



# WIZYTA L EKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJE-  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólneog. zbioru № 2681.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

## Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i fran-  
cuzki oraz **przepisywanie na ma-  
szynie** przyjmuje b. studentka wydz. lek.

F. STODOLSKA.

**Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.**

## O T W O C K

### Sanatorium dla chorych piersiowych

dra Krzyżanowskiego, pod kierunkiem lekar-  
skim dra Cybulskiego, poleca pokoje po ce-  
nach umiarkowanych.

Informacyi w Warszawie udziela dr Turkie-  
wicz — Nowogrodzka 44; na miejscu — Za-  
rząd Sanatorium.

# PRZECIWIW Hemoroidom

Cena obniżona: Mk. 3.60 za pudełko 12 świeczek.

**Anusol**  
Goedecke

ANUSOL szybko usuwa często dręczące bóle, dezyn-  
fekuje, osusza i leczy zapalne, przekrwione i ropiejące  
powierzchnie. Zmiękczyjąc zastój kału w odbytnicy,  
sprowadza lekkie i niebolesne wypróżnienie. Anusol  
nie zawiera żadnych narkotyków, nie zatrzuwa i nie  
wywołuje jakichkolwiek szkodliwych następstw. Skut-  
kiem tego może być stosowanym w każdym wieku  
i każdej chwili. Wprowadza się rano i wieczorem świe-  
czkę możliwie głęboko do odbytnicy.

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych, należy żądać tylko

„Anusol Goedecke'go”

w czerwonych pudełkach z plombą Goedecke i S-ka w Lipsku.

Dostawcy: Ed. KOCH i W. BORMANN w Warszawie, Nowogrodzka 4.

# Jodol

Znakomicie zastępujący jodoform,  
bezwonny i nie trujący.

Wybitny środek przeciwnilny i usuwający woń w dermatologii, chirurgii, ginekologii,  
chorobach oczu i uszu.

Zastępuje jodek potasu w leczeniu syfilisu.

Niezbędny do leczenia dyskretnego chorób wenerycznych i przymiotu.

**Menthol-Jodol** (jodek krystaliczny z dodat. 1% mentolu)  
specjalnie w chorobach nosa, krtani i w dentystyce.

Dokładną literaturę dostarcza **K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE.** Biebrich nad Renem.

## SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku  
do przygotowania kąpeli balsamicznych  
poleca własnego wyrobu

**Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“**  
Marszałkowska 23.

## SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).  
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie  
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu  
**Warszawskie Tow. Akcyjne**  
„MOTOR“.

## APTEKA K. WENDY

### KARBOFORMAL

(Cegietki żarowe).

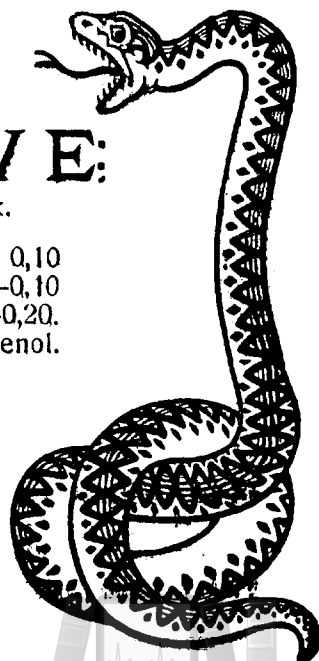
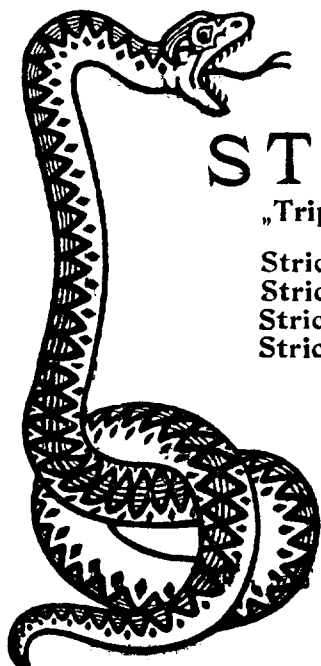
Tani, wygodny, bezpieczny i pewny środek do dezynfekcji mieszkań i rzeczy. Nie  
wymaga żadnych lamp i przyrządów, nie niszczy rzeczy i mebli.

**Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.**

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie



## INIEKCYE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

POLECA

APTEKA

**E. GESSNERA**

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



# WIZYTA LECZARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ-  
TNOŚCI LECZARSKICH

Diećdziesiąt  
lecie drugie

Ogólnego zbioru № 2681.

Warszawa, d. 21 kwietnia 1917 r.

ZE SZPITALA PANNY MARYI W CZĘSTOCHOWIE.

## Leczenie gruźlicy „chirurgicznej“ kąpielami słonecznopowietrznymi w klimacie naszym

podał

Wł. Wrześniowski.

Gruźlica „chirurgiczna“ w czasach zwykłych była stale kopcuszką szpitali naszych. Ordynator oddziału unikał przyjmowania chorych tego rodzaju. W rzeczywistości nie można dziwić się, a tembardziej oburzać się tą pozorną niechęcią lekarzy, wzięwszy pod uwagę niesłychanie małą liczbę szpitali i łóżek szpitalnych w stosunku do zaludnienia kraju naszego. Zapotrzebowania na miejsca w przypadkach nagłych, nie cierpiących zwłoki, przewyższało zwykle liczbę miejsc wolnych, naturalnem więc następstwem takiego stanu rzeczy było przyjmowanie chorych na gruźlicę, zajmujących miejsca w najpomyślniejszych warunkach przez parę miesięcy, a często i lata całe. Gruźlicy „chirurgicznej“ nie było zbyt wiele, przebieg jej naogół nie był zbyt złośliwy, a względnie pomyślny stan ekonomiczny pacjentów pozwalał im na dobre odżywianie się, wyjazdy na wieś i t. p. co często czyniło zbytecznym przyjmowanie ich do szpitali. Wybuch wojny zmienił do gruntu warunki w kraju naszym. Całe rzesze pracowników fabryk, rzemieślników, wyrobników, drobnych kupców i t. p. straciło zarobki w zupełności lub w znacznej mierze; w ślad zatem poszło gorsze odżywianie i choroby. Po kilku miesiącach tego nowego stanu rzeczy zaczęła zjawiać się duża liczba dzieci,

młodzieży i mniej nieco dorosłych z gruźlicą skóry, gruczołów, otrzewnej, stawów i kości. Leczenie ambulatoryjne było niemożliwe z powodu braku środków na skromne nawet odżywianie. Zjawiła się konieczność przyjmowania tych chorych do szpitala i rozpoczęcia leczenia od normalnego odżywiania. Gruźlica „chirurgiczna“ zajęła wkrótce dominujące miejsce w szpitalu, bo około 60% wszystkich chorych. Dla tak poważnej liczby stało się niezbędnem urządzenie czegoś w rodzaju specjalnego zakładu leczniczego na zasadzie ustalonych obecnie w medycynie poglądów, że gruźlica „chirurgiczna“ nie jest chorobą miejscową, lecz ogólną, wymagającą właściwego leczenia ogólnego.

Zasadniczy postulat leczenia gruźlicy we wszelkiej postaci przez wzmożone odżywianie okazał się niewykonalnym w szpitalu częstochowskim z powodu stałego braku gotówki w kasie miejskiej i spowodowanej tem odmowy magistratu asygnowania potrzebnych sum na właściwe odżywianie tego rodzaju chorych.

