

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 13

WARSZAWA, 31 SIERPNIĄ 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Oddziału chorób skórnych i wenerycznych Szpitala na Czystym w Warszawie.

(Ordynator: Dr. Stanisław MARKUSFELD).

Ogólne podstawy obecnego leczenia przymiotu.

Podał

Stanisław MARKUSFELD (Warszawa).

Rozmiar przedmiotu w stosunku do ilości miejsca, będącego do rozporządzenia, zmusza do ujęcia przedmiotu tylko ogólnego, bez kuszenia się o wyczerpanie tak olbrzymiego tematu. Należało więc ograniczyć się do postawienia szeregu pytań, niezbędnych do ujęcia całości kształtu przedmiotu, i do możliwie krótkich ściśle praktycznych odpowiedzi na nie.

Szereg pytań tych jest następujący:

- 1) Czy przymiot, wogóle, należy leczyć?
- 2) Kiedy należy rozpocząć leczenie przymiotu?
- 3) Jak długo powinno trwać leczenie przymiotu? w tem pytaniu należy odróżnić: a) jak długo powinno trwać pierwsze leczenie przymiotu? i b) jak często należy leczenie powtarzać?
- 4) Co należy rozumieć pod leczeniem swoim przymiotu? jak należy je przeprowadzać? jakie leczenie nieswoiste bywa często wskazane podczas leczenia przymiotu?
- 5) Przeciwwskazania do zastosowania leczenia swojego.
- 6) Leczenie miejscowe objawów przymiotu.
- 7) Jakie obecnie mamy szanse zupełnego wyleczenia przymiotu?

Piedwsze z szeregu pytań nie jest tak dziwne ze strony lekarza, jeżeli wziąć pod uwagę głosy, wypowiedziane się w tym sensie, że przymiot obecnie nie jest już chorobą tak groźną, jak niegdyś; że organizm sam posiada jakoby środki dostateczne do zwalczania zarazy, jak tego, jakoby dowodzą spostrzeżenia codzienne; że ciężkie objawy przymiotu układu nerwowego jakoteż narządów wewnętrznych dają się spostrzegać w ostatnich czasach niezwykle często, jakoby, właśnie wskutek zbyt wczesnego, zbyt długiego i zbyt często powtarzanego leczenia. Na te głosy, powstałe

zbyt pośpiesznie, jako wnioski z niedość dokładnie obserwowanych przypadków, należy odpowiedzieć, że liczne spostrzeżenia ciężkich przypadków zapoznane-go przymiotu dowodzą wprost przeciwnie, iż ustrój ludzki nie zawsze, niestety, posiada dość środków obronnych. Każdy objaw przymiotu zależy, jak wiemy, zarówno od warunków anatomicznych, jak i czynnościowych danego narządu w zakażonym ustroju. A więc już z samej istoty rzeczy niektóre osobniki skutkiem przepracowania na tle ciężkich warunków życia obecnego mają właśnie w układzie nerwowym i w ważnych narządach wewnętrznych — *locus minoris resistentiae*. Jednocześnie nie należy zapominać, że postępy wiedzy lekarskiej umożliwiają nam dokładniejsze i wcześniejsze rozpoznanie tych cierpień; a więc, reasumując, jeżeli obecnie częściej spotykamy przymiot wyżej wspomnianych narządów, to wcale nie dlatego, że obecnie mamy więcej przypadków przymiotu i że cierpienia przymiotowe układu nerwowego i narządów wewnętrznych procentowo częściej się zdarzają wskutek innych ubocznych przyczyn, lecz że obecne warunki życia cywilizowanego przyczyniają się do występowania właśnie tych objawów, że ich staranniejsz szukamy i umiemy rozpoznać.

Bo, jak wiemy z ostatnich prac statystycznych¹⁾ co do rozprzestrzeniania się przymiotu, liczba spostrze-ganych przez nas świeżych przypadków przymiotu w ostatnich czasach znacznie się zmniejsza, w czem nie możemy nie widzieć i rezultatów umiejętnie przez nas prowadzonej walki z przymiotem; wyraża się ona, poza szeroką akcją uświadamiania chorych drogą propagandy przy pomocy odczytów, broszur, pokazów, poradni, ułatwienia leczenia bezpłatnego i t. d., przeważnie w energicznym, dostatecznie długim swoim le-czeniu i w rozpoczynaniu tego leczenia jaknajwcześ-

1) Zjawily się w ostatnich dniach prace, kwestjonujące prawdziwość wniosków, wyprowadzonych w wyżej wspomnianych pracach (Jadassohna i Almquista) statystycznych, i objaśniające zmniejszenie się liczby chorób wenerycznych (nie tylko przymiotu, ale i wiewióra) wahaniami, nieraz już i dawniej spostrzeganymi (*genius epidemicus?*), powrotem do h. normalnych warunków życiowych. zbyt małymi liczbami, jako materialem statystycznym, i jednostronnością tego materiału.

niej, nie bacząc na zwolenników czekania na wyraźne objawy okresu lepieżowego, jakoby dlatego, że liczne objawy przymiotu skóry i błon śluzowych ułatwiają ustrojowi wytwarzanie przeciwciał, i że jakoby ciężkie objawy późnego przymiotu spostreżamy przeważnie w tych przypadkach, w których było brak objawów ze strony skóry i błon śluzowych we wczesnym okresie przymiotu.

