
Czasopismo Lekarskie

Przyczynek kliniczny do symptomatologii Myxoedema infantum.

Podał Dr. **H. Rosenblatówna** (Łódź).

Obserwowany przezemnie w poliklinice dla dzieci prof. Bendixa w Berlinie przypadek obrzęku śluzowego u 8 miesięcznego dziecka ciekawy jest zarówno ze względu na wczesne wystąpienie objawów klinicznych, jak i na pewne zboczenia od zwykłego typu tego cierpienia.

Co do wieku dzieci, w jakim obrzęk śluzowy bywa u nich najczęściej rozpoznawany, to zazwyczaj następuje to dopiero w drugim roku życia, pomimo, iż Myxoedema infantum jest wadą rozwojową wrodzoną („foetales Myxoedem“ Stoeckner'a). Wynika to z jednej strony z trudności diagnostycznych w tak młodym wieku: nieraz bywa rozpoznawana u dziecka kilkomiesięcznego krzywica tam, gdzie o pół roku później, gdy i wyraz twarzy, i rozwój władz umysłowych stały się bardziej pewnym kryterjum na pierwszy rzut oka poznajemy Myxoedema inf. — Z drugiej strony, jeżeli lekarz nie jest najczęściej w stanie stwierdzić objawów obrzęku śluzowego u osesków, to tym bardziej uchodzą one uwagi rodziców i trzeba dopiero przypadku, pod postacią np. jakiejś innej choroby, by dziecko takie dostało się do rąk lekarza.

W przypadku, przezemnie obserwowanym, matka ośmiomiesięcznej dziewczynki zwróciła się po poradę lekarską, zaniepokojona kaszlem dziecka, nie przypuszczając wcale, iż nie jest ono zupełnie normalne, jakkolwiek otoczenie zwracało jej uwagę na „dziwny“ wygląd dziecka.

W danym wypadku można było, pomimo młodego wieku pacjentki, z łatwością na pierwszy rzut oka postawić właściwą diagnozę, ponieważ dziecko miało niezwykle charakterystyczny dla Myxoedema inf. wyraz twarzy, widoczny poczęści i na załączonej na następnej stroniej fotografii.

Dokładniejsze zaś badanie dziecka potwierdziło w zupełności to pierwsze wrażenie, wykazało bowiem, co następuje:

12. VI. 07. Elfrida K., 8 mies., pierwsze dziecko, urodzone we właściwym czasie, poronień przed nią nie było; karmiona piersią. Dziecko otyłe, krępe; * na karku i plecach poduszkowate



obrzmienia; górne kończyny nieforemne, ciastowate. Głowa duża, czaszka twarda, ciemniaczko szeroko otwarte. Twarz nabrzmiąta, policzki nadęte, różowo zabarwione. Zabarwienie to jaskrawo odbija od reszty ciała, które jest jasno-różowe, o wiele bledsze, niż zazwyczaj u dzieci. Wyraz twarzy bezmyślny, głupekowaty, spotęgowany jeszcze przez duży, wysunięty na wierzch język. Nos niewielki, u nasady szeroki; przestrzeń między nasadą nosa a oczami większa, niż normalnie; epicanthus; powieki zgrubiałe, przez co szpary oczne wydają się bardzo wąskie; oczy skośne. Wargi grube, dolna zwisająca. Zębów niema. Podniebienie b. wysokie, rynienkowate. Włosy na głowie skąpe, b. suche i twarde, szczecinowate. Skóra

na tułowiu i kończynach również sucha, łuszcząca się; dziecko się podobno nigdy nie poci. Gruczoł tarczowy nie wymacuje się. Brzuch duży, przepuklina pępkowa wielkości kasztana. Uporeczywe zaparcie stolca. Długość ciała 58 cm. (zamiast 64,3). Waga 5650 (zamiast 8175).



Giętkość stawów normalna. Rozpoczęto dawać Thyreoidinę po $\frac{1}{4}$ pastylki (=0,025/co drugi dzień).

Po 4-ch tygodniach, 10. VII. czyli po wybraniu tylko $3\frac{1}{2}$ pastylek, zauważyć się już dała pewna poprawa: stolec regularny, przepuklina mniejsza. Zaczęto dawać co 2-gi dzień $\frac{1}{2}$ pastylki Thyreoid. (0,05). Dokonane wtedy, w 4 tygodnie po zgłoszeniu się do nas dziecka, zdjęcia rentgenograficzne górnych i dolnych kończyn pacjentki wykazuje charakterystyczne dla Myxoedema inf. opóźnienie kostnienia części chrząstkowych kośćca, a mianowicie brak jąder kostnienia dla napięstka, stępa oraz dla stawów napięstkowego i stępowego. U osobników normalnych owe punkty kostnienia zjawiają się w wieku 3-ch miesięcy.

4. IX. 07. po wybraniu $17\frac{1}{2}$ pastylek stan dziecka przedstawiał się, jak następuje: wyraz twarzy i ciastowatość tułowia bez zmiany; przepuklina prawie znikła; ciemiączko nieco mniejsze. Język się również trochę zmniejszył, ale jeszcze stale wysunięty. Zębów dziecko nie ma jeszcze. Skóra nie łuszczy się, nie jest sucha; dziecko poci się podobno często. Na wadze przez pierwsze 4 tygodnie ubywało (12.VI.—5650; 19. VI.—5650; 26. VI.—5520; 3. VII.—5540 i t. d.), obecnie przybywa. Dziecko waży teraz 6570.

Zaczęto dawać całą pastylkę Thyreoid. (0,1) co 2-gi dzień.

25. IX. Napięcie tkanek nie poprawiło się; ciastowatość na karku, plecach i ramionach prawie taka sama, jak dawniej. Dziecko nieco żywsze, niż przedtem, ale wygląda wciąż jeszcze tak samo beżmyślnie, jak i wtedy, gdy było fotografowane. Zachowuje się przytym zupełnie inteligentnie: słucha, gdy się doń mówi, śledzi oczami ruchy lekarza etc., reaguje jednak na tego rodzaju podnieity o wiele wolniej, niż przeciętne zdrowe dziecko w tym wieku. Co do innych objawów: przepuklina znikła, język mniejszy, ale wciąż jeszcze wysunięty.

9. X. Dziecko skończyło rok. Długość 65 (zam. 69,2). Waga 7100.

30. X. Podtrzymywane, dziecko próbuje stanąć. Zębów jeszcze nie ma, ciastowatość i wyraz twarzy, jak poprzednio.

15. XI. Ciemiączko niezarośnięte, język stale wysunięty, inne objawy również bez zmiany. Waga 7570.

W grudniu widziałam pacjentkę po raz ostatni i również wtedy—po wybraniu 62-ch pastylek—nie mogłam stwierdzić zmian na lepsze w wyrazie twarzy, napięciu tkanek, ząbkowaniu etc. w takim stopniu, jakby się tego należało spodziewać wobec rozpoznania Myxoedema inf. i nieprzerywanego podawania Thyreoidiny.

Jak sobie wytłumaczyć tę sprzeczność: z jednej strony zupełnie pewne rozpoznanie, z drugiej—tak słabe wyniki leczenia Thyreoidiną, co do której wiemy, iż przy typowym obrzęku śluzowym nie zawodzi nigdy. Czy przypuścić, że przeciąg czasu, w ciągu którego pacjentkę moją obserwowałam (6 miesięcy) zbyt był krótki, by mogła nastąpić poprawa, czy też przypadek ten nie był tak typowy, za jaki go uważałam. Pomijam trzecią możliwość: omyłkę w rozpoznaniu, gdyż wobec stwierdzenia tak wybitnych objawów

obrzęku śluzowego, jak: suchość i łuszczenie się skóry, brak pocenia się, ciastowatość i brak napięcia tkanek, przepuklina, opóźnione kostnienie kończyn, a przede wszystkim—wobec klasycznego wprost dla Myxoedema wyrazu twarzy dziecka, uważam rozpoznanie w danym wypadku za absolutnie pewne. Niezrozumiałym był tylko dla mnie fakt, iż obok wymienionych objawów, charakterystycznych dla zajmującej nas postaci chorobowej, występowały u dziecka niektóre inne objawy, nienależące do klasycznego obrazu Myxoedema inf., odmalowanego przez Kassowitz'a, jak: skośne oczy, mały nos, znaczna odległość nasady nosa od oczu, stała różowość policzków, słowem objawy, charakterystyczne dla innego zboczenia na tle nie-normalnego funkcjonowania gruczołu tarczowego, mianowicie dla mongolowatości. Dodajmy do tego ów, również dla mongolowatości znamienny, nieznaczny wpływ Thyreoïdiny na zmianę wyrazu twarzy, otyłość etc., a nasunie się mimowoli podejrzenie, czy obserwowany przeze mnie przypadek był postacią zupełnie czystą Myxoedema inf. czy też jakąś postacią przejściową między Myxoedema i mongolowatością lub też kombinacją tych 2-ch postaci. Zachodzi tylko pytanie, czy takie formy przejściowe, względnie współistnienie obydwóch typów, są wogóle możliwe.

Różni autorzy rozmaicie się na tę kwestję zapatrują: Kassowitz, który w swej klasycznej monografii (*Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie*. Wiedeń 1902) po raz pierwszy odgraniczył obrzęk śluzowy dzieci od krzywicy z jednej, a od mongolowatości z drugiej strony, kładzie nacisk na zupełną odrębność tych typów i żadnych form przejściowych, pomimo, iż rozporządzał ogromnym materiałem, nie obserwował. Uważa on za możliwe zaliczenie każdego przypadku anomalji na tle czynności gruczołu tarczowego bądź do Myxoedema, bądź do mongolowatości, bądź do mikromelji, gdyż każdej z tych postaci odpowiada zupełnie określona grupa objawów. I istotnie, w większości przypadków można, posługując się schematem Kassowitz'a bez żadnych wątpliwości postawić różniczkowe rozpoznanie między wymienionymi 3-ma postaciami chorobowymi. Tak jest jednak tylko w przypadkach zupełnie wybitnych, o licznych i wyraźnych objawach. Przypadki zaś o typie mniej zdecydowanym nie zawsze dają się umieścić w jednej lub drugiej kategorii i zostają wtedy umieszczane jednocześnie w dwóch, jak np. w przypadkach, opisywanych przez Neurath'a i Cozzolino.

Pierwszy (Neurath. *Mongolismus mit myxödemähnlichen Sympt.* combinirt. Wiener med. Woch. n. 23. 1907) opisuje jednoroczne dziecko, u którego obok typowych objawów mongolowatości stwierdzał obrzęki, obniżoną ciepłotę, przerost języka, przepuklinę, słowem objawy, właściwe obrzękowi śluzowemu i stawia wobec współistnienia podwójnych objawów podwójne również rozpoznanie: mongolowatość—Myxoedema.

Cozzolino zaś (*Rivista di Clin. ped.* 1907) opisuje przypadek, który uważa za kombinację mongolowatości z mikromelją. Przeciwnie, Brudziński w obszernej swej pracy o chorobach, wywołanych przez zaburzenia czynności gruczołu tarczowego (*Czasopismo*

Lek. № 6—8, 1907) ostrzega, przytaczając przypadek Bernheim'a, w którym rozpoznanie również brzmiało: „eine Mischform von Mongolismus und Myxoedem“ przed tego rodzaju dajagnozami i radzi poprzestawać na czystych, niemieszanych typach w duchu Kassowitza. Nie znaczy to jednak, iż, uznając swoistość każdej z owych kategorii, musimy przy rozpoznaniu różniczkowem trzymać się zupełnie ściśle schematów, tym postaciom odpowiadających. Jest to nawet w pewnym stopniu niemożliwie ze względu na to, że schematy różnych autorów dla Myxoedema, monogłowatości i mikromelji różnią się nieraz dość znacznie między sobą. Tak np. z zestawienia różniczkowo-rozpoznawczego, przytoczonego przez Brudzińskiego na podstawie Kassowitza, Pfaundlera i Bourneville—Bord'a okazuje się, że istnieje pewna rozbieżność między tymi autorami, nieraz nawet co do objawów pierwszorzędnej doniosłości. Np. Kassowitz uważa wiotkość stawów za jednakowo typową dla myxoed. i monogłowatości, Bourneville natomiast tylko dla tej ostatniej. Kassowitz wymienia otyłość, u nasady zapadnięty nos i przepuklinę, jako typowe i również dla typu monogłowatego, Bourneville—przeciwnie, twierdzi, iż brak otyłości, nos zlekka orli, bardzo rzadkie występowanie przepukliny odróżniają obok innych objawów monogłowatych od myxoedematyków i t. p.

Z tego, choć tak pobieżnego, przeglądu odnośnego piśmiennictwa przekonywamy się, iż symptomatologia zajmującego nas tu cierpienia za zupełnie ustaloną uważana być dziś jeszcze nie może; dotyczy to jednak przeważnie cech drugorzędnych, tak, iż w przypadkach, przedstawiających wątpliwości dajagnostyczne, można na zasadzie kilku kardynalnych cech z pominięciem zupełnym mniej ważnych zaliczyć każdy przypadek do jednej tylko, tym objawom odpowiadającej, kategorii. Trzymając się tej zasady, należy i w przypadku, przeze mnie obserwowanym postawić konsekwentnie rozpoznanie czystego Myxoedema inf., gdyż przytoczone wyżej objawy, właściwe typowi monogłowatemu, jako zbyt drugorzędne, nie upoważniają nas jeszcze do rozpoznawania w tym przypadku postaci mieszanej. Co do odporności mojej pacjentki względem Thyroidiny—objawu bardziej znamiennej dla monogłowatości, niż np. skośne oczy, lub mały nos, mogłoby to istotnie wzbudzić wątpliwości co do „czystości“ danego Myxoedema, gdyby było zupełnie pewne, że dziecko nigdy już wogóle na Thyroidinę reagować nie będzie. 6 miesięczny okres leczenia jednak, oczywiście, do tego rodzaju wniosków nie upoważnia, tymbardziej, iż z jednej strony ilości podawanej w ciągu tego czasu Thyreoidiny w porównaniu naprz. z dawkami Brudzińskiego (do 1½-ej pastylki dziennie) były niewielkie, z drugiej zaś ze względu na to, że poprawa jednakże następowała, a jeżeli nawet nie w tak szybkim tempie, jak zazwyczaj przy obrzęku śluzowym u dzieci pod wpływem preparatów gruczołu tarczowego, wynikało to prawdopodobnie z właściwości subiektywnych danego osobnika, z którymi na każdym kroku liczyć się musimy i które przecież nietylko przy Myxoedema inf. są przyczyną niespodzianek dla lekarza.

O opsoninach, jako nowej teorii odporności.*)

Przez Dr. **H. Raszkę** (Radom).

Dokończenie.

Fagocyty są to ruchome lub unieruchomione komórki, które dzięki swym ruchom amebowatym mają własność chwytania drobnych cząstek ciał obcych (mineralnych, organicznych, żywych lub martwych komórek), wciągania ich do swej zarodni i trawienia ich tam za pomocą znajdujących się wewnątrz zarodniowych soków trawiących. Fagocyty dzielimy na błądzące i unieruchomione; do pierwszych, naprz. należą białe ciała krwi; do drugich, np. duże komórki mięszu śledziony, gruczołów limfatycznych, niektóre komórki śródbłonne i t. p.

U zwierząt kręgowych Miecznikow rozróżnia 2 kategorie fagocytów: makrofagi i mikrofagi, pomiędzy którymi istnieje nie tylko różnica w wyglądzie, lecz dość znaczna różnica czynnościowa. Makrofagi — limfocyty, posiadające jedno duże nierozczłonkowane jądro, oraz unieruchomione fagocyty, — posiadają predylekcyę do komórek, plemników, ameby ziemniczej i t. d.; mikrofagi zaś — leukocyty t. zw. wielojądrowe, posiadające jądro, podzielone na kilka części — są przystosowane do walki z komórkami roślinnego pochodzenia, bakterjami. Fagocyty, w razie przedostania się do ustroju czynników chorobotwórczych, podążają zwartą masą do miejsca zagrożonego. Tę zdolność poruszania się w kierunku miejsca zagrożonego przez obecność pasorzytów zawdzięczają one właściwej im pewnego rodzaju swoistej wrażliwości chemicznej, t. zw. chemotaksis (chemotaxis), mianowicie, chemotaksis dodatniej, czyli przywabiającej. Wewnątrz zarodniowe fermenty trawiące, za pomocą których następuje niszczenie pochwyconych przez fagocyty ciał obcych, Miecznikow nazywa cytazami. Owe cytazy nigdy nie wydzielają się z fagocytów żywych, dlatego też we krwi krążącej, zdrowej niema ich wcale, lub są ich tylko ślady. W szczególnych tylko przypadkach, gdy następuje uszkodzenie, czyli rozpad fagocytów, t. zw. fagoliza, cytazy uwalniają się z ciał zniszczonych fagocytów, poczynają krążyć we krwi, powodując poza zarodnią fagocytową te same zjawiska, co w zarodni, mianowicie: płyny ustrojowe, jak osocze krwi, wysięki i t. d. nabierają własności bakterjobójczych. Jeżeli jakaś surowica posiada działanie bakterjobójcze, to — według Miecznikowa — dzieje się to tylko dlatego, że przy oddzielaniu surowicy od krwi całkowitej nastąpiło zniszczenie znacznej liczby fagocytów i przedostanie się z nich cytaz do surowicy.

Jak wiemy, odporność ustroju względem bakterji bywa wrodzona i nabyta.

Otóż, według Miecznikowa, w odporności wrodzonej walkę bakterjobójczą prowadzą fagocyty przy pomocy zawartych w ich wnętrzu

*) Odczyt, wypowiedziany w Radomskim Towarzystwie Lekarskiem dnia 21 Grudnia 1907 r.

trzu—w niektórych zaś razach, przy pomocy wydzielonych nazewnątrz wskutek fagolizy fermentów trawiennych, cytaż. W nabytej zaś odporności—dzięki uprzedniemu zaszczerpieniu ustrojowi bakterji w liczbie, nie wystarczającej do zabicia zwierzęcia,—do działania cytaż przyłącza się jeszcze współdziałanie pewnych ciał swoistych, powstających dzięki temu szczepieniu i uważanych przez Miecznikowa za fermenty pomocnicze. Są to t. zw. przez niego fiksatory (fixateur). I fiksatory wytwarzają się w fagocytach. Fagocyty mianowicie, pochłaniając mikroby, niszczą je przy pomocy swych cytaż, jednocześnie zaś podczas aktu trawienia wytwarzają fiksatory. Fiksatory są fermentami rozpuszczalnymi i—w przeciwieństwie do cytaż—łatwo wydzielają się nazewnątrz, przechodzą do osocza krwi, do wysięków i t. d. Przez uodpornianie zwierzęcia drogą szczepienia zwiększa się w płynach jego tylko ilość fiksatorów, ilość zaś cytaż widocznemu zwiększeniu nie ulega. Fiksatory różnią się od cytaż większą odpornością na wpływy ciepłoty: cytaży tracą swoją własność trawienną już przy 55°, fiksatory znoszą ciepłotę do 60°, nawet do 65°. Dalej fiksatory mają własności wybitnie swoiste, t. j. działają na te tylko bakterje, pod wpływem których zostały w ustroju wytworzone, cytaży zaś pozbawione są w znacznym stopniu cech swoistości.

Co się tyczy sposobu powstawania tych ciał swoistych—fiksatorów—,to Miecznikow wyraża tylko przypuszczenie, że muszą mieć coś wspólnego z ciałem, z którego powstały, ponieważ w ten tylko sposób można sobie objaśnić ich charakter swoisty. Oprócz sprawy tworzenia się cytaż swoistych—fiksatorów, w nauce o odporności bakteryjnej trzeba jeszcze przyjąć pod uwagę, według Miecznikowa, żywotność fagocytów, która przy uodpornianiu zwiększa się; jeżeli chemotaksis ich była ujemna, odpychająca, to zamienia się ona po szczepieniu na dodatnią.

