

GAZETA LEKARSKA

I. Zwapnienie opłucnej. Otok ropny opłucnej.

Podał

A. Gabszewicz.

Przypadek, o którym chcę kilka słów powiedzieć, należy do niezwykle rzadko spostrzeganych w cierpieniach opłucnej pod względem klinicznym; ja przynajmniej, pomimo wielokrotnie dokonywanych zabiegów operacyjnych z racyi cierpienia opłucnej, po raz pierwszy spotkałem się podczas operacji otoku opłucnej z powyższą niespodzianką.

Na początku września 1905 roku przybył do szpitala Ś-go Rocha mężczyzna 50-letni, z zawodu młynarz, z powodu ropnia na lewym boku. Wywiady nie wiele rzucają światła na początek choroby; kaszle od 2-ch lat, czuł się jednak dobrze i dopiero przed 5-u tygodniami poczuł się gorzej na tyle, że zaprzestał pracować; zaczął doznawać bólów w lewym boku, a na 2 tygodnie przed przybyciem do szpitala zauważył powstawanie bolesnego guza na lewym boku. Wygląd chorego bardzo mizerny: wypięki na twarzy; ciepota wieczorem 38,5°, tętno słabe, przyspieszone, koło 100 uderzeń; stolce rozwolnione, 3 — 4 razy dziennie; chory czuje się bardzo osłabiony; o własnych siłach z trudnością może przejść kilka kroków. Na linii pachowej przedniej z lewej strony na wysokości 9-go żebra znajduje się ropień wielkości kurzego jaja; skóra na nim mocno sina; okolica samego ropnia bardzo bolesna; poza granicą ropnia ucisk nie wywołuje bólu. Z przodu w szczycie lewego płuca lekkie stłumienie, a oddech nieokreślony; z tyłu zaś z lewej strony od połowy łopatki ku dołowi wyraźne stłumienie, a oddech ma charakter oskrzelowy; w prawym płucu objawy rozedmy; granice tępości serca prawidłowe; tętno jednak miękkie; w moczu nie nieprawidłowego nie znaleziono.

Jedno z dwojga, albo mieliśmy do czynienia z ropniem gruźliczym, zależnym od cierpienia żebra, lub też z ropniem zewnętrznym, powstałym jako następstwo otoku opłucnej lewej. Pierwsze przypuszczenie musiało prędko upaść, gdyż po przekłuciu trójgranicem ropnia i wypuszczeniu ropy, następcze przepłukiwanie jamy ropnia znaczną ilością rozczynu soli przekonało, że płyn wlewany nie wypełniał jamy ropnia zewnętrznego, a przedostawał się do jamy

opłucnej, z której powoli tylko wypływał przez trójgraniec z domieszką znacznej ilości ropy. W obec tego na drugi dzień, 6-go września, przy uśpieniu chloroformowem długim cięciem otworzyłem ropień i wyrezkowałem IX-e żebro na znacznej długości; otwór, prowadzący do jamy opłucnej, odszukałem z wielką trudnością po wycięciu dopiero mocno zgrubiałej powięzi wewnątrzpiersiowej; po rozszerzeniu przetoki wylało się około 2-ch szklanek ropy z jamy opłucnej; wprowadziwszy palec przez rozszerzoną przetokę do opłucnej, natrafiłem zaraz przy samem wejściu do wolnej jamy na ostre, twarde występy, czyniące wrażenie nierównych odłamów kostnych. Wyciąwszy na większej przestrzeni nożycami kostnymi opłucną żebrową, przekonałem się, że cała jama opłucnej i od strony płuca i od żeber i na przeponie pokryta jest jakby kostnym pancerzem. Oddzielanie od strony żebrowej natrafiło na tak wielkie trudności, że postanowiłem, pomimo marnego stanu chorego, zastosować metodę SCHEDE'go, i w tym celu usunąłem VIII, VII, VI i V żebro; po usunięciu żeber, z łatwością mogłem już wyciąć kostnymi nożycami całą opłucną żebrową, przedstawiającą się od strony wewnętrznej pod postacią jednej dużej blaszki kostnej z nierówną, miejscami jakby wyjedzoną powierzchnią; oddzielanie od płuca i od osierdzia tych blaszek udawało się tylko kawałkami przy pomocy elewatora; często usunięte blaszki robiły wrażenie martwaków kostnych; w niektórych miejscach na płucu po oddzieleniu powstawało krwawienie; w wierzchołku lewego płuca, po oddzieleniu blaszki, otworzyła się jama rozpadowa, którą natychmiast wytamponowałem; oddzielanie blaszek na przeponie w pobliżu kolumny kręgowej przedstawiało tak wielkie trudności, że z obawy zranienia dużych naczyń, lub przełyku, celem łatwiejszego dostępu usunąłem jeszcze X-e żebro. Grubość tych blaszek wynosiła od $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ cent. Na ranę nałożyłem szew częściowy, wypełniając zmniejszoną jamę opłucnej gazą wyjąłową. Chory względnie dobrze jeszcze zniósł tak ciężki zabieg; opatrunki zmieniałem co drugi dzień, ropienie było niezbyt obfite; ciepłota jednak stale podwyższona do 38° i nieco wyżej; stan jednak ogólny nie poprawiał się; rozwolnienie w dalszym ciągu. Kaszel dokuczliwy; po upływie 3 ch tygodni zejście śmiertelne.

Na sekyi: prawe płuco w stanie rozedmy; w wierzchołku stwardnienie bez ognisk rozpadowych; lewe płuco zapadnięte, prawie nie zawiera powietrza; w wierzchołku stwardnienie i małe ogniska rozpadowe. Mięsień serca zwiózł; w nerkach i jelitach zmian nie znaleziono.

Przy bliższem zbadaniu okazuje się, że twardość usuniętych blaszek nie wszędzie jest jednakowa; skrawki mikroskopowe, dokonane łaskawie przez prof. PRZEWOSKIEGO z części miększych, przedstawiają obraz zbitej bliznowatej tkanki łącznej z małą liczbą komórek, i wielką ilością włóknistej substancji międzykomórkowej; naczyń krwi bardzo mało; tkanka łączna miejscami jest nacieczona to większą, to mniejszą ilością oddzielnych lub zgrupowanych ziarenek soli wapiennych. Twardsze miejsca różnią się od poprzednich tem, że zawierają ogromną liczbę zlewających się ziarenek soli wapiennych pod postacią błyszczącej, jednolitej, drobnoziarnistej masy; po wyciągnięciu kwasami soli wapiennych, pod mikroskopem otrzymuje się znowu obraz włóknistej bliz-

nowatej tkanki łącznej. Nigdzie zaś nie widać ciałek kostnych z wyrostkami.

Prof. PRZEWOŚKI wspomina, że od czasu do czasu spotyka się zupełnie przypadkowo ze zwapnieniem opłucnej; w każdym razie klinicznie tego rodzaju zmiany w opłucnej muszą się zdarzać rzadko, kiedy o nich nie wspomina się nawet w najnowszych podręcznikach, jak np. dra SOKOŁOWSKIEGO; w literaturze znalazłem jeden tylko przypadek, opisany przez WETZEL'a w 1887 roku (*Munch. med. Woch. 1887. N. 4. Centralbl. für Chir. 1887*). Przypadek dotyczył 60-letniego mężczyzny, u którego od 4-ch lat istniała przetoka, prowadząca do lewej opłucnej; przetoka znajdowała się w VII-em międzyżebżu, nieco na zewnątrz od linii brodawkowej; wprowadzony zgłębnik napotykał twarde nierówności, które autor przyjął za kość próchniejącą; po wypłowaniu VI-go, VII-go i VIII-go żebra udało mu się usunąć dużo blaszek zwapniałych, pokrywających płuco, osierdzie i sięgających do kolumny kręgowej; grubość blaszek wynosiła do $\frac{1}{2}$ cent.

W przypadku przeze mnie spostrzeganym nie robiłem próbnego przekłucia, więc i nie doświadczyłem tej niespodzianki, jaką możnaby mieć było wobec niemożliwości wprowadzenia igły do jamy opłucnej; przy powikłaniach jednak, jakie mogą towarzyszyć próbnemu przekłuciu, należy mieć i tę okoliczność na względzie, chociaż cierpienie to pod postacią zwapnienia opłucnej należy do tak niesłychanie rzadkich zjawisk.

II. O istocie neurastenii.

Skreślił

dr Teodor Dunin.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 5].

To ostatnie stanowi przejście do innej cechy psychicznej neurasteników. Każdemu, o tyle o ile silniejszemu wrażeniu towarzyszy zawsze miłe lub przykre uczucie [przydźwięk czuciowy, *Gefühlston* według ZIEHEN'a, który może być zatem dodatnim i ujemnym]. Neurastenik przykre uczucie, doznane przy pewnym wrażeniu, przenosi na osoby, rzeczy, miejsca lub okoliczności towarzyszące, które więc w pamięci chorego połączone będą odtąd stale z ujemnym przydźwiękiem czuciowym. Tym sposobem widok pewnej osoby, miejscowości, rzeczy i t. p. skutkiem ujemnego przydźwięku czuciowego, z jakim je neurastenik powiązał, wywołuje nieprzyjemne wrażenie. Jeżeli pierwotne wrażenie

było przyczyną przestachu, to i późniejsze wspomnienie także może wywołać taki sam napad trwogi. Być może, iż pierwotne wrażenie zupełnie zatrze się w pamięci, pozostaje tylko w umyśle przydźwięk ujemny, związany z pewnemi okolicznościami [miejsce, osoby, stan pogody i t. d.]. Wtedy chory, znalazłszy się wśród warunków podobnych do tych, w jakich poraz pierwszy doznał strachu, doznaje go i obecnie, a często nie wie wcale z jakiego powodu. Typowy przykład tego widuję w astmie nerwowej. Jeżeli chory dostanie w jakiejś miejscowości przypadkowo napadu astmy, to następnie ile razy znajdzie się tam, tyle razy dostaje nowego napadu. Wspomnienie danej miejscowości tak się złączyło z nieprzyjemnem uczuciem, że chory, zbliżając się tam, już odczuwa niepokój, trwogę, czego następstwem w rezultacie bywa napad astmy. Chory nie analizuje wcale dlaczego pierwszy raz w tej miejscowości dostał astmy, czy nie było innych istotnych przyczyn, dla niego dana miejscowość połączyła się we wspomnienia z napadem astmy i wywołuje go. Zdaniem mojem, niestrawność nerwowa w znacznej części na tem skojarzeniu pojęć polega. Cho-remu kiedyś jakaś potrawa zaszkodziła; od razu ten ujemny przydźwięk uczuciowy przenosi się na tę potrawę z początku, a później na inne do niej podobne [np. jarzyny, owoce i t. p.] i za każdym razem ich spożycie wywołuje pewne imaginacyjne wrażenia, którym zawsze przy tem może towarzyszyć strach i niepokój. Jak już mówiłem, czasami szczegóły całego wrażenia mogą wyjść zupełnie z pamięci; chory, znalazłszy się w danych okolicznościach, doznaje strachu, trwogi, ale przyczyny tego bliżej określić nie umie. Znam np. jedną damę, która w teatrze musi siedzieć tuż u wyjścia, inaczej opanowuje ją strach, potrzeba oddania moczu i niepokój, że nie będzie mogła tej potrzeby załatwić. Prawdopodobnie kiedyś fakt podobny się zdarzył, ale już dziś zapomniała o tem i tylko powstaje nieopisana trwoga i potrzeba oddania moczu. Tak samo daje się zapewne objaśnić wiele innych obaw, np. obawa chodzenia samej po ulicy, tak częsta szczególnie u kobiet, obawa przejścia przez plac, ogród i t. p.

