

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 31.

Warszawa d. 19 Lipca (1 Sierpnia) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O rozpoznawaniu białaczki. Napisał d-r St. Klejn. (Ciąg dalszy). — Wyniki szczepień ochronnych przeciw wścieklicznie w roku 1901. Napisał Wacław Orłowski — XXXIII zjazd neurologów i psychiatrów z południowo-zachodnich Niemiec. (Sprawozdanie własne). Podał M. Urnstein (Heidelberg). (Ciąg dalszy). — **KRONIKA.** — Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lipcu 1903 r. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Klejn — Sur le diagnostic de la leukemie. 2) D-r W. Orłowski — Les résultats des injections préventives contre la rage en 1901.

Redaction Dr M. Sadowski. Varsavie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r St. Klejn — Ueber die Diagnose der Leukaemie. 2) D-r W. Orłowski — Die Ergebnisse der Schutzimpfungen gegen die Hundswuth im Jahre 1901.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Starozakonných
w Warszawie.

O ROZPOZNAWANIU BIAŁACZKI.

Napisał

D-r STANISŁAW KLEJN

Ordynator oddziału.

(DONIESIENIE TYMCZASOWE).

(Rzecz odczytana w Warszawskim Towarzystwie
Lekarskim w dniu 5 i 19 maja 1903 r.).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 30).

10. V. 98 r. przybył do mnie przysłany z polikliniki kol. GOLDFLAMA chory Gorlicki Mojżesz, lat 34, tragarz, ze skargami na powiększe-

nie gruczołów, które zauważył przed 3 miesiącami, z początku w pasze, później zaś na szyi i w pachwinach. Dawniej był zdrów.

Przy badaniu znalazłem u chorego (to samo skonstatowano w poliklinice) atletycznej budowy, dobrze odżywianego, o zdrowym i czerstwym wyglądzie: wszystkie dostępne badaniu gruczoły powiększone, niektóre wielkości śliwki, biodrowe i pachowe w postaci pakietów wielkości pomarańczy. Skóra nad nimi i one same ruchome. Wątroba powiększona, śledziona występuje na dwa palce z pod łuku żebrowego. W jamie brzusznej wyczuwają się w o-

koliecy pępka liczne guzy, z których jeden na prawo od pępka wielkości pomarańczy. Inne na rzędy bez zmian, stan bezgorączkowy.

Badanie krwi: kr. cz. 5.230.000, hemoglobiny 95%, leukocytów 14.200. Stos. 1:368. Pod mikroskopem widać wyraźnie więcej, niż zwykle, limfocytów. (Dokładnych obliczeń, niestety, nie wykonałem).

Chorego namawiałem, ażeby zapisał się do szpitala, nie zgodził się na to, czując się dość silnym i zdrowym do pracy. Dałem mu sol. Fowler'a, której zresztą długo nawet nie brał. Chorego straciłem z oczu.

W dniu 31. X. (a więc po 5 miesiącach) znalazłem chorego w swoim oddziale, ale w stanie opłakany. Z opowiadania chorego dowiedziałem się, iż do ostatniej prawie chwili ciężko pracował, nosząc niekiedy do 20 pudów na plecach. Przed 6 tygodniami nastąpiło nagle pogorszenie: zjawilo się uczucie ciężaru w brzuchu, kaszel, trwający do tej pory, obrzęk całego ciała i gorączka z obfitymi potami. Jednocześnie powiększyły się wszystkie gruczoły. Od 2 tygodni zbladł.

Przy badaniu znalazłem wybitną bledość błon śluzowych, zresztą normalnych. Ciepłota 37,1°. Płuca bez zmian, w sercu i w żyłach szmeru. Wątroba wyraźnie powiększona, śledziona wystaje na trzy palce z pod łuku żebrowego. W brzuchu wyczuwa się guz wielkości główki noworodka. Wszystkie gruczoły powiększone, skóra nad nimi zwiesza się luźno w postaci worka. Na dnie oka mnóstwo wylewów krwawych. Mocz bez białka z obfitym osadem kw. moczowego. We krwi olbrzymia liczba leukocytów, prawie same limfocyty. Eozynofilów bardzo mało, szukać trzeba.

3. X. Liczba leukocytów 117.200, prawie same limfocyty. 5. XI. Kr. cz. 644.000. Hemogl. 16%. Leuk. 240.800, w tem limfocytów 97%.

Chory coraz bardziej słabł, dostał gwałtownego rozwolnienia i 5 dnia pobytu w szpitalu (5. XI) zmarł.

Z góry muszę przyznać, iż dany przypadek posiada pewną lukę w obserwacji — chorego bowiem widziałem w okresie t. zw. aleukemicznym raz jeden i w dodatku nie zająłem się wtedy dokładnie morfologią krwi. Z tych więc powodów nie będziemy się nad nim długo zastanawiali, a zaznaczymy tylko, iż w danym przypadku mieliśmy początkowo do czynienia najprawdopodobniej z t. zw. pseudoleukemią z małą liczbą leukocytów i wyraźną, choć może nie wybitną, limfocytozą, która po 4 miesięcznym (co najmniej) trwaniu przeszła raptownie w typową limfemię z ostrym co do trwania (6 tygodni) przebiegiem. A teraz przejdziemy do przypadku drugiego.

Weinfeld Sura, lat 46, przy mężu, przybyła do szpitala Starozakonnych 25. VI. 1899 r., zmarła 10. IV. 1900 r.

Chora zauważyła przed 4 laty pod prawą szczęką guzik, po roku tamże zjawily się świeże guziki wielkości orzecha laskowego. W ciągu roku gruczoły doszły do obecnej wielkości. Pachowe i pachwinowe gruczoły powiększyły się niedawno. Gruczoły pod pachą były dawniej większe, ale po jakichś kroplach zmniejszyły się. Od 2 lat ma obfite poty. W przeszłym roku przebyła różę twarzy, podczas której gruczoły się jeszcze bardziej powiększyły. Po 2 dziecku chorowała w ciągu 12 tygodni, będąc młodą, przebyła tyfus.

St. praesens. Lekka skolioza lewostronna. Odżywianie mierne. Skóra i błony śluzowe blade. Pomiędzy łopatkami stępienie z oddechem osłabionym. W sercu skurczowy szmer u wierzchołka i akcent na 2 tonie tętnicy płucnej. Tętno 108. Wątroba dochodzi do pępka, brzeg gładki. Śledziona wyczuwa się wyraźnie tuż pod łukiem żebrowym. W lewej połowie brzucha wyczuwają się guziki wielkości śliwki.

Gruczoły szyjowe i podszczękowe powiększone otaczają twarz w postaci wieńca od ucha do ucha; wielkość gruczołów od grochu do jaja kurzego (pod uszami), wyczuwają się każdy

oddzielnie. Takież gruczoly w obu *fossae supraclaviculares*, a w *fossae axillares* z obu stron po pakiecie wielkości jaja gołębiego, na wewnętrznej powierzchni *cubiti* również powiększone gruczoly. Gruczoly pachwinowe i biodrowe w postaci pakietów wielkości jaja kurzego. Na skórze dolnych kończyn drobne wylewy, a na górnych drobne *papulae*, niekiedy z wylewami. Jama ust i gardzieli bez zmian. Ciężota prawidłowa.

Badanie krwi (27. VII). Kr. czerwonych 2.524.000. Hemogl. 57%, Leuk. 22.840. Stosunek: 1:110.5. Limfocytów 84,6, neutrof. 12,2, eosinof. 2,4, reszta myelocyty i krążki czerwone z jądrami.

Przypadek, podobny do powyższego, do ostatnich prawie czasów zawsze zaliczano do grupy pseudoleukemii. Gdy dalszy przebieg choroby (przeszło $\frac{1}{2}$ roku) dawał nam wciąż jednakowy obraz kliniczny i hematologiczny, skłanialiśmy się również do tego rozpoznania. Jeżeli jednak uwzględnimy to, cośmy powyżej powiedzieli o rozpoznawaniu białaczki, trudno nam będzie z rozpoznaniem tem się pogodzić. W danym przypadku mamy wszak wszelkie oznaki limfemii; przedewszystkiem zatem obrzmienie gruczolów i powiększenie śledziony, dalej powiększenie liczby leukocytów z ogromną przewagą limfocytów. Prawda, że liczba leukocytów była tu tak mała, jak rzadko w leukemii bywa, jednakże cyfry takie zdarzają się, najlepszym dowodem są opisane przez nas powyżej przypadki ostrej i przewlekłej limfemii, gdzie liczba leukocytów, przy braku wszelkich powikłań, wynosiła niekiedy 12.000 tylko. Gdybyśmy tu przynajmniej mieli odsetkę limfocytów nie zbyt wysoką, moglibyśmy jeszcze wahać się z rozpoznaniem limfemii, tu jednak odsetka ta była niezmiernie wysoka, mało co niższa od dotychczas przez nas notowanej -- z tego więc względu rozpoznanie limfemii zdawało się być bez zarzutu. Jednakże dalszy przebieg choroby zgotował nam do pewnego stopnia niespodziankę.

Już wyżej powiedziałem, że stan chorej w ciągu pierwszych 7 miesięcy małe przedstawiał zmiany. Powiększenie gruczolów trzymało się w jednej mierze, liczba leukocytów (patrz tabl. V) wahała się w bardzo wąskich granicach: *minimum* było 18.960, *maximum* 30.000. % limfocytów również był jednostajny i wynosił od 72,8 do 86,1. Na obraz kliniczny i hematologiczny nie miały wpływu stosowane przez dłuższy czas wstrzykiwania podskórne pilokarpiny, ar-

TABLICA V.

S. Weinfeld.

Nr	Data	Leukocyty	Limfocyty	Neutrofile	Eozynofile	Erythroblasty	Myelocyty
1	27.VI.99.	22.840	84.6	12.2	2.4	0.4	0.4
2	29 "	26.750	77.0	16.8	6.0	0.2	—
3	6.VII	22.000	86.3	9.8	2.9	0.1	0.9
4	11 "	19.800	85.2	10.2	4.2	0.2	0.2
5	21 "	20.160	81.9	10.5	5.3	0.4	1.9
6	25 "	18.960	72.7	23.2	2.3	0.4	1.4
7	29 "	22.600	72.8	25.5	1.2	0.5	—
8	3.VIII	23.530	77.7	19.6	1.0	0.2	1.5
9	29 "	32.200	81.1	16.3	1.8	0.3	0.5
10	2.IX	22.600	79.3	18.0	2.2	0.5	—
11	1. X.	30.000	80.0	17.0	2.0	0.2	0.8
12	23 XI.	26.300	73.3	24.7	1.2	0.3	0.5
13	22.I.900	20.400	79.3	15.7	3.5	0.3	1.2
14	3. IV	148.200	96.9	2.6	0.5	—	—
15	5. "	159.000	93.1	4.8	1.8	—	—
16	10 "	207.000	—	—	—	—	—

szeniku i kakodylu. Chora nie gorączkowała, z wyjątkiem okresu czasu pomiędzy 21. VII. a 29. VII., kiedy ciężota wynosiła niekiedy wieczorami 38.0°; 27.VII. ciężota podniosła się do 39°, poczem w ciągu następnych dni spadła do normy. Gorączka ta stała w związku z różą twarzy, która nawiedziła chorą około 27.VII i trwała kilka dni. Powikłanie to nie miało żadnego wpływu na stan gruczolów i śledziony, za to wyraźnie zaznaczyło swój wpływ na obraz

morfolożyczny krwi. Przeglądając załączoną tablicę, zauważymy, iż w okresie wystąpienia róży liczba leukocytów była najmniejsza (od 18.960 do 22.600), również najmniejsza była tu odsetka limfocytów (72.8). Widocznie, iż mała rozległość sprawy chorobowej i krótkość czasu jej trwania były powodem, iż wpływ róży mało się odbił na stanie gruczołów i krwi.

