

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. Dr Med. HENRYK HIGIER. Uczucie bólu w narządach wewnętrznych. Str 473. II. J. SZMURŁO. Przyczynek do kwestyi błonicy ucha środkowego, przebiegającej pod postacią zwykłego ropienia (Dokończenie). Str. 478. *Dział sprawozdawczy.* 57 EPPINGER i A. ARNSTEIN. Przyczynek do etyologii wieloogniskowego zapalenia nerwów. Str. 481. 58. NEUE. O modyfikacji metody badania płynu mózgowo-rdzeniowego zapomocą odczynu WASSERMANN'a Str. 482. 59. HEILE. O operacjach FÖRSTER'a Str. 482. 60. A. WASSERMANN, D. HANSEMANN, FR. KEYSER i M. WASSERMANN. Doświadczenia chemoterapeutyczne nad nowotworami u zwierząt. Str. 483. *Zjazdy naukowe.* FELIKS MALINOWSKI. VII Międzynarodowy Zjazd Dermatologów i Syfilidologów w Rzymie. (Dok.). Str. 487. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia oto-laryngologów. 1) 14-go czerwca 1911 r. Str. 490., 2) 28-go września 1911 r. 3) 26-go października 1911 r. Str. 491. 4) 30-go listopada 1911 r. Str. 492. Posiedzenie kliniczne 5-go marca 1912 r. Str. 493. Posiedzenie neurologów i psychiatrów 18-go listopada 1911 r. Str. 494. Posiedzenie neurologów i psychiatrów 28-go grudnia 1911 r. Str. 496. *Wiadomości bieżące.* Str. 498. Nekrologia. Str. 500. Nadesłano do Redakcyi. Str. 500. *Ogłoszenia.*

I. Uczucie bólu w narządach wewnętrznych¹⁾.

Podał

Dr Med. Henryk Higier.

Jak się zachowuje czucie dotykowe i bolowe w obrębie układu wegetacyjnego²⁾ i jaki zachodzi stosunek między niem, a czynnością ruchową i wydzielniczą?

Pytanie to posiada niezmierną wagę, nie wyłącznie ze stanowiska teoretycznego dla fizyologa, ale także, ze względów czysto praktycznych, dla lekarza, rozważającego np. sprawę wskazania do interwencji brzusznej bez uspienia lub do aktualnej obecnie w neuropatologii operacyi FOERSTER'a w *crises gastriques* u dotkniętych wiadem chorych.

Większość ludzi, przynajmniej w stanie normalnym, jak się zdaje, nie zwraca wcale uwagi na wrażenia, wychodzące z narządów wewnętrznych ciała; inni, zwłaszcza neuropaci, przy dłuższem ćwiczeniu się w tym kierunku dochodzą do możności dokładnego określania sensacyi tego rodzaju. Pobudzenie ruchowe i wydzielnicze nie następuje jednakże nigdy

¹⁾ Rozdział z większej pracy: „Z neurologii układu wegetacyjnego“.

²⁾ System nerwowy dzielię: na somatyczny, czyli mózgordzeniowy i wegetacyjny, czyli sympatyczno-autonomiczny, obejmujący przedewszystkiem nerw współczulny i nerw błędny.

dowolnie, lecz zwykle odruchowo, jako odczyn na pierwotne, podrażnienie czuciowe. Skoro podrażnienie takie wychodzi z nerwowego układu somatycznego, to naogół dochodzi ono do naszej świadomości, jak np. zwężenie źrenic przy podrażnieniach świetlnych, łzotok przy podrażnieniu spojówki, wytryskiwanie nasienia przy podrażnieniu żołądki, pocenie przy miejscowem zastosowaniu ciepła, błądź skóry przy zastosowaniu zimna, ślinotok przy podrażnieniach smakowych, skurcz oskrzeli przy podrażnieniu błony śluzowej gryzącymi gazami i t. p. Jeżeli zaś pierwotne podrażnienie czuciowe, wywołujące odruch, pochodzi z układu wegetacyjnego, to najczęściej pozostaje ono poza świadomością; przemawia za tem czynność gruczołów śluzowych gardła, żołądka, kiszek, czynność pęcherzyka żółciowego i moczowodów.

Tam, gdzie podrażnienia czuciowe dochodzą do świadomości, zazwyczaj następuje przekształcenie podniety na odruch przy udziale szarej substancji rdzenia; tam zaś, gdzie podrażnienia czuciowe do kory mózgowej nie dochodzą, odruch prawdopodobnie odbywa się w łuku, nie przekraczającym danego narządu. Fakt ostatni potwierdza normalnie odbywający się sam przez się ruch robaczkowy, sekrecya gruczołów i trawienie po przecięciu wszystkich nerwów, dochodzących do żołądka i kiszek, oraz nieustanna czynność serca pomimo przecięcia, zarówno współczulnych, jak i automatycznych włókien nerwu błędnego, dochodzących do niego. Gdzie dany narząd pracuje okresowo, podrażnienia, pobudzające go do czynności, następują stale i regularnie. Co się tyczy serca, to przypuszczenie, że istniejący w niem wewnętrzny układ nerwowy, niezależnie od muskulatury wybitną odgrywa rolę, potwierdza fakt, że w miejscu, od którego zaczynają się ruchy serca, mianowicie w węźle KEITH-FLACK'a, czyli zatokowym (*Sinusknoten*), u wpustu żyły próżnej górnej położonym, i w węźle ASDOFF—TAWARY, umieszczonym ponad zatoką żył wieńcowych, gdzie podrażnienia z przedsionka przechodzą na komorę — znajdują się wyjątkowo bardzo liczne komórki zwojowe.

Postawione wyżej pytanie, czy narządy układu wegetacyjnego naogół są obdarzone czuciem świadomem, a zwłaszcza odczuwaniem bólu, stanowi już od kilku stuleci kwestyę aktualną fizjologii i patologii. Już HERVEY, ALBERT VON HALLER i WEBER, w 17., 18. i 19. wieku, z doświadczeń i spostrzeżeń swoich wyprowadzali wnioski o braku wrażliwości narządów wewnętrznych, a w szczególności serca i jelit.

W ostatnich 10-u latach sprawie tej poświęcili liczne prace LENNANDER, WILMS i inni i na zasadzie wyników ujemnych, otrzymywanych przy laparotomiach pod znieczuleniem miejscowem, przyszli do wniosku, że narządy wewnętrzne brzucha są zupełnie pozbawione wrażliwości właściwej. Przypuszczano, że brak bólu przy podrażnieniu narządów zapomocą środków mechanicznych i chemicznych stanowi fakt, który bez zastrzeżeń należałoby przyjąć za punkt wyjścia i przy podnietach w warunkach naturalnych. U człowieka specjalnie LENNANDER neguje możliwość istnienia wszelkiego czucia w kisz-

kach i otrzewnej wewnętrznej (*peritoneum viscerale*), odczuwanie zaś bólu przy operacjach ma, zdaniem jego, zależeć od pociągania i maltretowania otrzewnej ściennej. Autor ten, jak również i zwolennicy jego na zasadzie braku bólu w licznych zabiegach operacyjnych, dokonywanych na narządach klatki piersiowej i brzucha, przychodzi do wniosku, że wszystkie narządy wewnętrzne nie posiadają właściwości odczuwania bólu; przeciwnie zaś, wszystkie te części, które otrzymują unerwienie od nerwów rdzeniowych (somatycznych)—opłucna i otrzewna ścienne—na ból są wrażliwe.

Liczne jednakże fakty świadczyły przeciwko doktrynie LENNANDER'a: przedewszystkiem niezwykle przykre uczucie, wywoływane przy ucisku narządów w stanie chorobnym lub zapalnym będących, ciężkie bole napadowe żołądka i kiszek u tabetyków oraz niezbyt rzadkie kolki w innych chorobach nerwowych. W celu wyjaśnienia sprzeczności tego rodzaju najprostszem byłoby przypuszczenie (LEWANDOWSKI), że normalne codzienne podniety, wychodzące od narządów wewnętrznych, prawie stale pracujących, przechodzą, jako pobudki odruchowe, przez zwój międzykręgowy (*ganglion spinale*) tylko do rdzenia; natomiast przy pewnej intensywności bodźca, w razie przekroczenia progu pobudzenia, podniety te przenoszą się dalej w kierunku mózgu, i wtedy bywają odczuwane, jako ból świadomy (kolki, bole serca, bole porodowe przy przemijającym nienormalnem przekrwieniu albo niedokrwistości narządu i zaopatrujących go zakończeń nerwowych). Wszakże w stanie normalnym mało odczuwamy i ciągłe podrażnienia skóry przez ubranie i ciepłość otoczenia, jeżeli nie przekracza granic krańcowych, i smak w ustach, jeżeli nie różni się zbytnio od normy, i stan fizyologicznego skurczu mięśnia, o ile nie przechodzi w tężcowy. Przypuszczać zresztą należy, że skóra i dostępne błony śluzowe większą posiadają wrażliwość i łatwiejszą zdolność przystosowania się do wahań i uszkodzeń zewnętrznych, aniżeli narządy wewnętrzne.

Dalej nie należałoby zapominać, że w większości doświadczeń na zwierzętach stosuje się podrażnienia extra-fizyologiczne, nie współmierne, o znacznem i niezwykłym natężeniu, jak np. przy badaniu czucia serca i kiszek—ukłucie nożem, drapanie, elektryzację, nadmierne gorąco, mocne kwasy. Należałoby przypuszczać, że trzewa posiadają właściwe im tylko czucie, swoiste pod względem jakościowym, które powinno różnić się od czucia powłok zewnętrznych i którego w żadnym razie z tem ostatniem nie można mierzyć jedną miarą, gdyż narządy wewnętrzne posiadają inne unerwienie, niż zewnętrzne, czynność ich jest odmienna i *normaliter* zależna naogół od podniet zupełnie innego rodzaju. Tak np. ZIMMERMAN wykazał doświadczalnie, że przelyk, żołądek, pęcherz i cewka moczowa jedynie różnice w ciśnieniu odczuwają, jako ból; że narządy te nie posiadają aparatów nerwowych do odczuwania ciepła, zimna i dotykania, jako czynników w warunkach normalnych im zupełnie obcych.

Stanowisko pośrednie, pomiędzy zupełnem negowaniem czucia w narządach wewnętrznych a uznawaniem czucia swoistego, zajmują ci badacze, którzy, jak MACKENZIE i HEAD, uznają wprawdzie istnienie dośrodkowych dróg wegetacyjnych od narządu do rdzenia, ale przypuszczają, że podniety drogami temi nie idą wprost do kory mózgowej, lecz przeważnie za pośrednictwem sąsiednich somatycznych mózgowordzeniowych włókien czuciowych. W myśl tej teoryi, która się stała bardzo popularną, w schorzeniach narządów wewnętrznych mówimy o bólach odruchowych, bardzo często umiejscawiających się nie w samym chorym narządzie, względnie nie tylko w nim, ale raczej w jakimś sąsiednim, dokładnie określonym miejscu powierzchni ciała. Miejsce to zawsze musi odpowiadać okolicy, zaopatrywanej we włókna czuciowe przez ten tylny korzonek rdzenia, czyli właściwiej mówiąc—przez ten zwój rdzeniowy, do którego dochodzą czuciowe włókna wegetacyjne chorego narządu.

Istnienie pasów skóry HEAD'a, nadmiernie wrażliwych na ból (wcześniej wspominali o tem BASSEREAU (1847), BEAU (1866), LANGE), nie ulega żadnej wątpliwości; wyjaśnienie jednakże ich powstawania nie jest wolne od zarzutów. Angielscy autorowie tłumaczą to w ten sposób, że od chorego narządu do rdzenia napływają podrażnienia o bardzo silnem natężeniu, wskutek czego odpowiadający im segment rdzeniowy i znajdujące się w nim drogi czuciowe znajdują się w stanie nadmiernej wrażliwości; stan ten powoduje nadczułość odpowiednich odcinków czyli pasów skóry. Z tego, co przytoczono, można wyprowadzić wniosek, że narządy wewnętrzne posiadają nerwy czuciowe, które przez tylne korzonki rdzenia dostają się do centralnego układu nerwowego, a z odśrodkowymi drogami wegetacyjnymi, idącymi do narządów (*rami communicantes*), nie mają nic wspólnego. Należy tu jeszcze zauważyć, że przy bólach zwykłych obwodowych, które idą wprost drogą tylnych korzonków rdzeniowych, nigdy nie daje się zauważyć tak silnej nadwrażliwości pasów skórnych, jak wtedy, kiedy podrażnienia wychodzą z układu wegetacyjnego i przenoszą się odruchowo na układ somatyczny, mózgowordzeniowy.

NEUMANN starał się doświadczalnie ustalić lokalizację czułych na ból pierwiastków w narządach wegetacyjnych. Zapomocą rozmaitego rodzaju podrażnień (szczypanie, prąd przerywany, kwas octowy, dotykanie gorącą cienką pałeczką szklaną), przy starannem wystrzeganiu się wszelkich pociągów krecki, więzów i powłok ściennych, wykazał on na żabach, a poczęści i na zwierzętach ciepłokrwistych, że wszystkie trzewa, z wyjątkiem nerek i śledziony, są wrażliwe i reagują na ból, a szczególnie w jakiś czas po otwarciu jamy. Reakcyja przejawia się w silnych ruchach odruchowych kończyn i ruchach obronnych tułowia.