Odporność, nabyta dzięki chorobie, polega może na sui generis przyzwyczajeniu fagocytów, wdrożeniu ich do walki z danym pasorzytem, na szybkiej i energicznej reakcji fagocytowej, zanim dany pasorzyt rozmnoży się w takiej ilości, aby mógł zagrozić ustrojowi.

Co się tyczy odporności toksycznej, to i Miecznikow przyznaje tworzenie się antytoksyn, ale według jego zdania, antytoksyny powstają z toksyn: antytoksyny są pewnego rodzaju modyfikacją toksyn; i to przypuszczenie o transformacji toksyny w antytoksynę, według Miecznikowa, najlepiej może wyjaśnić swoiste działanie antytoksyn. Główną rolę przy tej transformacji Miecznikow znów przypisuje fagocytom. Przedewszystkiem ze wszystkich komórek ustrojowych fagocyty są najbardziej odporne na działanie toksyn; następnie, dzięki swej dużej wrażliwości, pochłaniają one jady toksyczne i niszczą je wewnątrz swego ciała, czem chronią od zatrucia mniej odporne tkanki; przytem fagocyty, a z pośród nich głównie makrofagi, wytwarzają równocześnie antytoksyny. Oprócz tego Miecznikow przypuszcza, że antytoksyny nie działają bezpośrednio na toksyny, lecz że odgrywają rolę analogiczną do roli fiksatorów w walce z bakterjami. Analogję tę Miecznikow opiera na takiejż

odporności antytoksyn względem czynników chemicznych i fizycznych, znoszeniu np. ciepłoty do 60—65°, oraz na tem, że jak i fiksatory, krążą swobodnie we krwi, limfie i t. d. W sprawie niszczenia toksyn przyjmuje też udział, wspólnie z antytoksyną, sam żywy ustroj, t. j. jego tkanki.

Widzimy więc, że teorie Ehrlicha i Miecznikowa są poniekąd wręcz sobie przeciwne. Ehrlich przypisuje główną rolę krążącym we krwi substancjom, fermentom t. zw. „humoralnym” i, jeżeli uznaje fagocytozę, to tylko w tem znaczeniu, że fagocyty pożerają niepotrzebne ustrojowi, już przedtem zubożnione przez bakterjocydyny, bakterjolizyny i t. p. ciała. Miecznikow zaś przyznaje wprawdzie istnienie i we krwi takiego czynnika, jak fiksatory, ale uważa te ostatnie za fermenty pomocnicze, główną zaś rolę przypisuje działaniu fagocytów, a nawet te fiksatory są, według niego, wytworem fagocytów. Większość uczonych współczesnych trzyma się poglądów pośrednich między temi dwiema teorjami, przypisując jednakowe znaczenie i fagocytozie i krążącym we krwi w stanie wolnym uni lub amboceptorom. Na ostatnim zjeździe higienicznym międzynarodowym w końcu września r. ub. prof. Wasserman z Berlina tak się w tej sprawie wypowiedział: „prawdopodobnie—od pewnych warunków biologicznych odpowiedniego gatunku bakterji, czyli od większej lub mniejszej ich rozpuszczalności, zależy, czy na pierwszy plan ma wystąpić w danym przypadku fagocytoza, czy też zniszczenie bakterji za pomocą rozpuszczalnych ciał, zawartych w surowicy krwi”.

Liczba tych ciał, krążących we krwi, została w ostatnich kilku latach powiększona przez jeszcze jedno, które prof. Wright w Londynie nazwał opsoniną. Działanie tego ciała polega na tem, że wstępuje ono w związek chemiczny z bakterjami, wywołującami zakażenie lub odporność, i powoduje w nich pewne zmiany, tak iż one z łatwością mogą być pożarte przez fagocyty. Ztąd i nazwa tego ciała — opsonina czyli przysposabiacz — od słowa greckiego „opsoneo”, co znaczy: „przygotowuję pożywienie”. Działanie opsonin jest swoiste o tyle, że w surowicy krwi znajdują się opsoniny dla każdego gatunku bakterji, podlegających „opsonicznemu” działaniu; w chwili kiedy zostanie w surowicy związana odpowiednia opsonina przez jeden gatunek bakteryjny, to dla każdego innego gatunku bakterji surowica zachowuje swoją zgoła nie osłabioną siłę opsoniczną. Tak, naprz. surowica, która zostanie zmieszana z hodowlą laseczników gruźliczych, nie wywiera już więcej na te laseczniki żadnego działania, lub bardzo słabe; natomiast oddziałuje bardzo silnie pod względem opsonicznym na hodowlę np. gronkowców, t. j. bardzo energicznie przygotowuje je do tego, by mogły się stać łupem fagocytów. Każda normalna surowica, t. j. surowica każdego normalnego człowieka, wywiera działanie opsoniczne, chociażby działania bakterjobójczego nie wywierała. Charakterystycznym jest dla opsonin normalnej surowicy tylko to, że zostają zniszczone przez ogrzewanie surowicy. Opsoniny zaś, znajdujące się w surowicy uodpornionego osobnika, nie giną — po większej

części — pod wpływem ogrzewania. Ten fakt ma ogromne znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze, gdyż pozwala rozpoznać istniejące lub przebyte zakażenie.

Wright odróżnia fagocytozę dwóch rodzajów: fagocytozę samoistną i fagocytozę wywołaną. Jeżeli leukocyty i bakterje, które nie podlegają jeszcze działaniu surowicy krwi, znajdują się w płynie obojętnym, np. fizjologicznym roztworze soli kuchennej, to następuje fagocytoza samoistna. Mała tylko część leukocytów wywiera swoje działanie fagocytarne — w większym lub mniejszym stopniu, — większość zaś leukocytów wcale nie przyjmuje udziału w tej sprawie; taka fagocytoza robi wrażenie akcji zupełnie chaotycznej, i nieznaczna tylko liczba bakterji zostaje wówczas pochłonięta przez leukocyty. Jeżeli weźmiemy roztwór 1,5% soli kuchennej, to fagocytoza wogóle ustaje. Inaczej się dzieje, jeżeli do tej mieszaniny leukocytów i bakterji (nawet w 1,5% roztworze Na Cl) dodamy normalną surowicę; mamy wtedy już do czynienia z fagocytozą wywołaną. Tu: 1) fagocytoza następuje bardzo prędko; 2) każdy duży leukocyt staje się fagocytem; 3) jeżeli liczba drobnoustrojów jest wielka, to fagocyty pochłaniają je aż do pełnego nasycenia; 4) jakśmy to widzieli, leukocyty pochłaniają bakterje w takim roztworze, w którym samoistna fagocytoza jest wogóle niemożliwa (1,5% Na Cl). Obliczamy tedy w pewnej liczbie fagocytów liczbę pochłoniętych przez nie drobnoustrojów, dzielimy ją przez liczbę określonych fagocytów i wtedy otrzymujemy t. zw. przez Whright'a cyfrę czyli wskaźnik fagocytozy (Phagocytic Count). Jeżeli do tej mieszaniny bakterji w 1,5% roztworze Na Cl i leukocytów dodamy surowicę osobnika, zakażonego przez ten sam gatunek bakterji, wtedy otrzymujemy „wskaźnik fagocytozy“, znacznie różniący się od poprzedniego.

Jeżeli ten ostatni wskaźnik fagocytozy chorego podzielimy przez wskaźnik fagocytozy zdrowego osobnika, to otrzymamy „wskaźnik opsoniczny“, czyli „siłę opsoniczną“ chorego (Opsonic Index): jeżeli „wskaźnik fagocytozy“ surowicy chorego wynosi 15, zdrowego zaś 10, to „wskaźnik opsoniczny“ chorego w ten sposób równa się $15/10=1,5$.

Przez odpowiednie sztuczne szczepienie udało się Wrightowi podnieść znacznie siłę fagocytną w ustroju osobnika, cierpiącego na umiejscowione zakażenie gronkowcowe. I otóż, żeby odpowiedzieć na pytanie, czy powiększony wskaźnik fagocytny zależał od większej zdolności białych ciałek krwi do samoistnej fagocytozy, czyli od większej „siły opsonicznej“ surowicy krwi, zrobiono następujące dwie serje doświadczeń: w pierwszej serji leukocyty zupełnie wymyte ze krwi chorego były zbadane na ich fagocytozę względem gronkowców: a) za pomocą jego własnej surowicy i b) za pomocą surowicy normalnego człowieka. W serji drugiej wymyte leukocyty normalnego człowieka były badane: a) za pomocą surowicy chorego, uodpornionego człowieka i b) za pomocą jego własnej surowicy. Technika we wszystkich doświadczeniach była jedna i ta sama: do mieszaniny leukocytów z surowicą doda-

wano jedną i tę samą ilość zawiesiny gronkowców. Wyniki były następujące:

Serja I

Wskaźnik fagocytozy

a) Wymyte leukocyty uodpornionego chorego z surowicą uodpornionego chorego dawały liczbę 25,7

b) Wymyte leukocyty uodpornionego chorego z surowicą normalnego człowieka 13,0

Serja II

a) Wymyte leukocyty normalnego człowieka z surowicą uodpornionego chorego 28,2

b) Wymyte leukocyty normalnego człowieka z surowicą normalnego człowieka 13,0

Z tych doświadczeń można wnioskować, że leukocyty bez surowicy nie odgrywają roli przy powiększeniu wskaźnika fagocytarne; leukocyty uodpornionego chorego i leukocyty normalnego człowieka razem z surowicą normalną dawały stale liczbę niską 13,0. Tylko dodawanie surowicy uodpornionego chorego powiększało siłę fagocytną i przytem w jednakowym stopniu leukocytów normalnego człowieka, lub uodpornionego chorego (liczby 25,7 i 28,2).

Określenie „wskaźnika opsonicznego” ma ogromne znaczenie dla rozpoznania, rokowania i leczenia chorób zakaźnych. Określenie wskaźnika opsonicznego w surowicy jakiegoś osobnika daje nam możność sądzenia o jego zdolności fagocytarnej, czyli o odporności danego osobnika względem pewnej choroby zakaźnej. W ten sposób, naprz. można podobno przepowiedzieć o kilka miesięcy naprzód wystąpienie objawów umiejscowionej lub ogólnej gruźlicy. W pracowni Wright'a w Londynie w St. Mary's Hospital badają ciągle krew współpracowników i porównują między sobą surowice różnych współpracowników. Przytem wykryto, że u niektórych badanych wskaźnik opsoniczny względem gruźlicy stale bywał bardzo niskim. Rzeczywiście po kilku miesiącach u jednego z nich wybuchła ciężka gruźlica płuc, u drugiego zaś gruźlica jednego jądra. Obecnie trudno jeszcze orzec, czy wykryty o wiele wcześniej przed wybuchem zachorowania niski wskaźnik opsoniczny wskazywał na małą wogóle odporność danego osobnika względem gruźlicy, czy też na ukryte zakażenie gruźlicą.

Teoria Wright'a niewątpliwie jest postępem w nauce o odporności i w nauce o uodpornianiu, ale ma tę ujemną stronę, że niektóre gatunki drobnoustrojów nie podlegają działaniu opsonicznemu, mianowicie: lasecznik błonicy i las. spojówkowy (bac. xerosis), a także bakterje durowa i cholery.

Przechodzę obecnie do terapeutycznego zastosowania teorii Wright'a o opsoninach, czyli leczenia różnych chorób zakaźnych szczepionkami (Vaccinoterapia). Oparte ono jest na następujących zasadach.

We krwi każdego normalnego ustroju znajdują się krążące w wolnym stanie ciała, które „nadgryzają” bakterje, czynią je „smaczniejszymi” dla fagocytów; są to normalne opsoniny. Cechuje je, jak powiedziałem, swoistość.

Ilość ich zmienia się, w pewnych dość małych granicach zależnie od pory dnia i takich wpływów, jak np. zmęczenie. Przy ogrzewaniu do 60° surowica normalna traci swoje działanie opsoniczne, zmniejsza się również ono przy długim staniu (w ciągu 5 do 6 dni). We krwi osobnika (człowieka lub zwierzęcia), zakażonego przez jeden lub kilka gatunków bakterji, wytwarzają się ciała obronne — w postaci powiększonej ilości opsonin (Opsoniny odpornościowe). Te ostatnie są też swoiste, wywierają więc działanie tylko na te bakterje, pod wpływem których powstały, lecz nie giną przy ogrzewaniu. Ta reakcja ustroju, wyrażająca się w wytwarzaniu większej ilości opsonin, zależną jest od ilości wprowadzonych do ustroju bakterji; powstaje zawsze przy zakażeniu ogólnem; u chorych z umiejscowionem cierpieniem, kiedy odpowiedni chory narząd źle się odżywia (np. przy gruźlicy skóry), powiększenia ilości opsonin nie daje się wykryć, wskaźnik opsoniczny bywa nawet obniżony. Pomimo to opsoniny takiego chorego trzeba uważać za opsoniny odpornościowe, gdyż dają się odróżnić od opsonin normalnych przez to, że przy ogrzewaniu nie giną.

Przy leczeniu szczepionkami, Wright wykonywa szczepionki ze świeżych hodowli otrzymanych z posiewu bakterji, wziętych od danego chorego. Tylko dla gruźlicy używa rozcieńczonej tuberkuliny „nowej“ Kocha, a dla gronkowca stałej szczepionki z hodowli *staphylococcus aureus*, *albus* i *citreus*. Szczepionki sterylizuje w ciągu godziny przy 60° C.

Bardzo ważnem jest dawkowanie odpowiedniej szczepionki. Dotychczas, powiada Wright, ażeby sądzić o uodporniającem działaniu szczepionki, postępowano w ten sposób, że zastrzykiwano pewną ilość żywych bakterji dwu zwierzętom: jednemu, któremu przedtem robione było szczepienie, drugiemu nieszczepionemu — dla porównania. Jeżeli szczepione przedtem zwierzę zostawało przy życiu, a nieszczepione ginęło — doświadczenie miało wykazać dostateczną uodporniającą siłę szczepionki. Ale — powiada Wright — jeżeli szczepione ochronnie zwierzę też ginie, to wtedy sprawa bardzo się wikła. Można wtedy przypuszczać, że ilość żywej hodowli, zastrzykniętej obydwom zwierzętom, była zbyt duża, i ustrój szczepionego zwierzęcia nie mógł wytworzyć odpowiedniej ilości ciał obronnych, lub że zastrzykiwanie kontrolujące było robione za prędko po uprzedniem szczepieniu ochronnem, więc ustrój szczepionego zwierzęcia nie zdążył jeszcze wytworzyć ciał obronnych. Więc ten sposób oceniania uodporniającej siły szczepionki jest niepewny. Natomiast, określwszy wskaźnik fagocytozy, mamy możliwość sądzić o sile opsonicznej krwi osobnika, czyli o obecności we krwi antybakteryjnych substancji, a zatem o odporności osobnika. W ten sposób można otrzymać w każdym przypadku krzywe, które będą ściśle wskazywać wahania odporności danego osobika przeciwko pewnym gatunkom bakterji. Otóż przy badaniu codziennem wskaźnika opsonicznego we krwi chorego, któremu zastrzyknięta została odpowiednia szczepionka, znajdujemy następujące wahania siły opsonicznej (Rys. I): przez pierwszą dobę, rzadziej w ciągu

pierwszych kilku dni, siła opsoniczna zmniejsza się, potem ona wzrasta i przez pewien czas pozostaje wyższą od normalnej. Następnie siła opsoniczna znów zmniejsza się, pozostaje jednak wyższą aniżeli przed szczepieniem. Stan, kiedy wskaźnik opsoniczny — zaraz po zaszczepieniu — zmniejsza się, Wright nazywa okresem ujemnym; okres zwiększania się nazywa dodatnim. Jeżeli dawka szczepionki jest zbyt mała, to zaraz po szczepieniu następuje podniesienie wskaźnika opsonicznego, który po krótkim już czasie opada do tego poziomu, jaki istniał u chorego przed szczepieniem. (Rys. II). Jeżeli zaś dawka szczepionki jest zbyt duża, to następuje znaczne opadnięcie wskaźnika opsonicznego, co wskazuje, że przez zbytnią ilość zaszczepionych bakterji wielka ilość opsonin została związana. (Rys. III). Klinicznie stwierdzić wtedy można pogorszenie ogólnego stanu (upadek sił, ogólne niedomaganie i t. p.). Przez wielokrotne zastrzykiwanie szczepionki można otrzymać kumulacyjne jej działanie nawet przez czas dłuższy; lecz zastrzykiwania powtórne należy wykonywać jedynie wtedy, gdy wpływ pierwszej szczepionki już minął, t. j. gdy wskaźnik opsoniczny po okresie dodatnim powoli opadnie. (Rys. IV).

Co do dawki szczepień powtórnych, to na zasadzie tego, com wyżej powiedział, Wright trzyma się następującego prawidła. Jeżeli krew chorego w przeddzień szczepienia wykazuje subnormalny (zmniejszony) wskaźnik opsoniczny, a w 1—2 dni po szczepieniu wskaźnik znacznie się jeszcze obniżył, to dawka, według niego, jest zbyt wielka; jeżeli zaś, przeciwnie, nazajutrz po szczepieniu wskaźnik wzrósł, ale po upływie 7—10 dni opadł do tego samego poziomu, na jakim był przed szczepieniem, wtedy dawkę można powiększyć. Natomiast, jeżeli po nieznacznem obniżeniu zaraz po szczepieniu wskaźnik po upływie 7—10 dni okazuje się wyższym, niż przed szczepieniem, to dawkę trzeba uważać za odpowiednią.

Miejsce szczepienia też odgrywa poważną rolę. W miejscu szczepienia wytwarza się najwięcej substancji uodporniających. Jeżeli te ostatnie przechodzą z miejsca szczepienia do krwi nie poprzez chore ognisko, to substancje uodporniające mogą oddziaływać na ostatnie tylko po rozcieńczeniu w całej masie krwi ustroju. Jeżeli natomiast substancje uodporniające, ażeby przedostać się do krwiobiegu, muszą przejść poprzez ognisko chorobowe, to ono otrzyma substancje uodporniające w stanie nierozcieńczonym. Na zasadzie tego wydaje się racjonalnijszem zastrzykiwanie szczepionki ponad ogniskiem w odwrotnym kierunku do biegu limfy, żeby substancje uodporniające, wytwarzające się na miejscu szczepienia, przechodziły przez chore ognisko w stanie możliwie nierozcieńczonym.

