

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. WŁ. PALMIRSKI. O szczepieniach ochronnych przeciwko płonicy. Str. 691. *Streszczenie zbiorowe* WACŁAW DOBROWOLSKI. Współczesny stan nauki o fulguracji. Str. 695. *Dział sprawozdawczy.* 126. KANN. O rozpoznawaniu początków wiału rdzenia. Str. 698.—127. EPPINGER i HESS. Przyczynki do kazuistyki zaburzeń oddechowych w wiałdzie rdzenia. Str. 699.—128. WILHELM ERB. Czy opisana przez MAXA HERZ'a „phrenocardia“ jest odrębną postacią „nerwicy serca“? Str. 699. I Zjazd Internistów Ziemi Polskich. Str. 701. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

O szczepieniach ochronnych przeciwko płonicy.

Podał

Wł. Palmirski.

Poznanie istoty chorób zakaźnych oraz wyosobnienie swoistych zarazków posłużyło do rozwinięcia nauki o odporności do tego stopnia, że osiągnęliśmy nader ważne wyniki praktyczne w postaci szczepień ochronnych w celu wywołania u ludzi odporności czynnej względem niektórych chorób zakaźnych, jak cholery, dżumy lub tyfusu brzuszego. Pod nazwą czynnego uodpornienia rozumiemy te zmiany, jakie mają miejsce w ustroju po wprowadzeniu doń zarazków lub produktów ich życiowej działalności, przyczem sam ustrój wytwarza na drodze odczynu pierwiastki ochronne.

Tego rodzaju zabiegi są dla nas zrozumiałe szczególnie w zwalczaniu tych chorób zakaźnych, których istota została dokładnie zbadaną i poznaną. Inaczej się przedstawia sprawa szczepień ochronnych względem płonicy, etyologia której nie jest jeszcze ustaloną.

Jak nam wiadomo, poznanie istoty płonicy jest trudne i zawile, ponieważ do tej pory nie mamy możności przeszczepiania jej na zwierzęta, a tem samem wyłączona jest możność sprawdzenia i ocenienia pod względem etyologicznym naszych przypuszczeń lub twierdzeń.

Jeżeli zestawimy w porządku chronologicznym to, co do tej pory zrobiono, i co rzuca pawne światło na istotę płonicy, to przyjdziemy do przekonania, że szczególniejszą uwagę w ostatnich czasach zwracano na paciorkowce.

Podczas gdy jedni autorowie przypisywali im etyologiczne znaczenie w płonicy, inni i to w dość znacznej liczbie—drugorzędną rolę. Nikt jednak nie zaprzecza wpływu ich na przebieg płonicy.

Do badaczów, którzy w płonicy widzieli czystą postać zakażenia paciorkowcami, należy zaliczyć KLEJN'a, BABES'a, D'ESPINE'a, SOERENSOEN'a, W. CLASS'a, BĄGIŃSKIEGO, SOMMENFELD'a i HLAWE; G. CROOKE zaś, A. FRAENKEL, RUSKINA, HEUBNER, MARMOREK, BUJWID, GENTLER, SŁAWYN i JOCHMANN stawiali zakażenie płonicze w zależności od zarazka, dotąd niezbadanego.

Ten ostatni w obecności paciorkowców ma znajdować przychylnie warunki dla swego istnienia, jego jadowitość wzmacnia się tak, że przenikanie przez jamę ustną, a w szczególności przez migdałki do naczyń chłonnych i krwionośnych staje się możliwem. Własności tego zarazka, chociażby w ogólnych zarysach, badacze ci nie podają.

Oprócz tego w literaturze spotykamy cały szereg autorów, jak PFEIFFER, MULLORY, DUVAL, SIEGEL, PROWAZEK, GAMALEJA i inni, którzy skłonni są przypisywać etyologiczne znaczenie w płonicy pierwotniakom. PROWAZEK zalicza pasożyta płonicy do grupy *chlamydozoen*, Mullory znajdowane przez siebie twory w komórkach nabłonkowych skóry dzieci, zmarłych na płonicę, nazywa cytostenia, SIEGEL zaś swego pierwotniaka, znajdowanego we krwi królika, uprzednio zarażonego podskórnie wyciągiem z naskórka łuszczącego się—*cytorictes scarlatinae*, a GAMALEJA badając krew, mocz, śluz z gardzieli oraz wewnętrzne narządy, znajdował pasożyta, którego nazywa ze względu na jego układ w postaci rozetki *synantooroon scarlatinae*.

Czy opisywane przez tych badaczów twory są rzeczywiście pierwotniakami, nie stanowczego orzec nie można, tem bardziej, że FIELD zapatruje się na nie jako na pewnego rodzaju zwyrodnienie zarodki komórkowej, a MÜHLENS i HARTMAN *cytorictes* SIEGEL'a w preparatach uważają za przypadkowe odłamki komórek nerwowych. Tego rodzaju zdania każą, jeżeli nie powątpiewać o pasożytniczem pochodzeniu płonicy, to przynajmniej przyjmować je z wielką ostrożnością. Nad tą sprawą dłużej zastanawiać się nie będę, chodziło mi tylko o streszczenie poglądów różnych autorów na istotę płonicy.

Przytaczając te poglądy chociaż w streszczeniu, nie mogę pominąć pracy MOSER'a, a następnie mojej z kol. B. ŻEBROWSKIM. Przyjmując odmiennosć paciorkowców MOSER i my, mieliśmy nadzieję wykazać związek przyczynowy, jeżeli surowica, otrzymywana z koni, uodpornianych paciorkowcami z płonicy, będzie miała zastosowanie w leczeniu tej choroby. Pokładane nadzieje nie w zupełności się ziściły. Prawda, surowica przeciwpłonicza lekarzy praktyków nie zadawałnia, nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że wywiera ona pewien wpływ dodatni na przebieg płonicy, szczególnie wpływa na zmniejszenie powikłań ze strony nerek, lecz przyczynowego związku paciorkowców z istotą płonicy nam jeszcze w zupełności nie wyjaśnia.

Rok 1906-ty przyniósł nam nową wiązaną faktów, które rzucają pewne światło na korzyść swoistości paciorkowca w płonicy. Są to szczepionki zapobiegawcze przeciwko płonicy, opracowane przez HABRYCZEWSKIEGO. Ze względu na ważność tej pracy poświęcić jej należy dość sporo czasu. Czy szczepionki przemawiają za swoistością paciorkowca w płonicy, rozstrzygnięcie tego pytania według mnie, należy pozostawić przyszłości, natomiast koniecznem jest zapoznać Sz. czytelników z wynikami, otrzymywanymi przy stosowaniu tych szczepionek w praktyce. Materiał statystyczny jest duży, dosięga już kilku dziesiątków tysięcy dzieci, szczepionych ochronnie.

Na nieszczęście wyniki szczepień ochronnych są umieszczane przeważnie w sprawozdaniach ziemstw. Stąd trudność zebrania i ocenienia tego materiału. Pierwszą próbę zebrania tego materiału ostatecznego, widzimy w pracy W. D. MARKUZON'a z 1908 r., niezależnie od tej pracy mamy w literaturze rosyjskiej cały szereg artykułów miejskich i ziemskich lekarzy, jak NIKITINA, LANGOWAWO, LIWSZYCA, ABAPOŁOWA, ZŁATOGOROWA, ORROWA, SZMIELEWA, FERE i innych.

Opierając się na pracy HABRYCZEWSKIEGO oraz spostrzeżeniach wyżej podanych autorów, możemy dość wszechstronnie omówić sprawę szczepionek i to, co one nam dają w praktyce.

Szczepionkami temi są zgęszczone hodowle bulionowe, zabite przez ogrzewanie przy 60° C., z dodatkiem 0,5% fenolu. Zgęszczenie według HABRYCZEWSKIEGO dokonywa się zapomocą silnej wirówki w przeciągu 10-u minut. Otrzymany osad, składający się z ciał bakterii, rozcieńczamy fizyologicznym roztworem soli kuchennej o tyle, ażeby 1 ctm. sz. takiej mieszaniny dawał 5 mlgr. suchego osadu.

W celu zapobiegawczym poraz pierwszy zastrzykujemy 0,5 ctm. sz. tej szczepionki dzieciom od 2-u do 10-u lat, następnie w przerwach 7—10-o dniowych powtarzamy szczepienia w dawkach $1\frac{1}{2}$ —2 razy większych. Dzieciom do 2-u lat zastrzykuje się dwa razy mniej [0,25 ctm. sz.], dorosłym zaś 2 razy więcej [1 ctm. sz.]. W ten sposób są przygotowywane szczepionki według HABRYCZEWSKIEGO.

