, zgęszczenie szczytowe bez rzężeń. Przed leczeniem surowicą ciepłota wynosiła z rana 37°, wieczorem 38°, po jednej seryi wlewań spadła do 36,6°.

Nr. 8. S., lat 27. Drugi okres, zgęszczenie szczytowe z rzężeniami wilgotnemi. Przed leczeniem ciepłota wynosiła 37°—38°, po leczeniu spadła do 37,1°.

Nr. 19. B., lat 37. Drugi okres, zgęszczenie szczytowe z rzężeniami wilgotnymi. Ciepłota przed leczeniem 37°—38°, po leczeniu spadła do 36,8°—37°.

Nr. 1. K., lat 38. Trzeci okres, jamy i rżężania dźwięczne. Ciepłota przed leczeniem 37,6°, po leczeniu 36,4°.

U jednego chorego [Nr. 3. J. S., lat 18, znajdującego się w drugim okresie suchot, zgęszczenie szczytowe z rzężeniami] po pierwszej seryi wlewań ciepłota utrzymywała się na tym samym poziomie, co i przed leczeniem, 38°—38,5° i dopiero po drugiej seryi wlewań obniżyła się do 36,6°.

U chorego [Nr. 2. B., lat 21, w trzecim okresie suchot] po jednej seryi wlewań nastąpiło obniżenie ciepłoty z 37,6° do 37°. lecz obniżenie to było tylko chwilowe, gdyż po paru tygodniach ciepłota podniosła się do 37,5° i już nie spadła, pomimo, iż wstrzyknięto jeszcze 240 ctm. sz. w dwu seryach.

U 3-ch chorych [Nr. 4. O., lat 40 w pierwszym okresie, ze zgęszczeniem szczytowem bez rzężeń, Nr. 9. K., lat 21, w pierwszym okresie, zgęszcze-



nie szczytowe bez rzeżeń i Nr. 20. L., lat 35, zgęszczenie szczytowe i rzeżenia suche], ciepłota przed leczeniem utrzymywała się na poziomie 37°—37,2°, po leczenie zaś spadła do 36,2°—36,5°.

U pozostałych 11-u chorych, z których 5 [Nr. 11, 14, 15, 16 i 17] było w drugim i 6 [Nr. 5, 6, 10, 11, 13 i 18] w trzecim okresie suchot, surowica nie wywarła żadnego wpływu na ciepłotę, która utrzymywała się stale przy 38°—40°.

W sumie więc z 20-u chorych po zastosowaniu surowicy MARMORKA u 5-u chorych ciepłota spadła z 37,5°—38° do 37° lub poniżej, u 1 chorego obniżyła się chwilowo z 37,6° do 37°, lecz po paru tygodniach znowu się podniosła, u 3-ch chorych, u których ciepłota przed leczeniem była prawie normalna [37°—37,1°], po leczeniu spadła do 36,2°—36,1°, wreszcie u 11-u chorych ciepłota nie podlegała żadnej zmianie i utrzymywała się stale na poziomie 38°—40°.

Tu musimy zaraz uczynić uwagę, iż z 5-u chorych, u których ciepłota spadła zupełnie, 4-ch [Nr. 1, 3, 7 i 8] było leczonych w lecie na werandzie i 1 tylko [Nr. 19] na sali ogólnej w zimie.

Z innych autorów, którzy zajmowali się sprawą wpływu surowicy MARMORKA na ciepłotę, najwięcej danych dostarczył WALLER, który dzieli chorych na dwie grupy: do pierwszej zalicza tych, którzy otrzymali najmniej 17 wstrzyknień, do drugiej zaś tych, którzy otrzymali 10 do 12-u wstrzyknień. W pierwszej grupie WALLER otrzymał spadek ciepłoty w 38%, w drugiej w 33%.

DUBARD [Dijon] w 4-ch ciężkich przypadkach z gorączką otrzymał znaczną poprawę. JAQUERAUD [Leysin] po zastosowaniu surowicy otrzymał spadek ciepłoty u 7-u chorych, u których gorączka trwała, pomimo dłuższego pobytu w sanatorjum. FREY [Davos] stosował naprzód surowicę podskórną i z 8-u chorych otrzymał spadek ciepłoty u 5-u; w 16-u przypadkach, w których stosował surowicę *per rectum*, otrzymał wynik dodatni 15 razy. Inni autorowie otrzymują spadek ciepłoty u mniejszej lub większej liczby chorych.

Co się tyczy tętna, to niektórzy autorowie, jak np. SCHENKER [Aarau] spostrzegali zawsze jego wzmożenie. Już po 2—3 wstrzyknięciach u chorych S. tętno z 79—80 podnosiło się do 100—120, a nawet 130.

Z naszych chorych tętno podnosiło się do 100—120, a nawet 140 tylko u tych, którzy otrzymywali wstrzykiwania podskórne. Z chorych, którym surowicę wlewano do odbyticy, tętno podnosiło się tylko u niektórych, u większości zaś pozostawało na tym samym poziomie, co i przed leczeniem. Z 20-u chorych tylko u 6-u tętno podniosło się do 100—120 i na tym poziomie pozostało nawet po przerwaniu kuracji surowiczej. Wzmożenie się tętna u chorych, leczonych surowicą *per rectum*, daje złe rokowanie, a mianowicie: 3-ch chorych ze wzmożeniem tętnem zmarło [Nr. 6, 13, 18 wszyscy w 3-cim okre-

sie gruźlicy] i 3-ch chorych pozostało bez poprawy [Nr. 17 w 2-gim okresie i Nr. 2 i 5 w 3-im okresie].

Spadek tętna otrzymaliśmy tylko u dwu chorych: Nr. 3 [w 2-gim okresie gruźlicy], u którego tętno spadło ze 110 do 80—96 wraz z poprawą innych objawów i Nr. 4 [I okres gruźlicy], u którego tętno spadło ze 100 do 75—78.

W oddechu nie spostrzegaliśmy większych zmian pod wpływem surowicy, z wyjątkiem chorych leczonych podskórnie, u których często występowała duszność, przyczem liczba oddechów podnosiła się do 36—40 na minutę.

Jeżeli obecnie zwrócimy się do takich objawów, jak kaszel, ilość płwociny, liczba laseczników KOCH'a w płwocinie, to wielu autorów, jak STEPHANI, FREY i inni obserwowali zmniejszenie się kaszlu i ograniczenie ilości płwociny. Z chorych przez nas leczonych kaszel ustał zupełnie lub pozostał bardzo nieznaczny u 7-u chorych: u 3 ch w 1-szym okresie gruźlicy [Nr. 4, 7 i 9], u dwu w 2-gim okresie [Nr. 3 i 8] i u dwu w 3-cim okresie [Nr. 1 i 2]. Chorzy ci, którzy przed leczeniem surowicą kaszle i musieli przyjmować leki narkotyczne, w czasie leczenia i potem obchodzili się bez wszelkich leków. Musimy jednak dodać, że wszyscy ci chorzy leczeni byli w lecie podczas leżenia na werandzie.

[D. n.].