Chora dwukrotnie wypisywała się z oddziału, pierwszy raz na 22 dni, drugi raz na miesiąc. Za pierwszym powrotem do szpitala stan chorej był bez zmiany, za drugim jednak powrotem stan chorej był zupełnie niepodobny do poprzedniego.

Chora wstąpiła po raz trzeci do mego oddziału 30. III. 1900 r. Opowiada, że po wyjściu ze szpitala w ciągu tygodnia czuła się nieźle. Nagle bez powodu, bez gorączki, bez potów, poczęły gruczoły gwałtownie się zmniejszać, zjawił się kaszel, a przed 5 dniami obrzęk nóg. Jednocześnie wystąpiło gwałtowne osłabienie, do czego w ostatnim tygodniu przyłączyły się wymioty krwawe.

Przy badaniu znalazłem, co następuje: wybitna anemia i duszność. Płuca i serce bez nowych zmian. Tętno 120. Wątroba powiększona poza pępek, śledziona zaledwie się wyczuwa, brzuch bardzo wzdęty. Obrzęk nóg. Jama ustna bez zmian. Gruczoły, szczególnie na szyi, conajmniej o połowę mniejsze, niż dawniej, nie zlewają się, skóra nad nimi wolno się zwiesza w postaci worka. W brzuchu wyczuwają się guzy nie mniejsze od dawniej znalezionych. Badanie żołądka wykazało obecność wolnego kwasu solnego i oznaki rozszerzenia żołądka z retencją pokarmów.

Badanie krwi dało wyniki następujące: Kr. czerw. 1.200.000, hemgl. 22%, leuk. 148.200, limfocytów 96.8%. Następne badanie dało: 159.000 leukocytów i 93.1% limfocytów a 4,8% neutrof.; ostatnie badanie w dniu śmierci (10. IV) dało 207.000 leukocytów z takim samym obrazem morfolożycznym.

Chora przeżyła teraz w oddziale 11 dni i zmarła w 4 przeszło tygodnie po wystąpieniu pierwszych oznak pogorszenia. Z przebiegu ostatniego zanotować jeszcze należy, iż gruczoły w dalszym ciągu wyraźnie się zmniejszały, po kilku dniach zjawiło się krwawienie z nosa, wymioty wciąż nie ustawały, na dzień przed śmiercią wreszcie zjawiły się czarne krwawe i śluzowe stolce. Gorączki wcale nie było. Sekcja dała typowy obraz limfemii. Szczegóły nie są dla nas ważne.

Jeżeli dotychczas mieliśmy jakieś skrupuły z rozpoznaniem, to teraz, gdy liczba leukocytów zwiększyła się do typowych dla leukemii cyfr, a z nią zwiększyła się i tak już wybitnie wysoka odsetka limfocytów, bez wahania mogliśmy zrobić rozpoznanie limfemii. Wobec tego jednak, że już i pierwszy okres uważaliśmy za leukemię, musimy okres ostatni uważać za obostrzenie limfocytemii dość umiarkowanej, która zatem istniała już u chorej w pierwszych dniach obserwacji.

Wykazaliśmy już wyżej, iż w ostrej leukemii zdarzają się bez powodu wyraźnego znaczne wahania w liczbie leukocytów, przyczem odsetka limfocytów jest dość stała i wysoka. Następujący przypadek wykaże nam, iż w leukemii odsetka limfocytów również ulegać może znacznym wahaniom, a nawet zupełnie nie być powiększoną.

Pan M. F. fabrykant, lat 40, zgłosił się do mnie d. 12. IV. 1896 r. Opowiada, iż choroba jego trwa już 4 lata, a więc od r. 1892. Zauważył on wtedy w obu pachwinach guzy wielkości jaja gołębiego nie bolesne; przypuszczając, że przyczyną ich jest jazda konna, którą z zamiłowaniem uprawiał, nie uważał na nie. W r. 1895, a więc po 3 latach, zauważył chory, iż mu szyja znacznie obrzmiała, a macając ją, wyczuł w głębi sporo gruczołów wielkości jaja gołębiego; w jakiś czas potem znalazł także gruczoły pod pachą. Chory pojechał wtedy do Roncegno, gdzie czuł się

bardzo dobrze (i bez tego nie czuł się osłabionym), gruczoly jednak wcale się nie zmniejszyły. Chory od całego szeregu lat kaszle, bez krwi. Zresztą był zawsze zdrow. Ma dwoje dzieci zdrowych.

Przy badaniu znalazłem wtedy u chorego, czerstwo wyglądającego, dobrze zbudowanego, płuca i serce bez zmian, śledziona i wątroba nie wyczuwalne. Szyja wygląda, jakby się chory nadał, co zależy od powiększenia gruczolów, otaczających twarz od ucha do ucha, wielkości bobu do gęsiego jaja. Skóra nad nimi luźno się zwiesza w postaci worka. Podobnie powiększone gruczoly w postaci pakietów w obu pachach, i tu skóra się zwiesza i tworzy potężne fałdy; prócz tego znajdują się powiększone do rozmiarów jaja kurzego gruczoly pachwinowe i biodrowe. Te ostatnie są zrosnięte ze skórą.

Badanie krwi. C. cz. 6.340.000, hemoglobiny 110%, leukocytów 19.000, limfocytów 53.2 %.

Choremu zaczęto zastrzykiwać As pod skórę (w ilościach mi nieznanych), przyczem, jak opowiadał chory, już po kilku iniekcjach guzy zaczęły się wyraźnie zmniejszać, szczególnie na szyi, tak że doszły wielkości grochu, a niektóre całkiem znikły. Zastrzykiwania te trwały z przerwami do lata 1897 r., a więc w ciągu blisko 1½ roku, poczem nastąpiła pauza 3 miesięczna, po której znów rozpoczęto zastrzykiwania z przerwami w ciągu 2½ roku, t. j. od końca 1897 aż do lata 1900 r. Następnie znów była roczna przerwa w zastrzykiwaniach, poczem od końca lata 1901 roku ponowiono zastrzykiwania i prowadzono je z przerwami 2—3 miesięcznymi po każdych 10—12 iniekcjach w ciągu 9 miesięcy, t. j. do maja 1902 r. Od połowy maja 1902 r. znów zastrzykiwania As, wykonywane przeze mnie do 17.VI. Od tej pory sol. Fowleri do wewnątrz w ciągu 6 tygodni z małą przerwą. Ostatni raz chory brał As 8.VIII. 1902 r.

Poraz drugi chory zgłosił się do mnie 2.II 1897 r. po całorocznym prawie wykonywaniu iniekcji As (rozumie się z przerwami, jak wyżej było powiedziane). Gruczoly na szyi były wtedy znacznie mniejsze, niż dawniej, inne gruczoly nie zmniejszyły się.

Przy badaniu krwi (patrz tabl. VI) znalazłem 15.200 leukocytów i 40.4% limfocytów. Gdy chory przerwał iniekcje latem 1897 r., gruczoly znów się powiększyły, wtedy znów powrócił do iniekcji, pod których wpływem gruczoly zawsze się zmniejszały. Tak manewrował chory do 22.VIII. 1901 r., kiedy się zgłosił do mnie poraz 3, gdy już od roku nie robił iniekcji, a gruczoly wróciły do dawnej wielkości. Chory czuje się na siłach bardzo dobrze, pracuje dużo, je dobrze i wygląda czerstwo. Przy badaniu nie znalazłem u chorego żadnej widocznej różnicy w porównaniu ze stanem dawniejszym. Przy badaniu krwi znalazłem: leukocytów 12.760, limfocytów 39.2%, a więc znacznie mniej w porównaniu z pierwszym badaniem, które również było wykonane w okresie wolnym od leczenia As.

Dnia 11.V. 1902 chory znów zgłosił się do mnie poraz 4; do tej pory robił iniekcje po 10—12 razy z rzędu, poczem pauzował przez 2—3 miesiące. Od tygodnia iniekcji nie robi. Stan ogólny bez zmiany, gruczoly nie zmniejszone. Badanie krwi dało: leukocytów 31.200, limfocytów 65.4%, a więc znów wybitną limfocytozę. U chorego od niejakiego czasu rozwinęła się furunkuloza dość rozległa, wskutek czego oddał się w opiekę kol. MARKUSFELDA. Na naradzie z tym ostatnim zaleciłem wstrzykiwania As systematycznie w dawkach wciąż wzrastających według metody ZIEMSEN'a. Rozpocząłem je 14.V. 1902 i przerwałem 17.VI. 1902; rozpoczynając od 0,5—1% roztworu *natrii arsenicosi*, doszedłem stopniowo blisko do 2,0 *pro die* w dwóch dawkach. Wtedy

T A B L I C A VI.

M. F.

Nr.	Data	Leukocyty.	Limfocyty %	Neutrofile %	Eozynofile %	LECZENIE i PRZEBIEG.	
1	12. IV. 96.	19.000	53.2	45.6	1.2	Do kwietnia 1896 r. bez As. Od tej pory As pod skórę z przerwami do lipca 1897 r. Trzy miesiące pauzy, poczem znów As pod skórę do sierpnia 1900 roku.	
2	2. II. 97.	15.200	40.4	59.0	0.6		
3	7. IX. 97.	7.600	—	—	—		
4	22. VIII. 901	12.760	39.2	56.6	4.2	Od roku bez As. Od VIII. 1901 r. As pod skórę z dużymi przerwami do maja 1902 r.	
5	11. V. 902	31.200	65.4	31.2	3.4		
6	22. V.	75.600	87.2	10.8	2.0	Od 14 V. 1902 r. do 17 VI. 1902 r. As pod skórę w dużych dawkach.	
7	1. VI	38 880	77.7	19.9	2.4	Od 17. VI. do 14. VII. i od 22. VII. do 8. VIII. Fowler do wewnątrz w dawkach wzrastających.	
8	12. VI.	11.960	62.4	32.3	5.3		
9	26. VI.	7.400	54.8	40.8	4.4		
10	8. VII.	5.840	42.8	51.2	6.0		
11	21. VII.	9.040	40.5	53.5	6.0		
12	29. VII	9.000	50.5	43.4	6.1		
13	10. VIII	5.800	42.5	30.0	27.5		
14	24. VIII	26.960	34.6	59.6	5.8		
							Od 5. VIII. Objawy otrucia As
							Od 7 dni gorączka ropna.

dawkę zmniejszałem i doszedłem znów do 0.5 *pro die*.

Po 10 dniach iniekcji choremu znów zbadalem krew (22.V). Znalazłem wtedy zupełnie nieoczekiwany rezultat. Liczba leukocytów wynosiła 75.600, procent zaś limfocytów był 87.2. Następne badanie podczas iniekcji dało 38.880 leukocytów i 77.7% limfocytów. Następnie znów po 38 iniekcjach wykonane badanie dało 11.960 leukocytów i 64.2 limfocytów. Po przerwaniu iniekcji 17.VI, i gdy chory zaczął brać *sol. Fowleri* do wewnątrz, badanie krwi, wykonane w d. 26.VI, dało 7.400 leukocytów i 54.8% limfocytów.