Instytut Bakteryologiczny w Charkowie cokolwiek odstąpił od tej zasady. Przedewszystkiem w Charkowie przygotowują buliony z mięsa i wątroby w stosunku 1:1 z dodatkiem $\frac{1}{2}$ % cukru gronowego. Na takim bulionie paciorkowce, otrzymywane z tamponów dzieci zmarłych na płonicę, rzeczywiście rosną nadzwyczaj bujnie, tworząc grubą warstwę osadu. W celu otrzymania szczepionki sięją kilka szczepów paciorkowców. Z dwudniowej hodowli zlewają wierzchnią przezroczystą warstwę do $\frac{1}{10}$ objętości, ogrzewają pozostałą masę w przeciągu godz. przy 60°C. i dodają 0,5% fenolu.

Wychodząc z zasady, że otrzymywane paciorkowce mogą być różnej jałowitości, zastrzykują rzeczoną hodowlę królikom i świnkom podskórnice w ilości 0,05—0,1—0,3 ctm. sz. i t. d. Zwykle jedna z tych 3-ch dawek daje niewielki miejscowy naciek. Pozostaje tylko dodać 0,5% roztworu fenolu w takiej ilości, ażeby dawka, dająca odczyn u zwierząt, była zawarta w 0,5 ctm. sz. Dawka mniej więcej ma odpowiadać dawce szczepionki, proponowanej

przez HABRYCZEWSKIEGO, i w tym samym stosunku i przerwach jest stosowaną u dzieci. W celu otrzymania odporności w silnym stopniu, dzieci powinny być szczepione 3 razy.

Już obecnie nie wszyscy zgadzają się na powyższe schematyczne dawki szczepionek ze względu na odczyn niekiedy dość burzliwy i proponują dzieciom 1—2-letnim—0,1—0,15 ctm. sz. szczepionki, od 2—4 ch lat—0,2 ctm. sz., od 4—7-u lat—0,1 ctm. sz., od 7—10-u lat—0,4 ctm. sz., a od 10—12-u lat—0,5 ctm. sz.

Powtórne szczepienia w dawkach $1\frac{1}{2}$ —2 razy większych, a poraz trzeci jeszcze $1\frac{1}{2}$ raza większe dawki.

Tego rodzaju poglądy mają swoje podstawy. Szczepiąc szczepionkę poraz pierwszy w dawkach zmniejszonych, mamy możność zapoznać się z wrażliwością szczepionego osobnika na szczepionkę i w ten sposób uniknąć burzliwszego odczynu, co ma duże znaczenie ze względów praktycznych, ponieważ szczepionki powinny być zastrzykiwane 3 razy, jeżeli chcemy otrzymać w znacznym stopniu odporność. Statystyka zebrana przez MARKUZOWA, przemawia na korzyść wyżej podanego przypuszczenia, ponieważ z pośród 13500 dzieci zjawiała się zaledwie $\frac{1}{3}$ na powtórne szczepienia, a poraz trzeci szczepionki były zastrzyknięte zaledwie 800 dzieciom. Zjawisko to najczęściej było motywowane przez rodziców odczynem u dzieci szczepionych.

Wiedzieć, jaki odczyn występuje u dzieci szczepionych, według mnie, jest rzeczą bardzo ważną szczególnie dla lekarza praktyka; dlatego sprawy tej bez starannego wypróbowania i zebrania odnośnych danych pominąć nie możemy, tem bardziej, że dane statystyczne rosyjskich autorów przemawiają na korzyść tych szczepionek.

Powołując się na obserwację HABRYCZEWSKIEGO i innych autorów, możemy powiedzieć, że w miejscu zastrzyknięcia daje się uczuwać ból, występuje obrzmienie i zaczerwienienie skóry. Ciężota ciała podnosi się do 38°C ., niekiedy wyżej. Podwyższenie ciężoty trwa 1—2 dni. W przeciągu tego czasu dzieci uskarżają się jeszcze na ból głowy, nudności, brak apetytu i bezsenność. W objawach tych dają się zauważyć wahania i to w dość szerokich granicach. Zależnie od stopnia natężenia tych objawów rozróżniamy po szczepionkach odczyn słaby, średni i silny. Najczęściej słaby odczyn występuje u dzieci, które chorowały na płonicę, co według HABRYCZEWSKIEGO przemawia za swoistością szczepionki, chociaż niekiedy bywa i odwrotnie.

Sądząc z liczbowych danych, słaby odczyn waha się w dość szerokich granicach i tak: FERE notuje $3,7\%$, DOBROWOLSKA— $4,4\%$, ZŁATOGOROW— 10% , NARBKOW— 12% , ŁANGOWOJ— $16,6\%$, MARKUZON— 43% , a WAJN nawet 80% . SZMIELEW tłumaczy to zjawisko wrodzoną odpornością. Silny odczyn występuje u dzieci rzadziej. W jakich granicach są wahania, wykazują nam obliczenia niektórych autorów: z obliczeń SZMIELEWA silny odczyn wypada w 9% , DREJLINGA— 11% , DOBROWOLSKIEJ— $15,4\%$, FERE— 15% , a NIKITINA— 17% .

[D. n.].

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Współczesny stan nauki o fulguracyi.

Podał

dr Wacław Dobrowolski.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 29].

Przechodząc do objawów klinicznych, następujących po fulguracyi, wykonanej ściśle według żądań samego KEATING-HART'a, stwierdzamy czworakie jej działanie bezpośrednie: zatamowanie krwawienia, zniszczenie mas nowotworowych, obrzęk i reakcyę zdrowej tkanki. Tamowanie krwawienia rozciąga się, jak to już powiedziano wyżej, tylko na wynaczynienia włosowate, które ustają, gdy elektroda przebiega nad powierzchnią rany. Większe naczynia, oczywiście, należy podwiązywać. Tutaj też należy zaznaczyć, że wogóle na większych naczyniach, na jelitach, pęcherzu i moczowodach fulguracya może być stosowana tylko z wielką ostrożnością, ponieważ silne uderzenie iskry może przedziurawić każdy z tych narządów. Jeżeli pewne miejsce przez dłuższy czas podlega działaniu isker, to tworzy się suchy śmierzdzący strup. Ten niepożądany efekt jest następstwem działania gorąca iskry—można go uniknąć łatwo, trzymając elektrodę w pewnem oddaleniu od rany. Działanie wysokiej temperatury, jak wogóle całe działanie iskry, jest tem większe, czem bliżej ciała znajduje się elektroda. W ciągu pier wszych 24-ch godzin tkanka zostaje przesiąknięta bardzo obfitą, krwawo zabarwioną surowicą, wyciekającą z rany; po kilku dniach miejsce surowicy zastępuje wysięk surowiczoropny. Wyciekanie z rany przesięku surowiczego, jest, jak sądzi KEATING-HART, oznaką pomyślnej reakcyi, gdy brak tegoż stanowi o rokowaniu niepomyślnem. Reakcyja tkanki jest w części miejscową, w części zaś ogólną. Miejscowy odczyn ujawnia się w zadziwiającej zdolności do zabliznienia uporczywych, smrodliwych i bolesnych owrzodzeń, zaś działanie oddalone—w ustaniu nieznośnych bólów w krzyżu, w zabliznianiu nieleczonych owrzodzeń skóry, w znikaniu, według obserwacyi KEATING-HART'a, powiększonych gruczołów i t. p. Wprawdzie te przemiany wsteczne przerzutów oznaczają tylko chwilowe, a nie stałe zatrzymanie rozwoju. Zwłaszcza przy raku języka, gdzie jakoby fulguracya miała dawać bardzo dobre wyniki, stwierdzenie zanikania nacieków nie powinno upoważniać do wniosku, że nie warto więcej doszukiwać się obecności tychże przerzutów.