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 44 —

### 55. A. E. Wright. Teorya opsoninowa.

W roku 1895 DENYS i LECLEF stwierdzili, iż surowica królików, uodpornionych przeciwko paciorkowcowi ropotwórczemu, nabywała bardzo nieznacznych własności bakteryobójczych, lecz ta sama surowica w zetknięciu z leukocytami normalnych albo uodpornionych królików znacznie powiększała ich działalność bakteryobójczą. MENNES doszedł do podobnych rezultatów, badając surowicę krwi świnek morskich, na które działał hodowlami albo toksynami dwoinek zapalenia płuc. W r. 1901 LEISHMAN podał sposób określania siły działalności fagocytów. W r. 1903 WRIGHT i DOUGLAS, badając fagocyty przy zetknięciu ich z zawiesiną hodowli gronkowca ropotwórczego, przyszli do następujących wniosków:

- 1) Surowica krwi działa na bakterye w ten sposób, iż one łatwiej stać się mogą zdobyczą fagocytów. Działanie to można nazwać „opsoninowem”, a opsoninami te elementy krwi, które wywołują działanie powyższe.
- 2) Surowica traci swe działanie opsoninowe przy nagrzewaniu do 60°.
- 3) Działanie takiej ogrzanej surowicy na fagocyty w niczem nie różni się od działania na nie roztworu fizyologicznego soli kuchennej.
- 4) Działanie opsoninowe surowicy krwi zmniejsza się stopniowo, przy czem piątego—szóstego dnia zatracą około 50% swej siły.
- 5) Przy zmieszaniu surowicy krwi z pałeczkami tyfusu zjawia się działanie przeciwopsoninowe.

6) Jeżeli zakażonego gronkowcami chorego uodpornimy do pewnego stopnia, szczepiąc mu nagrzaną hodowlę gronkowców, to działanie opsoninowe surowicy krwi tego chorego znacznie się zwiększa.

NEUFELD i RIMPAN w r. 1904 w surowicach przeciwpaciorkowcowych i przeciwdwoinkowych znaleźli ciała, które nie działały na leukocyty, lecz były obdarzone wybitnym działaniem opsoninowym na odpowiednie hodowle.

Ross tak charakteryzuje opsoniny:

1) Opsoniny wstępują w związek chemiczny z bakteriami, zmieniają je w ten sposób, że leukocyty stają się fagocytami i niszczą bakterie.

2) Bardzo możliwe, że w surowicy krwi znajdują się różne odmiany opsonin, z których każda przeznaczona jest do walki z pewnym gatunkiem drobnoustrojów.

3) Opsonin nie można utożsamiać z takimi substancjami, jak bakteriolizyny, aglutyniny i antytoksyny.

Sposób określania wskaźnika opsoninowego w pracowni A. E. WRIGHT'a jest następujący:

1) Sposób przygotowywania zawiesiny bakteryjnej. Drobnoustroje z hodowli agarowej rozciera się z roztworem fizjologicznym soli kuchennej, poczem otrzymaną zawiesinę centrifuguje się w ciągu kilku minut. Jeżeli zawiesinę trudno otrzymać, jak np. w gruźlicy, to hodowlę rozciera się między szkiełkami.

2) Sposób przygotowywania ciałek krwi. Do próbki, napełnionej do  $\frac{3}{4}$  1,5% roztworem *Natrii citrici* napuszcza się krwi i centrifuguje się. Po usunięciu roztworu *Natrii citrici* i przemyciu 0,85% roztworem fizjologicznym soli kuchennej znowu się centrifuguje i usuwa roztwór soli.

3) Sposób przygotowywania surowicy. Do specjalnie przyrządzonej ze szkła próbki napuszcza się krwi i próbkę stawia się do ciepłarki na  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny. Jeżeli surowica prędko nie oddzieli się, to jeszcze należy przecentryfugować.

4) Sposób dokonywania próby. Do pipety wciąga się równe ilości ciałek krwi, zawiesiny bakteryjnej i surowicy krwi, oddzielając każdą warstwę pęcherzykami powietrza. Potem wypuszcza się to wszystko na szkiełko i po należytem zmieszaniu wciąga się z powrotem do pipety; zatopiwszy koniec pipety na ogień, stawia się ją do ciepłarki na kwadrans w ciepłocie 37—40°. Następnie trzeba zawartość całą wylać na szkiełko, kroplę równomiernie rozetrzeć i zabarwić. Co się tyczy barwienia, to gronkowce i inne bakterie barwi się według metody LEISHMAN'a [eozyna i błękit metylenu]. Laseczniki gruźlicze można barwić w ten sposób:

1) utwalić preparat w nasyconym roztworze sublimatu i przemycić;

2) barwić około minuty fuksyną karbolową, nagrzwawszy do pary i przemycić;

3) odbarwić 2,5%-ym roztworem kwasu siarczanego i zmyć;

4) działać przez kilka sekund 5%-ym roztworem kwasu octowego, żeby ciałka czerwone krwi były mniej widoczne i zmyć;

5) dodatkowo zabarwić roztworem alkalicznym błękitu metylenu, zlekką zmyć i wysuszyć.

Wskaźnik opsoninowy. Przy obliczaniu bierze się pod uwagę tylko typowe leukocyty neutrofilowe. Przeciętna ilość bakterii w fagocytach będzie wskaźnikiem fagocytowym, a stosunek wskaźnika fagocytowego krwi badanej do wskaźnika fagocytowego surowicy normalnej będzie wskaźnikiem opsoninowym.

Sposób przygotowywania szczepionki. Przez rozcieńczenie hodowli agarowej z roztworem fizjologicznym soli kuchennej przygoto-

wuje się zawieszinę danej bakterii, potem bierze się jedną część tej zawiesziny, jedną część normalnej krwi i trzy części roztworu fizyologicznego soli kuchennej i oblicza się na szkiełku ilość bakterii przynajmniej w 200 ciałkach krwi. Wreszcie miareczkuje się szczepionkę, rozcieńczając ją do żądanej mocy. Przechowuje się szczepionkę zapomocą lizolu lub innego środka wyjaławiającego; można ją wyjałowić również przez nagrzewanie.

Przy stosowaniu szczepionki w celach leczniczych częstość i wielkość dawek zależy od własności szczepionki i chorego. Zazwyczaj dla gronkowca wypada cyfra 300 milionów, dla dwoinki zapalenia płuc i paciorkowca 50 milionów, dla gonokoków 10 milionów, dla laseczników gruźlicy  $\frac{1}{30000}$ — $\frac{1}{100}$  miligram.

**Technika stosowania.** Po dokładnem rozpoznaniu natury zakażenia określamy wskaźnik opsoninowy chorego i przyrządzamy odpowiednią szczepionkę. Zaraz po wstrzyknięciu szczepionki wskaźnik opsoninowy spada, potem podnosi się, następnie znowu spada. Wtedy należy wstrzyknąć szczepionkę po raz drugi: po drugim wstrzyknięciu wskaźnik opsoninowy znowu spada, ale już w mniejszym stopniu i podniesienie się jego jest prędsze i trwalsze; zanim wskaźnik znowu zacznie opadać—nowe wstrzyknięcie szczepionki, aż wskaźnik opsoninowy chorego nie zrówna się z wskaźnikiem zdrowego, albo go nawet przewyższy. Co do wyników praktycznych tej teorii, odsyłamy do prac: FRENCH'a, ROSS'a, TURTON'a i PARKER'a GRAY'a, JACOBS'a i GEETS'a, BALBAN'a.

(New-York 1907).

Dr St. Tuz.