W celu prowadzenia systematycznego leczenia wykorzystałem szpitalny ogród spacerowy na urządzenie w nim kąpeli słonecznopowietrznych. Ze starych desek, znajdujących się w szpitalu, na niezacienionych tra-

wnikach cieśla zbudował dwie duże prycze, do przykrycia których chorzy sami powiązali maty z paru snopków słomy i z paru pęczków szpagatu. Ze starej bielizny chore szpitalne poszyły krótkie kąpielowe majteczki i białe czapki na głowy. Urządzenie całego „sanatorium“ kosztowało około 20 rubli. W ciągu całego lata leczenie w niem odbywało się w sposób następujący:

Codziennie rano, o ile nie było deszczu lub zimnego wiatru, nawet w dni niesłoneczne, wszyscy chorzy kładli majteczki i czapki, zdejmowano im opatrunki i nago szli na cały dzień do ogrodu, dokąd przynoszono im obiad. Chorych, nie mogących chodzić, z łózkami wynoszono do ogrodu. W dni słoneczne naświetlania odbywały się na pryzkach, przykrytych matami, a po paru dniach pogodnych, kiedy ziemia wyschła dostatecznie, chorzy kładli się wprost na trawie. Naświetlania odbywały się przed południem, najwyżej do 2 po południu, t. j. w godzinach, kiedy światło słoneczne zawiera najwięcej promieni chemicznych.

Doświadczenie przekonało mnie, że nasze słońce nizinowe ma o tyle mniej promieni ultrafioletowych i o tyle mniej od słońca górskiego wywołuje oparzenia skóry, że nie ma potrzeby rozpoczynania naświetlań od małych odcinków powierzchni ciała przez kwadrans i codziennego, stopniowego powiększania tej powierzchni, jak to czyni Rollier w Leysin. Można zacząć od naświetlania całej powierzchni ciała w ciągu  $\frac{1}{2}$  do 1 godziny. Czas trwania naświetlań przedłuża się stopniowo, w miarę przyzwyczajania się skóry, i można doprowadzić go do 4 — 5 godzin dziennie.

W miarę trwania naświetlań, w skórze nagromadza się barwnik, który ostatecznie nadaje jej barwę bardzo ciemno brązową. Na zasadzie własnego niewielkiego doświadczenia muszę przyznać, że słuszne są poglądy,

iż równoległe z szybkim i nasyceniem zabarwianiem się skóry postępuje szybko sprawa gojenia się gruźlicy i naodwrot, tak że objaw ten służyć może za wskazówkę do rokowania. Sądzić należy, że zdolność do szybkiego i mocnego „opalania się“ jest widomą oznaką dużej energii i sprawności ustroju, zdolnego w równej mierze do skutecznego zwalczania gruźlicy.

W celu uniknięcia przykrzenia sobie długotrwałego i nieruchomego leżenia w czasie naświetlań otrzymali chorzy rozrywki, odpowiednie do wieku, płci i upodobań, a nie przeszkadzające spokojnemu leżeniu, a więc: robotki ręczne, zabawki, loteryjki, warcaby, szachy, książki i pisma ilustrowane. Przy tych

zajęciach bez znużenia i narzekań spędzali całe godziny, leżąc na słońcu i gasząc pragnienie przegotowaną wodą.

Po skończonym naświetlaniu chorzy idą na odpoczynek w cień, między drzewa, a po dostatecznym wypoczynku wolno im używać ruchu: młodzież urządza gonitwy, gry w piłkę i t. p., dorośli



Rys. 1.

przechadzają się. Nie trzymałem się zasady Rolliera przestrzegania bezwarunkowego spoczynku w czasie całego trwania leczenia i nie zauważyłem, aby to powodowało zmniejszenie korzyści leczenia. Sądzę nawet przeciwnie, że ma to wpływ dodatni na stronę duchową chorego; nie będąc bezustannie przykutym do swego łóżka bóleści, mając swobodę ruchu i możliwość rozrywki, chory jest pogodny, w dobrym humorze, nie przykrzy sobie długotrwałej kuracji i chętnie poddaje się jej, a doskonale łaknienie nie opuszcza go ani na chwilę.

Przed zachodem słońca chorzy idą na opatrunki i na sałę.

W słoneczne dni zimne chorzy naświetlają się na salach przez szyby; dzieci i młodzież — o ile mieści się — na oknach, więksi i dorośli na łózkach. To ostatnie jest niewy-



godne, gdyż okna w szpitalu są małe i słonce krótko oświetla każde łóżko.

W dni niesłoneczne, w czasie zimnych pór roku, chorzy byli naświetlani t. zw. sztucznym słońcem (lampa elektryczna łukowa z biegunami rtęciowymi w rurce kwarcowej). Wyniki, które widziałem po tych naświetleniach, były bez porównania gorsze od wyników naświetlań słońcem naturalnym, trzeba jednak mieć na uwadze wszystkie inne czynniki, prócz samego działania promieni świetlnych. Sztuczne słońce stosowane było w porach roku, kiedy chorzy nie opuszczali ciastnych i dusznych sal szpitalnych. Przebywanie cały dzień nago na otwartym powietrzu wpływa dodatnio na oddechanie skórne i przemianę materii, tak że jednoczesne kąpiele powietrzne znacznie podnoszą wartość kąpiele słonecznych, a krótkotrwałe naświetlania lampą w czasie zimy pozabawione są tego ważnego czynnika.

Ogród szpitala Panny Maryi w Częstochowie znajduje się w warunkach najmniej

zdrowotnych: przy najruchliwszej ulicy śródmieścia, sąsiaduje z 2 stron ze stacją kolei i remizą lokomotyw, dymiących całymi dniami. Przy odpowiednim wietrze cały ogród pełen jest gęstego dymu. Pomimo tych niesprzyjających warunków leczenie gruźlicy kąpielami słonecznopowietrznymi dało wyniki zupełnie zadawalniające. Chorzy wycieńczeni, bardzo niedokrwieści poprawiali się szybko. Łaknienie wkrótce wzmagало się znacznie, widoczne błony śluzowe różowiały, skóra nabierała barwy zdrowej. Jednocześnie z poprawą stanu ogólnego postępowało gojenie spraw miejscowych. Na pierwszy plan występowało zmniejszenie wydzieliny ropnej, zmieniającej się wkrótce w surowiczośluzową; wybujała, wodnista ziarnina kurczyła się i na jej miejsce występowała zdrowa, zablizniająca się wolno, lecz prawidłowo.

Najszybsze gojenie, bo w ciągu jednego sezonu letniego lub prędzej, spostrzegałem na

owrzodzeniach skórnych, następnie w gruźlicy gruczołów chłonnych. Gruźlica stawów, skóry w postaci wilka oraz otrzewnej wymaga już dłuższego czasu leczenia, wreszcie gruźlica kości jest najoporniejsza, z wyjątkiem świeżej gruźlicy kości palców u dzieci. Spostrzeżenia te są zupełnie zgodne z wynikami tego samego rodzaju leczenia w górach i na brzegu morza. Czas trwania leczenia w przypadkach lżejszych obliczać należy na miesiące, w ciężkich, szczególnie w gruźlicy kości, na lata.

Jako przykład szybkiego działania leczniczego kąpiele słonecznopowietrznych pozwolę sobie przytoczyć jeden przypadek. W. C. obecnie chłopiec 17 letni, przyjęty był do szpitala z bardzo roz-

ległą gruźlicą brodawkową (Riehl i Paltauf) skóry jednej stopy i podudzia oraz jednej dłoni wraz z palcami, z obfitą ropną i cuchnącą wydzieliną; prócz tego miał duże owrzodzenia skórne na udzie i przedramieniu. Przez 3 lata leczony był wycinaniem i wyskrobywaniem rozrostów



Rys. 2.

i owrzodzeń, przypalaniem, pendzlowaniem różnymi lekami, a przez rok systematycznym co drugi dzień naświetlaniem sztucznym słońcem. Wszystkie powyższe zabiegi dały wynik bardzo mały. Tymczasem po dokładnem wyskrobaniu wszystkich ognisk na początku lata wyleczył się zupełnie przez jedno lato codzienną kąpielą słonecznopowietrzną; po skończonem naświetlaniu owrzodzenia były posypywane jodoformem w proszku.