Podług NEUMANN'a włókna czuciowe jamy brzusznej przechodzą w nerwie współczulnym, klatki zaś pier-

siowej w nerwie błędnym. Wykazano to w ten sposób, że po przecięciu wymienionych nerwów drażnienie narządów nie wywoływało skurczów odruchowych. Pozatem kiszki posiadają unerwienie tego rodzaju, że podrażnienie czuciowe nie ginie nawet wtedy, kiedy nerwy dośrodkowe od kiszki oddzielamy w miejscu przyczepu krezki. Tego rodzaju przystosowanie fizjologiczne NEUMANN nazywa „przewodnictwem podrażnienia wzdłuż kiszki”.

W samym jelicie, idąc od jego ściany zewnętrznej do wewnętrznej, znajdujemy, jak wiadomo, warstwy następujące: mięśnie podłużne, spłot nerwowy warstwy mięsnej, czyli spłot myenteryczny AUERBACHA, mięśnie poprzeczne i warstwę zwojową podśluzową, czyli warstwę MEISSNER'a. Otóż NEUMANN wykazał, że wrażliwość jelita ginie, jeżeli zniszczyć warstwę AUERBACHA; prawdopodobnie więc w warstwie tej znajdują się czuciowe włókna wegetacyjne.

Czy u człowieka czucie w narządach wewnętrznych zależy od układu współczulnego, czy też autonomicznego, nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnionem.

EPPINGER i HESS, ze szkoły wiedeńskiej NOORDEN'a, badając u tabetyków napady bólów (żołądkowe, krtaniowe, oskrzelowe, pęcherzowe, płciowe), przychodzą do wniosku, że w ich przypadkach bole prawie wyłącznie zależały od podrażnienia układu autonomicznego.

Ciężkie zwyrodnienia spotykają się tylko w jednym z głównych pni układu autonomicznego: w nerwie błędnym i nerwie miedniczym (*n. pelvicus* -LANGLEY), lub też w ich gałązkach bocznych, układ współczulny zaś pozostaje zwykle niezajętym. Na zasadzie wyników anatomopatologicznych autorowie ci przypuszczają, że jad wiadu, trzymający się na obwodzie prawie wyłącznie neuronu czuciowego, posiada także swoiste powinowactwo do nerwów trzewnych, przyczem jednakże uszkodzeniom podlega wyłącznie prawie układ autonomiczny, podczas kiedy układ współczulny rzadko kiedy bierze współdział w tem cierpieniu.

L. MÜLLER z badań, przeprowadzonych nad nerwem błędnym przychodzi do wniosku, że do chwili obecnej niema żadnych pewnych danych, któreby przemawiały za rolą czuciową części brzusznej nerwu błędnego. Ponieważ drażnienie *n. splanchnici* stale wywołuje znaczne bole i ruchy obronne, natomiast przecięcie tegoż objawy te usuwa, to on też winien być uważany, jako nerw czuciowy trzewnych. Czuciowe te włókna posiadają prawdopodobnie swój ośrodek odżywczy, jak tego już LANGLEY dowodził, w zwoju międzykręgowym i biegną poprzez korzonki tylnie do rdzenia.

[D. n.].

II. Przyczynek do kwestyi błonicy ucha środkowego, przebiegającej pod postacią zwykłego ropienia.

Podał

J. Szmurło.

(Dokończenie. — Patrz № 17).

Przypadek 3-i dotyczy chłopca 3-letniego R., którego miałem w leczeniu na wiosnę roku 1910. Na kilka dni przed moją wizytą chłopiec kaprysił i gorączkował, poczem zaczął się skarżyć na ból w lewym uchu. Matka dziecka, chora na dość ciężką *anginam follicularem*, od kilku dni leży w łóżku. Przy badaniu znalazłem: Dziecko dobrze zbudowane i odżywione, gorączkuje, ciepł. 38,5°, w prawym uchu zaczerwienienie i wypuklenie błony bębenkowej, słuch na chore ucho widocznie osłabiony. Migdałki czerwone, obrzmiałe; błona śluzowa nosa również zaczerwieniona i obrzmiała, z nosa obfita wydzielina śluzowa; nalotów nigdzie nie widać; gruczoły podszczękowe obrzmiałe. Zaleciłem okłady z płynu BUROWA pod ceratką, aspirynę, środek czyszczący. Na drugi dzień stan dziecka lepszy, bole w uchu ustały, ciepłota spadła do normy. Po dwu dniach nowe podwyższenie ciepłoty, wieczorem silne bole w uchu, poczem z ucha pokazał się wypływ śluzoworopny. Bole w uchu ustały, ciepłota z rana 36°—36,8°, wieczorem podniosła się do 38°—38,5°. Dziecko kaprysi, chociaż szczególnych skarg na ucho nie wyraża; z ucha wciąż trwa wypływ śluzoworopny; w dolnym przednim odcinku błony śluzowej przedziurawienie wielkości łebka od szpilki. Stan taki trwał bez przerwy dwa tygodnie. Na naradzie z pediatrą dr ROZAŃSKIM, odbytej na życzenie rodziców, postanowiono dawać chininę wobec tego, iż rok temu dziecko miało kilkakrotne napady zimnicy z ciepłotą o podobnym typie. Przez dwa dni z rzędu ciepłota spadała wieczorami do 37,6°—37,8°, poczem atoli znowu się podniosła i wystąpiła bolesność w okolicy wierzchołka wyrostka sutkowego i jamy sutkowej. Bolesność ta z każdym dniem wzrastała, zjawilo się niewielkie obrzmienie na kości i nieznaczne opuszczenie się tylnogórnej ściany przewodu zewnętrznego. Na ponownej naradzie z otyatrami podwyższenie ciepłoty objaśniono rozwijającymi się objawami zapalenia wyrostka sutkowego i postanowiono dokonać operacji. W dwa dni później dokonałem trepanacji wyrostka w szpitalu Czerwonego Krzyża w asystencji kol. GAWRYŁOWA i WORONCOWA. Wyrostek znalazłem w stanie zapalnym. Błona śluzowa zaczerwieniona, obrzmiała, pokryta ziarniną, naczynia mocno rozszerzone łatwo i obficie krwawią, ropa i ziarnina w jamie sutkowej. Ranę, jak wyżej, po zwykłym przemyciu roztworem fizyologicznym i wodą utlenioną wytamponowałem i nałożyłem kilka szwów. Na drugi dzień z rana ciepłota 36,5°, wieczorem 38,5°, stan ogólny dobry. Na trzeci dzień z rana opatru-

nek. Szwy się rozeszły, rana pokryta szarobiaławym nalotem. Zebraną niewielką ilość nalotu oraz bardzo skąpą wydzielinę z ucha środkowego posłałem do zbadania bakteryologicznego, ranę zaś wyjodynowałem i wytamponowałem gazą jodoformową. Po dwu dniach otrzymałem odpowiedź, iż z wydzieliny ucha i z nalotu wyrosły czyste hodowle laseczników błoniczych. Dziecku, jak i w poprzednim przypadku, zastrzyknęłam niezwłocznie sorowicy przeciwbłoniczej tysiąc jednostek i ranę począłem podczas opatrunków przemywać pyocyanazą. Po tygodniu rana zupełnie się oczyściła, ciepłota spadła do normy, po 2-u tygodniach znikły prątki LÖFFLER'a, a po 5-u nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Ep. crisis. I w tym przypadku, również jak i w poprzednim, u dziecka chorego na ostry nieżyt gardzieli, i którego matka w tym samym czasie przechodziła ciężkie zapalenie migdałków torebkowe (*angina follicularis*), zjawilo się ropienie, które, jak to się po operacji okazało, zostało wywołane przez prątki LÖFFLER'a. Najprawdopodobniej owo zapalenie gardzieli nieżytowe było lekką postacią błonicy gardzieli, która następnie przeszła na jamę bębenkową i jamę sutkową z następczem zajęciem wyrostka sutkowego.

Przypadek 4-y dotyczy dziewczynki F., lat 6 mającej, do której wezwany zostałem w lutym roku przeszłego z powodu ropienia z obu uszu po odrze, przebytej przed dwoma tygodniami.

Dziewczyna blada, anemiczna, cierpi na niedowład lewej połowy ciała, który wystąpił nagle przed dwoma laty wskutek, jak powiadali leczący ją lekarze, wylewu krwawego do mózgu. W obu przewodach zewnętrznych wydzielina śluzoworopna; błona bębenkowa przedziurawiona w przedniej dolnej części: w lewym uchu przedziurawienie wielkości główki od szpilki, w prawym wielkości ziarnka siemienia konopnego. Błona śluzowa obu jam bębenkowych zaczerwieniona, zlekką obrzmiała. Lekka bolesność przy ucisku na wyrostek sutkowy lewy. C. z rana 36,7° wiecz. 37,5°. Błona śluzowa nosa czerwona, obrzmiała, pokryta obfitą wydzieliną śluzoworopną. Zaleciłem przemywanie uszu i wkraplanie do nich wody utlenionej, poczem wydzielina poczęła się powoli zmniejszać; zmiany miejscowe pozostały *in statu quo ante*. Nasilenia wieczorne ciepłoty pozostały, nie przewyższyły wszakże 37,2°. Stan ogólny poprawił się. Po 3-ch tygodniach wezwany zostałem ponownie: wystąpiła mocna bolesność w okolicy wyrostka sutkowego, ciepłota podniosła się do 38,5°. Przy badaniu znalazłem: Przewód zewnętrzny ucha lewego bolesny i obrzmiały, zwłaszcza w górnej części, lewa muszla odstaje od kości, wyrostek sutkowy bardzo bolesny na ucisk w okolicy jamy sutkowej i wierzchołka, skóra na wyrostku czerwona i obrzmiała. Z prawej strony wydzielina nieznaczna, błona bębenkowa po dawnemu przedziurawiona, wyrostek nie bolesny. Rozpoznałem rozwijające się zapalenie wyrostka sutkowego lewego, zaleciłem na okolicę wyrostka pęcherz z lodem; ropę z ucha posłałem do zbadania. Na drugi dzień bolesność wyrostka mniejsza, ciepłota 37,5°. Obrzmienie wyrostka i od-

stawanie muszli jak dnia poprzedniego. Na trzeci dzień badanie bakteriologiczne wykryło w ropie ucha prątki LÖFFLER'a w liczbie przeważającej. Po naradzie z lekarzem domowym, drem GRÜNBERG'iem i za zgodą rodziców zastrzyknąłem dziecku 2 tysiące jednostek surowicy. Następnego dnia obrzmienie wyrostka i bolesność znacznie się zmniejszyły; ilość ropy również mniejsza. Po czterech dniach wyrostek wrócił do normy, a po dziesięciu wszystkie objawy chorobne ustąpiły, pozostały tylko niezagojone otwory w obu błonach bębenkowych.

Epicrisis. W tym przypadku ropienie w uchu środkowym nastąpiło po odrze i z początku nie przedstawiało nic charakterystycznego, co by kazało przypuszczać, iż mamy tu do czynienia z ropieniem błoniczem. Objawy ze strony wyrostka niczem szczególnem również się nie wyróżniały; do zbadania bakteriologicznego skłoniły mię dwa poprzednie przypadki, po których postanowiłem w każdym zapaleniu wyrostka sutkowego u dzieci przed operacją badać ropę bakteriologicznie. W każdym razie wynik badania był niespodziewany. Zastosowana w tym razie surowica dała wynik doskonały. Wiemy wprawdzie, że u dzieci zapalenie wyrostka sutkowego przechodzi nieraz, bez uciekania się do operacji, pod wpływem zwykłych środków, jak ciepło, lub przeciwnie—okłady lodowe, nigdy wszakże nie obserwowałem tak szybkiej poprawy, jak to miało miejsce w danym przypadku po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej.

Takie są historye spostrzeganych przeze mnie przypadków. W pierwszym z nich sprawa chorobna zajmowała tylko jamę bębenkową, w trzech pozostałych zajęty był i wyrostek sutkowy. Pierwszy i dwa ostatnie przypadki przebiegały powoli; wydzielina miała charakter śluzoworopny, nie była zbyt obfitą i pod wpływem leczenia zmniejszała się powoli i nieznacznie. W drugim przypadku sprawa przebiegała prędzej i burzliwiej, charakter wydzieliny był również inny; z początku była ona czysto ropną i dopiero po dwu tygodniach widać w niej było ciągnący się śluz. Ciepłota ciała w trzech ostatnich przypadkach, stale i dokładnie mierzona, przedstawiała stale wieczorne nasilenia i obniżenia z rana. W trzecim przypadku miała ona charakter przepuszczający, co skłoniło nawet lekarzy konsultujących do przypuszczenia, czy nie mamy tam do czynienia z zimnicą o typie jednodniowym. Do badania bakteriologicznego skłoniła mię w pierwszym przypadku prosta ciekawość i chęć wyjaśnienia, z jakiego rodzaju drobnoustrojem mam tu do czynienia, w dwu następnych—niezwykły wygląd rany po trepanacji, pokrytej białym szarawym nalotem, wreszcie w czwartym doświadczenie, zdobyte w poprzednich obserwacjach. W ten sposób, prawdopodobnie dzięki wcześnie rozpoznanej błonicy ucha środkowego i wyrostka sutkowego i wcześnie oraz w dostatecznej ilości użytej surowicy przeciwbłoniczej, udało mi się uniknąć trepanacji i znakomicie polepszyć stan dotkniętych chorobą uszu.