## 56. Neufeld. Zasady teorii opsoniowej Wright'a.

WRIGHT i DOUGLAS opisali istniejące w surowicy, odrębne od bakteriolizyn substancje, t. zw. opsoniny, pod wpływem których odbywa się fagocytoza. Badacze ci opracowali również metodę ścisłego ilościowego obliczenia tych substancji zapomocą określania t. zw. wskaźnika opsoninowego. Oto w jaki sposób określa się ten wskaźnik: Surowicę badaną (A) mieszamy w pewnym określonym stosunku z białymi ciałkami i zawiesziną drobnoustrojów. To samo czynimy z surowicą normalną (B). Po pewnym przeciągu czasu obliczamy ilość drobnoustrojów pochłoniętych np. przez 100 leukocytów w pierwszej i w drugiej mieszaninie. Jeżeli przypuścimy, że w pierwszym przypadku (A) liczba drobnoustrojów będzie 80, a w drugim (B)—100, to wskaźnik opsoninowy wyniesie  $\frac{80}{100}$  czyli 0,80. Według WRIGHT'a i DOUGLAS'a określenie wskaźnika opsoninowego ma doniosłe znaczenie z wielu względów: naprzód wskaźnik ten może służyć do oceny ogólnej odporności organizmu, dalej wysokość tego wskaźnika względem pewnych drobnoustrojów ma znaczenie dyagnostyczne, wreszcie, co najważniejsza, określenie wskaźnika opsoninowego przy uodpornianiu daje nam miarę postępu tego uodporniania, ma więc również znaczenie prognostyczne. [Według WRIGHT'a przy uodpornianiu istnieją 2 fazy: pierwsza ujemna, kiedy wskaźnik spada, druga zaś, występująca dopiero po kilku lub kilkunastu dniach, kiedy wskaźnik opsoninowy wzrasta].

Teorię opsonin wślad za WRIGHT'em i DOUGLAS'em zaczynają opracowywać niemieccy, francuscy i amerykańscy badacze. Z prac ich okazuje się, iż wskaźnik opsoninowy podlega wielkim wahaniom nie tylko pod wpływem uodporniania. Wiadomo np., że wskaźnik ten waha się u gruźliczych po odbyciu spaceru, po wejściu na schody i t. p., dalej, że kobiety podczas miesiączki wykazują nadzwyczaj wysoki wskaźnik względem gronkowców i bardzo zmienny względem laseczników Koch'a, wreszcie, że wskaźnik opsoninowy ulega silnym wahaniom w rozmaitych chorobach, jak oto: w zapaleniu

pluc, cukrzycy, koklusz i innych. To naturalne wahanie się wskaźnika opsoninowego utrudnia bez wątplenia śledzenie zachowania się wskaźnika podczas uodporniania organizmu i podaje w wątpliwość otrzymane stąd wnioski. Nasuwa się pytanie, skąd pochodzą i od czego zależne są te wahania? Otóż z ostatnich badań NEUFELD'a, LEVADIT'ego, KOESSLER'a i innych okazuje się, iż opsoniny nie są jakimiś odrębnymi substancjami. Działanie ich sprowadza się do znanych już niweczników [„komplementy”, amboceptor], substancje te bowiem zachowują się we wszystkich punktach analogicznie do opsonin. Przy ogrzewaniu do 55°, jak również przy pozostawieniu przez dni kilka, giną zarówno opsoniny, jak i niweczники [„komplementy”]; w suchym stanie jednak jedne i drugie substancje mogą być bez szkody ogrzewane do 100°, jak również przechowywane przez całe miesiące. Dalej, zawiesiny rozmaitych drobnoustrojów pochłaniają z surowicy niweczники [„komplementy”], zarówno jak i opsoniny, wreszcie opsoniny analogicznie do „komplementów” mogą być związane przez uczulone drobnoustroje. Okazuje się więc, że opsoniny nie są substancjami prostymi, lecz złożonymi z „komplementów i amboceptorów”. Ta okoliczność tłumaczy nam naturalne wahania się wskaźnika opsoninowego w zależności od wahań „komplementów”, jak również trudność rozpoznania, czy przy uodpornianiu spadek lub wzrost wskaźnika zależy od wahań znajdującego się w normalnej surowicy „komplementu”, czy też od powstających pod wpływem uodporniania amboceptorów.

Nasuwa się wreszcie pytanie, czy na opsoniny należy zapatrywać się, jako na substancje ochronne, biorące bezpośredni udział w sprawie obrony organizmu. Otóż z badań, prowadzonych, jak dotychczas, głównie nad gronkowcem i lasecznikiem Koch'a, okazuje się, że chociaż opsoniny są wrazem pewnego odczynu, zachodzącego w organizmie pod wpływem uodporniania, to jednak nie podobna twierdzić kategorycznie, iż są one ciałami ochronnymi, bezpośrednio wywołującymi proces leczniczy lub też, iż ilość ich może służyć za miarę osiągniętego stopnia uodpornienia. Z tego powodu wielu badaczy, szczególnie amerykańskich, jak SIMON, POTTER, BOLDUAN i inni, zapytują się, czy wobec trudności ścisłego określenia wskaźnika opsoninowego i wobec niepewności wniosków, jakie z jego określenia wyprowadzić można, metoda ta warta jest rozpowszechniania?

(Berl. klin. Woch., 1908, Nr 21).

B. Dębiński.

## Z XXXVII Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie.

[21—24 kwietnia 1908].

Porządek dzienny obrad naukowych Zjazdu tegorocznego rozpoczął wykład TRENDELENBURG'a [z Lipska] o leczeniu zatorów (emboliae). Zdaniem mówcy, przypadki zatoru tętnicy płucnej, prowadzącego, jak wiadomo, zawsze do śmierci, mogą być niekiedy uratowane zapomocą jak najspieszniej wykonanej operacji, polegającej na otwarciu tętnicy płucnej i wyciągnięciu z niej zatykającego czopa. Trudność stanowi pewne rozpoznanie; opierając się jednak na współistnieniu objawów takich jak: zapasé, brak tętna, nagła bledosé twarzy, zniknięcie szmerów oddechowych, można zator tętnicy płucnej rozpo-

znać i przystąpić niezwłocznie do zabiegu. Chorzy tacy żyją zwykle jeszcze 1—2 godziny od wystąpienia zatoru. Operację wykonywa T. w sposób następujący: Po obnażeniu drugiego żebra po stronie lewej, wycina szybko jego chrząstkę, otwiera worek osierdziowy i doprowadza pod tętnicę płucną [lub oba naczynia razem] podwiązkę elastyczną, którą zaciska zaraz dośrodkowo. Wtedy nacina ścianę tętnicy, wyciąga z wnętrza jej czop i zamyka otwór szczypcami, poczem zdejmuje natychmiast z naczyń założoną podwiązkę i przystępuje do zeszywania otworu w tętnicy. Jak przekonał się T., zaciśnięcie tętnicy trwać może nie dłużej nad 95 sekund, przed upływem więc tego czasu należy naciąć tętnicę, usunąć czop i zaciśnąć otwór kleszczykami. Doświadczenia na zwierzętach dały wyniki zachęcające. U człowieka wykonał T. operację tę raz jeden — u kobiety 70-letniej: udało mu się usunąć skrzepę z wnętrza tętnicy, wynik był jednakże niepomyślny, albowiem nastąpił krwotok wskutek uszkodzenia tętnicy w miejscu założenia chwilowej podwiązki, do której użył nieodpowiedniego materiału: poleca więc używanie w tym celu wyłącznie tylko drewnów gumowych, których ucisk nie grozi przecięciem ściany tętniczej.

KÜMMELL [Hamburg]. Skracanie czasu leczenia po operacjach brzusznych przez wczesne wstawanie. K. obecnie poleca chorym po laparotomiach wczesnie wstawać; ma to skrócić czas leczenia, zmniejszać częstość powikłań pooperacyjnych płucnych, [zakrzepów, zatorów], a nawet zapobiegać powstawaniu przepuklin. Już pierwszego dnia każe chorym siadać, drugiego wstawać, a na trzeci chodzić. Postępowanie to stosuje obecnie nawet u tych chorych, u których jama brzuszna po operacji nie została całkowicie zamkniętą.