W pewnych przypadkach gruźlicy ropnej uciekałem się do zabiegów operacyjnych, uważając je za środek pomocniczy, oszczędzający zbyteczną pracę ustroju i skracający czas leczenia. Uważałem za wskazane wyskrobywanie serowatych gruczołów zropiałych, wycinanie wybujałej i grzybowatej błony maziowej stawów z przetokami i obfitem ropieniem, wyjmowanie martwaków z kości, wyskrobywanie głębokich ognisk w skórze, wypuszczanie płynu z jamy brzusznej i t. p. Może jest

to pewnego rodzaju fanatyzmem ze strony Rolliera, że pozostawia jedynie siłom ustroju pod wpływem kąpeli słonecznopowietrznych wysysanie wszelkich ognisk gruźliczych i nawet wydalanie martwaków. Ménard w Berck-Plage oddawna stosuje z powodzeniem pomocnicze zabiegi operacyjne.

Zabiegi operacyjne w gruźlicy nieropnej gruczołów, stawów i kości uważać należy za przeciwwskazane. W szczególności dotyczy to stawów, których gruźlica nawet ropna, z licznymi przetokami, pod wpływem kąpeli słonecznopowietrznych goi się tak dalece pomyślnie, że względnie szybko powraca nieraz najzupełniejszą ruchomościę zeszywniałych i przykurczonych stawów. Wobec tak dalece pomyślnych wyników leczenia powyższego, zupełnie zachowawczego, wypiłowanie całkowite stawów, zajętych gruźlicą nieropną, uważać należy za najzupełniejszy przeżytek i wielką krzywdę wyrządzoną choremu.

Do środków pomocniczych zaliczyć też należy opróżnianie ropni zimnych z następczem zastrzyknięciem fenolu kamforowego, zamiast 30%, używałem czysty fenol krystaliczny z kamforą w równych częściach (tworzą gęstawy płyn), jakoteż wstrzykiwanie tego środka w przetoki i stawy oraz pendzlowanie nim owrzodzeń. Wstrzyknięcie do zamkniętego ogniska gruźliczego 2,0 fenolu kamforowego nie powoduje żadnych objawów zatrucia, nawet u dzieci i nie jest bolesne. Środek ten sprowadza u niektórych chorych obfitsze ropienie i brzydki wygląd ziarniny, natomiast u tego samego znakomicie działa jodoform w postaci proszku, zawiesiny lub świeczek 10%. Jedynie na zasadzie spostrzeżeń można wybrać lek, działający lepiej na danego pacjenta. Pasta Becka (1 część węgla bismutu i 2 części waseliny), wstrzykiwana w przetoki gruźlicze, nie dawała w spostrzeganych przezemnie przypadkach tak dodatnich wyników, jak fenol kamforowy lub jodoform. Jeszcze mniej dodatnie wyniki spostrzegałem po tymolu kamforowym. W przypadkach przykurczonych i nieruchomych sta-

wów stosowałem wyciąg, który w połączeniu z kąpielami słonecznopowietrznymi u niektórych chorych dawał nadspodziewanie szybki powrót zupełnej ruchomości stawu (6—8 tygodni), przetoki jednak nie goiły się przez ten krótki czas.

Powyższy bardzo pobieżny zarys leczenia gruźlicy kąpielami słonecznopowietrznymi jest ogromnie daleki od wyczerpującego traktowania tej ważnej sprawy; bez porównania więcej nie zostało powiedziane, niż powiedziane. Otrzymane wyniki podaję do wiadomości jedynie w celu wykazania, że do skutecznego leczenia gruźlicy chirurgicznej nie jest konieczny kosztowny zakład leczniczy w szczególnych warunkach klimatycznych, jak w górach lub nad morzem, dostępny jedynie dla chorych zamożniejszych, że nasze polskie, nizinowe słońce świeci zupełnie wystarczająco, aby wyleczyć liczne rzesze biedaków, zmuszonych ratować swe zdrowie po szpitalach publicznych.

Klimat nasz nie różni się zbytnio od górskiego co do sumy dni słonecznych w ciągu roku, natomiast różni się znacznie co do ich ugrupowania w stosunku do pór roku. W górach najwięcej dni słonecznych przypada na zimę i jest ona dla kąpeli słonecznych sezonem najpewniejszym. U nas najwięcej dni słonecznych przypada na późną wiosnę, lato i wczesną jesień, natomiast przez pozostałą część roku jest ich tak mało, że sezonu tego dla celów leczniczych nie można brać w rachubę.

Chodzi mi też o to, aby zachęcić kolegów do urządzania w szpitalach tego rodzaju leczenia, nie wymagającego prawie żadnego nakładu pieniężnego. Każdy szpital ma ogródek, lub podwórze, gdzie chorzy mogliby korzystać z kąpeli słonecznopowietrznych. W obecnych czasach licznej nędzy wśród ludności większych miast naszych, znaczne podniesienie się liczby zachorowań na gruźlicę między dziećmi i młodzieżą stanowi wprost klęskę społeczną, którą najenergiczniej zwalczać należy.

Z ZAKŁADU WYROBU SUROWIC LECZNICZYCH I SZCZEPIONEK PROF. O. BUJWIDA W KRAKOWIE.

## O wpływie różnych sposobów przyrządzania szczepionek na miano aglutynacyjne osób szczepionych ochronnie przeciw cholery i tyfusowi.

podał

Dr Stanisław Sierakowski.

(Ciąg dalszy—patrz № 15).

Doświadczenie IV.  
1. Szczepionka zabita dodatkiem 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> eteru

5. Szczepionka zabita dodatkiem 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> chloroformu

T A B L I C A IV.

Szczepionka zabita przez dodanie	% szczepionych, których krew aglutynuje w rozcieńczeniu									Liczba osób szczepionych	Agl. średnia
	poniżej 1 : 60	1 : 60	1 : 80	1 : 120	1 : 160	1 : 240	1 : 320	1 : 480	1 : 640		
10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> chloroformu	50 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	50 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	50 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	30 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	10	70
10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> eteru	30,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	69 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	65 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	57,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	38,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	34,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	19,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	15,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	3,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	26	173

Szczepionka, zabita dodatkiem chloroformu, dała bardzo niskie wyniki: połowa osób szczepionych wykazuje aglutynację poniżej 1 : 60, żadna surowica nie aglutynuje powyżej 1 : 160. Od takich bardzo niskich rezultatów odbija wybitnie aglutynacja jednej osoby, która przypadkowo przy drugim szczepieniu otrzymała zawiesinę zabita 0,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> fenolem — jest ona jeszcze dodatnią w rozcieńczeniu 1 : 960.

Friedberger i Moreschi, robiąc doświadczenia na królikach, notują, że aglutynacja po szczepionce przeciwcholerycznej, zabitej parą chloroformu, była w rozcieńczeniu 1 : 10 ujemna. Ci sami autorowie wykonali analogiczne doświadczenia ze szczepionką tyfusową, jednak nie zauważyli takich niskich aglutynacji.

Reiter i Silberstein (28) 1915 uodporniali gołębie rozmaicie przyrządzanymi szczepionkami przeciwtyfusowymi. Otrzymali oni wyniki jedne z najlepszych ze szczepionką zabita parą chloroformu. Środek ten, jak widać, działa różnie na bakterye cholery i tyfusu, wskutek tego aglutynacja we krwi ludzi uodpornianych szczepionką przeciwcholeryczną jest bardzo niska, przeciwnie, szczepionka tyfusowa w ten sposób przyrządzona daje wyniki bardzo dobre.

Zupełnie podobnie, jak chloroform względem bakteryi tyfusowych i cholery, zachowuje się też formalina.

Środek ten działa silnie uszkadzająco na wibryony cholery (patrz doświadczenia 3 i 5); jeżeli zaś wziąć pod uwagę szczepionkę przeciwtyfusową zabita formaliną, to wyniki są wyjątkowo dobre <sup>1)</sup>.

Reiter i Silberstein 1915 (28) uważają formalinę obok chloroformu za najlepszy środek dezynfekcyjny, który może służyć do przyrządzania szczepionki przeciwtyfusowej. Russel (29) 1911 stwierdza również, że słaba formalina działa najmniej szkodliwie ze wszystkich środków dezynfekcyjnych na bakterye tyfusowe.