Widzimy z tego wszystkiego, jakie trudne zadanie stanowi szczepienie uodporniające, ile energii, umiejętności i zabiegliwości trzeba włożyć w każdy poszczególny przypadek. Ale niedość jest być obeznanym z fizjologicznem działaniem szczepień. Trzeba, według zdania Wright'a, w każdym poszczególnym przypadku zdawać sobie sprawę z tych warunków, jakie istnieją w ognisku chorobowem:

czy są tam warunki sprzyjające rozmnażaniu się bakterji: czy sprzyjają warunki miejscowe przedostaniu się produktów, wytwarzanych przez bakterje, do krwiobiegu; czy sprzyjają oddziaływaniu substancji uodporniających na bakterje, znajdujące się poza krwiobiegami; i wreszcie, jak ustroj reaguje na t. zw. samozaszczepienie (autoinoculatio). Tak, np. płyn przy zapaleniu otrzewnej ma zawsze mniejszy wskaźnik opsoniczny, niż krążąca krew, i dlatego tylko część bakterji, mnożących się w otrzewnej, podlega działaniu opsonicznemu. Tem objaśnia się dobry wynik szczepień przy gruźliczym zapaleniu otrzewny, występujący dopiero po wypuszczeniu płynu, a szczególnie po cięciu brzusznej, gdyż płyn, utraciwszy swoje opsoniczne działanie, zostaje zastąpiony przez świeży, o wiele lepiej działający. Toż samo i w ropniach substancje opsoniczne są związane przez znajdujące się tam bakterje; wypuszczoną ropę (w tych przypadkach znajduje teoretyczne objaśnienie stara zasada: ubi pus, ibi evacuat) zastępuje surowica, posiadająca jeszcze świeże opsoniny. Świetne wyniki przy leczeniu ropni zapomocą aparatów Bier'a objaśnia Wright właśnie tem, że oprócz wypuszczenia ropy — płynu, który stracił swoją siłę opsoniczną —, dzięki przysysaniu powiększa się dopływ świeżej surowicy, zawierającej niezaabsorbowane opsoniny. Trzeba więc zawsze starać się o wprowadzenie do ogniska chorobowego świeżych ciał opsonicznych przez ułatwienie obiegu limfy. Szczególnie pamiętać o tem trzeba przy obrzęku twardym, gdzie bakterje mają dobre warunki rozrostu, gdyż ognisko chorobowe jest prawie odcięte od obiegu krwi i limfy. W takich razach Wright używa wilgotnych opatrunków, zwilżonych w płynie, zawierającym 0,5% Natr. citrici i 5% soli kuchennej. Natr. citricum przeszkadza krzepnięciu krwi, a sól kuchenna przez osmozę wywołuje przesiekanie surowicy z naczyń krwionośnych. Wright opowiada o następującym przypadku anginae Ludovici. Chory w podeszłym wieku miał pod uchem ropień, który rozpoznano jak czyrak. Po pewnym czasie ropień przecięto, ale nie znaleziono ani kropli ropy — tkanki były suche i nacieczone. Rana nie miała żadnej skłonności do gojenia się. Po dwóch tygodniach stan chorego się pogorszył. Nacieczenie rozszerzyło się na całą szyję, od jednego ucha do drugiego. Chirurg zrobił kilka głębokich cięć, poczem stan chorego jeszcze bardziej się pogorszył. Zwróccono się tedy do prof. Wright'a. Wright nie mógł na dnie otwartych ran znaleźć nawet tyle płynu, ażeby napęlnić uszko igły platynowej. W celu zrobienia preparatu drobnowidzowego musiał szkiełko pokrywkowe przycisnąć do kilku miejsc rany; znalazł mnóstwo paciorkowców. Krew, wzięta z vena mediana, natychmiast skrzepła w strzykawce. W tym przypadku było oczywiście dla Wright'a, że nie należy choremu wprowadzać nowych środków obronnych przeciwko zakażeniu bakteryjnemu, lecz stworzyć takie warunki, ażeby znajdujące się w jego ustroju środki obronne oddziaływały na paciorkowce w ognisku chorobowym. Wright zalecił choremu duże dawki acidi citrici, mianowicie, co 4 godziny po 4,0 grm. Już po sześciu godzinach limfa zaczęła się przesączać do rany, drugiego zaś

dnia rany zaczęły krwawić. Wskaźnik opsoniczny krwi chorego wynosił 1,8; wobec tego nie użyto leczenia szczepionkami; chory rzeczywiście stale i szybko się poprawiał, wrócił też do zdrowia.

Trzeba więc przy leczeniu szczepionkami zwracać uwagę i na możliwość takiego „samozaszczepienia“, które niewątpliwie w wielu przypadkach powiększa siłę opsoniczną krwi chorego. Leczenie zastoinowe Bier'a jest właśnie takim samozaszczepieniem, wywołanem sztucznie przez lekarza. Takie leczenie samozaszczepieniami ma o wiele mniejszą wartość, niż leczenie szczepionkami bakteryjnymi, ponieważ przy samozaszczepieniu istnieje obawa rozsiania w ustroju bakterji żywych, następnie dawkowanie przy samozaszczepieniu jest niemożliwem,—co przy leczeniu antybakteryjnym ma wielkie znaczenie.

Wyniki, otrzymywane przy leczeniu szczepionkami według sposobu Wright'a, są, według niektórych autorów, zdumiewające. Szczególnie dobre wyniki otrzymano w zakażeniach gronkowcowych; tak np. największy karbunkul goi się po kilku szczepieniach. Przypadki furunculosis, acne, gruźliczego zapalenia gruczołów, wrzodów gruźliczych, pewnych postaci wilka, nawet septicaemia streptococcica i febris maltinensis, długo i bez skutku leczone przez różnych lekarzy, były—podobno—wyleczone przez Wright'a.

Weinstein stosował metodę Wright'a w 11 przypadkach acne i furunculosis, przyczem zabiegi lecznicze miejscowe i djetetyczne były zupełnie wykluczone. W 10-ciu z tych przypadków uprzednio przez czas dłuższy stosowane było bez powodzenia leczenie dermatologiczne. Wyniki były bardzo dobre, przyczem poprawa stanu chorobowego następowała już przeważnie po drugim—trzecim zastrzyknięciu.

Dobre też wyniki otrzymuje się przy leczeniu opsonicznym przypadków zakażenia mieszanego. Naturalnie, leczenie powinno być zwrócone przeciwko wszystkim rodzajom bakterji, wywołujących daną chorobę.

Teorja Wright'a i metoda jego leczenia zainteresowały bardzo ogół lekarzy. Z wielu stron chwalą jego metodę leczenia, a do pracowni Wright'a w St.-Mary's Hospital w Londynie zjeżdżają się obecnie z całego cywilizowanego świata lekarze, by przyjrzyć się jego metodzie leczenia i nauczyć się opracowanej przez niego i jego współpracowników arcy-subtelnej techniki opsonicznego badania krwi.

LITERATURA:

- 1) Müller. Vorlesungen über Infection und Immunität. 1904.
- 2) Dieudonné. Ueber Immunität und Immunisierung. 1903.
- 3) Kaz. Rzętkowski. O odporności w stanach zakaźnych. „Czas. lek.“ 1904.
- 4) W. Mutermilch. Kilka uwag o teorjach odporności. Med. 1905.
- 5) E. Miecznikow. O odporności w chorobach zakaźnych. Ref. Rzętkowskiego. Gaz. Lek. 1903.
- 6) Kolle u. Hetsch. Die experimentelle Bakteriologie. 1907.
- 7) Romme. Opsoniny i fagocytoza. Ref. Wretowskiego. Gaz. Lek. 1906.
- 8) Weinstein. Podstawy teorji Wright'a o opsoninach oraz jej zastosowanie. Ref. Wretowskiego. Gaz. Lek. 1906.
- 9) Prof. Sir. A.

E. Wright. A Lecture on the Principles of Vaccine — Thérapy delivered before the Harwey Society of New York. 1907. 10) Strubell. Beiträge zur Immunitätslehre: Ueber Opsonine. M. M. Woch. 1907. 11) Wassermann. Ueber neuere Immunisierungsverfahren. D. M. Woch. 1907.

Spostrzeżenia z praktyki.

Przyczynek do leczenia ropni.

Podał Dr. **Henryk Goldberg.**

(Z Ambulatorjum Chrz. Tow. Dobr. i szpitala ś-go Aleksandra w Łodzi).

Metoda Biera wywołała przewrót w naszych pojęciach o leczeniu spraw zapalnych.

W literaturze polskiej sposoby Biera, nawskroś konserwatywne co się tyczy użycia i nadużycia noża, a przytem oparte na zasadach filozofii fizjologicznej, mały znalazły dotąd oddźwięk. Dlatego dzielę się spostrzeżeniami nad leczeniem ropni sposobem Biera, nieco zmodyfikowanym przezemnie. Materiał czerpałem z pośród chorych, przychodzących do ambulatorjum Chrz. Tow. Dobr. i chorych stałych szpitala ś-go Aleksandra. W obu razach mogłem śledzić przebieg choroby aż do zupełnego zagojenia.

Jak wiadomo, Bier odradza szerokie cięcia przy ropniach niegłęboko położonych; po zrobieniu nieznacznego nacięcia należy zakładać bańkę codnia na pewian czas. Bańki nie powinny działać długo — w przeciwieństwie do przewiązek, mających wywoływać długotrwałe bierne przekrwienie. Stosowanie bańek, jak i innych sposobów przekrwienia, nie jest jeszcze ostatecznie opracowane, wogóle jednak A. Bier zaleca postępowanie następujące: bańkę należy pozostawiać w ciągu 3—8 minut z przerwami 1—3 minut, codzień w ciągu $\frac{3}{4}$ godziny.

Przy ropniach bańki mają następujące działanie. Po pierwsze, wysysają ropę. Powtórnie, wywołują przekrwienie bierne, to znaczy rozszerzenie łoża naczyniowego, zwolnienie krwiotoku i żylny skład krwi. Przekrwieniu biernemu warstw powierzchownych towarzyszy, zdaniem Biera, także przekrwienie warstw głębokich; przekrwienie bierne uspokaja bóle, działa zahajczo na zarodki chorobotwórcze, podnieca odtwarzanie i wzrost tkanek, wywołuje rozmiękczenie i wytworzenie zawiesziny z wytworów zapalnych. Jedynie wessaniu sprzyja bardziej przekrwienie czynne z towarzyszącym mu szybszym prądem krwi.

To też wszystkie zabiegi Biera, prócz stosowania powietrza ogrzanego do 100—115°, mają na celu wywołanie przekrwienia biernego, przyczem w ślad za niem; po zdjęciu czy to opaski, czy bańki, występuje zawsze przekrwienie tętnicze w większym lub mniejszym stopniu, jak po zdjęciu przewiązki elastycznej Esmarch'a.

Przy leczeniu ropni stosowałem dotąd jedynie bańki. Od metody Biera odbiegłem jednak o tyle, że jednocześnie stosowałem środek silnie odciekający w postaci nalewki jodowej. Trzymałem się w postępowaniu zasad następujących.

Po obmyciu wodą z mydłem i benzyną pola operacyjnego robiłem małe nakłucie skóry, koło $\frac{1}{2}$ ctm., w najbardziej wygórowanem, nie zaś najniższem miejscu ropnia. Ropę wyciskałem, poczem do jamy zastrzykiwałem 1,0—5,0 nalewki jodowej, która wypełniała ropień. Potem zmywałem nalewkę ze skóry, na ranę kładłem kawałek gazy; okładów wilgotnych nigdy nie stosowałem. W danym razie odbiegłem od metody wynalazcy o tyle, że Bier nigdy nie stosuje środków odciekających, czasami tylko przemywa jamę ropnia roztworem soli lub innym środkiem obojętnym. Następnie, chociaż Bier zaleca wyciskanie ropy, to jednak zakłada bańkę ssącą zaraz po nakłuciu. Dodam, że Bier nie drenuje i nie tamponuje jamy ropnia, nie używa również okładów wilgotnych.

Na drugi dzień po zdjęciu opatrunku przekonywałem się, że na gazie prawie niema śladów ropy. Z otworu można było wysączyć parę kropel ropy brunatnej ze strzępami, prawdopodobnie wskutek domieszki i działania nalewki jodowej. Ból, który trwał do wieczora w dniu przecięcia ropnia, już w nocy zwykle znikał. Wtedy dopiero stawiałem bańkę ssącą dwukrotnie na 15 minut z przerwą pięciominutową, odbiegając od schematu, zaleconego przez Biera.

Wyznam, że dawkować przekrwienie w myśl Biera, to znaczy wywoływać odpowiedni stopień zastoju, jest zadaniem trudnem; sądzę jednak z wyników, że dawkowanie przezemnie stosowane było prawidłowem. Bier podaje następujące wskazówki wytyczne: zabieg nie powinien wywoływać bólu, skóra winna przybrać kolor czerwonosinny, przy sprawach ostrych należy stosować przekrwienie słabsze, niż przy przewlekłych, pompkę ssącą należy niezupełnie zgnieść w ręce i t. p.; dokładnych jednak danych nie daje. Ja trzymam się następującego sposobu. Nie używam gotowych aparatów firmy Eschbauma, lecz tylko baniek, na które zakładam zwykły dren gumowy, powietrze zaś ssę zapomocą pompy metalowej. Powietrze pompuję tak długo, dopóki mi ścianki rurki gumowej nie spadną; wtedy gumkę zaciskam kleszczykami Péan'a; w ten sposób mam stałą miarę ciśnienia ujemnego, wystarczającą, jak mnie praktyka przekonała.

Po bańkowaniu nakładałem znowu zwykły suchy opatrunek.

Na trzeci dzień zwykle ropy nie było zupełnie. Jama ropnia wypełniona skrzepem krwi; otwór skleiony, jeżeli zaś otworzyć go zgłębnikiem, nic się nie wydziela. Skóra nad ropniem i otoczenie powraca do zwykłego stanu. Bóle znikły zupełnie. Po założeniu bańki wydziela się parę kropel surowicy lub rzadkiej ropy z domieszką krwi; bańkę stosuję i teraz, jak wyżej wspominałem; opatrunek suchy.

Na czwarty dzień to samo, z tą tylko różnicą, że bańka wyciąga zwykle kroplę surowicy. Na tem możnaby zakończyć, ja jednak stosuję zwykle jeszcze przez 1—2 dni przekrwienie, gdyż miałem dwa przypadki, w których po pozornem zagojeniu ropa po 10 dniach zno-

wu się zebrała. Wystarczyło wtedy dwukrotne zastosowanie bańki, aby otrzymać zupełne wyleczenie.

Rozumie się, że wobec małego otworu ropnie nie pozostawiają żadnych blizn. Po zabliźnieniu pozostaje ograniczony guz; mojem zdaniem, nie jest to nic innego, jak jama ropnia, wypełniona krwią. Krwiał ten wysysa się w ciągu krótkiego czasu.

Jak szybko miewał wyleczenie Bier przy leczeniu ropni—przekonać się z jego podręcznika nie mogłem, gdyż nigdzie nie podaje dokładniejszych danych; przypuszczam jednak z niektórych słów jego, że zabliźnienie zupełne otrzymywał w ciągu 7—10 dni, t. j. leczenie przeciągało się dłużej, niż w moich przypadkach. Na dowód przytoczę kilka historii chorób.

1) Kozł. 30 lat Phtisis pulm. Abscessus colli.

12. III. Ropień od 2 tygodni w okolicy lin. nuchae wielkości jaja. Skóra ścieńczała, napięta. Cięcie koło $\frac{1}{2}$ ctm. Wypuszczono łyżkę gęstej ropy bez strzępów. Dowewnątrz przeciętego ropnia 1,0 t-rae Jodi.

13. III. Ropy niewiele, brunatnej ze strzępami (od nalewki jodowej). Bańka typu $\frac{15}{5} \times 2$. Opatrunek suchy.

14. III. Bańka $\frac{15}{5} \times 2$. Jama wypełniona skrzepem krwi. Bańka wyciąga kroplę ropy z krwią. Opatrunek suchy.

15. III. Bańka wyciąga kroplę surowicy. Obrzęk prawie znikł. Opatrunek suchy. Bańka typu $\frac{15}{5} \times 2$.

16. III. Nacieczenie znikło. Bańka nie trzyma się. Sanatio.

2) Olsz. Maryanna 25 l. żona drukarza. Lymphadenitis suppurativa regionis buccalis dextrae.

10. III. Chora od tygodnia. Ropień wielkości orzecha włoskiego; skóra czerwona, napięta. Pod chlorkiem etylu cięcie $\frac{1}{2}$ ctm., jama zostaje wypełniona nalewką jodową.

11. III. Ropy zebrało się sporo. Bańka typu $\frac{15}{5} \times 2$. Opatrunek suchy.

12. III. Ropy na guzie niema, choć otwór nie zamknięty. Obrzęk jeszcze spory; bóle ustąpiły zupełnie. Bańka typu $\frac{15}{5} \times 2$. Opatr. suchy.

13. III. Kropla ropy po otwarciu zgłębnikiem otworu i założeniu bańki, typu $\frac{15}{5} \times 2$. Suchy opatrunek pod plastrem lepkim.

16. III. Po 3 dniach sanatio. Nacieczenie pozostało bardzo nieznaczne. Bańki nie zakładano. Po cięciu nie pozostało żadnego śladu.

Ogółem leczyłem dotąd w powyższy sposób 10 przypadków, że jednak 2-ch chorych straciłem z oczu (ze znaczną zresztą poprawą po 1—2 opatrunkach), więc tych przypadków nie liczę. Pozostaje zatem osiem. Z nich w jednym mieliśmy do czynienia z ropniem po róży, w jednym z ropniem u suchotnika w daleko posuniętym okresie suchot, reszta—to zropiałe gruczoły chłonne lub ropówki ograniczone. Stosować bańkę wypadło przeciętnie $3\frac{1}{2}$ dnia, wraz zatem z nacięciem leczenie trwało 4—6 dni.

Dane o śmiertelności w m. Łodzi za Styczeń i Luty 1908 r.

Podał Dr. **S. Bartoszewicz.**

Dane te są oparte na kartkach o śmierci wydawanych przez lekarzy miejskich cyrkulowych. Ze względu na to, iż głównym

moim celem jest statystyka śmiertelności chorób zakaźnych, wypadki śmierci od innych chorób są mniej szczegółowo zestawione; wiek dziecięcy liczę do 14 lat, młodzieńczy zaś—od 14—zaliczam do dorosłych. Pragnąc wyjaśnić, jaką jest różnica śmiertelności pośród ludności chrześcijańskiej, a żydowskiej zestawiam oddzielnie wypadki śmiertelne dla obu grup ludności, w celu wykazania, czy i o ile różnice kulturalnego stanu, względnie zamożności i przepisów religijnych wywołują, przy jednakowych zewnętrznych warunkach sanitarnych miejskich, czy ew. mogą wywołać jako tako znaczną różnicę w cyfrach śmiertelności dwu grup ludności mieszkających na jednym obszarze i niezłanych w jedną społeczność.

Wykaz chorób:

I. Zakaźne.	m. Styczeń.	m. Luty.
Gruźlica płuc	$\frac{23(10)^*}{66(12)}$	$\frac{17(3)}{71(18)}$
Zapalenie gruźl. opon mózgowych	$\frac{46(14)}{4(1)}$	$\frac{32(11)}{2(1)}$
Ospa	$\frac{156(5)}{2(0)}$	$\frac{85(0)}{1(0)}$
Błonica (dyfterja)	$\frac{12(5)}{0}$	$\frac{2(1)}{0}$
Dławiec (krup)	$\frac{1}{0}$	$\frac{2}{0}$
Płonica (szkarlatyna)	$\frac{3}{0}$	$\frac{7}{0}$
Odra	$\frac{15(3)}{0}$	$\frac{6}{0}$
Koklusz (krztusiel)	$\frac{4}{0}$	$\frac{5(2)}{0}$
Róża	$\frac{1}{0}$	$\frac{0}{1}$
Influenca	$\frac{1}{3(2)}$	$\frac{1}{0}$
Tyfus brzuszny (dur)	$\frac{9(2)}{14(2)}$	$\frac{3}{4(1)}$

*) Ilość przypadków śmierci wyrażona jest w postaci ułamka: w liczniku—śmiertelność dzieci, w mianowniku — dorosłych; cyfry w nawiasach wskazują na odpowiednie pozycje śmiertelności u żydów, objętych pierwszemi cyframi.

Zapalenie płuc	<u>81(16)</u>	<u>48(13)</u>
	9(5)	15(4)
Przymiot	<u>0</u>	<u>3</u>
	0	2
	<u>354(55)</u>	<u>211(33)</u>
Razem zakaźnych	<u>96(22)</u>	<u>96(24)</u>
	450(77)	307(57)

2. Niezakaźne.

m. Styczeń

m. Luty

Nowotwory	<u>1(1)</u>	<u>1</u>
	23(7)	20(6)
Wada serca	<u>1(1)</u>	<u>2(0)</u>
	47(9)	25(15)
Zapalenie nerek	<u>1(1)</u>	<u>0</u>
	17(7)	8(3)
Nieżyłt kiszek i żołąd.	<u>46(10)</u>	<u>50(8)</u>
	4	3(0)
Nieżyłt dróg oddech.	<u>70(15)</u>	<u>56(12)</u>
	6(3)	3(1)
Udar mózgowy	<u>0</u>	<u>0</u>
	19(6)	8(4)
Zwapnienie tętnic	<u>0</u>	<u>0</u>
	10(2)	0
Sprawy popołogowe	<u>0</u>	<u>0</u>
	7(1)	0
Konwalsje dzieci	<u>60(5)</u>	<u>77(7)</u>
	0	0
Wycieńczenie dzieci	<u>63(20)</u>	<u>26(10)</u>
	0	0
Nieżywourodzonych	<u>37(3)</u>	<u>68(4)</u>
	0	0
Uwład starczy	<u>0</u>	<u>0</u>
	89(23)	40(8)
Rozedma płuc	<u>0</u>	<u>0</u>
	12(4)	0
Rany postrzał.	<u>0</u>	<u>0</u>
	12(1)	9(1)

Rany cięte	0	0
	0	4
Rozmaite	23(5)	39(0)
	51(11)	10(0)
	302(61)	319(41)
Razem niezakaźnych	297(74)	144(38)
	599(135)	451(79)

Ogólna więc śmiertelność za Styczeń wynosi 1049(212), w Lutym 758(136); na wiek dziecienny w pierwszym miesiącu przypada 656(106), w drugim zaś—520(74).