Na zakończenie uważam za niezbędne jeszcze raz podkreślić nad-

zwyczajną doniosłość badania bakteriologicznego wydzieliny ropnej z ucha, zwłaszcza u dzieci i w przypadkach powikłanych zapaleniem wyrostka sutkowego. Badanie takie w razie wykrycia w ropie laseczników błoniczych daje możność bez uciekania się do operacji przywrócenia zdrowia choremu oraz zabezpiecza lekarza przed nieprzyjemnymi niespodziankami, jakie spotyka pod postacią podwyższenia ciepłoty i naltów błoniczych na ranie operacyjnej. Na podobną okoliczność zwrócili przed 7-u laty uwagę SCHELLER i STENGER (23) odnośnie do błonicy nosa. Mianowicie, badając często wydzielinę nosa, stwierdzali w niej niejednokrotnie obecność laseczników błonicy. W jednym z takich przypadków, w którym chora cierpiała na przerostowy nieżyt nosa, dokonali oni na usilną prośbę chorej konchotomię, przyczem po paru dniach w nosogardzieli i gardzieli rozwinęła się typowa błonica, która zresztą pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej skończyła się zupełnie pomyślnie. Stąd autorzy ci wyprowadzają wniosek, że 1) błonicą nosogardzieli i migdałków często może być wywołana przez laseczniki błonicze, gnieźdzące się w nosie, 2) że w przypadkach, w których w śluzie nosowym znajdujemy laseczniki błonicze, nie należy w nosie operować, dopóki laseczniki te nie zginą, w przeciwnym bowiem razie możemy wywołać błonicę nosogardzieli. Radę tą możnaby również z wielkim pożytkiem, jak to widzieliśmy w opisanych przeze mnie przypadkach, zastosować do ucha środkowego oraz wyrostka sutkowego.

PIŚMIENNICTWO.

1. KATZ. Deutsche med. Wochenschrift 1887 № 48.
2. DAAE. Zeitschrift für Ohrenheilkunde t. 52 s. 249.
3. KOBRAK. Archiv für Ohrenheilkunde t. 62 s. 11.
4. LEWIN. Archiv für Ohrh. t. 52 s. 168.
5. KASSEL. Deutsche med. Woch. 1894, № 51.
6. KUTSCHER. Deutsche med. Woch. 1895, № 10.
7. KREPUSKA. Archiv für Ohrh. t. 50 s. 153.
8. WREDDEN. Monatschrift für Ohrh. t. 2 s. 10.
9. GREEN. Zentralblatt für Bakteriologie t. 30 s. 468.
10. Cytowane podług LEUTERTA. Archiv für Ohrh. t. 46 s. 196.
11. COUNCILMAN i WILLIAMS. Tamże.
12. PODACK. Tamże.
13. KOBRAK. loc. cit.
14. SĘDZIAK. Nowiny Lekarskie, 1900.
15. SZMURŁO. Medycyna, 1911 r. № 11 i 12.
16. M. BIEHLER i KORYBUT-DASZKIEWICZ, 1911 № 2.
17. GAWRYŁOW. Jeżemiesięcznik uszn. i gorłow. bolezniej 1911 s. 16.
18. LÖWENBERG. Cyt. podług Blau. Bericht über die Leistungen... 1908.
19. MÜLLER. Deutsche med. Wochenschrift 1899 № 6.
20. HALA. Wiener klin. Rundschau, 1900 № 49.
21. GÜNTHER. Centralblatt für Bakteriolog № 30 s. 468.
22. MEKLER. Archives internationales de Laryngologie 1911 № 2.
23. SCHELLER i STENGER. Berliner klinisch Woch. 1905 № 42.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

57. Eppinger i A. Arnstein. Przyczynek do etyologii wieloogniskowego zapalenia nerwów.

Opierając się na pięciu swoich spostrzeżeniach, autorowie zwracają uwagę na to, że niektórym przypadkom wieloogniskowego zapalenia

nerwów towarzyszy marskość wątroby lub przynajmniej zaburzenia czynnościowe tego narządu. Zaburzenia te wykrywali oni przez określenie urobiliny w moczu, oraz zapomocą prób z alaniną, z lewulozą i z polipeptidami. Związek przyczynowy między zapaleniem nerwów a cierpieniem wątroby możnaby, według autorów, upatrywać w szkodliwym działaniu wytworzonych przez ośrodkowe cierpienia jądów na zakończenia nerwów, w powstawaniu cierpienia wątroby i nerwów pod wpływem wspólnego niewiadomego czynnika; wreszcie, zdaniem autorów, nerwy mogą ulegać zwyrodnieniu pod wpływem krążącej we krwi urobiliny, jako ciała opalizującego. Opierając się bowiem na doświadczeniach HAUSMANN'a, który zabijał myszy przez wstrzykiwanie im małych ilości ciał opalizujących, autorowie zastrzykiwali królikom hematorporfyrinę i stwierdzali zmiany w nerwach obwodowych po zabiciu zwierząt.

Marta Erlichówna.

(Zeitschrift für klinische Medizin t. 47, z. 3—4).

58. Neue. O modyfikacji metody badania płynu mózgowordzeniowego zapomocą odczynu Wassermann'a.

Wiadomo, że w chorobach ośrodkowego układu nerwowego często badamy płyn mózgowordzeniowy na odczyn WASSERMANN'a, aby stwierdzić, czy dana choroba ma podłoże syfilityczne, gdyż odczyn WASSERMANN'a dodatni przy badaniu krwi wskazuje jedynie, iż dany osobnik przechodził lub przechodzi obecnie zakażenie syfilityczne. Według WASSERMANN'a ilość płynu mózgowordzeniowego wynosi 0,2 ctm. sz. W wiadze rdzenia i bezwładzie postępującym otrzymywał on dodatni odczyn w 10% przypadków. NONNE i HAUPTMAN doszli do wniosku, iż tak często otrzymywany ujemny odczyn zależny jest od zbyt małej ilości płynu mózgowordzeniowego, gdyż, co prawda, w 0,2 ctm. sz. płynu znajdują się substancje, hamujące hemolizę, lecz w zbyt niewielkiej ilości. Zaczęli oni, a następnie autor, przerabiać odczyn WASSERMANN'a z 0,4, 0,6, 0,8, 1,0 ctm. sz. płynu. I rzeczywiście w całym szeregu przypadków, w których przy ilości płynu 0,2 ctm. sz., otrzymywano wynik ujemny, przy większych ilościach osiągnęto wynik dodatni.

Opierając się na całym szeregu badań, autor dochodzi do wniosku, iż o ile przy 1 ctm. sz. płynu otrzymujemy wynik odczynu WASSERMANN'a ujemny, możemy z całą pewnością wyłączyć syfilityczne podłoże choroby ośrodkowego układu nerwowego, i odwrotnie.

E. Juwiler.

(Münchn. mediz. Woch. 1912, Nr. 3).

59. Heile. O operacjach Förster'a.

Operacja FÖRSTER'a w napadach (*crises*) żołądkowych u tabetyków polega, jak wiadomo, na usuwaniu 7-go, 8-go i 9-go tylnych grzbietowych korzonków z obydwu stron. FÖRSTER i KÜTNER na 28 operowanych przypadków w 23-ch stwierdzili zupełne wyleczenie po operacji. Autor operował 32-letniego mężczyznę, cierpiącego na napady żołądkowe nadzwyczaj silne—podczas napadu bólów zażywał 1,25 morfiny. Operacja była dokonana, jak zapewnia autor, najzupełniej *lege artis*: rdzeń i opony nie były zupełnie uszkodzone, nie było wylewu krwawego pod oponę twardą, który mógłby być wywołać ucisk rdzenia. Jednakże w parę dni po operacji chory dostał porażenia poprzecznego, po 4-ch mie-

siącach chory umarł skutkiem zapalenia pęcherza moczowego i powi-
kłań. Sekcja wykryła rozległą sprawę zapalną rdzenia, nie tylko na
miejscu zabiegu, lecz i powyżej. Na zasadzie smutnego doświadczenia
autor odradza operowania w przypadkach nawet bardzo lekkich zmian
zapalnych rdzenia, na co zwracali już uwagę NONNE i inni.

Chory w pięć tygodni po operacji zapadł ponownie na napady
żołądkowe. Na zasadzie tego przypadku i całego szeregu przypadków
analogicznych, jakoteż na zasadzie przypadków, spostrzeganych przez
EXNER'a, kiedy napady żołądkowe ustąpiły zupełnie po usunięciu roz-
gałęzień nerwu błędnego w obrębie wpustu żołądka, autor utrzymuje, iż
niezawsze, jak twierdzi FÖRSTER, impulsy bolowe przeprowadza układ
nerwu współczulnego, lecz często i nerw błędny. Dla różniczkowego roz-
poznania, jaką drogą impulsy te zostają przeprowadzone w każdym po-
szczególnym przypadku, autor proponuje wstrzykiwanie substancji znie-
czulających do odpowiednich otworów międzykręgowych. Operacja
FÖRSTER'a wtedy jedynie jest wskazaną, kiedy po wstrzykiwaniu napa-
dy na pewien czas ustępują. W przeciwnym zaś razie wskazaną jest
operacya EXNER'a.

E. Juwiler.

(*Münch. mediz. Woch.* 1912, Nr. 3).

60. A. Wassermann, D Hansemann, Fr. Keysser i M. Wassermann. Do- świadczenia chemoterapeutyczne nad nowotworami u zwierząt.

Problemat leczenia nowotworów można starać się rozwiązać tylko
drogą eksperymentu na zwierzętach, wszelkie bowiem inne drogi, wobec
ciemności, panujących w tej dziedzinie, są na razie zamknięte. Dzięki
pracom takich badaczy, jak EHRlich, JENSEN, HANAU, APOLANT, BASH-
FORD, C. LEWIN, F. BLUMENTHAL i inni, którym udało się wykryć zasady
skutecznego zaszczepiania nowotworów zwierzętom, — umożliwiające
zostało przystąpienie do rozwiązania omawianego zagadnienia. Kwestya,
jak dalece tkanki nowotworowe, doświadczalnie u zwierząt wywoływane,
podobne są do nowotworów, samoistnie występujących w ustroju ludz-
kim, — musi być na razie pozostawiona na stronie, chodzi bowiem przede-
wszystkiem o rozwiązanie kwestyi zasadniczej, a mianowicie, czy
wogóle można komórki, szybko rozmnażające się w ustroju żyjącym,
zatrzymać w ich rozroście i ewent. zniszczyć je, nie szkodząc jednocześ-
nie innym normalnym komórkom ustroju. Oczywiście, zniszczenie ko-
mórek nowotworu pojmować należy nie w znaczeniu miejscowem, tego
rodzaju bowiem wyniki miałyby niewielkie zastosowanie praktyczne,
gdyż na wiele nowotworów nie można podzielać miejscowo wskutek ich
położenia, w wielu innych zaś razach nie znamy nawet ich umiejscowie-
nia. A zatem, odnośnie badania eksperymentalne muszą mieć na celu
wykrycie takiego środka, który zastrzyknięty dożylnie, mógłby auto-
matycznie niszczyć tkankę nowotworową, nie naruszając tkanki zdrowej.

Rozwój nauk eksperymentalnych w ostatnich latach 15-u zdawał się
wskazywać, że zagadnienie leczenia nowotworów da się najłatwiej roz-
wiązać na drodze biologicznej. Badania np. nad cytolizynami stwier-
dziły, że można wywołać w ustroju tworzenie się surowicy, działającej
swoiście tylko na pewne komórki, spodziewano się więc słusznie, że uda
się może wytworzyć odpowiednie surowice, rozpuszczające komórki da-
nego nowotworu. W tym celu przed kilkunastu laty A. WASSERMANN
i BORCHARDT dawali kozom zawieszinę świeżo wyciętego raka gruczołu
piersiowego, a później zastrzykiwali chorym na raka tegoż narządu su-
rowicę i serwatkę, pochodzącą od tych samych zwierząt. Próby te nie

dały jednak żadnego dodatniego wyniku. Podobnie spełżyły na niczem próby stosowania zaczynów, które okazały się niedziałającymi na zwierzęce nowotwory odporne (za takie uchodzą nowotwory myszy w przeciwieństwie do nowotworów szczurów i psów). A. WASSERMANN i LEUCHS próbowali następnie stosować rozmaite produkty z tkanki łącznej i białych ciałek krwi, wychodząc z tego założenia, że nowotwory (zwłaszcza rak) występują najczęściej w wieku starszym, być może więc chodzi tu o występujące w wieku podeszłym osłabienie tkanek pochodzenia mezo-dermalnego na korzyść tkanek ektodermalnych; stosowano również wyciagi z jaj gwiazdy morskiej, znajdujących się w okresie przewężenia, w nadziei, że młodzieńcze pierwiastki odegrać mogą pewną rolę. Powyższe jednak próby, podobnie jak i wiele innych, zawiodły w zupełności.