W ciągu całego tego okresu gruczoły stosunkowo mało się zmniejszyły, najwyraźniej może podszczękowe, inne pozostały prawie bez zmiany. Chory przytem osłabł widocznie, przyczem dokuczał mu wciąż suchy, świszczący kaszel i duszność przy ruchu. W dodatku od niejakiego czasu chory dostał chrypki, a kol. LUBLINER, który zbadał chorego, znalazł naciecze-

nie strun fałszywych i tylnej ściany krtani. Jeszcze przed rozpoczęciem przeze mnie wstrzykiwań podskórnych znalazłem u chorego przy wymacywaniu brzucha wyraźne guzowatości w okolicy śledziony i pępka i pod wątrobą. Guzy te po iniekcjach również się nie zmniejszyły.

Chory brał do wewnątrz plyn Fowlera w ciągu 7 tygodni z przerwą jednodniową aż do 8.VIII. Chory w ostatnich czasach z własnego natchnienia widocznie zanadto szybko począł sobie zwiększać dawki arseniku, w następstwie czego rozwinęły się objawy otrucia As: hiperkeratoza skóry dłoni, erytemat na całej prawie skórze brzucha i piersi, suchość w ustach, *conjunctivitis* i lekka żółtaczka. Przytem osłabienie było nadzwyczaj silne. Przerwano As. Badanie krwi, wykonane w dniu 21. VII., po tygodniowej przerwie z As, dało 9.040 leukocyt. i 40.5% limfocytów, po 8 dniach (29.VII) znaleziono 9.000 leukocyt. i 50,5% limfocytów. Podczas wybitnych objawów otrucia As znaleziono 5.800 leukocyt. i 42.5% limfocytów, przyczem liczba eo-

zynofilów ogromnie się powiększyła i doszła do 27.5% (w ostatnich czasach wynosiła tylko 6%, przedtem 2—4%).

Chory już w początkach sierpnia zaczął miewać niekiedy wieczorami podniesioną ciepłotę, osłabienie przytem wciąż się zwiększało, na skórze od drapania swędzącej wysypki potworzyły się rany ropiejące i furunkuly, chory zaczął stale gorączkować, wreszcie wystąpiły oznaki ropienia naokoło gruczołów powiększonych, z początku pod pachami, potem i w lewej pachwinie. W tym okresie czasu obserwowali chorego koledzy DİNTE i KRAJEWSKI, którzy kilkakrotnie usuwali choremu ropę z powstałych abscesów, przyczem wyluszczały niektóre uległe zropieniu gruczoły. W okresie początkowym ropienia gruczołów zbadałem choremu jeszcze raz krew, przyczem znalazłem 26.960 leukocytów i tylko 34,6% limfocytów. Eozynofiliów było tylko 5.8%.

Po wspomnianych zabiegach chirurgicznych chory czuł się podobno znakomicie, w ostatnich jednak czasach znów potworzyły mu się wrzodzianki w rozmaitych miejscach. Chory jednak czuje się przytem dobrze, jest czynny, bywa w towarzystwie. Brak mi jednak dokładnych danych co do obiektywnego stanu chorego, krwi zaś przez ten cały okres czasu ani razu nie badałem *).

Dodać tu muszę, iż gruczoły, wyluszczone u chorego, badał kol. STEINHAUS i znalazł budowę ich zupełnie identyczną z budową limfomatów leukemicznych; laseczników gruczołowych nie było.

Jeżeli rozejrzemy się w historii opisanego przypadku, może zbyt przeładowanej szczegółami, w danym razie jednak dla zrozumienia prze-

*) Chory zgłosił się do mnie ponownie d. 30. VI. 1903. Injekcyi As nie robi od pewnego czasu. Stan ogólny bardzo dobry. W brzuchu wyraźne guzy. Gruczoły z wyjątkiem wyluszczonej bez zmiany. Badanie krwi: Leukocytów 13.600—15.160. Limfocytów 40.2—45.8%. (Przypisek podczas korekty).

biegu choroby koniecznymi, to przedewszystkiem przekonamy się, że mieliśmy do czynienia z chorym, mającym wszystkie cechy kliniczno-palpacyjne limfemii, albo też, jeśli kto chce, to i limfosarkomatozy. Jeżeli teraz będziemy rozpatrywali dane hematologiczne, to przedewszystkiem uwzględnić musimy pierwsze badanie, które było wykonane w czasie zupełnie wolnym od leczenia, a właściwie przed niem, a więc najlepiej dany przypadek charakteryzuje. Badanie to dało nam umiarkowaną, jak na leukemię, leukocytozę (19.000), natomiast spore zwiększenie odsetki limfocytów (53%). W tym stanie rzeczy najłatwiej było rozpoznać pseudoleukemię, i, gdybyśmy w dalszych badaniach znaleźli dane, do tych zbliżone, nie moglibyśmy się na krok dalej poza tę nie mówiącą dyagnozę ruszyć. Rzecz się jednak zmienia, gdy uwzględnimy dane z dnia 11. V. 1902 r. a szczególnie z dnia 22. V. i 1. VI. Pierwsze z tych badań było wykonane w okresie wolnym od iniekcji, drugie zaś i trzecie w 10-ym i 17-ym dniu iniekcji, a więc pod świeżym ich wpływem. Tu znaleźliśmy dane, wprost wskazujące na limfemię. A mianowicie, liczby leukocytów, wahające się między 31.200 a 75.600 oraz limfocytów od 65.4—87.2. Takie zmiany we krwi, jak widzieliśmy, są rzeczą prawie codzienną w limfemii przewlekłej. I przyznać się muszę, że, gdy znalazł u chorego 75.600 leukocytów, sądziłem, że mam do czynienia z przypadkiem pseudoleukemii, przechodzącym w limfemię, albo też, jak to już z góry powiemy, z limfemią z małą liczbą leukocytów, przeistaczającą się w limfemię z dużą ich liczbą. Następne jednak badania krwi przypuszczenia tego nie potwierdziły. Zdaje mi się jednak, że tu obraz hematologiczny był, że się tak wyrażę, nieczysty, znajdował się bowiem pod wpływem arseniku i infekcyi ropnej, które czystość jego i wyrazistość zatarły i uczyniły go zbliżonym do normalnego. Powiadam zbliżonym, gdyż, przy uważnem przejrzaniu cyfr, przekona-

my się, że nawet w okresie As liczba limfocytów była zawsze powiększona.

Jedno zatem nie ulega wątpliwości, iż u naszego chorego w okresie czasu, gdy we krwi znaleziono 75.000 leukocytów z 87% limfocytów, istniała już typowa limfocytemia czyli leukemia.

W takim razie, jak określić stan, w jakim chory się znajdował w ciągu 4 lat, następujących po pierwszym badaniu krwi? Tu chory miał liczbę leukocytów, jak widzieliśmy, nie wyłączającą leukemii (12.700 — 19.000), natomiast odsetka limfocytów była znacznie niższa od tych cyfr, jakieśmy dotychczas widzieli w tej chorobie, a przytem ulegała znacznym wahaniom. Tak np., maksymalną cyfrę, choć nie leukemiczną (53%), znaleźliśmy przy pierwszym badaniu, po roku jednak cyfra ta spadła do 40%. Spadek ten, co prawda, można sobie objaśnić działaniem As, objaśnienie to jednak będzie naciągnięte, gdyż, jak się przekonałem, przy iniekcjach As forsownych, które osobiście aplikowałem choremu, odsetka limfocytów była właśnie największa. Zresztą chory w r. 1901 po całorocznej pauzie, podczas której nie stosowano As, wykazywał również niską odsetkę limfocytów (39%). Polepszenia tu w chorobie lub powikłania nie było, gdyż obraz kliniczny w niczem nie był zmieniony,

Dawniej przypadek, podobny do naszego, zawsze albo tylko w okresie owej minimalnej limfocytozy, uważano by za pseudoleukemię. Co prawda, to dawniej każdy przypadek z powiększeniem gruczołów i śledziony, przebiegający bez leukocytozy, bez względu na jego etiologię i istotę uważano za pseudoleukemię. Obecnie jednak, dzięki badaniom EHRlich'a i PINKUS'a ramy pseudoleukemii znacznie się skurczyły. P. uważa cierpienie za pseudoleukomię tylko wtedy, gdy przy typowym obrazie klinicznym i normalnej lub cokolwiek zwiększonej liczbie leukocytów, % limfocytów jest wyraźnie

zwiększony. Przypadki te są bardzo zbliżone do leukemii limfatycznej i często w nią przechodzą.

Otóż przypadek nasz w zupełności mieści się we wzorze pseudoleukemii PINKUS'a. A w takim razie musielibyśmy się zgodzić i na to, iż tu pseudoleukemia przeszła w limfemię *resp.* leukemię chroniczną.

Jeżeli jednak dobrze się zastanowimy nad określeniem pseudoleukemii, podanem przez PINKUS'a, to dojdziemy do wniosku, że postać ta jest sztucznie stworzona. Przedewszystkiem P. sam przyznaje, że trudno ustalić granicę między pseudoleukemią a leukemią, zdarzają się bowiem przypadki, które jeden będzie uważał dopiero za pseudoleukemię, inny zaś już za leukemią. Prócz tego P. sam zaznacza, iż nawet chwila, w której dany przypadek już uważać należy za pseudoleukemię, jest niekiedy tak trudna do określenia, że granica między cierpieniami podobnymi do pseudoleukemii a nią samą również jest niewyraźna.

Przypadek nasz najlepiej stwierdza słuszność uwag P. W naszym przypadku mieliśmy pierwszy okres z wyraźną limfocytozą, którą można było uznać tak samo za leukemiczną, jak i za pseudoleukemiczną, potem był okres z tak małą limfocytozą, że, gdybyśmy wtedy chorego widzieli poraz pierwszy i jedyny, nie tylko nie zrobilibyśmy rozpoznania leukemii, ale i nawet pseudoleukemii w sensie PINKUS'a — co najwyżej rozpoznałibyśmy limfosarkomatozę lub gruźlicę. Potem znów nastąpił okres niewątpliwie i typowo leukemiczny, a po nim znów okres pseudoleukemiczny, wprawdzie sztuczny.

Że takie wahania w obrazie hematologicznym pseudoleukemii nie są rzeczą wyjątkową, a naodwrot są może nawet objawem częstym, dowodzi analogiczny zupełnie do naszego przypadek, ogłoszony niedawno w krótkości przez SCHUR'a¹⁴⁾. I tu obraz pseudoleukemii u kobiety, trwający 10 lat, a obserwowany

¹⁴⁾ SCHUR, Wien. klin. Wochensh. 1903. N. 5.

w ciągu 8 lat, i tu początkowo liczba leukocytów 8.000 z odsetką nawet leukemiczną, bo wynoszącą 90. Potem następują wahania w liczbie leukocytów (dochodzi niekiedy do 30.000) wreszcie liczba leukocytów i % limfocytów spada do normy. W ostatniej chwili S. znalazł 10.000 leukocytów i 40% limfocytów. Jestto przypadek pod względem wahań w liczbie limfocytów daleko jaskrawszy od naszego, i jestem przekonany, że z czasem takich przypadków poznamy więcej.

Wobec braku ścisłej granicy między pseudoleukemią a leukemią limfatyczną sędzę, iż oba te stany chorobowe, jako mające jednakowy obraz kliniczny, występujące naprzemian u jednego i tego samego osobnika, przechodzące często niepostrzeżenie jeden w drugi albo w pewnych okresach mało się od siebie różniące, stanowią jedno tylko cierpienie o rozmaitem, być może, tylko natężeniu — czyli że pseudoleukemia limfocytowa jest zawsze i od razu leukemią limfatyczną — limfocytemią.