Widzimy więc, że, sporządzając szczepionki ochronne, należy uwzględniać własności indywidualne bakteryi w stosunku do różnych środków dezynfekcyjnych.

Eter, który w moich doświadczeniach dał stosunkowo małe wyniki, był stosowany przez Negrie'go (24) 1913 do zabijania szczepionki tyfusowej. Autor ten otrzymał we krwi zwierząt uodpornianych tą szczepionką dużo aglutynin, natomiast mało bakteryo-lizyn i ciał wiążących komplement w porównaniu ze szczepionkami, przyrządzonymi z żywych bakteryi albo zabitych zapomocą ogrzewania.

W roku 1915 zastosował Vincent (35) eter do wyjaławiania szczepionki cholery-

<sup>1)</sup> Patrz drugą część pracy o szczepieniach przeciwtyfusowych.

cznej. Wyniki otrzymane na zwierzętach za pomocą tej szczepionki były dobre, a reakcje po szczepieniu małe.

Löwy (21) w roku 1915 uodporniał zwierzęta szczepionką zabita dodatkiem eteru a otrzymał wysokie aglutynacje.

Muszę zaznaczyć, że u osób uodpornionych szczepionką eteryzowaną dało się zauważyć w wielu przypadkach zahamowanie aglutynacji w dużych stężeniach surowicy, a skupianie się w grudki występowało dopiero w wyższych rozcieńczeniach. Zjawisko to było opisane przez licznych autorów Ceritto (8) 1904, De Blasi 1903 (6).

#### D o s w a d c z e n i e V.

1. Szczepionka zabita działaniem temperatury 120° przez 15 minut.
2. Szczepionka zabita działaniem temperatury 100° przez 15 minut.
3. Szczepionka zabita działaniem temperatury 80° przez 30 minut.
4. Szczepionka zabita działaniem temperatury 53° przez 30 minut.
5. Szczepionka zabita działaniem 0,5% fenolu
6. " " " 1% formaliny
7. " " " 0,2% formaliny.

T A B L I C A V.

Szczepionka zabita działaniem	% szczepionych, których krew aglutynuje w rozcieńczeniu									Liczba osób szczepionych	Agl. średnia
	1 : 60	1 : 80	1 : 120	1 : 160	1 : 240	1 : 320	1 : 480	1 : 640	1 : 960		
120° 15 minut	90%	70%	60%	50%	40%	10%	0%	0%	0%	10	142
100° 15 "	100%	85%	85%	85%	85%	25%	12%	12%	0%	8	225
80° 30 "	100%	100%	75%	60%	38%	25%	12%	12%	12%	8	260
53° 30 "	100%	100%	90%	60%	50%	50%	40%	10%	10%	10	324
0,5% fenolu	100%	100%	100%	88%	75%	50%	38%	12%	12%	8	375
1% formaliny	56%	56%	56%	28%	28%	28%	14%	0%	0%	7	133
0,2% "	100%	85%	68%	68%	51%	51%	51%	17%	0%	6	283

Z tablicy tej widzimy, że nawet wyjałowienie w parze przy 120° nie jest w stanie zniszczyć w szczepionce substancji, wytwarzających aglutyniny. Jednak ciała te są już bardzo osłabione w swej mocy, albowiem aglutynacje u ludzi, uodpornionych tą szczepionką, są bardzo małe w porównaniu ze szczepionką, zabita w niższej temperaturze.

Friedberger i Moreschi (15) 1905 próbowali uodporniać zwierzęta szczepionką, zabita działaniem wysokiej temperatury. Wyjałowienie na sucho przy 150° nie dało wyników zadawalających, ale już szczepionka, ogrzewana na sucho do 120°, pozwoliła uodpornić zwierzęta. Wyjaławianie w parze wedle tych autorów, działa na bakterie szkodliwiej, niż na sucho.

Literatura posiada bardzo ciekawą dyskusję pomiędzy Vincent'em 1913 (34) i Chantemesse'm (9). Pierwszy utrzymuje, że szczepionka tyfusowa, ogrzana do 100°, nie może uodporniać, Chantemesse zaś twierdzi, że ogrzewanie szczepionki 1 godzinę przy 100° lub 10 minut przy 120° nie niszczy w niej zdolności wytwarzania przeciwciał.

Na podstawie moich doświadczeń przy-

chodzimy do wniosku, że zdolność wytwarzania aglutynin maleje w miarę podnoszenia temperatury, przy której szczepionka jest zabita. Szczepionka, ogrzewana do 120°, daje niższe aglutynacje, niż zabita przy temperaturze 100°, ta znów okazała się znacznie gorszą w porównaniu ze szczepionką, ogrzewaną tylko do 53°. Pewne nieznaczne odstępstwo od tej reguły stanowi szczepionka, poddana działaniu temperatury 100° przez 15 min., po której procent ludzi, dających aglutynację w rozcieńczeniu surowicy 1 : 240 i 1 : 160, jest wyższy, niż po szczepionce, zabitej działaniem 53°. We wszystkich jednak innych rozcieńczeniach surowicy tychże osób (1 : 60, 1 : 80, 1 : 120, 1 : 320, 1 : 480 i t. d.) szczepionka niżej ogrzewana wykazuje wyższy %.

Agulutynacje po szczepionce, ogrzewanej do 80° przez 30 minut, nie różnią się zbyt w porównaniu ze szczepionką, ogrzewaną do 100° przez 15 minut, co wskazuje, że temperatura niższa, działająca dłużej, wywiera ten sam wpływ, co wyższa przez krótszy stosunkowo czas.

Doświadczenie to jest jednocześnie sprawdzianem metody moich badań, widzimy bo-



wiem, że jeżeli jakiś czynnik wpływa obniżająco na aglutynację, to działanie jego wzrasta systematycznie ze zwiększeniem natężenia danego czynnika, jak w ostatnim przypadku ze wzrostem temperatury. Na zasadzie takiego doświadczenia osiągamy pewność, że nie mamy do czynienia z przypadkowymi wahaniami aglutynacji, lecz że wysokość jej zmienia się w ścisłej zależności od zmienianych przez mnie warunków.

Podobnie w celu sprawdzenia metody zrobiłem doświadczenie z formaliną, zmieniając jej stężenie, żeby się przekonać, czy i tu otrzyma się taką ścisłą i systematyczną zale-

żność. Widzimy, że większym stężeniom odpowiada niższa aglutynacja <sup>1)</sup>.

Ścisłe i pewne wyniki można otrzymać porównując surowicę ludzi szczepionych jednocześnie w tych samych warunkach, tą samą szczepionką, inaczej tylko przygotowaną. Widać jednak z niektórych moich doświadczeń, że i porównanie różnych grup ludzi badanych daje wyniki pozytywne.

Jeżeli zwrócimy uwagę na wyniki aglutynacji 2 grup osób, uodpornianych w różnych czasach szczepionką zabita przez ogrzewanie dla jednej grupy do 53° C przez 40 minut, dla drugiej również do 53° C przez 30 minut, to

T A B L I C A VI.

Szczepionka zabita działaniem	% szczepionych, których krew aglutynuje w rozcieńczeniu									Liczba osób szczepionych
	1 : 60	1 : 80	1 : 120	1 : 160	1 : 240	1 : 320	1 : 480	1 : 640	1 : 960	
53° przez 40 minut	90%	90%	90%	80%	60%	50%	40%	10%	0%	10
53° „ 30 minut	100%	100%	90%	60%	50%	50%	40%	10%	10%	10

przekonamy się, że wyniki dla obu grup są bardzo bliskie.

Pomimo dużych różnic indywidualnych można stwierdzić wpływ sposobu przyrządzenia szczepionki na wysokość aglutynacji u lu-

dzi uodpornionych. Oczywiście, jak przy wszelkich podobnych badaniach, wyniki są tem ogólniejsze i pewniejsze, im większa jest liczba osobników badanych.