Technika opisywanej operacyi elektro-chirurgicznej składa się z 3 zasadniczych momentów: 1) pierwiastkowe fulgurowanie przez 5—40 miut, z jednoczesnem ochładzaniem prądu kwasem węglanym lub ciepłem powietrzem, albo i bez ochładzania; 2) zastosowanie noża [wzgl. ostrej łyżeczki]; 3) powtórne fulgurowanie. Korzyść uprzedniego, t. j. przed zabiegiem krwawym, stosowania isker elektrycznych jest, zdaniem KEATING-HART'a, wieloraka: zwężające naczynia działanie iskry zmniejsza krwawienie miaz-

szowe, dzięki czemu przy następnym zabiegu krwawym łatwiej jest odnaleźć granice pomiędzy tkanką zdrową i nowotworową; w związku z tem zmniejsza się i niebezpieczeństwo reimplantacji na powierzchnię rany. Oczywiście, jeżeli nowotwór jest pokryty nieuszkodzoną skórą, to uprzednio należy wykonać cięcie skórne dla obnażenia guza, resp. dla bezpośredniego oddziaływania przedniej fulguracji na nowotwór. Jednakże, pomimo tych wielostronnych korzyści, jakie, zdaniem KEATING HART'a, daje u p r z e d n i a fulguracja, rzadko kto ją stosuje. — Drugą fazę stanowi zabieg krwawy: guz wyłuszczamy nożem w granicach zdrowych tkanek, a jeśli jest miękki — to wyskrobujemy go ostrą łyżeczką; twarde i wogóle podejrzane brzegi rany rany wycinamy nożem czy nożyczkami, jednym słowem, usuwamy namacalny nowotwór z możliwą dokładnością. Szczegółowe zbadanie sąsiednich zdrowych tkanek jest nieodzowne, aby nie przeoczyć i nie pozostawić któregośkolwiek z licznych, rozsianych i leżących nieraz w pewnem oddaleniu guzków nowotworu. Po ukończeniu zabiegu krwawego należy ranę dokładnie osuszyć i poddać powtórnej fulguracji, nie opuszczając w tem żadnego jej działka, co ma trwać według CZERNY'ego 10 — 15 minut, a według KEATING-HART'a, zależnie od osobistego doświadczenia. Fulgurowanie pooperacyjne ma na celu zniszczyć pozostałe komórki rakowe, albowiem, zdaniem K. - H. i niektórych jego zwolenników, iskra elektryczna działa elektywnie, niemal specyficznie, na komórki nowotworów złośliwych, oraz i tkankę łączną międzykomórkową, o ile jest ona miękka. Wreszcie ranę c z ę ś c i o w o zamykamy, włożywszy dreny, lub też nie nakładamy szwów zupełnie. W każdym bądź razie nie może być nawet mowy o całkowitem zaszywaniu fulgurowanych ran, a to ze względu na bardzo obfitą wydzielinę.

CZERNY spróbował zmodyfikować do pewnego stopnia technikę, podaną przez KEATING-HART'a. A mianowicie, według analogii z dawną elektropunkturą, Cz. zaopatrzył elektrodę w 3 igły, które przy raku pozaszczękowym z wysadzeniem gałki ocznej, i ślepotą wkłówał w powiększone *gl. carotilaeae* lub w guz na podniebieniu podczas gdy bujające w przewodzie nosowym masy polipowate fulgurował elektrodą w gilzie, poczem chory zaczął uczuwać wyraźną poprawę. Głęboko leżące guzy Cz. fulgurował tylko igłami. Pierwszą metodę Cz. nazywa fulguropunkturą, a drugą — fulgurolizą. Probowano też i innej modyfikacji: zamiast jednego bieguna, stosowano fulgurację dwubiegunową. Zresztą, wszystko to sprowadza się do zasadniczej myśli samego KEATING-HART'a.

Jeżeli teraz rozejrzyjmy się w ocenie tych wyników praktycznych, jakie rozmaici autorzy otrzymali i ogłosili po stosowaniu fulguracji, to łącznie przekonamy się, iż liczba gorących zwolenników metody KEATING-HART'a jest, jak dotychczas, dosyć szczupła. Oświadczyła się za nią przeważnie szkoła francuska, a z Niemców — głównie CZERNY. Jednym z fanatyków fulguracji jest chirurg z Marsylii, dr JUGÉ, który na zeszłorocznym kongresie chirurgów francuzkich wypowiedział się w sposób następujący: „Według wyników mojej osobistej praktyki, sądzę, iż metoda fulguracji poważnie zmienia zasady leczenia chirurgicznego guzów rakowatych. Dzięki fulguracji niema już koniecznej potrzeby usuwania guza zdaleka od jego granic, w tkankach zdrowych; ja nie idę nożem dalej, jak na milimetr poza wyraźne brzegi nowotworu. Przytem nie zachodzi potrzeba wycinania *en bloc* masy rakowatej i jej terytorium limfatycznego, wreszcie można *par morcellement* usuwać nowotwory, które się uważa za niemożliwe do zoperowania“. Na tymże kongresie DURET przedstawił 40-letnią chorą, która miała znacznych rozmiarów guz rakowy w okolicy szyjno-szczękowej, z głębokimi zrostami i przetokami, i której liczni chirurdzy nie chcieli operować, uważając za *casus absolute inoperabilis*. DURET razem z DESPLATS usunęli guz *par morcellement*, co się tyl-

ko dało, a ranę fulgurowali w ciągu 15-u minut. Po 15-u dniach, znalazłszy na dnie rany podejrzane guziki, powtórzyli pod narkozą fulgurację i w 6 tygodni otrzymali zupełne zabliznienie. WALTHER potwierdził w zupełności twierdzenia DURET'a. DELHERM opisuje przypadek nabłoniaka skórniego dolnej powieki, bezskutecznie leczonego promieniami ROENTGEN'a. Sprobowano wówczas fulguracji: po 5-u seansach guz znikł zupełnie. Po upływie 2½ lat niema ani śladu dawnego cierpienia. ZIMMERN, opierając się na 50 obserwacjach, podnosi wysoko wartość fulguracji, lecz tylko jako środka „*ouloplastique*” [ὄβλη—blizna, πλάσσω tworzę] zwłaszcza przy ranach uporeczywych, trudno lub wcale się nie gojących. LUCAS-CHAMPIONNIERE rokuje fulguracji poważne stanowisko w leczeniu raka, przypuszczając, że po pewnych udoskonaleniach nowa metoda może wywrzeć głęboki wpływ na technikę operacyjną guzów złośliwych. FAURE zaleca fulgurację przy ranach atonicznych, owrzodzeniach, przetokach i gruczlicy.

SCHWARTZ stosował fulgurację u 15 u chorych, bądź u rakowatych, bądź z mięsakami rozmaitych narządów. Trzej chorzy zmarli, lecz niezależnie, zdaniem autora, od samej fulguracji; w jednym tylko przypadku objawy zapalenia otrzewnej należy przypisać fulguracji. U wszystkich pozostałych osobników wyzdrowienie osiągnięto bardzo łatwo i zabliznienie nastąpiło szybko. Sam KEATING-HART jakoby otrzymywał 95% wyleczeń przy rakach skórnych, 40—50%—przy rakach gruczołowych [sutek], 20—25% przy rakach śluzowych. Pozzi fulgurował raki macicy, już nie nadające się do operacji, i stwierdza, że fulguracja tamuje krwawienie, znieczula i niszczy tkankę nowotworową w sposób elektryczny. Po takim seansie elektrycznym można łyżką lub nożem usunąć odnośne masy nowotworu zupełnie bez krwawienia. Pozzi wraz ze swymi asystentami niejednokrotnie stwierdzał po fulguracji rozmięczenie nawet twardych mas guza, które przedtem były zupełnie niedostępne dla łyżeczki. DESPLATS podnosi niszczące działanie iskry elektrycznej na chorą tkankę, do czego się przyłącza jeszcze pobudzenie czynności reakcyjnej ze strony zdrowej tkanki i inne dobroczynne następstwa takiego leczenia. Wobec tego wszystkiego, D. zachęca do stosowania podobnej metody, jak również ROSENKRANZ i SONNENBURG. Na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie CZERNY zaznaczył, iż po stosowaniu fulguracji otrzymywał wyniki wielce rozmaite. W swoich wnioskach opiera się na 200 seansach fulguracji, stosowanych u 163-ch chorych, z których pewna liczba, jak się zdaje, wyzdrowiała. Autor mniema, że iskra działa na protoplazmę komórki rakowej, która w tym względzie jest słabszą od innych. Rzadko kiedy można było zauważyć rozwijanie się guza w następstwie fulguracji. Szczególniej uderza szybkość zablizniania się. Wprawdzie epidermizacja rany nie przeszkadza tworzeniu się nawrotu, lecz chorzy wolni są od tych dolegliwości, jakie powoduje długotrwała, niezagojona rana. Fulguracja dwubiegunowa z wkłuwaniem igły w nowotwór jest energiczniejsza. Istnieją jednakże, przyznaje Cz., granice skuteczności fulguracji. Można powierzchowne, owrzodziałe, mianowicie miękkie raki usuwać fulguracją, wyskrobywaniem i powtórzną fulguracją, otrzymując w ten sposób zabliznienie—i tym względzie fulguracja stoi o wiele wyżej od promieni radium i rentgenowskich. Lecz na głęboko usadowione raki jej działanie jest minimalne.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

126. Kann. O rozpoznawaniu początków władu rdzenia.

Dzięki znacznym postępom w dziedzinie rozpoznawania władu rdzenia, umożliwiającym wczesne rozpoczęcie leczenia, rokowanie w cierpieniu tem stało się o wiele pomyślniejszem.