Przemówienia następne FRÄNKEL'a, RANZI'ego, BORELIUS'a, REHN'a, LAUENSTEIN'a i inn. poświęcone były sprawom powikłań pooperacyjnych płucnych, zwłaszcza zatorów. Zdaniem ogólnem, wstawanie wcześniejsze, niż w 2 tygodnie po operacji, polecane być nie winno.

CZERNY [Heidelberg]. O leczeniu raka za pomocą fulguracji. Fulguracja, wprowadzona jako metoda przez KEATING-HART'a, polega na poddaniu tkanki nowotworowej działaniu silnych prądów o wielkiem napięciu i szybkich przerwach. Postępowanie wywołuje zgorzel tkanki rakowatej. Owrzodzenia stąd powstałe, goją się wolno. Zabieg niekiedy, zdaniem C., wywołuje szybszy rozwój tkanki nowotworowej. Mówca stosował go dotychczas u 57 chorych, z tej liczby zaledwie w czterech nastąpiło widoczne wyleczenie.

KOCHER [Bern] mówi o wszczepianiu tarczycy lub gruczołów przytarczycowych. Uważając sposób, polecony [w r. 1906] przez PARR'a — wszczepianie części tarczycy do śledziony — za zabieg ciężki, K. wszczepia obecnie tarczycę lub gr. przytarczycowy do jamy kostnej, wydrążonej w nasadzie piszczeli.

LEXER [z Królewca]. O przeszczepianiu kości i stawów. L. przeszczepia odcinki kości długich z jednego chorego na drugiego [warunek niezbędny — zachowanie okostnej]. Zachęcony dobrymi wynikami, rozpoczął stosowanie przeszczepiania całych stawów. W ten sposób w 2 przypadkach po rezekcji stawu kolanowego przeszczepił cały ten staw wraz z łąkotkami i więzami, wzięty od chorych, którym odjęto udo. Stawy wgoiły się zupełnie. Wyniki czynnościowe są istotnie zdumiewające, gdyż ruchomość w przeszczepionych stawach jest prawie zupełnie normalną.

GILMER [z Monachium] otrzymuje znieczulenie, sięgające aż do okolicy szyjnej, używając do zastrzykiwań rdzeniowych tropakokainy, rozpuszczonej w 3%, roztworze gumy arabskiej. Wchłanianie następuje b. wolno, wobec czego można śmiało podnieść dawkę tropakokainy do 0,07.

BIER [z Berlina] przedstawił bardzo ciekawy sposób znieczulenia kończyn drogą wstrzykiwań wewnątrzżylnych. Wycisnąwszy krew z kończyny zapomocą opaski elastycznej, jak przy dawnym postępowaniu według ESMARCH'a, zaciska opaskami kauczukowymi kończynę nad i pod polem operacyjnym, poczem między niemi odpreparowuje żyłę i wstrzykuje do niej 100 ctm. sz. [na kończynie górnej] — 150 ctm. [na dolnej]  $\frac{1}{4}$ %-ego rozczyynu nowokainy. Następuje wtedy po kilku minutach całkowita bezbolesność nie tylko pomiędzy opaskami, lecz i w części obwodowej kończyny. Po ukończeniu operacji B. rozluźnia nieco opaskę górną; otrzymane w ten sposób obfite krwawienie z rany wymywa nowokainę.

DÖNITZ ogrzewa płyn używany do wstrzykiwań rdzeniowych w specjalnym termoforze.

MÜLLER i PEISER [z Wrocławia] mówią o leczeniu ostrych spraw ropnych zapomocą antyfermentu proteolitycznego, zawierającego się w surowicy i płynach ustrojowych. Następuje wtedy szybsze oddzielanie się części obumarłych, znikanie nacieczek zapalnych, spadek ciepłoty.

Szereg przemówień następnych poświęcony był sprawie odkażania skóry.

BRUNN [z Tybingi] wypowiada się przeciwko podanemu przez HEUSNER'a myciu rąk w rozczyynie jodu w benzynie, poleca mycie w 96%-owym alkoholu. KLAPP po wymyciu rąk wodą z mydłem i alkoholem, rozpyła na ręce rozczyzn wosku w czterochlorku węgla.

CHLUMSKY [z Krakowa] wyjaławia katgut w płynie o składzie: *Ac. carbolic*i 30,0, *Camphorae trit.* 60,0, *Akohol. abs.* 10,0. Wyjałowienie zupełne następuje po 2—3 godzinach.

HEIDENHAIN i KAUSCH są za myciem rąk spirytusem mydlanym według sposobu MIKULICZA.

Serya następna odczytów poświęcona była chirurgii mózgu.

HOCHENEGG [Wiedeń] przedstawia dziewczynę 15-letnią, u której wykonał operację usunięcia guza przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*). Objawy: bole i zawroty głowy, osłabienie wzroku, utrata pamięci, wreszcie *akromegalia*. Operację wykonał drogą nosową. Wynik doskonały: chora po 10-u dniach wstała, a po 3-ch tygodniach opuściła szpital. Rozmiary kończyn zmniejszyły się. BORCHARDT [z Berlina] w jednym i EISELSBERG [z Wiednia] w 3 przypadkach operowali przysadkę mózgową również drogą nosową. KÖNIG [z Altony] jest zdania, że najłatwiej operować przez podniebienie twadre. KRAUSE [z Berlina] opisuje swój sposób drenowania komór mózgowych w przypadkach wodogłowa i przedstawia chorego, operowanego z powodu torbieli mózdzku, umiejscowionych po obydwu stronach.

PAYR [z Gryffii] wychodzi z założenia, że drenowanie komór mózgowych winno odbywać się przez kanał wysłany nabłonkiem i że płyn winien być odprowadzony do układu żylnego, nie zaś na powierzchnię skóry, gdyż wtedy nieodwołalnie następuje zakażenie. W tym celu wycina on kawałek *v. saphenae*, jeden jej koniec zaprowadza do komory, drugi zaś wszywa do zatoki podłużnej. W podobny sposób postępował w 2 przypadkach HENLE.

KOCHER przedstawia wyniki badania krwi w chorobie BASEDOW'a [u 106 chorych]. Krzepliwość krwi jest słabsza, lepkość (*viscositas*) zwiększona; tej właściwości K. przypisuje bardzo ujemny wpływ na serce. Liczba ciałek białych stale prawie jest zmniejszona, zwłaszcza neutrofilnych wielojądrowych. K. oświadcza się za operowaniem w początkowych okresach choroby BASEDOW'a przed wystąpieniem pełnego obrazu chorobnego.

BRAUN [z Zwickau] rezekował u  $6\frac{1}{2}$  letniego dziecka część aorty brzusz-

nej, którą następnie zeszył szwem węzełkowym. Operację tę wykonał z powodu neuromatu, zrosniętego ze ścianą aorty. Wynik doskonały.

HACKER [z Gracu] usunął część przełyku [z powodu mięsaka], następnie drogą plastyczną wytworzył przełyk z płatów skórnych, który przez czas jakiś funkcjonował dobrze; chora zmarła skutkiem nawrotu. H. zaleca wykonywanie gastrostomii przed operacjami na przełyku.