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie dnia 5 Lutego 1908 r.

Przewodniczący kol. Jasiński.

Sekretarz kol. Sonneberg.

Po przeczytaniu protokołu z posiedzenia z d. 22 Stycznia r. b. Kol. Brudziński przeczytał skreślony przez niego projekt tekstu, jaki ma być wpisany do dyplomu honorowego dla prof. Jakubowskiego. Zaprojektowany tekst został przez obecnych zaaprobowany. Jednocześnie uchwalono, aby w d. 25 Lutego r. b. t. j. na uroczystości uczczenia zasług prof. Jakubowskiego w Krakowie, kol. Brudziński reprezentował, jako delegat, Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Dalej kol. Skalski demonstrował 28-letniego robotnika fabrycznego, u którego przed 4 tygodniami po raz pierwszy, a przed tygodniem po raz drugi, wystąpiły na skórze goleni czerwone, krwawe, rozmaitej wielkości plamy. Zarówno za pierwszym razem, jak i obecnie, cierpienie przebiegało bez gorączki, bólów w stawach i t. p. Kol. Skalski przyjmuje cierpienie powyższe, ze względu na charakter wykwitów, za Purpura rheumatica.

Kol. Pański przedstawił 2 przypadki:

N. 44 lat. mężatka, 3 dzieci. Chora od 15 lat. Zaczęło się cierpienie od bólów w palcach stóp, które podczas bólu były zupełnie blade i odbijały od reszty stopy. Przeważnie występowały bóle podczas chodzenia, gdy chora leżała w łóżku, lub dłużej siedziała, bóle ustępowały. Chora podaje, iż napad rozpoczął się bólami i uczuciem drętwienia, po kilku zaś godzinach niektóre palce były jak martwe; po wypoczynku przybierały zabarwienie fioletowe lub ciemno czerwone, które to zabarwienie trwało przez parę godzin. Obecnie ręce są koloru jasno czerwonego, miejscami zupeł-

nie blade; na nogach zabarwienie dotyczy przeważnie palucha i drugiego palca. Nigdy podczas napadów chora nie gorączkowała.

Na stopach czuje się bardzo wyraźnie tętnienie naczyń (Fusspuls), podczas silnego napadu natomiast, pulsu na stopach nie wy-czuwałem.

Badanie układu nerwowego nie wskazało objawów mogących przemawiać za cierpieniem organicznem układu nerwowego: odruchy ściągliste i skórne z obydwóch stron jednakowe i nie przekraczają normy; odruchu Babińskiego brak; żrenice dobrze oddziały-wają na światło; żadnych porażień ani zaników mięśni, ruchy pal-cami rąk są nieco niezręczne i powolne, co tłumaczy się bólami i nieznacznym obrzękiem; czucie na dotkniętych kończynach mniej-sze, zwłaszcza podczas napadu; zimno, ciepło, dotąd chora odczu-wała dokładnie. W sercu drugi ton metaliczny czasem z podmuchem. (Autoreferat).

L. 28 lat żonaty, 3 dzieci. Żadnych chorób nie przeżywał. Lues neguje. Od 10 lat czuje prawą kończynę dolną inaczej jak lewą. W ostatnich czasach utrudnione oddawanie moczu. Badanie wykazuje: Chory bardzo nieznacznie powłóczy l. k. d. Siła mięsni-o-wa l. k. d. znacznie mniejsza w porównaniu z siłą pr. k. d. Uczucie dotyku na pr. k. d. zachowane. Uczucie bólu zamienione na uczu-cie ciepłe. Probówkę z zimną wodą chory odczuwa jako ciepło. Zmiana uczucia bólowego i T° sięga od stopy aż do dolnej klatki piersiowej po stronie prawej. Po lewej stronie zaburzeń uczucia niema. Odruchy kolanowe żywe, lewy jednak o wiele żywszy, odruch ścię-gna Achillesa również żywszy z lewej strony; Fussclonus z lewej strony; odruch Babińskiego i Oppenheima, z lewej strony. Odruchy brzuszne i jądrowe żywe. Objawy zmian uczucia (bólu i T°) z prawej strony zmniejszenie siły mięśniowej l. k. c. z lewej stro-ny, powiększenie odruchu kolanowego Fussclonus, odruchu Babiń-skiego i Oppenheima, utrudnione oddawanie moczu, jednym słowem objawy mlecza, stanowiące komplet objawów Brown-Sequarda. Etiologia cierpienia pozostaje niejasną. Młody wiek chorego, brak bólów przez 10 lat trwania choroby, czerstwy wygląd chorego przemawiałyby przeciw nowotworowi rdzenia. Urazu nie było. Podejrzewając gummat, zaleciłem choremu kurację swoistą.

(Autoreferat)

W dalszym ciągu kol. Helman przedstawił chorego z una-czynionym polipem krtani.

Z kolei przewodniczący odczytał odezwę Towarzystwa Lekarzy gub. Lubelskiej, proponującą zwołanie w jaknajkrótszym cza-sie w Warszawie zjazdu lekarzy, aptekarzy, chemików oraz innych producentów dla omówienia i rozpoczęcia akcji ku podniesieniu i ochronie wytwórczości krajowej w zakresie zapotrzebowań wiedzy lekarskiej, jak również ku zastąpieniu w granicach możliwości uz-drowisk klimatycznych i miejscowości kąpielowych zagranicznych krajowemi. Projekt powyższy znalazł u obecnych przychylnę przy-jęcie. Dalej, została przeczytana przez przewodniczącego odezwa Zarządu „Uczelnia”. Odezwa powyższa, zaznaczywszy, że utwo-

rzony niedawno gimnazjum polskie jest instytucją, która już obecnie ze stanowiska kształcącego i wychowawczego odpowiada celowi, a w przyszłości bezustannie doskonalić się będzie, zwraca uwagę na stan, w jakim się znajduje budżet szkoły: stosunkowo większe wydatki w porównaniu z dochodami, każą z troską myśleć o przyszłości szkoły. Odezwa zwraca się do Towarz. Lekarskiego z prośbą o przyjęcie szkole z pomocą przez zapisywanie się w poczet członków. Wraz z odezwą załączono 20 egzemplarzy ustawy, 30 deklaracji do zapisywania się na członków oraz 15 kwitarjuszy do zbierania składek.

Po przeczytaniu przez kol. prezesa powyższej odezwy, głos w tej sprawie zabrał kol. Koliński, który w sposób wymowny zobrazował ciężkie warunki materialne, w jakich się znajduje powyższa szkoła. Kol. K. zachęcał obecnych do przyjęcia szkole z pomocą, bądź przez zapisywanie się w poczet członków Towarz. „Uczelnia“, bądź też przez zjednywanie członków wśród znajomych i zbieranie składek przygodnych.

Następnie przeczytano ofertę jednej drukarni, dotyczącą ogłoszeń lekarskich.

Z kolei kol. Helman przeczytał pierwszą część odczytu p. t. „Obecny stan nauki o guzach noso-gardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki takowych“.

Wreszcie kol. Goldman i kol. Maybaum demonstrowali:

1. Przypadek operowanej zgorzeli jądra z przyczyny skręcenia około osi.

2. Przypadek appendicitis.

W dyskusji przyjął udział kol. Rosenthal.

Posiedzenie d. 19 Lutego 1908 r.

Przewodniczący kol. Krusche.

Sekretarz kol. Sonnenberg.

Po przywitaniu przez przewodniczącego kol. Judta, z Warszawy jako gościa, kol. Groszlik przedstawił:

(Autoreferat). Rodzinę złożoną z męża, żony i trojga dzieci (resp. dwojga dzieci, gdyż najmłodszego nie przyniesiono z uwagi na wiek i niepogodę), w której badanie wykazuje, co następuje:

1) Najmłodsze dziecko, 11 tygodni, Retinit. cong. utr. oc., źrenice na światło nie oddziałują; nyst. horiz; niepokój dochodzący do płaczu ciągłego, powtarza się co wieczór. 2) Dziewczynka 2 i pół roczna, choroba Little'a, rozwój umysłowy nader ograniczony, dziecko posiada kilka słów, dotyczących jedzenia. Zrenice rozszerzone nie reagują, najs. horizon. atroph. n. opt. i ret. utr. oc. con. 3) Chłopiec 5 i pół roku, nigdy nie stał, nie chodził, mówił trochę do 3 lat, ale mowa ograniczała się od nazw najpospolitszych pokarmów. Innych słów nie posiadał nigdy. Do 3^{1/2}—4 r., gdy go sadzano doznawał objawów zawrotnych, gdyż wykonywał ruchy kompensacyjne oczami, głową, rękoma, czasem płakał, uspokajając się dopiero, gdy go się położyło. Obecnie jest w stanie przy cudzej pomocy nawet siadać, trzymając się rękoma jakiegos przedmiotu. Nys. hor. źrenice rozszerzone nie reagują, atr. n. op. ret.

utr. oc. Objawów wyraźnie syfilitycznych nie znaleziono u żadnego z dzieci. Między najstarszem i następnem dzieckiem było dziecko, które zmarło na konwulsje (?).

Jaka może być etiologia tej bez kwestji niecodziennej obserwacji. Z jednej strony obecność objawów zapalnych (retinit.) u noworodka, które prawdopodobnie istniały u starszych dzieci i zakończyły się zanikiem nerwu, wzrok. z drugiej pewna gradacja kompleksu u rozmaitych członków rodziny, i charakterystyczny niepokój u noworodka, występujący wieczorem i przypominający typ bólu głowy u syfilityków: to wszystko nasuwa myśl o syfilisie wrodzonym. Badanie matki nie podejrzanego nie wykazało, natomiast u ojca (który zresztą syfilis neguje) znajdują się blizny na obu gołeniach rozmaitej wielkości, dość dawnej daty (ojciec dzieci 28 letni mężczyzna notowany jest w księdze szpitalnej kol. Gros gli k a z d j a g n o z ą P sor. vulgar.). Kol. Gros gli k s ą d z i, że mamy w powyższej obserwacji do czynienia prawd. z cierpieniem rozległym ośrodków mózgo-rdzeniowych, poczęści natury parasyfilitycznej.

Kto jest tu sprawcą spustoszeń organicznych, spostrzeganych u dzieci, czy tylko ojciec, czy też oboje rodzice? Pomimo braku objawów lub śladów infekcji u matki, np. chociażby poronień, kol. G. nie sądzi, aby można było u tej ostatniej wykluczyć syfilis, rozległość zaś i stopień ciężkości cierpień dziedzicznych w danym wypadku każą przypuszczać udział obojga rodziców, aniżeli całą winę przypisywać ojcu. Czy jednak przyjmujemy tu syfilis paterny, czy nie, w każdym razie zasługuje na uwagę, że ojciec z ubiegłymi już objawami terejarnymi może dać życie dziecku z ciężkimi sprawami organicznymi, gdy tymczasem osobnik wkraczający w okres terejarny uważany bywa eo ipso jako niezaraźliwy resp. dziedzicznie niezaraźliwy. Kwestja jest sporna — kol. G. osobiście jest zdania, że terejarja nie stanowią zakończenia sprawy luetycznej, sądzi nawet, że mogą następować po nich objawy wtórne, uważa zatem terejarja za zaraźliwe.

2) Kol. Gros gli k przedstawia dziewczynkę 15 letnią z niedorozwojem lewej sutki. Prawa sutka rozwinięta jak przystało na wiek chorej, od pół roku bardzo bolesna. Obecnie bolesność zmniejsza się. Gruczołów symptomatycznych pod pachą prawą lub gdzieindziej niema. (Autoreferat).

Dalej kol. J u d t przedstawił chorego dotkniętego mięsakiem i leczonego promieniami Roentgen'a.

Pan B. Z., lat 46, urzędnik łódzkich warsztatów rzemieślniczych, z polecenia kol. Perlisa poddany został rentgenoterapii. U pacjenta w przeciągu ostatniego półrocza nader szybko rozwinął się wielki guz, zajmujący okolice pachy lewej oraz boczną i przednią powierzchnię klatki piersiowej, od obojczyka do szóstego żebra. Na usunięcie cząstki guza dla zbadania drobnowidzowego chory nie pozwolił. Jednak nowotwór ten spojony z powięzią, twardej, niebolesny, miał wszystkie cechy mięsaka. Guz wywierał silny ucisk na naczynia, wywołując objawy zastoinowe w górnej kończynie, obrzęk, sinicę, ból.

Już po 8 naświetlaniach obrzęk znikł, bóle ustały. Rozpoczęło się szybkie zmniejszanie guza. Po szeregu 60 codziennych naświetlań (suma 10 godzin, 30 pełnych dawek Kienböcka) guz zmniejszył się tak dalece, że dziś pozostały tylko niewielkie cząstki.

Ze względów materialnych chory nie mógł pozostawać dłużej w Warszawie. Niewątpliwie, te cząstki pozostałe uledez mogą zupełnie zanikowi.

Ogólny stan zdrowia p. Z. polepszył się znacznie.

Przypadek demonstrowany zaciekawiać powinien z dwu względów. Widzimy, że nadzwyczaj intensywne naświetlanie nie wywołało tu żadnych wpływów ubocznych, nawet podrażnienia skóry. Zależy to od odpowiedniego podziału topograficznego w naświetlaniu oraz od ścisłego dozowania. Ogromną wreszcie rolę odgrywają t. zw. filtry (skórzane, srebrne, ołowiane). Wchłaniają one szkodliwe dla skóry promienie chemiczne, aczkolwiek nie powstrzymują potrzebnych do leczenia guza promieni.

Drugim czynnikiem jeszcze bardziej ważnym jest fakt, że guz wielkich rozmiarów, casus non operabilis, naświetlany początkowo tylko solatii causa, — uległ kolosalnemu zmniejszeniu. Zwraca to uwagę na rentgenoterapię guzów złośliwych wogóle.

Bez wątpienia, medycyna znalazła w promieniach Roentgena środek nadzwyczaj pożyteczny, — a po zabiegu operacyjnym — najdonioslejszą broń w walce z rakiem i mięsakiem.

Reasumuję zwięźle wyniki dotychczasowe. — Najlepsze rezultaty osiągnięto w leczeniu raków skóry (epithelioma superficiale, cancrroid, papilloma epitheliomatodes). Według Darier'a łatwiej podlegają wpływowi promieni t. zw. epitheliomata baso-cellularia, pochodzące z walcowatych komórek warstwy Malpighiusza, — trudniej t. zw. epitheliomata spino-cellularia. — Odsetka przypadków wyleczonych wynosi od 45% do 75%.

Raki głębiej położone, oczywiście, wyników takich nie dają. Jednak można wywołać w niektórych przypadkach (Mikulicz i Fittig, Prio i Comas) zupełny zanik raka sutki, zwłaszcza małych guziczków nawrotowych w bliźnie pooperacyjnej. Wyleczenie zaś raka macicy, żołądka i t. p. przyjmować należy bardzo krytycznie.

W przypadkach podobnych promienie Roentgena wpłynąć mogą co najwyżej na zmniejszenie guza oraz wywierają działanie analgetyczne i osuszające. W guzach rozpadających się promienie Roentgena szybko zmniejszają ilość ropy, owrzodzenie ulega zablężnieniu, a wpływ znieczulający przejawia się tak wybitnie, że dzisiaj zapoczątkowano już leczenie niektórych postaci nerwobólów (neuralgia n. occipitalis, trigemini, ischiadici).

Zaznaczyć należy raz jeszcze że guz rakowy głęboko położony w wyjątkowych tylko razach podlega dobroczynnemu wpływowi promieni Roentgena. W tej dziedzinie pierwsze miejsce należy do chirurgii. Promienie zaś powinny znaleźć zastosowanie profilaktyczne. Jako takie mają one znaczenie doniosłe.

Lepsze wyniki znajdują mięsaki. Znany już jest ogromny szereg niewątpliwie, bez nawrotu, wyleczonych mięsaków. Przypom-

nę przypadki Torre'a (fibrosarcoma in reg. thoracic sin.), Chryso-pathes'a (sarcoma ovarii), Kienböck'a (lymphosarcoma mediastini), Fischer'a i Schon (angiosarcoma maxillae), Albers-Schönberga (sarcoma parvi-globo cellulare in reg. parietali) i t. p.

Jest jeszcze jedna postać zbliżona do mięsaków, a doskonale leczona promieniami Roetgena, mianowicie mycosis fungoides.

Z rozwojem techniki rentgenoterapja niewątpliwie pomnoży jeszcze więcej odsetkę wyleczonych przypadków z dziedziny guzów złośliwych.

(Autoreferat).

W dalszym ciągu kol. J u d t omówił obszernie sprawę rozpoznawania wczesnych zmian zapalnych w układzie kostnym przy pomocy promieni Roentgen'a oraz demonstrował szereg zdjęć, dotyczących techniki roentgenologicznej.

Wspaniały rozkwit techniki roentgenologicznej pozwala dziś na rozpoznawanie wczesnych przejawów zapaleń swoistych w układzie kostnym. Dostrzegamy patologiczne zmiany w substancji zbitej i gąbczastej, w okostnej i błonie maziowej, w chrząstkach stawowych i szpiku. Otrzymujemy na roentgenogramatach obfitą skalę przejawów graficznych, odpowiadających rozmaitym postaciom cierpień zapalnych. Graficzne te oznaki posiadają wreszcie pewne cechy różniczkowe.

W gruźlicy kostnej możemy odnajdywać ogniska rozmiękczenia, ropnie wewnątrzcostne, martwaki. Kostnienie okostnej przybiera względnie nieznaczną postać. Ogromną rolę odgrywa t. zw. ostry zanik kości. Jest on pochodzenia obwodowego (w przeciwieństwie do zaniku pochodzenia rdzeniowego, jak np. w tabes, syringomielia). W zaniku ostrym kości ginie do 67% soli wapiennych. Obraz rentgenograficzny przybiera charakterystyczny wygląd, mętnieje, zatracą rysunek subtelnej struktury. W żadnym innym cierpieniu zanik ostry kości nie wybucha tak szybko, jak w gruźlicy, i nie przybiera tak obszernych rozmiarów. Obecność zaniku pozwala przypuszczać istnienie martwaka lub ropnia wewnątrzcostnego nawet wtedy, gdy ich bezpośrednio na zdjęciu nie widzimy.

Gruźlica błony maziowej może być określoną dość wczesnie (synovitis incipiens), gdy jeszcze niema ropnych objawów. Nikłe ustosunkowanie różnic cieniowych wymaga nadzwyczaj dokładnych roentgenogramatów. Rysunek nasady zatracają swe ostre kontury; szczyliny stawowe ulegają zwężeniu, linje chrząstki rozrodczej mętnieją.

