

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincjonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa i z uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Nowaka.

Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą próby Wassermanna.

Podał

Dr J. Stopczański,

asystent kliniki.

Odczyn Bordeta i Gengou, polegający na odchyleniu komplementu, znalazł najważniejsze zastosowanie jako próba rozpoznawcza surowicy kiłowej.

Wprowadzenie tegoż odczynu przez Wassermanna, Neissera i Brucka, jako środka rozpoznawczego w rozmaitych postaciach i okresach kiły, obudziło tak wielkie zajęcie, że w ciągu krótkiego czasu powstało bardzo obszerne piśmiennictwo w tym przedmiocie. Pierwsze prace Wassermanna, Neissera, Brucka i Schuchta, jakoteż i Detrego, podają niepewne wyniki, gdyż zaledwo 19% przypadków kiły okazuje odczyn próby dodatni. Dopiero badania Citrona, wykonane w klinice Krausego, nadały tej próbie właściwe znaczenie, wykazując, że dodatni wynik próby należy uważać za stałe zjawisko, dające się stwierdzić prawie w każdym przypadku kiły, z wyjątkiem bardzo wczesnych okresów choroby, albo niektórych postaci, nie przedstawiających zmian chorobowych i pozostających jeszcze pod wpływem swoistego leczenia. Tę małą liczbę dodatnich wyników w pracach poprzednich tłumaczy Citron pewnymi usterkami w wykonywaniu próby, a mianowicie używaniem zanadto małych ilości wywoływacza i surowicy badanej, jakoteż i tem, że wpływ swoistego leczenia nie był tym pierwszym badaczom znany. Wkrótce wyniki, uzyskane przez Citrona, potwierdzili inni autorowie, jak Meier w pracowni Wassermanna, Kroner, Fleischman, Butler, Fischer, którzy podają co do ilości zgodną liczbę dodatnich odczynów.

Bordet i Gengou używali jako wywoływacza do odczynu zawiesiny bakterii w roztworze soli kuchennej. Wassermann, Neisser i Bruck, tworząc swój odczyn według wzoru podanego przez Bordeta i Gengou, nie mogli użyć zawiesiny bakterii, gdyż hodowli krętków dotąd nie otrzymano; postanowili zatem zastosować w tym celu wyciąg ze zmian kiłowych, a więc z wrzodów pierwotnych i kłykcin, następnie z narządów, w których przy

kile znajduje się najwięcej krętków, a mianowicie z wątroby i śledziony płodów kiłowych.

Jeszcze przed stosowaniem odczynu Wassermanna próbowano zastosować do rozpoznawania kiły inne metody biologiczne. Nagelschmidt i Kraus próbowali uodparniać króliki surowicą kiłową w celu otrzymania swoistych precypityn. Wyniki przez nich otrzymane były bardzo niepewne.

Fornet i Schereschëwski używali do swych doświadczeń, opartych na tej samej zasadzie, tylko zupełnie przezroczystych surowic ze krwi, branej na czczo. Odczyn dodatni objawiał się wytworzeniem mętnego pierścienia na granicy zetknięcia surowic. Wyniki, uzyskane przez innych zapomocą tej próby, były tak niestałe, że większość autorów odmawia jej wprost swoistego znaczenia, zwłaszcza, gdy Plaut i jego współpracownicy wykryli, że nawet jedna surowica w różnych rozcieńczeniach przy warstwowem nalaniu może tworzyć pierścienie.

Inna metoda, wprowadzona przez Porgesa i Meiera polega na bezpośredniem działaniu surowicy kiłowej na zawiesinę lecytyny. Przy tej próbie odróżniają autorzy różne stopnie odczynu; jako silnie dodatni oznaczają utworzenie się osadu na dnie, płyn zaś powyżej osadu powinien być przezroczysty. Próba ta jednak udaje się, jak wykryli inni badacze, nietylko z surowicami ludzi dotkniętych gruźlicą, nowotworami, trądem, ale również z surowicami osób zupełnie zdrowych. Zamiast lecytyny polecają Elias, Porges, Neubauer i Salomon stosowanie glikocholanu sodu, który nie ulega tak łatwo rozkładowi, jak lecytyna. Wyniki, otrzymane przez tych autorów, są zadowalniające, chociaż nie świadczą o swoistości odczynu.

Klausner wykazał, że surowice kiłowe przy zetknięciu się z surowicami, wyciśniętymi ze zmian kiłowych świeżych [wrzodów pierwotnych i guzków], jak również pierwsze przy działaniu wody przekroplonej, dają kłaczkowaty osad. Próby, wykonane przez Klausnera z 300 surowicami kiłowymi i 117 zdrowymi, dały odczyn dodatni w przypadkach kiły świeżej nieleczonej i późnej trzeciorzędnej, ujemny odczyn występował po leczeniu rtęciowem, jednakże doświadczenia samego autora dały wyniki dodatnie również przy innych chorobach zakaźnych [przy durze, zapaleniu płuc, płonicy, odrze, twardzieli nosa]. Badania porównawcze, wykonane przez innych sposobem Klausnera i Wassermanna, wykazują, że często wyniki, otrzymane zapomocą próby Wassermanna, nie zgadzają

się z wynikami odczynu podanego przez Klausnera, wobec czego odczyn ten nie może zastąpić próby Wassermann'a.

W ostatnich czasach podany przez Schürmana odczyn barwny polega na zmieszaniu surowicy z perhydrolem i mieszaniną barwy niebieskawo-liliowej roztworu karbolu z chlorkiem żelaza. Surowica prawidłowa po dodaniu odczynnika przybiera na brzegu zabarwienie lekko zielonkawo, które po zmieszaniu znika lub pozostawia ton zielonawo-siny. Surowica kiłowa zabarwia się wśród silnego pienienia szaro-brunatno. Springer, badając ten odczyn z dwudziestu surowicami, przekonał się, że odczyn Schürmana dają w pewnej ilości tak surowice zdrowe, jak i kiłowe, wyniki zaś są zupełnie niezgodne z próbą W. N. B. Szymański, Gardiewski i Hirschbruch na podstawie bardzo dokładnych badań, mających na celu poznanie wpływu poszczególnych odczynników na przebieg odczynu, jakoteż na podstawie porównania z innymi próbami, wyrażają się ujemnie o wartości i znaczeniu rozpoznawczem tegoż odczynu.

Wszystkie te usiłowania zastąpienia próby Wassermann'a innymi sposobami badania, w których wykazanie swoistych niweczników (Antikörper) opierało się na innych podstawach, nie osiągnęły swego celu. Wyniki dodatnie, jakie otrzymano u chorych dotkniętych nowotworami, starano się wytłómaczyć jako odczyn dla nieswoistych niweczników, wytwarzanych wskutek wessania rozpadłych komórek nowotworowych lub drobnoustrojów, które z powierzchni wrzodziejących nowotworów dostały się w głąb tkanek. Jednak zupełnie nie znajdowały usprawiedliwienia wyniki dodatnie, otrzymywane przy innych chorobach, a także u ludzi zdrowych, u których zakażenie przmiotem było wyłączone, a wynik próby Wassermann'a okazał się ujemnym. Badania porównawcze, wykonane przez wielu autorów, wykazały, że żaden z tych sposobów nie może mieć znaczenia rozpoznawczego dla kiły, gdyż otrzymane wyniki w małej tylko ilości przypadków zgadzały się z rzeczywistym stanem przedmiotowym badanych. Wobec tego większość autorów uważa te sposoby za nie wystarczające dla celów rozpoznawczych i jako kontrolę poleca w razie posługiwania się tymi sposobami równoczesne wykonywanie próby W. N. B.

Wszyscy, którzy dłuższy czas zajmowali się badaniami serodyagnostycznymi, przyznają jednoznacznie, że przy istniejącej lub przebytej kile odczyn próby Wassermann'a okazuje się odsetkowo w wysokich liczbach dodatnim. Najkorzystniej przedstawiają się wyniki przy świeżej kile z wybitnymi objawami; wykazano bowiem 90—98% dodatnich odczynów.

Przy kile późnej badania różnych autorów wykazują znaczniejsze wahania w ilości dodatnich wyników, bo między 66 a 90%, co się zaś tyczy okresu utajenia przymiotu, to liczba dodatnich odczynów wynosi średnio 40—50%. Te liczby dostatecznie przemawiają na korzyść próby Wassermann'a w porównaniu z innymi wyżej wspomnianymi sposobami, z których żadnym podobnych wyników uzyskać nie zdołano.

Już w początkach rozpowszechnienia się odczynu Wassermann'a pojawiły się liczne prace, które, poruszając sprawę wywoływacza, rzuciły jednak ujemne światło na

wartość tego odczynu. Wykazano bowiem, że wywoływaczem niekoniecznie musi być »istota jadu kiłowego«, że jako wywoływacz użytym być może wyciąg z narządów prawidłowych, nietylko ludzkich, ale i zwierzęcych, i to równie dobrze w roztworze wodnym, jak i wyskokowym. Następnie wykazano, że działanie wywoływacza może zastąpić lecytyna i cały szereg innych substancji, jak n. p. tłuszczce i mydła. Wobec tych doświadczeń i ich wyników odstąpiono od założenia, na którym opierała się próba Wassermann'a, a które wymagało swoistego wywoływacza, i wielu autorów postanowiło używać zamiast wyciągów z wątrób kiłowych, trudno nieraz dla braku odpowiedniego materiału dających się sporządzić, innych nie swoistych wyciągów, przyjmując, że we wszystkich narządach ludzkich i zwierzęcych znajduje się ciało, które przy obecności surowicy kiłowej powoduje zahamowanie hemolizy. Aby uniknąć utrudnienia i zamieszania przy wykonywaniu prób, jakie sprawia używanie rozmaitych wywoływaczy przez różnych autorów, polecił Sachs i Rondoni stosowanie jako wywoływaczy roztworów wyskokowych, które na litr płynu zawierają: (roztwór *a*) 2,5 gr lecytyny i oleinianu sodu, 0,75 kwasu oleinowego, albo (roztwór *b*) 1 gr lecytyny i oleinianu sodu, a 1,5 cm kwasu oleinowego.

Badania, przeprowadzone dla oceny wartości tych wyciągów, dały różne wyniki. Tak Szymanowski i Rajchman, jak również Facchini i Isabolinsky na podstawie swoich doświadczeń wyrażają się ujemnie o zaletach tych wyciągów, natomiast badania Eisenberga i Nitscha, którzy używali bądź wywoływacza oryginalnego, przysłanego z pracowni Sachsa, bądź sporządzonego według jego przepisu, potwierdziły wyniki przez autorów tych wyciągów otrzymane.

Skoro więc przekonano się, że surowica kiłowa daje zahamowanie hemolizy i z nieswoistymi substancjami, można było ten odczyn uznać tylko za charakterystyczny dla kiły, ze względu zaś na zasady nauki o odporności nie można było uważać próby W. N. B. za swoistą dla czynników chorobotwórczych kiły. Oprócz sprawy wywoływacza, dotąd niezupełnie ustalonej, drugą stroną ujemną próby W. N. B. stanowi pojawianie się dodatniego odczynu w innych chorobach, stwierdzone przez niektórych autorów.

Wykazano, że w pewnych przypadkach płonicy zjawia się odczyn dodatni. Ilość tych przypadków wogóle jest niewielka, śladu zaś przebycia tej choroby [Szymanowski i Rajchman] zapomocą odczynu wykazać nie zdołano. Oprócz tego znajdowano odczyn dodatni w durze brzuszny, zapaleniu płuc, gruźnicy i nielicznych przypadkach zimnicy, jakkolwiek wyniki te okazały się niezupełnie pewnymi, a wielu autorów ocenia je, jako bardzo wątpliwe, zwracając uwagę na pewne usterki w wykonywaniu prób i rodzaju wywoływaczy, przy tych próbach użytych. Natomiast do chorób, które stale w pewnej liczbie przypadków dają odczyn W. N. B., należą trąd i framboeczya podzwrotnikowa. Najwięcej wyników dodatnich uzyskali Bruck i Gesner w przypadkach trądu guzowatego, natomiast przy postaci znieczulającej tej choroby odczyn bywał stale ujemnym. Wyniki te potwierdzają badania poprzednie Wechselmana i Meiera, jakoteż i innych autorów. Objawy choroby i odczyn próby nie zgadzają się według Gesnera i Brucka pod względem nasilenia, jak również

nie stoją w żadnym stosunku z ilością znalezionych prątków.

Przy framboezyi wykazali Hoffman i Blumenthal, jakoteż Bruck w nielicznych dotąd badanych przypadkach odczyn dodatni, który zresztą przy uwzględnieniu przyrody tej choroby zupełnie nie świadczy przeciw swoistości odczynu. Nie tak dawno bowiem uważano tę chorobę za osłabioną odmianę przymiotu, a dopiero odkrycie przez Castellaniego w roku 1905 swoistych dla framboezyi krętków, ustaliło pewne różnice między temi chorobami, których objawy bywają często niemal zupełnie podobne. Pomimo, że trąd i framboezya, jako w naszym klimacie nieznanne, nie mogą mieć znaczenia przy rozpoznawaniu kiły, to jednak dotychczasowe badania wskazują, że tam, gdzie te choroby panują, muszą one niewątpliwie przy rozpoznawaniu zapomocą odczynu W. N. B. wchodzić w rachubę. U zwierząt, zakażonych świdrowcami, wykazywano odczyn dodatni, który również Levaditi otrzymał w przebiegu świdrowicy ludzkiej, a mianowicie u chorego na śpiączkę afrykańską.

To pojawienie się odczynu dodatniego w chorobach przyrody nieprzymiotowej nie mogło wpłynąć do tego stopnia ujemnie, aby zmniejszyć wartość praktyczną próby W. N. B., choćby z tego względu, że część tych chorób nie odgrywa żadnej roli w kierunku rozpoznawania kiły, a następnie, że wszechstronne wypróbowanie tegoż odczynu w ogromnej już obecnie liczbie przypadków wydało bardzo korzystne dla niego wyniki. Pomimo, że podstawy teoretyczne odczynu W. N. B. dotąd nie są jeszcze zupełnie jasne, a tem mniej ustalone, i niema dotąd naukowego wyłomaczenia istoty odczynu, to jednak ze względu na praktyczną wartość jego znajduje coraz więcej zwolenników to zapatrywanie, że jest to odczyn, jeżeli niezupełnie dla kiły swoisty, to jednak tę chorobę cechujący i będący cennym środkiem pomocniczym dla rozpoznania istnienia jej w ustroju.

Aby wykonywanie próby W. N. B. ułatwić, kilku autorów, jak Bauer, Tschernogubow, Hecht, M. Stern, Detre i Brezowsky, Noguchi starało się wprowadzić w odczynie zmiany, z których pewne miały na celu także podniesienie czułości próby. Zmiany te polegały bądźto na zastąpieniu sztucznego dwóchwytnika, otrzymywanego z surowicy krwi królika, uodparnianego krwią baranią, dwóchwytnikiem naturalnym, znajdującym się w pewnej ilości i w surowicy ludzkiej, bądź też na zastosowaniu naturalnego dopełniacza przy użyciu surowic czynnych, lub wprowadzeniu innej techniki badania (Detre i Brezowsky, Noguchi). Żadna z tych odmian pierwotnego odczynu nie znalazła dotąd ogólnego zastosowania i rozpowszechnienia. Większość badających, pomimo niezaprzeczonego ułatwienia i uproszczenia postępowania przy tych sposobach, uznaje pierwotną próbę W. N. B. za najlepiej rozstrzygającą w kierunku wiarygodności wyników.