VÖLCKER [z Heidelberga] operował 3 przypadki raka wpustu: w przyp. I-ym przyszył przełyk do żołądka — otrzymał przetokę, która następnie zagoiła się. W przyp. II-im zastosował guzik MURPHY'ego — chory zmarł; w 3-cim wpochwił guz do żołądka i nad wpochwieniem wykonał zespolenie. Wynik i tu był niepomyślny.

KÜTTNER [z Wrocławia] zdaje sprawę z 18 przypadków operacji wewnątrz klatki piersiowej, z których 9 operował, posługując się przyrządem BRAUER'a, 9 — w komorze SAUERBRUCH'a.

BRAUER miał wyniki zadowalające w gruźlicy jednostronnej, doskonałe zaś w rozstrzeni oskrzeli, wywołując sztuczną oddech pierśiową.

FRIEDRICH [Marburg] w gruźlicy jednostronnej rezekuje żebra od II-go do X-go na przestrzeni 10—20 ctm. Przez kilka dni pierwszych po zabiegu ma zwykle zaburzenia ze strony serca, które następnie ustępują. Ogólny stan chorych poprawia się, gorączka opada, ilość płwociny zmniejsza się wybitnie. Badania F. dowiodły, że u psów można w ten sposób usunąć całe płuco; powstała ogromna jama wypełnia całkowicie drugie płuco, przepona i serce.

PERTHES [z Lipska] demonstruje chorobę, u której w 2 tempa wyciął *in toto* wraz ze ścianą ropień płucny o przebiegu przewlekłym.

ROVSINY [Kopenhaga] w celu odkrycia miejsca krwawień ze śluzówki żołądka, posługuje się cystoskopem, wprowadzonym bezpośrednio do żołądka.

CRÉDÉ [Drezno] podaje sposób wykonywania gastroenterostomii zapomocą przepalania termokauterem otrzewnej i mięśniówki aż do śluzówki, poczem nakłada szew okólny. Cały zabieg trwa 2 minuty. Sok żołądkowy po dniach paru przetrawia śluzówkę, wskutek czego powstaje drożność.

MOSZKOWICZ wykonywa gastroenterostomię zmodyfikowaną nieco sposobem ROSTOWCEWA. KUETTNER zadowolony jest ze sposobu GRASER'a rezekcji żołądka. Zapalenia otrzewnej nie miał wcale; na 18 operowanych chorych stracił 2 z powodu powikłań ze strony płuc.

KLAPP kładzie nacisk na opróżnienie zawartości kiszki w przypadkach zapalenia otrzewnej; używa w tym celu zgłębnika lub rury gumowej, połączonej z aspiratorem. PAYR w tym samym celu posługuje się pompą wodną.

MIDDELDORPF [z Hirschberga] przedstawia kolekcję złożoną z 1620 przedmiotów — gwoździ, szpilek, haczyków, wydobytych z żołądka młodej dziewczyny. Chora nie doświadczała żadnych objawów podmiotowych.

BRAUN [z Getyngi] znajdował na kiszce grubej guzy pochodzenia zapalnego, bardzo podobne do raków. Do usunięcia ich wystarcza zwykle leczenie dyetetyczne. Za przyczynę powstawania ich uważa zastój kału. FRANKE w jednym takim przypadku znalazł w guzie kawałek ciała obcego — kość.

SCHLOSSER [Insbruk] dostrzegał u chorego po herniotomii nacieczenie przewlekłe ściany brzusznej, które następnie zropiało; w ropniu znajdowała się gruba podwiązka jedwabna. Przypadki podobne obserwowali: KUETTNER, BRAUN, SCHLANGE, BAKES, który wykonał rozległą rezekcję kiszki grubej, sądząc, że ma doczynienia z nowotworem. Badanie wykazało zapalenie przewlekłe z powodu podwiązek jedwabnych.

RUGE [Berlin] badał anatomię dróg żółciowych i ustalił kilka typów ich przebiegu.

WILMS [Bazylea] podaje nowe cięcie dla prostatektomii. Przebiega ono



ukośnie wzdłuż gałęzi wstępującej k. łonowej. Dostęp do gruczołu krokowego jest b. łatwy. W. operował tym sposobem 3 razy.

GÖREL [Wrocław] przedstawia dziecko, które miało guz na dolnej części uda; po częściowem usunięciu go, stosował naświetlanie promieniami X. Guz znikł i od  $\frac{1}{2}$  roku dziecko jest zupełnie zdrowe.

Cz. I.

## Przegląd bibliograficzny.

FRANZ LUDWIG NEUGEBAUER. *Hermaphroditismus beim Menschen*. Leipzig, 1908. Verlag von Dr WERNER KLINGHARDT, str. 748; VII; duża 8-ka.

W bibliografii FR. NEUGEBAUER'a, wydanej w r. u. przez niego z powodu 25-letniej rocznicy pracy naukowej, znajdujemy w rozdziale, zatytułowanym: Prace w kwestyi hermafrodytyzmu, 24 nagłówki mniejszych lub większych artykułów: rozpraw, ogłoszonych od r. 1896 przez niego w czasopismach lekarskich zagranicznych.

W tym samym czasie, jak wiemy, autor ten ogłaszał i po polsku rozprawy w tej kwestyi, w „Przeglądzie Chirurgicznym“, w „Pamiętniku Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego“, w „Gazecie Lekarskiej“ i w „Medycynie“. Obecna praca — *Hermaphroditismus beim Menschen*—wielki tom o 50-u blisko arkuszach druku, wytwornie wydany przez nakładcę lipskiego dra WERNERA KLINGHARDT'a—jest, ściśle rzeczy biorąc, zsumowaniem wszystkich dotychczasowych rozpraw oddzielnych NEUGEBAUER'a w omawianej kwestyi, uzupełnionem nader szczegółowym materiałem z piśmiennictwa odnośnego. FR. NEUGEBAUER celuje w zbieraniu, w gromadzeniu kazuistyki lekarskiej. Autorzy, piszący w wielu kwestyach z dziedziny ginekologii i akuszeryi, bez kazuistyki, zgromadzonej i usegregowanej przez FR. NEUGEBAUER'a, obyć się nie mogą. Pod tym względem zdobył on rozgłos powszechny i zasłużone uznanie.

Dzieło, które leży przed nami, zawiera ni mniej ni więcej, tylko 1257 spostrzeżeń obojactwa, w tej liczbie 49 spostrzeżeń własnych autora. Dzieło jest bogato ilustrowane, zawiera bowiem 346 rysunków, obrazów, fotografii, portretów.

Aby napisać dzieło tych rozmiarów, szczególnie w naszych warunkach, trzeba mieć wyjątkowe zamiłowanie do danej kwestyi, obok naturalnie wszystkich innych warunków, niezbędnych dla baczności naukowego. Ciekawą z tego powodu jest genaza tego niezwykle zainteresowania się sprawą obojactwa przez autora. Otóż autor kiedyś opowiadał mi, że praca nad badaniem przez niego obojactwa powstała z przypadkowego bodźca. Bodźcem tym był dramat rodzinny, który odegrał się w Warszawie w r. 1893 i zakończony został śmiercią 9-letniego brata 18-letniej panny o zapoznanej płci—chłopca spodźca. Panna ta—męski spodziec, mylnie za kobietę wychowywany—otrula siebie, matkę i 9-letniego brata, mając zamiar tylko sobie życie odebrać. Do zamiaru samobójstwa doprowadziła ją rozpacz. Źródłem tej rozpaczki zaś było fałszywe położenie socyalne panny, posiadającej wyraźne dowody tego, że jest mężczyzną. Matkę i niedoszlą, właściwie niedoszłego samobójcę uratowano, brat zaś małoletni zmarł od działania strychniny. Autor, wezwany na eksperta, zainteresował się sprawą obojactwa, począł studyo-

wać ją, a wynikiem tej mozolnej, 15-letniej pracy, jest właśnie dzieło o hermafrodytyzmie.