T A B L I C A VII.

№ porządkowy	Agulutynacja w 6 miesięcy po pierwszym 2-krotnym szczepieniu	Szczepienie powtórne		
		A g l u t y n a c y a		
		w 5 dni po 1-szem szczepieniu	w 7 dni po 2-gim szczepieniu	w 6 miesięcy po drugim szczepieniu
1	1 : 20 —	1 : 80 +	1 : 80 +	1 : 30 +
2	1 : 10 —	1 : 120 +	1 : 320 +	—
3	1 : 20 +	1 : 120 +	1 : 80 +	1 : 20 +
4	—	1 : 160 +	1 : 160 +	1 : 10 +
5	1 : 40 +	1 : 160 +	1 : 240 +	1 : 60 +
6	1 : 10 +	1 : 180 +	1 : 80 +	1 : 10 —
7	1 : 30 +	1 : 120 +	1 : 240 +	1 : 20 +
8	1 : 20 +	1 : 240 +	1 : 320 +	1 : 60 +
9	1 : 40 +	1 : 120 —	—	—
10	1 : 30 +	1 : 160 +	—	—
11	1 : 10 —	1 : 180 +	1 : 160 +	1 : 40 +
12	1 : 60 +	1 : 160 +	1 : 240 +	1 : 30 +
13	1 : 10 —	1 : 80 +	1 : 240 +	1 : 30 +

<sup>1)</sup> Zaznaczam przytem, że w tem doświadczeniu z formaliną nie mogłem wykonać drugiego szczepienia i próby krwi równocześnie.

## Doświadczenie VI. (Tablica VII).

Jak prędko występują aglutyniny we krwi osób uodparnianych szczepionką przeciwcholeryczną i jak prędko znikają?

Badałem na aglutynację krew 3 osób bezpośrednio przed szczepieniem, w 48 i następnie w 96 godzin po szczepieniu. Już po 48 godzinach można było skonstatować u wszystkich 3 osób podniesienie się aglutynin we krwi. Jeżeli zatem istnieje i w aglutynacji po szczepieniu przeciwcholerycznym tęża negatywna, to trwa ona krócej, niż 48 godzin.

W 6 miesięcy po dwukrotnym szczepieniu przeciwcholerycznym aglutyniny znikają ze krwi u osób uodparnianych. Zbadałem w tym kierunku grupę, złożoną z 20 osób, szczepionych przed 6 miesiącami, okazało się, że najwyższa aglutynacja wynosiła 1 : 20.

Miałem sposobność kilkakrotnie badać jedną i tę samą grupę, złożoną z 13 osób, pierwszy raz w 6 miesięcy po dwukrotnym szczepieniu przeciwcholerycznym, drugi raz w 5 dni po pierwszym szczepieniu przeciwcholerycznym po raz wtóry, trzeci raz w tydzień po drugim szczepieniu przeciwcholerycznym po raz wtóry, czwarty raz w 6 miesięcy po powtórnym szczepieniu przeciwcholerycznym.

Jak widać, aglutynacja w 6 miesięcy po dwukrotnym szczepieniu spadła do tej normy, jaką spotykamy u normalnych ludzi. W kilka dni po pierwszym i drugim szczepieniu po raz wtóry aglutynacja podniosła się, ale nagół nie jest wyższa od aglutynacji osób, które szczepione były pierwszy raz.

Wreszcie w 6 miesięcy po powtórnym szczepieniu aglutynacja podobnie, jak za pierwszym razem, spadła do normy.

## C Z Ę Ś Ć II.

## Doświadczenia ze szczepionką przeciwtyfusową.

Badania nad zmianami we krwi ludzi uodpornionych przeciwko tyfusowi były zapoczątkowane w r. 1898 przez Pfeifera i Kollego. Autorowie ci używali, jako szczepionki, bulionowej hodowli bakterii tyfusowych, która była zabita zapomocą ogrzewania do 56°C. przez jedną godzinę.

Przeglądając wyniki mojej pracy, już na pierwszy rzut oka spostrzegamy, że aglutynacja surowicy osób uodparnianych przeciw tyfusowi jest wogóle znacznie wyższa, niż po szczepieniach przeciwcholerycznych: w pierwszym przypadku waha się od

0—20.000, podczas gdy w drugim aglutynacja powyżej 1000 należy do wyjątków.

Wskutek możliwości takich dużych wahań indywidualnych potrzeba, przy szczepieniach przeciwtyfusowych, jeszcze większej liczby osób na każde doświadczenie, ażeby mieć wyniki przeciętne możliwie niezależne od przypadkowości i mógł skontrolować wpływ sposobu przyrządzania szczepionki na aglutynację. Z drugiej strony zdawało się, że przy tak wysokich aglutynacjach wpływ różnych szczepionek odbija się na niej w sposób wybitny. Tak jednak nie jest: różnice są stosunkowo małe, jak gdyby bakterie tyfusowe były bardzo mało wrażliwe na działanie środków chemicznych, używanych do przyrządzania szczepionek.

Szczepionki przeciwtyfusowe Instytutu prof. O. Bujwida w Krakowie były przyrządzane, podobnie jak i przeciwcholeryczne, z wielu możliwie świeżych i jadowitych szczepionek. Dawka szczepionki doświadczalnie ustalona tak, żeby nie wywoływała zbyt silnych reakcji, wynosiła 1/2 mgr. bakterii na pierwsze szczepienie, 1 mgr. na drugie. Odstęp czasu pomiędzy pierwszym a drugim zastrzyknięciem był nieco dłuższy, niż po szczepieniach przeciwcholerycznych ze względu na silniejszą i dłużej trwającą reakcję. Próbę krwi i aglutynację wykonywałem podobnie, jak po szczepieniach przeciwcholerycznych, z tą tylko różnicą, że rozcieńczenia surowicy brałem znacznie większe (począwszy od 1 : 600 w górę).

## Doświadczenie I.

1. Szczepionka zabita zapomocą ogrzewania do 56°C. przez 1 godzinę z dodatkiem 0,5% fenolu i uczulona.

2. Szczepionka zabita dodatkiem 0,05% formaliny.

Szczepionka uczulona przyrządzona była w ten sposób, że do wyjałowionej zawiesiny bakterii tyfusowych dodana była wysoko aglutynująca surowica przeciwtyfusowa końska w możliwie małej ilości. Pod wpływem surowicy bakterie aglutynowały i osiadały na dno. Po odlaniu lekko opalizującego płynu z nad osadu, dla usunięcia nadmiaru surowicy przeciwtyfusowej, dodawałem na jej miejsce roztworu fizyologicznego soli kuchennej. 1 ctm. szczepionki uczulonej w ten sposób zawierał po rozcieńczeniu najwyżej 1 : 4000 ctm.<sup>3</sup> surowicy<sup>1)</sup>. Druga szczepionka,

<sup>1)</sup> Metoda ta została mi ustnie zakomunikowana przez prof. O. Bujwida.

wzięta w tem doświadczeniu dla porównania, została wyjąłowana dodatkiem najmniejszej

ilości formaliny, która może jeszcze zabić gęstą zawiesinę bakteryi tyfusowych.

T A B L I C A VIII.

Szczepionka zabita działaniem	% szczepionych, których surowica aglutynuje w rozcieńczeniu											Liczba osób szczepio- nych	Aglut. średnia
	1/600	1/800	1/1200	1/1600	1/2400	1/3200	1/4800	1/6400	1/9600	1/12800	1/19200		
Ogrzewania do 56° 1 godz. + 0,5% fenolu, uczulona	94,4%	76,7%	70,8%	59,0%	47,2%	41,3%	23,6%	11,8%	0%	0%	0%	17	2900
0,05% formal.	100%	100%	100%	100%	93,75%	87,5%	75,0%	50,0%	25,0%	18,75%	6,25%	16	6860

Aglutynacje surowicy osób uodparnianych szczepionką formalinową idą wyżej, niż u tych, którzy otrzymali szczepionkę zabita działaniem ogrzewania z dodatkiem 0,5 fenolu i uczuloną. Formalina zatem nie działa uszkadzająco na bakterye tyfusowe w tym sto-

pieniu, jak na wibryony cholery<sup>1)</sup>. Szczepionka uczulona dała w tem doświadczeniu nizkie wyniki. Można to wytłomaczyć zsumowaniem się szkodliwego działania ogrzewania i fenolu.