W pracowni zakładu mikrobiologicznego U. J. wykonałem 150 badań surowic, branych od 103 chorych, pozostających w leczeniu tutejszej kliniki dermatologicznej. Między badanymi znachodziło się 28 chorych nie kiłowych, których surowice badano dla kontrolowania wyników odczynu. W tej liczbie 28 przypadków mieszczą się przypadki wiewióra i chorób skórnych, do których jako rzadsze należą

przypadek mięsaka skóry [*sarcomatosis cutis Kaposi*] i pęcherzycy z przebiegiem złośliwym [*pemphigus foliaceus*]. W obu tych przypadkach odczyn próby był ujemny, jak również i w reszcie przypadków nie kiłowych. Stale wykonywałem badania według schematu kliniki wrocławskiej Neissera z tą tylko zmianą, że dla oszczędzania odczynników nalewałem do probówek po 3 cm. płynu. Nie podaję opisu postępowania, aby nie powtarzać rzeczy, zresztą dokładnie przedstawionych w pracy Prof. Jaworskiego i Łapińskiego. Jako wywoływacza używano stale przy badaniach jednego i tego samego wyciągu wyskokowego z wątroby płodu kiłowego. Wyciąg ten przy badaniach kol. Szymanowskiego i Rajchmana dawał najlepsze wyniki w porównaniu z kilku innymi wyciągami kiłowymi i sztucznymi, w pracowni zakładu sporządzonymi. Wyciąg ten w proszku otrzymany z wysuszonej wątroby wyługowywano najpierw wyskokiem w stosunku 1:10, a następnie do użycia rozczynem fizyologicznym soli w stosunku 1:20. Inne odczynniki, jak dopełniacz, dwóchwytnik, krwinki, przygotowywałem według przepisu podanego w pracy Rajchmana i Szymanowskiego (Przeгляд lek. Nr 25, 1909). Starałem się badać równocześnie o ile możliwości jak największą ilość surowic i pracę w każdorazowym badaniu dzieliłem wobec tego zwykle na dwa dni. W pierwszym dniu po otrzymaniu krwi zapomocą nakłucia żyły łokciowej pośrodkowej lub bocznej strzykawką 10 cm (Record) przygotowywano surowice do badania, w drugim dniu wykonywano samo badanie; ten sposób badania, którym posługiwał się również i Prof. Kučera, ułatwia możliwość badania większej ilości surowic równocześnie, co ma znaczenie w kierunku porównania i oceniania danych wyników.

Przypadków wrzodu pierwotnego badano 15; z tych w sześciu przypadkach nie było jeszcze mowy o jakichkolwiek zmianach natury ogólnej, w pozostałych zaś obok wrzodu znajdowały się już inne zmiany, w postaci wysypki plamistej, guzkowej, lub też kłykcin. Między tymi sześciu przypadkami, w których czas liczony od zakażenia wynosił 1½ do 5 tygodni, trzy przypadki przy pierwszym, drugim i trzecim badaniu wykazywały stale odczynujemny.

Wykonując u tych kilku chorych dwa razy na tydzień badanie surowicy, można było oznaczyć dzień, w którym odczyn ujemny zmienił się na wybitnie dodatni. U dwóch chorych między wykryciem odczynu dodatniego, a pojawieniem się wysypki, upłynęło około dziesięciu dni. U trzeciego wystąpiła wysypka plamista dopiero w trzecim tygodniu po pojawieniu się odczynu dodatniego. Czwarty zaś chory przedstawiał zajmujący przypadek ze względu na niezwykle długi okres, w czasie którego nie wystąpił ani odczyn dodatni, ani też nie pojawiły się objawy drugorzędne.

Chory ten przyjęty został do kliniki w maju z owrzodzeniem o cechach wrzodu pierwotnego, usadowionego w miejscu przedartego wędzidełka. Przedarcie to miało powstać przy ostatnim spółkowaniu, które miało się odbyć w pierwszych dniach kwietnia. Badanie surowicy wyciśniętej z wrzodu w preparacie barwionym rozczynem wodnym barwika Giemsy wykazało bardzo liczne krętki blade Schaudinna. W okolicy pachwinowej lewej stwierdzono dość znaczny obrzęk gruczołu, z początku niebolesny. W drugiej połowie maja, już po zagojeniu się wrzodu, obrzęk gruczołu zaczął się powiększać i stał się bardzo bolesny przy dotykaniu i chodzeniu i pomimo leczenia przeciw-

zapalnego nastąpiła potrzeba przecięcia i wyskrobania zropiałej części gruczołu. Inne gruczoły nie powiększały się przez cały czas pobytu chorego w klinice, to jest do 29. czerwca, również nie wystąpiły żadne dalsze objawy chorobowe, odczyn zaś przy wszystkich badaniach pozostał ujemnym. W lipcu zgłosił się chory do ambulatoryum kliniki i nie okazywał jeszcze dalszych objawów kiły.

U dwóch chorych przy pierwszym badaniu, które wykonano na drugi dzień po przyjęciu chorych do kliniki, odczyn próby był ujemny. W ciągu kilku dni następnych wystąpiła niezbyt obfita wysypka plamista na tułowiu i kończynach górnych. Badanie surowicy dało odczyn dodatni dopiero w drugim tygodniu trwania wysypki.

(C. d. n.).

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Ciąg dalszy).

U jednych i u drugich nastęrcza się wiele okoliczności sprzyjających nabyciu kiły na drodze pozapłciowej; a więc badanie chorych ze zmianami kiłowymi, badania ginekologiczne, zabiegi dokonywane w jamie ustnej u chorych kiłowych, zacięcia przy operacji. Te częste zetknięcia w połączeniu z łatwością drobnych pęknięć naskórka, nadżerek, zanokcic, nierzadko zapóźno dostrzeżonych, usprawiedliwiają w zupełności częstość zakażenia się; potwierdzają to też liczne spostrzeżenia, między innymi Fourniera⁶⁰⁾, który na 49 wrzodów umiejscowionych na palcach, znalazł 14 u lekarzy, Morrow⁶¹⁾ zaś widział w ciągu lat 3 wogóle 20 przypadków zakażenia pozapłciowego, a w tym samym czasie 10 u lekarzy, z których 7 powstało przez zakażenie przy badaniu ginekologicznym, 3 zaś przez zacięcie podczas operacji. Douglas W. Montgomery⁶²⁾ przytacza kilka przypadków zakażeń u lekarzy, powstałych podczas operacji; w jednym z nich wrzód pierwotny powstał pod paznokciem palca, zaciętego przy operacji »rakowatego« sutka.

Na dwa przypadki wrzodów pierwotnych na palcu, widzianych przezemnie, jeden dotyczył również lekarza, zajętego opatrywaniem chorych kiłowych. Lekarz ów miewał zwyczajnie liczne zanokcice i zadzierki, które w porze letniej wskutek gorąca, a przy wielkiej wrażliwości skóry wskutek używania nawet zwykłej wody (nie mówiąc już o płynach przeciwnilnych) przemieniały się łatwo w dość trudno się gojące głębsze pęknięcia i nadżerki. Ponieważ stan taki powtarzał się corocznie w porze letniej i z nastaniem chłodniejszej pory roku ustępował, nie zwracał on na tworzące się na trzech palcach owrzodzenia większej uwagi; owrzodzenia jednak, mimo ciągłego opatrywania, nie chciały się goić, a gdy gruczoły łokciowe po 2—3 tygodniowym trwaniu owrzodzeń obrzmiały do niezwykłych

rozmiarów, doszły bowiem do wielkości gęsiego jaja, skóra zaś nad nimi się zaczerwieniła, rozpoznano ostre zapalenie ropne tkanki podskórnej (*phlegmone*) i zamierzano wykonać nacięcie. Gdy mi to ów lekarz opowiedział, obejrzałem palce, które miały być przyczyną wrzokowego zapalenia i stwierdziłem na trzech palcach wrzody pierwotne, o typowo charakterystycznym wyglądzie, dnie słoninowatym, twardych brzegach i nacieklej podstawie. Dalszy przebieg rozpoznania w zupełności potwierdził, wystąpiła bowiem wysypka guzkowa, gruczoły zaś przy właściwym leczeniu, bez nacięcia, uległy stopniowemu zmniejszeniu.

Zmiany pierwotne, nabyte drogą zakażenia zawodowego, umiejscawiają się przeważnie na palcach; znane są jednakże przypadki w literaturze, w których zmiana pierwotna miała i inną siedzibę. Tak np. w r. 1906 Ginzburg ogłosił przypadek, w którym wrzód pierwotny powstał na powiece oka u akuszerki, dotkniętej niedomykalnością oka z powodu porażenia nerwu twarzowego, której trysła krew i woda płodowa do oka podczas porodu; w miesiąc potem wystąpił wrzód pierwotny na powiece oka, Löwenbach zaś przedstawił na posiedzeniu wied. Towarzystwa dermatologicznego (9. V. 1900) zmianę pierwotną na wardze górnej u akuszerki, która celem wydłużenia zbyt krótkich brodawek piersiowych położyła, ustami swymi je na-

W pewnej łączności z tą grupą zakażeń zawodowych, pozostają przeniesienia zarazki kiłowej za pośrednictwem nieczystych narzędzi, wstrzykiwań podskórnych, szpatulek, cewników, a niekiedy — jak wspomina Fournier — laseczki lapisu, a właściwie zanieczyszczonej tutki, w której był osadzony. Baum⁶³⁾ ogłosił w r. 1906 sześć przypadków kiły, przeniesionej za pośrednictwem narzędzi dentystrycznych, podobnie Montgomery⁶⁴⁾ opisał przypadki wrzodów na dziąsłach, powstałych po wstawieniu zębów.

Na zakażenia za pośrednictwem nieczystych cewników usznych, przy sposobności kateteryzowania przewodów ucha, zwracali już dawniej uwagę różni autorowie, w szczególności zajmował się tym przedmiotem Burow i podał kilka przypadków tego rodzaju. Sędziak w zebranej przez siebie statystyce podaje, że prawie we wszystkich przypadkach siedziby zmiany pierwotnej w jamie nosogardłowej, jako modus infectionis, podawano cewnikowanie ucha.

Znane są następnie w literaturze przeniesienia kiły za pośrednictwem kateterów cewkowych; przypadek taki, z induracją w obu ciałkach jamistych, powstałą po rozszerzeniu zwężania cewki zanieczyszczonej sondą kauczukową, przytacza Montgomery⁶⁵⁾. W końcu wspomnieć wypada o wypadkach przeniesienia zakażenia zapomocą pędzelków, użytych przy leczeniu chorób ocznych. Jeden taki przypadek wrzodu pierwotnego na spojówce gałkowej opisał Reiss, powstał zaś on najprawdopodobniej za pośrednictwem pędzelka szczecinowego, używanego przy leczeniu jaglicy, drugi zaś podał Zirm⁶⁶⁾, również na spojówce ciągała.

⁶³⁾ Baum. Kiła przeniesiona zapomocą narzędzi dentystrycznych. Journal of the American med. Assoc. Nr 6. 1906. Ref. Tygodn. lek. 1906.

⁶⁴⁾ Montgomery. Die Übertragung der Syphilis durch Ärzte. Ref. Arch. f. S. u. Derm. T. 43, str. 138.

⁶⁵⁾ Montgomery l. c.

⁶⁶⁾ Zirm. Primäraffect des Augenlides. Zentralblatt f. Augenheilkunde. 1901. Märzheft.

⁶⁰⁾ Ulcera syph. digital. Journal de med. et de chir. Ottobre 1895.

⁶¹⁾ Morrow. Extragen, Schanker u. ihre Prognose. Journal of cutan. and genito-urin. diseases 1896. Ref. Archiv f. D. u. S.

⁶²⁾ D. W. Montgomery. Syphilisansteckung des Arztes im Beruf. Ref. Monatsh. f. Derm. T. 41.

wieki, a który według tego autora powstał wśród leczenia przy wojsku »jęczmienia«.

Do grupy zakażeń zawodowych zaliczyłyby w końcu należało, dzisiaj już chyba nie mające miejsca, przeniesienia kiły przy sposobności szczepienia, jak długo używano do tego krowianki humanizowanej. Bulkeley w statystyce różnych krajów, podaje dla Austrii do r. 1895, takich przypadków 121 na 902 wogóle pozapłciowych zakażeń w tem państwie (13,4%).

Jako jeden z dość częstych sposobów zakażenia, wymienić należy przeniesienie za pośrednictwem brzytw, używanych przy goleniu (Rasirschanke). W naszej literaturze opisał podobny przypadek Kopytowski⁶⁷⁾, wrzód miał swą siedzibę na lewym policzku (autor nie wyklucza jednakże możliwości przeniesienia zarazka nieczystym palcem). Z obcych jeden taki przypadek podał Boldt⁶⁸⁾, a ciężki jego przebieg skłonił nawet autora do wyrażenia przypuszczenia, że zakażenia nabyte na drodze pozapłciowej wogóle odznaczają się ciężkim przebiegiem; nadto o tego rodzaju sposobie zakażenia wspominają Catrin, Hebra, Schmolik.

Dość często wymieniane bywają, jako droga przeniesienia, ukąszenia lub uderzenia w bójce pięścią, a siedziba wrzodów najczęściej jest wówczas na palcach rąk lub na policzkach i wargach.

Przypadek taki, jak już wyżej podałem, widziałem w r. 1897 w szpitalu lwowskim; Bizzard i Laffout⁶⁹⁾ opisał przypadek, w którym powstał wrzód pierwotny na IV palcu, po uderzeniu w bójce przeciwnika skaleczoną pięścią w ust; Mac Naughton zaś wrzód na grzbiecie ręki u 55-letniej kobiety po ukąszeniu jej przez drugą; Harry Watson dwa wrzody, jeden na grzbiecie ręki, drugi na głowie, powstałe po ukąszeniu a pochodzące od zmian na błonie śluzowej jamy ustnej u kęsającego. W podobny sposób t. j. przez ukąszenie, powstała u chorego zmiana pierwotna z dość rzadkiem umiejscowieniem, bo w kącie nосо brwiowym, o czem podali wiadomość Hallopeau i Trastour⁷⁰⁾.

Innych, mniej częstych, dróg przenoszenia kiły nie podobna szczegółowo wymieniać; wspomnieć tylko można o przypadkach zakażenia za pośrednictwem używania wspólnych klozetów, pielęgnowania lub noszenia dzieci, mających zmiany kiłowe; w jednym przypadku przymierzanie paska przepuklinowego (!?).

Niewątpliwie i najrozmaitsze postacie przewrotnego popędu płciowego, jak coitus per os, pederastia, cunnilinguus i t. p. odgrywają przy zakażeniach zewnątrzpłciowych niepoślednią rolę; powód ten jednak, ze względów łatwo zrozumiałych — rzadko bywa przez chorych podawanym. Przypadek wrzodu pierwotnego na wardze dolnej przedstawił w warszawskim Tow. lekarskim Wesołowski (16. I. 1906), powstał on zaś *post coitum praeternaturalim*

u chorego, który bezpośrednio potem spółkując, nie dostał zmian żadnych na członku.

Ze względu na rzadkość, przytoczyć należy w końcu zakażenie powstałe po przeszczepieniu skóry (transplantacji). Przypadek taki opisuje Montgomery⁷¹⁾ u chorego, któremu po rozległym oparzeniu przeszczepiono płatki skóry pochodzące od 100 osobników. Podobną rzecz podał w r. 1898 Tait z Ameryki: wrzód pierwotny powstał nie u chorego, któremu skórę przeszczepiono, ale u tego, z którego ją przeszczepiano: w 25 dni po zabiegu. Zakażenie miało nastąpić przez użycie brzytwy.

Czy zakażenie kiłowe może być przeniesionem za pośrednictwem owadów np, much, komarów, pcheł, tego na pewne dotąd nie stwierdzono, możliwość tego rodzaju zakażeń przyjmował Hutchinson. Również nie jest rzeczą, udowodnioną, czy może ono nastąpić przez pośrednictwo zwłok, wskutek zacięcia przy sekcyach zmarłych chorych kiłowych. O zakażeniu, które w ten sposób prawdopodobnie miało powstać, podał wiadomość Bergh z Kopenhagi, Lang⁷²⁾ zaś na posiedzeniu wiedeńskiego Towarzystwa dermatologicznego w r. 1899 wypowiedział przekonanie, że taki sposób niewątpliwie stwierdził u jednego lekarza. Podobne przypuszczenie wyraził również Morrow⁷³⁾ co do pochodzenia wrzodu pierwotnego na palcu wskazującym u pewnego lekarza.