Dzieło NEUGEBAUER'a posiada dużą wartość: nie tylko uczoney, lecz i lekarz praktyk, a nawet osoby z poza sfery lekarskiej, prawnicy, duchowni-nauczyciele, znaleźć w niem mogą nie jedną cenną wskazówkę, jak w danym razie postąpić, a tem samym uniknąć nieraz wypadku, albo wprost nie, szczęścia.

Nauka o obojnactwie czyniła postępy powolne, a dopiero rozwój embryologii, anatomii patologicznej, wreszcie psychologii, [psychiczne obojnactwo, pseudohermafrodyty] stworzył dla niej podstawy trwałe. Wprawdzie w czasach obecnych hermafrodytów nie traktują jak w średniowieczu, kiedy to ich palono na stosie, skazywano na śmierć przez zakopanie żywcem, lub powieszenie, lecz przyznać trzeba, że teraz częściej, niż to, stosownie do postępu nauki, zdarzać się powinno, wskutek zapoznania, wydarzają się pomyłki w określeniu płci, które powodują nieszczęścia. Jak zdradliwe, a często fatalne następstwa może mieć mylne określenie płci, wskazuje odnośna kazuistyka, zebrana przez autora. Kazuistyka ta, ogółem 1257 spostrzeżeń obejmująca, zawiera kilkaset spostrzeżeń mylnego określenia płci. Wynika z niej, że w liczbie tej 68 małżeństw było zawartych pomiędzy dwojgiem ludzi płci równej—zwykle żona była męskim spódnem zapoznanym; w bardzo rzadkich przypadkach—cztery przypadki przy badaniu pośmiertnym ujawnione—mąż okazał się wrzekomym obojnakiem żeńskim o przerosłej i cewką moczową przebitej lechtaczce. Zrosnięte pomiędzy sobą wargi sromowe symulowały moszną próżną. Cała znów grupa—parę dziesiątków spostrzeżeń—koincydencyjni złośliwych, lub łagodnych nowotworów narządów płciowych z wrzekomym obojnactwem zniewała chirurgów do zaznajomienia się z tym przedmiotem.

Istnieje także kilkadziesiąt spostrzeżeń, w których cięcie brzuszne ujawniło mylne określenie płci.

Bogata treść dzieła, rozpadającego się na trzy wielkie działy, opracowane równomiernie, mianowicie: I. Wstęp historyczny i embryologia. II. Kazuistyka—1257 spostrzeżeń, w tej liczbie 49 własnych autora. III. Wnioski z licznymi poddziałaniami, wyczerpuje omawianą kwestyę zupełnie, a tem samem stanowi wartościowy przyczynek do nauki o hermafrodytyzmie u ludzi wogóle.

Dzieło to, bez wątpienia utrwali imię FR. NEUGEBAUER'a w nauce.

J. JAWORSKI.

## Wiadomości bieżące.

— Dnia 30-go czerwca obchodzony był uroczysty jubileusz 50-letniej pracy lekarskiej prof. JULIANA KOSIŃSKIEGO w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim. Po przemówieniu prezesa dra KAMOCKIEGO zabrał głos prof. KADER w imieniu wydziału lekarskiego Uniw. Jag. i Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego; następnie mówił dr KRUSCHE w imieniu Towarzystwa Łódzkiego i wręczył Jubilatowi dyplom na członka honorowego tegoż Towarzystwa. Przemawiali dalej: dr SZTYBNER imieniem b. uczniów i asystentów, dr KIJEWSKI skreślił działalność nauczycielską i naukową prof. KOSIŃSKIEGO. Późem zabrał głos przedstawiciele Towarzystw, a mianowicie: od Towarzystwa Naukowego Warszawskiego dr PRUSZYŃSKI, od Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego dr BĄCZKIEWICZ, od Pogotowia Ratunkowe-

go dr J. ZAWADZKI, od Kasy wdów i sierot po lekarzach dr JAKOWSKI, wreszcie Sekretarz Stały Towarzystwa zaznaczył działalność Jubilata jako członka Towarzystwa. Nadesłano 200 telegramów z kraju i z zagranicy.

Uroczystość zakończyła się przemówieniem Jubilata.

Prof. KOSIŃSKI z okazji jubileuszu ofiarował rub. 2000 na zasilenie funduszu pracowni Warsz. Tow. Lek.

Komitet jubileuszowy stanowili koledzy: DMOCHOWSKI, JAWORSKI, JANOWSKI, KRYŃSKI, Fr. KIJEWski, SOLMAN i SZTEYNER.

Przemówienie delegata Towarzystwa naukowego, dra PRUSZYŃSKIEGO podajemy *in extenso*:

Czcigodny i Dostojny Panie!

Cechą poznawania naukowego jest szukanie prawdy bez oglądania się na korzyść bezpośrednią, jakaby z niej ludzkość osiągnąć mogła. Wszakże nie trzeba chyba dowodzić, że ci, którzy pracują w świątyni wiedzy, są bezwiednymi może ludzkości dobroczyńcami, albowiem kultura jest jednym z najdroższych jej skarbów, a najgłówniejszem rozwoju jej źródłem jest rozwój nauki.

Zapewne, że czcigodne bardzo i skuteczne usiłowania poprawy doli człowieczej nie są w bezpośrednim związku z nauką, istnieją jednakże pewne dziedziny pracy duchowej, w których podają sobie rękę dwa współczesne świadome dążenia: zdobywania prawdy dla prawdy i zdobywania prawdy dla poprawy losu człowieka.

Dwie te dziedziny umysłowości stanowią: wiedza socjalno-polityczna i wiedza lekarska. Ani każdy działacz społeczny, ani każdy lekarz wybitny, nawet dużym obdarzony talentem, nie jest jeszcze kapłanem w wielkiej świątyni nauki, ale są bezwątpienia w obu tych dziedzinach pracownikami, którzy mają niezaprzeczone prawo i do wdzięczności społeczeństwa za bezpośrednio przyniesione mu korzyści i do miejsca zaszczytnego w świetlanym areopagu mężów nauki.

Ty, Czcigodny Panie, należysz właśnie do tego szeregu nielicznych jednostek. Pracując w trudnej, a tak pożytecznej dziedzinie sztuki lekarskiej, zdobyłeś sobie zaszczytne miejsce w nauce polskiej, i to nie tylko w tem znaczeniu, że sztukę, którą doprowadziłeś do niedościgłej nieomal doskonałości, oparłeś na poważnych i głębokich badaniach anatomii i patologii, ale w samej swojej działalności lekarskiej, dzięki niepospolitej sumienności, zdumiewającej spostrzegawczości, trzeźwości sądu i logice wnioskowania, podniosłeś metodę swoich badań klinicznych do godności metody naukowej, wzbogacając jednocześnie wieloma przyczynkami naukę patologii, jednej z bardzo ważnych dyscyplin wiedzy biologicznej.

Pochłonięty przewodnią ideą udoskonalenia środków, dążących do zwalczania najdonioślejszych klęsk życia naszego: cierpienia i bólu, nie tylko odczuwałeś zawsze gorącą doniosłość poszukiwań naukowych, zwłaszcza tych, które w ciągu długiego okresu Twojej wielce owocnej działalności torowały nowe badań drogi lub przekształcały doszczętnie uznane raz poglądy, lecz dokonałeś również szeregu prac, które dzięki ścisłości i umiejętności spostrzegania stanowią cenny dobytek naukowy.