Jest rzeczą niewątpliwą, że u każdego człowieka przykre doznane wrażenie przenosi się na okoliczności mu towarzyszące. Widzimy np., jak niektóre osoby, szczególnie kobiety, nie mogą widzieć lekarza, który był obecny przy śmierci męża lub dziecka, lub odwiedzać mieszkania, gdzie śmierć zaszła. Ale co u zdrowego jest wyjątkiem, zdarzającym się tylko przy bardzo silnych wrażeniach, to u neurastenika jest prawidłem. Chory taki, przyzwyczajony do nadmiernego obserwowania się i żyjący w ciągłej obawie o swe zdrowie, analizuje każde najmniejsze zdarzenie, każde istotne lub urojone niebezpieczeństwo, przez co tak sam fakt, jak i pojedyncze jego części [przydźwięk ujemny] głęboko utrwalają się w pamięci i przy każdej odpowiedniej okoliczności się odnawiają.

Na tem tle obaw, mających jakąś realną podstawę, a przy ciągłej obawie o swoją osobę, rozwija się u neurasteników cały szereg zupełnie urojonych, często dziwnych i śmiesznych obaw, np. obawa burzy, cholery, zwierząt i t. p. Obfitym też źródłem obaw bywają niewłaściwe rozpoznania, czy-nione przez lekarzy, oraz czytanie książek lekarskich.

Ciągłe zajęcie się swoją osobą jest też powodem niemożności z jednej strony koncentrowania uwagi na czemś, co się nie odnosi do osoby chorego, a z drugiej—obojętność na wszystko, co leży poza obrębem jego osoby. Tem tłumaczą sobie cały szereg objawów, na które skarży się tak wielu neurasteników. A więc najpierw brak woli, objaw tak charakterystyczny dla neurasteników. Silna wola wymaga przede wszystkim silnych wrażeń, któreby wpływały decydująco na postępowanie chorego i oznaczyły kierunek jego działania. Neurastenik, stale pochłonięty myślą o swojej osobie, na wrażenia w ogóle mało jest wrażliwy, skutkiem czego nie otrzymują one w jego umyśle dostatecznej przewagi, aby wcielić się w czyn. Stąd pochodzi chwiejność, trudność decyzji i ostatecznie brak woli. Tylko nadzwyczaj silne wrażenia zdolne są wpłynąć na chorego; wrażenia zwyczajne, codzienne, które wpływają na codzienne nasze postęпки, nie odnoszą skutku; ale i silne wrażenia poruszają takich chorych tylko chwilowo, albowiem ciągle zajęcie się sobą, ów pasożytniczy akt mózgowy, usuwa prędko z pola świadomości każde inne wrażenie i wyobrażenie. Z drugiej strony zewnętrzne wyobrażenie woli, t. j. czyn, wszystko jedno czy ma się on objawić w postaci czynu t. z. fizycznego, czy umysłowego [uwaga, namysł], połączony jest zawsze ze zmęczeniem i wynikającym stąd nieprzyjemnem uczuciem; tylko cel decyduje nas do przewycięzania owego nieprzyjemnego uczucia, czyli do zadawania sobie przymusu. Jeżeli np. wspina się na wysoką górę, to skłania nas do przewycięzania zmęczenia jedynie nadzieja pięknych widoków i płynącego stąd podniosłego wrażenia. Dla neurasteników wszelkie cele są obojętne, bo dla nich jedynym celem jest ich własne „ja“. To też z każdego czynu zatrzymują oni tylko najgorszą jego część, t. j. zmęczenie. Stąd to pochodzi, że neurastenik nienawidzi wszelkiego ruchu, unika wszelkiej umysłowej pracy i spędza życie całe o ile tylko może beczynnie lub co najwyżej na zajęciu, nie wymagającym żadnego większego wysiłku. Z drugiej zaś strony ciągle uczucie zmęczenia przy każdym wysiłku rodzi w chorym znowu poczucie osłabienia, które niejednokrotnie tak charakterystycznie kontrastuje z wybornem odżywieniem i dobrze rozwiniętymi mięśniami. Nie jest to też bynajmniej osłabienie rzeczywiste, lecz jedynie psychiczne poczucie słabości. Lecz i wrażenia zmysłowe, szczególnie silniejsze, połączone bywają z uczuciem znużenia, więc też neurastenicy skarżą się stale na to, że ich razi blask, że nie mogą słuchać muzyki, nie znoszą każdego głośniejszego stuknięcia, głosu i t. p. W najwyższych stopniach tego stanu chorzy usuwają się od ludzi, zamykają się w ciemnym pokoju, jak to np. dzieje się w owym stanie, który MOEBIUS, ERB i inni opisali pod nazwą *akinesis algera*.

Z biegiem czasu, wskutek ciągłego uczucia zmęczenia i osłabienia, chory staje się smutnym, traci wiarę w siebie, a wreszcie ulega zniechęceniu, którego źródłem nie jest jakiś światopogląd usposabiający do pesymizmu, lecz poczucie swej niższości w porównaniu do innych ludzi, pędzących życie czynne i używających uciech światowych. Neurastenik nie widzi istotnej przyczyny tej różnicy, a mianowicie, że tamci mają otwarty umysł i serce na wszystko co się w koło nich dzieje, kiedy on zamknięty jest w ciasnym kole swego fizycznego „ja“; jemu się zdaje, że przyczyną tego jest choroba, choroba ciężka

i nieuleczalna. Wielu z nich szuka podniety w alkoholu, grze w karty lub też co gorzej (?) kończy samobójstwem.

Również czysto psychiczną jest przyczyna t. zw. ataków neurastenicznych [np. strachu, drżenia i t. p.] oraz wielu czynów i rysów charakteru [wybuchy gniewu, czyny gwałtowne]. Każdy czyn nasz jest zawsze w pierwotnej swojej formie odruchem. Dopiero z biegiem czasu pomiędzy początkową [wrażenie], a końcową fazę [czyn] tego aktu, wsuwa się masa wyobrażeń, sądów, które sprawiają, że po wrażeniu czyn albo wcale nie ustępuje, albo traci swoją pierwotną formę. Ale to wymaga wprawy; trzeba sobie zadawać przymus, aby powstrzymać ruch, będący następstwem doznanego wrażenia. Neurastenik powoli zatracą zdolność wsuwania w ów luk sądów i wyobrażeń, które modyfikują jego działania; czyn wraca u niego do najpierwotniejszej formy, t. j. staje się odruchem i zatracą zupełnie charakter ruchu dowolnego. Z drugiej strony samo uczucie strachu wywołuje cały szereg objawów naczynioruchowych i nerwowych, jak np. bicie serca, duszność, poty, uczucie uderzenia do głowy, uczucie gorąca i klucia szpilkami po całym ciele, porażenia chwilowe nóg i mowy i t. p. Te objawy jeszcze bardziej potęgują uczucie strachu, tak, że ostatecznie chory może zupełnie stracić panowanie nad sobą.

Jak widzieliśmy, wszystkie objawy neurastenii dają się objaśnić i wyprowadzić z jednego zasadniczego rysu, a mianowicie ciągłego zajęcia się swoją własną osobą. Tu też szukać należy jeszcze jednego rysu ich charakteru, t. j. egoizmu. Jego własna osoba staje się osią, około której obraca się całe ich życie, wszystkie ich myśli. We wcześniejszych okresach chory sam to spostrzega i niekiedy na to się skarży; w dalej posuniętych nie uważa tego i nie widzi, że z jednej strony obojętny jest na wszystko, co człowieka cywilizowanego obchodzić winno, — z drugiej, że staje się tyranem dla całego swojego otoczenia ¹⁾.

Nie wynika bynajmniej z powyższego, aby każdy chory dotknięty neurastenią koncentrował swoją uwagę wyłącznie na własną osobę; w wyższych stopniach, które nazywamy hipochondryą jest to tak widoczne, że nie może ująć niczyjej kwagi. W stopniach słabszych owo zajęcie się sobą jest mniej widoczne. Chory zajmujący się swoimi obowiązkami, zapomina chwilowo o swojej chorobie, ale przy najmniejszej sposobności powraca do swojej idei, aż z biegiem czasu ona go zupełnie lub prawie zupełnie pochłonie.

W tych razach można powiedzieć, że człowiek żyje życiem podwójnym i tylko lekarz może, w pośród normalnych czynów i uczuć, odkryć kielkujący lub słabo wyrażony hipochondryczny bieg myśli. Dlatego też zdarzać się może i zdarza, że człowiek cierpiący na neurastenię zajmuje się rzeczami społecznymi, nauką i sztuką oraz okazuje altruistyczne skłonności. Ale zawsze choroba robi swoje i neurasteniczny bieg myśli, ów skryty pasożyt, stopniowo czyni człowieka coraz mniej wrażliwym na wszystko, co jego osoby nie dotyczy. Zdarza się też, że choroba rozwija się niejako peryodycznie, a przynajmniej,

¹⁾ Oczywiście nie twierdzą, że neurastenia jest jedyną przyczyną egoizmu.

że objawy hipochondryczne od czasu do czasu znacznie słabną, tak, że chory jest niemal zupełnie zdrow.

Jak więc mówiłem, cechą charakterystyczną neurastenii, nawet w najsłabszych jej stopniach, jest skreślony powyżej pogląd do nadmiernej samoobserwacji. Z tego powodu niema, zdaniem mojem, żadnej granicy i żadnej zasadniczej różnicy między neurastenią a hipochondryą, zdanie, na które zresztą zgadzają się też nowocześni autorowie [WELLENBERG].

W powyższem starałem się wykazać źródło objawów neurastenicznych i uzasadnić czysto psychiczne ich pochodzenie, wskutek czego i samą neurastenię uważać winniśmy, jako *sui generis* stan psychiczny, psychozę. Takie określenie nie daje nam wprawdzie jeszcze odpowiedzi na pytanie, na czym polega istota neurastenii, ale pod względem praktycznym jest niezmiernie cennym nabytkiem, wskazuje nam bowiem wyraźnie, jaką drogą postępować winniśmy przy leczeniu tej choroby. Wynika mianowicie z całego toku mojego rozumowania, że jedynie racjonalnem, do celu wiodącym leczeniem neurastenii może być leczenie psychiczne. Ponieważ nie leżało w zakresie niniejszego artykułu wskazywać, w jaki sposób to leczenie winno być prowadzone, przeto interesujących się tą rzeczą muszę odesłać do wymienionej już mojej broszury, w której wyłożyłem moje poglądy na leczenie neurastenii. Również cenne wskazówki znaleźć można w cytowanej powyżej pracy Dubois p. t. *Les psychonevroses et leurs traitement*. Muszę też zauważyć, że aczkolwiek z mojego poglądu na neurastenię wynika konieczność leczenia psychicznego, to jednak to ostatnie nie powstało w moim umyśle, jako konsekwencya teoretycznego rozważania istoty choroby. Stanowczo stwierdzić muszę, że oba te poglądy rozwijały się w moim umyśle niezależnie od siebie i raczej pomyślnie wyniki leczenia psychicznego skłoniły mię do zastanawiania się nad istotą neurastenii, aniżeli odwrotnie.