Sposobność śledzenia początkowego okresu i przebiegu zmian pierwotnych, umiejscowionych pozapłciowo nadarza się lekarzowi o wiele rzadziej, aniżeli przy umiejscowieniu na częściach płciowych. Chorzy bowiem, najczęściej nieświadomi stanu rzeczy, zgłaszają się albo w okresie pełnego już jej rozwoju, nierzadko zaś dopiero wtedy, kiedy już zmiany ogólne (pod postacią wysypki) wystąpiły. Zmiany pierwotne, które w tym najczęstszym okresie ich przebiegu napotyamy, cechują, na ogół biorąc, te same znamiona kliniczne, jakie przedstawiają one przy umiejscowieniu na częściach płciowych. A zatem nie różnią się zazwyczaj co do kształtu swego i wielkości, stwierdzamy u nich taki sam naciek o charakterystycznym stwardnieniu i zbitości, o brzegach i podstawie jużto z otoczeniem się zlewającej, już też ściśle dającej się odgraniczyć. Znamiona zaś kliniczne o tyle podlegają pewnym zmianom, o ile ułtkanie siedziby zmiany przedstawia pewne różnice anatomiczne. Brzegi wrzodów zazwyczaj ściśle przylegające, nie podminowane, jużto o charakterystycznym, chrząstkowatym stwardnieniu, już też tylko o wałkowatym zgrubieniu, dno ku środkowi rany nieco wgłębione, powierzchnia lekko krwawiąca, lub też nalotem szarym, lub — przy umiejscowieniu zmian na częściach, narażonych na wpływy zewnętrzne — brudnym, trudno oddzielić się dającym strupem, pokryta. Gruczoły chłonne w najbliższym otoczeniu w typowy sposób powiększone, charakterystycznie twarde i niebolesne. Te wszystkie cechy, dla oka i ręki wprawnej na pierwszy rzut oka znamienne i uderzające, nie przedstawiają najczęściej żadnych wątpliwości ani trudności co do właściwego rozpoznania choroby.

⁶⁷⁾ Kopytowski. Przyczynek do kazuistyki zewnątrzpłciowego zakażenia przymiotem. Gazeta lekarska. 1891. Str. 1011.

⁶⁸⁾ Boldt. Noch ein Fall von lues insontium, D. mediz. Wochenschrift. 1902. Nr 27.

⁶⁹⁾ Bizzard i Laffout. Annales des maladies veneriennes, T. I. Z. 5. 1906.

⁷⁰⁾ Hallopeau i Trastour. Sur un chancre induré sourcilier consecutif à une morsure. Soc. de dermat. 1900.

⁷¹⁾ Montgomery l. c.

⁷²⁾ Lang. Extragen. Primäraffect durch Leicheninfection. Archiv. f. D. u. S. T. 51.

⁷³⁾ Archiv. f. D. u. S. 1898, T. 50.

Jednakże w wielu wypadkach, pewne właściwości miejscowe, jak o tem wspominałem, w połączeniu z odmianami w charakterze zmiany pierwotnej, zwłaszcza w początkowym okresie jej trwania, które, jak wiadomo i przy zwykłej siedzibie, t. j. na częściach płciowych, nierzadko się zdarzają, nadając zmianie pewne odmienne piętno (skąpe i mało uwydatnione stwardnienie, nieznaczna, płytka i powierzchowna nadżerka), powodują przy zmianach pozapłciowych wygląd ich, niekiedy znacznie odbiegający od zwykłego i ptzeciętnego typu. Oprócz tego na ten wygląd mieć może niewątpliwie wpływ i sposób przeniesienia kiły, jeżeli np. zakażenie powstanie w miejscu ukąszenia, zranienia lub podłużnej szczeliny skórnej, które już jako takie posiadały kształt odmienny, natenczas musi ulegać odmianie kształt, a często i wielkość zmiany pierwotnej. To samo możemy zauważyć, jeżeli zmiana usadowi się w miejscu skóry, zajętem przez dłużej trwający i rozległy wyprysk sączący, albo też w miejscu czyraka, jak np. w przypadku podanym przez Schnabla⁷⁴), gdzie lekarz rozpoznał czyrak w okolicy łuku jarzmowego, stwierdziwszy zaś wysypkę tułowia, podejrzewając jej tło kiłowe, szukał za zmianą na częściach rodnych, nie znalazłszy zaś jej, uznał wysypkę jako powikłanie grypy.

Te i tympodobne szczegóły, poprzedzające wystąpienie wrzodu, zwłaszcza w miejscach rzadziej napotykanym i zmieniające zwykłą ich postać, mogą znacznie utrudniać właściwe rozpoznanie a temsamem utrudniać lub opóźniać leczenie; stąd też nie od rzeczy będzie, przejść po kolei cechy kliniczne pozapłciowych zmian pierwotnych, częściej spotykanych. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Pedjatria.

Prof. H. Albrecht. **Gruźlica w wieku dziecięcym.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr. 10 str. 327).

Na zasadzie zbadania 1060 zwłok dzieci dochodzi autor do przekonania, że zakażenie gruźlicą następuje u dzieci drogą płucną, nie zaś drogą jelit. Tylko w 0,66% przypadków autora można było orzec z zupełną pewnością, że zakażenie wyszło ze strony jelit. We wszystkich innych przypadkach pierwotne ognisko znajdowało się w płucach. Ogniska te, czasem bardzo niewielkie, udało się autorowi wykryć dzięki odrębnej technice sekcyjnej. Mianowicie autor dokładnie i stopniowo, kawałek po kawałku, obmacywał płuca przed rozcięciem. Każde miejsce zbitse przekrawano. W ten sposób udało się wykryć wiele ukrytych ognisk. Wskazówkę do poszukiwania tych ognisk dają gruźlice chłonne. Tak n. p. jeżeli zmienione są gruźlice prawe, to pierwotne ognisko leży po prawej stronie, i odwrotnie. Ogniska pierwotnego należy zatem szukać, posuwając się przeciw prądowi limfy. Miejscem przeniknięcia zarazka gruźliczego do tkanki płucnej jest zwykle mała grudka chłonna, leżąca w najdrobniejszych oskrzelkach. Grudka chłonna jest jakby stworzona dla zakażenia się na drodze oddechu. Autor zwraca uwagę, że do tych samych wniosków doszedł także prof. Ghon, prosekator szpitala Św. Anny dla dzieci w Wiedniu. Przypominając swoje badania, podjęte wraz z Ghonem w Bombay na trupach zadżumionych, stwierdza autor analogię w szerzeniu się w ustroju zarazka moru i gruźlicy. Zarówno w gruźlicy, jak i w morze daje się stwierdzić prawo Corneta, że, bez względu na miejsce wniknięcia zarazka, sadowi się on zawsze w najbliższych miejsca wniknięcia gruźlicy chłonnej. Badając dalej przypadki żoźłów gruźliczych chłonnej szyjnych, doszedł autor do wniosku, że niema żoźłów gruźliczych szyjnych bez jednoczesnego ogniska

gruźliczego w płucach, lub gruźlicy gruźlicy chłonnej tchawiczo-oskrzelowych. Co do dróg zakażenia, to może ono w takich przypadkach postępować albo od dołu przez ciągłość (per continuitatem) od strony gruźlicy chłonnej tchawiczo-oskrzelowych, albo od góry wskutek wtórnego zakażenia wydzielinami z chorych płuc. Taksamo przy istnieniu ognisk gruźliczych w kościach, oraz w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych trzeba zawsze być pewnym istnienia pierwotnego ogniska gruźliczego w płucach. Przerzut powstaje drogą obiegu krwi. Na zakończenie przytacza autor swoją własną teorię żoźłów, w której wielką rolę odgrywa zastój limfy w licznych, przepelnionych masami gruźliczymi gruźlicach chłonnej. *Miecz. Michałowicz.*

Prof. Th. Escherich. **Drogi zakażenia gruźlicą ze szczególnym uwzględnieniem wieku dziecięcego.** (*Wien. klin. Wochs.* 1909. Nr 15, str. 515).

zjemy obecnie, jak wiadomo, w czasach ożywionej dyskusji nad pytaniem: jaką drogą następuje zakażenie gruźlicze w ustroju. Jedni badacze utrzymują, że zakażenie idzie przez płuca, drudzy twierdzą, że następuje ono od strony jelit. Rozpatrywanie tego pytania na materiale obdukcijnym u dorosłych nie wroży już z góry powodzenia. Ustrój dorosłego zakażonego gruźlicą w chwili, gdy dostaje się na stół sekcyjny, jest już w tak wielu miejscach dotknięty zmianami gruźliczymi, że trudno się zorientować, gdzie jest pierwsze, a gdzie wtórne ognisko. Łatwiej daleko rozpoznać ognisko pierwotne w dziewiczym, że tak powiemy, ustroju dziecka. Tę drogę obrał autor. Na zasadzie zbadania zwłok 22 oseków w wieku od 3—10½ miesięcy, których sekcję nadzwyczaj dokładnie wykonał prof. Ghon, dochodzi Escherich do wniosku, że zakażenie następuje drogą płuc. We wszystkich bowiem przypadkach pierwotne ognisko (czasem dwa ogniska) znajdowało się w płucach. Następnie ulegają zakażeniu najbliższe leżące gruźlice oskrzelowe odpowiedniej strony. Zakażenie więc idzie od płuc do gruźlic, nie zaś odwrotnie, jak to twierdzą Finkelstein i Heubner. W przeciwstawieniu do olbrzymio powiększonych i zwyrodniałych gruźlic oskrzelowych, gruźlice kreskowe były nienaruszone. Gruźlice wrzody jelit były najczęściej świeżego pochodzenia. Większość dzieci miała w rodzinie kogoś cierpiącego na gruźlicę. Do czynników sprzyjających zakażeniu płuc dziecka płwocinami osób gruźliczych, zalicza Escherich pełzanie po ziemi, używanie brudnych smoczków, wkładanie brudnych palców do ust dziecka, przeżywanie pokarmów przez chorych rodziców przed podaniem ich dziecku, wreszcie krzyk osekka, przy którym dziecko wykonuje głęboki i długi wdech, ułatwiający zakażonym cząstkom wnikanie daleko do płuc. *Miecz. Michałowicz.*

Doc. Fr. Hamburger i R. Monti. **Częstość gruźlicy w wieku dziecięcym.** (*Münch. m. Wochs.* 1909. Nr 9, str. 449).

Już Naegeli wykazał, że gruźlicę spotyka się u dorosłych w 97% przypadków sekcyjnych. Zdanie to zostało potwierdzone przez Burckhardta. Podobne wyniki otrzymali Möller, Hamburger i Sluka, którzy badali tę sprawę na materiale dziecięcym sekcyjnym. Obecnie, gdy możemy stwierdzić gruźlicę już za życia dzięki nowszym dokładniejszym metodom (jakoto odczyn skórny, odczyn ukłucia), pytanie o częstości gruźlicy w wieku dziecięcym musiało uleść ponownej rewizji. Podjęli się tego autorowie artykułu. Przy badaniu w kierunku gruźlicy stosowano w każdym poszczególnym przypadku z początku odczyn Pirqueta. Gdy ten zawodził po raz pierwszy, stosowano go po raz drugi. Gdy zawodził powtórnie, próbowano odczynu ukłucia, który, jak wiadomo, jest daleko czulszy. Ogólna liczba zbadanych dzieci wynosiła 509. Dzieci badano w szpitalu Anny w Wiedniu. Z nich 233 pochodziło z oddziału płoniczego, 253 z oddziału błoniczego, 13 dzieci chorowało na zapalenie opon mózgowych, 6 na dur, 1 na zapalenie szpiku kostnego, 1 na zapalenie okątne, 1 na przepuklinę pachwinową, 2 na złamanie kości biodrowej. Wyniki wypadły następująco:

Dzieci w 2 roku życia oddziaływały dodatnio w		9% przypadków	
»	» 3 »	»	» 20 »
»	» 4 »	»	» 32 »
»	» 5 »	»	» 52 »
»	» 6 »	»	» 51 »
»	» 7 »	»	» 61 »
»	» 8 »	»	» 73 »
»	» 9 »	»	» 71 »
»	» 10 »	»	» 85 »
»	» 11 »	»	» 93 »
»	» 12 »	»	» 95 »
»	» 13 »	»	» 94 »
»	» 14 »	»	» 94 »

⁷⁴ Schnabel, Ein Fall von extragen. Syphilis infection. D. mediz. Wochenschrift. 1902. Nr 18.

Badania porównawcze odczynem skórnym Pirqueta i odczynem ukłucia wykazały, że odczyn skórnym jest daleko dokładniejszy w pierwszych latach życia, niż w latach późniejszych; tłumaczy się to tem, że gruźlica w wieku późniejszym zatracą swą »czynność«. Dla tego też, jak widzimy z poniżej przytoczonej tabliczki, liczby odczynu skórnego i odczynu ukłucia zgadają się w drugim roku życia, w następnych latach zaś różnią się znacznie. Odsetek gruźlicy:

	odczyn skórnym czystą tuberkuliną	odczyn ukłucia
U dzieci do roku	2 90/100	90/100
» » » »	3—4 23 »	27 »
» » » »	5—6 36 »	51 »
» » » »	7—10 47 »	71 »
» » » »	11—14 51 »	94 »

Badania prof. Ganghofnera, jak zaznaczają autorowie, dokonane nad dziećmi Pragi, zgadzają się z otrzymanymi przez nich wynikami.

Miecz. Michałowicz.

L. Emmett Holt. **Wyniki tysiąca prób tuberkulinowych u małych dzieci.** (*Archiv. of Pediatr.* Styczeń 1909).

Autor stosował tuberkulinę w celach rozpoznawczych u dzieci w wieku przeważnie poniżej 2 lat, zarówno u osobników klinicznie niegruźliczych, jak i w przypadkach wątpliwych, oraz stwierdzonej gruźlicy. Porównywał wartość rozpoznawczą wykonywanych przez siebie wszystkich znanych obecnie prób tuberkulinowych: odczynu ocznego, skórnego, odczynu ukłucia (Stichreaktion), oraz odczynu gorączkowego po wstrzyknięciu tuberkuliny pod skórę, — dochodzi autor do wniosku, iż wszystkie są jednakowo pewne, a wybór poszczególnych próby zależy od tego, czy chodzi o chorych internowanych, czy przychodnich, od wieku chorych u małych dzieci nie nadają się n. p. wstrzykiwania tuberkuliny do celów rozpoznawczych wskutek częstego podnoszenia się ciepłoty na tle zaburzeń w trawieniu i t. p. okoliczności. Za najłatwiejszą technicznie, a najzupełniej nieszkodliwą dla chorego uważa autor próbę Pirqueta. Odczyn gorączkowy przez podskórne wstrzyknięcie tuberkuliny, przy którym ciepłota podnosi się nieraz do 39,5° C., a stan ogólny dzieci często również nie pozostaje bez zmiany, który oprócz tego wymaga bardzo dokładnego dawkowania tuberkuliny, najmniej się nadaje dla celów praktycznych.

H. Rozenblatówna.

Kornel Preisich. **Gorączka przy płonicy.** (*Wiener. klin. Wochs.* 1909. Nr 17, str. 600).