Zawsze pamiętać należy, że przez całe szeregi lat możemy mieć do czynienia z kilku, albo jednym tylko objawem władu, przeoczenie którego prowadzi do fałszywego rozpoznania.

Przy zbieraniu wywiadów należy: 1) stwierdzić lub wykluczyć przebyte zakażenie syfilisem; 2) dokładnie rozpytać się o zaburzenia przy oddawaniu moczu: czy parcie na mocz nie stało się rzadszem, czy nie trzeba dłużej czekać, czy po obfitszych trunkach parcie nie staje się nieznosnem [parcie impertywne], czy po parciu i emocjach nie odchodzi mocz mimowoli; 3) wy badać, czy nie jest osłabiona zdolność spółkowania; 4) pamiętać o tem, że w razie nieobecności charakterystycznych bólów przeszywających, mogą być bole reumatyczne, albo tępe, swidrujące; 5) że parestezye zamiast w palcach rąk i nóg i poduszach, mogą być również w mosznie i kroczu; 6) wreszcie uwagę lekarza zwracać powinny: nerwobole n. trójdzielnego oraz między-żebrowe, brak łaknienia, zaparcie stolca, oraz różne sensacje słuchowe i węchowe.

Do rzędu wczesnych objawów obiektywnych, umożliwiających wczesne rozpoznanie władu rdzenia, należą: 1) objaw ARGYLL-ROBERTSON'a; charakterystyczną jest nieruchomość źrenic tylko zwrotna, a nie całkowita; zwężenie źrenic, towarzyszące nieruchomości zwrotnej tychże, spotyka się w 90% przypadków i przez szereg lat [w przypadkach, opisanych przez ERB'a—przez lat 20] stanowić może jedyny objaw władu; 2) niedowład n. odwodzącego oraz okoruchowego, prowadzący do widzenia niewyraźnego [a nie zdwojonego], nieznacznych zaburzeń ruchowych oczu, lekkiego opuszczenia powiek [nie ptozy], zmniejszenia szpary powiekowej i t. d.; często zaburzenia te bywają z jednej tylko strony; zapalenie n. wzrokowego spotyka się w 10% przypadków; 3) brak odruchu ścięgna Achillesa, który, według nowszych badań, zdaje się być ważniejszym od objawu WESTPHAL'a; 4) brak odruchu ścięgna m. trójgłowego, zwłaszcza jednostronny [według FRENKLA]; 5) osłabienie czucia bólu przy ucisku na n. łokciowy i strzałkowy; 6) hypotonia mięśni, prowadząca do nienormalnie wielkiej amplitudy ruchów [FRENKEL]; 7) objawy bezładu, który bywa prawie zawsze w początkach władu [wbrew pogładowi LEYDEN'a, który dzieli wład rdzenia na 3 okresy: preataktyczny, ataktyczny i paralityczny], bywają nieraz bardzo nikle i dlatego, w celu ich wykrycia, trzeba choremu utrudniać zadanie [np. ustawić stopy jedną przed drugą—w celu wykrycia objawu ROMBERG'a]; 8) zniesienie lub osłabienie czuć bólu w obrębie kończyn dolnych [później dopiero następuje zniesienie czuć dotykowych]; wzmożenie wrażliwości na podniety chłodu; osłabienie głębokich czuć stawowych oraz czuć kostnych [EGGER]; 9) oprócz napadów żołądkowych [z początku tylko mdłości, czkawka, ślinotok, później wymioty], zdarzają się jeszcze napady analne, części rodnych i krtaniowe; wreszcie 10) porażenie nerwu dodatkowego, tachykardia [porażenie n. błędnego], *herpes zoster*, choroby kości i stawów.

Ważne znaczenie ma cytodyagnostyka WIDAL'a, który stwierdził zwiększenie ilości limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym [100—200 w jednym

polu widzenia; prawidłowo tylko 2—4]; w związku z tym objawem znajduje się teoria MARIE'go i NAGETTE'a, według której punktem wyjścia dla władu jest „syfiliza opon.”

Jakie znaczenie ma odczyn WASSERMAN'a [dodatni w 60—70%, przypadków władu]—nie jest jeszcze rozstrzygniętem.

Wczesne rozpoznanie władu nie jest sprawą pod względem leczniczym obojętną. Jeżeli bowiem zamiast władu rozpoznamy neurastenię, histerię albo reumatyzm, to odpowiednią kuracją możemy dużo choremu zaszkodzić [np. zaleceniem chodzenia po górach i kąpielami]. Natomiast, jeżeli rozpoznawszy początki władu, zabronimy choremu [w myśl teorii EDINGER'a] wszelkich wysiłków i zalecimy właściwą higienę i dyetetykę,—to przyniesiemy mu ogromną korzyść.

(Berl. klin. Woch. 1909. Nr 25).

K. Oczealski.

127. Eppinger i Hess. Przyczynek do kazuistyki zaburzeń oddechowych w władzie rdzenia.

38-letni mężczyzna [przed 12-u laty zaraził się syfilisem], cierpiący od pół roku na typowe objawy władu rdzenia, przechodził dwa napady żółdkowe (*crise*), w postaci nieustających kilkodniowych wymiotów. Podczas trzeciego napadu [na klinice] stwierdzili autorowie zaburzenia w oddychaniu, polegające na przerwach w oddechu, trwających nie dłużej, niż minutę, przy czem chory przytomności nie tracił. Wdechy pomiędzy przerwami były przeważnie bardzo powierzchowne i częste, rzadziej głębsze i nieliczne. Ciśnienie krwi [zmierzone przyrządem GAERTNER'a] opadło do 70—80 mm. Hg [pierwotnie 100]. Autorzy posiadają 6 krzywych oddechowych [zdjętych przyrządem HOFBAUER'a], w zupełności potwierdzających dane obserwacji. Jest to ciekawe, że przerwy w oddychaniu trwały o 3 dni dłużej od napadu żółdkowego.

Autorzy powstrzymują się od wyjaśnienia tego przypadku, zaznaczają tylko niezgodność jego z temi przypadkami, które w ostatnich czasach opisali LOEB, HOOVER, PAL i EGGER. Ten ostatni opisał bowiem habitualne przerwy w oddechu, poprzedzane szeregiem energicznych wdechów. Pierwsi trzej opisali zaburzenia oddechowe, występujące przy napadach krtaniowych (*Larynx-krisen*), trwające do 20-u minut i nieraz prowadzące do sinicy, drgawek i śmierci.

(Wien. klin. Woch. 1909. Nr 24).

K. Oczealski.

128. Wilhelm Erb. Czy opisana przez Maksa Herz'a „phrenocardia” jest odrębną postacią „nerwicy serca”?

Pod nerwicami serca pojmuje autor czuciowe i ruchowe zaburzenia serca i jego czynności, dla wyjaśnienia których jakabądź organiczna zmiana w układzie nerwowym serca i w mięśniu sercowym nie daje się stwierdzić, a nadto i przypuścić; cierpienie to przebiega bez znacznych zaburzeń ogólnego krwiobiegu.

Dzisiaj możliwą jest tylko taka czysto kliniczna definicya, wskazująca na to, że chodzi tu o zaburzenia wyłącznie czynnościowe.

Nerwica serca jest cierpieniem bardzo częstem [autor rozpoznawał ją w 450 przypadkach na 4500 w ciągu lat 5-u]. Często występuje obok zmian organicznych w sercu [nerwów, mięśnia, zastawek].

Klasyfikacya różnorodnych postaci nerwicy serca jest bardzo trudna [oprócz prostego podziału na czuciowe i ruchowe]. Nie zadawała nas klasy-

fikacya etyologiczna [neurastenia, histerya, zatrucia, uraz, przestrach i t. d.], ani też klasyfikacya na podstawie objawów [tachykardia, arytmia, tachyarytmia i t. d.]. Sprowadzanie zaś objawów chorobnych do uchyleń od normalnych fizyologicznych czynności układu nerwowego serca jest dzisiaj rzeczą jeszcze niemożliwą.