Inne zmiany, późniejsze przejawy gruźlicy kostnej, tworzą zadanie łatwiejsze. Możemy dokładnie opisać guz biały, określić zrosty costne i łącznotkankowe, proces otarbiania ognisk gruźliczych. Jeszcze więcej subtelności roentgenograficznych otrzymać można po uprzednim wprowadzeniu tlenu do torebki stawowej (Wollenberg). W stawie kolanowym różniczkować się dają, prócz torebki stawowej, — więzy, zachyłki, lękotki. W zapaleniu szpiku ostrém, jako cechy różniczkowe występują przejawy przetwardnienia tkanek kostnych. Gruźlica odznacza się słabą działalnością wytwórczą, ogniska ropne i martwaki nie są oddzielone *wyrażnie* od tkanki

zdrowej pasmem demarkacyjnem. Natomiast w zapaleniu szpiku ostrem dostrzegamy wybitną granicę sklerotyczną, w postaci smugi o intensywnem zabarwieniu na kliszy. Drugim przejawem różniczkowym jest silny stopień kostnienia okostnej (periostitis ossificans. Obejmuje ono znaczne przestrzenie trzonu. Okostna staje się tak grubą, jak substancja zbita.

W przymiocie, oprócz sklerotycznych przejawów, znajdujemy jeszcze jeden objaw różniczkowy, mianowicie gumaty. Mają one na kliszy charakterystyczny wygląd: ciemna okrągława postać masy galaretowatej gumatu, a wokół jasna smuga sklerotyczna. Niektóre postacie przymiotu kości rozpoznawać można bezpośrednio. Obraz gumatu okostnej lub zwykłego zapalenia szpiku ma wygląd charakterystyczny; z żadnem innem cierpieniem zmieszać go nie można. Inne postacie są mniej wyraźne, jednak tworzą poważny atut diagnostyczny, o ile je dodać do obrazu klinicznego i wywiadów.

Demonstracja szeregu zdjęć własnych z rozpatrzonych dziedzin.

Demonstracja zdjęć z dziedziny medycyny wewnętrznej między innymi pokazane były zdjęcia uchyłku przełyku, gruźlicy płuc, zwapniałych gruczołów okołoskrzelowych, kamieni nerkowych i moczowodowych, wreszcie zdjęcia nerki. Obraz roentgenograficzny samej nerki tworzy jedną z najważniejszych zdobyczy w roentgenologii. Jednak otrzymanie takiego zdjęcia należy dotychczas do rzeczy bardzo trudnych. Przeważnie udaje się to z nerką lewą, gdyż prawa zaciemniona jest przez wątrobę.

Demonstracja zdjęć ze strukturą kostną i więzami. Dla ścisłego rozpoznawania subtelnych zmian zapalnych w układzie kostnym należy otrzymywać nader dokładne zdjęcia ze strukturą kości i więzami. Dostrzegamy wyraźną beleczkową budowę kości, linje tkanek i rozrodczej u dzieci i linje skostnienia u dorosłych, granice chrząstek, szczeliny stawowe itp. Najlepsze wyniki dają zdjęcia podwójne, wreszcie t. zw. plastyczne, przesuwane dowolnie. (Autoreferat).

Po odczycie wywiązała się dyskusja.

Kol. M. C o h n poruszył sprawę ubocznego działania promieni Roentgen'a oraz azoospermii, spostrzeganej niejednokrotnie u osób, robiących zdjęcia roentgenologiczne.

Kol. S o n n e n b e r g, nawiązując rzecz do wzmiankowanego przez prelegenta faktu wywoływania raka przy stosowaniu promieni Roentgen'a, wspomniał o niezwyklej przypadku, jaki miał sposobność obserwować przed 10 laty w Wiedeńskim Towarzystwie Dermatologicznem. Rzecz dotyczyła chorego, dotkniętego wilkiem na przedramieniu. Otóż pod wpływem stosowania u tego chorego promieni Roentgen'a w celach leczniczych — chore miejsce zostało wyleczone, natomiast na zdrowej dotychczas skórze, w sąsiedztwie miejsca, które było chore, powstało po stosowaniu promieni Roentgen'a w ciągu stosunkowo bardzo krótkiego czasu, nowe, dosyć duże, ognisko. Kol. S o n n e n b e r g zaznacza, że nie było to zjawisko oparzenia skóry, jakie często powstają pod wpływem promieni Roentgen'a, nowe bowiem ognisko miało wszystkie cechy wilka. (Lupus-Knoetchen i t. d.) i było przez obecnych, jako wilk

rozpoznane, słowem—pomyłka rozpoznawcza była tu najzupełniej wykluczona. Podkreśliwszy w danym wypadku fakt powstania wilka na zdrowej skórze u osoby, która już była tem cierpieniem dotknięta w innym miejscu, Sonnenberg zapytuje prelegenta, czy notowane przypadki powstawania raka pod wpływem promieni Roentgen'a, nie dotyczyły, być może, również osób, które już przedtem były rakiem dotknięte lub które miały raka w innym miejscu ciała?

Koledze Maks. Cohnowi prelegent odpowiedział, że spostrzegane uboczne objawy są zależne od nieodpowiedniego stosowania promieni Roentgen'a. Z objawów ogólnych spostrzegano brak apetytu, bezsenność, upadek sił, bicie serca, podniesienie się ciepłoty, z miejscowych objawów — oparzenie skóry, a w jądrach — zanik ciał, wytwarzających spermatozoidy. Wymieniony szkodliwy wpływ zależy od zaniedbywania środków ochronnych. Azospermia grozi nie pacjentom, lecz roentgenologowi.

Koledze Sonnenbergowi prelegent odpowiada, że przypadki, w których rak powstał po stosowaniu promieni Roentgen'a nie dotyczyły osób, już poprzednio cierpiących na raka. W jednym, znanym prelegentowi przypadku (Wyss: Beiträge Klein. Chirurg. XLIX) guz rozwinął się na podłożu wilkowatemu, a w drugim (Hahn) na oparzonej promieniami Roentgen'a skórze.

Prócz wymienionych w dyskusji przyjęli udział koledzy: Klotzenberg, Steinberg i Maybaum.

W dyskusji nad przypadkami, demonstrowanymi przez kol. Groszlika (dwoje dzieci), kol. Sonnenberg zauważył, że są to przypadki ciekawe i bezwarunkowo świadczące o obciążeniu dziedzicznym, lecz nierozstrzygniętem pozostaje pytanie, jakiej natury jest owo obciążenie. Według kol. Sonnenberga, kol. Groszlik w poszukiwaniu przyczyny danego cierpienia, postąpił nieco jednostronnie, upatrując przyczynę cierpienia w przymiocie. W danym bowiem przypadku u rodziców dzieci demonstrowanych brak wszelkich danych, któreby mogły przemawiać za przymiotem: blizny na goleni u ojca, dostrzeżone przez kol. G. i na które kol. Gr. się powołuje, chyba nie mogą być brane poważnie w rachubę. U dzieci demonstrowanych—również brak objawów quo ad luem. Według kol. Sonnenberga należałoby w dociekanii przyczyny obrać tu inny kierunek. Jednym z najczęstszych momentów etiologicznych tego rodzaju cierpień jest alkoholizm u rodziców lub zawieranie małżeństw między bardzo bliskimi krewnymi. Na uwagę kol. Groszlika, że demonstrowane przypadki można zaliczyć do kategorii parasyfilitycznych i że najlepszym dowodem, że przypadki, o których mowa, są natury parasyfilitycznej, będzie wynik, jaki kol. Groszlik spodziewa się otrzymać tu po zastosowaniu leczenia swoistego, kol. Sonnenberg odpowiedział, że, gdyby nawet przyjąć, iż dane przypadki są natury parasyfilitycznej, to tembardziej nie należałoby tu oczekiwać dobrego wyniku od stosowania swoistego leczenia, jednym bowiem z charakterystycznych cech cierpień parasyfilitycznych jest właśnie fakt, że leczenie przeciwsy-

flityczne, zastosowane w przypadkach parasyflitycznych, nie daje żadnych wyników.

Kol. Klopenberg nie widzi w przedstawionych przypadkach cech dla przymiotu mózgu charakterystycznych. Jest to choroba rodzinna, której głównymi objawami są: idiotyzm i zanik nerwów wzrokowych. Wykluczyć tu należy chorobę Tay-Sachs'a z powodu braku z obrazie oftalmoskopowym zmian w plamce żółtej. Kol. Klopenberg przypuszcza tą chorobę Little'a z zanikiem nerwów wzrokowych. Takie przypadki były przez Higięra opisane. Przymiot ojca zdaje się w etiologii danego przypadku odgrywać stanowisko współrzędne.

W odpowiedzi kol. Groszlik oświadcza, że nie zapoznaje bynajmniej wpływu alkoholizmu i blizkiego pokrewieństwa rodziców na zwyrodnienie potomków, przechyla się jednak na stronę syfilisu z uwagi na retin. cong., na blizny charakterystyczne u ojca, na pewną poprawę u najmłodszego dziecka pod wpływem tygodniowego leczenia swoistego (dziecko spokojniejsze, zaczyna jakby zwracać uwagę na światło, co zauważyła sama matka, kobieta zresztą ciemna). Do zapewnienia ojca o bardzo dawnym istnieniu wrzodów na nogach już w 15 roku życia, kol. G. nie przywiązuje żadnej wagi. Przymiot, acz w ogólności czynnik nie jedyny, w danym wypadku wydaje mu się najbliższym, najprawdopodobniejszym i przez doświadczenie najbardziej uzasadnionym. Niesłuszny jest zarzut, iż brak w danej obserwacji objawów pospolitych przymiotu, jak gdyby syfils dziedziczny musiał wszędzie i zawsze przejawiać się pod postacią skórną słuzową. Co właśnie budzi zaniepokojenie w danym wypadku, to mianowicie wyłączenie przejawiania tu syfilisu w formie wisceralnej. Wierny swej diagnozie, choć prawdopodobniej (gdyż absolutnych diagnoz się nie stawia), kol. Groszlik zamierza zastosować u dzieci leczenia swoiste, co prawda nie wiele, sobie po niem obiecując u dzieci starszych, u których istnieją już zmiany patologiczne trwałe, sklerotyczne, ale uważając je za obowiązek moralny względem najmłodszego. Co się tyczy ujemnych rezultatów leczenia swoistego w wypadkach parasyflitycznych (zarzut kol. Sonnenberga), to kol. Groszlik nie podziela dogmatycznych w tej mierze poglądów Fournier'a i uważa kwestję za otwartą. (Autoreferat).

W odpowiedzi kol. Steinbergowi kol. Groszlik wypowiada zdanie, że chemio-bakterjologia syfilisu, tak świetną rokującą przyszłość, nie o tyle jeszcze dojrzała, aby mogła mierzyć się pod względem siły dowodowej z doświadczeniem klinicznym.

Prócz wyżej wymienionych, w dyskusji przyjęli udział koledzy: Rosenthal i Mogilnicki.

W końcu posiedzenia kol. Krusche i kol. Goldman przedstawili preparaty: pierwszy — appendicitis, drugi — przypadek pyo-hydro-nephros.

Towarzystwo Lekarskie w Częstochowie.

Posiedzenie w dniu 18 Stycznia 1908 r.

I. Sekretarz kol. Rozenfeld odczytał sprawozdanie z działalności naukowej Towarzystwa w 1907 r. W roku sprawozdawczym Towarzystwo liczyło 24 członków rzeczywistych, 3 honorowych, 4 korespondentów i 1 ofiarodawcę. Ubył jeden członek. Posiedzeń było 8, jedno nadzwyczajne. W posiedzeniach brało udział każdorazowo od 15 do 20 członków. W ciągu roku wygłoszono 13 odczytów, przedstawiono 5 chorych i 6 preparatów. Ze względu na treść wygłoszone referaty podzielić można na następujące grupy: 1. Pokazy chorych: kol. Biegański — przypadek chromania przestankowego, kol. Brzozowski — dziecko z teratoma, kol. Michałowicz — przypadek mongolizmu, kol. Pisarzewski — przypadek pubiotomiae, kol. Wrześniowski — rezekcja szczęki dolnej z powodu osteosarcoma. Pokazy preparatów: kol. Pisarzewski — jajowód, wycięty z powodu ciąży zamacicznej, kol. Wrześniowski — torbiel jajnika olbrzymiej wielkości, dalej cysta multilocularis sarcomatodes ovar. sin., kamień, wyjęty z pęcherza 3 letniego dziecka, torbiel, wyjęta z dłoni, 126 kamieni żółciowych. 2. Przyczynki kazuistyczne: kol. Pisarzewski — 2 porody po vaginofixatio. 3. Referaty, zdające sprawę z postępów medycyny: kol. Brzozowski — o strefach nadczułości Head'a, kol. Biegański — djagnostyka funkcjonalna i o opsoninach, kol. Michałowicz — o gruczolach przytarczycowych, kol. Rozenfeld — o stanach hypochondrialnych. 4. Odczyty z medycyny praktycznej: kol. Dehnel — o zapaleniu wyrostka robaczkowego, kol. Łokczewski — o upustach krwi, kol. Nowak — o wypaproszeniu płodu. 5. Odczyty z dziedziny psychofizjologii i psychologii, kol. Biegański — o spostrzeganiu, kol. Rozenfeld — o zjawiskach fizykochemicznych, towarzyszących funkcji ośrodków nerwowych, i historia nauki o zwyrodnieniu i dziedziczności. Nadto kol. Biegański wygłosił dwa wspomnienia pośmiertne.

II. Skarbnik kol. Rejman odczytał sprawozdanie ze stanu kasy. Remanent z ubiegłego roku 53 rs. 60 kop. W ciągu roku sprawozdawczego wpłynęło ze składek 229 rs. 60 kop. Rozchód — 314 rs. 40 kop. Zalega w opłacie 23 członków. Niedobór z zaległych składek 372 rs. 50 kop.

Kol. Biegański stwierdza, że w ostatnim roku fundusze Towarzystwa znacznie się uszczupliły wskutek zmniejszenia się liczby członków i nieregularnego płacenia składek. W roku przyszłym dochód będzie wynosił mniej więcej 262 rs., podczas gdy rozchód, przy najskromniejszych nawet wydatkach, dojdzie do 359 rs. Przez pierwsze dwa lub trzy lata niedobór można będzie pokryć z zalegających składek, później wyniknie konieczność zwiększenia rocznej składki. Zeby doprowadzić do porządku sprawę systematycznego płacenia składek, kol. Biegański proponuje uchwalenie specjalnego regulaminu. Po długiej dyskusji, w której brali udział kol. Kohn, Marczewski, Pietraszkiewicz, uchwalono przyjęcie odczytanego regulaminu,

nadto postanowiono, aby członkowie zalegający w opłacie, wnieśli należność w ciągu roku ratami lub jednorazowo.

III. Kol. Batawia odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki. W końcu roku sprawozdawczego biblioteka liczyła 449 dzieł i 400 czasopism.

IV. Kol. Wasilewski zdaje sprawę ze stanu funduszków, zebranych na „Kroplę mleka imienia dra Gracjana Pisarzewskiego“. Dotychczas wpłynęło 815 rs. Dla otwarcia tej instytucji potrzeba, co najmniej, 1200 rs. W celu powiększenia zebranej sumy komitet postanowił zwrócić się o pomoc do instytucyj kredytowych, prosić członków Towarzystwa Lekarskiego o wygłoszenie szeregu odczytów popularnych, wydać książeczki pod nazwą „Kopiejka i kropla“ i doręczyć je właścicielom domów w celu zbierania składek wśród lokatorów.

W dyskusji brali udział kol. Kohn, Biegański, Pietrasiewicz, Rejman, Wasilewski

V. *Wybory Zarządu*. Na prezesa wybrano kol. Biegańskiego, na wiceprezesa — kol. Wrześniowskiego, na sekretarza — kol. Rozenfelda, na skarbnika — kol. Batawię, na członków Zarządu — kol. Pietrasiewicza i Kohna, na członków Komisji rewizyjnej — kol. Marczewskiego i Wasilewskiego.

Obecnych 15 członków.

Posiedzenie w dniu 25 Stycznia 1908 r.

I. Kol. Biegański przedstawił chorego ze stwardnieniem wieloogniskowem (sclerosis disseminata). Chory lat 18, robotnik fabryczny. Przed kilkoma miesiącami rodzina zauważyła utrudnienie mowy. Chory zaczął mówić wolno, z przestankami. Nadto zwrócono uwagę na zmniejszoną sprawność pracy fizycznej. Przy badaniu kol. B. stwierdził trzy klasyczne objawy stwardnienia: drżenie gałki ocznej, mowę skandowaną i drżenie zamiarowe. Napadów drgawkowych i zaburzeń psychicznych dotychczas nie ma. Chód niezupełnie prawidłowy, jakkolwiek nie spastyczny. Odruchy kolanowe wzmożone.

W dyskusji kol. Batawia nadmienia, że w początkowych okresach choroby u przedstawionego chorego zauważył tylko nierówność źrenic i utrudnienie mowy. Dopiero w ostatnim czasie stan chorego znacznie się pogorszył i wystąpiły inne objawy stwardnienia. Początkowo rozpoznanie nasuwało duże trudności.

Kol. Biegański odpowiada, że rozpoznanie w początkowych okresach stwardnienia jest zwykle bardzo trudne. Czasami nie ma ani jednego objawu charakterystycznego, a jednak mamy do czynienia z stwardnieniem. I naodwrot, nawet przy współistnieniu trzech objawów klasycznych, nie zawsze można wykluczyć nerwicę. Kol. Rozenfeld przypomina chorego, którego przedstawił w Towarzystwie w 1902 roku. Mimo kilku lat istnienia choroby, niepodobna było rozstrzygnąć, czy w danym przypadku było stwardnienie, czy też t. zw. nerwica ruchowa Westphala. W jednym przypadku, sprawdzonym na sekcji, jedynym objawem stwardnienia za życia był napad apoplektyczny i epileptyczny.

II. Kol. Batawia opisał przypadek obustronnego porażenia nerwu wstecznego (n. recurrentis) na tle histerycznem. U chorej, po-

przednio zdrowej, wystąpiła nagle sinica i duszność z powodu utrudnionego wdechu. W trzecim dniu choroby badanie wziernikiem wykazało porażenie obydwóch strun głosowych (t. zw. posticuslähmung). Struny były zbliżone ku sobie w linii środkowej. Nazajutrz stan chorej znacznie się poprawił. Jedna struna pozostała w położeniu dośrodkowym, druga odchyliła się na zewnątrz. W następnym dniu stan chorej był już zupełnie dobry. Leczenie polegało na podawaniu bromu. Dodatni wpływ suggestyjny wywarło niewątpliwie badanie wziernikiem. Przypadek powyższy należy do bardzo rzadkich. Na tysiąc przypadków obustronnego porażenia nerwu wstecznego Sędziak podaje zaledwie 18, powstałych na tle histerycznem.

III. Kol. B a t a w i a wygłosił rzecz „o funkcji migdałków“. Gruczoły podniebienne, stanowiące część pierścienia Waldeyer'a są drobną częścią gruczołów adenoidalnych, które spotykamy w całym przewodzie pokarmowym. Budowa ich jest identyczną z budową tkanki adenoidalnej, rozsianej w całym ustroju. Przez długi czas uważano migdały za narząd wsysający. Nowe światło na ich funkcję rzuca dopiero odkrycie Stöhr'a, który w r. 1882 wykazał stałą emigrację białych ciałek krwi na zewnątrz migdałków. Od tej chwili uważane są za narządy wydzielnicze. W r. 1902 Brieger występuje ze swoją teorią „obrony“ (Abwehrtheorie). Według Brieger'a nazewnątrż wędrują wyłącznie limfocyty; unosi je z sobą ciecz limfatyczna, która działa nie tylko mechanicznie, splukując drobnoustroje z powierzchni migdałków i nie dopuszczając ich do wewnątrz, ale również chemicznie. Dzięki swym własnościom zabójczo działają też na bakterje wydzielane nazewnątrż limfocyty w chwili rozpadu. Prelegent zbija teorię Brieger'a i zatrzymuje się dłużej na badaniach Schaffer'a, Rüdinger'a i Rubel'a, którzy dowodzą, że w ustroju ludzkim i zwierzęcym zauważyć się daje pewna dążność do pochłaniania tkanki nabłonkowej przez adenoidalną. Nacieczenie zatem nabłonka gruczołów podniebiennych leukocytami, być może, ma celu nie obronę w znaczeniu Brieger'a, lecz pochłanianie tkanki nabłonkowej. Funkcji migdałków zapewne szukać należy nie w wędrówce białych ciałek, wykrytej przez Stöhr'a, lecz w samych gruczołach. I oto Schöneman, przeprowadziwszy analogię pomiędzy migdałkami i innymi gruczołami chłonnymi, stawia hipotezę, że migdałki nie są niczem innym, jak tylko posuniętymi najdalej podnabłonkowymi gruczołami chłonnymi. W końcu odczytu prelegent wypowiada zdanie, że angina w większości przypadków nie jest chorobą pierwotną, lecz wtórną. Skłaniają kolegę B. do tego mniemania wywody Schönemana o tożsamości migdałów i gruczołów chłonnych, następnie przebieg naczyń limfatycznych w jamie nosowej, nosogardzielowej i gardzielowej, dążących w kierunku migdałków, częstota anginae w porównaniu z innymi chorobami gardzieli, różnorodność znajdowanych przy niej drobnoustrojów, dalej spostrzeżenia Frenkl'a nad angina traumatica, wreszcie rzekome powikłania po angina. Wobec tego nie powinniśmy uważać reumatyzmu, zapalenia wsierdza i t. d. za powikłania anginae. Migdałki są tylko stacją pośrednią, gdzie ustrój stacza z bakterjami pierwszą walkę. Wrota zaś,

przez które wkraczają drobnoustroje, mogą znajdować się zdaleka od migdałków w jamie nosowej, nosogardzielowej lub gardzieli.