Ciepłota przy płonicy spada stopniowo, ubywająco, podług opisu przyjętego przez wszystkie podręczniki chorób dziecięcych. Opis ten zdaniem autora nie odpowiada rzeczywistości. Trzeba bowiem rozróżnić 2 postacie płonicy: płonicę czystą i płonicę powikłaną zakażeniem paciorkowcowym. Gdy w postaci czystej krzywa ciepłoty opada przełomowo (crisis), to w powikłanej postaci płonicy spada ona stopniowo (lysis). Współrzędnie z tą odmianą krzywej ciepłoty stwierdzał Preisich zwykle zmiany gardła, migdałów, gruczołów szyi, jako też częste nieprawidłowości zarówno w przebiegu, jak w cechach samej wysypki.

Miecz. Michałowicz.

Stefanie Weiss-Eder. **Białkomoc w postawie stojącej a popłonicze zapalenie nerek.** (*Wiener med. Wochens.* 1909. Nr 18, str. 975).

Autorka zajęła się zbadaniem, jaki kliniczny związek zachodzi pomiędzy białkomoczem w postawie stojącej, a zapaleniem nerek. Wobec tego, że badanie dzieci oddziały płoniczego mogłoby się przyczynić do wyjaśnienia sprawy, dokonała autorka szeregu doświadczeń nad dziećmi, które przed kilku dniami przebyły płonicze zapalenie nerek; dzieci te ustawiano w postawie stojącej, lub kłęczącej ze skrzywieniem kręgosłupa ku przodowi dla otrzymania białkomoczu ortotycznego (skrzywienie kręgosłupa ku przodowi u dzieci leżących nie pociągało za sobą białkomoczu ortotycznego).

Z wyników doświadczeń wypadło: 1) że dzieci, u których w płoniczym okresie można wywołać białkomocz przez ustawienie ze zgięciem kręgosłupa ku przodowi, nie są więcej od innych dzieci skłonne do ostrego zapalenia nerek; 2) że ozdrowieńcy po zapaleniu nerek okazują nieraz po ustąpieniu zapalenia nerek białkomocz w postawie stojącej, który wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zależy od skrzywienia kręgosłupa ku przodowi wskutek osłabienia mięśni grzbietu po przebytej chorobie; 3) że u ozdrowieńców po płonicy w 57,5% da się wywołać białkomocz przez kłęczenie ze zgięciem kręgosłupa ku przodowi. Wysoki ten odsetek nie dowodzi jednak niczego, albowiem i u zdrowych dzieci w 2/3 przypadków udało się Jeklemu wywołać białkomocz w postawie stojącej przez ustawienie

badanego w postawie stojącej ze skrzywionym ku przodowi kręgosłupem.

Miecz. Michałowicz.

C. Herrman. **Roznosiciele płonicy.** (*Arch. of Pediatr.* Luty 1909).

Krytyczny rozbiór współczesnych poglądów na drogi, jakimi szerzy się zakażenie płonicze, oraz szereg własnych uwag, opartych na spostrzeżeniach autora podczas wielkiej epidemii płonicy w New-Yorku zimą i wiosną 1908 r.

Pytanie, czy łuski są źródłem zakażenia w płonicy, uważa autor wraz z większością współczesnych autorów za nierozstrzygnięte; w każdym razie przypadki t. zw. »powrotne« (»return cases«), t. j. te, gdzie chory, powróciwszy ze szpitala do domu bez śladu łuszczenia, zaraża mimo to swe otoczenie, pouczają, że poza łuskami są inne drogi zakażenia. Wiadomo również, że źródłem szerzenia się płonicy może być osoba pozornie zdrowa, przechodząca najwyżej jakieś nieznaczne zapalenie gardła nawet bez gorączki; w tych razach zarazek płonicy musi być zawarty w wydzielinie gardła tych osób i udziela się otoczeniu przez rozmowę, kłuski i t. p.

Równie niebezpieczną jest wydzielina z nosa i uszu, tembardziej, iż wydzielina z uszu n. p. pod postacią wycieku ropnego, trwa często znacznie dłużej, niż łuszczenie się, utrzymuje się po wyjściu chorego ze szpitala do domu i tam staje się źródłem owych na pozór niewytłomaczonych »powrotnych przypadków«. Z tego względu należy urządzać pawilony płonicze w ten sposób, aby 1) przypadki świeże, 2) chorzy z powikłaniami, 3) ozdrowieńcy, umieszczani byli w oddzielnych salach. Tylko w ten sposób bowiem powiedzie się uniknąć zanoszenia przez zdrowych, wychodzących ze szpitala, materiału zakaźnego do domu; oczywiście, należy pamiętać i o tem, iż chory wtedy dopiero może opuścić szpital, wzgl. przestać być izolowany (w praktyce prywatnej), gdy nie stwierdzamy już najmniejszego nawet śladu jakiegokolwiek zajęcia jamy nosowo-gardłowej.

Znacznie mniejsze od bezpośredniego jest podług autora niebezpieczeństwo zakażenia pośredniego (sprzęty, mieszkanie etc.); jednakże na razie uznaje autor jeszcze konieczność odkażania i przytacza zdanie Heubnera w tej sprawie, iż pomimo, że istnienie zarazki płoniczego w pokoju chorego nie zostało dowiedzione, obowiązani jesteśmy odkażać takie pokoje, dopóki sprawa zakażenia płoniczego nie zostanie zupełnie wyświełona.

H. Rozenblatówna.

W. N. Klimenko. **Morfologia i biologia lasecznika krztuśca.** (*Ztbl. f. Bact.* Tom 50, zes. 3. Maj 1909).

Lasecznik krztuśca, opisany po raz pierwszy przez Bordeta i Gengou, którego swoistość nie ulega podług autora najmniejszej wątpliwości, jest gramoujemnym, nieruchomym drobnoustrojem, nie tworzącym zarodników, ani otoczek, o niewielkich wymiarach (1 1/2—2 razy większy od prątka grypy).

Dwubiegunowość prątka krztuśca, którą Bordet i Gengou uważają za bardzo charakterystyczną, występuje nie przy wszystkich sposobach zabarwienia; podług autora najodpowiedniejszym barwikiem do tego celu jest błękit karbolowo-toluidynowy. Używając tej metody barwienia, znajdował autor stale w preparatach z płwociny chorych na krztusiec typowe biegunowe zabarwienie lasecznika.

W preparatach z czystych hodowli, niezależnie od użytej pożywki, napotyka się nieraz ciała Babes-Ernsta; natomiast nie widział ich autor nigdy w lasecznikach z płwociny, wysięku z otrzewnej zwierząt, szczepionych lasecznikami krztuśca i t. p.

Rozpoznanie omawianego lasecznika bezpośrednio w preparacie z płwociny chorego wymaga znacznej wprawy; również i uzyskanie hodowli z płwociny udaje się niełatwo, najlepiej w każdym razie nadają się do tego zupełnie świeże przypadki, t. j. okres nieżytywy, wzgl. pierwszy tydzień okresu napadów kaszlu (st. convulsivum), gdyż w tym okresie zawiera płwocina największą ilość omawianych drobnoustrojów. Pożywki muszą zawierać znaczną domieszkę krwi, ale niekoniecznie ludzkiej lub króliczej, jak tego wymagają Bordet i Gengou. Otrzymane hodowle są bardzo małe i okolone przezroczystą otoczką (hemoliza pożywki).

Co do jadowitości lasecznika krztuśca, to okazało się, iż wszystkie, przez autora w tym kierunku wypróbowane zwierzęta oddziaływały po wprowadzeniu hodowli tego lasecznika pod skórę, do otrzewnej i do obiegu krwi bądź silniej, bądź słabiej. Wstrzyknięcie do otrzewnej spowodowało zawsze śmierć zwierzęcia.

Objawy krztuśca powiodło się autorowi utrzymać doświadczalnie u szceniąt, u młodych kotów i u małą.

H. Rozenblatówna.

E. Bertarelli. **Przyczynę do etyologii ospy wietrznej.** (*Ztbl. f. Bakt.* T. 50. Maj 1909).

Pomimo licznych prac o wietrznej ospie jest ona mało jeszcze poznana, gdyż zarówno jej strona etyologiczna, jak symptomatologia, długość okresu wylegania i t. p. szczegóły nie są ustalone. Niekórzy zaś autorzy wogóle nie uznają odrębności wietrznej ospy od ospy naturalnej (Talamon, Bartler, Swoboda i inni). Co do tego ostatniego twierdzenia, uważa je Bertarelli za zupełnie gołosłowne, zgadza się zaś tylko na to, że rozpoznanie różniczkowe tych dwu postaci chorobowych jest nieraz bardzo trudne. Przytaczany często, jako cecha rozpoznawcza, fakt, iż wietrznej ospie podlegają tylko dzieci, ma tak dużo wyjątków, iż nie może być brany w rachubę.

Długość okresu wylegania również nie może ułatwić rozpoznania, gdyż jest jeszcze nieznaną: ze spostrzeżeń Bertarelliego wynika, iż okres ten trwa 7 do 10 dni, lecz inni autorzy wymieniają 3—7, 8, 14—15 i 27 dni. Tak sprzeczne twierdzenia są skutkiem z jednej strony nieznamości drobnoustroju, wywołującego ospę wietrzną, z drugiej — niemożności wywołania doświadczalnej ospy wietrznej zapomocą szczepienia jej bądź ludziom, bądź zwierzętom. Tym dwóm sprawom poświęcona jest praca Bertarelliego. Co do pierwszego punktu, wyniki były zupełnie ujemne: szczepienie treści pęcherzyków z najmniejszych okresów choroby (w 100 przypadkach) na różnych pożywkach nie dało żadnej hodowli. Ujemne były również próby hodowli ze krwi. Szczepienia, wykonane w celu stwierdzenia, czy można w ten sposób przenieść ospę wietrzną z jednej osoby na drugą, dały we wszystkich (3) przypadkach wynik ujemny, pomimo, iż w jednym przypadku zaszczepiono treść pęcherzyka nie osobie dorosłej, lecz 10-letniemu dziecku. Tylko rogówka królika oddziaływała w kilkunastu przypadkach na szczepienie pod postacią nieznamych nacieków. Przy badaniu mikroskopowym znajdował Bertarelli w komórkach, leżących bezpośrednio pod warstwą nabłonkową rogówki, drobne ziarenka, o których znaczeniu i istocie Bertarelli na razie nic stanowczego nie mówi, wyłącza jednak stanowczo możliwość jakiegoś swoistego drobnoustroju w rodzaju »Cytoryctes variolae et vaccinae«, opisanej przez Guarnieri (Przyp. sprawozd.: Guarnieri uważa za przyczynę ospy okrągłej, błyszczącej, silnie się barwiącej twory, które znajdował wewnątrz komórek rogówki królików, w miejscach szczepionych krowianką i opisuje je pod wymienioną nazwą).

H. Rozenblatówna.

J. Bocchia. **Pyocyjanaza.** (*Ztbl. f. Bakt.* T. 50, zes. 2. Maj 1909).

Autor badał bakteryobójcze, hamujące i antagonistyczne własności pyocyjanazy względem całego szeregu chorobotwórczych drobnoustrojów i stwierdził, iż tylko mała grupka bakterii ulega działaniu pyocyjanazy; do tych należy przedewszystkiem bakteria błonicy, czego już przedtem dowiedli Emmerich i Löw, nie w tym jednak stopniu, jak owi autorzy przypuszczali. Wprawdzie własności bakteryobójcze pyocyjanazy względem bakterii błonicy »in vitro« są dość silne, ale działanie jej jest tylko miejscowe i wyłącznie bakteryobójcze, nigdy zaś nie jest przeciwdziałowe, a to ogranicza praktyczne zastosowanie odkrycia Emmericha i Löwa do minimum. Twierdzenia autorów tych o działaniu pyocyjanazy na paciorkowce i gronkowce i o wynikającym z tego stosowaniu pyocyjanazy, w szczególności w przypadkach błonicy septycznej, uważa autor za zupełnie gołosłowne, gdyż w doświadczeniach swych ani razu nie zdołał się przekonać o wpływie pyocyjanazy na omawiane gatunki.

H. Rozenblatówna.

Oskar Scheurer: **O wiewiórze u małych dziewcząt.** (*Wiener klin. Wochschr.* 1909. Nr 18, str. 630).

Autor spostrzegał w ciągu ostatnich 5 lat klinicznie 39 przypadków wiewióra u małych dziewczynek na oddziale chorób płciowych. Zakażenie nastąpiło: w 6 przypadkach po zgwałceniu, w 12 wskutek spania w jednym łóżku z dorosłymi chorem siostrami, w 8 źródłem zakażenia była chora matka. W jednym przypadku chory mężczyzna wziął do swego łóżka dziecko na noc. W 4 przypadkach dziewczynki zostały zakażone przez rówieśników chłopców przez obmacywanie. Wiek chorych wahał się od 1—13 lat, z tych 27 dziewcząt nie liczyło jeszcze lat 6. Z objawów należy podkreślić, oprócz ogólnie znanego obrazu, gorączkę do 39,5° w 3 przypadkach, zapalenie pęcherza w 1 przypadku, zapalenie cewki moczowej w 15 przypadkach, kłykciny w 10 przypadkach. Typowego zapalenia gruczołów przedstonka autor nie zauważył ani razu, aczkolwiek ujście gruczołu było w połowie przypadków mocno zaczerwienione i obrzmiałe.

Leczenie polegało na leżeniu w łóżku, kąpielach nasiado-

wych z dodatkiem nadmanganianu potasu. Prócz tego stosowano 3 razy dziennie przepłukiwanie zapomocą natryskiwacza 1/2 do 2% roztworem protargolu lub 1% roztworem ichtarganu. Cewnik Merciera zakładano przytem do pochwy. Przy takim leczeniu nie miał autor nigdy przypadku ograniczonego zapalenia otrzewnej miednicznej, jak to opisuje Bumm, który uważa to zapalenie za skutek przepłukiwania pochwy. Zapalenie otrzewnej zależy zdaniem Scheuera, jako też i innych autorów, tylko od postępującego naprzód zakażenia wiewiórowego. Najważniejsze jest pedantyczne przestrzeganie czystości. Znany jest bowiem szereg przypadków częstych zakażeń wiewiórowych u dzieci stale w pewnych szpitalach dziecięcych, wskutek nieprzestrzegania powyższego przepisu. Rokowanie jest na ogół zdaniem autora dość dobre; przebieg choroby trwa średnio od 1—3 miesięcy.

Miecz. Michałowicz.

A. Hand. **Wartość rozpoznawcza chemicznego i bakteriologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego.** (*Arch. of Pediatr.* Styczeń 1909).

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, łatwe w przypadkach typowych, sprawia duże trudności tam, gdzie ani wejrzenie przezroczystego płynu, ani preparat mikroskopowy nie dają nam żadnej wskazówki, o jaką postać zapalenia opon chodzić może. Autor radzi w tych razach badać płyn mózgowo-rdzeniowy nie tylko bakteriologicznie, lecz i chemicznie, gdyż ilość zawartego w nim białka i obecność, względnie brak cukru są ważnymi czynnikami rozpoznawczymi (n. p. ilość białka powyżej 5% objętości i obecność cukru przemawiają za gruźliczem zapaleniem opon).

Badanie cytologiczne ma podług autora mniejsze znaczenie, gdyż komórki są najczęściej tak zmienione, iż trudno rozpoznać, do jakiej kategorii należą.

Komórki wielojądrowe zawierają podług autora zaczyn, rozszczepiający cukier, stąd brak cukru w płynach mózgowo-rdzeniowych, obfitujących w wielojądrowe leukocyty (przy nagminnym zapaleniu opon i innych ropnych zapaleniach opon).

H. Rozenblatówna.

Max Berliner. **W sprawie rokowania przy zapaleniu przednich rogów rdzenia.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr 21, str. 751).