Rozumie się, iż w takim razie przypadek nasz a także i SCHUR'a od pierwszej chwili obserwacyi uważać należy za leukemię limfatyczną, za limfocytemię.

Rzecz jasna, iż z chwilą, gdyśmy się zgodzili pseudoleukemię limfocytową P. uważać za leukemię, musimy w prostej konsekwencji zastosować do tej ostatniej ową drugą uwagę PINKUS'a, przez którą limfocytoza, jako objaw charakterystyczny pseudoleukemii, traci na wartości, inaczej mówiąc, musimy się zgodzić, że limfocytemia, zarówno jak i pseudoleukemia może, że się tak wyrażę, niekiedy normalnie przebiegać bez powiększenia nie tylko liczby leukocytów, ale i prawie bez powiększenia % limfocytów.

Rozumie się, iż wskutek tego niektóre przypadki niewątpliwiej leukemii lim-

fatycznej, wskutek braku albo wskutek słabo wyrażonej limfocytozy, stają się tak podobne do limfosarkomatozy, cierpienia zwykle klinicznie, a nawet często anatomicznie podobnego do leukemii limfatycznej, że mimowoli nasuwa się myśl o ścisłym związku tych 2 cierpień. Że tak jest, przekonamy się wkrótce.

Przed chwilą doszliśmy do przekonania, że pewną część przypadków pseudoleukemii zaliczyć należy do limfocytemii. Za co więc mamy uważać pozostałe przypadki, i jak je odróżnić od tego cierpienia?

Przedewszystkiem musimy wyłączyć tu z konieczności przypadki t. zw. pseudoleukemii śledzionowej (*anaemia splenica* i t. p.), a to wskutek tego, iż znaczna część ich, o ile nie daje leuko- i limfocytozy wybitnej, znajduje się w ścisłym związku z drugą postacią białaczki, o której postanowiliśmy tu nie mówić. Po zatem pewna część przypadków pseudoleukemii okazała się gruźlicą, występującą w postaci guzów, umiejscowionych przeważnie w gruczołach chłonnych i w śledzionie [ASKANAZY¹⁵), STERNBERG¹⁶)]. Przypadki te wśród grupy pseudoleukemii co do częstości stoją na pierwszym miejscu, czego dowodem jest obszerna literatura tego przedmiotu a także moje spostrzeżenia, które wykazują, że na 52 przypadki z obrazem pseudoleukemicznym akurat połowa miała za podstawę gruźlicę. Okoliczność tę trzeba zawsze uwzględnić przy rozpoznaniu, tembardziej, że całe cierpienie jest rzeczywiście bardzo podobne do leukemii limfatycznej. Istnieją jednak rozmaite objawy, pozwalające już za życia zrobić rozpoznanie, jednak nie z absolutną pewnością. A więc przedewszystkiem guzy gruźlicze najczęściej umiejscawiają się, szczególnie w okresach

¹⁵) ASKANAZY. Ziegler's Beitrage. 1888. Bd. III.

¹⁶) K. STERNBERG. Prag. Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. 19. 1898.

początkowych, na szyi, kiedy limfomaty leukemiczne występują w najrozmaitszych okolicach, dość często nawet z początku już w pachwinach. Dalej gruczoły powiększone często, choć nie zawsze, zlewają się z sobą, tworząc pakiety, w których trudno znaleźć granicę pomiędzy oddzielnymi gruczołami. Często bardzo, szczególnie w początkowych okresach choroby, następuje rozpad guza, przedziurawienie skóry i przetoka, przebieg nigdy nie zdarzający się w limfemii. Zdarza się wprawdzie niekiedy, iż guzy, początkowo tuberkuliczne, przechodzą w następstwie w leukemiczne, albo też bywa i tak, że obok zmian leukemicznych znajdują się w guzach zmiany gruźlicze, ale te wykrywają się dopiero przy sekyi i dla nas nie mają znaczenia. W każdym jednak razie przetoka lub ślad po niej przy guzach gruczołów najczęściej przemawia za gruźliczą ich naturą. Co się tyczy śledziony, to według moich spostrzeżeń udział jej w sprawie jest bardzo rzadki, tak, że osobiście ani razu nie znalazłem powiększenia tego narządu; jednakże z literatury wiadomo, iż i guzy gruźlicze śledziony istnieć mogą obok powiększenia gruczołów. W każdym jednak razie brak powiększenia śledziony prędzej będzie przemawiał za gruźlicą, niż za leukemią.

Wielką pomoc okazać nam także może obecność zmian gruźliczych w innych narządach, a szczególnie w płucach, chociaż i tu pamiętać należy, iż gruźlica może istnieć obok leukemii. Być może, że i tuberkulina okaże się pomocną przy rozpoznaniu, nie mam jednak w sprawie tej żadnego doświadczenia. Poza tem chorobie towarzyszy często gorączka, która rzadko bardzo zdarza się w początkowych, a nawet dalszych okresach leukemii, a więc ma ważne znaczenie rozpoznawcze. Gorączka ta ma niekiedy charakter okresowy; w podobnych bowiem przypadkach, znanych pod nazwą „chronisches Rückfallsieber“, w ostatnich czasach znajdowano zmiany gruźlicze.

Niestety, nie zawsze wszystkie te objawy istnieją, i zdarza się często, iż za życia trudno bywa odróżnić to cierpienie od leukemii. W takich razach rozstrzyga zwykle badanie krwi, które najczęściej wykazuje liczbę leukocytów normalną lub cokolwiek zwiększoną, przy czem % limfocytów jest zmniejszony, a neutrofilów zwiększony. Jako *curiosum*, przytoczę tu przypadek gruźlicy gruczołów, dokładnie opisany przez wspomnianego już wyżej SCHUR'a¹⁷⁾, który znalazł w nim raz 240.000 leukocytów, wyłącznie prawie neutrofilowych. Był czas, kiedy przypadek taki uważano za niewątpliwą leukemię.

Drugą grupę przypadków, które dawniej zaliczano do pseudoleukemii, stanowią nowotwory, mięsaki, niesłusznie zwane limfosarkomatami. Guzy te najczęściej mają za punkt wyjścia gruczoły szyjowe, istnieją przez dłuższy czas niekiedy w jednym tylko egzemplarzu, przyczem, coraz bardziej się zwiększając, z jednej strony uciskają lub przemieszczają narządy sąsiednie, z drugiej znów nie ograniczają się do samej tkanki gruczołu, lecz przechodzą na tkanki sąsiednie, zrastają się ze skórą i doprowadzają do jej owrzodzenia. Po pewnym jednak czasie w bliskości guza pierwotnego powstają świeże guzy, i z czasem następuje ich generalizacja. Zejście takie jednak zdarza się względnie rzadko, guz pozostaje zwykle odosobnionym, albo, co najwyżej, zjawia się tylko powiększenie gruczołów najbliższych. Chory w takich razach czuje się względnie nieźle, ma wygląd zdrowy, a śmierć następuje od mechanicznych skutków guza (uduszenie). We krwi znajdujemy tu również często leukocytozę z powiększeniem odsetki neutrofilów.

Przypadki podobne rzadko bardzo następczą trudności rozpoznawcze. Daleko trudniej jednak odróżnić od leukemii stan, który w ostatnich dopiero czasach cokolwiek wyraźniej wyo-

¹⁷⁾ SCHUR. Loc. cit.

drębniono, choć właściwie odrębność ta jest cokolwiek naciągnięta. Mówię tu o t. zw. *lymphosarcomatosis*, a szczególnie typu KUNDRAT'a¹⁸⁾. Tu znajdujemy prawie jednocześnie guzy w rozmaitych okolicach ciała albo nawet infiltraty, jednocześnie mogą być zajęte wszystkie prawie dostępne badaniu gruczoły chłonne oraz śledziona. Guzy te często zrastają się ze skórą, często jednak tego niema, tak że cały obraz jest podobny do limfemii, a różni się od niej tylko niekiedy budową mikroskopową (komórki olbrzymie) a także pod względem zmian, odbywających się we krwi. Tu znajdujemy zwykle mniej lub więcej wyraźną leukocytozę, lecz neutrofilową. Jest to jedyna może cecha, naprawdę odróżniająca to cierpienie od białaczki, chociaż, jak to już raz widzieliśmy w przytoczonych ostatnio dwóch przypadkach (mój i SCOUR'a), nie absolutnie pewna.

Do grupy limfosarkomatozy zaliczają autorowie jeszcze przypadki t. zw. *chloroma* albo *chlorolymphoma*, t. j. guzów, występujących najczęściej w młodym wieku, przedewszystkiem na okostnie kości twarzowych i czaszkowych, później zaś w rozmaitych tkankach ustroju, najczęściej w tych, które obfitują w tkankę limfatyczną adenoidalną; guzy te zresztą mogą przejść i rozwijać się w innych tkankach i narządach, a nawet infiltrować je. Twory te cechuje jeszcze swoiste zielone zabarwienie, budowa zaś ich przypomina z jednej strony budowę guzów limfosarkomatycznych, z drugiej zaś leukemicznych. Większość autorów zalicza guzy te do grupy limfosarkomatów. Najciekawsza jednak w całym obrazie jest okoliczność, że w pewnej części przypadków tego oryginalnego cierpienia znaleziono limfocytemię w większym lub mniejszym stopniu. I tak, w niektórych przypadkach z początku liczba leukocytów

bywała prawidłowa lub cokolwiek zwiększona z czasem jednak, szczególnie ku schyłkowi choroby, nagle występowała olbrzymia leukocytoza z ogromną odsetką limfocytów — czyli typowy obraz limfocytemii; w innych znów od początku obserwacji liczba leukocytów i limfocytów była umiarkowanie zwiększona, w innych wreszcie od początku krew dawała obraz wybitnej limfocytemii.

W przypadku, który sam obserwowałem, a który tyczył się chłopca 4-letniego, u którego znalazłem guzy na kościach twarzy i czaszki, trwające od kilku miesięcy, znalazłem wyraźną anemię (2.944.000 — 40%) i liczbę leukocytów, wynoszącą tylko 8900. Odsetka limfocytów wynosiła natomiast 46.5, neutrofilów było 50%, eozynofilów 2%, były także erytroblasty (1.5%). W narządach wewnętrznych żadnych zmian nie znalazłem. Chorego, niestety, raz jeden tylko widziałem, dowiedziałem się tylko, że w parę miesięcy później zmarł. Był to niewątpliwie jeden z przypadków chloromatu z najslabiej wyrażoną limfocytozą i znajdujący się w takim samym stosunku do typowych przypadków chloromatu, jak dawniejsza pseudoleukemia do typowej limfocytemii. Przypadki chloromatu, jak widzieliśmy, mają takie odrębne cechy kliniczne, że z łatwością dają się rozpoznać.

Dla nas przypadki podobne mają to znaczenie, iż wskazują, że istnieją twory patologiczne z budową limfosarkomatów albo bardzo do nich zbliżoną, dające z czasem typowy obraz limfocytemii. Z drugiej znów strony zdradza chloroma pod wieloma względami podobieństwo do niektórych przypadków pseudoleukemii i limfocytemii przewlekłej. Jeżeli bowiem dokładnie przejrzymy opisy niektórych przypadków tego ostatniego cierpienia, gdzie zmiany anatomiczne szczegółowo opisano, przekonamy się, że w limfocytemii stosunkowo często znajdujemy nietylko guzy, pseudometastazy w gruczo-

¹⁸⁾ KUNDRAT. Wien. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 12 u. 13.

lach i tkankach typowo limfatycznych, lecz także obrazy, wprost przypominające chloromaty albo limfosarkomaty, t. j. guzy nie ostro odgraniczone, lecz infiltrujące tkankę otaczającą. Przypadki takie opisał PALMA¹⁹⁾, STRAUSS²⁰⁾, WICZKOWSKI²¹⁾ i BRANDENBURG²²⁾.