Jak powiedziałem, powyższa geneza objawów neurastenicznych nie jest jeszcze objaśnieniem istoty neurastenii, zawsze bowiem może się nasunąć pytanie, co skłania chorego do takiego przesadnego analizowania swojego fizycznego „ja“, że w ciężkich przypadkach skłonność ta przybiera wszelkie cechy jakiejś idei stałej, natrętniej (*idée fixe*).

Natrafiamy tu na nieprzewyciężone trudności, tak, że zadowolić się musimy w znacznej części jedynie objaśnieniami i to często tylko natury ujemnej.

A więc najpierw odrzucić musimy przypuszczenie jakichś grubszych materialnych zmian, jeżeli bowiem choroba ustępuje pod wpływem leczenia psychicznego, tedy o żadnych ważniejszych zmianach materialnych mowy być nie może. Nie wiele nas również uczą takie wyrażenia, jak „niestała równowaga cząsteczkowa” w komórkach mózgowych. Nie mówiąc o tem, że nie wiemy co znaczy podobne określenie, musimy znowu wziąć pod uwagę, że ponieważ neurastenia powstaje na drodze psychicznej i leczy się czynnikami psychicznymi, więc i zmiany, jakie w jej przebiegu zachodzą w komórkach nerwowych, nie mogą się różnić zasadniczo od tych, jakie towarzyszą każdemu aktowi psychicznemu. To znowu nie daje nam żadnego objaśnienia, dlaczego mianowicie

u chorych rozwija się podobny bieg nienormalny i dziś. BIERNACKI, jako przyczynę neurastenii i histeryi uważa zboczenia w sprawie utleniania. O ile wiem, fakt ten nie znalazł potwierdzenia w późniejszych badaniach; a gdyby nawet został potwierdzony, to możnaby zboczenia w utlenianiu, a więc powstawanie nieprawidłowych ciał zatruwających układ nerwowy, uważać co najwyżej za przyczynę większej wrażliwości komórki nerwowej, na zasadzie której łatwiej rozwijać się mogą te objawy somatyczne, które służyć mogą za punkt wyjścia dla nieprawidłowego biegu idei. W takim razie zboczenia w utlenianiu należałoby postawić na równi z usposabiającymi czynnikami, o których niżej będzie mowa. W każdym razie nie mogą zboczenia chemizmu objaśnić całej psychicznej sprawy, a w żadnym razie nie dają się pogodzić z wynikami leczenia psychicznego.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że istnieją czynniki, w wysokim stopniu ułatwiające rozwój neurastenii; należą tu przedewszystkiem dziedziczność i zmęczenie układu nerwowego w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu, a więc wyczerpanie nadmierną pracą umysłową, a w części i fizyczną, troski, zmartwienia, nadużycia [np. płciowe, wyskokowe], podnieci [np. gra na giełdzie, w karty]. Ten ostatni czynnik, t. j. zmęczenie tak nieraz ważną odgrywa rolę w powstawaniu neurastenii, że niektórzy autorowie określili tę chorobę jako stały stan zmęczenia [*Dauerermüdung* — BINSWANGER]. Na to wszakże w żaden sposób zgodzić się nie można. Bo najpierw zmęczenie, aczkolwiek często sprzyja wybuchowi neurastenii, nie jest jednak bynajmniej niezbędnym warunkiem do powstawania tej choroby. Widzimy neurastenię u dzieci, u których jeszcze nie może być mowy o zmęczeniu, a tem bardziej stałem, widzimy ją bardzo często właśnie u osób, które nic nie robią. Powtóre, gdyby neurastenia była pojęciem równoznacznem ze zmęczeniem, wtedy odpoczynek byłby najważniejszym na nią lekarstwem. Tymczasem zdarza się bardzo często, że im dłużej chory nic nie robi i odpoczywa, tem bardziej choroba staje się upartszą i dopiero praca, a więc zmęczenie, usunąć ją jest w stanie.

Prawdopodobnie zarówno zmęczenie, jak i usposobienie dziedziczne sprządzają wzmogoną wrażliwość komórek nerwowych, wskutek czego łatwiej powstają w tych warunkach owe somatyczne objawy [zawrót głowy, bicie serca, bezsensność, parestezya i t. p.], które stają się punktem wyjścia dla sprawy psychicznej, będącej dopiero istotną cechą neurastenii. Większość ludzi w ogóle skłonna jest do nadmiernego przeceniania każdego wrażenia i uczucia, gdy więc pod wpływem zmęczenia te odczuwania się wzmogą, a nadto gdy silny wstrząs moralny wytrąci umysł cały z równowagi, wtedy powstaje ten nieprawidłowy bieg myśli, to zaniepokojenie się o swoją osobę, które stanowi istotę neurastenii. Zmęczenie oraz silne wstrząśnienie moralne odgrywać więc może dwojaką rolę w powstawaniu neurastenii. Z jednej strony czynią one mózg wrażliwszym, przez co łatwiej powstawać mogą somatyczne objawy choroby; z drugiej strony pod wpływem czyto zmęczenia, czy wstrząśnienia, słabną wszystkie władze umysłowe, chory więc traci zdolność krytycznego zapatrywania się na swoje objawy chorobowe, a nadto, owa sprawa psychiczna, która prowadzi do objawiania się woli, nie odbywa się dostatecznie sprawnie. Po-

wiadamy wtedy: chory przestał panować nad swymi nerwami. Do jakiego zaś stopnia wstrząśnienie może wpłynąć na całą sprawę myślenia człowieka, tego dowód mamy w nerwicach traumatycznych. Ale ten sposób powstawania nie jest ani koniecznym, ani jedynym, albowiem choroba powstawać może bez wszelkiego zmęczenia i bez wszelkiego wstrząśnienia moralnego.

Usposobienie nerwowe, będące przyczyną większej wrażliwości komórek nerwowych, stwarza to, co nazywamy nerwowością, ale to nie jest jeszcze neurastenią. Spotykamy wielu ludzi, uważanych za nerwowych, odznaczających się jękaniem, tikami, skłonnych do bezsenności i bólów głowy, nadmiernie wrażliwych, którzy jednak uważają się za zdrowych i nigdy się nie leczą; tych za neurasteników uważać, mojem zdaniem, nie należy. Dopiero kiedy wystąpi ów charakterystyczny bieg idei, zaczyna się neurastenia. Należy więc powiedzieć, że nerwowość jest bardzo ważnym czynnikiem, usposabiającym do neurastenii, ale nią jeszcze nie jest.

Jest jeden czynnik, który już nie usposabia, ale wprost wywołuje neurastenię, a tym jest niewłaściwe wychowanie od dzieciństwa. Kto ma dużo do czynienia z neurastenią, kto jednocześnie widuje dużo dzieci i młodzieńców, ten musi przyjść do przekonania, że rozwój neurastenii, a przynajmniej pierwsze jej zadatki, datują już od dzieciństwa. Przesadna dbałość o zdrowie dzieci, zwracanie uwagi na każdy najdrobniejszy szczegół, uczy dzieci ciągle zajmować się swoją osobą i kierować swoją uwagę wyłącznie na swoje zdrowie. Jeżeli szkodliwy wpływ ten trwa długo, jeżeli przytem w życiu przyjdą momenty usposabiające, o których wyżej była mowa, wtedy są warunki gotowe do powstania choroby. Być może, że część szkodliwego wpływu usposobienia dziedzicznego także na karb niewłaściwego wychowania dzieci odnieść należy. Rodzice nerwowi, nie umiejący panować nad sobą, ciągle zajęci swoim zdrowiem, imaginacyjni, te same zasady wpajają w swoje dzieci. Wiemy przecież, jak zaraźliwymi są choroby nerwowe czynnościowe. Należyte wyświetlenie czynnika, o którym mowa [złe wychowanie], daje nam do ręki broń, zapomocą której już nie leczymy, ale zapobiegamy chorobie, a więc pozwala nam zastosować leczenie zapobiegawcze, które, jak we wszystkich chorobach, tak i w neurastenii, winno być pierwszym zadaniem terapii.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.

MARMOREK zebrał 28 prac, zawierających 350 przypadków leczenia suchot surowicą przeciwgruźliczą. Większość chorych miała suchoty o przebiegu

ciężkim i ostrym. Wielu leczono poprzednio rozmaitemi metodami bez żadnej poprawy, wielu miało gorączkę pomimo pobytu w sanatorium górskim. O wyniku działania surowicy należy sądzić z wpływu jej na najgłówniejsze objawy: gorączkę, duszność, stan ogólny, ilość płwociny i laseczników.

DUBARD [Dijon] leczył 35-u chorych, z których 19-u miał w obserwacji przez dłuższy czas. Z 5-u *in extremis* 3 ch umarło, 2-ch żyje jeszcze. Ale nawet u tych 3-ch, którzy zmarli, zauważono po 12-u—15-u wstrzyknięciach poprawę objawów gruźlicy krtani: zmniejszenie nacieczenia i owrzodzeń, usunięcie dysfagii. W 4-ch ciężkich przypadkach z gorączką i obustronnymi zmianami otrzymano znaczną poprawę. U 7-u chorych w okresie początkowym znikły wszystkie objawy i można uważać ich jako zupełnie wyleczonych. W 3-ch przypadkach gruźlicy chirurgicznej [duże gruczoły na szyi] nastąpiło wyleczenie zupełne, w 1-ym przypadku gruźlicy kolumny krzyżowej poprawa.

VEILLARD przytacza 22 przypadki suchotników leczonych surowicą w sanatorium w *Clairmont-sur-Sierre* [Szwajcarya], którzy przebywali tam przez czas dłuższy bez żadnej poprawy. Z 7-u znajdujących się w bardzo złym stanie (*cachexie*), 1 poprawił się w znacznym stopniu. Z 9-u z bardzo posuniętą sprawą u 5-u chorych nastąpiła znaczna poprawa, w 2-ch przypadkach stan się zmienił, w 2-ch wreszcie przerwano leczenie wskutek złego wpływu lokalnego surowicy: nacieczenie, zaczerwienienie, obrzęk. Z 6-u lżejszych przypadków w 4-ch zmniejszyła się ilość płwociny i laseczników, w 2-ch nastąpiła znaczna poprawa.

STEPHANI ogłosił 17 przypadków gruźlicy, leczonych surowicą w ciągu roku w sanatorium Montana (Szwajcarya). Chorzy mieli gruźlicę dosyć posuniętą i oporną na wszystkie metody terapeutyczne. STEPHANI przypisuje surowicy następujące wyniki: zniknięcie ognisk gruźliczych w płucach, usunięcie tarcia w opłucnej, spadek gorączki. U 9-u z 17-u chorych nastąpiła znaczna poprawa, a 5-u z przebiegiem ostrym sprawa została w rozwoju powstrzymana, a reszty stan się nie zmienił.