Po zawodach w poszukiwaniu środka na drodze biologicznej, pozostała tylko dziedzina chemoterapii. Punktem wyjścia dla pracy autorów w tym kierunku posłużyło pewne doświadczenie, którego celem było stwierdzenie, czy świeża rakowata tkanka ludzka pod wpływem surowicy człowieka zdrowego ulegnie zniszczeniu prędzej, niż pod wpływem surowicy chorego na raka. Doświadczenie powyższe wymagało użycia wskaźnika, i jako takiego używano soli: *Natrium selenicum* i *Natrium telluricum*, które dla tego celu zaproponował Gosio. Sole te mają bowiem tę własność, że pod wpływem komórek żyjących ulegają redukcji i metal w nich zawarty wypada w postaci czarnego, wzgl. czerwonego osadu. Wspomniane doświadczenie miało ten wynik, że redukcya nastąpiła w obecności obu surowic, okazało się jednak, że osad utworzył się tylko na tych miejscach tkanki, które zawierały komórki raka, dalsze zaś badanie stwierdziło, że osad umiejscowił się wewnątrz samych komórek raka w pobliżu ich jąder. Z doświadczenia tego wynikało, że najbardziej czynne elementy nowotworu, posiadające największe zapotrzebowanie tlenu, mają jednocześnie i największą siłę redukującą; nadto z doświadczenia tego można było sądzić, że między komórkami raka a wyżej wymienionymi solami istnieje pewne pokrewieństwo, dzięki któremu sole te mogą przeniknąć wewnątrz komórek. Na tej podstawie zrodził się plan zastosowania spostrzeżenia powyższego do celów leczniczych, można bowiem było spodziewać się, że selen i tellur, odkładając się wewnątrz komórek rakowatych, mogą wywierać na nie działanie zabójcze.

Do najpierwszych doświadczeń używano myszy, którym uprzednio zaszczerpiono nowotwór, przez EHRlich'a uznany za raka. Do zastrzyknięć w samą tkankę guza używano *Natr. selenicum* i *telluricum* w roztworze 1 : 1000. Zastrzyknięcia robiono dopiero wtedy, gdy nowotwór znajdował się w pełni rozwoju, i gdy osiągnął już pewną wielkość (rozmiar niedużej wiśni) i twardość, tego rodzaju bowiem raki u myszy nigdy, jak tego uczy doświadczenie, nie mają skłonności do samoistnej przemiany wstecznej. Wynik otrzymano bardzo zachęcający, okazało się bowiem, że po dawkach dostatecznie wielkich (zbliżonych do dawki śmiertelnej) i powtarzanych dostatecznie często, — nowotwór stawał się miękkim, nabierał cech torbieli (chełbotanie), wreszcie otwierał się na zewnątrz, przyczem wypływała zeń brunatna papkowata zawartość, mająca wybitny zapach selenu wzgl. telluru, poczem następowało wyzdrowienie zwierzątka. Drobnowidowe badanie wypływającej z nowotworu zawartości wykazało, że składa się ona z rozpadu komórek, w którym stwierdzono obecność selenu, wzgl. telluru. Ponieważ, jak to już wyżej zaznaczono, działanie bezpośrednie na tkankę nowotworową daje małe szanse co do możliwości stosowania go u człowieka, — powtórzono więc te

same doświadczenia, z tą różnicą, że zastrzykiwania robiono dożylnie. Po przewyciężeniu niesłychanie trudnej techniki (zastrzykuje się w żyłę ogona mysiego), okazało się, że sole omawiane, stosowane dożylnie, są o wiele bardziej dla ustroju myszy trujące, na nowotwór zaś nie wywierają najmniejszego nawet działania. Tym sposobem zostało dowiedzione, że środek omawiany, zastosowany przez żyłę, nie dosięga nowotworu w dostatecznym dla celów leczniczych stężeniu, bo już przedtem wstępuje w związki z innymi komórkami ustroju.

Przystąpiono wobec tego do najtrudniejszej części poszukiwań, a mianowicie do ułatwienia solom *Se* i *Te* przedostania się z krwiobiegu do nowotworu. W tym celu należało je połączyć z takimi związkami, które posiadają dużą siłę dyfuzyjną, a więc rozchodzą się po całym ustroju z ogromną szybkością. Po długich i mozolnych poszukiwaniach (zbadano około 200 nowowytworzonych związków chemicznych), udało się wreszcie natrafić na pewne połączenie eozyny i selenu, którego działanie okazało się najskuteczniejszym. Otrzymanie tego połączenia związane jest z wielu trudnościami; połączenie to jest bardzo niestałe, gdyż z biegiem czasu traci na sile działania i trzeba zachować wiele ostrożności, ażeby mieć pewność, że dany przetwór posiada najwyższą, jaką mieć może, moc działania. Połączenie to przedstawia się w postaci czerwonego proszku, który łatwo rozpuszcza się w wodzie, tworząc roztwór zupełnie przezroczysty. Dożylnie zastrzykuje się myszy (o przeciętnej wadze 15 gr.) w ilości 1 ctm. sz. roztworu 1:400, czyli 2,5 mgr. środka. Po zastrzyknięciu występuje czerwone zabarwienie, dobrze widzialne na łapkach, mordce, powiekach i oczach. Zabarwienie to jest najwyraźniejsze w $\frac{1}{2}$ godziny po zastrzyknięciu, znika zaś po upływie doby. Po tym czasie tylko kał utrzymuje barwę czerwoną, gdy moc już po upływie 12-u godzin traci ją; stąd wnosić należy, że najdłuższy środek zostaje wydzielanym przez kiszki. Wynik leczniczy przedstawia się w sposób następujący: po pierwszych trzech zastrzyknięciach guz wyraźnie mięknie, po czwartym — nabiera charakteru torbieli, po piątym — można już wyczuć, że torbiel znacznie się zmniejszyła, czyli że już nastąpiło wchłonięcie. Po siódmym, co najwyżej ósmym zastrzyknięciu nie wyczuwa się już nic, oprócz lekkiego rozlanego zgrubienia na miejscu byłego nowotworu. W ten sposób usunięto nowotwory u całego szeregu myszy, które dotąd (kilka miesięcy) pozostały wolne od nawrotów.

Leczenie selenem-eozyną związane jest z dwoma niebezpieczeństwami, z powodu których wiele myszy ginie. Pierwsze występuje w samym początku leczenia, po pierwszym lub drugim zastrzyknięciu środka, — wtedy niektóre zwierzątka zdychają wśród objawów zatrucia; zrobiono nawet spostrzeżenie, że myszy zdrowe są daleko odporniejsze względem selenu-eozyny, niż myszy rakowate, część bowiem tychże w każdej seryi doświadczeń stale ulegała trującym własnościom środka. Drugie niebezpieczeństwo grozi myszom w okresie wchłaniania rozmiękłego i rozplwającego się nowotworu: widać wtedy, że wiele tych zwierzątek przechodzi w tym okresie ciężką chorobę; mysz siedzi z najezonym włosem, chwije się, staje się zimną, a w końcu przestaje się poruszać i zdycha. Najczęściej zdarza się to wtedy, gdy nowotwór był dużych rozmiarów. Bardzo duże nowotwory (np. mało co lżejsze od samej myszy) wogóle dają bardzo złe rokowanie, z jednej bowiem strony wessanie tak dużej ilości wytworów toksycznych jest pracą przerastającą siły zwierzątka, z drugiej zaś strony duże nowotwory wymagają większej ilości środka, więcej zaś niż 8 zastrzyknięć do żyły ogona mysiego

ze względów technicznych dokonać nie podobna. Największym rozmiarem nowotworu, na którego trwałe usunięcie liczyć można, — jest rozmiar małej śliwki; najlepiej poddają się leczeniu nowotwory wielkości wiśni. W okresie zdrowienia niektóre myszy zdychają jeszcze z tego powodu, że rozplywający się nowotwór otwiera się przez skórę na zewnątrz, przez ranę zaś następuje zakażenie wtórne. Co do nawrotów, to następują one niechybnie, jeżeli po leczeniu pozostała choć mała cząstka nowotworu.

Obdukcya zwierzątek, dokonywana w różnych okresach leczenia, wykazywała mikroskopowo co następuje: w okresie „rozmięknienia” widać było nowotwór silnie zabarwiony na czerwono (odbijający barwą od zaróżwionych tylko tkanek otaczających) i po lekkim dotknięciu rozpadający się na części; w okresie „rozplywania się” cała masa papkowata jest już zupełnie oddzielona od tkanek sąsiednich i przy silniejszych ruchach zwierzątka przelewa się po całej powierzchni ciała pomiędzy skórą a mięśniami. W okresie wyzdrowienia zupełnie widać na miejscu guza lekką pigmentację i zgrubienie powięzi nad mięśniami.

Zarzut, że być może znikanie nowotworów następowało samoistnie, nie wytrzymuje żadnej krytyki, gdyż przedewszystkiem ginęła dziesięciokrotna liczba myszy, używanych dla kontroli, następnie, rozporządzano tysiącami myszy, którym nowotwory zaszczepiano i nie widziano nigdy wyzdrowienia samorzutnego, wreszcie zaś robiono wielokrotnie spostrzeżenia, że po zaprzestaniu zastrzyknięć nowotwór znowu twardniał, po ponownem zaś zastrzyknięciu znowu miękł i t. d.

Rozporządzano pięciu szczepami nowotworów mysich: 4-ma raka i 1-ym mięsaka. Szczepy te były bardzo czynne, szczepienia dawały bowiem 90%—100% wyników dodatnich. Dla uniknięcia jednak zarzutu, że być może wyniki lecznicze znajdują się w pewnym związku z rodzajem posiadanych szczepów, zrobiono doświadczenie na myszach, u których nowotwór powstał spontanicznie. Takich myszy posiadano dwie — i obie zostały wyleczone; jedna pozostała zdrową i wolną od nawrotu, druga zdechła w kilka tygodni po wyleczeniu, obdukcya zaś nie wykazała w jej ustroju ani śladu nowotworu.

Doświadczeniem powyższym autorowie przypisują znaczenie wyłącznie teoretyczno-naukowe i ostrzegają przed przedwczesnem wyciąganiem z nich wniosków praktycznych. Pomiedzy rakiem myszy a rakiem człowieka istnieją różnice tak wielkie, ¹⁾ że o apriorystycznem przypuszczaniu analogii nie powinno być nawet mowy. Dodatni wynik doświadczeń polega na stwierdzeniu faktu, że zapomocą stosowań dożylnych selenu-eozyny można zniszczyć komórki nowotworowe, nie naruszając zdrowych komórek ustroju.

Badania drobnowidowe (prowadzone przez D. HANSEMANN'a) wykazały, że w redukcji selenu-eozyny główną rolę odgrywają jądra komórek nowotworowych, na jądrach bowiem odkłada się selen w postaci czarnych ziarenek. Innemi słowy, działanie środka zaczyna się od jąder. Na preparatach histologicznych, sporządzanych w różnych okresach działania środka, widać, że rozpad jąder odbywa się drogą p i k n o z y, natomiast nie widać wcale wzmożenia spraw zwyrodnienia tłuszcz-

¹⁾ Jeden z autorów (HANSEMANN) od szeregu lat wyraża przekonanie, że omawiane tu nowotwory mysie, powszechnie zwane rakiem, stanowczo rakiem nie są. Pod względem biologicznym (co do wzrostu, rozszerzania się, tworzenia przerzutów) zachowują się one zupełnie inaczej, niż rak człowieka.

czowego, kolloidalnego i wodnistego, którym to sprawom podlega wiele komórek nowotworowych myszy, nie poddawanych leczeniu. W końcowych okresach widać, że jądra rozpadły się zupełnie na kropelki chromatynowe, nitki i ziarenka, pogrążone w zawartości, nie dającej się bliżej zdefiniować. Po rozpoczęciu wchłaniania stwierdzano stale, że część mas chromatynowych dostaje się do śledziony, która ulega powiększeniu (najwyżej dwukrotnemu), nigdy jednak nie dosięga tych rozmiarów, co w chorobach zakaźnych. Można by pomyśleć, że wchłanianie komórek nowotworowych przez ustrój zagraża niebezpieczeństwem przerzutów w różnych narządach. Ani razu jednak przerzutu nie stwierdzono, wchłaniane bowiem komórki są już zniszczone. W obrębie śledziony nie widziano nigdy komórki nienaruszonej, ani też dzielących się jąder, w śledzionie spotykano tylko albo komórki z piknozą jąder albo rozpad bezforemny (chromatynę). Poza śledzioną resztki wchłanianego nowotworu spotykano tylko w wątrobie, w innych narządach — nigdy, dwa te narządy wystarczają zatem do usunięcia zniszczonego nowotworu, główna jednak rola przypada śledzionie.