Zresztą mniemanie, jakoby guzy leukemiczne przy limfocytemii ograniczały się wyłącznie do samych gruczołów, a nie naruszały otoczki, jest błędne, gdyż często się zdarza, że następuje wzrost guzów ze skórą. Stan taki obserwowałem dwukrotnie: raz u chorego Nakielskiego, o którym wyżej mówiłem (powikłanie limfocytemii z pneumonią), i w przypadku ostatnio przytoczonym (p. M.F.); w obu tych przypadkach pewna część guzów była wyraźnie zrosnięta ze skórą, która była nawet zaczerwieniona.

Z tego, co powiedziałem, wynika, 1) iż twory limfoleukemiczne mają dużo cech wspólnych z niektórymi nowotworami, 2) pewne nowotwory, stojące na granicy pomiędzy mięsakami a nowotworami leukemicznymi, mogą dać obraz limfocytemii.

(D.n.)

Z Pracowni Bakteryologicznej w Wilnie.

Wyniki szczepień ochronnych przeciw wścieklicznie w roku 1901.

Napisał

Wacław Orłowski.

W roku 1901 zgłosiło się do mego zakładu w Wilnie 606 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub o wścieklicznę podejrzanę. Z tej liczby ukończyło całkowity kurs leczenia wed-

ług metody PASTEUR'a tylko 469 osób; nie leczono się zupełnie 101 osoba, przerwało leczenie 22 osoby, kończyło tylko leczenie w moim zakładzie 7 osób, wreszcie leczono się jeszcze 7 osób, pokąsanych przez zdrowe zwierzęta, co dopiero później doświadczalnie stwierdzone zostało.

Co się tyczy owych 469 osób, które całkowity kurs leczenia ukończyły, to:

1) Ruch miesięczny chorych:

	leczyło się 36 osób
w styczniu	
w lutym	23 "
w marcu	22 "
w kwietniu	34 "
w maju	59 "
w czerwcu	55 "
w lipcu	44 "
w sierpniu	50 "
w wrześniu	39 "
w październiku	31 "
w listopadzie	48 "
w grudniu	28 "

2) Płeć chorych:

Mężczyzn	leczyło się 291
Kobiet	" 178.

3) Wiek chorych:

	do lat 5	było 47 osób
od lat 5	" lat 10	" 100 "
" 10	" 15	" 76 "
" 15	" 20	" 55 "
" 20	" 30	" 76 "
" 30	" 40	" 60 "
" 40	" 50	" 32 "
" 50	" 60	" 16 "
" 60	" 70	" 4 "
" 70	" 80	" 2 "
" 80	" 90	" 1 "

4) Miejscowości, skąd chorzy pochodzili:

z gub. Wileńskiej	leczyły się 162 osoby
" Kowieńskiej	" 38 "
" Suwałskiej	" 13 "
" Grodzieńskiej	" 18 "

19) PALMA. Deut. med. Woch. 1892. Nr. 35

20) STRAUSS. Charité Annalen. Bd. 23. 1898.

21) WICZKOWSKI. Przegląd lekarski. 1894. N. 51.

22) BRANDENBURG. Loc. cit.

z gub.	Mińskiej	leczyło się	211 osob
"	Mohylowskiej	"	9 "
"	Czernihowskiej	"	3 "
"	Orłowskiej	"	1 "
"	Witebskiej	"	2 "
"	Poltawskiej	"	1 "
"	Wołyńskiej	"	1 "
"	Warszawskiej	"	3 "
"	Lubelskiej	"	3 "
"	Siedleckiej	"	1 "
"	Płockiej	"	1 "
"	Łomżyńskiej	"	1 "
"	Jenisejskiej	"	1 "

Z samego m. Wilna i okolic podmiejskich
leczyło się 73 osoby.

5) Przeciąg czasu, jaki upłynął od chwili
ukąszenia do chwili rozpoczęcia leczenia:

upłynęło mniej niż	1 dzień w	6 przypadkach
"	1 lub 2 dni	" 102 "
"	3 do 5 "	" 142 "
"	5 " 10 "	" 120 "
"	10 " 20 "	" 85 "
"	20 " 30 "	" 10 "
"	30 " 40 "	" 2 "
"	więcej niż 40 "	" 2 "

6) Rodzaj zwierząt kąsających:

psy	pokąsały	406 osób
koty	"	34 "
wilki	"	14 "
konie	"	3 "
krowy	"	9 "
świnie	"	2 "
człowiek	"	1 "

7) Umiejscowienie ukąszeń:

ukąszonych w głowę i twarz	było	33 osoby
" ręce	"	288 "
" tułów	"	4 "
" nogi	"	108 "
" rozmaite części ciała	"	36 "

8) Liczba ukąszeń:

ukąszeń pojedynczych	było	169
" liczych	"	300

9) Przypalenia:

wystarczające stosowane były w 0 przypad.
niewystarczające " 34 "
nie były stosowane 435 "

10) Ukąszonych przez ubranie było 131 osoba
" w nagie ciało " 338 "

11) Kategorie A, B, C:

w grupie A było 52 osoby

" B " 176 "

" C " 241 "

12) Śmiertelność w roku 1901, obliczona
według dokumentów urzędowych o stanie zdro-
wia osób, które się w moim zakładzie leczyły,
po upływie co najmniej 6 miesięcy od chwili
ukończenia leczenia = 0.

Odsetka śmiertelności od roku 1897 do ro-
ku 1901 włącznie = 0,54%. Do odsetki tej nie
zaliczyłem, jak zwykle, tych wszystkich przypad-
ków, w których śmierć nastąpiła albo w ciągu
leczenia, albo w ciągu pierwszych dwóch tygod-
ni po ukończeniu leczenia.

Takich przypadków w roku 1901 miałem
cztery:

1) Durowicz Teofan lat 11 ze wsi Duro-
wicz pow. Wilejskiego, gub. Wileńskiej, poką-
sany dnia 12 sierpnia 1901 roku przez wilka, po-
dejrzanego o wściekliznę. Na obu policzkach
3 rany po 7 cmt. długości, na wardze górnej jed-
na rana. Leczenie rozpocząłem 13 sierpnia; w
czasie leczenia, a mianowicie 28 sierpnia, Duro-
wicz zachorował i zmarł 30 sierpnia na wściek-
liznę. Chory otrzymał 29 bardzo silnych injek-
cji po dwie dziennie.

2) Durowicz Marta lat 25 ze wsi Kutlany
pow. Wilejskiego gub. Wileńskiej, pokąsana
przez tego samego wilka. Jedna rana około 9
ctm. długa na głowie, 2 głębokie rany na czo-
le i nad lewą brwią. Leczenie rozpocząłem 13
sierpnia; chora zachorowała w ciągu leczenia 29
sierpnia, zmarła na wściekliznę 2 września. Otrzy-
mała 31 iniekcji i szczepiona była bardzo silnie
dwa razy dziennie.

3) Kisłow Aleksander lat 14 ze wsi Ryki pow. Wilejskiego gub. Wileńskiej, pokąsany 12 sierpnia przez tegoż wilka: 4 głębokie rany na czole, powiece prawego oka i nosie, 4 drobne ranki na szyi, uchu i lewym policzku. Leczenie rozpocząłem 13 sierpnia, ukończyłem 2 września. Chory, szczepiony bardzo mocnymi szczepionkami dwa razy dziennie po 2,0 na dawkę, otrzymał na ogół 40 iniekcji, zachorował pomimo to 6 września 1901 roku, zmarł na wściekliznę 10 września.

4) Sonicz Józef lat 13 ze wsi Bojle pow. Wilejskiego, gub. Wileńskiej, pokąsany tegoż dnia przez tego samego wilka: na prawym policzku 1 głęboka i długa na 10 ctm. rana, na czo-

le 1 głęboka i na 3 ctm. długa rana. Szczepiony, podobnie jak i Kisłow, od 13 sierpnia do 2 września włącznie, otrzymał 40 iniekcji, zachorował pomimo to 8 września 1901 roku, zmarł na wściekliznę 10 września.

Z pomiędzy osób, które się w żadnym zakładzie nie leczyły, dwie zmarły na wściekliznę:

1) córka młynarza koło Werszóbki pod Wilnem (nazwisko nieznane) zmarła na wściekliznę w lipcu 1901 roku.

2) żyd z m. Abela gub. Kowieńskiej (nazwisko nieznane) zmarł w Petersburgu w lecie 1901 roku.

Bliższe szczegóły jednak o tych przypadkach nie są mi znane.

XXXVIII Zjazd neurologów i psychiatrów z południowo-zachodnich Niemiec.

(SPRAWOZDANIE WŁASNE).

Podał MAURZYCY URSTEIN (Heidelberg).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 30).

Zły przebieg mają też formy hipochondryczno-depresyjne, w których remisje są bardzo rzadkie. Lepsze pod względem prognozy są przypadki t. zw. „typowego lub klasycznego“ paraliżu, wreszcie formy cyrkularne, paranoiczne i katatoniczne. Kiepskim objawem jest silne zaburzenie mowy i spastyczno-paretyczne objawy u dorosłych. W formie z przewlekłą demencyą występuje wczesne wybitne otępienie (Verblödung), mimo to pacjent przeciętnie dłużej zostaje przy życiu. Wczesne zaburzenia czynności żrenic, przelotne porażenia mięśni ocznych, zanik nerwów wzrokowych i inne objawy tabetyczne mogą o całe lata poprzedzać upadek ducha. W wieku młodym lub starszym nie rzadko napotykamy przebieg nieprawidłowy. Forma

wieku młodego (juvenile Form) przebiega pod postacią demencji przewlekłej, postępującej zwolna, lecz stale; trwa ona według ALZHEIMER'a przeciętnie 4½ roku, rzadko mniej, niż 2 lata, często 7 — 9 lat. Paraliż starczy (senile Form) przebiega też wolno (ALZHEIMER), bez objawów gwałtownych, bez znacznych zaburzeń mowy i wybitnych spastyczno-paretycznych symptomatów.

W sprawie paraliżu, przebiegającego łącznie z wiałdem rdzenia, GAUFF zastanawia się tylko nad prognostyczną stroną kwestyi i odróżnia zgodnie z CHARCOT'em trzy postaci. 1) Do typowego paraliżu przylączają się charakterystyczne objawy wiałdu rdzenia; przypadki te są rzadkie, gdyż zazwyczaj chory już wcześniej umiera; by-

wają jednak wyjątki. 2) Choroba słupów tylnych (Hinterstrangserkrankung) występuje prawie jednocześnie z paralitycznym cierpieniem kory. Ta forma przebiega wolniej, niż czysto spastyczna. 3) Właściwy paraliż tabetyczny (Tabesparalyse), w którym do lata całe trwającego wiądu rdzenia przyłączają się niekiedy zaburzenia psychiczne. Przebieg ostatniej tej formy jest wolniejszy i nie zawsze prowadzi do nieuleczalnego ośpienia umysłowego. Należy zaznaczyć też fakt, że syfilitycy wcale nie tak rzadko ulegają cierpieniu umysłowemu nieparalitycznemu.