MAKS HERZ wyodrębnił niedawno specyjalną postać nerwicy serca, którą nazwał *phrenocardia* i postawił w zależności od spraw psychicznych w dziedzinie płciowej [MAKS HERZ: *Die sexuelle psychogene Herzneurose (Phrenocardie)*. Wiedeń i Lipsk, 1909]. Na cierpienie to składają się, według HERZ'a, 3 objawy główne [ból, zmiany w oddychaniu i bicie serca], szereg objawów pobocznych, oraz „napady phrenokardyalne,” częstość których bywa rozmaita.

„Ból serca,” odczuwany w okolicy serca w postaci ukłuć, kurczów, zranień, bywa różnego napięcia i widocznie znajduje się w związku z oddychaniem, nieraz bywa lokalizowany w przeponie [„phrenodynia“]; prawdopodobnie nie powstaje on w sercu.

Zaburzenia w oddychaniu polegają na bardzo powierzchownych wdechach skutkiem zahamowania czynności przepony, oraz na uczuciu ucisku w pierśsiach; natomiast brakuje prawdziwej duszności. Dalej idą bicie serca i różne sensacje sercowe, wzmożone jeszcze przez podniecenie i napiętą uwagę. Z tymi 3-ma objawami łączy się nadto cały szereg objawów neurastenicznych.

Napad „frenokardyalny” przedstawia obraz najwyższego podniecenia i silnych cierpień psychicznych: klucie i bole w sercu, przyspieszenie tętna, embryokardia, nadczułość skóry; bolesne wdechy, czasem zatrzymanie oddechu [do 30-u sekund], wdechy powierzchowne, wydechy krótkie, energiczne, brak właściwej duszności; dreszcze nerwowe, wzmożony popęd ruchowy, oddawanie obfitego moczu (*urina spastica*). Obraz więc zupełnie odmienny od dusznicy bolesnej i łatwy do odróżnienia. Cierpienie bywa najczęstszem u kobiet w średnim wieku.

Przyczyną ma być, według HERZ'a, cały szereg spraw, które wywołują „tęsknotę za miłością,” a więc: niezadowolenie ze stosunku małżeńskiego [młode mężatki], używanie środków ochronnych, podniecenia płciowe, nieznaną ce ujęcia, homoseksualne skłonności, psychopłciowe urazy, zawody miłosne i t. d. Natomiast mniejszą znacznie wagę przypisuje HERZ obarczeniu dziedzicznemu i nadużyciom płciowym.

Zachęcony badaniami HERZ'a, opisuje autor 25 własnych przypadków [19 kobiet i 6-u mężczyzn], które odpowiadają powyższemu obrazowi „frenokardyi.” W 9-u z nich były pewne dane co do różnych zaburzeń w sferze płciowej; u pozostałych 16-u tylko podejrzenia. Objawy choroby i skargi chorych najzupełniej potwierdzają opisy HERZ'a. Na pytanie, postawione w nagłówku, odpowiada więc autor twierdząco.

Pod względem leczniczym za najważniejsze uważa autor, wspólnie z HERZ'em, zadośćuczynienie wskazaniami przyczynowym, oraz psychoterapię. Dalej idą zwykle *tonica* i *nervina*, masaż wibracyjny, gimnastyka, kąpiele i środki uspakajające.

(*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 22).

K. Oczesalski.

I Zjazd Internistów Ziemi Polskich.

Zjazd rozpoczął się w poniedziałek dnia 19. VII. w Klinice Medycznej Un. Jag. Udział w Zjeździe wzięło więcej, niż 200 uczestników. Reprezentowane były władze krajowe i autonomiczne, Tow. Lekarskie i Redakcje czasopism lekarskich z całego obszaru ziem polskich. Zagałę Zjazd prezes komitetu urządzającego prof. dr WALERY JAWORSKI.

„Myśl urządzenia zjazdów internistów polskich, mówił prof. JAWORSKI, kielkowała już dawno, tak w Warszawie, jak i w Krakowie, a urzeczywistnienie tej myśli stawało się z roku na rok coraz większą koniecznością.

Za zjazdami przemawiają względy naukowe, zawodowe, społeczne, a w naszych stosunkach narodowe.

Zjazdy lekarskie mają uwidocznic poziom wiedzy lekarskiej u nas, uchrońć go, aby się nie obniżał, i zachęcić nas do pracy nad postępem nauki.

Mają one dać obraz stosunków zdrowotnych naszego społeczeństwa, zwłaszcza tam, gdzie one jeszcze przez władze nie są uwzględnione i muszą nawoływać rządy i społeczeństwo do poprawy stosunków sanitarnych.

Mają one być skarbem czystości i miejscem dla urabiania się języka lekarskiego polskiego i oznaką jedności narodowej.

Z biegiem czasu wyłoni się na zjazdach jeszcze wiele kwestyi wspólnych, które będą obchodziły wszystkich lekarzy na ziemiach polskich“.

Myśl zwołania Zjazdu internistów polskich skryształizowała się w roku 1907 na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy we Lwowie. Tam koledzy warszawscy i lwowscy wyrazili życzenie odbycia Zjazdu internistów w Krakowie i powierzyli prof. JAWORSKIEMU jego zorganizowanie.

Pomimo niedostatecznej liczby warsztatów naukowych, mówca zaznaczył, że program naukowy Zjazdu okazuje się wcale pokaźnym. Znajdujemy w nim najnowsze i najważniejsze zagadnienia wiedzy lekarskiej, zaprzątające umysły zagranicznych badaczy: jak działanie radu na ustrój, serodyagnostykę syfilisu, metodę opsoninową w chorobach zakaźnych, badanie poszczególnych ruchów i schorzeń serca metodą elektroświatłną; następuje kwestyę dla naszego społeczeństwa pierwszorzędnego znaczenia, jak pozbycie się plagi gruźliczej; wreszcie poruszona była aktualna kwestya praktyczna, która obchodzi w równej mierze tak lekarzy, jak i leczącą się publiczność, t. j. zapobieżenie rozwielenianiu się szalibierstwa i bezwartościowych leków.

Pokazuje się, że lekarze polscy kroczą z postępem naukowym. I musimy to im przyznać, że to się dzieje własnymi ich siłami.

Do przedstawicieli prasy, która niesie oświatę i uświadenienie w najszerzej warstwy naszego społeczeństwa, zwrócił się prof. J. z prośbą, aby zechcieli przysłuchiwać się cierpliwie obradom, które wykażą, że lekarze polscy stoją na tej samej wyżynie wiedzy lekarskiej, co i zagraniczni, i na to samo zaufanie zasługują, że nadto zajmują się żywo kwestyami społecznymi. Wbrew swym interesom materyalnym z własnej inicjatywy zakładają dla dobra swego społeczeństwa stowarzyszenia higieniczne, ratunkowe, przeciwgruźlicze i inne, a czynią to własnymi siłami nawet bez poparcia interesowanego społeczeństwa.

Nawoływają oni równocześnie władze do polepszenia stosunków sanitarnych w kraju.

Lekarze polscy są w naszym społeczeństwie czynnikiem postępu, kroczącym naprzód, lecz nie rozszadającym społeczeństwa na kasty i partye, ale

łączącym i jednoczącym je w imię zasad humanitarności i miłości bliźniego. Naszymi przodownikami w tym kierunku są przedwcześnie zgaśli Mężowie ś. p. HENRYK JORDAN w Krakowie i ś. p. TEODOR DUNIN w Warszawie.

Wreszcie prof. J. zwrócił się z prośbą aby prasa szerzyła w najszerszych warstwach naszego społeczeństwa zrozumienie intencji i usiłowań lekarzy, aby społeczeństwo w swym własnym interesie ich rozumiało i popierało.

Społeczeństwo nasze zechce sobie uprzytomnić, że tylko dzięki postępowi wiedzy lekarskiej trąd, czarna ospa, dżuma nie są dziś owym średnio-wiecznym biczem bożym; cholera, szkorbut, dyzenterya, róża przyrzanna, gorączka płożowa i wścieklizna nie przejmują tą grozą, co lat temu kilkadziesiąt.

Im społeczeństwo lepiej zrozumie lekarzy, im wcześniej i energiczniej ich usiłowania popierać będzie, tem lepiej będzie dla niego.

Z kolei nastąpiły przemówienia powitalne:

Krajowy referent sanitarny Radca Dworu dr MERUNOWICZ.

Członek Wydziału krajowego dr BERNADZIKOWSKI.