JAQUEROD [Leysia] otrzymał spadek gorączki po zastosowaniu surowicy u 7-u chorych, u których gorączka trwała pomimo dłuższego pobytu w sanatorium. FREY [Davos] stosował najpierw metodę podskórną i w 8-u przypadkach otrzymał spadek gorączki 5 razy; w 16-u przypadkach, w których wlewało surowicę *per rectum*, wynik był dodatni 15 razy.

W pracach, które ogłosili LATHAM [Londyn], RICHER i LEMIEUT [Montreal], MÜLLER [Budapest], KLEIN i JACOBSON [Paryż], spotykają się nadzwyczaj ciekawe przypadki, w których surowica podziałała w sposób wprost specyficzny, np. przypadek ostrej gruźlicy krtani i płuc u młodej kobiety i prawie jedyny przypadek gruźlicy *conjunctivae bulbi*.

W gruźlicy chirurgicznej, jak się okazuje z prac BASSAUC'a [Ventnor], LEVIN'a, RICHER'a i LATHAM'a, polepszenie nastąpiło w 80% przypadków. Pierwszym objawem, który ustępuje pod wpływem surowicy, jest ból, później znika ropienie, nacieczenie, wreszcie goi się przetoka. Jeden chory z gruźlicą kręgow ledźwiowych, z wielu ropniami skórnymi, przetokami i t. d. po 27-u wstrzyknięciach był wyleczony zupełnie.

Co do dawkowania, to MARMOREK zaleca obecnie wstrzykiwanie 5 ctm. sz. co drugi dzień w ciągu 3-ch tygodni, później przerwę 3-tygodniową, a w ciężkich przypadkach należy dawkę podwoić.

Metoda podskórna przy częstych wstrzykiwaniach wywołuje objaw t. zw. „*anaphylaxie*“, t. j. nadczułość, sprowadzającą miejscowe zmiany poboczne: *erythema*, *urticaria*, bóle stawowe i t. d. Aby uniknąć tych powikłań, FREY [Davos] i MANNHEIM [Berlin] zaczęli stosować surowicę *per rectum*, wprowadzając przez sondę codziennie 5—10 ctm. sz. w ciągu 12-u 15-u dni z przer-

wą 8 — 10-dniową. Działanie surowicy *per rectum* z małymi wyjątkami okazało się skutecznem.

Długość leczenia zależy od rodzaju i stopnia gruźlicy. *Ninimum i maximum* wstrzykiwań od najłżejszych do najcięższych przypadków wyniosły 8 do 77. Co do gruźlicy płucnej, to kuracja powinna trwać tak długo, dopóki w płocinie istnieją laseczniki.

Przeciwwskazań w stosowania surowicy podług M. niema żadnych. Od 2-ch lat dokonano 40,000 wstrzykiwań bez żadnych skutków szkodliwych.

LEWIN na ostatnim Kongresie przeciwgruźliczym w Paryżu podał najobszerniejszą statystykę co do wyników stosowania surowicy przeciwgruźliczej. Zawiera ona 156 przypadków, leczonych w krajach Skandynawskich: 128 przypadków gruźlicy płucnej, z tego 15 w pierwszym stadium [podług TURBAN'a], 49 w drugim i 64 [a więc 50% ogólnej liczby] w trzecim stadium; 61 chorych otrzymało surowicę co najmniej 17 razy, 51 tylko 10 — 12 razy, a więc dawkę niedostateczną.

W pierwszej grupie [7 przypadków w 1-szem stadium, 30 w 2-giem i 24 w 3-ciem] otrzymano 6% poprawy wszystkich objawów, a mianowicie stanu ogólnego, apetytu, duszności, objawów wypukowych i wysłuchowych, gorączki, ciężaru ciała, płwociny i liczby laseczników. W 26% przypadków pozostał stan niezmieniony i w 10% choroba postępowała pomimo leczenia.

W drugiej grupie [8 przypadków w 1-szem stadium, 19 w 2-giem i 40 w 3-ciem] nastąpiła znaczna poprawa w 40% przypadków; stan niezmieniony w 60%.

STADELMANN i BENFEY stosowali surowicę u 5-u chorych w rozmaitych stadiach gruźlicy, przyczem poprawy ani w obiektywnym stanie płuc, ani w ogólnym stanie nie zauważyli, a przeciwnie spostrzegali pogorszenia we wszystkich przypadkach, wskutek czego musieli przerwać kurację i gorączka podczas wstrzykiwań nie spadała, lecz przeciwnie podnosiła się. U chorych niegorączkujących występowała podczas kuracji gorączka, która spadała z przerwaniem wstrzykiwań, wznosiła się zaś ponownie z powtórne rozpoczęciem kuracji. Spostrzegano podniesienie się ciepłoty aż do 39°. Ciepłota w niektórych przypadkach spadała prędko, w innych zaś utrzymywała się 6 — 8 dni. Jeden z chorych po wstrzyknięciu surowicy dostał gorączki wyniszczającej, która spadła natychmiast po przerwaniu kuracji. We wszystkich prawie przypadkach St. i B. spostrzegali wysypki, zacerwienie, powiększenie gruczołów. Takie objawy, jak kaszel, płwocina, poty nocne, pozostawały bez zmiany. Stan ogólny po wstrzykiwaniach pogarszał się, tak iż chorzy domagali się przerwania kuracji.

Dr Debiński.

L I T E R A T U R A.

- 1) A. MARMOREK. Kliniczne wyniki stosowania surowicy przeciwgruźliczej. Communication à la Société Therap. 13.XII. 1905.
- 2) E. LEWIN. Leczenie gruźlicy surowicą MARMORKA. Berliner klin. Woch. 22.I. 1906.
- 3) E. STADELMANN i A. BENFEY. Wyniki leczenia suchot płucnych surowicą MARMORKA. Berl. klin. Woch. 22.I. 1906.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

32. R. Koch. O obecnym stanie walki z gruźlicą. [Odczyt w Sztokholmie z powodu nagrody NOBLA 12 grudnia 1905 roku.]

Człowiek może zarazić się lasecznikami gruźliczymi od suchotnika albo też lasecznikami, znajdującymi się w mięsie i mleku bydła chorego na perlicę. Drugie źródło uważa K. za podrzędne, przynajmniej, jeżeli chodzi o gruźlicę ogólną i przede wszystkim suchoty płucne, a to z tego względu, iż perlica jest odrębną od gruźlicy ludzkiej i nie udziela się człowiekowi.

Ale i nie każdy suchotnik jest źródłem zakażenia. Tylko ci chorzy są niebezpieczni dla otoczenia, którzy mają t. zw. gruźlicę „otwartą“, t. j. którzy oddają plwocinę, zawierającą laseczniki. Niebezpieczna jest nie tylko plwocina, lecz również, jak wykazał FLUEGGE, szkodliwe są krople śluzu, wyrzucanego podczas kaszlu, soplwania lub nawet mówienia.

Jednak i chorzy z otwartą gruźlicą mogą być względnie nieszkodliwi dla otoczenia, jeżeli tylko niszczą pochodzące od nich laseczniki przez dezynfekcję przewietrzaniem, zachowanie czystości i t. d.,

Niebezpiecznym staje się suchotnik dopiero wtedy, gdy jest nieczystym sam z siebie lub wskutek daleko posuniętej choroby. Taki chory jest szczególnie niebezpiecznym, jeżeli mieszka razem ze zdrowymi w ciasnych, nieprzewietrzanych i ciemnych mieszkaniach.

Punktem wyjścia w walce z gruźlicą jest obowiązkowa deklaracja. Deklarację ograniczyć można do chorych z otwartą gruźlicą i znajdujących się w złych warunkach kulturalno-hygienicznych.

Aby można nałożyć na lekarzy obowiązek deklaracji, trzeba im dać możliwość dyagnozowania rozpadowej gruźlicy, t. j. trzeba zakładać laboratoria do badania plwociny przy szpitalach, klinikach i t. d.

Chorych, mających otwartą gruźlicę, należy umieszczać w szpitalach specjalnych dla suchotników. Jeżeli w Anglii od lat 40-u zmniejsza się stale liczba suchotników, jeżeli w Prusiech od lat 20-u śmiertelność na gruźlicę spadła o 30%, tak iż obecnie umiera o 20,000 rocznie mniej, niż przed 20-u laty, pomimo wzrostu ludności, jeżeli w Szwecyi śmiertelność na gruźlicę spadła o 38%, to obok takich czynników, jak polepszenie bytu klas niższych, podniesienie oświaty i t. d., w wielkim stopniu przyczyniły się do tego szpitale dla chorych z gruźlicą rozpadową. W Berlinie 40% suchotników umiera w szpitalach. W Sztokholmie na 300,000 ludności 410 suchotników leczy się w szpitalach.

Dla chorych z t. zw. „zamkniętą“ gruźlicą najodpowiedniejszym środkiem są sanatoria. By kuracja sanatoryjna była skuteczną, musi być odpowiednio długą. Wielu lekarzy sanatoryjnych łączy kurację higieniczną z leczeniem taberkuliną i otrzymuje w ten sposób wyniki trwalsze. W Niemczech w 100-u sanatoriach leczy się 30,000 suchotników rocznie.

Oprócz chorych, którzy nadają się do szpitali lub do sanatoriów, jest jeszcze dużo chorych pośrednich, dla których leczenie sanatoryjne jest już spóźnione, lecz którzy mogą jeszcze pracować. Tym chorym wielką usługę mogą oddawać t. zw. „dispensaires“ CALMETTE'a. Zadaniem ich jest opieka nad suchotnikami i podawanie bezpłatnej pomocy lekarskiej, leków, wpajanie czystości, uczenie sposobów niszczenia plwociny, dezynfekcja bielizny i mieszkań. Prócz tego dają one zapomogi materialne rodzinom, dbają o higienę mieszkań, badają dzieci suchotników i w razie potrzeby noszą szybką pomoc, wysyłają kandydatów do sanatoriów lub szpitali.

(Berl. klin. Woch. 1906, N. 3.)

Dr Debiński.

33. B. Salge. Przyczynek do kwestyi zakażenia gruźliczego u dzieci.

SALGE zbadał metodą KOCH'a własności aglutynacyjne surowicy 80-u dzieci. Z tych 9 miało więcej niż rok, 71 zaś poniżej roku.

U 40-u dzieci poniżej 3-ich miesięcy wynik był zawsze ujemny. Jedno tylko dziecko, którego surowica dała aglutynację już w 11-ym tygodniu, zaraziło się od ojca, oddającego płwocinę, przepełnioną lasecznikami.

U 30-u dzieci pomiędzy 3-im i 12-ym miesiącami otrzymał autor wynik dodatni 12 razy [aglutynacja 1:20 w 11-u przypadkach, 1:10 w jednym przypadku].

U 9-u dzieci powyżej roku wynik dodatni był 8 razy—[aglutynacja 1:20—6 razy, 1:10—2 razy]. Tylko jedno dziecko powyżej roku, mające gruźlicę prosówkowatą, dało wynik ujemny.

Autor zwraca uwagę, że dzieci poniżej roku badał bez żadnego wyboru [chore lub zdrowe], starsze zaś badał tylko wtedy, gdy było podejrzenie na gruźlicę.

W niektórych przypadkach z aglutynacją dodatnią były objawy kliniczne gruźlicy i zamiany anatomiczne przy sekcji; w innych zaś nie było żadnych zmian.