Jedne z nich dotyczyły pewnych prawd anatomicznych i fizyologicznych, np. spostrzeżenie o połączeniu gałęzi trzewowych z gałęziami ściennymi aorty brzusznej, inne—ciekawych zbieżności w rozgałęzieniu się wielkich naczyń krwionośnych, inne jeszcze—zjawisk będących ciekawymi przyczynkami do embrio- i teratologii, jeszcze inne—liczne spostrzeżenia, związane z historią naturalną nowotworów lub spraw zapalnych obok bogatego materiału klinicznego, dającego obrazy przebiegu zmian w ustroju schorzałym.

Ale nie tylko bezpośrednio przyczynki do nauki dają Ci, Czcigodny Panie, prawo do wyrażenia holdu, ale i ta okoliczność, że byłeś nie tylko dzielnym lekarzem, niepospolicie utalentowanym misternym chirurgiem, lecz, że zajmowałeś również katedrę w drogocennej nam wszystkim uczelni polskiej, byłeś profesorem w sławnej naszej Szkole Głównej, a karierę tę naukową rozpocząłeś już w Akademii Medyko-Chirurgicznej Warszawskiej, jako prosektor przy boku wszechświatowej sławy anatoma naszego, LUDWIKA HIRSZFELDA.

Już na tym stanowisku nie tylko sam pogłębiałeś swą wiedzę naukową, lecz szerzyłeś tę wiedzę i zamilowanie do niej wśród szerokiej kół Swoich słuchaczy, a w całej działalności profesorskiej dążeniem Twojem była troska z jednej strony, aby praca zawodowa opierała się na poważnym fundamencie naukowym, aby młodzież lekarska postęp nauki ceniła, z drugiej zaś strony—aby sztandar nauki czyściej, nauki twórczej wysoko powiewał nad całokształtem naszej Szkoły Głównej.

Dla ludzi zwłaszcza nauki, czy przedmiotem studyów ich będzie astronomia, czy geologia, czy biologia, czy choćby dzieje rodzaju ludzkiego, małą czasu częsteczką wydaje się stulecie, ale i dla mężów nauki żywot ludzki jest tą olbrzymią przestrzenią, w której zanadto mieści się może cierpień, za wiele rozczarowań, a zawsze za mało miejsca, za ciasno dla gorących dążeń poznawania.

I dlatego całe pół wieku przeżyte w mrówczej, gorliwej pracy, całe pół wieku przeżyte w dążeniu do prawdy, czy będzie ona prawdą w znaczeniu czystej nauki, czy też prawdą zdobytą przez sztukę, która ją jednak z materiału prawd naukowych wykuwa, takie dostojne pół wieku pracy budzi głębokie w każdym myślącym człowieku wzruszenie, a pół wieku pracy tak pożytecznej i tak doniosłej jak Twoja, Czcigodny Panie, pobudziła Warszawskie Towarzystwo Naukowe do złożenia Ci w dniu jubileuszu Twojej 50-letniej działalności naukowej i lekarskiej głębokiego wyrazu czci, hołdu, oraz życzenia, abys długo, długo jeszcze w sprawności fizycznej i duchowej zaszczycał i radował grono jego członków i całe nasze społeczeństwo.

— Otrzymaliśmy następującą odezwę od Komitetu Narodowego Polskiego Międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Budapeszcie [od 29-go sierpnia do 4-go września 1909 r.].

Otrzymawszy mandat od Komitetu gospodarczego XVI Kongresu za pośrednictwem jen. sekretarza tegoż Kongresu prof. EMILA GROSZA do utworzenia Komitetu narodowego polskiego, niżej podpisany prezes podjął się tego zadania w przekonaniu, że nie wolno nam uchylać się od udziału w międzynarodowych turniejach naukowych, chociażby z tego względu, by wszędzie, gdzie się do tego nadarza sposobność, z a z n a c z a ć naszą odrębność narodową i nasze naukowe stanowisko, w czem komitety pomocnymi być winny i mogą.

Zwyczajem przyjętym i niejednokrotnie przez siebie praktykowanym, udał się prof. WICHERKIEWICZ i teraz do głównych Towarzystw lekarskich wszystkich trzech części porozbiorowych naszej Ojczyzny z prośbą i to ponowną o wyznaczenie delegatów do tegoż komitetu, ale niestety! dotychczas tylko Krakowskie Towarzystwo Lekarskie odpowiedziało na ten apel, mianując swych delegatów; o Lwowskiem dowiedzieliśmy się pośrednio, że uczyniło to samo. Wobec ponownego wezwania kongresowego gen. sekretarza Komitetu narodowego, niepodobna było zwlekać dłużej z krokiem stanowczym. Powołany przez Komitet kongresowy prezes utworzył więc wraz z kolegami krakowskimi: Komitet narodowy polski Międzynarodowego Kongresu lekarsk. w Budapeszcie, który z dniem dzisiejszym rozpoczyna swą czynność.

Wiedząc z doświadczenia, jak trudno zgromadzić członków zamiejscowych na posiedzenia, pragniemy całą potrzebną agendę przyjąć tutaj na własne barki, a dla ułatwienia porozumiewania się z innemi dzielnicami polskimi, prosimy raz jeszcze Towarzystwa Lekarskie w Warszawie, we Lwowie i Poznaniu, aby z łona swego wybrały po 2—3 delegatów, którzyby stanowili subkomitety z wiceprezesami na czele. Zadaniem tych ostatnich byłoby znosić się bezpośrednio z komitetem głównym krakowskim we wszelkich sprawach ogólnych, czy zasadniczych przyszłego Kongresu.

Chcącym wziąć udział w Kongresie, Sekretarz Komitetu narodowego prof. CIECHANOWSKI: Kraków, Wielopole 4; udzielać będzie chętnie informacji i prześle ogłoszone dotychczas druki, jak: Regulamin Kongresu, pierwsze orędzie Komitetu Kongresowego, program tymczasowy, karty do zapisywania, względnie zgłoszenia wykładów i t. d.

Kraków, w maju 1908 r.

Komitetu polskiego Międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Budapeszcie:  
Prezes: Prof. Dr B. *Wicherkiewicz*. Wiceprezes: Dr *Kwaśnicki August*.  
Sekretarz: Prof. Dr *Ciechanowski Stanisław*. Skarbnik: Dr *Borzęcki Eugeniusz*.

**Collargol**

Doskonały środek leczniczy w zakażeniach septycznych. Działa najskuteczniej, zadawany w postaci zastrzyków dożylnych i lawatyw. Do lawatyw stosuje się najpierw dawki duże 2—5 grm. na 100 grm. wody codziennie, następnie 0,5—1 grm. na 50—100 grm. wody, 2—3 razy na dzień. Również pożyteczne działanie okazuje przy leczeniu ran, chorób oka pochodzenia zakaźnego, rzeżączki, kataru pęcherza i we wszelkiego od zaju sprawach zakaźnych wywołanych przez gonokoki.

**Tannismut**

(Dwugarbnikan bismutu) skuteczny, łatwy w użyciu i tani środek ściągający; stosuje się w chorobach kiszek, łączy działanie bismutu i tanniny i działa w tych razach, w których inne środki zawiodą.

**Salit**

Środek do wcierania o działaniu kojącem i leczniczym w cierpieniach pochodzenia goścowego (gościec mięśniowy, ostre nerwice, zapalenie pochewek ścięgniowych, zapalenie opłucnej). Skóra znosi go dobrze nawet w stanie nierozcieńczonym. Nieposiada działania ubocznego.