Prezydent miasta Krakowa dr LEO stwierdza, iż pierwszym prezydentem m. Krakowa był słynny internista prof. DIETL. Zachowując tradycje tego znakomitego męża, miasto wyteża wszystkie siły w kierunku poprawy stosunków sanitarnych i liczy na chętną pomoc lekarzy, których dzisiaj najserdeczniej wita.

Imieniem instytucji naukowych witali Zjazd i składali mu życzenia owocnej pracy:

Prof. dr CYBULSKI imieniem Akademii umiejętności.

Prof. dr GLUZIŃSKI imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego.

Dziekan Prof. dr WACHHOLZ imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Od Towarzystw lekarskich przemawiali:

Dr GANTKOWSKI imieniem Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu.

Dr ALFRED SOKOŁOWSKI imieniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Dr RZĘTKOWSKI imieniem Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warsz.

Dr JANUSZKIEWICZ imieniem Towarz. lekarzy polskich w Kijowie.

Dr OPOLSKI imieniem Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Dr SZYMAŃSKI [Chicago] imieniem lekarzy polskich z Ameryki.

Dr FIDLER imieniem Towarzystwa lekarskiego radomskiego.

Prof. dr RENCKI imieniem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Prof. dr DOBROWOLSKI imieniem Towarzystwa lek. krakowskiego.

JAN Hr. POTOCKI imieniem Towarzystwa balneologicznego polskiego.

Dr BRUDZIŃSKI imieniem Sekcji pedyatrycznej w Łodzi.

Dr ZANIEWSKI imieniem komitetu międzynarodowego Zjazdów dla elektrologii i fizjoterapii.

W końcu zabrał głos imieniem prasy lekarskiej polskiej dr JÓZEF ZAWADZKI.

I REFERAT GŁÓWNY.

a) Dr KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI—Warszawa. „O leczeniu gruźlicy płuc“.

Referent rozważa sprawę kryteriów wyleczenia gruźlicy płuc z punktu widzenia anatomo-patologa, socjologa, higienisty i klinicysty; stwierdza, że zupełne pod względem klinicznym wyleczenie chorego na gruźlicę płuc jest

możliwe, choć w praktyce rzadko i trudno osiągnąć się daje; zastanawia się nad tem, w jakich przypadkach leczenie gruźlicy płuc ma szanse najlepsze; wreszcie omawia rozmaite sposoby i metody leczenia gruźlicy płuc, jak oto: 1) farmakoterapia, 2) leczenie sanatoryjne, 3) leczenie specyficzne [zwłaszcza leczenie tuberkuliną], 4) leczenie chirurgiczne. Pod względem liczby wyników dodatnich z powyższych metod na miejscu najpierwszym stawia metodę leczenia sanatoryjnego.

b) Dr J. BRUDZIŃSKI [Łódź]. „O zapobieganiu i leczeniu gruźlicy płuc u dzieci“.

Br. omawia częstość gruźlicy płuc u dzieci i śmiertelność z powodu gruźlicy w różnym wieku, potem daje rys dróg zakażenia gruźliczego w celu wyświeetlenia kierunku, w jakim pójść powinny usiłowania zapobiegawcze, podnosi sprawę usposobienia do gruźlicy, przyczem omawia teorię FREUND'a z punktu widzenia zapobiegawczego, z tego też punktu omawia znaczenie odczynów PIRQUET'a i CALMETTE'a, nakreśla sposoby zapobiegania gruźlicy płuc u dzieci [uzdrowiska dla dzieci słabowitych], mówi o gruźlicy w szkole i roli szkoły w walce z gruźlicą. Na zakończenie omawia sprawę leczenia gruźlicy płuc u dzieci [uzdrowiska dla dzieci gruźliczych] oraz próby i widoki leczenia swoistego. Myśl przewodnia prelegenta: gruźlica powstaje w wieku dziecięcym, przeciwko tej gruźlicy dziecięcej najusilniejsze skierować należy zabiegi zapobiegawcze i lecznicze.

O D C Z Y T Y.

1) Dr KAZIMIERZ DŁUSKI—Zakopane.

I. Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy.

II. O stosowaniu tuberkuliny BERANECK'a w Sanatorium w Zakopanem.

a) Omawiając tuberkulinę KOCH'a i pokrewne preparaty, wykazuje sprzeczność w teoretycznych uzasadnieniach leczenia swoistego i sprzeczności w stosowaniu klinicznym. Podnosi trudność udowodnienia ze stanowiska empirycznego wyższości leczenia swoistego nad metodą higieniczno-dyetyczną, wreszcie omawia dawne sprzeczne teorie o odczynie tuberkulinowym. Z nowszych rozpatruje teorię „allergii“ v. PIRQUET'a i teorię „lizyn“ WOLF-EISNER'a w związku ze swoistem leczeniem gruźlicy, podnosi szereg objawów klinicznych, które mimo tych teorii pozostały niewyjaśnione. Po ogólnych uwagach o antytuberkulinie, którą uważać nie można za antytoksynę, stwierdza prelegent, że sprawa uodpornienia przeciw lasecznikowi KOCH'a jest dotąd niejasną.

b) W drugiej części wykładu omawia prelegent tuberkulinę BERANECK'a, teoretyczne jej uzasadnienie podane przez autora, właściwości i sposób przygotowania tejże, doświadczenia BERANECK'a nad zwierzętami, kliniczne i teoretyczne uzasadnienie przez SAHLI'ego, metodę SAHLI'ego i szczegóły klinicznego stosowania, wreszcie wyniki otrzymane w klinikach z Tbk. Prelegent stosował Tbk. w sanatorium w Zakopanem wedle metody SAHLI'ego,—podaje sposób stosowania i przebieg kliniczny przypadków leczonych. Wyniki pomyślne uzyskane w 61%, mianowicie wyleczono w znaczeniu klinicznym 25%, znaczna poprawa w 36% przypadków.

2) Dr GANTKOWSKI [Poznań]. „Krótki pogląd na działalność miejskich stacyi opiekuńczych w Poznaniu dla gruźliczych i alkoholików“.

W większych miastach niemieckich istnieją stacye dla gruźliczych i alkoholików. Kierownikiem stacyi jest lekarz, któremu dopomagają siostry

miłosierdzia, specjalnie w sprawach gruźlicy wykształcone. Siostry te odwiedzają mieszkania chorych, uświadamiają ich i ich rodzinę, rozdają spluwaczki, środki odkażające, starają się o lepsze pożywienie, w razie śmierci lub przeprowadzki dbają o należyte odkażenie mieszkania.

Stacya poznańska przez ostatnie lat 12 wykonała badań 2552; siostry stacyi odbywały dziennie przeciętnie 15 wizyt, spełniając wyżej wymienione funkcje. W podobny sposób urządzona jest stacya miejska dla alkoholizmu, kieruje nią również lekarz przy pomocy sióstr—wyniki pomyślne.

Wnioski: jest rzeczą konieczną, by gminy zakładały stacye opiekuńcze dla gruźliczych i alkoholików, lekarze polscy w tym kierunku powinni im być pomocni.

3) Doc. dr SZUMOWSKI [Szczawnica]. „O leczeniu gruźlicy metodą KROKIEWICZA“.

Leczył metodą KROKIEWICZA, tak pigułkami jak i iniekcjami, 7 przypadków, 4 ambulatoryjnie, 3 w klinice, ujemnych stron leczenia nie widział.

4) Prym. dr KROKIEWICZ [Kraków]. „Wyniki leczenia gruźlicy własną metodą“.

Na wstępie rozważa prelegent drogę zakażenia gruźliczego. Sporządził kombinację przetworów: *Kali sulfo-guajacolicum*, *guasanolu*, *eucaliptolu*, *thymolu*, *salolu*, *atoxyli* i *hetolu* pod nazwą—*Pillulae eucalpti*; do wstrzykiwań używał *tuberculol*, *luptubercul* w nadzwyczaj małych dawkach wspólnie z pewnymi przetworami farmakologicznymi. Zastosował 6595 wstrzyknięć u 253 chorych w rozmaitych okresach i rozmaitych formach gruźlicy. Spostrzegał znaczne korzyści tej metody, głównie w gruźlicy płuc I i II okresu.

5) Dr J. BRUDZIŃSKI [Łódź]. „O nowych objawach w zapaleniu opon mózgowych u dzieci [objaw karkowy i odruch drugostronny]“.

Br. stwierdził 2 nowe objawy w zapaleniu opon mózgowych u dzieci: odruch drugostronny polegający na tem, że zgięcie bierne jednej kończyny dolnej wywołuje zgięcie odruchowe drugiej.