Na zasadzie 14 klinicznie obserwowanych przypadków podaje autor przyczynę do rokowania przy zapaleniu przednich rogów rdzenia. Aczkolwiek rokowanie zależy przeważnie od siły danej epidemii, to jest ono stosunkowo lepsze, niżby to można przypuszczać. Zejść śmiertelnych autor podaje 4, trzy u dzieci od 8—16 miesięcy i jedno u 9-letniego dziecka (wszystkie w ciągu 2 pierwszych tygodni choroby). Polepszenia stanu porażonych mięśni nie osiągnięto u trojga dzieci. Wyraźne polepszenie pod wpływem leczenia (z początku salicylany, następnie elektryzacja) nastąpiło u reszty chorych t. j. w 7 przypadkach. Wobec tego autor zgodnie z Wickmanem, który rozporządzał ogromnym materiałem z epidemii w Szwecji, dochodzi do wniosku, że zapalenie przednich rogów rdzenia zagraża niebezpieczeństwem dla życia przeważnie w okresie pierwszych 2 tygodni. Co się tyczy porażen, wywołanych przez tę chorobę, to ustępują one pod wpływem elektryzacji albo po paru tygodniach, albo po kilku miesiącach. Wobec tego poleca autor gorąco stale i wytrwale elektryzować porażone części, nie zrażając się nawet kilkumiesięcznym wyczekiwaniem na pierwsze wyraźne oznaki polepszenia.

Miecz. Michałowicz.

M. Turnowsky. **Bolesne porażenie wrzeczne u dzieci.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr 28, str. 997).

Wyodrębnienie przez Francuzów »paralysie douleureuse des jeunes enfants« w osobną, samodzielną postać nie znalazło w literaturze lekarskiej innych krajów należytego uwzględnienia. Tymczasem obraz tej choroby jest nadzwyczaj zmienny. Przytoczone przez autora 6 przypadków dadzą się streścić w sposób następujący. Zupełnie zdrowe, wesole, odżywiają się z wielkim apetytem dziecko poczyna naraz posługiwać się tylko trzema kończynami. Czwarta kończyna obwisa bezwładnie i do złudzenia naśladuje porażenie. Przy dotknięciu »porażonej« kończyny dziecko wybucha płaczem. Zarówno rodzice, jak i lekarz, są bardzo przejęci tym stanem i gubią się w domysłach. Następnego dnia ku wielkiemu zdziwieniu wszystkich dziecko odzyskuje zupełną zdolność ruchów. »Porażenie« może się powtarzać kilkakrotnie i znikać najczęściej po 24 godzinach. Brunon przytacza siedem głównych objawów tego cierpienia: 1) nagły początek cierpienia po słabym, najczęściej niezauważonym urazie; 2) całkowite lub częściowe porażenie; 3) ruchy bierne mogą być wykonywane, ale są bardzo bolesne, ruchy czynne nie są wy-

konywane; 4) raptowny ból w pierwszej chwili, następnie zaś tylko przy próbie poruszenia; 5) bezwładne obwisanie kończyny; 6) brak jakichkolwiek zmian anatomicznych; 7) szybki i pomyślny przebieg cierpienia, trwający od 24 godzin do 1 tygodnia. Co się tyczy etiologii, to poglądy autorów różnią się. Jedni uważają porażenie wrzeczne za skutek urazu spłotu barkowego, inni zaś za uczucie bojaźni ruchu wskutek bólu po pewnym urazie. Tego drugiego poglądu trzyma się też autor artykułu, aczkolwiek z pewnemi zastrzeżeniami. *Miecz. Michałowicz.*

W. P. Northrup. **Leczenie chorób świeżem powietrzem.** (*Arch. of Pediatr.* Luty 1909).

Autor jest entuzjastycznym zwolennikiem stosowania świeżego, czyli, jak to sam dokładniej określa, zimnego powietrza przy najrozmaitszych sprawach chorobowych u dzieci: zapaleniu płuc, płonicy, zapaleniu oskrzeli, kaszlu i wysypkach. Wyjątek czyni autor tylko dla odry, gdyż na podstawie własnego doświadczenia nie może twierdzić napewno o tak pomyślnem działaniu powietrza na przebieg odry, jakie spostrzegął w przypadkach innych chorób.

Co do strony technicznej tej nowej metody leczniczej, bardzo już popularnej w Ameryce, to jedynym warunkiem, jakiego należy przestrzegać, jest to, aby dzieci (również i dozorcy) były bardzo ciepło ubrane i otulone w kilka kołder. Przy zachowaniu tej ostrożności pozostają dzieci całemi godzinami na wolnem powietrzu, wracając do ciepłego pokoju tylko do przebierania, mycia i t. p. *H. Rozenblatówna.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 4 października 1909.

1) Czł. L. Marchlewski referuje o pracy, wykonanej wspólnie z p. Malarskim p. t.: **Ze studyów nad chlorofilem.** Autorowie opisują szczegółowo szereg przemian, objętych niżej podanym schematem, które umożliwiają przemianę chlorofilanu w pochodne allochlofilu:

Chlorofilan + Zn(OH)₂ + CO₂ = t. zw. chlorofil cynkowy.

Chlorofil cynkowy + KOH = Cynkoprofilotaoniny.

Cynkoprofilotaoniny + HCl (temp. zwyczajna) = Filotaonina + Allofilotaonina.

Cynkopofilotaonina + HCl + Alkohol (temp. 100°) = Fytododny.

2) Czł. L. Marchlewski referuje o pracy, wykonanej wspólnie z p. Barabaszem p. t.: **Dowód ostateczny identyczności chlorofilu i hemopyrrolu.** Autorowie udowadniają identyczność tych dwu ciał, wykazując, że dają one z dwuazotowemi ciałami związki identyczne, mianowicie jeden o p. t. 233°, a drugi o p. t. 268°.

3) Czł. L. Marchlewski referuje o pracy, wykonanej wspólnie z p. Leyką p. t.: **Studia nad hemopyrrolem.** Autorowie udowadniają, że produkt kondensacji hemopyrrolu z chlorkiem dwuazotowym benzolu o p. t. 268° ma skład:

(C₆H₅ — N₂ — C₈H₁₁ · N — C₈H₁₁N — C₆H₅ · N₂) HCl.

4) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. R. Hulaniczkiej p. t.: **O zakończeniach nerwowych w skórze żaby jadalnej (Rana escul.).** Autorka, posługując się barwieniem błękitem metylenowym, dochodzi do następujących wniosków: Istnieją trzy rodzaje zakończeń nerwowych w skórze żaby, mianowicie: wolne zakończenia nerwowe, zakończenia nerwowe za pomocą komórek dotykowych, zakończenia nerwowe we wzgórkach dotykowych. a) Można odróżnić dwa typy wolnych zakończeń nerwowych, mianowicie: jedno, złożone z grubszych włókien o przebiegu nieprzerywanym, barwiących się silnie w błękitie metylenowym, rozgałęziające się drzewkowato przeważnie w średnich warstwach naskórka. W przebiegu okazują one duże nieregularne zgrubienia. Drugi typ przedstawiają włókienka delikatne niejednolite, jakby złożone z drobnych ziaren. Włókna te barwią się blade-niebiesko i przebiegają równoległe do powierzchni skóry, kończąc się przeważnie w górnych warstwach naskórka. b) Zakończenia za pomocą komórek dotykowych znajdujemy rozrzucone po całej skórze, nie ograniczone do pewnych okolic ciała. Najobficiej znajdują się one w skórze wargi dolnej

i podbródka. Komórki dotykowe przypominają bardzo komórki opisane przez Merkla w skórze zwierząt ssących i człowieka. c) Nerw, zaopatrujący wzgórki dotykowe, traci swe osłonki w miejscu, gdzie przechodzi przez pokład pigmentu w tkance łącznej u podstawy wzgórka, rozgałęzia się, wije się w różnych kierunkach, tworząc w przebiegu liczne i wielkie zgrubienia. Po drodze układają się włókna nerwowe na powierzchni komórek, nagromadzonych w tkance łącznej u podstawy wzgórka, i wchodzą w bocznych częściach wzgórka do warstwy nabłonkowej, gdzie się kończą. Co do natury tych komórek, autorka jest zdania, że są to zróżnicowane komórki tkanki łącznej, nie zaś ciała Schwanna, gdyż osłonki Schwanna włókna nerwowe już nie posiadają.

(Treść 3 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 30. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 44.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto wraz z następującymi, dodatkowo wniesionymi autorefereatami:

a) Na posiedzeniu w d. 19. V. 1909 przedstawił Prof. Kader a) dziecko dwuletnie, któremu **usunął z żołądka monetę 2-kopiejkową.** Dziecko przyniesiono do kliniki dopiero w 2 tygodnie po połknięciu monety. Prześwietlaniem stwierdzono obecność monety w przełyku na poziomie górnego brzegu mostka. Przy próbie usunięcia zapomocą esofagoskopu obsunęła się moneta z miejsca pierwotnego od razu do żołądka, co niezwłocznie określono na ekranie rentgenowskim. W miejscu, gdzie moneta tkwiła przez 2 tygodnie, była nieznaczna tylko odleżyna. Wyczekawszy parę dni, czy moneta nie odejdzie drogą naturalną, i codzień ją widząc w tem samym miejscu w żołądku, przystąpił K. do nacięcia żołądka (gastrotomii) i tą drogą ciało obce wyjął. Obecnie rana zagojona doraźnie. Wobec ciał obcych w przełyku jest K. przeciwnikiem zarówno wszelkich przyrządów dawnego typu (wyrugował je z kliniki — łapacze monet, koszycki, szcztoki), jak i wyczekiwania. Stosuje wyłącznie esofagoskopię. b) Chłopca 9-letniego, który wskutek **raka wodnego (noma)** rok temu stracił całą górną wargę wraz z przegrodą nosa i częścią wyrostka zębodołowego szczęki górnej. K. zamierza wykonać mu odbudowanie przegrody z części 5. palca stopy, który uprzednio przeszczepił do dłoni i po przyrośnięciu tam, oddzielił od nogi; dalej wszczepił ten sam palec do nosa i oddzielił od ręki. Prócz tego musi być dokonana plastyka wargi górnej, sposobem typowym.

Dr Radliński przedstawia: a) noworodka 7-tygodniowego z **rozszczeniem wrodzonym kręgosłupa** i obok tego z bliźnięciem zrosniętym, z którego widoczne są kończyna dolna prawa, część lewej, pośladki, części rodne, zarośnięty odbył i część dolna tułowia. b) Dziecko 8-miesięczne z **rozszczeniem kręgosłupa (spina bifida-meningocela)**, wewnątrzmaciczną amputacją palców u rąk przez więzy Simonarda (amniotyczne), t. zw. *phocomelia*, z 6 palcami na obu stopach i wrodzoną przepukliną pachwinową. (U dziecka tego R. z powodzeniem operował doszczętnie w parę dni po posiedzeniu przepuklinę rdzeniową).

Na posiedzeniu w dniu 26. V. 1909 przedstawił Dr Radliński: a) dziewczynę 9-letnią, u której przed miesiącem z **powodu wgłobienia jelita wyciął całą okrężnicę**, aż do zagięcia esowatego, wraz z około 20 cm jelita biodrowego i połączył bocznie zaszyty na ślepo koniec jelita biodrowego z zaszytym również na ślepo końcem pętli esowatej sposobem Kadera. Ranę, jak zwykle w klinice krakowskiej po resekcjach jelita grubego, częściowo tamponował, tak że tampon ogarniał kikuty. Cięcie powłok w linii pośrodkowej i od poziomu pępka dodatkowe w lewo do linii pachowej przedniej; tamponowano zewnętrzny koniec cięcia dodatkowego. Z opisanego cięcia dostęp był wszędzie dobry, nawet do trudno dostępnego i nieruchomego śledzionowego zagięcia okrężnicy. Do resekcji zmusiła obawa przed odpochwieniem wgłobienia, powstałego przed miesiącem i przed możliwym przytem pęknięciem jelita, oraz to, że »głowa wgłobienia« sięgała w okrężnicę zstępującą prawie do pętli esowatej. Chora, bardzo wycieńczona przed zabiegiem, zniósła go zupełnie dobrze i stan szybko się poprawia. Na wadze

przybyło w ostatnim tygodniu prawie 2 kg. Chora ma stolce wolne 3—4 razy dziennie, ale bez cech wycieńczającej biegunki, której się tak powszechnie obawiano nietylko po rozległych wycięciach jelit grubych, ale nawet po połączeniu jelita biodrowego z pętlą esowatą (ileosigmoidostomia). Dotychczas w piśmiennictwie znany jest dopiero jeden pomyślny przypadek resekcji całej okrężnicy (Körte — z powodu gruźlicy).

b) Chorego, l. 27, który na parę godzin przed przyjęciem do kliniki otrzymał **ranę postrzałową w brzuch** z rewolweru wielkiego kalibru (540). W 7 godzin po wypadku operacja. Znalaziono **przedziurawienie kątnicy** tuż przy wejściu jelita biodrowego i **przedziurawienie jelita biodrowego** w odległości metra od kątnicy. Z powodu znacznych rozmiarów otworów w jelitach, których zaszcycie spowodowaćby musiało zwężenie, dokonał R. resekcji całego uszkodzonego odcinka — 125 cm (kątnica i jelito biodrowe) i połączył jelito biodrowe, zaszyte na ślepo, z okrężnicą poprzeczną, zaszywszy również na ślepo okrężnicę wstępującą. Ranę częściowo tamponował. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki, pomimo, że w jamie brzusznej przy zabiegu była znaczna ilość płynnego kału, który R. na sucho kawałkami gazy usunął, nie przepłukując. R. podnosi stosunkowo małą jadowitość kału prawidłowego, w porównaniu z kałem gromadzącym się w jelitach nad miejscem zwężeniem lub niedrożnym. Dostanie się takiego kału do wolnej otrzewnej wywołuje prawie bez wyjątku śmierć wśród objawów ostrego zatrucia w ciągu najbliższych godzin po zabiegu, wzgl. śmierć wskutek bardzo ostrego zapalenia otrzewnej. Przypadek ten raz jeszcze przemawia za natychmiastowym operowaniem po postrzałach brzucha podczas pokoju w warunkach dobrze urządzonego zakładu leczniczego, w przeciwieństwie do głosów, podnoszących się za zachowawczym wyczekującym leczeniem takich ran w czasie wojny, gdzie warunki zarówno transportu, jak i aseptyki przy zabiegach są niepomyślne.

2) Przewodniczący zawiadamia, że Walne Zgromadzenie Tow. lek. galicyjskich odbędzie się 4. lipca we Lwowie, a ponieważ Prof. Kostanecki jechać nie może jako delegat, przeto należy wybrać w zastępstwie delegata. Przewodniczący proponuje Prof. Browicza, którego wybrano jednomyślnie.

3) Przewodniczący zawiadamia, że wpłynęło pismo od Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, wzywające Towarzystwo lekarskie do udziału w pracach przygotowawczych na Zjazd higieny szkolnej, który się odbędzie w Paryżu w r. 1910. Przewodniczący proponuje jako delegatów Prof. Browicza i kol. Biera, których wybrano jednomyślnie.

4) Prof. Ja w oralski zdaje sprawę z prac przygotowawczych komitetu dla tegorocznego Zjazdu internistów polskich w Krakowie.

5) Kol. Eisenberg: **W sprawie odczynu Wassermanna**. E. przedstawia ostatnie badania swoje i kol. Nitscha. (Rzecz drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusja: Prym. Borzęcki sądzi, że wyniki prób z antygenem Sachsa przemawiają na korzyść tej próby. — Prof. Lewkowicz zapytuje, czy robiono próby z surowicami nie kiłowymi. — Kol. Szymanowski zwraca uwagę, że przy ujednostajnianiu ważna jest jednostajność płynów. Różnicę wyników tłumaczy tem, że upłynęło 3 miesiące między jego próbami, a próbami kol. Eisenberga i Nitscha, a nie trzymał odczynnika ściśle w lodowni. — Kol. Eisenberg zaznacza, że lecytyna istotnie w różnych fabrykach różnie bywa wyrabiana.