**Ichtynat**

Ammonium ichtynatum — Heyden, — równo znaczny z ichtyolem, środek bardzo tani.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel  
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzone na Wystawie Lwowskiej medalem złotym  
wszelkie

1) Iniekcje Subcutanea  
Sterelizatae

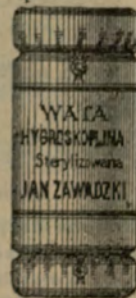
w opatentowanych ampulkach

2) Opatrunki wyjałowione  
przy temperaturze 125° i 2-ch atmosferach  
ciśnienia pary przepływowej

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700  
próby gratis i franco



Zakład dezynfekcyjny parowy **JANA ZAWADZKIEGO**  
istniejący od roku 1902-go

Warszawa—Mokotów ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08. Zarząd: Mokotowska Nr. 43  
telef. 2700.

Wykonywa dezynfekcję mieszkań po bardzo dostępnej cenie nawet dla średnio zamożnych; dla biednych z polecenia p. p. Lekarzy darmo; za dezynfekcję rzeczy ceny zniżone.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
ELBERFELD.

# Alypin

## Alypin

nowy środek znieczulający  
zupełnie zastępuje fofainę

*bez następstw tejże*

przy jednakowej sile znieczulenia znacznie mniej trujący.

Łatwo rozpuszczalny, obojętny, łatwo ulegający wessaniu  
i dający się wyjaławiać.

Przy połączeniu z przetworami nadnercza znacznie powiększa działanie znieczulania.

Dawka przeważnie taka jak przy kocainie.

Tabletki Alypiny à 0,02 i 0,05 bez Suprareniny bornej i z takową do  
iniekcyi podskórnych dostarcza G. Pohl. Schönbaum pod Gdańskiem.



Akademia Medyczna, 12 Czerw-  
ca 1892 r. Akademia Umiejętno-  
ści 1 Kwietnia 1892 r. i 3 Lipca  
1899 r.

Bardzo pożyteczny produkt z

## CASCARA SAGRADA CASCARINE $C^{12} H^{10} O^5$ LEPRINCE

(Kascaryn Leprence'a)

**WSKAZANIA:** uporczywe zaparcia, choroby  
wątroby, jako środek antyseptyczny dla nar-  
ządów trawienia; w atonii kiszek, w za-  
twardzeniu, w okresie ciąży i karmienia;  
przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się  
zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu  
lub przed udaniem się na spoczynek.

Skład główny: 62, rue de la Tour, Paris. Skła-  
dy we wszystkich aptekach i składach ma-  
teryali aptecznych.

**UWAGA:** Stempel każdej pigułki powinien być bardzo  
wyraźny. W sprzedaży są fałszyfikaty.

**Zakład chirurgiczno - ortopedyczny D-ra E. Reichsteina,**  
w Warszawie, Marszałkowska 149 tel. 4217.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż.  
W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Hessinga.  
sztuczne kończyny, pasy brzuszne i paski przepuklinowe.

Przyjęcia od 4-6., w Domu Zdrowia, Leszno 38 od 11-1.



## VALIDOL

Środek energiczny i jednocześnie niedrażniący ożywczy, przeciwnerwieniczny, przeciwhisteryczny i na żołądek; prócz tego środek skuteczny przeciw chorobie morskiej.

## KAMFORA VALIDOLOWA

(Validol camphoratum).

Środek wybitny pobudzający w wypadkach ciężkiego wycieńczenia, również niezbędny w praktyce dentystycznej.

## EUCHININA

Chinina wolna od goryczy. Działa tak jak chinina w przypadkach gorączki, grypy, tyfusu, koklusu, malarii i nerwalgii.

„Panom Lekarzom służymy chętnie próbami jak również literaturą. Przy zamówieniu prosimy powołać się na Nr. 207



## Podagrę, Kamienie nerkowe i Reumatyzm

leczą skutecznie  
SOLE MUSUJĄCE LITYNY  
Le Perdriel

[Sels de Lithine Effervescents le Perdriel].

Dzięki działaniu leczniczemu na diatezę artrytyczną przewyższają wszelkie inne środki rozpuszczające kwas moczowy. Kwas węglowy wydzielający się z lityny *in statu nascendi* zapewnia jej działanie.

Korek-miarka odpowiada 15 centigr. soli czynnej.

Zwracać uwagę i żądać firmy Le Perdriel w celu uniknięcia bezskutecznych nieczystych i źle dozowanych podrabiań.

LE PERDRIEL, 11 rue Milton, Paris, i we wszystkich aptekach.

## Prof. D-r E. Biernacki

ordynuje jak corocznie od 1 Maja

## w Karlsbadzie

Alte Wiese, Haus „Nizza“ (z tyłu za Nastopilem).

## Dr. St. Benedykt Kwiatkowski

b. I asystent kliniki lekarskiej Un. Jag.  
ordynuje od 1 Maja w

MARIENBADZIE, Haus Hamburg.

**ARHOVIN**

D-ra Horowitz'a

Preparat doskonały do kuracji wewnętrznej i zewnętrznej.

## == Rzeżączki ==

PROPHYLAKTIUM przeciw rzeżączkowemu zapaleniu stawów.

Użyt. wewn. **Capsulae Arhovini** po 0,25, od 1—2 kaps., 3 do 6 razy dziennie. Do użytku zewnętrznego: **Arhovini** 1,0—5,0, ol. oliv. 100,0 do iniekcji i tamponów, również w postaci **bacilli** i **globuli**. **Arhovin** jest do nabycia we wszystkich aptekach, w kapsułkach po 30 i 50 szt. oraz w słoikach oryginalnych.

**PYRENOL**

Środek wybitny

D-ra Horowitz'a

Środek obniżający gorączkę i przeciwgościecowy, przeciw Pertussis, Asthma bronchiale i Influenzy.

Sposób użycia: od 0,1—0,5 dla dzieci, od 0,5—1,0 dla dorosłych, 3 do 4 razy dziennie w proszkach, z mlekiem, a w miksturze z **Sir. rubi Idaei** lub **Aq. Menthae** lub w postaci tabletek. Do nabycia w aptekach. Literaturę prosimy żądać od przedstaw.

E. Koch i W. Borman, w Warszawie.

Chmielna 18.

Goedecke i S-ka, Fabr. Chem.

w Lipsku.

5—12

# Bad Kissingen

**RAKOCZY  
MAXBRUNNEN i PANDUR**

 sławne solanki  
do użytku wewnętrznego  
(Wysylka wód mineralnych).

Sezon: początek kwietnia do końca października.

 2 cieplice solankowe = ze znaczną zawartością kwasu węglowego do **Kąpieli**

Kąpiele borowinowe, łożnie, inhalatorya, gabinety pneumatyczne, leczenie winogronowe.

 Wiadomości i prospekty: **Towarzystwo kąpielowe.**  
(Kurveerein)
**Sanatorium D-ra Solmana**

Warszawa, Al. Szucha № 9. Telef. 13-72.

Chirurgia, choroby kobiet, choroby wewnętrzne.

 Wzorowe urządzenia chirurgiczne i kliniczne. Pobyt i opatrunki  
od 2,50 do 7 rb. dziennie.

12—4

**FRANCENSBAD****Polski zakład i pensjonat leczniczy**

Kuchnia dyetetyczna.

(Willa D-ra Steinsberga)

Prospekty na żądanie.

**D-r Józef Liebeskind**

Marienbad

Dom „Kroprin“