Objaw ten występował także u dzieci upośledzonych w rozwoju fizycznym i psychicznym w wieku niżej lat 2-eh, tłómaczy prelegent zatrzymaniem rozwoju ich systemu nerwowego. Odruch ten zalicza do kategorii współruchów; występuje on w 60% przypadków. Objaw karkowy polega na tem, że przygięcie bierne karku ku przodowi wywołuje zgięcie kończyn dolnych w stawie kolanowym i biodrowym. Objaw ten, zdaniem Br., dyagnostycznie bardzo ważny, bo częstszy, niż objaw KERNIG'a i BABIŃSKIEGO.

6) Dr RADLIŃSKI [Kraków]. „O operacyjnem leczeniu rozedmy płuc“.

Prelegent omawia anatomię patologiczną, patologię i klinicę t. zw. Freundowskiej rozedmy płuc, podaje 7 przypadków operowanych zagranicą i 2 operowane przez prof. KADERA w klinice krakowskiej. Zmiany pooperacyjne zachęcają do operacyjnego leczenia rozedmy. Doświadczenie kliniki mówi, że operacje należy wykonywać dwuczaso-wo. Trudno rozstrzygnąć, czy używać chondrotomii czy kostotomii.

Należałoby rozszerzyć wskazania do operacji FREUND'a—mianowicie wogóle na unieruchomienia klatki na tle zesztynienia. Nie nadają się do operowania przypadki przestarzałe z powikłaniami ze strony serca i innych narządów.

Na tem zakończono referaty i odczyty i przystąpiono do dyskusyi.

1) Dr ALFRED SOKOŁOWSKI [Warszawa]. Co do leczenia sanatoryjnego, dającego 80% wyleczeń—uważa je za dobre i w tem zgadza się z poglądami dra RZĘTKOWSKIEGO, wskazuje jednak na to, iż 80% poprawy, to są odsetki

z tych przypadków, które mają warunki do polepszenia i leczenia, lecz statystyka ta nie obejmuje przypadków straconych i nieprzyjmowanych do sanatoryów. Stąd też słusznem jest dążenie do leczenia swoistego, zawsze jednak postępować należy z wielkim krytycyzmem. Wierzy w znalezienie na drodze eksperymentalnej leku ze świata mineralnego lub roślinnego. Co do referatu dra BRUDZIŃSKIEGO, SOKOŁOWSKI podnosi znaczenie profilaktyki w gruźlicy; tu jednak tylko przewrotowe reformy socyalne mogą doprowadzić do wyników.

2) Dr T. JANISZEWSKI [Kraków]. Wskazuje na ogromne rozprzestrzenianie się zarazków gruźliczych [obecność ich nawet ludzi zdrowych]; przenoszą się one do mieszkań naszych na obuwju i sukniach, skutkiem płucia na ulicy. W mieszkaniach istnieje zakaz spluwania, na ulicach nie. Radzi porządkować zamykane spluwaczki na ulicach i pokazuje przytem model, który odpowiada wymogom higieny.

3) Dr KOROLEWICZ [Kraków] podaje krótkie sprawozdanie z leczenia tuberkuliną w dyspensatorjum Klin. Med. Un. Jag. W dyspensatorjum tem zgłosiło się przez dwa lata 1154 chorych gruźliczych, 586 kobiet i 568 mężczyzn. Stosował rozmaitego rodzaju tuberkuliny: starą tuberkulinę KOCHA T.O.S., nową tuberkulinę KOCHA T.R., zawiesinę z prątków B.E., tuberkulol LANDMANN'a, tuberkulinę JACOBS'a, tebean. Wyniki zachęcają do dalszych prób.

4) EISENBERG wskazuje na trudności w zwalczaniu bakt. gruźliczych z racji ich odporności. Odmawia fagocytom wszelkiego znaczenia w walce z bakteriami gruźliczymi, natomiast znaczenie to przypisuje limfocytom. Radzi uodparniać i przeciw jadom i przeciw ciałom bakteryjnym. Sądzi, iż gruźlicze zakażenia są rozmaitego natężenia, niektóre wcale niedostępne leczeniu.

Następnie zabierali głos dr WICKOWSKI, FIDLER [Radom], KIKINGER [Lwów], DŁUSKI, RACZYŃSKI, KUCZEWSKI i KRASZEWSKI, jedni oświadczając się za leczeniem sanatoryjnym, drudzy zaś za specyficznem.

J. Lustgarten.

(D. c. n.)

Wiadomości bieżące.

— Komitet organizacyjny I-go Zjazdu Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich zawiadamia, że uczestnikami Zjazdu [11-go, 12-go i 13-go października] mogą być wszyscy ci, którzy interesują się psychologią, psychiatryą i neurologią i wniosą na ręce skarbnika [dr CIĄGLIŃSKI, ul. Kopernika Nr 11] 10 rł. Wzamian za to otrzymają bilet uczestnictwa z prawem wstępu na wszelkie posiedzenia naukowe i zebrania towarzyskie Zjazdu. Tematy zgłaszać należy w najkrótszym czasie, streszczenia zaś referatów [najwyżej 20 wierszy druku] winny być nadesłane przed 15-m września r. b., w celu wydrukowania i rozdania ich uczestnikom przed rozpoczęciem prac Zjazdu. Referat trwać może najwyżej 20 minut, przemowy zaś osób, przyjmujących udział w dyskusji pięć minut. W sprawach Zjazdu zwracać się należy piśmiennie do Biura Zjazdu [Niecała Nr 7-y, lokal Tow. Lekarskiego], osobiście zaś do Sekretarzy Komitetu organizacyjnego: dra ŁAPIŃSKIEGO [Smólna 17, od 5¹/₂—7-ej po poł.] i dra W. STERLINGA [Boduena 1, od 4-ej—6-ej po poł.].

Na posiedzenia ogólne zgłoszono następujące tematy:

1. Prof. TWARDOWSKI.—O metodach psychologii. 2. R. RADZIWIŁŁOWICZ.—Terminologia polska w psychopatologii.

Na posiedzeniu sekcji neurologiczno-psychiatrycznej zgłoszono następujące tematy ogólne:

1. BYCHOWSKI i BIRO [mózg], FLATAU [rdzeń], MECZKOWSKI [mózdzek]. Nowotwory układu nerwowego i ich leczenie. 2. L. BREGMAN i Wł. STEELING. Padaczka i stany pokrewne. 3. M. BORNSTEIN i A. WIZEL. Rozpoznanie różniczkowe psychozy maniako-depresyjnej i ośpienia wczesnego. 4. H. HIGIER. Klasyfikacja idyotyzmu.

Pozatem na posiedzeniu Sekcji neurologiczno-psychiatrycznej zgłoszono następujące odczyty:

1. A. PAŃSKI. O nerwicach urazowych; 2. T. ŁAPIŃSKI. Uraz a choroby umysłowe; 3. E. FLATAU i B. SAWICKI. O żebrze dodatkowym; 4. H. NUSSBAUM. W sprawie wskazań do stosowania narkotyków w cierpieniach układu nerwowego; 5. Tenże. O współbezczywności; 6. J. TUR. Badania nad rozwojem potworności płaty neurycznej; 7. St. KOPCZYŃSKI. O postępującym zaniku twarzy. 8. A. PUZAWSKI. Rokowanie i leczenie w chorobie GRAVES'a [BASEDOW'a]; 9) K. NOISZEWSKI. O czuciu włosowym i gruczołowym; 10. Tenże. O siatkówce korowej; 11. A. LEŚNIEWSKI. W sprawie gruczołów przytarczycowych. 12. W. ŁAPIŃSKI. Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie porażień spastycznych u dzieci; 13. S. GOLDFLAM. W sprawie chromania przestankowego; 14. M. BERNSTEIN. O apraksyi. 15. J. HANDELSMAN. *Meningitis cerebrospinalis epidemica*; 16. J. KOELICHEN. *Meningitis serosa*. 17. J. ROTSTADT. O metodach badania drobnowidzowego mięśni; 18) Wł. SYRELING. O zaburzeniach psychicznych w nowotworach mózgu; 19. A. MIKULSKI. O wynikach badania inteligencji chorych umysłowo za pomocą metod: EBBINGHAUS'a, HEILBRONNER'a i autora.