Kol. Biegański powątpiewa, czy słusznem jest porównanie migdałków z gruczołami chłonnymi. Powtórę sądzi, że dowody, przytoczone przez kol. Batawia na korzyść wtórnego pochodzenia anginae, nie są przekonywujące. W większości angin na pierwszy plan występuje zajęcie błony śluzowej, ogólne zaczerwienienie jamy gardzielowej, podczas gdy obrzmienie migdałków jest bardzo nieznacznie.

IV. Kol. Biegański wypowiedział rzecz „o dyagnostyce funkcjonalnej serca”. Prelegent mówi na wstępie o dwóch teoriach czynności serca, jakie istnieją w fizjologii, a mianowicie o teorii neurogenetycznej i myogenetycznej, i przyłącza szczegółowo dowody, podawane przez Gaskell'a i Engelman'a, na korzyść teorii myogenetycznej. Jakkolwiek spór ten nie został w nauce dotychczas rozstrzygnięty, przynajmniej jednak trzeba, że teoria myogenetyczna wyjaśnia nam lepiej wiele zagadkowych zjawisk, do których między innymi należy niezmiernie zawiślana sprawa *arytmii*. Wiele światła rzuciły na tę sprawę najnowsze badania, dokonane w klinice przy pomocy kardjofymografu Jaquet'a i polygrafu Mackenzi'ego, notujących równocześnie krzywą tętna w tętnicy szprychowej, krzywą uderzeń serca oraz tętna w żyłę szyjowej. Otóż z punktu widzenia teorii myogenetycznej wszystkie zaburzenia arytmiczne, ze względu na ich genezę, możemy podzielić na 3 główne działy: 1) Zaburzenia arytmiczne, wynikające z działania podniet, 2) wynikające z rozstroju przewodnictwa w mięśniu sercowym, 3) wynikające z rozstroju kurczliwości mięśnia sercowego. Do pierwszego działu należą te rodzaje arytmii, które powstają wskutek działania niezwykłych, dodatkowych podniet, najczęściej nerwowego pochodzenia. Podniety te wytwarzają skurcze dodatkowe (extrasystole), które zależnie od tego, w jakim czasie występują po prawidłowym skurczu, przedstawiają się, jako skurcze serca poronne lub też jako skurcze dodatkowe słabszego natężenia. W obydwóch przypadkach następna prawidłowa fala znika i zamiast niej powstaje pauza kompensacyjna. Rezultatem skurczeń poronnych serca, jest pulsus intermittens, rezultatem skurczeń pełnych dodatkowych — tętno bliźniacze (p. bigeminus, trigeminus, quadrigeminus i t. d.). Dział drugi stanowią zaburzenia w przewodnictwie podniet głównie przez wiązkę His'a, która łączy układ mięśniowy przedsionków z układem mięśniowym komór. Jeżeli przewodnictwo jest osłabione, nie każdy skurcz przedsionka przenosi się na komory. W tych przypadkach widzimy najczęściej, że tylko co drugi skurcz przedsionka przenosi się na komory, innemi słowy, na pewną ilość skurczów komór przypada podwójna ilość skurczów przedsionka. Zjawisko to klinicznie wyraża się, jako bradycardia, anatomicznie zaś nosi nazwę częściowego zablokowania serca (partieller Herzblok). Jeżeli przewodnictwo w wiązce His'a jest zupełnie zniesione, przedsionki i komory kurczą się zupełnie niezależnie jedno od drugich. Wtedy występują bardzo wolne skurcze komór, jak to widzimy w chorobie Adams'a-Stockes'a. Stan ten nosi nazwę zupełnego zablokowania serca. (Totaler Herzblok). Do trzeciego działu, t. zw. zaburzeń kurczli-

wości należą różne rodzaje tętna nierównego, zwłaszcza t. zw. tętno naprzemienne (p. alternans), które odróżnia się od tętna bliźniaczego tem, że tutaj niema wcale pauzy kompensacyjnej i przerwa pomiędzy mniejszą falą i większą jest krótszą, aniżeli pomiędzy większą i mniejszą. A zatem stosunki te są zupełnie odwrotne jak w tętnie bliźniaczem.

Obecnych 18 członków.

Posiedzenie w d. 15 Lutego 1908 r.

I. Kol. B a t a w i a mówił „o protezach parafinowych”. Pierwszy Gersuny w Wiedniu w r. 1889, zaczął stosować protezy parafinowe w celach leczniczkokosmetycznych. Po obustronnej kastracji zastrzyknął choremu do moszny waselinę, chcąc w ten sposób zastąpić brak jąder. Pomyślny wynik tego zabiegu zachęcił Gersuny'ego i innych do dalszej pracy w tym kierunku. Gersuny wstrzykuje pod skórę zwykłą szprycą Pravatz'a waselinę białą przy 36°—40° topliwą. Zastrzykiwania waseliny posiadają wiele stron ujemnych, z których najważniejszymi są zatory płucne z zejściem śmiertelnem oraz ślepotą wskutek zatoru w naczyniach ocznych. Nadto w protezy waselinowe wrasta tkanka łączna i waselina stopniowo ulega wessaniu. Wkrótce po Gersuny'm rozpoczął pracę nad protezami podskórnymi Eckstein, stosując do zastrzykiwań parafinę twardą przy 56° topliwą. Roztopioną i ogrzaną do 60° parafinę wciąga Eckstein do szprycy Pravatz'a, zabezpieczonej uprzednio drenem gumowym, żeby utrzymać parafinę w stanie płynnym. Protezy z parafiny twardej są trwałe, nie zmniejszają się w swej objętości i, jako ciała obce, ulegają otorbieniu. Najlepsze jednak wyniki dają wstrzykiwania parafiny twardej, jako takiej, czyli nie roztopionej. Po skreśleniu techniki wstrzykiwań parafiny twardej w stanie stałym, prelegent omawia wskazania do protez podskórnych w poszczególnych działach medycyny praktycznej, następnie przedstawia parafinę twardą-wyjałowioną, używaną do wstrzykiwań oraz specjalną szprycę pomysłu Steina. W końcu kol. B a t a w i a przedstawia chorego, któremu zrobił protezę parafinową z powodu znacznego siodełkowatego zniekształcenia nosa. (Będzie drukowane).

Kol. P r z e r a d z k i zapytuje, jak tłómaczyć sobie należy działanie protezy parafinowej przy incontinentia urinae. Kol. B i e g a ń s k i sądzi, że w danym razie zachodzi działanie mechaniczne. Proteza zamyka światło szyjki pęcherza. Dopiero pod wpływem kurczu mięśni pęcherza mocz przeciska się pomiędzy jego ścianą i protezą. Kol. N o w a k omawia wskazania do protez parafinowych w chorobach kobiecych i utrzymuje, że nie mają one dzisiaj szerszego zastosowania. Kol. R o z e n f e l d zwraca uwagę, że wstrzykiwania parafiny stosowane są nie tylko w celach kosmetycznych, ale też leczniczych. Doskonałe wyniki otrzymano w wielu przypadkach zanikowego cuchnącego kataru nosa (ozaena foetida). Wbrew twierdzeniu kol. B., przestanie protez parafinowych tkanką łączną nie należy do wyjątków, wskutek czego one, podobnie jak protezy waselinowe, mogą ulegać z biegiem czasu zmniejszeniu. Zatory płucne spostrzegano nie tylko po zastrzyknięciu waseliny, lecz i parafiny powyżej 40° topliwej. Kol. B a t a w i a odpowiada, że przy katarze zanikowym cuchnącym nosa parafinę, wstrzykiwano nie pod skórę, lecz pod błonę śluzową muszli i że w tych

razach wywiera ona istotnie bardzo dobry skutek. Co do zatorów płucnych, były one częstem następstwem wstrzykiwania wazeliny i parafiny topliwej przy niższych stopniach t°. Wstrzykiwanie parafiny twardej przy 60° topliwej, a zwłaszcza w stanie stałym, nie pociąga żadnego niebezpieczeństwa dla chorego. Eckstein, stosując tego rodzaju parafinę, nie zauważył wcale wrastania w nią tkanki łącznej.

II. Kol. Rozenfeld opisał „przypadek dusznicy bolesnej (stenokardyi), jako powikłania suchego zapalenia osierdzia“.

Pani M., lat 25 przebyła ostry reumatyzm stawowy, który trwał przeszło 3 miesiące. W pierwszych dniach po wstaniu z łóżka chora zaczyna doznawać przykrego ucisku w okolicy serca. W szóstym dniu występuje dreszcz, gorączka i nadzwyczaj silny ból w klatce piersiowej. T. 38°,1, tętno 120. Ból zaczyna się na wierzchołku serca, promieniuje wzdłuż mostka ku górze, przechodzi na szyję, z tyłu na łopatkę i wzdłuż wewnętrznej powierzchni lewej ręki dochodzi do palców. Ból trwa bez przerwy kilkanaście godzin. W następnych dniach zrana ciepłota i tętno prawidłowe, natężenie bólu nieznaczne, utrzymuje się stale pewna bolesność w okolicy serca i lewej ręce. Nad wieczorem jednak t° zawsze wznosi się do 37,3° 37,5°, a wraz z tem występuje powyżej opisany napad bardzo silnego bólu. W siódmym dniu choroby zauważono po raz pierwszy wyraźny szmer tarcia osierdzia i zalecono na serce przyszczydła, które istotnie złagodziły cierpienia chorej. Po trzech dniach bezgorączkowych ciepłota podnosi się ponownie do 38 i równocześnie zjawia się silny ból z właściwościami, skreślonymi wyżej. Szmer tarcia osierdzia lekko zaznaczony u podstawy serca. Zastosowanie przyszczydeł i teraz sprawiło znaczną ulgę. Stopniowo bóle stają się coraz mniejsze, trwają krócej i po czterech tygodniach giną zupełnie. Badanie nie wykrywa żadnych zmian w sercu. W danym przypadku napady dusznicy bolesnej były bezpośredniem następstwem podrażnienia spłotów sercowych, leżących tuż pod osierdziem. (Odczyt ten będzie ogłoszony drukiem).

Kol. Biegański mówi, że w przypadku, opisanym przez kol. R., istniało niewątpliwie suche zapalenie osierdzia, które wskutek podrażnienia spłotów sercowych, wywołało napady dusznicy bolesnej. Wezwany do tej chorej w 7-ym dniu choroby stwierdził bardzo wyraźny szmer tarcia osierdzia. Analogiczny przypadek ogłosił kol. B. w Medycynie w r. 1894. Za charakterystyczną cechę tego rodzaju stenokardyi kol. B. uważa bardzo silne, trwające bez przerwy po kilka lub kilkanaście godzin, bóle. Ze wszystkich stosowanych środków najskuteczniejszymi okazują się przyszczydła. Wreszcie kol. B. omawia bliżej patogenezę dusznicy bolesnej i twierdzi, że nie jest ona niczem innem, jak tylko neuralgią spłotu sercowego. Kol. Wasserthal powątpiewa, czy słusznem jest, wobec okresowego występowania napadów dusznicy bolesnej, utożsamianie jej z neuralgią. Kol. Biegański odpowiada, że okresowe występowanie bólu jest właściwością wszystkich nerwobólów. Kol. Rozenfeld sądzi, że opisany przez niego przypadek przemawia na korzyść poglądu kol. Biegańskiego. Analogiczne przypadki zdarzają się zapewne częściej, tylko wskutek trudności rozpoznawczych mogą być mylnie tłumaczone. Napady ste-

nokardyczne występują zazwyczaj w okresie przekrwienia osierdzia i giną przy tworzeniu się wysięku. Szmer tarcia może trwać zaledwie kilka lub kilkanaście godzin i dlatego może nie zwrócić uwagi lekarza. Wreszcie kol. R. dodaje, że suche zapalenie osierdzia, oprócz napadów stenokardycznych, może wywołać ciężką dychawicę sercową i głębokie zmiany w mięśniu serca.

III. Kol. Biegański dokończył rzecz „o dyagnostyce funkcjonalnej serca“. Rozpoznanie osłabienia sprawności serca, czyli t. zw. dyskompensacji, w razie daleko posuniętej choroby nie przedstawia żadnej trudności. Świadczą o tem obrzęki, duszność, sinica, obrzmienie wątroby. Dyagnostyka funkcjonalna stara się jednak o rozpoznanie pierwszych początków dyskompensacji, kiedy jeszcze niema powyżej wspomnianych objawów. Liczne badania usiłują wynaleźć sposób ściślejszego określenia pracy serca w warunkach normalnych i patologicznych. W tym celu badacze posługują się mierzeniem ciśnienia krwi za pomocą odpowiednich przyrządów (Riva-Rocci, Gärtner'a). Badania te jednak wykazały, że określenie ciśnienia nie może być miarodajne, ciśnienie bowiem zależy nie tylko od siły skurczu serca, lecz również, w stopniu bardzo znacznym, od chwilowego stanu tętniczek, od ich rozszerzenia lub zwężenia. A ponieważ czynniki te są b. zmienne, przeto stałych wyników otrzymać nie można. Próbowano więc rozczłonkować ciśnienie krwi, określono ciśnienie maksymalne (systoliczne) i minimalne (diastoliczne) i z różnicy, którą nazwano ciśnieniem tętna, starano się wyprowadzić pewniejsze wnioski. Ale i ten sposób okazał się zawodnym, gdyż samo ciśnienie tętna nie może być miarą dla sprawności serca. W ostatnim czasie Strassburger i inni podawali wzory, przy pomocy których obliczyć można sprawność serca. Z takich wzorów największe uznanie zyskał iloczyn z ciśnienia tętna oraz liczby uderzeń tętna przez minutę. Podawano prócz tego inne jeszcze wzory, których znaczenia dotychczas nie sprawdzono. Wogóle powiedzieć można, że wyniki tych badań nie są rozstrzygające. Badania powyższe mają charakter więcej ścisły, naukowokliniczny i w zwykłej praktyce nie mogą być stosowane. Poszukiwano więc oddawna innych sposobów podręcznych. Tutaj należy sposób Katzenstein'a, polegający na uciskaniu tętnic udowych pod więzem Poupart'a. Podczas takiego ucisku przy sercu sprawnem ciśnienie krwi wzrasta o 15 m. m., a liczba tętna albo się zmniejsza, albo pozostaje bez zmiany, w razie osłabienia czynności serca ciśnienie krwi nie powiększa się, ilość tętna wzrasta. Inny sposób, podany przez Herz'a, polega na powolnem zginaniu przedramienia przy natężonej uwadze. Podczas tego przy sercu słabem tętno się zwalnia, przy zdrowem—przyspiesza. W końcu prelegent wspomina jeszcze o sposobie Poczubuta, który wykazał, że przy osłabieniu czynności serca różnica pomiędzy ciepłotą w odbytnicy i pod pachą przekracza 1°. Wszystkie te sposoby mają tylko wartość względną i pewnych wniosków na nich budować nie można.

Posiedzenie w d. 21 Marca.

Obecnych 19 członków.

I. Kol. Rozenfeld przedstawił chorą z obustronnem porażeniem nerwu twarzewego (diplegia facialis). (Będzie drukowane w Czaśopiśmie).

II. Kol. Michałowicz odczytał referat p. t. „o florze bakteryjnej przewodu pokarmowego u dzieci“. Olbrzymia śmiertelność dzieci, wskutek zaburzeń przewodu pokarmowego, skłoniła wielu lekarzy do badań nad florą bakteryjną kiszek. Pierwszą ważniejszą pracą w tym kierunku była rozprawa Escherich'a z r. 1886 p. t. „Die Darmbakterien der Säuglinge“. Drugą epokową pracą w tej dziedzinie była rozprawa Tissier'a „sur la flore intestinale des nourissons“, poświęcona głównie badaniu beztlenowców. Obecnie w fizjologicznej florze kiszek odróżniamy 19 rodzajów drobnoustrojów. Do najczęściej spotykanych należą: *b. bifidus communis*, stanowiący główną masę drobnoustrojów stolca, bakterje z główkami, *bact. coli commune*, *b. lactis aerogenes*, *b. acidophilus*, nieruchomy lasecznik kwasu masłowego i łańcuskowiec kiszkowy. Niestale spostrzegamy wiele innych bakterji. Liczba częściej spotykanych drobnoustrojów zapewne zwiększy się w przyszłości, w miarę rozwoju techniki bakterjoskopijnej. Rozmieszczenie drobnoustrojów nie jest jednakowe w różnych odcinkach kiszek. W jelitach cienkich spotykamy prawie czyste hodowle *b. coli communis* i *b. lactis aerogenes*. W ślepej kiszce na pierwszy plan występuje *b. bifidus*, zaś *b. coli commune* zanika stopniowo, tak że poczynając od poprzecznicy aż do kiszek prostej *bifidus* panuje niepodzielnie. W końcu prelegent omawia rolę drobnoustrojów w warunkach fizjologicznych i w różnych stanach patologicznych kiszek, zatrzymuje się dłużej na teorii Miecznikow'a, wysnuwając z niej pewne konsekwencje dla medycyny praktycznej.

W dyskusji kol. Rozenfeld sądzi, że prelegent zapatruje się zbyt optymistycznie na teorię Miecznikowa i zastosowanie jej w praktyce lekarskiej. *Lactobacilinę* stosował w kilku przypadkach chorób przewodu pokarmowego i zaburzeń w przemianie materji i nie widział stąd żadnych realnych korzyści. Powtóre kol. R. nie wydaje się słusznem sprowadzanie do jednego mianownika chorób kiszek, wątroby i padaczki, jako powstałych wskutek samozatrucia ustroju. Wreszcie kol. R. przypomina, że w powstawaniu niektórych stanów patologicznych kiszek (dysenteria, enteritis ulcerosa) dużą rolę, prócz drobnoustrojów, odgrywają ameby.

Kol. Biegański sądzi, że teoria Miecznikowa przeczy ogólnym zasadom biologicznym i ze stanowiska naukowego utrzymać się nie da. Upatrywanie w samozatruciu z kiszek najważniejszej przyczyny chorób stało się w ostatnich czasach przesadą. Nie ulega wątpliwości, że pepsyna, tripsyna i sok kiszkowy zobojętniają i niszczą toksyny, wytwarzane przez saprofity. Z drugiej zaś strony wiadomo, że wiele spraw fermentacyjnych, niezbędnych dla utrzymania ustroju przy życiu, odbywa się pod wpływem bakterji. Jako dowód, służyć mogą, między innymi, słynne doświadczenia Schottelius'a, który świeżo wyklutym kurczętom dawał tylko pokarm wyjałowiony. Kurczęta te szybko ginęły, gdyż, jak się przekonano na sekcji, nie zawierały w przewodzie pokarmowym bakterji. Mleko kwaśne bułgarskie niszczy istotnie saprofity, znajdujące się w przewodzie pokarmowym, niepodobna jednak na mocy tego faktu wnioskować o korzystnym wpływie jego na ustrój.