6) Dr Radliński przedstawia chorego 16-letniego po operacji nacięcia ropnia okołonerkowego, u którego spostrzegł przed operacją **bezmocz nerki po stronie chorej**; bezmocz ten po operacji ustąpił. Choroba rozpoczęła się nieznacznymi, stopniowo rosnącymi bólami w okolicy lędźwiowej prawej przed 8 miesiącami. 8 tygodni temu zaczęło powstawać przykurczenie stawu biodrowego prawego, którego powodu szukano w zapaleniu mięśnia biodrowoudowego (*ileopsoas*), pochodzenia niewiadomego; pojawił się guz chęłbocący w okolicy lędźwiowej. Początkowo rozpoznano ropień opadowy gruźliczy; dwa tygodnie temu został chory przyjęty do kliniki. Tu nie znaleziono ognisk gruźlicy kostnej ani w żebrach, ani w kręgosłupie; szczepienie Pirqueta z wynikiem ujemnym; badanie płuc nie wykazało również gruźlicy. Mocz w ilości prawidłowej, badanie moczu żadnych zmian nie wykazało. Duży chęłbocący guz w okolicy lędźwiowej prawej, przechodzący na boczną ścianę jamy brzusznej i do linii pachowej przedniej, dający stłumienie, jak ropnie zaotrzewne. Cystoskopia wykazała stosunki prawidłowe co do barwy śluzówki pęcherza, unaczynienia jej, wejrzenia trój-

kąta Lieutauda i wylotów moczowodów. Tylko, gdy lewy moczowód w prawidłowych odstępach czasu (15—20 sek.) okazywał skurcze i wydelał mocz, to prawy był zupełnie nieruchomy; wydzielania się moczu nie było widać. R. wprowadził do prawego moczowodu cewnik na 23 ctm i pomimo przeszło 1/2-godzinnego pozostawienia go na miejscu moczu z prawego moczowodu zupełnie nie otrzymał. Przy operacji cięciem lędźwiowym skośnym opróżnił R. ropień, zawierający około litra zielonkawej ropy. Z ropy wyhodowano gronkowca białego. W 12 dni po zabiegu, po zbadaniu moczu z pęcherza i stwierdzeniu, iż po dawnemu jest prawidłowy, dokonano cystoskopii i przekonano się, iż tym razem prawa nerka już była czynna. — R. podnosi ten dotychczas, o ile mu z piśmiennictwa wiadomo, nie spostrzegany objaw jednostronnego bezmocz przy ropniu okołonerkowym (*paranephritis*) i byłby skłonny objaśnić go uciśnięciem zbiornika ropy na nerkę lub wpływem toksycznym ropy na czynność sąsiadującej nerki. (*Streszczenie własne*).

Sekretarz: Dr Morawski.

I Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie.

Sprawozdawca: Dr Józef Hornowski.

(Ciąg dalszy).

Sekcja psychiatryczna.

Posiedzenie d. 11. X. 1909 (poniedziałek).

1) Prof. Halban ze Lwowa: **Remisy i leczenie bezwładu postępującego**. H. podnosi pomyślny wpływ ostrych chorób zakaźnych na psychozy wogóle, szczególnie ciężkich spraw ropnych na porażenie postępowe; omawia swoje przypadki, gdzie remisja trwała przez lat 15 i 11, z których w ostatnim sekcją stwierdzono rozpoznanie, pierwszy zaś chory jeszcze żyje i jest zdrow. Następnie omawia H. sposoby leczenia i wypowiada swoje zdanie co do kierunku, w jakim należy szukać dalszych metod leczniczych (naśladowanie natury przez wprowadzanie do ustroju zabitych drobnoustrojów — paciorkowce i gronkowce).

W dyskusyi zabierali głos kol. Springer, Chodźko, Rychliński, Trzebiński, Wizel i T. Łapiński, zwracając uwagę na małą ilość przypadków bezwładu postępującego, które zostały wyleczone przez ropienie, na niebezpieczeństwa, połączone z takim leczeniem, oraz sceptycznie wyrażając się o możliwości leczenia bezwładu przed wynalezieniem swoistej surowicy przeciwkiłowej. W odpowiedzi zaznacza prelegent, że gdy przypadki zastarzałe rzeczywiście mało nadają się do leczenia, to wczesne przypadki stanowiąc przebiegają przy leczeniu pomyślnie, należy tylko przy wstrzykiwaniu drobnoustrojów zachować pewne ostrożności.

2) Mikulski z Kulparkowa (Lwów): **Wyniki badania inteligencji chorych umysłowych zapomocą kwestyonaryusza i metod Ebbinghausa, Heilbrounera i własnej** (składanie rozciętych rysunków zwierząt). Zestawiając wyniki badań zapomocą wszystkich tych metod, przekonał się M., że liczba trafnych rozwiązań w związku z czasem u chorych nie dosięga nigdy najniższej nawet normy zdrowych. Metody te pozwalają wykryć upośledzenie inteligencji, która metodycznym badaniom zwykle poddawana nie bywa; — na tem polega ich znaczenie kliniczne.

W dyskusyi zabierali głos: Sterling, Wizel, Dawid, Łuniewski, T. Łapiński, Bornstein, zarzucając kwestyonaryuszowi, iż jest niedostateczny, gdyż grzeszy brakiem jednolitości; fałszywe odpowiedzi chorych niezawsze są wyrazem osłabienia władz umysłowych; wartość rozpoznawcza tej metody jest niewielka, gdy inteligencya chorych we wczesnych okresach bywa mało naruszona. W odpowiedzi zaznacza prelegent, że o brakach metody już i sam wspominał, zwrócić jednak musi uwagę, że żadna metoda badania inteligencji nie może odpowiadać wymaganiom teoretycznym. Mogą być tylko metody gorsze i lepsze; do lepszych zalicza swoją metodę. Stosując kilka metod badania, ma prelegent na celu wykazywać tylko te zaburzenia inteligencji, które istnieją rzeczywiście, a nie fikcyjnie.

3) Przychodzki: **Obłąkani przestępcy przed sądem**. P. mówi o nieporozumieniach pomiędzy sądem, a ekspertyzą

psychiatryczną wskutek wadliwego stosowania przez sądy artykułów kodeksu karnego względem umysłowo chorych, jak również wskutek zbyt utrudnionego wyzwalania ozdrowieńców i podnosi konieczność wprowadzenia reform, przez usunięcie z kodeksu pewnych przestarzałych poglądów. Opracowaniem tego powinien się zająć I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich.

W dyskusji zabierali głos: Konn, Halban, Rychliński, Łuniewski i prelegent, podnosząc potrzebę zreformowania opieki nad umysłowo chorymi, oraz omawiając przykrą rolę znawcy wobec sądu nie tylko z powodu różnych przepisów prawnych, lecz i z powodu różnych zapatrywań ze stron sędziów przysięgłych.

4) T. Łapiński: **Uraz a choroby umysłowe.** Ł. analizuje poszczególne czynniki, wpływające na powstanie psychozy i dochodzi do wniosku, że nie można uważać psychozy urazowej za jednostkę chorobową oddzielną.

W dyskusji mówił Wizel o działaniu urazu w czasie psychozy.

Posiedzenia z d. 10. XII. 1909 (wtorek).

5) Wł. Sterling: **O zaburzeniach psychicznych w nowotworach mózgu.** Wyłączając zaburzenia afatyczne w jaknajszerszym znaczeniu i terminalne zaburzenia świadomości w ostatnich okresach choroby, wypowiada S. zdanie, że zamroczenia świadomości nie są tak częste, jak to szereg autorów przypuszcza. Najczęstszą i najwcześniejszą jest apatya, jako zależna od zaburzeń apercypcyi. Kazyjstyka prelegenta przeczy temu, aby pewien rodzaj psychozy odpowiadał określonej lokalizacji nowotworów w pewnych terytoriach mózgu. Wreszcie omawia S. teorie powstawania zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu.

W dyskusji zabierali głos: Łapiński i Rosenthal, oponując prelegentowi, który w odpowiedzi zaznaczył, że wbrew twierdzeniu kol. Łapińskiego termin »apercypcyi« istnieje, pogląd zaś o stosunku nowotworów do psychoz jest dzisiaj powszechnie przyjęty.

6 a). A. Wizel: **W sprawie rozpoznania różniczkowego pomiędzy otępieniem wczesnym, a maniakalno-depresyjną psychozą.** Prelegent podaje rys historyczny tych cierpień, ich zasadnicze objawy i mówi o trudnościach rozpoznawczych oraz o najnowszych poglądach na *dementia paranoides*.

6 b) M. Bornstein: **Rozpoznanie różniczkowe psychozy maniakalno-depresyjnej i otępienia wczesnego.** Prelegent mówi o wahaniach, wątpliwościach i trudnościach różniczkowo-rozpoznawczych, wobec całego szeregu nowych badań, wobec szeregu przypadków nietypowych. Dla różniczkowania nawet dokładny rozbiór poszczególnych zasadniczych objawów nieraz nie wystarcza. B. wysnuwa więc szereg wniosków co do tych dwóch spraw chorobowych, z których wypływa konieczność przywrócenia prawa obywatelstwa dawnemu kierunkowi symptomatologicznemu. Zespół tego z badaniami anatomopatologicznymi i chemicznymi dopomoże w przyszłości do rozwiązania wielu zagadek różniczkowo-rozpoznawczych w psychiatrii dzisiejszej.

W dyskusji zabierali głos: Łapiński, Łuniewski, Lutosławski, Prof. Pilz, Higier, Sterling, Mikulski, Rosenthal, Chodźko i prelegent. Jedni z mówców uważają, iż prelegenci za mało zwrócili uwagi na wywiady i objawy somatyczne, inni nie widzą racji wyodrębniania *dementia paranoides*, jako oddzielnej postaci (Łapiński), mówią o niedoskonałości klasyfikacji psychiatrycznych, dopóki nie będą one oparte na anatomii patologicznej (Łuniewski), o potrzebie psychologicznego pogłębienia zagadnienia, jak to uczynił Bornstein, co przyczyni się bezwątpnie do możliwości różniczkowania tych dwóch stanów patologicznych (Mikulski).

7) Jekels: **Leczenie psychoz zapomocą metody psychoanalizy Freuda, tudzież kazyjstyka.** Prelegent uważa metodę Freuda za nader cenną i zaleca jej używanie, objaśniając wykład przez swoje własne przypadki kazyjstyczne.

W dyskusji zabierali głos: Wizel, Rychliński, Karpińska, Łuniewski, Chodźko i prelegent, dzieląc się na zwolenników tej metody i na jej przeciwników; przeciwnicy wykazywali, że metoda ta bywa nieraz wprost szkodliwa dla zdrowia.

8) Jaroszyński wygłosił odczyt: **Kilka uwag w sprawie psychoterapii.** Prelegent mówi o psychoterapii niższego rzędu (hypnotyzm, poddawanie) i wyższego rzędu (psychoterapia t. zw. »racjonalna«), rozbiiera krytycznie wszystkie metody

psychoterapii, omawiając różne szkoły i dając przykłady kliniczne. Psychoterapia ma przed sobą wielką przyszłość.

W dyskusji zabierali głos: Wizel, Łuniewski, Bregman, Rychliński, mówiąc o ważności należytej analizy objawów psychicznych, Jekels i Sterling, krytykując teorię hysterii Babińskiego, której zwolennikiem jest prelegent. Na zarzuty odpowiadał prelegent, wykazując słuszność teorii Babińskiego.

9) Thursz: **Zastosowanie sugestyi i hypnozy przy operacjach chirurgicznych i ginekologicznych.** Wywołane w ten sposób znieczulenie jest zupełnie dostateczne dla wykonania mniejszych zabiegów operacyjnych; można nawet przez poddawanie przyspieszyć czynność porodową.

W dyskusji zabierał głos Jaworski.

10) Jaworski: **O wpływie menstruacji na stan nerwowy i psychiczny kobiety.** Prelegent daje rys ogólny teorii, objaśniając menstruację, oraz omawia jej wpływ na czynności somatyczne i psychiczne kobiety w stanach względnego zdrowia, oraz w stanach chorobowych, popierając swe wywody szeregiem własnych poszukiwań i badań.

Posiedzenie z dnia 13. X. 1909 (środa).

11) Higier: **Klasyfikacja idyotyzmu.** H. podnosi potrzebę ścisłej definicyi idyotyzmu. Przy klasyfikacji idyotyzmu należy rozpatrywać postaci wrodzone i nabyte. Różnice w obrazie klinicznym i podłożu anatomicznym są zależne głównie od okresu życia wewnątrz- lub zewnątrzmacicznego, w czasie którego czynnik zewnętrzny podziałał na ustrój. Następnie omawia H. różne postaci idyotyzmu, ich różnice, oraz odpowiednio klasyfikuje te formy.

W dyskusji zabierał głos Wizel, uważając próbę klasyfikacji idyotyzmu, przez prelegenta podaną, za nader cenną, podnosząc jednak przeciw niej pewne zarzuty. W odpowiedzi wykazuje prelegent na przykładach, że trudność rozróżnienia z wewnątrz i z zewnątrz pochodnej choroby jest tylko pozorna.

12) Higier, Halban, Łapiński, Jekels, Chodźko, Konn przedstawiają szereg wniosków sekcji psychiatrycznej.

13) Hornowski w imieniu St. Rudzkiego i swoim wygłasza wykład: **Sclerosis tuberosa**, omawiając literaturę tego rzadkiego cierpienia, jego patogenzę, związek z padaczką i idyotyzmem, oraz przedstawiając odpowiednie rysunki i preparaty makroskopowe i drobnovidowe. (Rzecz ukaże się w »Roczniku lekarskim«).

W dyskusji zabierali głos Bornstein, Higier, Zapasiewicz, zapytując o różne szczegóły, dotyczące się danego cierpienia, oraz spotykanych przy niem zmian anatomicznych, na co odpowiadał prelegent.

14) Szuman: **Dyagnoza i prognoza jako sugestya i jej terapeutyczne znaczenie.** S. określa te pojęcia, mówi o najważniejszych czynnikach psychicznych dyagnostycznej i prognostycznej sugestyi, o wpływie jej na poznawanie, uczucie i wolę, na samowiedzę jaźni i świata zewnętrznego, na osobistość i na uwagę. Wreszcie, rozbiierając w tym względzie postępowanie lekarzy starożytnych i nowożytnych, daje prelegent wskazówki, w jaki sposób powinien lekarz dawać chorym objaśnienia co do istoty, przebiegu i wyniku ich cierpienia.

W dyskusji zabierali głos Wizel, Łuniewski, Jekels i prelegent.

15) Konn: **W sprawie włóczęgostwa, jako objawu degeneracyi.** Bezowocność usiłowań walki ze zwyrodnieniem jest wynikiem tego, iż walkę tę prowadzi się w oderwaniu od gruntu rzeczowego. Badając pochodzenie włóczęgostwa, musimy szukać jego początków w okresach barbarzyństwa. Drogą dziedziczości powstały pewne typy zwyrodniałe, niezdolne do zastosowania się do bytu osiadłego. Należy wyszukać środki i urządzenia, któreby pozwoliły odpowiednio takie objawy zwyrodnienia zwalczać.

II. Posiedzenie ogólne Zjazdu

we środę d. 13. X. 1909, popołudniu.

I. Radziwiłłowicz wygłosił wykład: **W sprawie najszej terminologii psychicznej**, mówiąc o potrzebie wydania słownika, co zostało już przez komisję częściowo wykonane. Słownik będzie inwentarzowy, — będzie ścisłym spisem tego, co jest.

W dyskusji zabierał głos Lutosławski, mówiąc o niedokładności takiej pracy kollegialnej, jaka jest zastosowywana do wydawnictwa słownika.