(Dok. n.)

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenie kliniczne dnia 7 listopada 1916 roku.

1. Higier H. przedstawił przypadek współistnienia amyotonii wrodzonej Oppenheima z „*trophoedème congénitale*“ Maigé'a.

8-tygodniowy chłopczyk nie wykonywa prawie żadnych ruchów, prócz drobnego zginania palców rąk i nóg. Kończyny górne są lekko zgięte w stawach łokciowych i skrzyżowane na piersiach. Kończyny dolne są wyprostowane, lecz w stawach kolanowych są nieznacznie przykurczone. Czucie zachowane, odruchy ścięgnowe i skórne oraz pobudliwość faradogalwaniczna mięśni i nerwów kończyn i twarzy znieśione zupełnie. Hypotonia mięśni bez zaników i pseudohypertrofii. Źrenice odziałują prawidłowo. Zaburzeń pęcherzowoodbytniczych niema. Obwód i kształt czaszki, unerwienie i wyraz twarzy, odżywianie ogólne—prawidłowe. Upośledzenia czynności ssania i połykania niema. Zaburzeń swoistych w gruczołach, zmian patologicznych skóry, zajęcia stawów i kości, zniekształcenia kręgosłupa nie widać. Obrzęk wybitny kończyn dolnych i pośladków, noszący wszelkie cechy t. zw. *trophoedème congénitale* Maigé'a: bezbarwny, bezbolesny, twardy, nie zostawiający po ucisku śladów, zupełnie uniemożliwiający fałdowanie skóry i polegający na nacieczeniu głębszych tkanek.

2. Orłowski St. wygłosił rzecz p. t. „W sprawie t. zw. anozognozy (Babińskiego)“.

W 1914 r. Babiński z Paryża określił nazwą anozognozy pewne zaburzenie, polegające na tem, że chorzy, dotknięci bezwładem połowicznym, o bezwładzie swoim nie wiedzą pomimo względnej sprawności psychicznej. Zaburzenie to było znane i dawniej (nowa jest tylko nazwa) — zwłaszcza w przypadkach ślepoty pochodzenia korowego.

O. przytoczył dwa spostrzeżenia anozognozy: 1. 50-letni syfilityk zostaje dotknięty nagłe afazją

i ruchową i zmysłową bez porażenia kończyn. Stopniowo mowa wraca, lecz pomimo bardzo wybitnych jeszcze braków, chory wciąż utrzymuje z żadnych zaburzeń mowy niema. W dziedzinie psychicznej, poza pewną euforyą i tem nieuznawaniem choroby, sprawność zupełna.

2) 67 letni chory — ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego i arteriosklerozą — zostaje dotknięty porażeniem połowiczem lewostronnem (wskutek zatoru w jednej z gałęzi tętnicy dołu Sylwiusza—jednocześnie zmieszenie tętna w prawej tętnicy promieniowej). Chory nie uświadamia sobie porażenia kończyn. W dziedzinie psychicznej — euforya i pewne braki pamięci.

O. podkreśla, że anozognoza nie jest zaburzeniem psychicznym w znaczeniu ścisłym; jest to tylko jakby ślepotą, dotyczącą przejawów choroby, czyli zaburzenie analogiczne do ślepoty psychicznej.

Co się tyczy podłoża anatomicznego tego zaburzenia, to w ogromnej większości przypadków badania pośmiertne wykazywały, że ognisko choroby podstawowej mieściło się w korze mózgowej; z tego jednak jeszcze nie wynika, aby i anozognoza była pochodzenia korowego.

W dyskusyi Sterling Wł. przypomina, że był pierwszym, który w piśmiennictwie polskiem opisał objawy, odpowiadające anozognozy. Były to objawy braku poczucia ślepoty u chorych, u których na tle nowotworu mózgu rozwinęło się zaniewidzenie zupełne. S. odróżnia dwie kategorie anozognozy: kategorię bierną, kiedy chory tylko nie zdaje sobie sprawy z własnej ślepoty, porażenia i t. d., oraz kategorię czynną, kiedy chory twierdzi, że widzi, ma władzę w kończynach i t. d., będąc w samej rzeczy niewidomym, sparaliżowanym

<sup>1)</sup> Patrz I-szą część moich doświadczeń.

i t. d., sprzecząc się o to z lekarzem i otoczeniem i upierając się przy swoim zdaniu. Pierwszą kategorię, t. j. bierną, uzależnić można od ogólnych zaburzeń w dziedzinie postrzegania i zapamiętywania, natomiast kategoria druga, t. j. czynna, znaleźć musi inne wyjaśnienie. S. powołuje się tutaj na wprowadzony przez siebie podział dezorientacji na nieprodukcyjną i produkcyjną, zaliczając drugą kategorię anozognozy do dziedziny dezorientacji produkcyjnej i uważając ją za objaw pokrewny t. zw. konfabulacyom. S. występuje wreszcie przeciwko tendencji wyjaśnienia objawu tego na gruncie lokalizacji anatomicznej, przypominając, że np. brak poczucia ślepoty wystąpić może przy najrozmaitszych umiejscowieniach sprawy chorobnej.

K o p c z y ń s k i S t. porusza sprawę podkładu anatomicznego anozognozy. Ogniskowe cierpienie w korze mózgowej wydaje się tu mało prawdopodobnym, tembardziej, że, jak to widać z opisu przypadków, w większości z nich chodziło o ogniską podkorową, w białej istocie położoną. K. nie mniej jednak przypuszcza, że wchodzi tu w grę kora mózgowa, która ucierpiała nie tyle anatomicznie, ile czynnościowo, w myśl bronionej przez Monakowa teorii diaschizy komisuralnej: ogniska, nawet położone w głębi mózgu, mogą przez rozmaite włókna projekcyjne, asocjacyjne i komisuralne wywoływać przerwę w ogniwach, łączących poszczególne zraziki korowe, powodować rozszczepienie (d i a s c h i s i s) czynności kory mózgowej i pewne zaburzenia psychiczne, w rodzaju np. afazy amnestycznej lub opisanej przez autora anozognozy.

K o e l i c h e n zaznacza, że prelegent nazwał anozognozę objawem ochronnym, tymczasem w naturze, według K., niema takich przystosowań się.

H i g i e r sądzi, że nie można obu przypadków prelegenta, zwłaszcza pierwszego przypadku z afazją mieszaną, zaliczać do wspólnej grupy anozognozy. Na zasadzie kilku własnych spostrzeżeń, H. wyprowadza wniosek, że spotyka się ten objaw przeważnie u chorych, których mózg jest wogóle pozatem upośledzony (wyskok, przymiot, starcza miażdżyca kory) i psychika mocno dotknięta. Istnieje ścisły związek asocjacyjny czucia zmysłowego i narządowego obrazów pamięciowych dawnych czuć (wspomnienia autosomatognostyczne), i to umożliwia orientację. Kontrola przeto rzeczywistości i realności halucynacji zapomocą innych zmysłów wymaga zupełnej świadomości i niepokalanej czynności myślowej. Jest to rodzaj asymbryi, czyli brak obrazów pamięciowych lub brak kojarzenia ich ze spostrzeganiem zmysłowym. Nieświadomienie wypadania funkcji tłumaczy się nie tylko przez zaburzenie zdolności spostrzegania lub pamięci, ale też przez zwykłe przyćmienie świadomości, które uniemożliwia przyłączenie do dawnej skarbnicy doświadczeń nowego doświadczenia, wynikłego z zaburzenia ruchu. Znaczna część afatyków, którym przez zajęcie zakrętów Broca i Wernickego, rządzących czynnością ruchową i zmysłową mowy, brak kontroli wymawianych i czytanych wyrazów na drodze akustycznej i kinestetycznej, należy do grupy anozognozy, gdyż nie posiadają zupełnej świadomości złego wymawiania, błędnego artykułowania swej apraksji w dziedzinie mowy.