Wyleczenie zupełne i trwałe w paraliżu jest kwestyą wątpliwą; zachodzą jednak długoletnie dobre remisye. Zdania o uleczonych paralitykach powstały wskutek niewłaściwie zrobionego rozpoznania. W innych przypadkach może zachodził istotnie paraliż, lecz fakty są podane zbyt pobieżnie, albo też brak danych o tem, jak długo pacyenci byli zdrowi. Przy segregowaniu materiału z kliniki Heidelberskiej okazało się, co następuje: przeszło 30 chorych, uznanych za „paralityków“, wyzdrowiało i pozostało przy zdrowiu. Tyczyło się to pacjentów, którzy przynajmniej w pewnym czasie przedstawiali obraz, uprawniający może do takiego rozpoznania. Były to przeważnie ostre maniakalnie lub depresyjnie zabarwione stany, do których przyłączyły się somatyczne objawy (nierówność źrenic, wzmożenie odruchów ścięgnistych, utrudniona wymowa, napady omdlewania), i gdzie niezwykła fantastyczność oraz przewrotność urojeń miała właśnie przemawiać za paraliżem postępującym. Można byłoby jednak uniknąć wielu z tych błędów dyagnostycznych, gdyby nie przeceniano wartości niektórych objawów. W tym kierunku nie właściwie osądzono nierówność źrenic, wzmożone odruchy, zaburzenia mowy podczas silnego pobudzenia, wreszcie i niektóre objawy psychiczne. Najdziwaczniejsze hipochondryczne urojenia, najfantastyczniejsze idee wielkości, najmonotonniejsze wybuchy rozpaczycy zdarzają się również i u psychicznie chorych, nie dotkniętych paraliżem; to też musimy się bezwzględnie wystrzegać wyłącznie na zasadzie hiperbolizmu lub jednostajności urojeń rozpoznawać ośpienie „pochodzenia organicznego“. Badając owe 30 przypadków z tego punktu widzenia, GAUPP doszedł do przekonania, że ani

w jednym nie mieliśmy do czynienia z paraliżem istotnym lub wrzekomym (FÜRSTNER), lecz z obłędem cyrkularnym (manisch — depressives Irresein KRAEPELIN'a) albo zaburzeniami psychicznymi natury alkoholowej, katatonicznej, melancholijnej, wreszcie degeneracyjnej (histerya).

III.

Remisya lub intermisya z ustąpieniem wszelkich braków psychicznych jest według GAUPP'a zupełnie możliwa. Nawet objawy tabetyczne, jako też drżenie, zaburzenia mowy, ataksya i niedowłady mogą zniknąć. Podobne zupełne remisye są jednak rzadkie; można na nie liczyć, gdy choroba nie trwa jeszcze długo, w pojedynczych przypadkach spostrzegano je jednak nawet po długoletnim trwaniu paraliżu. Musimy się strzedz brania za nie psychoz alkoholicznych, którym niekiedy towarzyszą objawy somatyczne.

Remisye niezupełne zdarzają się względnie często. GAUPP odróżnia w tej mierze liczne formy. 1) Objawy psychiczne znikają, somatyczne zaś trwają całkowicie lub w pewnym stopniu; zdarza się to często we wczesnych okresach cierpienia. 2) Zaburzenia psychiczne i somatyczne ustępują częściowo. Taki bywa zwykły rodzaj remisji. Po przejściu pobudzenia znikają też zaburzenia mowy i inne objawy ruchowe; pozostaje pewna demencya. Jeżeli zaburzenia mowy, które wogóle rokowanie pogarszają, nie znikają, remisya nigdy długo nie trwa. 3) Nie zdarza się nigdy, aby zniknęły wszystkie objawy somatyczne, a nie było poprawy pod względem psychicznym. Na tem właśnie polega różnica między paraliżem a ośpieniem (Verblödung) alkoholicznym; przy ostatnim mogą zniknąć objawy somatyczne, podczas gdy poprawa psychiczna nie zawsze jednocześnie ukazać się musi.

Ustąpienie wybitnych (auffällig) ostrych objawów nie stanowi jeszcze remisji, gdyż ta polega przede wszystkim na poprawie demencyi. Za ledwie w 10% zachodzi rzeczywista remisya, a intermisji nie spostrzegano nawet w 1% przypadków. Poprawa trwa tygodnie, najwyżej miesiące; remisya dłuższa ponad 3 lata jest już rzadkością, zaś trwająca dłużej, niż 6 lat, należy do niezwykłych osobliwości.

Im ostrzej choroba się rozpoczyna, tem lepsze są widoki co do rokowania, o ile szczęśliwie przeminie niebezpieczny okres ostry. Cierpienie, postępujące od początku ślimaczo, daje złą prognozę. To też remisye zachodzą tylko w postaciach ostrych, przedewszystkiem w ekspansywnej, cyrkularnej i katatonicznej formie, rzadko przy depresyjnych, nigdy przy przewlekłej postępującej demencji. Im wolniej poprawa następuje, tem jest ona trwalsza; nagłe remisye są łudzące. U osób, dziedzicznie obciążonych, remisye mają być częstsze.

Dziwną, wprost zagadkową jest rzeczą, że po ciężkiem cierpieniu gorączkowym spostrzegano wyleczenie lub zupełną remisję. W ciągu lat 50 przeszło stale stwierdzano to spostrzeżenie. Obszerne ropienia, zgorzel płuc, szkarlatyna, ospa sprowadzały poprawę a nawet wyleczenie w niektórych przypadkach paraliżu, daleko posuniętego, niekiedy nawet wówczas, gdy spodziewano się fatalnego zakończenia choroby. Cóż dziwnego, że te spostrzeżenia, których analogię można wykazać i w innych psychozach, pobudzały często do odpowiednich zabiegów leczniczych. Niedawno WAGNER zuów proponował stosowanie sztucznego ropienia drogą kultur z obumarłych paciorkowców. Należy wyczekiwać wyników prób tego rodzaju, nim się wypowie zdanie, czy metoda ta jest właściwa. Nie powinno się bowiem zapominać o tem, że setki paralityków ulegało ropieniu, flegmonom, odleżynom ropnym lub ciężkim uszkodzeniom, a pomimo to nie widziano u nich poprawy ze strony psychiki*).

*) Niepodobna zaprzeczyć, że po sprawach gnilnych napotyka się poprawę a nawet wyleczenie paraliżu. Pomimo to pozostanie dla patologii zadaniem trudnem wyświechtanie dziwnej kwestyi, w jaki sposób cierpienie, niewątpliwie absorbujące siły pacjenta, nie tylko nie pogarsza przewlekłej sprawy mózgowej, lecz nawet ją poprawia. Zresztą wiemy, że i w innych dziedzinach medycyny mówią o wpływie leczniczym sztucznie wywołanego ropienia. Wspomnę chociażby o t. zw. abscess de fixation w ropnicy (sepsis) poporodowej. Gdyby tedy chcieli wypróbować wartość tej metody w paraliżu lub innych psychozach, to bezwarunkowo byłyby właściwsze iniekcye olejku terpentynowego, niż hodowli z obumarłych paciorkowców, między którymi mogą się, mimo ostrożnego przygotowania, znaleźć niekiedy żywe ustroje. Poglądowi na zbawienny wpływ tej metody nie może przeczyć fakt, że ropienia, przyłączające się w przebiegu paraliżu do odle-

W ostatniej części pouczającego swego odczytu GAUPP rozpatruje kwestyę, czy paraliż postępujący może zatrzymać się na pewnym stopniu swego rozwoju, jak to ma być, według zdania licznych autorów, w wiązce rdzenia. Po długich rozmowaniach jednak prelegent dochodzi do wniosku, że przypadki tak zwane „stacyonarne“ właściwie nie należą do paraliżu. Niektóre z nich powinny być zaliczane do rozlanego przymiotu mózgu, inne znów do specjalnych form alkoholicznego otępienia (Verblödung). Pozatem inne cierpienia, jako to demencya urazowa, miażdżycy mózgu i przedwczesne niedołęstwo umysłowe (*dementia praecox*), przedstawiały niekiedy obrazy, które zdawały się usprawiedliwiać rozpoznanie paraliżu. Nie ulega wątpliwości, że w istotnym paraliżu postępującym nigdy nie zachodzi powstrzymanie przebiegu na długie lata.

Ze wszystkiego, cośmy wyżej rzekli, wynika, że stary pogląd, jakoby przebieg i zejście paraliżu były w ścisłym związku z istotą choroby, coraz więcej zdobywa sobie prawo obywatelstwa. „Die echte Paralyse verläuft progressiv bis zum Tode“. Liczba wyjątków, w których choroba w inny sposób się rozwija, stanie się o tyle mniejszą, o ile potrafimy unikać błędów dyagnostycznych i nauczymy się odgraniczać paraliż od innych spraw chorobowych.

W ożywionej dyskusyi ERB wspomniał o pacyencie, którego widział po raz pierwszy przed 9 laty, i u którego bardzo wybitni niemieccy oraz francuscy psychiatrzy i neuropatologowie przed 14 laty rozpoznali paraliż postępujący. Objawy polegały na typowej klasycznej demencji, zaburzeniu mowy, napadach paralitycznych, zniesionem oddziaływaniu źrenic i t. d.. Przed

żyn, nie działają leczniczo na cierpienie. W tym razie ropienie powstaje, że tak powiem, na tle podstawowego cierpienia (endogen) i jest wyrazem i objawem zle odżywianego, wyniszczonego organizmu. Odczyn nie może tedy być tak dobry, ponieważ całe ciało jest osłabione (brak reakcyi objawia się już w tem, że sprawa ta przebiega często nawet bez gorączki). Ropienie zaś, wywołane przez przyczynę zewnętrzną (exogen), może mieć zupełnie inne działanie. Czy jednak dodatni wpływ w tych przypadkach zależy od gorączki (hiperpireksyi), czy też od antytoksyn, kwestyę tę rozstrzygnąć można dopiero po przeprowadzeniu szeregu badań specjalnych. (Przyp. sprawozd.).

8 laty pacjent zachorował na ostrą sprawę septyczną z ciężkim zapaleniem płuc, ogromną odleżyną i niezwykłą zapaścią do tego stopnia, że nie było najmniejszej nadziei utrzymania go przy życiu. Nadspodziewanie pacjent przemógł cierpienie, odleżyna powoli się zagoiła, i bezpośrednio po tem wystąpiła remisja. Należy zaakcentować, że chorego stale aż do końca życia niezwykle starannie pielęgnowano. Po operacji na mięśniach, której pacjent musiał się wówczas poddać i podczas której utracił bardzo dużo krwi, stan chorego stał się jesz-

cze bardziej jasnym. Remisja trwała kilka lat, a potem pacjent wpadł ponownie w stan osłupienia (Stumpfheit). Przed rokiem przechodził on wysięk perytyfliczny z następczem ropieniem. Po operacji wystąpiła ponownie zdumiewająca remisja. Pacjent poznawał wszystkich, mówił należycie, wykazywał pod każdym względem zachowaną inteligencję. Ostatnio wystąpiły napady paralityczne, przebiegające pod postacią padaczki JACKSON'owskiej. Chory zmarł kilka dni po trepanacji, którą na wyraźne jego żądanie wykonano.

K R O N I K A.

Proletaryat lekarski. Anomalie zawodu lekarskiego. Potrzeba zmian. Stowarzyszenia i kasy lekarskie.