S. uważa wyniki swe za poważny przyczynek do teoryi BEHRING'a co do wczesnego zarażania się gruźlicą ssawców. Zakażenie gruźlicze może rozwijać się bez żadnych objawów klinicznych i zmian anatomicznych i może być wykryte tylko metodą biologiczną.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1906. N. 1.*)

Dr Dębiński.

34. Schkarin. O aglutynacji w zółzach.

Autor badał porównawczo metodą KOCH'a, BEHRING'a i ARLOING'a aglutynację w tak zw. dyatezie wysiękowej (*exsudative Diathese*—CZERNY), polegającej na zmianach skóry i błon śluzowych [*eczema, prurigo*, wyrosłe adenooidalne, przerost migdałów i t. d.], w zółzach [powiększenie gruczołów, zapalenie oskrzeli i t. d.] i wreszcie w gruźlicy, i doszedł do następujących wyników:

Surowica chorych niegruźliczych daje aglutynację wyjątkowo.

Surowica dzieci, dotkniętych t. zw. „*exsudative Diathese*” daje aglutynację w 25% [6 razy na 24 przypadki; 3 razy 1:20, 3 razy 1:10]. Wiek dzieci powyżej 5-ciu miesięcy.

Surowica chorych zółzowatych dała wynik dodatni w 62,5% [25 razy na 41 przypadków; 19 razy 1:20, 5 razy 1:10]. Wiek dzieci od 1 do 4-ich lat.

Surowica chorych klinicznie gruźliczych dała wynik dodatni w 78,9% [15 razy na 19 przypadków; 12 razy 1:20, 3 razy 1:10]. Wiek dzieci 10 miesięcy do 13½ roku.

Wyniki te są zgodne z badaniami HEUBNER'a, ESCHERICH'a i innych, którzy wykazali, że większość dzieci skrofalicznych reaguje na tuberkulinę.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1906. N. 1.*)

Dr Dębiński.

35. W. Eisner. Kilka słów o rozpoznawaniu seroterapii i kataru siennego (Heufieber).

Katar sienny, do niedawna uważany w Niemczech za jedno z rzadszych cierpień, w ostatnich latach zaczyna zwracać uwagę coraz to szerszych kół lekarzy. Autor, zawiązując ankietę, przeprowadzoną przez poliklinikę uniwersytecką prof. SENATOR'a w Berlinie w ubiegłym roku, miał sposobność spostrzeżenia przeszło 90-u przypadków tego cierpienia. Podczas rozpoznawania, przy którym szczegółowe wywiady odgrywały bodaj że najważniejszą rolę, WOLFF-EISNER miewał nieraz trudności w różniczkowaniu kataru siennego od rozmaitych postaci *coryzae nervosae*, a głównie od *asthma bronchiale et nervosum*.

W celach rozpoznawczych autor używał jadu pyłkowego, który otrzymywał zapomocą rozcierania w fizyologicznym roztworze soli kuchennej pyłków kwiatowych zbóż i traw, a następnie centrifugowania. Jad ten, w kroplony na błonę śluzową oka osobnika wrażliwego na pyłki kwiatowe roślin trawiastych, wywoływał w krótkim czasie łaskotanie, swędzenie, zaczerwienienie oka, a następnie zupełny napad kataru siennego. Ludzie zdrowi na podobny reżym nie oddziaływali wcale. Okazało się, że ze 100-u chorych, podejrzanych o katar sienny, tylko 4-ch nie reagowało na jad pyłkowy.

Autor zaznacza następnie, jak ważne jest ściśle rozpoznanie kataru siennego ze względu na zapobieganie, wiadomo bowiem, że chorzy cierpiący na katar sienny, wysłani na czas krytyczny do miejscowości z odpowiednimi warunkami klimatycznymi, unikają zupełnie cierpienia, tymczasem zdarza się, że chorzy tacy, z błędnem rozpoznaniem astmy, bywają nieraz wysyłani do rozmaitych niezbyt wysoko położonych miejscowości leczniczych w rodzaju Reichenhall, gdzie z powodu opóźnionej wegetacji muszą na nowo przechodzić szereg napadów cierpienia.

Co się tyczy seroterapii, to mamy obecnie do walki z katarzem siennym przygotowane: Pollantynę DUNBAR'a i Graminol WEICHARDT'a. Jak się można było spodziewać, środki te nie leczą radykalnie kataru siennego, w każdym jednak razie okres cierpienia znacznie skracają, przyczem poszczególne ataki tracą na sile i wyrazistości. Według autora, graminol okazał się częściej skuteczniejszym, niż pollantyna. W końcu autor wyjaśnia przyczynę często spotykanego zwiększania się objawów chorobowych w przebiegu cierpienia. Objawy te są niezmiernie ciekawe z tego względu, iż są równoległe z całym szeregiem doświadczeń z dziedziny uodpornień substancją białkową. Wiadomo bowiem, że przy zastrzykiwaniu białka nie występuje w organizmie odporność w tem znaczeniu, że w surowicy powstają antytoksyny, gdyż taka antytoksyczna odporność występuje tylko w obec toksyn, a więc w obec dyfterytu, tężca, riciny i abryny. Większa ilość ciał, pochodzących z bakteryi, nie wytwarza antytoksyn, natomiast zaś lizyny;—i dlatego po wstrzyknięciu takiego obcego białka, być może z powodu tworzenia się lizyn, zamiast odporności występuje zwiększona wrażliwość. Autor, na zasadzie przeprowadzonego całego szeregu doświadczeń na tem polu (*Zentr. f. Bakt.* 1904. *Z.* 37) przychodzi do wniosku, że objawy kliniczne kataru siennego zupełnie zgadzają się z jego spostrzeżeniami i uważa katar sienny za cierpienie, wywołane specjalną wrażliwością osobnika na obce białko, a zatem osobnik cierpiący na katar sienny odróżnia się od człowieka zdrowego tem, że śluzówki jego wsysają białko pyłkowe. W jaki właściwie sposób odbywa się ta sprawa, jeszcze nie jest ściśle wyjaśnione. Jeżeli chory na katar sienny otrzyma jednocześnie z jadem pyłkowym świeżą, zawierającą jeszcze komplementy surowicy królika, któremu zastrzyknięto pyłki, to cierpienie jego przyjmie daleko ostrzejszy przebieg, niż gdyby zaraził się samymi pyłkami. Muszą się zatem znajdować w surowicy ciała lityczne, które przyspieszają rozpuszczanie się pyłków.

(*Deutsch. med. Woch.* 1906, Nr. 4).

T. Wretowski.

36. Le Damany. *Micrococcus catarrhalis*.

Do pracy BEZANÇON'a i ISRAELS de JONG'a [patrz *Gaz. Lek.* 1906] autor dołącza swoje spostrzeżenie i badania, prowadzone w ciągu kilku lat i dochodzi do wniosku, że drabnostrój ten jest nadzwyczaj rozpowszechniony w ustach i gardle ludzi zdrowych i chorych w takiej samej mierze, jak gronkowce lub pneumokoki. Za najlepsze podłoże autor uznaje bulion wołowy peptonowy [wody 1500, mięsa 500, poptonu 10, soli 5 fosforanu sody, 2, agaru 15, lekko alkalinizując]; posiewy czyniono duże, biorąc płwociny lub śluzu z krta-

ni ilość, jak ziarnko grochu, i małe, wielkości łebka szpilki, lub stopniując wziętą ilość w 6 próbkach z agarem. Powtórny posiew znacznie zmniejsza ujemną liczbę czynionych prób, a trzeci czyni je bardzo nielicznymi. Kolonie *microc. cat.* odznaczają się wielkością, zielonawo-brązowym zabarwieniem i lepkością. Różnica między *microc. cat.* a *meningococcus* dotąd ściśle nie jest określona; *microc. cat.* znajdowano w przypadkach podejrzewanych o drugi rodzaj, lecz również i saprofitycznie w jamie nosowej u ludzi zdrowych. Pasożyt, znaleziony przez RITTER'a i uważany za specyficzny dla koklusz, różni się tylko tem od *microc.*, że się jakoby nie odbarwia metodą GRAM'a, gdy *microc.* odbarwia się, choć niezupełnie. Również prawdopodobnie *microc.* był znajdowany u chorych na ospę i w zapaleniach łącznicy oka; właściwie nie jest on częstszym w koklusz lub influenicy, niż w gruźlicy lub nawet u ludzi zdrowych.

Spostrzeżenia autora czynione były w 3-ech porach roku: podczas epidemii influenicy w lutym i w marcu roku 1903, następnie w czerwcu i lipcu roku 1904, wreszcie w październiku tegoż roku, kiedy żadnej epidemii nie było. U 140-u ludzi, pochodzących z personelu lekarskiego i służby szpitalnej, wydzielina dróg oddechowych była badana kilkakrotnie bez względu nato, czy ich drogi oddechowe były zdrowe lub chore i po 3 seryach posiewu tylko 10 przypadków zostało ujemnych. Zmniejszanie się liczby wypadków ujemnych tłumaczy się też tem, że czasem *proteus* szybko objął całą powierzchnię pożywki i utrudnił rozwój *micrococcus*, wymagającego dużo powietrza. Wygląd i objętość kolonii badanych odpowiada badaniom wyżej wzmiankowanych autorów. Inokulacja z kulturą bulionową w dozie niewielkiej [1 — 2 ccm] dawała wyniki ujemne, z większą [50 — 100 ccm³] bezpośrednio u myszy i królika. Badania autora wykazują w ogóle, że *microc. cat.* żyje w ustach i gardle ludzi zdrowych bez względu na wiek, porę roku lub epidemię influenicy. Brak jego zarówno u chorych, jak i zdrowych ludzi, jest wyjątkiem.

(*La Presse médicale*. 1905. N. 97).

L. Kotarski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

12. Maretina w leczeniu gorączki suchotników.

KÜHNEL badał działanie maretiny w 50-u przypadkach gorączki suchotników. Ciężko i stale gorączkujący otrzymywali 0,25 3 razy dziennie, chorzy z gorączką wieczorną otrzymywali 0,25 do 0,5 maretiny na 2 do 4-eh godzin przed najwyższym nasileniem ciepłoty. W większości przypadków K. otrzymywał w ciągu kilku dni stan bezgorączkowy lub przynajmniej podgorączkowy. Stan bezgorączkowy można było utrzymywać następnie przez podawanie mniejszych dawek od 0,4 do 0,1. Poty nocne ustawały wraz ze spadkiem gorączki. Ujemnego wpływu na stan ogólny, na tętno, na apetyt, K. nie spostrzegął. Po kilku dniach stosowania maretiny występuje często żółte zabarwienie skóry, które czasem znika po ustąpieniu gorączki, zwykle zaś trwa przez cały czas podawania tego środka. Przyczyny tego objawu nie są jeszcze wyjaśnione.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, 1906. Nr. 2).

Dr Dębiński.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dnia 31-go października 1905 r.

St. GAŁECKI wygłosił odczyt p. t. „Ciśnienie krwi w przebiegu suchot płucnych“.

G. jednocześnie obliczał częstość tętna, zdejmował krzywą zapomocą sfigmografu i mierzył ciśnienie krwi przy pomocy tonometru GAERTNER'a, przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności, mogących mu zapewnić możliwie dokładne wyniki.