O r ł o w s k i w odpowiedzi podkreśla, że nazwa anozognozy oznacza brak poczucia choroby, nie zaś objawu. Zaburzenie to bowiem jest rozpatrywane z punktu widzenia chorego, a dla chorego hemiplegia np. jest chorobą, nie zaś jej objawem. Pod względem etymologicznym prawidłowsze byłoby brzmienie: nozoagnozya. Co do interpretacji anatomicznej to ogromna większość przypadków z badaniem pośmiertnym wykazała ogniska w korze mózgowej. Nie przesądza to bynajmniej, aby anozognozya, która towarzyszyć może rozmaitym zaburzeniom ogniskowym mózgu, była też objawem korowym, szczególnie zaś aby była objawem, do pewnego obrębu kory przywiązanym. Czy zależy ona od zniszczenia w substancji podkorowej włókien, łączących rozmaite ośrodki podkorowe, czy jest ona wyrazem diaschizy w sensie Monakowa, są to przypuszczenia, dla których dziś jeszcze żadnego punktu oparcia znaleźć nie możemy. O. nie zgadza się z poglądem Higiera, żeby nieodczuwanie afazy uważać należało za objaw dezorientacji. Co się tyczy twierdzenia Koelichena, że przyroda nie zna przystosowywania się do warunków chorobnych, to O. zaznacza, że we wszystkich dziedzinach patologii na każdym kroku widzimy podobne przystosowywania się.

K. Dąbrowski.

#### Posiedzenie neurologiczne dnia 16 grudnia 1916 r.

1) Z y l b e r l a s t ó w n a przedstawiła przypadek stwardnienia wieloogniskowego z zaburzeniami psychicznymi.

Chora 25-letnia z typowymi objawami stwardnienia wieloogniskowego zaczęła doznawać objawów psychozy (stany podniecenia, bredzenie przedśladowcze) z zachowaniem inteligencji. Z. podnosi rzadkość przypadku.

W dyskusji B r e g m a n poddawał w wątpliwość trafność rozpoznania, B o r n s t e i n psychozę uzależniał od stwardnienia, H i g i e r uważa osłabienie inteligencji w stwardnieniu wieloogniskowym za sprawę daleko częstszą, niż psychozę.

2) S t e r l i n g przedstawił przypadek padaczki i infantylnizmu na tle dziecięcego porażenia mózgowego.

Chory 19-letni przeszedł w 3-im r. życia zapalenie mózgu, po którym pozostało porażenie lewostronne. Od tego czasu miewa napady drgawek z utratą przytomności, poza tem niedorozwój fizyczny i umysłowy. Wygląd chłopca 10-letniego. Mówca wiąże obie sprawy—infantylnizm i padaczkę z porażeniem mózgowym dziecięcym.

W dyskusji H i g i e r uważa, iż infantylnizm w danym przypadku należy uzależnić od dodatkowego cierpienia gruczołów rodnych w związku z przebytem zakażeniem.

3) K o e l i c h e n przedstawił przypadek rodzinnej myotonii padaczkowej Unverrichta.

Chłopczyk lat 4, od 2-ich miesięcy cierpi na napady drgawek ogólnych, do których dołączyły się kurcze błyskawiczne (myodonia) w najrozmaitszych mięśniach całego ciała. Pozatem wystąpiły objawy sztywności mięśni, jak w chorobie Little'a. Godnem uwagi jest to, że starszy brat chorego, również w 4 r. życia dostał podobnych drgawek i zmarł po roku.

Mówca rozpoznaje rzadką chorobę—myoklo-



nię padaczkową, opisaną przez Unverrichta i Lundberga.

4) Bregman przedstawił przypadek zapalenia kręgow po influenzy.

Jest to dobrotliwa postać zapalenia kręgow, umiejscawiająca się w częściach miękkich, być może w chrząstkach włóknistych międzykręgowych. Podobną postać zapalenia kręgow spostrzegano po tyfusie plamistym.

5) Higier przedstawił 3 przypadki przewlekłego nerwobólu nerwu trójdzielnego, leczonego alkoholicznie zwoju Gasse-

ra a wywołujące rzadkie powikłania.

U wszystkich trzech chorych Zawadzki wprowadził igłę poprzez policzek i planum infratemporale na głębokość 6 ctm. aż do foramen ovale, a stąd o 1½ ctm. głębiej do samego zwoju i wstrzyknął 2% nowokainy w 80% alkoholu. Wynik co do bólów wogóle był dobry. Z powikłań H. notował: objaw Hornera wskutek zranienia gałązki n. sympatycznego, u drugiego chorego herpes zoster na twarzy i porażenie n. okoruchowego, u trzeciej chorej keratitis neuroparalytica. *St. Kopczyński.*

## Wiadomości bieżące.

— Departament Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu prosi pp. Lekarzy, którzy otrzymali kartki statystyczne lekarskie, o niezwłoczne wypełnienie tychże i przestanie do biura Departamentu w Warszawie, Marszałkowska 154. Pp. Lekarze, którzy z powodu nieujawnienia ich adresu dotąd kartek pomienionych nie otrzymali, zechcą zgłosić się po nie osobiście albo listownie do Departamentu.

Kartki te, jak nas informowano, mają stanowić materiał do ułożenia pierwszej urzędowej listy lekarzy polaków w krajach okupowanych. Dla dokładności tej listy zwrot wypełnionych kartek jest niezbędny.

— Projekt prawodawstwa sanitarnego w zdrojowiskach i uzdrowiskach. W d. 14 b. m. na specjalnym posiedzeniu Wydziału balneoklimatologicznego W. T. H. przewodniczący tegoż, J. Jaworski przedstawił przez siebie ułożony projekt prawodawstwa sanitarnego o zdrojowiskach i uzdrowiskach, który wejść ma do ogólnego prawodawstwa, obecnie opracowywanego dla Państwa Polskiego przez specjalne komisje.

Myślą, która cały projekt przenika, jest to, że zdrojowiska i uzdrowiska stanowią bogactwo publiczne, narodowe, że narówni z właścicielami państwo stać musi nie tylko na strażycę całości tych bogactw narodowych, lecz powinno jednocześnie z właścicielem troszczyć się o rozwój i postęp zdrojowisk i uzdrowisk.

Autor projektu tak daleko posuwa troskę o nieuronienie niczego z tych dóbr narodowych, że przewiduje w odnośnym paragrafie (14) niezależnie od kary wysokiej, nawet prawo wyłączenia na rzecz państwa lub gminy.

Z drugiej strony projekt szeroko uwzględnił prawa i przywileje właścicieli zdrojowisk i uzdrowisk, a nawet w ich interesie zobowiązuje organy państwowe odnośnie do szybkiej, terminowej odpowiedzi i decyzji, gdy chodzi o wykonanie przedsięwzięć i robót w zdrojowisku lub uzdrowisku.

Całe prawodawstwo sanitarne o zdrojowiskach i uzdrowiskach, według projektu, zawarte jest w 23 paragrafach i rozpada się na następujące działy: Dział I — Zasady ogólne. Dział II — O okręgach ochrony sanitarnej. Dział III — O komisjach sanitarnych zdrojowisk i uzdrowisk, których postanowienia są, według projektu, prawomocne i przez

organy wykonawcze powinny być w życie wprowadzane. Dział IV — O opłatach na rzecz zdrojowisk i uzdrowisk.

— Dzięki obowiązkowemu powszechnemu szczepieniu ochronnemu wypadki ospy naturalnej w Niemczech należały do tak rzadkich, że wielu lekarzy, zwłaszcza z młodszej generacji, nie znało tej choroby, i nawet w wielu podręcznikach nie opisywano jej zupełnie. Tymczasem obecnie dzięki pogorszeniu się wskutek wojny stosunków zdrowotnych, liczba zachorowań na ospę wynosiła w Berlinie do końca marca 1916, w całych Prusach—900. Śmiertelność była około 10%.