Kol. Michałowicz nie sądzi wcale, żeby *lactobacilina* miała

zyskać poważniejsze znaczenie w praktyce lekarskiej. Mówił zaś o niej tylko, jako o nowym punkcie wytycznym w leczeniu chorób. Co do samozatrucia z kiszek, w etiologii chorób dzieciennych gra ono niewątpliwie dużą rolę. Nowe badania nad lasecznikami kwasu mlecznego wykazały, że zabijają one wszystkie inne drobnoustroje w przewodzie pokarmowym. Zdarzają się przypadki ciężkich, bardzo uporczywych biegunek u dzieci, w których zawodzą wszystkie środki, i dopiero stosowanie kefru lub mleka kwaśnego sprowadza szybką poprawę.

III Kol. Rozenfeld wypowiedział rzecz „o mongolizmie”. Zboczenie rozwojowe, zwane mongolizmem lub mongołowatością (niem. Mongolismus), opisane było po raz pierwszy przez Langdon Dawna w r. 1866. Bliższą jednak uwagę lekarzy zwróciło ono dopiero w ostatnich kilku latach. Pod pewnymi względami zboczenie to przypomina obrzęk śluzowy, z którym posiada wiele objawów wspólnych, a mianowicie powstrzymanie rozwoju fizycznego i umysłowego, opóźnienie ząbkowania, zarastanie ciemiaczek i t. d. Do charakterystycznych objawów mongolizmu należy skośne i szerokie ustawienie oczów często bardzo ograniczonych od wewnątrz fałdą skóry, t. zw. zmarszczką nakątną (Epicanthus). Usta małe, okrągłe, stale nawpół otwarte. Język, nie powiększony wcale lub w stopniu nieznacznym, wystaje z jamy ustnej nazewnątr. Powierzchnia języka szorstka, zorana rozpadlinami, brózdami. Stawy wyróżniają się nadzwyczajną giętkością. Oprócz wielu innych drobnych właściwości we wzroście, budowie i wyglądzie poszczególnych narządów zasługuje na wzmiankę spostrzegane dosyć często zaparcie stolca i przepuklina pępkowa. Rozwój umysłowy bardzo upośledzony. Istnieje tutaj cała skala przejść stopniowych od głupkowatości do zupełnego niedołęztwa umysłowego. Zmiany patologiczne, odnajdywane przy badaniu pośmiertnem, nie są stałe i jednakowe we wszystkich przypadkach. Dotyczą one głównie ośrodkowego układu nerwowego, a w części gruczołu tarczowego. Etiologia tego zboczenia nie została zupełnie wyjaśniona. Opisywano najrozmaitsze czynniki, jako to padaczkę rodziców, syfilis, nerwice, alkoholizm, ciężką pracę w czasie ciąży i t. d. Osobniki, dotknięte mongolizmem, są mało odporne i najczęściej przed 20 rokiem życia umierają na gruźlicę. Rozpoznanie w przypadkach typowych jest łatwe, w postaciach niezupełnych odróżnienie od obrzęku śluzowego może nasunąć znaczne trudności. Przetwory gruczołu tarczowego, wywierające znaczący skutek przy obrzęku śluzowym, tutaj są nieskuteczne, co najwyżej usuwają zaparcie stolca i przepuklinę pępkową.

IV. Kol. Biegański mówił „o djagnostyce funkcjonalnej żołądka i kiszek”. Djagnostyka funkcjonalna przewodu pokarmowego była najwcześniejszą próbą badań djagnostycznych nad funkcjami poszczególnych narządów ustroju. Cała współczesna djagnostyka chorób żołądka polega właściwie na rozpoznawaniu sprawności funkcji tego narządu. Takie gatunki chorobowe, jak hyperaciditas digestiva, achylia gastrica, gastrosuccorrea i t. p. są pojęciami ściśle funkcjonalnymi. Wobec dobrze opracowanej i powszechnie znanej djagnostyki chorób żołądka, prelegent podkreśla tylko kilka najnowszych zdobyczy w tej dziedzinie. Wspomina więc o określaniu ilościowem pepsyny,

a właściwie sprawności peptycznej soku żołądkowego przy pomocy prób Hammerschlag'a i Metta. Następnie mówi, że próba Pentzoldt'a i Faber'a (z jodkiem potasu), wobec nowszych poszukiwań Méhring'a, nie służy do określenia zdolności wysysającej żołądka, lecz raczej—jego sprawności ruchowej. Tutaj prelegent poświęca kilka uwag wessaniu miazgi pokarmowej w żołądku, któremu w tym względzie odmawia wszelkiego znaczenia, wreszcie, opierając się na doświadczeniach Pawłowa, opisuje ruchy fizjologiczne żołądka oraz sposób, w jaki zawartość jego jest wytłaczaną do kiszek. Badanie funkcji kiszek obejmuje trzy działy: 1) badanie funkcji ruchowej 2) wydzielniczej i 3) wysysającej. Funkcje ruchową określić możemy przy pomocy metody Schmidt'a, albo też przez podawanie proszku węgla lub Pulv. Lycopodii oraz przez następne badanie kału na ich obecność. Omawiając badanie funkcji wydzielniczej, prelegent przypomina ważniejsze daty fizjologiczne podług klasycznych poszukiwań Pawłowa, mówi o metodzie Sahli'ego (kapsułki glutoidowe) i Schmidt'a, opartej na tej zasadzie, że jądro komórkowe trawi tylko trypsyna. W końcu podaje sposoby badania sprawności wysysającej kiszek za pomocą badania kału na ewentualne straty azotu i tłuszczu.

KRONIKA.

(№ 44). XV Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się w Krakowie albo w Warszawie w Lipcu.

(№ 45). W dniu 26, 27 i 28 Września odbędą się w *Lublinianarady Warszaw. Towarzystwa Hygienicznego* podług następującego programu:

1. Mikrobiologia i parazytologia w zastosowaniu do higieny. Bakterje chorobotwórcze. Rola owadów jako przenośników zarazy. Uodpornienie. Wyrób i metody kontroli surowic.
2. Zapobieganie chorobom zakaźnym.

Szczepienie ospy. Domy iloza-cyjne. Przepisy prawne odnośnie do ograniczenia szerzenia się chorób zakaźnych ostrych. Dezynfekcja. Profilaktyka przymiotu w związku z ograniczeniem prostytucji. Reglamentacja nierządu.

3. Hygiena żywienia i odzieży. Produkta spożywcze: metody

badania ich. Fizjologia żywienia. Publiczna kontrola produktów w krajach polskich i przepisy prawne odnośnie do wyrobu i sprzedaży artykułów spożywczych. Zakłady publiczne w zakresie żywienia: targowiska, rzeźnie, mleczarnie i t. p. Normy składu produktów w krajach polskich. (Instytucje w zakresie żywienia ludności ubogiej). Tanie kuchnie, urzędnictwo kooperacyjne. Warunki higieniczne odzieży.

4. Walka z alkoholizmem.

O napojach wysokowych. Zapobieganie pijaństwu za pomocą środków administracyjnych i społecznych. System geteborski i jemu pokrewne. Towarzystwa wstrzemięźliwości. Przytulki dla alkoholików.

5. Hygiena wieku dziecięcego i szkolna. Pielęgnowanie i żywienie niemowląt.

Instytucje kropli mleka i po-

krewnie. Propaganda karmienia piersią. Hygiena matek. Opieka nad dziećmi matek. Żłobki. Domy podrzutków. Ochrony. Budowa i urządzenia wewnętrzne szkół. Programy wykładów. Przeciążenie umysłowe. Książki i pomoce naukowe. Nadzór higieniczny i nadzór lekarski w szkole. Wakacje. Badanie antropometryczne w szkołach. Ćwiczenia fizyczne. Kąpiele dla dziatwy szkolnej. Kolonie wakacyjne.

6. Hygiena mieszkania.

Hygiena domów mieszkalnych i lokali. Ustawy budowlane. Przewietrzanie, ogrzewanie i oświetlanie mieszkań. Zaopatrzenie w wodę i oczyszczanie mieszkań. O suterrenach i poddaszach. Gmachy publiczne. Mieszkania dla ludności niezamożnej. Kontrola publiczna mieszkań. Mieszkania dla osób pojedynczych.

7. Hygiena miast.

Zaopatrzenie w wodę. Usuwanie nieczystości, specjalnie kanalizacja. Sposoby oczyszczania ścieków. Bruki miejskie. Plantacje. Plany rozszerzenia miast. Plany regulacyjne. Komunikacje miejskie. Oświetlenie miast. Zapobieganie dymowi.

8. Hygiena wsi.

Budowa domów wiejskich. Żywnienie ludności wiejskiej. Zaopatrzenie wsi w wodę. Brukowanie i zadrzewianie ulic wiejskich. Urządzenia izolacyjne, szpitalne i dezynfekcja w gminach wiejskich.

9. Hygiena przemysłu i zawodowa.

Przeciążenie fizyczne. Zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom. Zapobieganie wpływom szkodliwości specyficznych w fabrykach (kurz, wyziewy, zatrucia). Hygiena przemysłu drobnego i rzemiosł. Nadzór nad higieną fabryk. Ku-

chnie, mieszkania i kąpiele dla robotników, oraz urządzenia kulturalne i towarzyskie dla ludności fizycznie pracującej. Hygiena różnych prac zawodowych ludności męskiej i żeńskiej.

10. Pomoc lecznicza i szpitale.

Ubezpieczenia na wypadek choroby, i niezdolności do pracy. Budowa i urządzenie szpitali, sanatoriów i przytułków. Normy ilości łóżek w miastach. Administracja szpitalna. Pomoc akuseryjna w miastach i gminach.

11. Statystyka sanitarna.

Tablice rozrodności i śmiertelności w krajach polskich. Średnia długość życia. Statystyka małżeństw. Emigracja i imigracja. Statystyka chorobowości, kalektw i ułomności.

12. Balneologia.

13. Hygiena komunikacji.

14. Popularyzacja higieny.

(№ 46). *Wystawa zdrojowa w Ciechocinku* *).

Wystawa będzie obejmować następujące działy:

I. Ekspozaty zdrojowisk i uzdrowisk krajowych.

II. Urządzenia balneotechniczne (maszyny, wanny, urządzenia elektro-hydro-mechano-terapeutyczne, inhalatory, termometry, zegary, wagi, urządzenia łazienek).

III. Przetwory lecznicze, służące do przyrządzenia i wzmacniania kąpeli (ekstrakty, ługi, szlamy, sole mineralne).

IV. Środki odżywcze, stosowane w leczeniu kąpielowem (kumys, kefir, mleko bułgarskie i ich przygotowanie, przetwory chemiczne, mączki, ekstrakty, wina lecznicze i t. d.).

Oraz wody mineralne, natu-

*) Od Komitetu wystawy nasze pismo żadnych dotąd wiadomości nie otrzymało.

ralne i sztuczne i ich przygotowanie.

V. Mieszkania (wzorowe urządzenia wili w planach i modelach: pokojów, kuchni, ustępów, ogrzewanie, kanalizacja, wodociągi, umeblowanie i t. d.).

Odżywianie kuracjuszków (restauracje, kuchnie pensjonackie, kuchnie higieniczno-dietetyczne i t. d.).

VI. Środki przewozowe ogólne i specjalne (wózki do przewożenia chorych, welocypedy, lektyki, karetki i t. d.).

VII. Sport i rozrywki kąpielowe.

VIII. Literatura balneologiczna, dotycząca Ciechocinka i innych zdrojowisk.

Wystawa otwarta będzie dnia 7-go czerwca (pierwszy dzień Zielonych Świąt).

Na czele wystawy stoi komitet, do którego grona wchodzi członkowie zarządu Towarz. przyjaciół Ciechocinka: dr. W. Biesiekiński, dr. K. Ciagliński, (viceprezes), dr. J. Grudziński, dr. H. Lubowski (prezes), dr. A. Pyrz (skarbnik), dr. med. H. Ruppert, oraz pp. dr. F. Arnstein, dr. J. Bandrowski, redaktorem „Zdroju ciechocińskiego“, inż. R. Bojarski, St. Gębczyński, ks. kan. Mirecki, inż. Sz. Nebelski, J. Wolman.

Wszelką korespondencję dotyczącą wystawy przyjmuje członek zarządu Tow. sekretarz dr. L. L o r e n t o w i c z (Warszawa, Marszałkowska 110)

(№ 47). Wydział klimatologiczny Towarzystwa higienicznego w Warszawie postarał się o utworzenie w Warszawie kuchni dietetycznej dla chorych, która będzie prowadzona przez p. Norowską, kierowniczkę szkoły gospodarstwa domowego, a nadzo-

rowana przez komisję Wydziału, do której wybrani zostali: Dr. Dydyński, Grundzach, J. Jaworski, M. Rajchman, Winiarski i J. Zawadzki.

(№ 48). Instytucja „Kropki mleka“, którą miasto Lwów już postanowiło było we własnym zarządzie utworzyć, nie dojdzie do skutku. Na zebraniu bowiem, zwołanem w tej sprawie przez Magistrat w d. 14. III. 1908 oświadczyli lekarze-pediatrzy z Prof. Raczyńskim na czele, że w ostatnich miesiącach uznano w Niemczech „Kropki mleka“ za instytucje zbyt kosztowne w stosunku do uzyskanych wyników i że we Lwowie, gdzie niemowlęta tylko wyjątkowo karmione są sztucznie, instytucja taka tem mniej jest potrzebna.

(№ 49). Jubileusz 25-lecia działalności lekarskiej na kolei Wiedeńskiej obchodzi kol. Stanisław Markiewicz, znakomity działacz społeczny na polu higieny i medycyny publicznej.

(№ 50). Ze *Stowarzyszenia lekarzy Polskich w Warszawie*. Na konferencji o najodpowiedniejszym wyborze firm handlowych i fabryk rozmaitych przetworów farmaceutycznych, najbardziej u nas używanych, Kol. J a w o r s k i, jako referent tej sprawy, między innemi oświadczył: Stawiając wniosek utworzenia przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich stałej Komisji przemysłowo-lekarskiej oraz wejścia w umowę z pracownią rozbiorową, J. wychodził z tego założenia, że obowiązkiem społeczeństwa, a tem samem pojedynczej warstwy tegoż, każdego zawodu jest dbać o stan ekonomiczny kraju, o poznanie stron ujemnych stanu tego i czynić zabiegi możliwe o usu-

nięcie ich, o polepszenie stanu tego.

Nie chęć więc odwetu ma być myślą przewodnią Komisji, lecz obowiązek popierania, co swoje, dążenie do podniesienia wytwórczości krajowej w pojedynczych gałęziach przemysłu, aby w ten sposób przynajmniej w pewnej mierze dorównać innym narodom.

Nim zacznie działać Komisja przemysłowo-lekarska przy stowarzyszeniu, której najbliższem zadaniem będzie zajęcie się najodpowiedniejszym wyborem firm handlowych i fabryk rozmaitych przetworów farmaceutycznych, najbardziej u nas używanych, oraz wyboru firm i przedsiębiorstw handlowych, przy pomocy których zaopatrujemy się w potrzebne instrumenty, przynajmniej w krótkości wypadać te dane, jakie pod tym względem już posiadamy. Są to główne dane, nagromadzone przez komisję przemysłowo-lekarską Towarzystwa Lek. Lubelskiego. Materiał ten dotyczy:

Środków farmaceutycznych i opatrunkowych, wód mineralnych, narzędzi chirurgicznych wogóle, narzędzi położniczych, narzędzi ginekologicznych, narzędzi urologicznych, narzędzi i przyborów okulistycznych, narzędzi i potrzeb dentystycznych, przyrządów do elektroterapii, wyrobów lekarskich gumowych, narzędzi i przyborów do pracowni lekarskich.

Wzmiankowana Komisja zebrała wykaz porównawczy cen środków farmaceutycznych z fabryk krajowych, francuskich, szwajcarskich, niemieckich. *)

*) Wydrukowany w „Czasopiśmie Lekarskiem” 1904.

Wykaz ten obejmuje ogółem 282 środki farmaceutyczne, pochodzące od firm, powszechnie znanych. Na podstawie tego wykazu, liczebnie tak wielkiego, a także na podstawie różnych ofert, w tej liczbie nadesłanej niedawno i do stowarzyszenia naszego przez Towarzystwo Chemiczne Szwajcarskie „Avanchet” z Vervier Genève, wyprowadzić można między innymi następujące wnioski:

Większość cen przetworów farmaceutycznych pochodzenia francuskiego i szwajcarskiego jest niższa od cen niemieckich albo im równa.

Już obecnie możnaby się obyć bez strat materialnych bez przetworów pochodzenia niemieckiego.

W kraju są fabryki, które produkują t. zw. *cruda*, a także środki do użycia wewnętrznego, te ostatnie jednak tylko nieliczne.

Pozornie więc wydaje się sprawa wyboru firm przetworów farmaceutycznych rozwiązana.

Tutaj jednak wypada zrobić pewne zastrzeżenia. Najważniejszym szkopułem, o który jeszcze przez czas dłuższy rozbijać się będą usiłowania nasze co do wyzwolenia się w tym dziale przemysłu z pod przewagi chociażby Prus, nie mówiąc o Niemczech, są przeszkody natury pieniężnej. Dogodny pod każdym względem kredyt ma dla kupca znaczenie decydujące.

Taryfy przewozowe również wielką rolę odgrywają.

Fabryki francuskie, szwajcarskie albo wcale nie dają kredytu, lub krótkoterminowy. Prawie zupełny brak u nas przedstawicieli fabryk tych krajów, a tem samem brak ustalonych

stosunków z temi fabrykami położenie jeszcze pogarsza. Już w czasach najnowszych pod wpływem podjętej akcji ograniczenia importu z Prus stosunki zmieniać się poczynają na lepsze.

Bardzo wymownem jest, co zaprotokółowano na posiedzeniu w d. 24 stycznia r. b. Warsz. Tow. Farmaceutycznego. Przewodniczący importu towarów aptecznych między innemi powiedział:

Rynek nasz handlowy towarami aptecznymi znajduje się w dużej zależności od dostawców niemieckich. Aby cośkolwiek w tej sprawie zdziałać, potrzeba dużego czasu i pracy powolnej a ciągłej.

Pomimo tego, zdaniem J., pracę w tym kierunku rozpocząć raz trzeba, a zadaniem Komisji Przemysłowo - Lekarskiej będzie nieprzerwanie ją prowadzić.

Jaworski w końcu odczytuje projekt takiej komisji, opracowany przez siebie na podstawie przestudjowania protokołów komisji przy Tow. Lek. Krakow i materiałów, uprzejmie udzielonych przez kol. dra B. Korolewicz z Krakowa, sekretarza Komisji.

Referent zawarł statut w szeregu paragrafów, o brzmieniu następującem:

1) Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie w myśl wniosku kol. J. Jaworskiego, złożonego w d. 18. II. r. b. Zarządowi Stowarzyszenia, ustanawia stałą komisję Przemysłowo-Lekarską z łona stowarzyszonych oraz zawiera umowę z kilkoma pracownikami rozbioremem w Warszawie, a to w celu ochrony i popierania przemysłu krajowego w zakresie

przetworów i wyrobów w praktyce lekarskiej używanych.

2) Zadaniem Komisji będzie wyszukiwanie, ocenianie, utrzymywanie w powadze i popieranie tych krajowych przetworów chemicznych, aptekarskich i djetetycznych, narzędzi dagnostycznych i leczniczych, przyrządów opatrunkowych i do pielęgnowania chorych, które przez Komisję uznane zostaną jako dobre i celowi odpowiednie.

Wszelkich leków o nieznanym składzie chemicznym, jak niemniej wszelkich tak zwanych środków uniwersalnych, a także przetworów, które jako objęte farmakopeą, każda apteka sporządzać według przepisu lekarza winna, Komisja do oceny nie przyjmuje.