Na zasadzie otrzymanych w ten sposób danych G. przyszedł do następujących wniosków:

1) Im dalej posunięta jest sprawa gruźlicza w płucach, tem częściej można stwierdzić przyspieszenie tętna.

2) Przy tętnie przyspieszonym rokowanie jest gorsze, niż przy normalnym.

3) U chorych na gruźlicę płuc najczęściej spostrzegamy miękkie lub średnie tętno.

4) Forma krzywych zdaje się przemawiać za tem, że napięcie naczyń przy gruźlicy płuc jest obniżone.

5) Spostrzegana dość często przy gruźlicy niemiarowość tętna występuje pod wpływem oddychania.

6) Im dalej jest posunięta sprawa płucna, tem częściej spostrzegamy tętno miękkie.

7) Im większe jest tętno, tem większa jest częstość tętna.

8) Twardsze tętno daje lepsze rokowanie odnośnie do sprawy gruźliczej, niż miększe.

9) Niemiarowość tętna zdaje się nie pogarszać rokowania.

10) Fale oddechowe wtórne występują najwyraźniej na tych krzywych, gdzie tętno jest miękkie. Przy tętnie twardem owe fale występują rzadko.

11) Ciśnienie krwi u chorego na gruźlicę płucną, mierzone tonometrem GAERTNER'a, wynosi podczas kuracji leżącej 60 do 100-u milimetrów. Ciśnienie poniżej 80-u mm. i powyżej 120-u mm. daje się spostrzegać rzadko. A zatem u większości suchotników ciśnienie krwi waha się pomiędzy 80 i 120 mm.

12) Wyższe ciśnienie daje lepsze rokowanie co do gruźlicy, niż niższe.

13) Postać krzywej tętna nie jest zależną od ciśnienia krwi. Zarówno z ogólnego charakteru, jak i z oddzielnych części składowych krzywej nie można sobie wytworzyć pojęcia o wysokości ciśnienia krwi. Fale oddechowe są przy wyższem ciśnieniu mniej wyraźne, niż przy niższem.

14) Po pomyślnej kuracji metodą BREHMER'a częstość tętna się zmniejsza; gdy zaś wyniki leczenia są złe, tętno przeważnie ulega przyspieszeniu. Co się zaś tyczy krzywej tętna, to ta albo zupełnie zmianom nie podlega, albo też w bardzo rzadkich przypadkach zmienia się nieznacznie.

15) U pacjentów, którzy przy początku leczenia mieli dość wysokie ciśnienie krwi, pozostaje ono na poprzednim poziomie. Gdzie jednak ciśnienie było niskie, tam podnosi się ono po pomyślnej kuracji.

16) Pomiedzy postacią krzywej tętna, a skłonnością do krwotoków płucnych żadnej zależności nie można było stwierdzić. Zdaje się, że u chorych, mających niskie ciśnienie krwi, krwiopłucia zdarzają się rzadziej, niż u tych, u których ciśnienie krwi jest wyższe.

W dyskusyi DUNIN oponuje przeciwko zaliczaniu t. zw. tętna paradoksalnego do rzędu arytmii, czyli niemiarowości tętna. *Pulsus paradoxus* polega na znikaniu fali tętna przy głębokim wdechu.

Zmniejszanie się tętna przy oddychaniu jest zjawiskiem zwykłym; potwierdzają to badania MÜTERMILCHA. Zmniejszanie się fali tętna zależy tu prawdopodobnie od ucisku na tętnicę podobojczykową przy ruchach klatki piersiowej. To, co nazywamy tętnem paradoksalnym, t. j. znikanie fali tętna, występuje przy normalnem oddychaniu.

W dalszym ciągu mówca występuje przeciw używanemu przez prelegenta wyrażeniu „wysokie ciśnienie“, gdyż, zdaniem DUNINA, prelegent miał do czynienia u swoich chorych z ciśnieniem normalnem. Wysokie ciśnienie wyraża się cyframi 200, 240 mm. słupa rtęciowego.

Tętna, z którymi miał do czynienia prelegent, możnaby właściwiej podzielić na normalne i subnormalne.

WŁ. JANOWSKI zaznacza i uzasadnia, że tętno t. zw. paradoksalne jest bezwarunkowo niemiarowe, a mianowicie jedną z postaci t. zw. arytmii. Dalej jest on zdania, że prelegent u swoich chorych tętna twardego nie spostrzegał. Z tego, co prelegent opisuje, widać, że to co nazwał tętnem twardem, było tętnem o normalnem napięciu; tętno zaś, które nazywał normalnem, było subnormalnem. Z danych prelegenta widać również, że nie spostrzegł nigdy ciśnienia krwi zwiększonego, lecz tylko niskie i subnormalne. Zmienność tętna u gruźliczych zależy, zdaniem J., od nadzwyczajnej wrażliwości u nich nerwów naczynioruchowych, powodowanej prawdopodobnie przez odnośne działanie prątków gruźliczych.

GAŁECKI nie obstaje wcale przy twierdzeniu, jakoby u badanych przez niego chorych, ciśnienie było istotnie wysokie tam, gdzie mówi o ciśnieniu wyższem. Wprost celem należytej orientacyi w materyale, jakim rozporządził, podzielił dane co do tętna na przypadki o ciśnieniu „wyższem“ i „niższem“. Pod ciśnieniem „wyższem“ umieścił te przypadki, gdzie ciśnienie krwi wynosiło od 100-u — 120-u mm. słupa rtęciowego, pod „niższem“ zaś te, które istotnie odpowiadają pojęciu o ciśnieniu subnormalnem.

Ign. Landstein.

Posiedzenie kliniczne d. 21-go listopada 1905.

SŁAWIŃSKI przedstawia 41-letniego chorego, operowanego przezeń 10.X. 1905 z powodu *carcinoma laryngis*. Guz w obrazie wziernikowym wydawał się małym i leżał pod struną prawdziwą prawą. Oprócz chrypki, istniejącej od lat kilku, dołączyła się w ostatnich czasach duszność. Gruczoły szyjowe niewyczuwalne. 2.X. wykonana została *tracheotomia inferior*. 10.X. *laryngofissura*: guz w kształcie kalafiora wypełnia światło krtani; zajmuje on przednią, prawą oraz tylną powierzchnie śluzówki na przestrzeni od strun do poziomu dolnego brzegu chrząstki obrączkowej. Wobec tego S. dokonał wyluszczenia krtani [chrząstki przez nowotwór nie przerośniętej]. Chory po operacyi był w stanie połykać pokarmy płynne, na drugi dzień również stałe oraz mógł po cichu mówić. Po 5-ciu dniach jednak pokarmy zaczęły się przedostawać na zewnątrz obok rurki. 20.X. S. zaszył ponownie brzegi szczeliny, powstałej zapewne wskutek przedwczesnego wessania się szwów katgutowych. Przez 2 dni chory karmiony był przez zgłębnik żołądkowy, pozostawiony na stałe; po tygodniu zaczął połykać pokarmy płynne i stałe; od tej również pory zaczął znowu mówić. Obecnie łyka on bez przeszkód, a mowa staje się coraz wyraźniejszą; jest on nawet w stanie czytać innym chorym głośno gazety. GLUCK w Berlinie przedstawił chorego po wyluszczeniu całkowitem krtani, który bez żadnej krtani sztucznej nie tylko mówił głośno, lecz podobno i śpiewał.

LEŚNIEWSKI wypowiedział: „Kilka słów w sprawie zбочeń w budowie narządów moczowych“. Najpierw podał opis spostrzeganego przez siebie przypadku wspomnianych zбочeń. Były to narządy moczowe, pochodzące z trupa pewnej niewiasty. Prawa nerka była zaopatrzona w 3 tętnice nerkowe, wychodzące z aorty brzusznej; z nich środkowa wdrażała do wnęki nerkowej, górna — do górnego odcinka wnęki, dolna — do przedniej powierzchni dolnego odcinka nerki. Żyły przebiegiem swym odpowiadały przebiegowi tętnic. Nerka lewa była zaopatrzona w dwie miedniczki, z których wybiegały 2 moczowody, otwierające się do jamy pęcherza moczowego dwoma otworami, położonymi na lewym końcu więzumięzymoczowodowego (*lig. interuretericum*). Leżały one na płaskim wzgórku, jeden nieco ku tyłowi i na zewnątrz. Dolna miedniczka była duża, dzieliła się na 3 kielichy, zawierające po 1 brodawce nerkowej, górna o wiele mniejsza, dzieliła się na 2 kielichy większe. Z tych każdy dzielił się na mniejsze, zawierające po 1 brodawce nerkowej.

Następnie mówił o zupełnym braku narządów moczowych, zatem i moczowodów, o rozgałęzionych i podwójnych moczowodach, o skróceniu wrodzonym moczowodów, o wrodzonej niedrożności i zwężeniu moczowodów, o ich wadliwym zakończeniu górnym i dolnym, o klinicznej wartości powyższych zбочeń. Następnie wspominał o zбочeniach w unaczynieniu nerek.

W dyskusji: WŁADYSŁAW STANKIEWICZ dodaje do przytoczonych przez prelegenta anomalii w budowie narządów moczowych przypadek skrzyżowania nerek i moczowodów. Do powyższego mówca dodał opis spostrzeganego przez siebie i operowanego przypadku zupełnego braku pęcherza moczowego.

DUNIN zaznacza, że wzmiankowaną przez prelegenta anomalię w unaczynieniu nerek przez nadliczbowe tętnice spotykał dosyć często, przyczem te ostatnie zawsze wtedy odchodziły od aorty brzusznej.

Ign. Landstein,

Posiedzenie kliniczne d. 28-go listopada 1905 r.

RZĘTKOWSKI przedstawił preparat mikroskopowy z krętkami bladymi SCHAUDINN'a i HOFFMANN'a. Preparat zrobiono z krwawego soku lepieża płaskiego od chorego, który zaraził się przymiotem przed 1/2 rokiem i nie leczył się wcale. Utrwalono preparat w wysokoku [20 min.], barwiono roztworem GIEMZY, rozcieńczonym wodą [1 : 20] [3 godz.].

WILCZYŃSKI TADEUSZ wygłosił rzecz p. t. „O cytologicznem badaniu przesieków i wysieków oraz płynu mózgowo-rdzeniowego“.

Praca ta drukowana była w № 4-ym i 5-ym „Gaz. Lek.“.

W dyskusji MUTERMILCH STANISŁAW twierdzi że w stosunku limfocytozy do gruźlicy nie można wniosku formułować w ten sposób, iż limfocytoza przemawia za gruźliczą naturą wysięku, brak zaś limfocytozy wyklucza charakter jego gruźliczy. O ile bowiem pierwsza połowa tego wniosku jest niezaprzeczenie słuszna, o tyle na drugą zgodzić się nie można. Dowodzą tego między innymi ostatnie badania FROIN'a i RAMOND'a¹⁾. Autorowie ci, opierając się na 80-u przekłuczeniach, wykonanych w 21 przypadkach gruźliczego zapalenia opłucnej, przekonali się, iż w pierwszym okresie zapalenia opłucnej mamy do czynienia z typem wielojądrowym, limfocytoza zaś występuje dopiero w okresie drugim.