Cała niemal europejska prasa lekarska zajmuje się gorąco w ostatnich latach sprawą ciężkich warunków bytu lekarzy: proletaryat lekarski rośnie, jak na drożdżach, praca adeptów medycyny została zdeprecjonowana do możliwych granic, wywalczenie sobie jakiego takiego utrzymania należy do zadań bardzo trudnych. Więć głosy, ostrzegające młodzież przed wstępowaniem na wydział lekarski, odzywają się co raz częściej, tu i owdzie myślano nawet o ograniczeniu liczby słuchaczy medycyny, we Lwowie powstaje pismo, mające na celu obronę interesów lekarskich. Wątpię, czy oplakany ten stan przypisać można wyłącznie przeludnieniu lekarskiemu, wątpię nawet, czy przeludnienie takie istnieje w rzeczywistości w Królestwie Polskiem, gdzie na blisko 10 milionów mieszkańców znajduje się nie całe 2000 lekarzy, więcej mógłby tu zauważyć nierównomierny podział elementu lekarskiego, a najbardziej brak samoobrony i pewne rażące nieprawidłowości społeczne i prawne, z zawodem naszym związane.

Więć mające się ukazać we Lwowie wydawnictwo powitamy z radością, ale niechże zapowiadana obrona interesów lekarskich nie kończy się na powiększeniu konsumpcji atramentu: czynu nam

potrzeba, czynu solidarnego, naprawy stosunków w najrozmaitszych kierunkach.

Zawód nasz obfituje w mnóstwo anomalii, jakich na żadnym innem polu pracy ludzkiej nie spotykamy, anomalii tak niesłychanych, że trudno, zaiste, pojąć, w jaki sposób dotychczas ostać się mogły. To, co w stosunku do innych zawodów wydawałoby się nam najokropniejszym *horrendum*, nie budzi wcale zdziwienia, gdy dotyczy działalności lekarskiej. Prawda, że z największym oburzeniem przyjęlibyśmy wiadomość o samozwańcu, który wziął się do naprawy zagrożonego mostu, do sporządzenia planu domu, do określenia wytrzymałości kotła? Prawda, że i władza nie pozwoliłaby na funkcyonowanie tak naprawionego mostu, nie zatwierdziłaby takiego planu domu, ani używalności kotła i zaprotestowałaby przeciw działalności takich samozwańców? Ale naprawiać zdrowie ludzkie, nakreślać człowiekowi plan pracy, odpoczynku, diety, ruchu i t. d., wydawać sąd o sprawności jego ustroju i stosownie do niej zalecać mu to i owo — to wszystko wolno każdemu, to nie budzi oburzenia w jego współobywatelach i nie napotyka na przeszkodę ze strony prawodawstwa. Leczyć wolno u nas każdemu, byleby tylko nie brał za

to pieniędzy. Ale przeciwko niepowołanemu, choć bezpłatnemu naprawianiu mostów, sporządzeniu planów domów lub określaniu wytrzymałości kotłów władza zaprotestuje zawsze, zaprotestuje w imię bezpieczeństwa publicznego.

A czy w imię tegoż bezpieczeństwa kontrola nad zdrowiem ludzkim jest zbyt uczynna? Czy wolno kierować się zasadą: „*mundus vult decipi, ergo decipiatur*”? *Mundus decipitur*, to prawda, ale wcale nie dlatego, że chce być oszukiwanym, lecz że nie podejrzewa oszustwa, rzeczą zaś jest społeczeństwa zapewnić mu pod tym względem bezpieczeństwo, a nie miotać w twarz obojętnego: „*decipiuris*”!

Zarzuci mi może ktoś, że zabronienie leczenia niepowołanym pociągnęłoby za sobą obawę podawania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach przed przybyciem lekarza. Ale poważnie traktować takiego zarzutu nie mogę: tak samo, jak żadne prawo nie skaże mnie za zatkanie grożącej zalewem rury wodociągowej, chociaż nie jestem inżynierem, tak i każdy nie-lekarz i nadal bez obawy kary będzie mógł wydobyć ciało obce z gardła dławiącego się dziecka lub zatamponować krwawiącą ranę. I nie o takiej też konkurencji mówią lekarze: najlepszym dowodem są pisane przez nich broszury o podawaniu pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, kształcenie pielęgniarzy i t. d. Nie o to idzie, lecz o systematyczne, a bezkarne uprawianie sztuki lekarskiej przez każdego, komu się to podoba. Rzecz prosta, że pod płaszczykiem bezinteresowności prowadzi się ten proceder jednak dla celów zarobkowych i prowadzi się go najczęściej bezkarnie, rzadko bowiem udaje się dowieść oskarżonemu, że za usługi swoje został wynagrodzony. Ztąd szkoda dla społeczeństwa całego i dla pojedynczych jego obywateli, których się pozbawia sposobu do życia. Gdyby więc tylko nie każdemu wolno było być lekarzem, już położenie stanu lekarskiego zyskałoby wiele. Zapewne, żadne prawo nie wyruguje w zupełności potajemnego leczenia, tak samo, jak nie wykorzeni kradzieży lub zbrodni, ale, bądź co bądź, w dużym stopniu nadużycia ukrócić może.

Bardziej jeszcze na poprawę stosunków lekarskich mogliby wpłynąć sami lekarze, gdyby pracę swoją więcej cenili, gdyby jej nie oddawali za darmo, gdyby energiczniej bronili się przed wyzyskiem, jaki w stosunku do adeptów

medycyny stał się prawie normą, gdyby wreszcie nie utożsamiali i nie pozwalali utożsamiać swej działalności z filantropią. I znowu zauważyć muszę, że żaden zawód nie jest tak wyzyskiwany, jak zawód lekarski, od żadnego nie żąda się tylu poświęceń i usług bezpłatnych, jak od lekarskiego. Ba, więcej nawet, przecież prawo nasze wymaga od lekarza bezwarunkowego niesienia pomocy człowiekowi, zagrożonemu śmiercią, i czyni go odpowiedzialnym za nią w razie odmowy. Tak, lekarz obowiązany jest na każde wezwanie spieszyc do chorego bez względu na to, czy mu za pracę jego zapłacą, czy nie. Ale piekarzowi wolno odmówić bochenka chleba umierającemu z głodu człowiekowi, właścicielowi domu wolno nie dać mieszkania nieszczęśliwemu biedakowi, któremu grozi zmarznięcie na bruku ulicznym — ani jednego, ani drugiego prawo nie skaże za odmówienie pomocy ginącemu.

Więc żąda społeczeństwo od lekarza nawet pracy bezpłatnej, rabuje mu godziny spoczynku nocnego, a co mu za to daje? Nie.

Przecież nawet i aureola kapłaństwa, jaką niegdyś otaczano adeptów medycyny, zaczyna znikać, a gdyby zresztą i nadal skronie nasze otaczać miała, to nie zastąpi z pewnością kawałka chleba. Ale dużo w tem własnej naszej winy. Za mało się cenimy, i temu niewątpliwie przypisać należy część lekceważenia, jaka zaczyna być udziałem lekarzy. Za dużo już bezpłatnej pracy lekarze ofiarują, czas wielki żądać za pracę swą wynagrodzenia. Ani adwokat, ani nauczyciel, ani inżynier nie dają tyle swoim współobywatelom, co lekarz, żaden z nich też nie zadawała się tem, co mu klient ofiarować zechce, lecz wyraźnie z góry żąda za swe trudy pewnej określonej zapłaty. W stosunku do lekarzy zaś utarł się zwyczaj płacenia wedle uznania chorego: pracę lekarza ocenia pacjent lub jego otoczenie, lekarzowi nie wypada, czy nie wolno z góry powiedzieć, że za usługi swoje żąda tyle i tyle, bo posądzonoby go o interesowność, lekarz powinien się zadowolić tem, co mu szanowna publiczność ofiarować raczy. Jest to i wyzyskiem i poniżaniem stanu lekarskiego.

Praktyczniejsi od nas Anglicy każą sobie płacić natychmiast za każdą poradę, czy to udzieloną w domu chorego, czy w gabinecie lekarza, chociażby leczenie trwać miało miesiące. O honorarium za operację lekarz umawia się

z pacjentem z góry i z góry też otrzymuje wynagrodzenie. Takie postępowanie jest daleko rozsądniejsze i bardziej odpowiada godności zobopólnej, niż niepokój, z jakim i lekarz i chory oczekują chwili zakończenia kuracji: lekarz niepewny, czy mu nie zapłacą za mało, chory, czy nie zażądają od niego za dużo. Nie raz też przy dzisiejszym systemie postępowania słyszemy utyskiwania na „bezwstydnie wysokie“ honorarium, nie raz też prowadzi ów system do wzajemnych obelg lub listów obelżywych. Czyż nie lepiej, aby obie strony z góry wiedziały, czego się trzymać?

A wizyty nocne? Czy nie byłoby uczciwiej żądać wynagrodzenia z góry, niż oświadczać przez służbę, że pan doktor jest chory lub wyjechał? A wyjazdy? Czy nie zdarza się, że lekarz odbywa daleką podróż i nie otrzymuje wynagrodzenia, bo nie wypadło mu żądać zapłaty z góry?

Przykładajmy, jednym słowem, do zawodu lekarskiego tę samą miarę, co do każdego innego, nie stawiamy lekarzom jakichś nadzwyczajnych wymagań etycznych, nie zapominajmy, że lekarz zdobywał wykształcenie nieraz w ciężkiej walce z nędzą nie wyłącznie dla jakichś celów idealno - bohaterskich, lecz w nadziei lepszej przyszłości materialnej, a znowu zrobimy poważny krok naprzód na drodze poprawy stosunków lekarskich.

A nadewszystko pamiętajmy sami więcej o sobie: więcej rozważgi i więcej solidarności. Oba te czynniki w Niemczech doprowadziły do poprawienia stosunków lekarskich w tak zw. „Krankenkassach“, w Galicyi do podwyższenia płacy asystentom szpitalnym. A u nas asystenci szpitalni pracują darmo. Za granicą lekarze zakładają stowarzyszenia pomocy, a u nas nie myśli się o tem wcale. Tam używa się wszelkich środków godziwych do zasilenia kas takich stowarzyszeń, nas jakiś fałszywy wstyd powstrzymuje od naśladowania dobrego przykładu, a tymczasem bieda zagląda do niejednego domu lekarskiego, tymczasem wdowy i sieroty po lekarzach walczą z nędzą. Lekarz niemiecki nie wstydzi się wcale podać projektu kasy pomocy,

która czerpałaby dochody nie tylko ze składek członków, ale i z wszelkiego rodzaju ofiar dobrowolnych, z corocznie urządzanych bazarów, koncertów, widowisk teatralnych i t. d. Związek lekarzy węgierskich wydał w r. 1900 pod protektoratem arcyksiążąt i arcyksiężniczek bal, z którego miał 22000 koron czystego dochodu, urządził wystawę dzieł sztuki ze zbiorów prywatnych z dochodem czystym 12000 koron i z takich przeważnie źródeł w przeciągu pięciu lat swego istnienia doprowadził stan kasy do wysokości 180000 koron. Kasa wsparcia wdów i sierot, przy związku lekarzy austriackich istniejąca, aranżuje corocznie zabawy w uzdrowiskach austriackich. Wspomniane wyżej stowarzyszenie lekarzy węgierskich posunęło się aż do wypuszczenia biletów loteryjnych dla zasilenia funduszów kasy pomocy. Dla loteryi tej stojący na czele związku najbardziej poważani profesorowie uniwersytetu w Budapeszcie uzyskali zgodę węgierskiego ministra finansów i aprobatę króla. Taką samą loteryę aranżuje komitet gospodarczy austriackiego związku lekarzy, aby podnieść kasę emerytalną i kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach, i spodziewa się bardzo obfitych wpływów z tego źródła. To też, jak sobie przypominam z ogłoszonego w roku zeszłym sprawozdania tego związku, wdowy po lekarzach austriackich otrzymują emerytury roczne, dochodzące do wysokości kilku tysięcy guldenów. A u nas 200 rubli zapomogi jednorazowej stanowi szczyt marzeń żyjącej w biedzie wdowy po lekarzu.