3) Komisja składać się będzie z 9-u członków Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, którzy z pośród siebie wybierają Biuro, t. j. przewodniczącego, zastępcę i sekretarza.

Po ustąpieniu jednego z członków, Stowarzyszenie Lekarzy wybiera na jego miejsce innego członka na przedstawienie Komisji.

4) Komisja na lat 3 wybrana składa sprawozdanie na dorocznem zebraniu ogólnem, a po 3-ach latach złoży ogólne sprawozdanie, od którego zależeć będzie dalsze pozostawienie i jej wybór, lub rozwiązanie.

5) Ocenianiem przyrządów lub przetworów zajmować się będą specjaliści, bądźto w łonie samej Komisji, bądź też członkowie Stowarzyszenia Lekarzy do Komisji nie należący, a nawet specjaliści z poza Stowarzyszenia Lekarzy przez Komisję uproszeni.

6) Wnioski przez Komisję przedstawione na podstawie re-

feratów, Zarząd Stowarzyszenia w porozumieniu z Biurem Komisji zamienia w uchwały. Uchwały te drukowane są w pismach lekarskich, a wytwórcy są uprawnieni do ich rozpowszechnienia w formie określonej. Komisja ma prawo wybierać sposób, w jaki przetwórcy oceniony popierać można, lub należy. Komisja władną jest cofnąć, gdy znajdzie potem powody, poświadczenie swoje. („Gaz. Lek.“).

Na dwu posiedzeniach Wydziału dla spraw bytu materialnego lekarzy (5. i 25. III.) rozpatrywano sprawę udzielania pomocy lekarskiej ludności ubogiej w różnego rodzaju ambulatoriach bezpłatnych, na zasadzie referatu kol. K. Ł a z a r o w i c z a. Treść tego referatu jest pokrótce następująca: Na zachodzie Europy dozór sanitarny ujęły w swe ręce rządy, organizacje zaś samorządne zajęły się walką z chorobami zakaźnymi, oraz szpitalnictwem. W celu zaś ułatwienia leczenia osobom, przebywającym w domu, ułatwiono tworzenie specjalnych Towarzystw wzajemnych ubezpieczeń, Kas chorych i t. d. W Rosji, jak jedno, tak i drugie, wzięły na siebie ziemstwa. U nas sprawa ta nie z naszej winy została zupełnie spaczona: szpitale i przytułki poszły pod zarząd biurokratycznych Rad dobroczynności publicznej, które je zrujnowały doszczętnie, a wieś i uboga ludność wiejska pomocy lekarskiej nie posiadają, prócz utworzonych, dzięki inicyjatywie osób prywatnych i ofiarności lekarzy—ambulatorjów. Z czasem jednak poczęła ludność nadużywać tego dobrodziejstwa. Liczba porad bezpłatnych, udzielanych w ambulatorjach w War-

szawie, przekracza pół miliona rocznie. Korzystają z nich głównie (60 proc.) wyrobnicy, drobni rzemieślnicy, służba domowa, około 30 proc. chorych stanowią robotnicy fabryczni, subjecci handlowi, drobni urzędnicy i t. d.; prawdziwi zaś nędzarze stanowią najwyżej 1—2 proc.; około 10 proc. stanowią ludzie zamożni. Robotnicy, rzemieślnicy i t. d. powinni znaleźć pomoc lekarską w Towarzystwach wzajemnych ubezpieczeń na wypadek choroby, w Kasach chorych, i t. d. Że warstwy te ludności zdołają utrzymać Kasy chorych, dowodzą chociażby dochody z kar, opłacanych przez dorózkarzy (rocznie 30—40 tysięcy rubli). Z tego są wydawane nagrody funkcjonariuszom policji warszawskiej. W sumie ambulatorja odbierają lekarzom warszawskim najmniej 215.000 rb. rocznie, przychem chorzy nie poczuwają się do żadnej wdzięczności i są nawet niemianiami, że pomoc ambulatoryjna należy im się za opłaconego rubla podatku szpitalnego. Co ważniejsza, ambulatorja obniżają do zera wartość pracy lekarskiej.

Wobec tego, że zmarły na dur plamisty etatowy lekarz szpitala Dz. Jezus kol. Koronkiewicz padł ofiarą zawodu, wszczęto na posiedzeniu 27. III. sprawę odškodowania lub zapomogi dla rodziny zmarłego. Kol. J. Zawadzki poddał sprawę pod dyskusję, po której prawie jednomyślnie uchwalono wniosek następujący: „Wydział bytu lekarzy uprasza Zarząd Stowarzyszenia o podjęcie odpowiednich kroków, by lekarze szpitalni i wogóle zakładowi, którzy utracili zdolność do pracy lub też życie skutkiem zarażenia się w szpitalu lub za-

kładzie leczniczym, otrzymywali odszkodowanie, ewentualnie, aby to wynagrodzenie było wypłacane ich rodzinom; przytem pozostawia się odpowiednim instytucjom ubezpieczenie lekarzy lub też przyjęcie odszkodowania na własny rachunek“

Na temże posiedzeniu rozpatrzone sprawę jednej z lecznic prywatnych, która rozesłała drukowaną ofertę do fabrykantów warszawskich, ofiarując dostarczanie pomocy lekarskiej robotnikom po cenie 25 kop. za poradę. Na wniosek komisji, która zajęła się zbadaniem tej sprawy, powzięto uchwałę następującą: „Rozsyłanie przez lekarzy lub zakłady lecznicze (ambulatorja itd.) ofert reklamowych do nielekarzy nie jest dopuszczalne. Tembardziej nie jest dopuszczalne rozsyłanie ofert z ceną niższą od ogólnie przyjętej“. Sprawa nadto skierowana została do Sądu przy Stowarzyszeniu.

(№ 51). Wyszło z druku sprawozdanie z posiedzeń naukowych w sekcjach X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie, wydane przez Komitet Gospodarczy pod redakcją prof. dra Włodzimierza Sieradźkiego. Nakładem wydziału Gospodarczego X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich 1907/8, str. 287 dużej 4-ki. Cena 10 koron.

Wydawnictwo to, zawarte w 35-u arkuszach druku, przedstawia się co do formy wytwornie, a pod względem treści posiada niezaprzeczoną wartość teoretyczno-naukową i praktyczną. Sprawozdanie to, jak słusznie pisze „Gazeta Lekarska“, przynosi prawdziwy zaszczyt nasamprzód sekretarzom oddzielnych sekcji,

a częściowo i gospodarzom sekcyjnym, którzy włożyli dużo trudu i starań, aby nagromadzony materiał rozsegregować, ułożyć, a nawet odtworzyć całość z oddzielnych myśli i zdań, wypowiedzianych podczas rozpraw; powtóre — sprawozdanie to daje wymowne świadectwo o umiejętności redakcji w osobie prof. W. Sieradźkiego, która miała do przezwyciężenia niemałe trudności przy układaniu tak złożonego, na tyle zbiorowego dzieła, gdyż wzięło w niem udział kilkuset autorów. Nawet trudności natury technicznej sprzymierzyły się, aby redakcji rzecz utrudnić, gdyż jak to czytamy we wstępie, brak papieru w drukarni, wywołany brakiem wagonów na kolejach austriackich, powstrzymał druk sprawozdania na cały miesiąc.

Sprawozdanie niniejsze odzwierciadla w całości ten ruch naukowy, który panował podczas X Zjazdu, a przez treść swą uważane być może za dzieło naukowe poważniejszego znaczenia z zakresu wiedzy przyrodniczo-lekarskiej.

Jest ono także miłą i drogo-cenną pamiątką dla uczestników niezapomnianych dni X Zjazdu, który dzięki Komitetowi Gospodarczemu, na czele ze swym Przewodniczącym, oraz Gospodarzom oddzielnych sekcji zasłużył sobie na wdzięczne wspomnienie u biorących w nim udział.

(№ 52). *Ośmy międzynarodowy kongres ubezpieczenia robotników* odbędzie się w Rzymie—w czasie od 12 — 16 października tego r. Na porządku dziennym są następujące punkty: lekarz i ubezpieczenie; stworzenie osobnej gałęzi nauczania dla socjalnej medycy-

ny, wykształcenie urzędników w sprawach ubezpieczenia; choroby, inwalidność, choroby zawodowe, zabezpieczenie macierzyństwa, zabezpieczenie wdów i sierot, zabezpieczenie na wypadek braku pracy. Komitet organizacyjny znajduje się w Rzymie.

(№ 53). *Wykłady z wodo lecznictwa*. Staraniem prezydium wydziału balneologicznego W. T. H. odbędzie się obecnie szereg wykładów z dziedziny balneoterapii. I wykład „O kąpielach powietrzno-słonecznych i werandowaniu” mieć będzie kol. A. Puławski, dyrektor zakładu w Nałęczowie d. 25 kwietnia r. b. III wykład „O kąpielach morskich” kol. Sokołowski d. 6 maja r. b. IV wykład „O kąpielach solankowych” kol. Wł. Janowski w dn. 13 maja r. b. Następujące wykłady, których terminu ostatecznie jeszcze nie ustalono, mieć będą: kol. A. Ciągliński „O kąpielach elektrycznych”; kol. T. Durin. Temat ogólny z wodo lecznictwa; kol. A. Elsenberg „O kąpielach siarczanych”; kol. Ed. Flatau „O kąpielach z gorącego powietrza”; kol. J. Jaworski „O kąpielach błotnych”; kol. J. Pruszyński „O wewnętrznem użyciu wód mineralnych polskich”.

Wykłady odbywać się będą w sali Tow. Hyg. Początek o godz. 8-ej wieczorem. Wstęp na wykłady mają i koledzy, nie będący członkami W. T. H.

(№ 54). *Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy odbędzie się w Waszyngtonie we wrześniu r. b.*

Kongres ofiaruje 5 nagród pieniężnych, każdą po 1000 dol., połączonych z nadaniem złotych i srebrnych medali, oraz dyplomów honorowych w następujących grupach:

a) za najlepszą pracę w kierunku zapobiegania lub złagodzenia już wybuchłej gruźlicy, ze strony jakiegos ohotniczego Towarzystwa, obejmującą okres czasu od ostatniego Kongresu anti-gruźliczego z r. 1905 po dziś dzień. Wszelkie plany, prace wykonane, pisemka ulotne pouczającej treści, i wykazy, powinny być załączone drukiem, tak samo doniesienia dziennikarskie o odbytych odczytach, lub zgromadzeniach, jakoteż sposoby zdobycia środków materialnych. Każdy ubiegający się o nagrodę powinien załączyć krótki drukowany referat z dokładnem wykazem, dokonanej pracy;

b) za najlepszy wykaz jakiegos sanatorium dla robotniczych warstw, które zajmuje się leczeniem wypadków, nadających się do wyleczenia. Warunki jak pod a);

c) za najlepszy projekt domu umeblowanego dla rodziny lub grupy złożonej z różnych rodzin ze stanu robotniczego z uwzględnieniem walki przeciwgruźliczej. Wymagany jest model takiego domu. Wagę kładzie się, przede wszystkim na obfitość światła słonecznego, dobrą wentylację, możność utrzymania czystości jak-największej i ogólnej kultury higienicznej umożliwionej takim modelem ludziom niezamożnym. Warunki jak pod a);

d) Równą nagrodę przyzna kongres za najlepszy wykaz jakiegos dyspensatorium, lub pokrewnej instytucji dla leczenia gruźlicy u ludzi ubogich. Warunki jak pod a);

e) za najkorzystniejszy wykaz szpitala jakiegos dotyczący lecz-

nicznych zabiegów gruźlicy daleko posuniętej. Warunki jak pod a).

Po za temi głównemi nagrodami Kongres rozporządza wielką ilością drobniejszych nagród, złotych medali i srebrnych, dyplomów honorowych za prace pomniejsze, pewną jednak zasługę w krucjacie przeciw gruźlicy, „The crusade against tuberculo-sis” jak się wyraża komunikat nam przesłany, przedstawiających. Ofiarowuje nagrody za ulotne pisma dydaktyczne, zwięzłe i jędrnie opracowane na temat gruźlicy i walki ochronnej.

Więcej szczegółów o tym kongresie podaje „Przegląd higieniczny” w № 42 r. b.

(№ 55). *W sprawie tajemnicy lekarskiej.* Przedstawienie pewnego przypadku w berlińskim Towarzystwie lekarskiem wysunęło znowu na porządek dzienny sprawę tajemnicy lekarskiej. Jeden z członków przedstawiał przypadek zbrodniczego sztucznego poronienia z obrażeniem matki. Przewodniczący Towarzystwa przerwał demonstrację, wychodząc z założenia, że w ten sposób podaje się do wiadomości publicznej zbrodnię, powierzona lekarzowi tylko w zaufaniu, i oświadczył, że wzmiankę o demonstracji skreśli z protokołu posiedzenia. Na drugi dzień jednak rozmyśliwszy się, zawiadomił prelegenta, że doniesienie jego w całości zostanie pomieszczone w protokole. Sprawę tę możnaby uważać za załatwioną, gdyby przy tej sposobności nie było powstało nowe pytanie, o ile publikacje naukowe mogą stać w sprzeczności z tajemnicą lekarską i o ile ich w takim razie należy unikać.

Pytanie to ma dwie strony: prawną i etyczną. Prawo łatwo zadowolnić. Odpowiedni przepis ustawy grozi lekarzowi karą pieniężną lub więzieniem, jeśli zdradził bez pozwolenia tajemnice prywatne, które mu powierzono z tytułu jego urzędu, stanowiska lub zawodu. Otóż, jeśli lekarz ogłasza jakiś przypadek drukiem lub przedstawia na posiedzeniu w Towarzystwie naukowym tak, że nikt nie może poznać przedstawianej osoby, jeśli nadto odbywa się to za zgodą chorego, to żaden sędzia nie znajdzie znamion przestępstwa. W danym przypadku naturalnie nie wymieniono nazwiska chorej, powiadomiono ją naprzód, co się z nią stanie, zgodziła się na demonstrację, wśród której miała twarz zupełnie zasłoniętą i zgodziła się nawet na to, że ją w osobnym pokoju w obecności jej ordynariusza kilku lekarzy zbada. Podniesiono jednak w danym przypadku zarzuty natury etycznej, a mianowicie, czy przecież nie było możliwem poznać przedstawioną osobę i czy zatem w ten sposób mimowoli lekarz nie zdradził tajemnicy. Możliwości tej nie można stanowczo wyłaczyć; posiedzenia naukowe, chociaż się odbywają w zamkniętem kole, nie są od świata zewnętrznego oddzielone nieprzebytym murem. Prelegent dzieli się swemi tajemnemi wiadomościami z całym gronem obecnych, a są Towarzystwa liczące i wyżej 1000 członków. Wprawdzie słuchacze — koledzy są moralnie obowiązani, równie jak wykładający, do zachowania tajemnicy, ale prawo za złamanie tajemnicy nie może ich ścigać, nadto zawsze w sali wykładowej może się znaleźć

przypadkiem nie lekarz, np. służący lub pomocnik lekarski, a wreszcie przecie łatwo ktoś może widzieć przedstawioną chorą, kiedy wchodzi do domu Towarzystwa lekarskiego i potem łatwo się domysleć, o kogo idzie. A więc możliwość mimowolnego zdradzenia tajemnicy istnieje. Co wobec tego robić? Oto przedstawiać takie przypadki ile możliwości jaknajostrożniej. Należy tu przypomnieć o jednym sposobie publikowania, który tych ostrożności wymaga jak najwięcej, a mianowicie o fotografowaniu. Często w pismach widzimy fotografie osób chorych takie, że z nich nadzwyczaj łatwo można je poznać, może często wbrew ich życzeniu i interesowi, naprz. z wrzodami kiłowymi lub osutkami twarzy. I dlatego powinno się fotografować twarz, jeśli tego już konieczności potrzeba, tylko częściowo. (Prz. Lek. 1908. 1).

(№ 56). *Zmarli*. Prof. dr. Jan Mierzejewski, urodzony w 1839 w Krakowskim, zmarł 18 Marca 1908 w Paryżu. W r. 1876 otrzymał docenturę, a w r. 1877 — professurę i klinikę chorób umysłowych w Akademii lekarskiej petersburskiej. Uczony wszechświatowej sławy zbagacił psychiatrię i neurologję szeregiem prac znakomitych. W r. 1892-ym ustąpił z katedry. — *Feliks Czachorowski*, przeżywszy lat 36, w Nowomińsku. — *Zygmunt Koronkiewicz*, przeżywszy lat 33, w Warszawie. Przedwcześnie zmarły kolega padł — jako lekarz miejscowy w szpitalu Dzieciątka Jezus — ofiarą tyfusu wysypkowego, pozostawiając po sobie pamięć szlachetnego człowieka i wykształconego lekarza.

— *Emil Merczyński*, przeżywszy lat 63, w Krakowie. Zmarły był twórcą i dyrektorem szpitala św. Zofji we Lwowie i — jako zastępca — przez szereg lat wykładał na uniwersytecie Lwowskim pedjatrię. — *Celestym Sztembarth*, przeżywszy lat 54, we Lwowie. — *Józef Kuniewicz*, przeżywszy lat 57, w Warszawie. — *Józef Zoll*, przeżywszy lat 40 w Clavadel pod Davos. Zmarły praktykował w Krakowie, gdzie cieszył się wielkiem uznaniem w kołach koleżeńskich. — *Stanisław Bańkowski*, przeżywszy lat 35, w Warszawie. — *Franciszek Józef Bieniecki*, przeżywszy lat 58, w Kaliszu.

Leon Sikorski zmarł w Kielcach 26 Marca b. roku w 80 roku życia. Zmarły kolega, urodzony w Krotoszynie w Poznańskim, nauki gimnazjalne pobierał w Poznaniu, medycynę studjował w Krakowie. W 1855 r. przyjechał do Królestwa z dyplomem „doktora wszech nauk lekarskich“ uniwersytetu Wiedeńskiego i tutaj, po zdaniu egzaminu państwowego przed była Radą Lekarską w Warszawie, wykonywał praktykę lekarską w ciągu przeszło 50 lat, z których większą część, bo do roku 1881 przepędził w Zduńskiej Woli. Następnie przez kilka lat praktykował w Koniecpolu, a przez ostatnie kilkanaście lat w Łodzi. W Lipcu roku zeszłego opuścił Łódź, udając się na spoczynek do rodziny zamieszkałej w Częstochowie i Kielcach. Niestety, nie długo danem mu było korzystać z tej dobrze zapracowanej emerytury.

Ze śmiercią s. p. *Sikorskiego*.

skiego ubył jeden z najwybitniejszych lekarzy praktyków na prowincji, ubył lekarz, który przez długi szereg lat, mając kolosalną praktykę, zdołał iść za postępem wiedzy lekarskiej i ostatnie zdobycze tej wiedzy stosować w swej praktyce.

S. p. Sikorski jako człowiek był nieskazitelnego charakteru, jako lekarz — prawdziwy przyjaciel swych pacjentów; serdeczny i wylany kolega dla współtowarzyszów zawodu. To

też cieszył się ogólną sympatją tak wśród najszerzszych kół społeczeństwa, jako też wszystkich kolegów, którzy się z nim spotykali.

I jako działacz społeczny dał się poznać w czasie zawieruchy 63 roku. Ziemia Sieradzka była świadkiem jego zasług. Cicho zeszedł z pola ten gorliwy a cichy pracownik na niwie społecznej, którą z górą pół wieku uprawiał. Cześć jego pamięci!

J. K.



**Bardzo prosimy Kolegów-Czytelników o nadsyłanie
prenumeraty.**

Komiteta redakcyjny:

J. Brudziński, I. Dąbrowski, A. Goldman, J. Grabowski, Z. Garlicka, B. Haneiselman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.
A. Trenknerowa.

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Opuściła prasę książka
Prof. Dr. P. F. Richter
Przemiana materji i jej choroby (str. 423).

Zbiorowe tłumaczenie z niemieckiego pod redakcją
Dra R. RZĘTKOWSKIEGO.

Skład główny E. Wende i Sp. (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

Cena rb. 2.