¹⁾ Comptes rendus d. l. Société d. Biologie 1905 Nr. 31 i 32.

Co się zaś tyczy zapalenia gruźliczego opon mózgowo-rdzeniowych, to na 51 przekłuć, wykonanych u 12-u chorych, autorowie ci stwierdzili przewagę typu wielojądrowego aż 11 razy, przyczem w płynach liczba leukocytów wielojądrowych stanowiła 70% ogólnej liczby białych ciałek. Okazało się przytem, iż typ wielojądrowy [t. j. brak limfocytozy] nie znajdował się w żadnym związku z okresem choroby.

JANOWSKI twierdzi, że formuła limfocytowa osadu popiera bardzo mocno przypuszczenie o gruźliczem pochodzeniu badanego wysięku; z drugiej zaś strony neutrofile w osadzie, o ile nie są bardzo liczne, nie wykluczają bynajmniej z całą stanowczością gruźliczego pochodzenia specjalnych przypadków wysięków.

RZETKOWSKI mniema, że należy sprawdzać dane, zdobyte drogą cytodyagnostyki, innemi metodami, a to w celu przekonania się, że istotnie limfocytoza wysięku odpowiada gruźlicy.

Jako jedną z tych metod zaleca R. wstrzykiwanie tuberkuliny chorym po wypuszczeniu wysięku i po ewent. wyzdrowieniu ich.

SOKOŁOWSKI zaznacza, że w dzisiejszym stanie wiedzy można jedynie stwierdzić, że obecność przeważnej liczby limfocytów w wysięku przemawia nie na pewno, lecz z pewnem prawdopodobieństwem za naturą gruźliczą płynu, a jedynie razem z innemi klinicznemi danemi można stawiać rozpoznanie wysięku gruźliczego.

Co się dotyczy próby z tuberkuliną, uważa w ogóle stosowanie tego środka w celu dyagnostycznym za nieodpowiednie dlatego 1) że obecność reakcyi dodatniej przemawiać może jedynie za obecnością jakiegoś wogóle ogniska gruźliczego w organizmie, a nie koniecznie w opłucnej, 2) że reakcyja niezawsze daje wynik dodatni, gdyż występuje wciąż u zdrowych osobników lub też dotkniętych innemi cierpieniami [syfilis, aktynomykoza i t. p.], a wreszcie 3) że sama przez się injekcyja próbna, nawet w bardzo małej dozie stosowana, może wywołać bardzo poważne zaburzenia, np. długotrwałą gorączkę, zapalenie zrazikowe płuc, a nawet, jak to w ostatnich czasach opisano [SCHIELLE], wywołać ostrą gruźlicę płuc.

KARWACKI na paręset płynów opłucnych zakaźnego pochodzenia nie spotykał limfocytozy w sprawach innego pochodzenia, niż gruźliczego.

Oceniając dane cytodyagnostyczne, DUNIN sądzi, że jeżeli spostrzegamy fakt istnienia limfocytozy przy innych danych, niewątpliwie dowodzących gruźlicy, to limfocytoza upoważnia do rozpoznania gruźlicy, jako zjawisko stanowi temu towarzyszące.

Większe praktyczne zastosowanie, zdaniem mówcy, ma cytologia w rozpoznawaniu zapalenia opon mózgowych. Metoda ta pozwoliła rozpoznać mówcy *meningitis cerebrospinalis* tam, gdzie absolutnie innych danych rozpoznawczych nie było. Nówca znajdował w gruczolach gruźliczych zawsze limfocyty i dopiero, gdy zjawilo się ropienie, wtedy występowały neutrofile.

Ign. Landstein.

Posiedzenie kliniczne d. 5-go grudnia 1905 r.

CZESŁAW BARSZCZEWSKI wygłosił odczyt p. t. „Dziesięciolecie promieni ROENTGEN'a“.

Praca ta drukowaną była w Nr. 3-im „Gaz. Lek.“.

BREGMAN podkreśla okoliczność, że w odczycie „o dziesięcioleciu promieni ROENTGEN'a“ postępy rentgenografii nie zostały wcale przedstawione.

Najdonioślejszem udoskonaleniem są „blendy“, które stosowane są zarówno przy prześwietlaniu, jak i przy rentgenografowaniu i przez powstrzymanie promieni bocznych i wtórnych powiększają znakomicie ostrość obrazu.

Pole operacyjne jest zmniejszone, ale zato obraz nadzwyczaj ostry.

W kwestyi leczenia białaczki promieniami ROENTGEN'a, BREGMAN zaznacza, że liczba ogłoszonych pomysłnych przypadków jest tak wielką, że o skuteczności tego sposobu leczenia nie można wątpić. Osobiste doświadczenia B. potwierdzają to w zupełności.

Pod względem metodyki B. sądzi, że nie należy stosować promieni zbyt słabych, gdyż wtedy nie otrzymuje się wyników. Aby uniknąć zapaleń skóry stosuje się obecnie przyrząd SABOURAUD'a.

SOKOŁOWSKI przyznaje rentgenizacji niepoślednie znaczenie pod względem dyagnostycznym; a jeszcze większe znaczenie pedagogiczne, gdyż wspiera ona niejako inne metody badania, jak perkusję i auskultację.

Mówca badał przy pomocy promieni X cały szereg chorób dróg oddechowych. Co się tyczy przedewszystkiem gruźlicy, to tu najmniej można obiecywać sobie od rentgenizacji. Najważniejszą usługę oddawałaby rentgenizacja w pierwszych początkach sprawy gruźliczej, gdyby otrzymany cień mógł zawsze przemawiać jedynie za cierpieniem gruźliczem.

Wielkie oddaje usługi prześwietlanie promieniami X w celach pedagogicznych dla początkujących, uwidoczniając takie rzeczy, jak ruchy przepony, ograniczenie jej ruchów przy rozedmie płuc, przy suchotach, przy wysiękach. Szczególniej pouczającym jest obraz klatki piersiowej, prześwietlanej przy odmie piersiowej (*pneumothorax*), jak stopniowo rozwija się wysięk. To samo dotyczy powiększonych gruczołów, nowotworów i t. d.

Najciekawszych bodaj danych dostarcza rentgenizacja w sprawach sercowych. Dzięki promieniom ROENTGEN'a staje się widocznem położenie serca, t. j. serce wiszące, serce leżące na przeponie [tętno epigastralne]. Zwłaszcza określanie aneuryzmatów stanowi tryumf ROENTGEN'a. Rentgenizowanie chorych wykazało właśnie fakt, że nieraz przy bardzo dużym diagramie serca, wskazującym na duże rozszerzenie, istnieją bardzo nieznaczne objawy kliniczne ze strony serca.

BRUNER MIKOŁAJ zarzuca prelegentowi, że w pracy swej nie uwzględnił prawie wcale nowych zdobyczy w technice rentgenografii. Tak, nie wspomniał o różnych doniosłej wartości przerywaczach prądu; nie zapoznał słuchaczy z przyrządami do zmiany prądów zmiennych na stałe; dalej niema jednego z najpiękniejszych odkryć, a mianowicie przyrządu t. zw. *Curvenwandler* inżyniera LEWY'ego z Berlina, jak również i przyrządu zwanego „*Soupepe electrique*“.

Nie wspomniano też ani słowa o środkach zabezpieczających lekarza od promieni ROENTGEN'a, choćby tylko oczów przez okulary ze szklami ołowianemi (*Flintglas*)—lub ekranów fluoryzujących, pokrytych szkłem ołowianem, z rączkami metalowemi, jak u rapirów, zabezpieczających twarz i oczy, które chronią i ręce badacza, wreszcie o rękawiczkach, fartuchach i t. p. przedmiotach z tkaniny ołowianej, zabezpieczającej skórę od zapaleń i owrzodzeń.

Wreszcie mówca wspomina o odkryciu, zrobionem przed dwoma laty w jego pracowni, a mianowicie o zmianie położenia serca przy rozedmie płuc.

Pracując wspólnie z SOKOŁOWSKIM nad położeniem przepony brzusznej i jej ekskursyami przy rozedmie płuc, doszedł mówca do wniosku: 1) że przepona, prócz tego, że nie jest spłaszczoną, wykonywa przy wdechu ekskursyę od 3-ch do 4-ch ctm. i 2) że przepona brzuszna wspólnie z mięśniami szyi pracę oddy-

chania załatwia. Mięśnie międzyżebrowe prawie już żadnego nie biorą udziału w tej sprawie, szczególnie w przypadkach cięższych.

Przy doświadczeniach tych jednocześnie okazało się, że wyczuwany prawie zawsze przy rozedmie płuc *ictus cordis* w dołku podsercowym, pochodzi od opuszczenia się i skręcenia serca około jego osi pionowej. Serce wisi na swoich naczyniach i dotyka tylko wierzchołkiem pod mostkiem przedniej ściany *mediastini antici*, spychając, albo raczej wginając, nieco przeponę.

Poprzeczne badanie wykazuje przestrzeń wolną, jasną poza sercem, której normalnie nie widzujemy.

ZALESKI zaznacza, że rentgenogramy, o ile rzecz chodzi o cierpienia serca, niezawsze posiadają to znaczenie dydaktyczne, jakie im przypisuje SOKOŁOWSKI. Twierdzenie swe mówca opiera na dwóch przypadkach z własnej praktyki.

SŁAWIŃSKI zwraca uwagę na to, jak ostrożnie trzeba oceniać dane topograficzne, otrzymywane drogą fotografii rentgenowskich, co do położenia ciał obcych w ciele ludzkim. Na dowód przytacza dwa, spostrzegane przez siebie przypadki. W jednym przypadku połknięcia monety — rentgenogram pokazał odpowiedni ciemny punkt na lewo od mostka między III-em i IV-em żebrem, gdy tymczasem moneta znajdowała się w przełyku i została stamtąd wydobyta. W drugim przypadku rany postrzałowej nogi — fotografia rentgenowska wykazywała obecność kuli na krętarzu wielkim, gdy tymczasem istotnie znajdowała się o 10 centymetrów niżej.

E. ZIELIŃSKI sądzi, że często zbyt zuchwale stawia się rozpoznanie na zasadzie samego jedynie rentgenogramu. Rentgeniście wolno powiedzieć, że widać tu i tam taki lub inny cień, że cień ten zależy od zjawienia się na drodze promieni X — przeszkody w postaci ciała płynnego lub stałego bezpowietrznego, nic właściwie nad to; podobnie, jak ze stłumienia na klatce piersiowej nie można nic więcej wnosić nad to, że tkanka powietrzna płuc zastąpiona została przez bezpowietrzną, a czy to będzie naciek zapalny, czy nowotwór, czy wysięk, o tem decydować może tylko syntetyczne zestawienie wszystkich objawów patologicznych, zdobytych wszelkimi pozostałymi metodami badania. Trzeba rozwiać iluzję, że można widzieć i oceniać pracę prawego lub lewego przedsionka lub komory, jak to wspomniał BARSZCZEWSKI. Nie wolno nam powiedzieć nic więcej, jeno, że widzimy tętniący cień serca, pamiętać bowiem należy, że przy wadach zastawkowych i następczym przeroście, serce wykonywa niekiedy taki obrót około swojej osi, że od przodu nie widzimy lewej komory wcale, a całą przednią powierzchnię zajmuje prawa połowa serca, gdy lewa jest mizernym, ukrytym gdzieś w tyle, dodatkiem. Również z fotodiagramu nie wolno nam sądzić o istotnej wielkości serca, wielkość bowiem widzianego cienia sercowego zależy od ustawienia chorego w stosunku do lusterka lampy od większego lub mniejszego oddalenia, od większej lub mniejszej rozbieżności promieni. Jednym słowem na rentgenoskopię i rentgenografię wolno patrzeć, jako na jedną jeszcze pomocniczą i potężną zresztą metodę badania fizykalnego dla cech dyagnostyki, ale nigdy jako na taką, któraby zwalniała lekarza od stosowania innych metod badania i pracy myślowej indukcyjnej przy stawianiu dyagnozy. Ze stanowiska terapeutycznego promienie X, zdaje się, większą mają wartość.