II. Co do miejsca i czasu następnego Zjazdu, to prezydium przedstawiło wniosek, by wybrać stały komitet zjazdowy, któryby zajął się ich oznaczeniem, oraz wydaniem książki pamiątkowej. W sprawie tej zabierali głos Lutosławski, Flatau, Bochenek, Męczkowski, poczem wniosek prezydium jednomyślnie przyjęło.

III. Sprawę wydawania osobnego czasopisma referował Flatau, wnosząc o wydawanie pisma, poświęconego neurologii, psychiatrii i psychologii, co należy poruczyć komisji, którą wybierze komitet organizacyjny Zjazdu. Wniosek przyjęło przez aklamację.

IV. Sprawozdanie ze Zjazdu: Zjazd liczył członków 277, z tego 25 z zagranicy. W sekcji psychologicznej wygłoszono referat 1, odczytów 17; w sekcji psychiatrycznej — referatów 2, odczytów 12; w sekcji neurologicznej — referatów 2, odczytów 21.

V. Zjazd przyjął przez aklamację następujące wnioski; 1) Zjazd podnosi doniosłość sprawy, omawianej obecnie w całej Europie, a mianowicie tworzenia osobnych zakładów dla epileptyków, dotąd pozbawionych zupełnie wszelkiej opieki i pomocy lekarskiej i wyraża gorące życzenie, ażeby ofiarność społeczna pomogła w tym kierunku. 2) Zjazd wypowiada życzenie, aby wychowawcy w domach poprawy byli traktowani jako chorzy i w odpowiednim kierunku pedagogiczno-lekarskim prowadzeni. 3) Zjazd wypowiada życzenie, aby roztaczana była specjalna opieka nad włóczęgami i ludźmi zwyrodniałymi i aby założono dla nich specjalne domy opieki. 4) Wobec opłakanego stanu opieki nad chorymi umysłowo w kraju naszym, Zjazd wypowiada życzenie, aby powstały zakłady, stojące na wyżynach wymagań wiedzy współczesnej. 5) Zjazd poleca podjąć usiłowania, aby powstały u nas zakłady wychowawcze dla dzieci umysłowo upośledzonych i aby przybrały charakter odpowiadający wymaganiom nauki. (Starania te przekazano wybranej komisji). 6) Zjazd uważa za konieczne urządzenie oddziałów dla umysłowo chorych przy szpitalach, tudzież oddziałów specjalnych dla chorób nerwowych. 7) Zjazd uważa za pożądane zbieranie materiału do badań nad dziećmi i dorosłymi i odwołanie się w tym celu do odpowiednich instytucji. 8) Zjazd wypowiada życzenie, aby zainaugurowano badania nad wpływem pracy ręcznej na umysłowość pracujących. (Instrukcje i kwestyonyariusze będą opracowane przez wybraną do tego komisję). 9) Zjazd uważa za pożądane założenie pracowni psychologicznej w Warszawie. 10) Zjazd uznaje potrzebę utworzenia Towarzystwa neurologiczno-psychiatrycznego.

Prócz tego następujące wnioski zostały przekazane komitetowi stałemu Zjazdów: 1) Przekazanie Tow. psychologicznemu warszawskiemu sprawy udziału psychologów polskich w Zjazdach międzynarodowych. 2) Wypracowanie na przyszły Zjazd referatu o opiece nad chorymi umysłowo u nas i zagranicą. 3) Podanie jako tematu na przyszły Zjazd: »Poglądy Freuda na nerwice, głównie na histeryę, i jego metoda psychoanalityczna«. 4) Udzielenie więcej czasu dla obrad wspólnych na przyszłych Zjazdach. 5) Położenie na przyszłym Zjeździe nacisku głównie na dyskusję.

VI. Dr Chłapowski zawiadomił o utworzeniu przytułku dla epileptyków w Poznaniu, a Prof. Piltz o powzięciu przez Sejm galicyjski uchwały, aby zaraz rozpoczęto budowę zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem kosztem 7,000,000 koron.

VII. Odczytano telegramy: 1) Od lekarzy Zakładu dla umysłowo chorych w ziemstwie chersońskim. 2) Z Moskwy od Docentów Uniwersytetu. 3) Z Petersburga od Prof. Pogodina. 4) Z Moskwy od Dra Czerneckiego. 5) Z Krakowa od p. Ponsnera (list). 6) Z Freiwaldu od Dra Orbana. 7) Ze Lwowa od Prof. Wiczekowskiego. 8) Z Krakowa od Dra Rydla. 9) Z Chyrowa od p. Kobyłeckiego. 10) Z Krakowa od krakowskiego Towarzystwa filozoficznego. 11) Z Krakowa od »Przeгляdu lekarskiego«. 12) Z Siedlece od siedleckiego Towarzystwa lekarskiego. 13) Od Towarzystwa »Przyszłość« (antyalkoholicznego). 14) Pożegnalny od Prof. Halbana, Gluzińskiego i Renckiego ze Lwowa.

VIII. Prof. Twardowski, jako wiceprezes, zamknął Zjazd, wskazując na owocność Zjazdu (57 odczytów) i dziękując wszystkim tym, którzy w czemkolwiek do powodzenia Zjazdu się przyczynili.

Przez cały czas Zjazdu było wystawionych kilkadziesiąt mózgow z różnymi sprawami patologicznymi, oraz pod kilkudziesięciu mikroskopami codziennie zmieniane serye preparatów z zakresu chorób mózgu, rdzenia i nerwów.

Wiadomości zawodowe i ogólnolekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Organizujemy się!

Kiedy przed 9 laty powstało »Towarzystwo samopomocy lekarzy«, przystąpiła do niego prawie połowa lekarzy galicyjskich. Mimo to, że już wtedy istniały Izby lekarskie i Towarzystwo lekarzy galicyjskich, uznawano ogólnie potrzebę powstania wolnej organizacji zawodowej, której zadaniem miało być uzupełnianie działalności Izby lekarskich, często kępowanych w swobodnej akcji przez przepisy ustawy, z drugiej zaś strony objęcie tych agend, których nie mogło wykonywać Towarzystwo lekarzy galicyjskich, jako towarzystwo przede wszystkim filantropijne. Jednym słowem wolna organizacja zawodowa winna obok Izby lekarskich bronić interesów moralnych i materialnych stanu lekarskiego przez normowanie (na zasadzie solidarnego postępowania wszystkich lekarzy w kraju) płac ryczałtowych w kasach chorych, sądach, Towarzystwach ubezpieczeń i t. d. Prócz tego zaczęła »Samopomoc« zbierać fundusze na wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach. Na wniosek Drów Prebendowskiego i Rossbergera i dzięki niezmiernie pracowitej pracy zmarłych filarów organizacji ś. p. Prof. Jordana i Dra Langiego wydała »Samopomoc« znaczki receptowe, które u wielkiej ilości lekarzy znalazły życzliwe przyjęcie i wraz z darami wielkodusznych osób dały dotychczas kwotę stosunkowo pokaźną, bo przeszło 20,000 koron. Założono nadto przy Towarzystwie samopomocy t. zw. »Kasę pogrzebową«, z której rodziny zmarłych członków otrzymują natychmiast po śmierci lekarza tyle razy po 2 K., ilu członków liczy w danej chwili Kasa pogrzebowa. »Oddział należytyści, przy organizacji założony, ściągają dla członków zaległe honoraria lekarskie za nieznaczną opłatą i w wielu już wypadkach oddał znakomite usługi.

Mimo tak widocznych skutków wspólnej pracy podnosiły się ciągle głosy niezadowolenia. Jedni żądali, aby organizacja zupełnie się nie zajmowała filantropią, ale spełniała jedynie zadania organizacyjno-zawodowe. Inni twierdzili, że przede wszystkim wspieranie materialne członków przez dawanie zapomóg jest celem organizacji. Krytykowano dużo, stawiano ogromne wymagania, ale żaden z krytyków nie chciał pamiętać o tem, że łatwiej jest krytykować, niż pozytywnie działać, i że jedynie i wyłącznie należenie wszystkich lekarzy do organizacji może nam dać siłę, z którąby się wszystkie czynniki liczyć musiały.

I stało się to, co się stać musiało: Ponieważ organizacji nie przybywało członków, a przeciwnie ilość ich powoli, ale ciągle, topniała, postanowiono zmienić formę organizacji. Zmieniono gruntownie statut Towarzystwa samopomocy lekarzy i utworzono »Związek krajowy lekarzy«. Zmodyfikowany stosownie do warunków naszych, składa się »Związek« obecnie z kół terytoryalnych, posiadających w sprawach miejscowych autonomię.

O jednej jeszcze bardzo ważnej zmianie musimy wspomnieć, mianowicie o deklaracji przystąpienia do organizacji. Wychodząc ze słusznego założenia, że tylko żelazna karność może dać organizacji potrzebną siłę, zaprowadzono »zobowiązanie«, które musi podpisać każdy lekarz, przystępujący do Związku. W zobowiązaniu tem poddaje się członek wszystkim przepisom statutu, przyrzeka dotrzymanie solidarności zawodowej przy ubieganiu się o wszelkie posady lekarskie, a na wypadek niedotrzymania umowy zobowiązuje się do zapłacenia kary konwencyonalnej w kwocie 2000 K. Kto ma czyste sumienie, kto nie żywi złych zamiarów, ten może zgodzić się na karę konwencyonalną nawet dziesięćkroć większą, bo wie z góry, że nigdy jej nie będzie musiał zapłacić.

Wkładka do Związku wynosi obecnie 12 K. rocznie.

Wszystkie instytucje dobroczynne, na wstępie wspomniane, a założone jeszcze przez »Samopomoc«, prowadzi Związek nadal, a jak wiele stosunkowo można nawet w tym małym zakresie zdziałać, o tem świadczą następujące cyfry: Kasa pogrzebowa wypłaciła w tym roku 1158 K. premii; oddział należytyści ściągnął 1126 K. honoraryów lekarskich; udzielono zapomóg w kwocie 1150 K.

Obecnie stara się Wydział o uzyskanie ulg ekonomicznych dla członków Związku u rozmaitych kupców, w kopalniach węgla i t. d. Działem tym kieruje kol. Dr Adolf Klęsk, który sam wkrótce ogłosi firmy, dające naszym członkom opusty. Zarazem roześle kol. Klęsk legitymacje członkom Związku.

Od kilku lat należy Związek nadto do Towarzystwa prawnej ochrony podatników w Krakowie i z porady tego Towarzystwa mogą korzystać wszyscy członkowie Związku.

Jak z powyższego zestawienia wynika, daje należenie do Związku już teraz bezpośrednio korzyści, które muszą wzrastać w miarę zwiększania się liczby członków. Niestety $\frac{6}{7}$ lekarzy w kraju dotychczas trzyma się zdaleka i często słyszy się pytanie: Co otrzymam po przystąpieniu do Związku? *A jednak widocznym jest jak na dłoni, że Związek może ogłowi lekarzy dać ogromne korzyści, dyktować warunki Towarzystwom, kasom chorych i t. d. dopiero wtedy, gdy wszyscy lekarze będą w nim zjednoczeni.* Dlatego zwracam się do wszystkich Kolegów z gorącym wezwaniem do solidarnego przystąpienia do Związku. Kto pomocy Związku nie potrzebuje i w przyszłości potrzebować nie będzie, ten niech pamięta o tem, że składa 12 K. rocznie dla ubogich kolegów, dla słabszych ekonomicznie, którym tą małą kwotą oddaje w ciężkiej walce o byt bardzo wielką przysługę. Przestańmy już raz wreszcie utyskiwać na biedę i zabierzmy się do solidarnej, a pozytywnej samopomocy, a zbudujemy gmach trwalszy od spiżu i pokażemy światu, że lekarze potrafią stać na straży swoich interesów.

Po blankiety zobowiązania należy zgłaszać się kartą pocztową do Związku krajowego lekarzy w Krakowie, ul. Radziwiłłowska 1. 4.

Dr F. Weinsberg.

Ulgi ekonomiczne dla lekarzy. Wydział krajowego Związku lekarzy na posiedzeniu dn. 15. X. utworzył nowy oddział, mający na celu staranie się o ulgi ekonomiczne dla lekarzy. Kierownictwo tego oddziału zostało poruczone podpisanemu. W pierwszym rzędzie dążyć będziemy do uzyskania opustów u kupców, fabrykantów, kopalń węgla i t. p. Początek już został zrobiony i u 10 firm krakowskich, między innymi i w składach węgla, uzyskaliśmy opusty. Spis firm, dających opusty, ogłoszony będzie na szpaltach dzienników lekarskich. W najbliższych dniach rozesłane zostaną członkom Związku legitymacje, ważne na rok, które będą od razu uprawniały do korzystania z opustów. Legitymacje te uprawniają taksamo kolegów zamiejscowych do korzystania z ulg ekonomicznych w razie przyjazdu i pobytu w Krakowie. Z czasem powiedzie się nam rozszerzyć znacznie agendy tego oddziału, ewentualnie stworzyć własne główne punkta odbiorcze na wzór innych Związków w Austrii. Opierając się na tem, co przeprowadzamy w Krakowie, mogą koledzy po większych miastach już łatwiej zyskać również podobne ulgi ekonomiczne, potrzeba do tego tylko trochę stanowczości i woli, no i oczywiście..... trzeba należeć do Związku.

Dotychczas zawarliśmy układ z firmami następującymi: 1) A. Froncz, skład galanterii (ul. Floryańska l. 17), opust 10%; 2) Janeczek-Ziembicki, skład papieru i galanterii (Rynek l. 8) 10%; 3) M. Jawornicki, handel kolonialny (Rynek 40) 6%, przy napojach wysokowych 10% (cukier bez opustu); 4) Litawski, handel kolonialny (Stary teatr) 7% (z wyjątkiem cukru, mąki i masła); 5) Wierzejski, skład galanterii (Rynek A. B. 10% (z wyjątkiem kaloszy rosyjskich); 6) Kirschner, magazyn krawiecki (Floryańska 49) 10% przy spłacie gotówką; 7) Reim i Sp., skład towarów gumowych i t. p. (Rynek A. B.) 10%; 8) Skład węgla gwarectwa jaworznickiego (P. Czerny, ul. Pawia 5) 6 halerzy opustu na cetnarze i zniżki przy odstawie (przy spłacie gotówką); 9) Skład węgla p. Pobudkiewicz (ul. Pawia 10) podobne warunki (lecz także na raty podług umowy); 10) Ditmar, skład szkła i porcelany (Rynek) 10%.

We wszelkich sprawach, tyjących się ulg ekonomicznych dla lekarzy, raczą Koledzy zwracać się do podpisanego.

Dr Adolf Klęsk,

Kraków, ul. Wolska l. 9, telef. 2016. VI.