Na posiedzeniu Sekcji psychologicznej zgłoszono następujące tematy ogólne:

1. E. ABRAMOWSKI i dr LUBECKI. Stany podświadome. 2. J. Wł. DAWID. O badaniu inteligencji.

Pozatem do sekcji psychologicznej zgłoszono jeszcze następujące tematy:

1. Dr RADZIWIŁŁOWICZ. Dobór podmiotowy. 2. E. ABRAMOWSKI. Nowa teoria pamięci oparta na doświadczeniach. 3. Dr LUBECKI. Z psychologii artysty. 4. Dr BIEGAŃSKI. O postrzeżeniach. 5. J. Wł. DAWID. O ilościowym wyrażeniu rozwoju umysłowego. 6. Tenże o wykładzie psychologii w zastosowaniu do obecnego stanu nauki i do potrzeb wykształcenia fachowego. 7. Dr SILBEROWA. Badanie inteligencji dzieci normalnych i nienormalnych podług metody BINET'a. 8. POSNER. Znaczenie C. LOMBROSO na polu psychologii kryminalnej. 9. STRASZEWSKI. Czy psychologia jest nauką przyrodniczą czy też filozoficzną. 10. Tenże. Psychologiczna teoria przestrzeni. 11. Ewolucja i szale zmysłów.

Sekretarze: T. Łapiński. Wł. Sterling.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 11-go do 17-go lipca do szpitali warszawskich przybyło 72 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 2, odrą 2, płonicią 10, różą 8, tyfusem plamistym 14, tyfusem brzusznym 9, gorączką powrotną 7, błonicą i krupem 7, dyzenterią 3, grypą 10.

W tymże tygodniu zmarły 3 osoby na tyfus plamisty.

— W d. 27-m i 28-m sierpnia t. j. bezpośrednio przed zjazdem międzynarodowym obradować będzie w Peszcie IV międzynarodowy Zjazd prasy lekarskiej pod przewodnictwem prof. POSNER'a z Berlina. Program rozpraw obejmuje między innymi: 1) DĄJACZ [Belgia]. Znaczenie międzynarodowego Towarzystwa prasy lekarskiej. 2) DAWSON WILLIAMS [Anglia]. O stałym biurze zjazdów międzynarodowych. 3) POSNER i SCHWALBACH [Niemcy]. O jednoczesnym drukowaniu artykułów w kilku pismach lub w różnych krajach. 4) BLONDEL [Francja]. O drukowaniu w końcu prac naukowych wniosków w 3-ch językach i utworzeniu biura do ich publikacji. Prócz tego mają być poruszone sprawy takie, jak: Walka z bezpłatną

prasą lekarską; wykluczanie z grona członków międzynarodowego związku prasy autorów artykułów reklamowych; ujednostajnienie terminologii lekarskiej. Członkowie ogólnego zjazdu mają prawo być członkami zjazdu prasy bez oddzielnej dopłaty.

Wszelkich objaśnień udziela i przyjmuje zgłoszenia do 1-go sierpnia dr BLONDEL [Paryż 103, Boul. Haussmann].

— W d. 19-go b. m. w czasie Zjazdu internistów w Krakowie utworzono Biuro prasy lekarskiej polskiej, do którego z „Gazety Lekarskiej“ weszli kol. redaktor J. PRUSZYŃSKI i kol. JAWORSKI. Nadto do Międzynarodowego Związku prasy lekarskiej wybrano do komitetu prof. WICHEŃSKI-WIĆCZA z Krakowa, a do Biura Związku kol. J. JAWORSKIEGO z Warszawy.

— XXII Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się 4-go października w Paryżu. Tematy programowe są następujące: 1) chirurgia tętnic, 2) postępowanie przed i po operacji w jamie brzusznej, 3) pomoc chirurgiczna w uszkodzeniach kręgosłupa i rdzenia.

— XI Zjazd Towarzystwa lekarzy rosyjskich im. PIROGOWA odbędzie się w Petersburgu d. 3—10-go stycznia st. st. 1910 r.

— Zjazd lekarzy i przedstawicieli instytucji społecznych gubernii samarskiej, ufińskiej i orenburskiej w celu uregulowania sprawy kumysu i leczenia kumysem odbędzie się w Samarze w sierpniu r. 1910.

— Druga wycieczka naukowa do Grecyi i Egiptu w listopadzie 1909 r. Staraniem Związku lekarzy, praktykujących w uzdrowiskach czeskich, odbędzie się od 4-go listopada do 4-go grudnia r. b. wycieczka po Grecyi i Egipcie aż do pierwszej katarakty, w której wziąć mogą udział lekarze i dorośli członkowie ich rodzin oraz krewni. Koszty wycieczki wynoszą z Tryjestu 950 koron, z czego przypada 450 koron na jazdę okrętem, znanym z wytwornego urządzenia [Thalia], wraz z wykwińtem utrzymaniem, a 500 koron przypada na dwutygodniowy pobyt w Egipcie wraz z wszelkimi wycieczkami lądowymi, koleją i parowcem po Nilu, pomieszczeniem i utrzymaniem w hotelach pierwszorzędnych, przewodnikami, pojazdami i t. d. Z powrotem z Aleksandryi w dniu 27-go listopada uczestnicy wycieczki zwiedzą wyspę Korfu z przepysznym pałacem greckim Achilleion, Sebenico i Lussinpiccolo. Zgłaszać się należy bezzwłocznie do 1-go sierpnia r. b. do lekarza karlsbadzkiego dr HUGO STARR, Karlsbad, Sprudelstrasse, Haus Amerikaner i przesłać koszt wpisowego pięć koron. Lekarz ten udziela wszelkich bliższych wyjaśnień.

Dr Obtułowicz [Lwów].

— Pani CURIE-SKŁODOWSKA otrzymała stopień honorowego doktora medycyny Uniwersytetu genewskiego.

— W „La Presse médicale“ dr GINESTOUS opisuje nową chorobę oka, którą nazywa kinematophtalmia. Powstaje ona wskutek zmęczenia oka na przedstawieniu kinematografu, przyczem, jako objawy dominujące, występują światłowstręt i łzawienie; niekiedy występują objawy zapalenia łącznicy bez zlepiania się powiek, lecz z zaczerwienieniem łącznicy, uczuciem palenia i swędzenia.

OGŁOSZENIE.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu, zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

- 1) Badanie chemiczne płynu mózgoworodzeniowego w stanie normalnym i chorobnym.
- 2) Doświadczenia psychofizjologiczne nad znużeniem uczniów w szkołach.
- 3) Pomiary antropometryczne na uczniach szkół.
- 4) Grzybek liszaja strzygącego (*Trichophyton tonsurans* i *microsporon Audouin'a*), jego stanowisko biologiczne i patologiczne.
- 5) Włókna Dürck'a w ścianach naczyń krwionośnych, ich rola i zmiany, jakim ulegają w miażdżycy naczyń.
- 6) Sprawdzić, o ile surowica krwi zwierząt, u których sztucznie został wywołany zastępczy przerost nerki, wpływa na powstawanie przerostu nerek u innych zwierząt.
- 7) Sprawdzić doświadczalnie, jakie ma znaczenie dla wątroby i dróg żółciowych łączenie jelita z przewodem wspólnym (*Choledochoenterostomia*) i z miąższem samej wątroby (*Hepatocholeangio-enterostomia*).
- 8) Związek anatomiczny i fizjologiczny pomiędzy przysadką mózgową, gruczołem tarczowym, nadnerczem i grasicą. Zbadać, o ile stan chorobny jednego z tych narządów wywołuje zmiany anatomiczne i fizjologiczne w narządach pozostałych.
- 9) O drogach limfatycznych w ośrodkowym układzie nerwowym.
- 10) O zmianach kory mózgowej w sprawach zapalnych ośrodkowego układu nerwowego; różniczkowanie tych zmian.
11. O zmianach w układzie sympatycznym w cierpieniach organicznych ośrodków nerwowych (*Tabes*, *sclerosis multiplex*, *lues cerebro-spinalis* i inne).
- 12) Przeszczepianie nerki i jego następstwa dla czynności i budowy narządu.
- 13) Wszczepianie tętnic do żył; zmiany w ścianach naczyń i tkankach, przez nie odżywianych.
- 14) O znaczeniu odczynu biologicznego krwi w zastosowaniu do medycyny sądowej.
- 15) Zbadać zmienność jednej lub kilku postaci drobnoustrojów, uznawanych obecnie za stałe.
- 16) Ziarnistość zasadochłonna krążków czerwonych krwi świeżej nie utrwalonej (*Chauffard'a*). Jej pochodzenie i stosunek do ziarnistości *Askanaży'ego*.
- 17) Przemiana chloru w zapaleniu płuc włóknikowem przy sztucznem wprowadzeniu soli do ustroju.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31-go marca 1910 r. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczoną jest nagroda 300 rubli.

Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ul. Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.