WINIARSKI nie przywiązuje wielkiej wagi do znaczenia promieni ROENTGEN'a, jako metody ułatwiającej rozpoznanie w chorobach serca, dwa razy bowiem, opierając się na wynikach zapomocą tychże promieni, zmienił trafne rozpoznanie, postawione na zasadzie danych klinicznych, na mylne, rozpoznawszy tętniak aorty.

Ign. Landstein.

Posiedzenie kliniczne d. 19-go grudnia 1905 r.

DUNIN T. wygłosił odczyt p. t. „Istota neurastenii“. Praca ta drukowaną była w Nr. 5-ym „Gaz. Lek.“.

Ign. Landstein.

Posiedzenie kliniczne d. 16-go stycznia r. b.

GĄBSZEWICZ opisał spostrzegany przez siebie przypadek skostnienia płucnej, której część demonstrował słuchaczom. Odczyt ten podajemy w dzisiejszym numerze Gazety.

KARWACKI wygłosił odczyt „o ujednostajnianiu hodowli gruźliczej“.

Pomimo, że zarazek gruźlicy znany jest od 20-u lat z górą, biologia laseczników gruźlicy pod wielu względami nie jest ustaloną. Dzieje się to wskutek tego, że nie udawało się dotąd otrzymać t. zw. hodowli jednostajnych, to jest takich hodowli lasecznika gruźlicy, w których poszczególne prątki rosłyby oddzielnie. Serodyagnostyka gruźlicy datuje się właśnie od czasu otrzymania takiej hodowli przez ARLOING'a i COURMONT'a. Badaczom tym udało się po sześciomiesięcznej pracy ujednostajnić zaledwie jeden szczep laseczników. Podjąwszy poszukiwania nad sprawą powinowactwa i odrębności ras gruźliczych i nad sprawą powinowactwa laseczników gruźlicy z całą grupą kwasoflową, K. za punkt wyjścia obrał sobie swoistą aglutynację i bakteryolizę. Poszukiwania podobne wymagały koniecznie posiadania odpowiednich hodowli jednostajnych.

Gdy metoda ARLOING'a i COURMONT'a zawiodła, K. sporządził podłoże innego typu, mianowicie: 10%-owy odwar kartoflowy i 25%-owy roztwór surowicy, obydwa płyny razem, z dodatkiem 4%-owej gliceryny. Najpodatniejszą surowicą okazała się surowica cielęca i płyn surowiczy zapalny ludzki. Do takich pożywek K. wkładał uszko hodowli agarowej i codziennie mocno potrząsał. W ten sposób udało mu się ujednostajnić 15 szczepów, w tem gruźlicy ludzkiej 5 szczepów. Hodowla raz ujednostajniona, daje się przeszczepić i na zwykły bulion glicerynowy, pozostając jednostajną. Hodowle powstały w przeciągu czasu od 2-ch dni do 2-ch tygodni. Niektóre szczepy ujednostajniają się już w I-ej generacji, inne wymagają kilkakrotnych przeszczepień.

Praca ta była poparta demonstracją odpowiednich hodowli.

W dyskusji kol. DĘBIŃSKI zaznacza, że przed odkryciem ARLOING'a i COURMONT'a ujednostajnionej hodowli gruźliczej, była już znaną jednostajna hodowla gruźlicy ptasiej w laboratorium GRANCHER'a w Paryżu w 1899 roku. Hodowla ta istniała już od kilku lat.

Ign. Landstein.

Wiadomości bieżące.

— „Stowarzyszenie lekarzy polskich“ opracowało już „projekt ustawy“ i wydrukowany rozesłało w tych dniach członkom.

— Do szpitala Ś-go Jana Bożego w Lublinie wprowadzono znowu siostry miłosierdzia.

— Akademia lekarska w Paryżu wyraziła opinię, aby w każdym śmiertelnym przypadku gruźlicy otwartej dezynfekcja była obowiązującą i aby w statystykach międzynarodowych zamiast terminu „*phthisis*“ używano „*tuberculosis* narządów oddechowych, *tuberculosis* narządów brzusznych, *tuberculosis* mózgowia, *tuberculosis* kości“ i t. d.

— Dotąd panowało przekonanie, iż przymusowe szczepienie ospy było najpierw wprowadzone w Bawarii rozkazem królewskim 26.VIII. 1807 r. Badania jednak dra GOLDSCHMIDT'a ze Strasburga wykazują, iż 8 miesięcy wcześniej, bo 25.XII. 1806 r. podobny rozkaz był wydany w księstwie Piombino i Lucca i to z inicjatywy Napoleona I, który był zwolennikiem odkrycia JENNER'a i synowi swojemu królowi Rzymu kazał w r. 1811 zaszczerpić ospę. Siostra Napoleona I Eliza Bonaparte była zamężną za księciem Piombino i Lucca.

— „*General Medical Council*“ ogłosiło opinię swoją o lekarzach reklamujących się przez ogłoszenia lub w inny sposób. Za każde przestępstwo w tym względzie winny będzie wykresłony z listy lekarzy, mogących zajmować się praktyką.

— Niedawno zmarły w Wiedniu dr BARBIERI celem uczczenia BILLROTH'a zapisał 300000 koron [Dr THEODOR BILLROTH-STIFTUNG]; z procentów tej sumy co rok będzie rozdawanych 6 stypendyów po 2000 koron na 3 lata, dla biednych, studyjących na klinikach chirurgicznych wiedeńskich, bez różnicy narodowości i wyznania.

— II-gi Kongres niemieckiego Towarzystwa rentgenologicznego odbędzie się w Berlinie 1-go i 2-go kwietnia r. b.

— XV-y Kongres międzynarodowy lekarski w Lizbonie.

W uzupełnieniu ostatniego komunikatu z dn. 1.I. 1906. podajemy do wiadomości Szanownych Kolegów jeszcze następujące szczegóły:

Oprócz wymienionych już sposobów podróŜowania morzem przyjdzie prawdopodobnie do skutku podróŜ z Genui. BliŜszych szczegółów dowiemy się póŹniej. Komitet wykonawczy w Lizbonie zamierza zorganizować podróŜe okręŜne w Portugalii i w połuĉn. Hiszpanii za znacznie zniŜone ceny.

Firma Cook we Wiedniu przedłuŜyła termin zgłoszenia się do wzięcia udziału w podróŜy parowcem „Thalia“ z Tryestu do 20-go lutego. Gdyby jednak nie zgłoszono dostatecznego udziału, podróŜ ta nie przyjdzie do skutku.

Koledzy, chcący przyłączyć się do której ze wspólnych podróŜy do Lizbony, winni się zgłosić wprost do wymienionych biór¹⁾ podró-

¹⁾ Dla podróŜujących parowcem „Oceana“: Hamburg-Amerika-Linie, Abteilung für Vergnügungsreisen, lub Reisebureau der Hamburg-Amerika-Linie, Berlin W. Unter den Linden 8., lub Jeneralna Ajeneya dla Galicyi, Lwów, ul. Grodzicka 95.

Dla podróŜujących parowcem austriackiego Lloyd'u „Thalia“ biuro firmy: Cook and Son, Wien, Stephansplatz 4

Dla podróŜujących z Włoch: M. Giovanni Chiari, Via de Rustici, 2 — Firenze [Florenca].

żnych nie zaś do Komitetu polskiego, który nie może zajmować się pośrednictwem i zamawianiem miejsc a udziela tylko na żądanie informacji przez sekretarza komitetu p. Doc. dra MAJEWSKIEGO, Kraków, ul. Szczepańska 11.

Chcąc zapisać się na członka Kongresu, trzeba zgłosić się do sekretarza naszego komitetu, który nadesłanie odpowiednie drukowane informacje, dotyczące kongresu, a także schematy do wpisania się. Wpisujący winien wpisać sekcję, jedną czy kilka, do których chce należeć. Wypełniony bilet przysłać się skarbnikowi p. drowi SZAPIE, Kraków, ul. Kolejowa 4., załączając 25 franków [czyli 25 koron — 20 marek — 10 rubli], z dodaniem jednej korony na pokrycie kosztów administracji i przesylek.

Panie, towarzyszące członkom kongresu, korzystają z wszelkich udogodnień i zniżek podróży a także z uroczystości urządzonych na cześć kongresistów. Wpisy za każdą damę [żonę, córki, siostry] wynoszą połowę wpisowego, należące się od członka kongresu, a zatem 12,50 franków.

Nazwiska pań towarzyszących wpisuje się na osobnym schemacie, dołączonym do schematu dla zgłoszenia uczestnictwa. (*Bulletin d'inscription pour dames*). O pomieszkaniach będzie w Lizbonie trudno, dlatego dziś już trzeba wprost pisać do biura pomieszkań, podając życzenie, czy na jedną, czy kilka osób pomieszkanie pożądane, pod adresem: *Mr. Manuel José de Silva, Redaction du Annuario Commercial de Portugal*, Lisbonne, Palacio Foz. [podać przy tem seryę i numer karty uczestnictwa, jeżeli ją zgłaszający się już posiada].

Można i bilet z zgłoszenia się (*billet d'adhésion*) i pieniądze posłać wprost na ręce jeneralnego sekretarza komitetu wykonawczego pod adresem: *Monsieur le professeur Miguel Bombarda, Lisbonne, Nova Escola Médica*, a komitet polski łaskawie uwiadomić o dokonanej fakcie.

Tytuły prac naukowych, mających się na kongresie wygłosić, winny być podane przed 1-ym marca z dodaniem krótkiego streszczenia w języku francuskim, niemieckim lub angielskim.

Przypominamy raz jeszcze, iż najwyższy czas podać Komitetowi polskiemu nazwiska delegatów oficjalnych towarzystw i instytucji naukowych, aby można je zakomunikować urzędownie Komitetowi wykonawczemu Kongresu.

Kolegów, którzy się już z formalnościami zgłoszenia załatwili, prosimy o wiadomość, czy karty uczestnictwa zostały im wprost doręczone. Będzie to mogło oczywiście tylko wtenczas nastąpić, gdy pieniądze zostały poprzednio przesłane.

Kraków, d. 1-go lutego 1906.

Komitet polski XV-go międzynarodowego Kongresu lek. w Lizbonie

Prof. dr B. Wicherkewicz, prezes.

— Zmarli: w Leiden prof. ROSENSTEIN, znany z prac nad patologią nerek; w Berlinie GUSSEROW, prof. akuszery i ginekologii.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wl. Gajkewicz.