Oba wspomniane narządy ulegają przemianie limfatycznej; w śledzionie nikną większe komórki jej miazgi (*Pulpaellen*), rozmnażają się natomiast komórki limfatyczne, w wątrobie zaś powstaje szereg małych gruczolaków limfatycznych (*lymphomata*). Nadto w śledzionie wybitnie rozmnażają się komórki olbrzymie o jądrach płatowatych (obecne w normalnej śledzionie myszy) i nagromadza się barwik krwi. Z badań porównawczych, których celem było stwierdzenie, które z tych zmian przypisać należy wchłanianiu martwych mas nowotworu, które zaś swoistemu działaniu selenu-eozyny, — wynikało, że przemiana limfatyczna śledziony zależy od stosowania środka, stwierdzano ją bowiem u niemających nowotworów myszy, którym środek ten zastrzykiwano. Natomiast rozmnożenie komórek olbrzymich i nagromadzenie barwika krwi w śledzionie oraz tworzenie się gruczolaków limfatycznych w wątrobie jest wyrazem wchłaniania nowotworu. — W innych narządach nie stwierdzono wogóle zmian żadnych. Wyżej opisane zmiany w śledzionie i wątrobie oczywiście same przez się nie zagrażają życiu zwierzątka, można więc z całą pewnością twierdzić, że o ile rozmiary zmartwiałej masy nowotworu nie przekraczają pewnej miary, o tyle życiu leczonego zwierzątka ani ze strony środka, ani ze strony wchłaniania żadne niebezpieczeństwo nie grozi.

K. Oczesalski.

(*Berlin. klin. Wochenschrift. 1912, Nr. 1.*)

VII Międzynarodowy Zjazd Dermatologów i Syfilidologów w Rzymie.

Podał

Feliks Malinowski.

(Dokończenie. — Patrz № 17).

Referentem głównym o leczeniu chorób skórnych metodami fizykalnymi był PELLIZZARI, dyrektor Instytutu foto-terapeutycznego we Florencji. Prowadzi on dział swój nie tylko umiejętnie, lecz i naukowo. Oprócz olbrzymiej liczby chorych, wyleczonych zapomocą FINSENA,

KROMAYER'a, REYN'a, lampy uwiołowej, ROENTGEN'a, ARSONVAL'a, ciepła, śniegu kwasu węglanego, radium, przedstawił mikroskopowe preparaty choroby w różnych okresach leczenia i albumy fotografii. Jak należało oczekiwać, największy kontyngens stanowili cierpiący na tocznia; w tej chorobie PELLIZZARI stosuje, odpowiednio do wymagań chwili, lampy REYN'a, FINSENA, KROMAYER'a, ROENTGEN'a, radium; przekłada stosowanie dawek większych, nad mniejsze. Bardzo dobre wyniki dało mu radium w leczeniu naczynek i pod względem kosmetycznym, znacznie lepsze, niż śnieg kwasu węglanego; zasługują również na uwagę przypadki nowotworów, szczególnie nabłoniaków i mięsaków. W ciągu ostatnich 7-iu lat były leczone w Instytucie 2,282 przypadki, w tem tocznia i innych spraw gruczliczych 468, wilka rumieniowatego 104, naczynek i limfo-naczynek 66, grzybic 464, różnych chorób skórnych 434, brodawek, raków skórnych, nabłoniaków powierzchownych i głębokich 446, ziarniniaków i mięsaków 46, postaci weneryczno-syfilitycznych i różnych innych chorób 254.

MALCOLM MORRIS twierdzi, że promienie X, radium, światło FINSENA, bądźto oddzielnie, bądź w połączeniu, są nadzwyczaj pożyteczne w przypadkach raków skórnych, mało posuniętych, grzybic, tocznia, małych gruczolków gruczliczych, wilka rumieniowatego, w pewnych rodzajach znamion, w bliznach i w bliznowcach. W powyższych cierpieniach można osiągnąć większe rezultaty, aniżeli zapomocą skalpela lub innego rodzaju leczenia chirurgicznego. Mniejsze wyniki dają powyższe metody w rakach skórnych posuniętych. Zmienne korzyści otrzymujemy w przypadkach figówki, wywołanych kokami, przy nadmiernem poceniu się i owłosieniu, w chronicznym wyprysku, świerzbiączce i lichenifikacji, nakoniec w brodawczakach, podczas gdy przynoszą tylko ulgę, niekiedy nawet dość znaczną w chorobie PAGET'a, rakach głębszych, mięsakach, grzybicy guzowatej i trądzie.

FORCHHAMMER uważa światło FINSENA za najlepszą metodę w leczeniu tocznia na twarzy i błonach śluzowych. W lekkich i średnich przypadkach tocznia twarzy leczenie światłem daje zwykle lepsze rezultaty, aniżeli jakiegokolwiek inne. W przypadkach cięższych, owrzodziały, albo silniej nacieczonych, należy łączyć leczenie światłem z innymi metodami, np. promieniami ROENTGEN'a, kwasem pyrogallusowym. W najcięższych nieulecalnych przypadkach tocznia leczenie światłem daje nam również znakomite usługi, gdyż ogranicza rozszerzenie się choroby i zazwyczaj zagaja owrzodzenia. Daje ono bardzo dobre rezultaty w toczniu, umiejscowionym na łącznicy, wargach, dziąsłach i przedniej części podniebienia twardego. W „Finsens medicinsk Lipinstitut“ w Kopenhadze od 1896 roku do 1906 leczono zapomocą promieni FINSENA 1,200 przypadków; z tych wyleczono 721, t. j. 60%, znajduje się dalej w leczeniu 217, t. j. 28%, leczenie przerwało 131, t. j. 11%, zmarło 131—11%. Przypadki wyleczone są bez nawrotów: powyżej 10-iu lat—33, od 5-iu do 10-iu lat—289, od 2-u do 5-iu lat—306, poniżej 2-u lat 93. Również używano z korzyścią światła FINSENA, jako środka pomocniczego, w następujących chorobach: wilku rumieniowatym, znamionach naczynek twarzy, łysinach plackowatych, gruczolakach i ograniczonej twardzieli skóry.

WICKHAM otrzymał bardzo dobre rezultaty w leczeniu chorób skórnych zapomocą radium. Przedstawił on cały szereg fotografii i obrazów przypadków leczonych zapomocą tej metody z wyśmienitym wynikiem. Najwięcej było przypadków: naczynek różnego rodzaju i nabłoniaków skórnych, bliznowców, brodawek, pewnych postaci tocznia,

świerzbiczkę, wyprysku, umiejscowionych wykwitów z grupy lichenu i t. d. Szczególniej nadaje się radium do leczenia guzów, umiejscowionych głęboko na błonach śluzowych, np. w pęcherzu, przełyku, macicy, kiszce odchodowej. WICKHAM stosuje radium bez filtrów, lub też z filtrami. Filtry bywają 3-ch rodzajów, zależnie od tego, jak głęboko chcemy podziać:

I. Słabe: dla leczenia cierpień więcej powierzchownych.

II. Średnie: ołów lub srebro grubości $\frac{1}{10}$ do $\frac{3}{10}$ mm., gdy chcemy podziać na tkanki więcej spoiste, jak np. owrzodzone nabłoniaki, guziczki wilka i t. d.

III. Grube: gdy pożądanem jest działanie w głębi tkanki.

Największe usługi oddaje radium, jako środek elektryczny, nieza-drażniająco tkanki, a więc działający kosmetycznie, szczególnie przy usuwaniu bliznowców i naczynek.

ROSENTHAL mówił o działaniu mięsienia na skórę zdrową i chorą. Działa ono keratoplastycznie, reguluje krążenie krwi i limfy, wywierając dodatni wpływ na zakończenia nerwowe skóry, wzmacnia przemianę materii, toteż jest nadzwyczaj wskazane przy przeżoście gruczołków łojowych, tkanki podskórnej tłuszczowej. Nawet w cierpieniach pasożytniczych służy jako doskonały środek pomocniczy. W niektórych chorobach skóry znakomitą przytem pomoc dają nam nasieczki, robione w rozmaitych kierunkach. ROSENTHAL kładzie nacisk na szkodliwość uprawiania mięsienia przez niepowołane ręce najrozmaitszych masażystów i masażystek ze względu na zdrowie chorych.

Następnie o leczeniu chorób skórnych fizykalnymi metodami przemawiali: SCHIFF, PINI, BREDA i inni.

O grzybicach główny odczyt wypowiedział DE BEURMANN. Jest on zdania, iż choroby wywoływane grzybkami, tak miejscowe, jak i ogólne, nie są bynajmniej rzadkie. Powinny one być znane lekarzom wszystkich specjalności, gdyż mogą się umiejscawiać w każdym narządzie, jak np. krtani, oku, jądrach, nerkach i t. d. i pod względem objawów mogą być przyjęte za gruźlicę, syfilis, nosaciznę i t. d. Dopiero najnowsze badania bakteryologiczne pozwoliły na dokładne rozpoznanie. Hoduje się te grzybki na żelatynie, z dodatkiem glikozy i peptonu. W tych razach, gdy rozpoznanie zapomocą hodowli jest niemożliwe, należy uciekać się do metody serodyagnostycznej, opisanej po raz pierwszy w 1908 r. przez WIDALA i ABRAMIEGO. DE BEURMANN wprowadził nową metodę rozpoznawczą, tak zwaną intradermoreakcję. Leczą się te cierpienia zapomocą przetworów jodu. Odczyt ten, jak również odczyty wielu następnych autorów z tegoż działu: RAVOGLI'ego, SPLENDORE'a, VIGNOLO-LUTATI'ego, GOUGEROT'a i t. d., był demonstrowany zapomocą odpowiednich hodowli, preparatów mikroskopowych i klinicznych obrazów cierpienia.

Z pozostałych odczytów największą uwagę zwrócił wypowiedziany przez MATZENAUER'a i POLLANDA o angioneurotycznych zapaleniach skóry. Z całej grupy cierpień angioneurotycznych, opisanych przez KREIBICH'a, wyodrębniają oni jedną chorobę, która dotyka tylko osoby rodzaju żeńskiego i rozpoczyna się przeważnie w okresie dojrzałości.

Na jakimkolwiek miejscu powstaje szybko jasno-czerwona plama i bąbel pokrzywkowy, rozszerzają się tam otwory mieszków włosowych, wypływa łatwo scinający się wysięk, odsłania naskórek. Ogniska te, łącząc się, tworzą dużą sączącą powierzchnię. Wyleczenie następuje przeważnie, nie pozostawiając blizny, często tylko lekkie zabarwienie. MATZENAUER stawia to cierpienie w zależności od pewnej toksemii ustroju — lipemii.

Przed posiedzeniami były demonstrowane ciekawe i rzadkie przypadki chorób skórnych, jak *Boubas brasiliana*, *pellagra*, *porokeratosis*, *Mibelli*, *purpura telangiectodes*, *Majocchi*. Prócz tego profesor CAMPANA, dyrektor kliniki rzymskiej, zdemonstrował wszystkie ciekawsze przypadki, znajdujące się na jego oddziale.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenia oto-laryngologów. 1) 14-go czerwca 1911 r.

KÖNIGSZTEIN przedstawia chorego z przymiotem złośliwym nosa i gardzieli, któremu zastrzyknięto 2 razy po 0,6 salwarsanu. Skutek był znakomity: rozległe owrzodzenia na tylnej ścianie gardzieli, na stopie, policzkach, na kości szczęki górnej zabiłzniły się w ciągu kilku tygodni; chory czuje się doskonale i pomimo, iż od czasu zagojenia się owrzodzeń upłynęło już 6 miesięcy, nawrotów nie ma, podczas gdy dawniej chory co kilka tygodni miewał nawroty w postaci owrzodzeń w różnych miejscach; w ciągu kilku lat kuracyi specyficzej przyjął 600 grm. szaruchy (oprócz KJ). Chory zasługuje na uwagę i z tego jeszcze względu, że wobec zupełnego braku podniebienia miękkiego i twardego można doskonale, jak na preparacie anatomicznym, obejrzeć nos, zatoki oboczne, ujście zatok klinowych i czołowych, wyloty trąbek EUSTACHIUSZA i t. p.

SOKOŁOWSKI i LUBLINER widzieli chorego w okresie owrzodzeń i rozpadu w gardzieli i zaznaczają niezwykle dodatni wpływ salwarsanu na głębokie sprawy przymiotowe w gardzieli krtani; przy salwarsanie zmienia się nawet konfiguracja blizn: są one małe, niske, gdy przy dawnem leczeniu rτείą były twarde, duże.

Z. DOBROWOLSKI zapytuje, czy była robiona w obecnym stanie chorego próba WASSERMANN'a i jak wypadła.

KÖNIGSZTEIN odpowiada, że próba WASSERMANN'a jest jeszcze dodatnia i dlatego chory wymaga jeszcze dalszej obserwacji.

CHORAŻYCKI przedstawia chorą, lat 18, z przymiotem dziedzicznym: nos był zapadnięty do tego stopnia, że przedstawiał się jako guzik. Ch. zastrzyknął na 3-ch posiedzeniach 15 grm. parafiny w 4-ch miejscach i obecnie kształt nosa znacznie się poprawił. Do zastrzyknięć była użyta parafina o topliwości nie niżej 56-u stopni, miękka, parafina bowiem wsysa się dosyć prędko.