Pora pomyśleć o naśladowaniu zabiegliwszych od nas kolegów zagranicznych. Pocięszający w tym kierunku objaw stanowi zainicyowana przez Towarzystwo Lekarskie Radomskie na wniosek kol. FIDLERA sprawa założenia kasy emerytalnej dla lekarzy, w Królestwie Polskiem zamieszkałych. O ile mi wiadomo, młode Towarzystwo zakrzętnęło się energicznie około wykonania swego projektu, który oby stał się jaknajprędzej pierwszym aktem samopomocy lekarzy polskich.

Zygmunt Srebrny.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lipcu 1903 r.

Gazeta Lekarska.

N. 27. 1) Wacław STERLING. Syfilis nerek.
2) F. ARNSTEIN. Drgawki ogólne u dzieci (*Eclampsia infantum. Convulsiones*). (C. d.).

3) Alfons MALINOWSKI. Przyczynę do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego (Dok.).

N. 28. 1) Władysław STERLING. O ośrodkach korowych mięśni ocznych.

2) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (C. d.).

3) F. ARNSTEIN. Drgawki ogólne u dzieci. (*Eclampsia infantum. Convulsiones*) (C. d.).

N. 29. 1) Aleksander ŻURAKOWSKI. O wpływie błękitu metylenowego na rozwój łaseczki okrężnicy.

2) Leon SZAYEROWICZ. O znaczeniu ośrodków ochładzających w przebiegu zapalenia płuc u dzieci.

3) Władysław STERLING. O ośrodkach korowych mięśni ocznych (C. d.).

4) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (C. d.).

5) F. ARNSTEIN. Drgawki ogólne u dzieci. (*Eclampsia infantum. Convulsiones*). (Dok.)

N. 30. 1) A. CIECHOMSKI. Usunięcie wielkiej torbieli jajnika u kobiety, w podeszłym wieku będącej.

2) Władysław STERLING. O ośrodkach korowych mięśni ocznych. (C. d.).

1) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (C. d.).

Kronika Lekarska.

Zeszyt 13. 1) K. DUDREWICZ. Przyczynę do leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego.

2) A. HEIMAN. Przyczynę do postępowania lekarskiego w ostrych zapaleniach ucha środkowego.

3) L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psychofizjologicznej teorii histeryi. (C. d.).

Zeszyt 14. L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psychofizjologicznej teorii histeryi. (C. d.).

Krytyka Lekarska.

N. 7. 1) Wacław STERLING. W sprawie piśmiennictwa lekarskiego polskiego.

2) Kazimierz RZĘTKOWSKI. O wydawaniu świadectw choroby przez lekarzy.

3) Józef BIELIŃSKI. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie. (C. d.).

Ginekologia.

N. 1. Czesław STANKIEWICZ. Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa do roku 1902 włącznie. Część I. Choroby kobiece.

Przegląd dentystyczny.

N. 6 1) M. KRAKOWSKI. Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego. (C. d.).

2) RUBINROT. Przypadek ciała obcego w zębie.

Przegląd Felczerski.

N. 13. 1) D-r B. O leczeniu ran.

2) Syfilis i choroby weneryczne (C. d.).

3) J. K. STRZELBICKI. Karmienie niemowląt. (C. d.).

N. 14. J. FREJLICH. Światło jako środek leczniczy.

N. 15. 1) D-r B. O leczeniu ran. (C. d.).

2) J. FREJLICH. Światło jako środek leczniczy.

N. 16. Nie otrzymaliśmy.

Czasopismo Lekarskie.

N. 7. Nie otrzymaliśmy.

Przegląd Lekarski.

N. 27. 1) Filip EISENBERG. O najnowszych zdobyczach bakterjologii w sprawie duru brzuszego.

2) A. MARS. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej. (C. d.).

N. 28. 1) Al. ROSNER. W sprawie położnych w naszym kraju.

2) A. MARS. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej. (Dok.).

3) Filip EISENBERG. O najnowszych zdobyczach bakterjologii w sprawie duru brzuszno-go. (C. d.).

N. 29. 1) PIENIAŻEK. Metody wydobywania ciał obcych z tchawicy, oskrzeli i ich gałęzi.

2) OTTON LOEWY. O jodoformowej plombie kostnej MOSETIG'a.

3) Filip EISENBERG. O najnowszych zdobyczach bakterjologii w sprawie duru brzuszno-go. (C. d.).

N. 30. 1) F. MAJEWSKI. Przyczynek do nauki o precypitynach, hemo- i antyhemolizynach

2) PIENIAŻEK. Metody wydobywania ciał obcych z tchawicy, oskrzeli i z ich gałęzi. (Dok.).

3) Filip EISENBERG. O najnowszych zdobyczach bakterjologii w sprawie duru brzuszno-go. (Dok.).

Nowiny Lekarskie.

Zeszyt 7. 1) KUCHARZEWSKI. Badania doświadczalne nad wpływem surowic leczniczych i normalnej końskiej na krew.

2) NOISZEWSKI. Gruczoły i czucie włosowe i gruczołowe przy padaczce i nerwobólu stronowym czaszki i oka (*Migraena ophthalmica*).

Przegląd Weterynarski.

N. 7. 1) Stanisław KRÓLIKOWSKI. D-r Mag. Piotr SEIFMAN. Wspomnienie pośmiertne.

2) A. KRELL. Kilka uwag o kleszczach (zgniatcazu) do kastrowania pomysłu prof. St. KRÓLIKOWSKIEGO.

3) Wincenty GORECKI. Nowa rzeźnia miejska we Lwowie. (C. d.).

4) Jan KOWALEWSKI. Wystawa weterynaryjna na I wszechrosyjskim kongresie weterynary w Petersburgu. (C. d.).

5) Fryderyk FRIED. Poglądy uczonych specjalistów na sprawę gruźlicy u bydła i spostrzeżenia nad niektórymi urządzeniami weterynaryjnymi za granicą, poczynione w podróży naukowej.

Postęp okulistyczny.

N. 6. 1) BOCHENEK. Drogi nerwowe dla odruchów, wywołanych wrażeniami wzrokowymi.

2) RUMSZEWICZ. O utworach torbielowych w okolicy mięska łzowego.

Przegląd Higieniczny.

N. 7. 1) Zdzisław LACHOWICZ. Wpływ czerwonki na śmiertelność w Austrii, epidemiologiczne spostrzeżenia i wnioski co do jej zwalczania.

2) Henryk MAŃKOWSKI. Zakłady higieny w Bernie szwajcarskiem. (Dok.).

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Radomskie powzięło myśl opracowania projektu kasy emerytalnej dla lekarzy. W tym celu rozesłane zostały odezwy i kwestyonaryusze do wszystkich Towarzystw lekarskich w kraju naszym z prośbą o odpowiedź na zawarte w nich pytania. Odpowiedzi te posłużyć mają właśnie za materiał do opracowania powyższego projektu, którego inicjatorom życzymy jaknajrychlejszego wprowadzenia w czyn pożytecznej myśli.

— W Petersburgu zawiązało się Towarzystwo, którego zadaniem jest otwieranie w rozmaitych miastach Rosyi ochron-szkół dla ubogich małoletnich sierot, po lekarzach pozostałych. Wychowawcy i wychowawice tych ochron

otrzymywać mają w nich całkowite utrzymanie oraz wykształcenie elementarne. Pierwsza taka ochrona dla dziewcząt w wieku 8—9 lat otwarta została w okolicach Petersburga. Administracya ochrony dbać będzie o to, aby wychowawice po odpowiednim przygotowaniu szkolnem umieszczone były w średnich zakładach naukowych.

— ZMARLI. W Petersburgu zmarł znany neuropatolog d-r Moczutkowski.

— W Krakowie zakończył życie prof. d-r Rudolf TRZEBICKY, który cennymi pracami swojemi niejednokrotnie pismo nasze zasilał. Ze śmiercią znakomitego chirurga nauka polska dotkliwą poniosła stratę.

SPROSTOWANIE. W N. 30 na str. 669 w przypisku u dołu opuszczono liczbę leukocytów 35.320.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

Довзголено Ценаурою, Варшава, 17 Іюля 1903.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

SIEDEM ZŁOTYCH MEDALI

CHINA-FOSFAT LAROCHE'A

— ELIKSIR WINNY —

ŚRODEK POBUDZAJĄCY, WZMACNIAJĄCY I ANTYTERMICZNY.*Zawierający wszystkie czynne składowe części trzech gatunków chinu (żółtej, czerwonej i szarej) w połączeniu z fosfatami ziem i sody.*

China-Laroche'a, odznaczająca się swym przyjemnym smakiem, przewyższa wszystkie inne chinowe Wina i Syropy. Po zatem połączenie fosfatów ziem i sody z chiną odpowiada znakomicie celowi, gdy wskazana jest kuracja wzmacniająca.

Rola, która fosfor odgrywa w ogólnem odżywianiu komórek i w rozwoju kości, jest tak wielką, iż powinno się zalecać **CHINĘ LAROCHE'a** za każdym razem gdy to odżywianie organizmu jest niedostatecznym.

Powinno się ją zalecać podczas **Rekonwalescencji**, w **Anemii**, w **Rachityzmie**, w razach zaburzeń wywołanych szybkim wzrostem. W chorobach piersiowych dopomaga ten środek w zwalczaniu, zwykłej w tych chorobach, utraty soli mineralnych.

Jest to wszechpotężny środek w walce z **Wycięceniem**, z **Brakiem apetytu**, z **Gorączką** i t. d.

SPRZEDAJE SIĘ WE WSZYSTKICH APTEKACH.

CLIN & COMAR, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques. — Paris.

206

Największe w świecie labor. Parke Davis et C-o

w Detroit Stany Zjednocz. Północ. Ameryki.

Biura: w Nowym Jorku, Londynie, St. Petersburgu (Zamiatin per. 4).

Przygotowuje preparaty farmaceutyczne, które zyskały wszechświatową sławę, a z tych głównie znakomite.

ADRENALINA (Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie. Upraszamy panów lekarzy o zwrócenie uwagi na ostatnie artykuły odnośnie stosowania **Adrenaliny** (Takaminy) przy leczeniu raka (La Presse Medicale, Paris 27 Avr., 1903 i Medical Record 23, Sierpnia 1902).

W handlu pojawiły się **naśladowania i podrabiania** naszego preparatu **adrenaliny**, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu **Takaminy**.

CHLORETON (chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczce i t. d. Ma tę wyższość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTAZA Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

KASKARA-EWAKUANT Lek tonicznie przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu **Kaskara-Sagrada**, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

ACETOZON (C⁶H⁵CO). O. O. COCH³. Benzoyl-acetyl-hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytnicy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnilnych. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu **tyfusu brzuszego**. Stosuje się z dobrym wynikiem przy **tryprze**, chorobach oczu, **cholercie**, **dysenterji**, **rozwojeniach** u dzieci, **sprawach rolniczych** **poporodowych** i t. p.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

Adres dla telegramów „Kaskara“ — Petersburg.

W Warszawie posiadają na składzie: Ludwik Spiess i Syn.—Henryk Welt i Towarz. Akcyjne „Motor“