Późny przymiot narządów wewnętrznych, spostreżany niekiedy w przypadkach z lekkim przebiegiem okresu lepieżowego, objaśniamy niedostatecznym leczeniem, wywołanym brakiem objawów okresu drugiego, zmuszających zwykle chorych do powtarzania leczenia.

Rozpoczynamy leczenie z chwilą postawienia pewnego rozpoznania. Rozpoznanie to stawiamy na mocy objawu pierwotnego, o ile jest on dostatecznie charakterystyczny; obecności krętka bladego w wydzielinie objawu pierwotnego; współistnienia innych objawów wczesnego przymiotu; na mocy wywiadów lekarskich i konfrontacji, o ile to jest możliwe; odczynów krwi (Wassermann, Sachs-Georgi i t. d.) i płynu mózgowordzeniowego.

Z tą chwilą, gdy mamy pewność, że dany ustrój jest zakażony przymiotem, rozpoczynamy leczenie, które w zasadzie musi trwać tak długo, aż ustrój wytworzy ilość przeciwciał, wystarczającą do zwalczania zakażenia; należy więc prowadzić leczenie nie tylko aż do ustąpienia wszelkich objawów przymiotu, ale, przy nieistnieniu przeciwwskazań, tak długo, jak nam doświadczenie kliniczne nakazuje.

Wynikiem odczynu Wassermanna przy rozstrzygnięciu tego pytania, niestety, nie możemy się kierować, gdyż często odczyn ten nie znika narazie nawet po bardzo energicznie przeprowadzonym leczeniu; w innych przypadkach znika bardzo późno, nie mówiąc o tem, że często przeprowadzamy leczenie przy ujemnym Wassermannie. Z drugiej strony odczyn Wassermanna znika nieraz bardzo prędko, a doświadczenie nas uczy, że w tych przypadkach i nawroty po zaprzestaniu leczenia zjawiają się również szybko.

Przy obecnym stanie nauki stosujemy leczenie swoiste w warunkach przyjaznych, jako jedną kurację przez miesiące trzy bez przerwy.

Powtrzymamy kurację, nawet bez istnienia nawrotu, czy to w postaci objawów chorobowych, czy też w postaci dodatniego odczynu Wassermanna we krwi lub płynie mózgowordzeniowym, w przypadkach świeżego przymiotu przez pierwsze dwa lata. W pierwszym roku 3 kuracje, w drugim roku 2-je. Obserwując starannie przez pierwsze dwa lata chorego, tak leczonego, nabywamy, w przeważnej większości przypadków, przekonania, że chory jest zdrowy. Pozwalamy więc choremu na wstąpienie w związki małżeńskie, jako niezaraźliwemu już i, zastrzegając sobie dalszą obserwację chorego od czasu do czasu, względnie w razie zjawnienia się objawów chorobowych, uważamy go za zdrowego, o ile, powtarzamy, obserwacja chorego była ciągła, dostatecznie długotrwała, wypadła dodatkowo o ile leczył się on starannie przez lat dwa, względnie, o ile upłynął rok od ostatniego objawu przymiotu.

Pod leczeniem swoistem należałoby analogicznie do leczeń swoistych innych chorób zakaźnych rozumieć leczenie, przeprowadzone surowicami uodpornionych

zwierząt lub ludzi, względnie odpowiednio przygotowanymi hodowlami pasorzytów przymiotu. W obecnym stanie nuki, pomimo pewnych usiłowań w tym kierunku, niejednokrotnie czynionych, nie mamy jeszcze zupełnie danych do przeprowadzania takiego leczenia. Używamy więc wyrażenia leczenie swoiste w znaczeniu jeszcze z przed odkrycia krętka bladego, jako leczenia, które, wprowadzając do ustroju chorego metale, przeważnie ciężkie, robi to, na mocy długoletniego doświadczenia, w celu wyzyskania środków obronnych, wytworzonych w ustroju, jako bezpośrednich lub pośrednich przeciwciał w walce z przymiotem. Pod leczeniem zaś nieswoistem, pomocniczem będziemy rozumieć wszelkie inne leczenie, wzmacniające ustrój, potęgujące leczenie swoiste najrozmaitszą drogą, jak np. szczepienie zimnicy, proteinoterapia, stosowanie środków napotnych, moczopędnych, drastycznych itp.

Do leczenia swoistego stosujemy ciężkie metale, przeważnie rtęć, bizmut i arsenik.