— Śmiertelność wśród dzieci w Berlinie w grudniu roku ubiegłego zmniejszyła się w porównaniu z r. 1915. Niemowląt do 1 roku życia zmarło w r. 1916—250, w 1915—370, co w stosunku rocznym wynosi 13,05% i 14,14%. Liczby te są tem wynowniejsze, że ogólna śmiertelność zwiększyła się z 2567 przypadków śmierci w r. 1915 do 2887 w r. 1916.

— W Dortmundzie urządzono wędrowną klinikę dentystyczną szkolną. Stanowi ją wóz kryty 6½ m. długi i 2½ m. szeroki, w którego wnętrzu znajduje się wszystko to, co jest niezbędne w gabinecie dentystycznym; miejsca wolnego jest tyle, że pracować może jednocześnie kierownik kliniki, asystent i pomocnica. Klinika ta objeżdża wszystkie szkoły danego okręgu.

— Z powodu coraz większych trudności w zdobywaniu i dostarczaniu środków spożywczych nadchodzący sezon kuracyjny w miejscowościach kąpielowych niemieckich i w stacjach klimatycznych jest poważnie zagrożony. W bardzo wielu miejscowościach liczba kuracuszów ma być ściśle ograniczona i pobyt oraz kuracja w nich dozwolona tylko po stwierdzeniu niezbędnej konieczności.

— D. 24 i 25 maja odbywać się będą w Berlinie posiedzenia związku laryngologów niemieckich; na posiedzeniach tych mają być komunikowane i omawiane uszkodzenia i cierpienia górnych dróg oddechowych oraz przetyku, w zależności od toczącej się wojny.

### N A D E S Ł A N O.

— W. Szumlański. Z kazuistyki wojennej cierpień i uszkodzeń narządu słuchowego. Odbitka z „Pamiętnika Lazaretu Miejskiego“

### TREŚĆ NUMERU.

W. Wrześniowski. Leczenie gruźlicy „chirurgicznej“ kąpielami słonecznopoietrznymi w klimacie naszym	189
Stanisław Sierakowski. O wpływie różnych sposobów przyrządzania szczepionek na miano aglutynacyjne osób szczepionych ochron-	

nie przeciw cholercie i tyfusowi (c. d.)	193
Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie kliniczne dnia 7 listopada 1916 roku	197
Posiedzenie neurologiczne d. 16 grudnia 1916	198
Wiadomości bieżące.	199
Nekrologia. Antoni Pyrz. Jan Jakimowicz	200

## Dr ANTONI PYRZ

zmarł na tyfus plamisty, którego nabawił się podczas pełnienia obowiązków lekarza sanitarnego.

Życie Pyrza to jedno pasmo zmagania się wybitnej indywidualności z przeszkodami zewnętrznymi, zmagania się, które łamią w walce o prawo obywatelstwa niejednego z należących do tego środowiska, z jakiego pochodził ś. p. Pyrz.

Urodzony w 1867 r. w ziemi stopnickiej we wsi Słupce, wyróżniał się już w szkółce elementarnej swymi zdolnościami; po ukończeniu szkoły wiejskiej wstąpił do seminarium nauczycielskiego w Jędrzejowie, gdzie wkrótce za wybitne postępy otrzymał stypendyum. Jako nauczyciel ludowy pracował siedem lat w Mogilnicy pod Kielcami, skąd udał się do Warszawy, by zdać celująco egzamin na maturę przed aeropagiem nauczycieli apuchtinowskich, którzy z podziwu wyjść nie mogli, że ów nauczyciel ludowy był tak dobrze przygotowany.

Po otrzymaniu świadectwa dojrzałości wstąpił na wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego; podczas studyów na wydziale lekarskim ś. p. An. Pyrz otrzymał złoty medal za pracę konkursową. Studya lekarskie ukończył w r. 1902 *cum eximia laude*. Dodać należy, że nie poprzestawał na studiach lekarskich, lecz uczęszczał jednocześnie i na wydział matematyczny. Dla pogłębienia wiedzy lekarskiej pracował na oddziale d-ra Dunina; potem wyjechał do klinik Berlina, Paryża i Londynu. Nie mając środków do życia, zmuszony był, jak i poprzednio, uprawiać zawód pedagogiczny, któremu odawał się bardzo sumiennie, ze szkodą dla pracy naukowej lekarskiej. Będąc lekarzem zdrojowym w Ciechocinku w ciągu szeregu lat, wiele przyczynił się swymi cennymi wskazówkami do podniesienia tego zdrojowiska. Praca ś. p. Pyrza o kąpielach kwasowęglowych, znana w literaturze balneologicznej niemieckiej, ma praktyczne zastosowanie, dzięki wprowadzeniu nowego systemu przyrządzania kąpeli kwasowęglowych. W ostatnich czasach Pyrz niejednokrotnie na zebraniach Tow. Hig. i w prasie zabierał głos w obronie organizacji opiek sanitarnych, zwalczany nawet przez pewien odłam lekarzy, nie uświadamiających sobie doniosłej roli czynnika obywatelskiego w walce z sanacją zarządzeń sanitarnych u nas.

Znając Pyrza, jako towarzysza pracy w szpitalu oraz z kilkoletniego wspólnego pobytu w Ciechocinku, mogę bez cienia frazeologii zakończyć tę krótką pośmiertną wzmiankę wyrażeniem uczucia serdecznego żalu po zgonie zacnego kolegi, człowieka o nieprzeciętnej indywidualności, pracą swą Ojczyźnie dobrze zasłużonego.

K. Szokalski.

W dniu 18 marca zmarł na tyfus plamisty w Piotrkowie

## dr JAN JAKIMOWICZ.

Urodził się na Litwie 1847 r. Gimnazyum ukończył w Rosyi, a Akademię medyczną w Petersburgu w 1875 r., poczem objął stanowisko lekarza ziemskiego w gub. Ufimskiej i Niżegorodskiej. Następnie otrzymał posadę lekarza miejskiego w Jurjewie (pow. Muromskiego) i Muromie, gdzie w 1892—93 r. odznaczył się podczas tłumienia cholery, która w latach tych grasowała nad Oką i Wołgą. W Muromie potrafił zachęcić miejscowych fabrykantów do założenia szpitala dla robotników, który przez lat kilkanaście prowadził. W r. 1888 zdawał w uniwersytecie moskiewskim specjalny egzamin na akuszerkę, która to specjalność zawsze go więcej pociągała.

W 1900 r. przeniósł się do Piotrkowa, gdzie zajmował się wolną praktyką do samej śmierci, ogólnie szanowany jako człowiek i ceniony jako lekarz. Prawie nagle, bo zaledwie 7 dni trwająca choroba, przerwała pasmo jego czynnego i zasłużonego żywota.

K.

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

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.  
Administracya otwarta w dni powszednie od 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17, półrocznie M. 8.50; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.25, na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzla i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

## Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

## Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,  
ponownie przez autorów opracowane.

**Cena Rb. 5 kop. 50, z przesyłką Rb. 6.**

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena niższa na **Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

## W y k ł a d y

# o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec,

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosacizna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów rb. 8.50; z przesyłką 9.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów rub. 5, z przesyłką rub 6.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

# Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

**T A D E U S Z K O R Z O N .**

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena Złp. 6.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.  
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Dr. med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

# CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka k. 60.  
Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka w Warszawie.

Dr J. BORZYMOWSKI.

# Zarys Chirurgii Praktycznej

dla lekarzy i studentów.

Z E S Z Y T 1.

Skład u autora (Chmielna № 62).

Cena Rb. 1.

# Z D R O W I E

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,

objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORIGINALNE. III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia. 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Hygiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCYI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenvala, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE. XIII. ŻYCIORYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.