Związek galicyjskich lekarzy okręgowych odbył zgromadzenie konstituujące w d. 25. IX. b. r. we Lwowie. Prócz lekarzy okręgowych z różnych stron kraju (dotąd przystąpiło do Związku 98) uczestniczyli w zebraniu: kraj. referent sanitarny r. dw. Merunowicz, członek Wydziału kraj. Dr Bernardzikowski, inspektor szpitali Dr Müller, prezes Izby lek. Dr Festenburg, redaktor »Głosu lekarzy« Dr Mikołajski. Do Zarządu zostali wybrani: prezesem Dr Natter, wiceprezesem Dr Gilnreiner, członkami Wydziału Dr Ferensiewicz, Zasacki i Roman Klęsk, zastępcami członków Dr Zaurowicz i Ausobsky, członkami komisji kontrolującej Dr Stanowski, Dulęba, Markl, zastępcą Dr Drozdowski. Wkładkę roczną oznaczono na 6 koron. — Dr Natter przedstawił program działalności Związku, wskazując, że praca jego ma zmierzać przedewszystkiem ku pożytkowi społeczeństwa; w tym zakresie mogliby lekarze okręgowi podjąć badania statystyczne gruźlicy. Dalej poruszył mowca konieczność powoływania lekarzy okręgowych do oględzin zmarłych w całym okręgu, przy-

znania im ingerencji przy ocenianiu nowych budynków, tworzenia szpitalików okręgowych. Co do bytu lekarzy okręgowych, podniósł mowca konieczność dodatków pięcioletnich, dyet za pierwszą interwencję u chorych zakaźnych i za oględziny zmarłych w razie podejrzenia zbrodni. W dyskusji przemawiali Dr Gwozdecki i Dr Langer. Następnie Dr Gilnreiner podał szczegółowy plan czynności Związku na polu naukowym, sanitarnym i zawodowym. W dyskusji przemawiał Dr Mikołajski. R. dw. Dr Merunowicz wyjaśniał szczegóły co do emerytury lekarzy okręgowych i co do ich praw w zakresie nadzoru nad środkami zdrowia (lekarze okr. nie mają prawa zabierać próbek do badania, a przy konfiskacie należy zachować wielką przeczność). (Głos lek. Nr 19). R.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. X. do 17. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4, krztuśca —, płonicy 30 † 1 (w tem obcych 5 † —), odry 87 † 4 (2 † —), duru brzuszego 13 (4).
Dr Legeżyński.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. X. do 17. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 3 † —), krztuśca 1 (—), płonicy 6 † 1 (4 † 1), odry 1 (—), duru brzuszego 11 † — (5 † —), tężca 1 (1), ospianki 4.
Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 19. IX. do 25. IX. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 12 † 1, odry 3, płonicy 21 † 2, róży 14 † 1, duru osutkowego 13 † 1, duru brzuszego 14 † 5, duru powrotnego 1, grypy 3, błonicy 3 † 1, czerwonki 1.
(Gaz. lek. 42).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Dr Ciechanowski, powrócił do zajęć redakcyjnych.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 20. X. posiedzenie, na którym Prof. Rosner przedstawił operowaną po cięciu cesarskim podotrzewnem i omawiał istotę i wartość tej operacji, poczem Prof. Majewski miał wykład p. t. »Cięża, a oko«. W dyskusji przemawiał Prof. Dobrowolski.

— Dziekanat Wydziału lekarskiego ogłasza konkurs na posadę demonstratora przy Zakładzie fizjografii z płacą roczną 600 koron. Termin podań do 15. XI. b. r.

— Wydział Związku krajowego lekarzy uchwalił na posiedzeniu w d. 15. X. b. r. wyrazić panu Gustawowi Szancerowi, aptekarzowi w Skolem, serdeczne podziękowanie za dotychczasowe wydatne używanie znaczków jednohalerzowych na flaszkach z wyrabianym przez niego *Syrup. sulfognajacol.*, przez co fundusz wdowi i sierocy imienia ś. p. Jordana pomnożył się o poważną kwotę 1225 koron (zużyto na wspomniany lek dotychczas 122.500 znaczków jednohalerzowych).

Podając fakt ten do wiadomości, uprasza Wydział Szanownych Kolegów o zapisywanie chorem w odpowiednich przypadkach wspomnianego leku, tembardziej, że według oceny komisji przemysłowej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — nie ustępuje on w niczem podobnym wyrobom wytwórców zagranicznych.

Z Wydziału Związku krajowego.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

— Wydział Związku krajowego lekarzy składa podziękowanie Prof. Dobrowolskiemu za ofiarowaną, przez pośrednictwo Prof. Ciechanowskiego, na fundusz wdów i sierot im. Jordana kwotę 40 koron.

Z Wydziału Związku krajowego.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

— Studyjująca zakłady zagraniczne z ramienia rządu rosyjskiego komisja lekarska zwiedzała niedawno Sanatorium Dra Dłuskiego w Zakopanem, oraz zakłady krakowskie, m. i. klinikę chirurgiczną i budującą się lecznicę związkową. Do komisji należą Dr Łapin, szef sanitarny ministerstwa komunikacji, Dr Waszczenko, naczelny lekarz kolei północno-zachodnich i Dr Krzyczkowski, lekarz kolejowy z Warszawy.

— Dr Aleksander Januszkowski ofiarował złożoną do jego rozporządzenia przez pacjentów Sanatorium Dra Dłuskiego kwotę 1854 kor. na fundusz budowy Domu Zdrowia »Pomoc

Bratnia» (sanatorium dla uczącej się młodzieży) w Zakopanem. Oby ten przykład znalazł jaknajliczniejszych naśladowców!

— Dr Józef Brudziński, dyrektor szpitala dla dzieci Anny-Maryi w Łodzi, promował się na doktora wszech nauk lekarskich na Wszechnicy Jagiellońskiej.

— Kalendarz lekarski krakowski, redagowany na zlecenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przez Prof. Dra Glińskiego, wyjdzie z druku w połowie listopada. Redakcja (Kraków, Collegium medicum) uprasza wszystkich kolegów o nadsyłanie sprostowań i uzupełnień co do ich adresów i t. p. Koledzy, którzy dotychczas w spisie lekarzy nie byli wymienieni, zechcą również zgłosić się do Redakcji.

Lwów. Otwarcie kliniki pediatrycznej odbyło się w d. 16. X. 1909. Na otwarcie przybył Marszałek kraju hr. Badieni, delegat Namiestnictwa r. Czeżowski, biskup ks. Bandurski, Senat i Wydział lekarski lwowski, przedstawiciele Wszechnicy Jagiell. rektor Prof. Łazarski i profesorowie Lewkowicz i Pareński, członek Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski, krajowy referent sanitarny r. dw. Merunowicz, przedstawiciele wszystkich instytucji i Towarzystw lekarskich lwowskich, dyrektor szpitala dla dzieci im. Anny-Maryi z Łodzi Dr J. Brudziński i liczne grono lekarzy i słuchaczy medycyny. Przy otwarciu przemawiali prezes komitetu szpitala św. Zofii Dr Festenburg, rektor Uniw. lw. Prof. Głabiński, dyrektor nowootwartej kliniki Prof. Raczynski, Prof. Lewkowicz z Krakowa, Dr Brudziński z Łodzi i przedstawiciel młodzieży p. Kozuchowski.

— Nowo otwarty gmach kliniki pediatrycznej lwowskiej znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala dla dzieci im. św. Zofii. Ambulatorium jest prawie zupełnie oddzielone od reszty kliniki, posiada m. i. dwa gabinety do badania chorych zakaźnych; prócz niego mieszczą się na parterze kancelarye, biblioteka, pokój profesora i asystenta i sala wykładowa. Na pierwszym piętrze znajduje się właściwa klinika stała, obliczona na 22 dzieci, a składająca się prócz sali głównej z dwóch salek dla osesków, sali izolacyjnej i obserwacyjnej, dalej sala operacyjna, pracownia chemiczna i bakteryologiczna, kuchnia podręczna i łazienki, w końcu mieszkanie dozorczyń i wielka oszklona weranda. W suterrenach pomieszczono kilka jeszcze pracowni, służbę i pokój dla mamek. Urządzenie wewnętrzne odpowiada nowoczesnym wymogom.

— W szpitalu lwowskim wakuje posada prymaryusza oddziału kiłowo-skórnego. Na posadę tę rozpisano konkurs.

— Komisja sanitarna miejska odbyła w ostatnich czasach obrady nad epidemią duru brzuszego, grasującego w powiecie lwowskim i zagrażającego miastu. Na temże posiedzeniu komisja oświadczyła się (wbrew opinii magistratu) za udzieleniem koncesyi na fabrykę różnych leków.

— Dyrekcja Towarzystwa Wzajemnej Pomocy lekarzy gal. we Lwowie prosi nas o podanie do wiadomości, że na ostatnim posiedzeniu Rady nadzorczej otrzymał Dr Adolf Wątarek na własne żądanie na razie urlop aż do najbliższego Walnego Zgromadzenia, wobec czego obowiązki naczelnego dyrektora obejmuje Dr Władysław Kruszyński, a tego ostatniego Dr Fruchtman.

Warszawa. Niejakiego rozgłosu nabrał w szerszych kołach wykład Dra fil. Ochorowicza, zgłoszony na Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich p. t. »O promieniach sztywnych«, mających powstawać w ciele ludzkim przy t. zw. zjawiskach medyumistycznych. Na Zjeździe wniósł po wykładzie Dra Ochorowicza Prof. Dr Twardowski wybór komisji, wobec którejby Dr Ochorowicz swe doświadczenia wykonał. Nie zgodziwszy się na to, Dr Ochorowicz sam najlepiej scharakteryzował wartość swych »odkryć«. Prof. Dr Cybulski oświetlił całą tę sprawę w artykule, ogłoszonym w »Gazecie lek.«, który kończy słowami: »Mam nadzieję, że zachowanie się p. Ochorowicza na obecnym Zjeździe wyleczy na zawsze, jeżeli nie szerszy ogół, to przynajmniej wszystkich polskich uczonych z mniemania, że p. Ochorowicz jeszcze jest w stanie cokolwiek dla nauki zrobić«.

— Komitet I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich przypomina, że termin przesyłania prac do »Pamiętnika Zjazdu« upływa 1. listopada b. r.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało nagrodę im. Helbicha Drowi Feliksowi Malinowskiemu za dzieło p. t. »Choroby weneryczne, Tom I. Przymiot«.

— 17. X. b. r. odbyło się poświęcenie kamienia węgielnego schroniska dla nerwowo chorych w Karolinie pod Brwinowem, obliczonego na 50 miejsc. Na budowę zgromadziło To-

warzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi dotąd 50.000 rbs.

— W Warszawie ma powstać przytułek dla dotkniętych padaczką i tępotą umysłową.

— Nowy zakład ortopedyczny, wzorowo urządzone, powstał pod kierunkiem Dra Wacława Łapińskiego.

Z różnych stron. Narodowa Akademia lekarska w Meksyku ogłasza nagrodę w kwocie 20.000 koron dla odkrywcy zararka duru osutkowego, a 10.000 dla tego, kto odkrywcy z największą przyjdzie pomocą. Termin tego międzynarodowego konkursu oznaczono na 28. lutego 1911; prace muszą być napisane w języku hiszpańskim.

Mianowani: Dr Fryderyk Strasser sekundaryuszem szpitala powszechnego w Rzeszowie, w miejsce dobrowolnie ustępującego Dra Elsnera; Dr Klemens Łazarowicz zarządzającym Stacją Pogotowia ratunkowego w Warszawie.

Zmarli: Dr Artur Godlewski, autor szeregu dzieł i rozpraw lekarskich, wydanych po francusku, z których na pierwszym miejscu postawić należy monografię »Les neurasthénies«, w 65 r. ż. w Bugue we Francji. (Bull. polonais Nr 255).

Prof. Cesar Lombroso, głośny psychiatra i antropolog, w 73 r. ż. w Turynie.

Redakcja otrzymała. Oswaldo Gonz. Cruz, Director geral de saude publica, Rio do Janeiro: Relatorio apresentado ao Exm. Sr. Dr A. Tavares de Lyra, ministro da negocias interiores. 1909. 2 tomy. — Giedroyc: Z dziejów higieny w dawnej Polsce: Wodociągi i kanały miejskie. Warszawa 1910. — Herman M. W.: 1) O leczeniu raka. 2) O znieczulaniu w chirurgii. 3) Przypadek włókniaka na szyi. 4) Podwójny krwiak zewnątrzoponowy po urazie. Odbitki z »Tyg. lek.«. 5) Kilka uwag o postępowaniu wobec przepuklin uwięzionych. Odbitka z »Now. lek.«. — Schramm i Doliński: Beitrag zur Kenntniss von Lymphangiomen. Odb. z »Wiener med. Wochs.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 27. października 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Eisenberg: Nowa metoda tuszowa wykrywania krętowłoska bladego. 2) Doc. Latkowski: »O raku narządów wewnętrznych ze stanowiska klinicznego«, jako jeden z zorganizowanej w Towarzystwie seryi wykładów o raku.



Najlepsze skutki w niezżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacja dla Galicji i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS

GORZKA WODA NATURALNA

NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY

ZWRACAĆ UWAGĘ
NA FIRMĘ

ANDREAS SAXLEHNER

NA KAŻDEJ
ETYKIECIE

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE

do kąpeli. 222

SOL BOROWINOWA
suchy wyciąg
w paczkach à 1 kg.

LOG BOROWINOWY
płynny wyciąg
w paczkach à 2 kg.

Tannismut

Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.

Gastrosan

Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych objawach fermentacji i gnicia w przewodzie pokarmowym z ich następstwami, przy dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania i przy niezżytach błony śluzowej żołądka i jelit.

Unguentum Heyden

Do dyskretnych wcierek ręki; nadaje się szczególnie dla kobiet, dzieci i do peryodycznego leczenia się. Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 G. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austrii 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8-50 z przesyłką pocztową Rbs. 9. 184

Do nabycia w Administracji „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICZNI CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Głimnastyka lecznicza. — Wyrob gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącym powietrzem. — Mięślenie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

LIDO-WENECYA ZIMOWY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Dyrektor i kierownik Dr KAZIMIERZ GROMAN.

Świeżo zreorganizowany, otwarty od 1 października do 15 maja.

Wszelkie najnowsze urządzenia lecznicze.

Wodolecznictwo: Kąpiele ciepłe z wody morskiej, gazowe z CO₂, hydroelektryczne dwu- i czterokomorowe (Schnée) parowe, w świetle elektrycznym (Wulff-Dowsing), aparaty do leczenia gorącym powietrzem. Radioskopia i Radioterapia (Röntgen-Finsen). Sala gimnastyczna Zandera (60 aparatów). Aparaty Fränkla. Kompletna elektroterapia (Galv., Franklin., Faradyz., d'Arsonval, elektromagnetyzacja). Mięśnienie (ręczne, wybracyjne, elektryczne). Kuchnia francuska. Kuracye dyetyczne wszelkiego typu. 325

Pomiędzy wszystkimi niezliczonymi, w handlu znajdującymi się środkami oczyszczającymi żaden chyba nie został tak łatwo i szybko wprowadzony, jak



KALIFORNIJSKI
SYRUP FIGOWY
„CALIFIG“

nazwa prawnie strzeżona
który przez swą nieszkodliwość, pewne i łagodne działanie może być panom lekarzom jako ulubiony także w praktyce kobiecej i dziecięcej

przyjemny środek oczyszczający
polecany. Sposób użycia przy każdej fiaszce. 235 a

Otrzymać można we wszystkich aptekach.
Kor. 3. — za 1/1 fl., Kor. 2. — za 1/2 fl.

California Fig Syrup Co.,
London, E. C. 86 Clerkenwell Road.

— Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie. —

Acidol-Pepsin

Stopień I: silnie kwaśny. — Stopień II: słabo kwaśny.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

Stale, zupełnie trwałe, doskonale działające przetwory kwasu solnego i pepsyny.

Kartony po 50 pastylek à 0,5 gr.

Szczegółowe piśmiennictwo przesyła na żądanie:

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłym odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwałtowno-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruczoły płuc, nieżyłce płuc, zapaleniu oskrzeli, krztusiu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgior.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25

**SYRUP HYPOPHOSPHIT
comp. Dr. EGGER**

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0-05, wapnia 0-10, potasu 0-06, sodu 0-06, chininy 0-005 i strychniny 0-00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zółtach jest nieocenionem tonicum dla ozdrowieńców; bywa też podawany w pierwszorzędnym klinikach, jak w klinice Rady dworu prof. Kraft-Ebinga, prof. Felsersreicha, prof. Fingera, prof. Mračka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicji wschodniej w aptecce Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicji zachodniej w aptecce Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“
Budapeszt, VI, Weitzner Boulevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE**EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa**

polecą wyroby własne:

208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flasce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2-3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specjalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, potem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1-40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum“. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specjalny cum acid. cynamilico, a to: 0-35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszkii Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisu używać zawsze formuлки: oryginal Matulia. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