MEYERSON przedstawia chorego, lat 46, z gub. mińskiej, dotkniętego twardzielą nosa i gardzieli. Na końcu nosa, symetrycznie z obu stron, są owrzodzenia; w gardzieli zaś blizny, nacieki i owrzodzenia. M. przypuszcza, że owrzodzenia powstały wskutek naświetlania chorego promieniami X, bez skutku jednak dodatniego na sprawę twardzielową.

SOKOŁOWSKI zaznacza, że przypadek ów nie jest jasny co do rozpoznania, gdyż w gardzieli są owrzodzenia zupełnie nietypowe dla spraw twardzielowych.

POLAŃSKI również twierdzi, że owrzodzenia i wogóle cały wygląd jest inny, niż bywa w twardzieli, i być może przeto, że owrzodzenia powstały wskutek naświetlania.

MEYERSON przedstawił preparaty 2-u polipów, usuniętych z nosa: jeden z nich był na niezwykle długiej szypule, wychodził więc prawdo-

podobnie z jamy HIGHMOR'a, w myśl dowodzeń lekarza japońskiego INOKUKA (*Arch. f. Laryng. Tom XXI*).

ŚWIĄTECKI przedstawia chorą z wyjątkowym obrazem krtani: nad strunami fałszywemi widoczna jest błonka, która zaczyna się nad głosią, u podstawy nagłośni i ku tyłowi rozdziela się na dwie części, tworząc jakby struny dodatkowe. Głos chorej jest przytłumiony od dawna. ŚWIĄTECKI uważa sprawę za wrodzoną. Następnie pokazuje jeszcze ciężarek okrągły ołowiany, który połknęła dziewczynka 4-letnia; 5-godnia ciężarek wyszedł *per vias naturales*.

Cz. JANKOWSKI przedstawia 2-u chorych: 1) mężczyznę 24-letniego po dokonanej laryngostomii z powodu zwężenia krtani i tchawicy po przebytem potyfusowem zapaleniu ochrzęstnej; 2) chorego po dokonaniem przed 5-u tygodniami całkowitem wycięciu krtani z powodu raka.

A. SOKOŁOWSKI wypowiedział kilka uwag o klimacie Sycylii odnośnie do chorób górnego odcinka dróg oddechowych.

2) Posiedzenie 28-go września 1911 r.

POLAŃSKI demonstruje preparaty mikroskopowe z twardzielą w oskrzelach, tchawicy i jamie nosowogardłowej, poczem odczytał pracę: „Przypadek zwężenia obu oskrzeli z powodu twardzieli wraz z badaniem pośmiertnem oraz kilka słów o twardzieli wogóle”.

Przypadek dotyczył 20-letniej włościanki z gub. lubelskiej, która zmarła w czasie ataku duszności w szpitalu Dz. Jezus, pomimo wykonania przed 2-a dniami przecięcia tchawicy. Na sekcji znaleziono nacieki twardzielowe, oprócz jamy nosowogardłowej i krtani, w tchawicy i oskrzelach I-go i II-go rzędu z obu stron, wejście zaś do oskrzela prawego było zatkałe czopem zaschłej wydzieliny, co było bezpośrednią przyczyną śmierci.

W dyskusyi zabierali głos: SOKOŁOWSKI, MEYERSON, ERBRICH i SZMURŁO.

3) Posiedzenie 26-go października 1911 r.

A. SOKOŁOWSKI przedstawia po raz drugi chorego, leczonego przed rokiem salwarsanem w ilości 2-u zastrzyknięć. Wówczas na tylnej ścianie gardzieli był gummat, w krtani zaś na obu stronach znaczne nacieki; stan ogólny był zły, znaczne wycieńczenie, niedomoga serca i t. p. Obecnie stan ogólny jest dobry; chory może pracować; na tylnej ścianie gardzieli widoczna jest blizna promienista; szpara głosowa normalnej szerokości; struny normalne.

SZMURŁO demonstruje rentgenogram ciała obcego (monety 2-u kopiejkowej) w przełyku chłopca 4-letniego, które usunięto przy pomocy haczyka KIRMISSONA; tymże haczykiem niedawno Sz. z łatwością wydobyl także monetę 5-kopiejkową u chłopca starszego. Mając to na względzie, Sz. radzi stosować haczyk K. przy wydobywaniu monet i wogóle ciał obcych okrągłych gładkich, dając mu pierwszeństwo przed ezofagoskopem.

W dyskusyi LUBLINER radzi postępować wprost przeciwnie: stosować ezofagoskop, unikać natomiast wszelkiego rodzaju haczyków i wogóle ostrych narzędzi, gdyż łatwo można zaczepić błonę śluzową i spowodować nawet *mediastinitis*.

Z. DOBROWOLSKI radzi stosować przy wydobywaniu monet koszy-

czek GRAEFE'go szczególnie u dzieci, przy innych ciałach obcych koniecznym bywa użycie ezofagoskopu.

MEYERSON i KOENIGSTEIN również zalecają koszyczek GRAEFE'go lub też przy wydobywaniu kości koszyczek FERGUSSONA.

ERBRICH radzi stosować w każdym przypadku ezofagoskop i prześwietlanie, aby nie działać na ślepo i uniknąć przezto przykrych niespodzianek.

A. SOKOŁOWSKI demonstruje preparat mikroskopowy prątków VINCENTI: 18-letni chłopiec przybył do szpitala na pół przytomny, C. 39^o; na prawym migdałku nalot mocno przylegający; przy badaniu znaleziono prątki VINCENTI; chory wyzdrowiał, nastąpiła tylko ograniczona zgorzel migdałka.

4) Posiedzenie 30-go listopada 1911 r.

LUBLINER przedstawia 4-ch chorych: 1) 8-letnią dziewczynkę z rozpoznaniem *osteomyelitis maxillae sup. idiopat.*, która zachorowała przy objawach gorączki i obrzęku lewego policzka; po 2-u tygodniach z lewej strony wypadł ząb i pokazała się ropa, poczem ciepłota spada; lewy wyrostek zębowy szczęki górnej przedstawia kość obnażoną, nekrotyczną, lekko ruszającą się. Jama HIGHMOR'a zdrowa. Stan ogólny dobry.

2) Chorą lat 18-u, która obecnie po raz drugi znajduje się w szpitalu; przed 2-a laty miała zmiany twardzielowe tylko w postaci nacieczenia na tylnej ścianie; w nosie zmian nie było, obecnie w prawej jamie nosowej widać charakterystyczny guz twardej w postaci nacieczenia twardzielowego strun fałszywych i prawdziwych. L. ma zamiar zastosować w danym przypadku salwarsan.

3) Mężczyznę lat 64, z rozpoznaniem *gangraena tonsillae sin.* Chory, od 3-ch miesięcy; w gardzieli kraterowate owrządzenie, zajmujące całą przestrzeń migdałka oraz łuk przedni, *Lues negat.* Gruczoły powiększone. WASSERMANN słabo dodatni. Zastrzyknięto 0,4 salwarsanu.

4) Mężczyznę lat 30. *Otitis media suppur. chr. dextra. Fistula labyrinthi.* Chory od lat 10-iu; z ucha prawego od czasu do czasu ropienie nieobfite. Przy badaniu w szpitalu znaleziono: silny ból przy odchyłaniu głowy ku tyłowi; błona bębenkowa wypięta i nacieczona; z przednio-górnej części ropa wydobywa się pod dużym ciśnieniem. Dno oka bez zmian. Ciepłota 39,9^o. Przy operacji doszczętniej usunięto kosteczki słuchowe, znaleziono przetokę w kanale półkolistym poziomym. Po 4-ch dniach ciepłota spada; rana goi się dobrze. Stan ogólny dobry.

ERBRICH przedstawił 3-ch chorych: 1) chorego lat 50, z nowotworem jam obocznych nosa; na załączonym rentgenogramie widoczne, że nowotwór zajmuje komórki sitowe, dochodzi do zatoki klinowej i może nawet do czołowej po stronie prawej;

2) chorą ze zmianami twardzielowymi około tylnych otworów nosa i pod strunami głosowemi. Chorej zastrzyknięto dożylnie przed 2-ma dniami 0,5 salwarsanu;

3) mężczyznę, lat 40, z porażeniem zupełnem prawostronnem krtani wskutek prawostronnego tętniaka części wstępującej aorty (przedstawiony rentgenogram).

PRZYGODA przedstawił chorą (w 7-m miesiącu ciąży), która może połykać pokarmy dopiero po przechyleniu się w tył; na załączonym rentgenogramie widać w śródpiersiu duży cień, jako znak rozwijającego się tam guza.

Tuz przedstawił 26-letniego mężczyznę ze ślinianką: pod językiem

z prawej strony w tylnej części wydziela się ropa, szczególnie przy nacisku na gruczoł podszczękowy; przy wprowadzaniu zgłębnika można wyczuć pewien opór i słaby dźwięk metaliczny.

OPPENHEIM pokazał preparat: polip na cienkiej szypułce usunięty z jamy nosowogardłowej i wychodzący z jamy HIGHMOR'a.

SZMURŁO demonstrował nowotwór, usunięty ze środkowego przewodu nosa u kobiety, lat 42—*papilloma cylindricum*; obecność w tem miejscu brodawczaka nie płaskokomórkowego, lecz składającego się z komórek cylindrycznych, można tłumaczyć, jako przejście w raka. W dyskusyi zabierali głos: MEYERSON, LUBLINER, SZMURŁO i POLAŃSKI.

W. Polański.

Posiedzenie kliniczne 5-go marca 1912 r.

1. WIŚNIEWSKI przedstawia 38-letnią chorą z wikwitami *lues tarda* *serpiginosa*; mowca zamierza zastrzyknąć salwarsan, gdyż rtęć dała wyniki tylko częściowo zadowalające.

2. RZĘTKOWSKI wygłosił rzecz p. t. „Zasady leczenia stwardnienia tętnic”. Mowca omawia kwestyę współdziałania serca i naczyń w sprawie dostarczania krwi narzodom, opisuje jak rozwija się niedomoga serca w miarę zmniejszania się kurczliwości tętnic wskutek ich stwardnienia; odróżnia dwa okresy, przechodzące stopniowo jeden w drugi, a mianowicie: 1) *stadium evolutionis insufficientiae cardiovascularis*, polegające najczęściej na rozlanem cierpieniu ścian drobnych, przedewszystkiem tętnic (rozpad włókiem DÜRCK'a, rozrost błony środkowej i wewnętrznej); mamy tu więc do czynienia najczęściej ze wzmózonem ciśnieniem tętniczym; 2) *stadium affectionis organorum*, kiedy przeważa aterosomatoza tętnicza, jako następstwo wzmózonego ciśnienia lub działań toksycznych; tu na plan pierwszy występuje schorzenie narządów. W leczeniu I-go okresu R. uzasadnia stosowanie diety roślinnomlecznej, ze wszystkich przetworów jodowych oddaje pierwszeństwo jodkowi sodu, zmniejszającemu nieraz ciśnienie zwłaszcza w okresie lekkiego jodyzmu, który nie jest przeciwwskazaniem do podawania tego leku; uważa działanie nitrytów za niepewne, jest przeciwnikiem stosowania środków sercowych u osób otyłych z objawami niedomogi serca, chwali diuretykę, rozszerzającą tętnice układu wieńcowego, oraz środki czyszczące solne. Omawiając pomysłny wpływ kąpieli kwasowęglowych w ogóle, odmawia Nauheim'owi wszelkiej specyficzności działania, ostrzega też przed nadużywaniem leczenia terenowego.

W dyskusyi PAWIŃSKI chce uzależnić terapię od wskazań patogenetycznych, omawia więc: 1) kwestyę samozatrucia (ptomainami pokarmowymi i produktami nieprawidłowego metabolizmu komórek), skąd doniosłość diety odpowiedniej i utrzymywania w sprawności narządów niweczających i wydalających jady ustrojowe (wątroby i nerek); 2) kwestyę wydzielin gruczołów o sekrecyi wewnętrznej—tu nie mamy jeszcze dość ścisłych wskazań leczniczych; 3) zmniejszona sprawność (*meiopraxia*) narządów wskutek niedostatecznego dopływu krwi przez zmienione naczynia — stąd konieczność ich oszczędzania; 4) szkodliwe działanie na naczynia rozmaitych czynników (np. wysokości, tytoniu i t. d.), co ważne jest dla profilaktyki.

HEWELKE zaznacza też doniosłość zaburzeń natury toksycznej w pierwszym okresie sklerozy, wspomina o wczesnych, czasem nawet pierwotnych zmianach w nerce, kwestyonuje działanie jodu, podnosi na-

tomiast wpływ dodatni nitrytów, ostrzega przed kuracją terenową, widuje sklerozę częściej u osób chudych niż otyłych.

Sokołowski z pomiędzy momentów etyologicznych, wyróżnia trudności warunków życia współczesnego, zaznaczając, iż gdzie się one zmieniły na lepsze, tam objawy cierpienia są łagodniejsze; higiena życia stanowi najdonioślejszy czynnik leczniczy we wczesnych okresach sklerozy, stąd powodzenie zakładów przyrodoleczniczych.

ZIELIŃSKI E. przypomina o istnieniu arteryosklerotyków z hipotensją; ponad jodkami, których wpływ jest wątpliwy, stawia inne środki (TRUNEČEK, d'ARSONVALLE); mówi o sklerozie pewnych tylko terytoriów (np. o sklerozie naczyń nożnych, wywołującej chromanie przestankowe); w etyologii cierpienia każe pamiętać o wszelkich sprawach zapalnych (np. szkarlatyna, dyfteryt) i zatruciach chronicznych (np. ołów, rtęć), wskutek czego widywać można sklerozę nawet u dzieci kilkoletnich; dowodzi iż ateromatoza jest tylko dalszym ciągiem arteryosklerozy, że obie sprawy mogą współistnieć, że klinika nie jest w możności ich rozróżnić.

TRZCIŃSKI twierdzi, iż podawany na pusty żołądek (na czczo i na noc) jodek, nie wywołuje jodyzmu.

KNAPPE podkreśla doniosłość ścisłego badania serca w rozpoznawaniu wczesnego i późniejszego okresu stwardnienia tętnic; wymiar stłumienia absolutnego dla serca, przekraczający 7 ctm. (normę), mowca uważa za patologiczny i patognomiczny dla pierwszego okresu, t. zw. presklerozy; w drugim okresie mamy objawy *myocarditidis*, a mianowicie nierówność tętna na pierwszym miejscu, groźną zawsze dla chorego, dającą się nieraz usunąć zapomocą naparstnicy; w końcu mowca zastanawia się nad szkodliwością wysokoku.

LANDAU A. sądzi że wypukowo nie można stwierdzić przerostu serca, bo w pierwszym okresie jest on koncentryczny, kładzie natomiast nacisk na charakter uderzenia wierzchołkowego oraz podmuchy i szmery u podstawy serca; omawia zależność arteryosklerozy od funkcji płciowych, zwłaszcza u kobiet w okresie klimakterycznym i skuteczność przetworów jajnikowych w tych przypadkach; w leczeniu mowca przypisuje największe znaczenie środkom czyszczącym i dycie mlecznej, nie wierzy w specyficzność działania jodu, w ogóle radzi unikać wszelkiego szablonu; wspomina o przypadkach z ciśnieniem obniżonem przy stwardnieniu tętnic wieńcowych, co spostrzegał u diabetyków.

RZĘTKOWSKI w odpowiedzi dodaje, że teoria toksyczna nie opiera się na faktach niezawodnych, że szmer u podstawy serca jako dowód rozszerzenia łuku aorty dowodzi istnienia już okresu drugiego, że charakterystycznymi dla pierwszego okresu są objawy tego rodzaju, jak np. duszność wysiłkowa, częstoskurcz, że trzymanie się ściśle poglądów anatomopatologicznych o nieusuwalności zmian chorobnych, paraliżuje postępowanie lekarza.

A. Lande.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 18-go listopada 1911 r.

1. LIPSTADT. Przypadek *poliomyelitidis*, symulujący dystrofię mięśniową.

Chory, lat 11. *Kyphoscoliosis* w szyjnej i *lordosis* w lędźwiowej części kręgosłupa, opadająca głowa, wystające łopatki, wyraźne zaniki mięśni pasa barkowego,—wszystko przypomina dystrofię. Mimo to za zapaleniem rogów przednich przemawiają: zaniki mięśni kłębu i *hypothenaris* na obu rękach z wyraźną reakcją zwyrodnienia; początek choroby ostry

przed 4-ma miesiącami. Przypadek byłby trudny do rozpoznania, gdyby nie było wywiadów.

2. JAROSZYŃSKI. Przypadek natręctwa myślowego, c z y o m a m ó w w r z e k o m y c h.

Chory, lat 38, w dzieciństwie miał konwulsje padaczkowe (?) i obecnie cierpi na krótkie zamroczenia (*petit mal?*). Główna jednak skarga od 10-u lat: słyszy „halucynacje“, które wypowiadają jego własne myśli, przeważnie sprosne, bluźniercze; zwykle rymowane. Np. podczas modlitwy słyszy: „brzytwa—przeciąć“. „Pana Boga—wierzę w dogę“. „Płakać—przez Boga na koniu skakać“. „Matka Boska—czy jałoszka“. Prócz tego ma „przytyki“ i „prześmiewania“ z lekarzy, których „bardzo szanuje“. Halucynacje te, które są silnie zrealizowanymi zmysłowo ideami natrętnymi, prócz rymowania mają charakter kojarzenia zewnętrznego (Rzym—o pacierzu. Eifel wieża—o papieżu Pius Święty—wół zdechnięty i t. d.). Sprawa ta, analogiczna do koprolalii (wymienianie sprośnych wyrazów), jest wyrazem ciężkiej psychastenii. Halucynacje świadome u chorego zbliżają się do pseudohalucynacji KANOLIŃSKIEGO i „*pseudohallucinations obsedantes symboliques*“ JANET'a.

GAJKIEWICZ widywał chorego dawniej, ataki nerwowe wówczas leczył pomyślnie suggestyą.

WIZEL krytykuje termin „natręctwo“, proponuje wyraz „opętanie“.

WISŁOCKI zna chorego od lat 10-iu; dawniej chory jeszcze nie nazywał tych natręctw halucynacjami, uznając je za swoje myśli.

BORNSTEIN uważa, że chory cierpi istotnie na pseudohalucynacje.

ŁAPIŃSKI uważa chorego za umysłowego (może *dem. praecox*).

HIGIER zbliża przypadek do „*Gedankenlautwerden*“ KÖPPEN'a.

STERLING nie zgadza się z tem, uważając, że „*Gedankenlautwerden*“ jest patognomicznem dla otępienia wczesnego.

JAROSZYŃSKI odpowiada głównie ŁAPIŃSKIEMU, motywując natrętny charakter myśli, usymbolizowanych w omamach, które są realizacją wyobrażeniową tych myśli.

3. HIGIER. a) Przypadek zapalenia pozagałkowego nerwu ocznego u starców.

Demonstruje kilku starców między 65-u a 70-u latami, ze złośliwą postacią pozagałkowego zapalenia nerwów wzrokowych. Początek jest nagły, rozwój szybki, choroba zaczęła się od bólu w głębi oczodołów oraz osłabienia wzroku, które po 12-u godzinach przeszło w zupełną ślepotę. Okres skotomatu środkowego był bardzo krótkotrwały, rozszerzenie źrenic maksymalne, brak odczynu na światło już w 1-ym dniu.

ENDELMAN podnosi rzadkość tego cierpienia u starców. Nie jest wykluczoną obecność tętniaków na podstawie czaszki.

FLATAU spotykał podobne przypadki (bez bolesności w oczodołach) na tle stwardnienia tętnic.

STERLING również uważa za możliwy związek z arteriosklerozą (ucisk na nerwy wzrokowe naczyń zgrubiałych).

HIGIER przemawia przeciwko „*amaurosis apoplectiformis*“ (brak utraty przytomności, bolesność oczodołów, obraz wziernikowy).

b) Przypadek t. z w. *dystoniae musculorum progressivae deformantis*.

Chora lat 22, dawniej zdrowa. Przed 3-ma laty ruchy mimowolne w mięśniach karku, potem i w kończynach. Badanie przedmiotowe: Mięśnie szyi i karku stale wykonywają ruchy mimowolne o charakterze toniczno-klonicznym, głównie po stronie prawej, wskutek czego powstaje przechylenie się głowy to w tył, to na lewo i t. d. Są też ruchy w mięśniach kręgosłupa i brzucha. Mowca wyłącza histeryę, chorobę tików,

torticollis i rozpoznaje sprawę, zbliżoną do *tonische Torsionsneurose ZIEHEN*'a oraz *dysbasia lordotica OPPENHEIM*'a, aczkolwiek nie zgadza się na te nazwy.

KOPCZYŃSKI widzi w tym przypadku objawy *torticollis*, spotęgowane do maximum i przeniesionego na mięśnie tułowia i kończyn.

FLATAU uważa przypadek za *torticollis spasmodicus*, wykluczając *at those double*.

4. STERLING. Przypadek ostrego zespołu opuszkowego w przebiegu białaczki limfatycznej.

Chory, lat 60, od kilku miesięcy cierpi na objawy białaczki, od 4-tygodni poczuł utrudnienie w mówieniu oraz w połykaniu i zucił utrudnienia ruchów językiem. Badanie przedmiotowe: Lewa fałda nosowowargowa wygładzona, twarz przekrzywiona w prawą stronę, mimika twarzy ograniczona, ruchy języka ograniczone (bez zaników), zniesienie odruchu gardzielowego. Mowa dyzartryczna, nosowa. Zmiany pobudliwości elektrycznej w niektórych mięśniach o specjalnym charakterze (zwolnienie skurczu, oraz rozkurczu, wydłużenie fali mięśniowej). Przebieg cierpienia idzie szybko w kierunku poprawy. Mowca wiąże zmiany opuszkowe z białaczką, przypuszczając zajęcie nerwów obwodowych (*polineuritis cerebrealis*).

PECHKRANC przypomina o analogicznym przypadku białaczki z *neuritis optica* pochodzenia toksycznego.

IIIGIER rozpoznałby raczej porażenie opuszkowe zakrzepowe wskutek upośledzenia naczyń przez białaczkę i miażdżycę.

Tad. Jaroszyński.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 28-go grudnia 1911.

1. MESSING. a) Przypadek *acrocyranoseos chronicae*.

Chora, lat 30, od 6-tych lat zauważyła obrzęk palców u ręki lewej, wraz z blednięciem i sinicą. Od 2-tych lat wrzodziki na końcach palców. Przedmiotowo: palce obu rąk obrzękłe, obwodowe ich części sinoczarne, zimne, niektóre czerwone. Na zimnie i w gorącu ból w palcach. Czućcie bolowe i ciepłikowe upośledzone na palcach w znacznym stopniu. Cierpienie to zalicza mowca do nerwic naczynioruchowych, różniczkując od choroby REYNAUD'a. Możliwym jest również późniejsze wystąpienie jamistości rdzenia.

b) Przypadek *dystrophiae musculorum progressiva*.

Chory, lat 20, od 2-tych lat bole w łydkach, przerost i zanik mięśni łydek i bioder. Toż samo cierpienie istnieje u brata i siostry. Badanie przedmiotowe: Zanik mięśni bioder, przerost wrzekomy mięśni łydek, brak odruchów kolanowych, zmniejszenie pobudliwości elektrycznej mięśni dolnych kończyn, bolesność przy ucisku mięśni łydek. Mowca rozpoznaje *dystrophia musculorum*, formę dziedziczną. Brak odruchów kolanowych wskazuje na udział rdzenia.

2. KOELICHEN i SKŁODOWSKI. Pokaz ponowny porażenia opuszkowego wrzekomego.

Chory 9-letni, podczas 1-ej demonstracyi miał objawy rzekomopuszkowe, polegające na niemożności łykania, mowie bezdzwięcznej, nieruchomości języka, zniesieniu ruchów dowolnych twarzy, przy zachowaniu ruchów mimicznych. Prawa kończyna górna zupełnie porażona i przykurczona w łokciu. Po demonstracyi zaczęło rozwijać się porażenie prawej kończyny dolnej. BABIŃSKI obustronny. Podczas nieobecności w szpitalu w gardzieli otworzył się wrzód i wyciekło dużo ropy.

Potem stan zaczął się poprawiać. Obecnie mowa prawie dobra, ruchy twarzą możliwe, łykanie również, prawe kończyny jeszcze w stanie niedowładu. Przez cały czas ciepłota 37.5°—38.2°. Prawdopodobnie mamy do czynienia ze sprawą zapalną mózgowia na tle zakaźnym.

HIGIER podnosi fakt remisyjny cierpienia i uważa to za możliwe w *encephalitis subacuta*.

FLATAU przypomina o własnym przypadku *encephalitis pontis* w następstwie ropnia gruczołów podszczękowych.

LANDAU zastanawia się nad przebiegiem ciepłoty, wskazującej, że sprawa na razie była umiejscowiona w mózgowiu, potem stała się ogólną (*septicaemia*).

3. BREGMAN i KRUKOWSKI. a) P r z y p a d e k n o w o t w o r u m ó z g u (pokaz preparatu).

Chory, lat 30, od 5-iu lat zawroty głowy, od roku napady bólu głowy z wymiotami. Badanie przedmiotowe: Obustronna tarcza zastoinowa, w obu kończynach górnych bezwład, oczopląs—przy patrzeniu w prawo. Rozpoznano guz w okolicy mózdzku, ze względu jednak na dodatni wynik reakcyi WASSERMANN'a, poddano chorego kuracyi specyficzej. Po krótkotrwałym okresie poprawy nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała mięsak w bocznej części prawej połowy mózdzku.

b) P r z y p a d e k p r z y m i o t u r d z e n i a (pokaz preparatu).

Chory, lat 55, od 5-iu lat ból w krzyżu i w obu kończynach dolnych, zaburzenia urynowania. Od 3-ch lat niemoc płciowa. Badanie przedmiotowe: Niedowład kończyn dolnych o charakterze wiotkim z bezładem i zaburzeniami. Czucie na wszystkie rodzaje na stopie i podudziu oraz na pośladkach. Odleżyny i zejście. Oględziny pośmiertne: rdzeń w części lędźwiowej i grzbietowej z przodu i z tyłu pokryty gęstą warstwą żył wypełnionych krwią, część lędźwiowa i stożek obrzmiałe. Drobnokomowego o charakterze gummatów, *leptomaningitis fibrosa*. Zaslugują na uwagę zmiany w żyłach oponowych. Analiza WASSERMANN'a była ujemna.

LANDAU uważa, że należy ostrożnie przyjmować wynik reakcyi WASSERMANN'a, zwłaszcza ujemny.

GOLDFLAM przypomina o własnym przypadku *osteosarcomatosis* z wynikiem WASSERMANN'a dodatnim. Na podobny przypadek powołał się PECHKRANC.

KOPCZYŃSKI podkreśla istnienie zaburzeń odżywczych w 2-im przypadku, spotykanych zwłaszcza przy umiejscowieniu cierpienia w najniższych odcinkach rdzenia.

HIGIER przypomina o rzadkiej postaci *periarteritis nodosa diffusa*, uważając za wyjątkowo rzadkie zachowanie naczyń w demonstrowanym przypadku.

4. HIGIER. *Psammoma hypophyseos et cystis interpeduncularis*, n a ś l a d u j ą c e p r z e d o p e r a c y ą n o w o t w ó r m ó z d z k u.

Chora, lat 13, od pół roku ból głowy, niepewność chodzenia, zaburzenia wzroku, przed 2-ma miesiącami drgawki ogólne. Badanie: Zataczanie się przy chodzeniu w stronę lewą. Porażenie n. *recti interni*. *Neuritis optica bilateralis*. Osłabienie prawego *facialis* wszystkich gałęzi oraz osłabienie czucia w prawej połowie twarzy. Bezład w lewej kończynie górnej. Odruch BABIŃSKIEGO niepewny. Próba PIRQUET'a dodatnia. Za życia można było rozpoznać guz w kącie mózdkowo-mostowym po stronie prawej (*tuberculum solitaire*). Na operacyi guza w tej okolicy nie znaleziono. Na sekcji piaszczak w okolicy przysadki mózgu i torbiel między odnogami mózgowymi.

BREGMAN. Nowotwory przewodu przysadkowego często tworzą torbiele, których nie podobna uważać za rozszerzoną „cysternę“ pajęczynową, jak utrzymuje mowca.

5. KOPCZYŃSKI St. Przypadek glejaka spoidła wielkiego (pokaz preparatu).

Chory, lat 29, od 2-u miesięcy zaczął dziecinnieć, mało mówił, skarżył się na bole głowy i coraz gorzej chodził. Badanie przedmiotowe: apatya, dezoryentacya, chwilami chęć dowcipkowania. Niedowład lewostronny z wzmoczeniem odruchów ścięgowych. Nie może wykonać ruchów złożonych (rodzaj apatyi). Brak zastoiny na dnie oka. Siedzieć, stać zupełnie nie może, pomimo braku porażen. Mowca wyłączył bezwład postępujący (brak dyzartryi i objawów źrenicowych) i rozpoznał nowotwór z prawdopodobnym umiejscowieniem w okolicy spoidła wielkiego (zaburzenia w koordynacyi, objawy apraksyi). Sekcyja potwierdziła rozpoznanie: w $\frac{3}{4}$ przednich częściach spoidła znaleziono glejak.

STERLING podnosi fakt, że zwykle apraksya w uszkodzeniach *corporis callosi* bywa jednostronną.

HIGIER i BORNSTEIN poruszają sprawę stosunku apraksyi do cierpień spoidła wielkiego.

KOPCZYŃSKI odpowiada, że badanie apraksyi było utrudnione z powodu zaburzeń psychicznych.

6. ŁAPIŃSKI. Pokaz preparatu mózgu *paralysis progressivae juvenilis*.

Mowca przypomina szczegóły z demonstracyi poprzedniej (2-a lata temu). W ciągu ostatniego roku chory coraz mniej się oryentował w otoczeniu, trudniej się porozumiewał, występowały idee prześladowcze. Badanie sekcyjne stwierdziło mały mózg i znaczne rozszerzenie komór, przewlekłe zapalenie opon. Mowca podnosi, że niema zasadniczej różnicy ani klinicznej, ani anatomopatologicznej pomiędzy przymiotem mózgu rozlanem a bezwładem postępującym

ROSTADT porusza szczegóły badania drobnowidowego mózgu chorego na porażenie postępujące: nacieczenie drobnokomórkowe, rozszerzenie przestrzeni okołonaczyniowych, puste pola po zanikłych komórkach, komórki w stanie rozpadu, objawy rozrostu komórek gleii, objawy żerności ich (neurofagii) i znaczny rozwój t. zw. *Stübchenzellen*.

7. STERLING. Pokaz preparatu z tętniaka tętnicy, ramieniowej, uciskającego nerw pośrodkowy i łokciowy.

Badanie sekcyjne potwierdziło rozpoznanie — był to istotnie tętniak, uciskający na nerwy pośrodkowy i łokciowy, które uległy uciskowi. Nie był wolny od ucisku i nerw promieniowy, który klinicznie nie dał żadnych objawów.

Tad. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 24-go kwietnia b. r. odbyło się ogólne zebranie członków kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy. W ciągu roku 1911 kasa liczyła 143 członków, którzy wpłacają składki miesięczne na kapitał oszczędnościowy.

Kapitał ten w r. ub. wzrósł do rb. 48,104. Wkładów dobrowolnych złożono 11,346 rb. kop. 02. Pożyczek udzielono w r. ub. 21,830; spłacono 9,855 rb. pozostało 11,975. Od wkładów dobrowolnych kasa płaci 3%, od pożyczek pobiera $7\frac{1}{2}$ %. Nadto kasa udzieliła pożyczek pod zastaw papierów procentowych rb. 6,950.

Bilans zamknięcia wykazuje rb. 69,609 kop. 30, czysty zysk wyniósł 1,612 rb. kop. 14. Z zysku tego rozdzielono jako dywidendę w stosunku 3%, rb. 1,318 kop. 77, resztę zaś, t. j. 293 rb. 37 kop. przelano na kapitał zasobowy. Do Zarządu na r. 1912 wybrani zostali: L. GURANOWSKI, O. HEWELKE, H. KUCHARZEWSKI, K. WISŁOCKI i JÓZEF ZAWADZKI jako członkowie, oraz ZALESKI KAROL i KURELLA jako zastępcy. Do Komisji rewizyjnej BORZĘCI, BIEHLER WACŁAW i NISENSEN.

— Rada Towarzystwa Hygienicznego uchwaliła rozpocząć już w roku bieżącym budowę własnego domu Towarzystwa według szkicu, wykonanego przez budowniczego HEURICHA. Towarzystwo posiada dotychczas na cel powyższy około 20-u tysięcy rubli.

— Zapoczątkowane przez nasze Towarzystwo Hygieniczne Zjazdy Hygienistów, odbywające się kolejno w różnych miastach prowincjonalnych, przyczyniają się niemało do uświadomienia ogółu lekarzy i publiczności o potrzebach sanitarnych naszych miast i osad. Zjazdy te cieszą się wielką popularnością i uznaniem. W końcu maja odbędzie się taki Zjazd we Włocławku według podanego poniżej programu. Wobec spodziewanej reformy zarządu miast i osad, program Zjazdu bardzo jest trafnie ułożony i powinien zainteresować jaknajszerszy ogół lekarzy.

Program Zjazdu Hygienistów we Włocławku d. 25-go, 26-go i 27-go maja 1912 r.

24-go maja — piątek. 1. Przyjazd uczestników Zjazdu do Włocławka o g. 8 m. 20 wieczorem, pociągiem pośpiesznym Nr. 7, wychodzącym z Warszawy o g. 4. m. 20. Spotkanie na stacji uczestników Zjazdu przez członków Komitetu Gospodarczego i rozlokowanie ich w mieszkaniach prywatnych i hotelach. 2. O godz. 10 w. zapoznanie się członków w sali Tow. Wioślarskiego. 25 maja — sobota. 1. Od g. 7 do 9 z rana zwiedzanie miasta według specjalnego programu, — punkt zborny w cukierni KUCZYŃSKIEGO ul. Nowa (Szeroka). 2. O g. 10 r. otwarcie Zjazdu w sali Magistratu lub Wioślarskiej przez Prezesa Oddziału — wybór prezesa rzeczywistego, wice-prezesów i sekretarzy. Od g. 10 m. 30 do 2 po poł. referaty. Od 2 do 4 przerwa obiadowa. 3. Od 4 do 7 referaty. 4. Od 7 do 8 zwiedzanie miasta (zabawy dzieci uczęszcz. do ogródka dla zabaw). 5. O g. 9 m. 30 raut z kolacją w sali hotelu pod Trzema Koronami. 26 maja — niedziela. 1. Od 7 do 9 r. zwiedzanie fabryki celulozy, punkt zborny cukiernia KUCZYŃSKIEGO. 2. Od 9 do 1 p. p. referaty. 3. O 3 wspólna wycieczka w okolicę. 4. Wieczorem po powrocie z wycieczki wspólna składkowa kolacja. 27 maja — poniedziałek. 1. Od 7 do 9 zwiedzanie szpitala, fabryki narzędzi fizycznych p. NEUMANA. 2. Od 9 do 12 referaty. O 12 z a m k n i ę c i e Z j a z d u. — R e f e r a t y. A. Zaopatrywanie miast w wodę. 1. Prof. JAN LEWIŃSKI — Wody podziemne Królestwa Polskiego. 2. Inż. IGNACY RADZISZEWSKI — Otrzymanie, przygotowywanie, przechowywanie i rozprowadzenie wody w miastach. 3. Dr. TEOFIL GRYŁEWICZ — Normalny skład wody do picia i jej zanieczyszczenia. B. Asenizacja. 1. Inż. R. GOMOLIŃSKI — Sposoby usuwania odpadków życia codziennego ze środowisk ludzkich. Wybór systemu asenizacji. Kanalizacja śpławna. Usuwanie i oczyszczanie ścieków kanalizacyjnych. Dr. JÓZEF POLAK — Usuwanie odpadków stałych z domów i ulic. C. Budowa miast. 1. Bud. TADEUSZ TOZIŃSKI — Budowa miast. Krótki zarys historyczny. Nowoczesne przykłady budowy miast. Współczesne dążenia. Zasady racjonalnej budowy miast. 2. LUDOMIR GRENDSZYŃSKI — Zasady gospodarki zarządów miejskich w dziedzinie zabudowania miast. 3. Dr. MIECZYSLAW THEMERSON — Inspekcja sanitarno-mieszkaniowa. — Dr. MAKSYMILIAN CERTOWICZ — Stan sanitarny i potrzeby Włocławka. Wykłady i dyskusje odbywać się będą w sali Kujawskiego Oddziału Tow. Krajoznawczego (ul. Kaliska Nr. 1). Wykłady ilustrowane będą przezrociami.

— Prof. EHRLICH otrzymał nowy przetwórnik salwarsanu, który, wolny od szkodliwego działania ubocznego, ma być jeszcze skuteczniejszy. Jest to żółty proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie, oddziaływały zasadowo, a więc nie wymagający neutralizacji zapomocą ługu. Przetwórnik ma nazwę Neosalwarsanu (914). Wiadomość tę czerpiemy z Med. Klinik Nr. 17.

NEKROLOGIA.

W dniu 28. z. m. zmarł niespodzianie kolega **RUDOLF WIESEL**. Zmarły urodził się w Łodzi w r. 1887, medycynę, studyował w Monachium i w Heidelbergu, gdzie został promowany na doktora w r. 1911. W ciągu swojej kariery studenckiej ogłosił 4 prace naukowe: 1) Zur Kenntniss des 2-ten Aortentones. (D. Archiv f. kl. Medicin 1911, t. 102). 2) Klinische Untersuchungen über das Verhalten des 1-ten Aortentones. Diss. Heidelberg 1911. 3) Ueber die Wirkung von Blutserum auf die Oxydationsprocesse (Zeit. für Immun. Forschung 1912, t. 12 str. 194). 4) Ueber die Wirkung von Substanzen homologer Reihe auf die Sehensvorgänge (Pfl. Archiv 1912, t. 144 s. 465—488). Powróciwszy do kraju, zabrał się pilnie do pracy zarówno szpitalnej w oddziale niżej podpisanego, jak i do pracy naukowej, chcąc część swoich prac, za granicą rozpoczętych, uzupełnić w celu ogłoszenia po polsku, a inne podjąć na nowo. Niestety, śmierć przecięła te piękne zamiary. Cześć Jego pamięci! *Wł. Janowski.*

HENRYK ŻUKOWSKI, zarządzający szpitalem ziemskim w Starokonstantynowie nu Wołyniu, zmarł, przeżywszy lat 53, po zarażeniu się w szpitalu tyfusem wysypkowym.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) Dr. J. LEVA. Zur Technik der kochsalzarmen Ernährung. Odb. z Medizin. Klin. 1911.

2) Dr TADEUSZ PRASCHIL. Porównawcze zestawienie wskazań dla Krynicy i Truskawca w kierunku leczenia kąpielowego chorób układu naczyniowego. Odb. z „Naszycch Zdrojów“ 1912.]

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.
Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Oplata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę
W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, 1/2 str. rub. 11
1/4 str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, 1/2 str. rub. 8, 1/4 str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Sw. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbés.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.