Rtęć stosujemy albo drogą naskórną, w postaci wcierania maści, noszenia na gołym ciele tkanin, przepojonych rtęcią, okadzań preparatami rtęci, kąpiei sublimatowych, albo też przez przewód pokarmowy, albo wreszcie podskórną, wśródmięśniowo lub wśródżylnie. Wszystkie te sposoby stosowania rtęci właściwie dzielą się na stosowanie rtęci przez a) narządy oddechowe (kąpiele sublimatowe, okadzania, wcierania szaruchy, noszenie fartuszków, przepojonych preparatami rtęci); b) przez narządy pokarmowe; c) przez drogi chłonne i krwionośne.

Weierania szaruchy (1 część *Hydrargyri vivi* na 3 części *Az. porci*) przez czas długi stanowiły, po zaprzestaniu stosowania rtęci w postaci okadzań, ulubioną metodę stosowania rtęci; dopiero stosowanie rtęci w postaci wstrzykiwań podskórnych lub wśródmięśniowych usunęło tę metodę stosowania rtęci na plan drugi. Ponieważ, jak pokazały liczne prace, rtęć przez skórę nie wchłania się, niewątpliwy efekt działania tej metody można sobie objaśnić tylko wchłanianiem się rtęci drogą oddechową z depot na skórze i bieliznie chorego. Ilość rtęci, dostająca się do ustroju zarówno przy stosowaniu wcierań, jak i fartuszków rtęciowych, nie może być dokładnie obliczona i wogóle może być nieznaczną. Metoda ta brudna, niedogodna przez zabierającą dużo czasu i kłopotliwe weieranie, nieobliczalną ilość wchłoniętej rtęci, wogóle, nieznaczną ilość rtęci, której tą drogą można ustrojowi dostarczyć, nie daje jej żadnej przewagi nad metodą zastrzykiwań. Stosujemy wcierania szaruchy codziennie, w ciągu godziny, w ilości 2,00 do 4,00 szaruchy na raz, podzielwszy całą powierzchnię skóry na 6 części, codziennie zmienianych (lewa kończyna górna; prawa k. g.; lewa k. d.; prawa k. d.; lewy bok, plecy i pośladek; prawy bok, plecy i pośladek, — wszędzie po stronie wewnętrznej, po usunięciu nadmiernego uwłosienia); kąpiel stosujemy po każdym 6 wcieraniach siódmego dnia i w ten dzień także wcieramy. Wcierania stosujemy serjami po 6 tygodni = 42 wcieraniom; na jedną kurację stosujemy nieraz 2 serje.

Kąpiele sublimatowe zalecamy dzieciom do 2-letniego wieku; na jedną kąpiel bierzemy 1/2 do 1,00 sublimatu zależnie od wielkości wanienki i wagi ciała dziecka. Kąpiel temperatury 28°—29° R. trwa 15—20 minut, stosujemy kąpiele codziennie przez 8 do 12 tygodni. Jest to także droga wchłaniania się rtęci przez na-

rzędy oddechowe. Przez drogi trawienne, metodą, ulubioną dawniej przez francuzów, obecnie leczenia przeważnie nie prowadzimy, gdyż wszystkie preparaty rtęciowe, stosowane w tym celu (*Liquor Van-Svieteni, hydrargyrum oxydulatum tannicum* i t. d.) już w małych dawkach wywołują rozstrój żołądkowo-kiszkowy. Najczęściej stosujemy obecnie leczenie rtęcią za pomocą zastrzykiwań wśródmięśniowych związków nierozpuszczalnych rtęci, gdyż tylko tą drogą możemy większe ilości rtęci przez czas dłuższy do ustroju wprowadzić. Związków rozpuszczalnych rtęci, jako, przeważnie, w słabych roztworach łatwo się wsysających, możemy ustrojowi dostarczać tylko w niewielkiej ilości, gdyż są one z ustroju natychmiast wydalane, jak tego dowodzą prace nad szybkością wydzielania się rtęci z ustroju przy stosowaniu związków rtęciowych rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych. Depot, które w ustroju zakładamy przy stosowaniu środka nierozpuszczalnego, mało drażniącego tkanki, najczęściej bywa powoli, równomiernie wsysane i powoli wydalane. Tylko w przypadkach, gdy płyn, nieumiejętnie wstrzyknięty lub zbyt drażniący tkanki, wywoła zapalenie otaczających tkanek, wsysanie z początku nie odbywa się wcale lub bardzo powoli, a później, po ustąpieniu zapalenia, naraz większe ilości rtęci bywają wsysane, powodując nieraz objawy zatrucia rtęcią (*stomatitis, colitis, nephritis*). Dlatego też przed każdym zastrzyknięciem sprawdzamy stan depôt rtęciowych w pośladvkach i, w razie istnienia objawów zapalnych na miejscu wstrzykiwań, przerywamy na czas pewien, zwykle kilkudniowy, wstrzykiwania, starając się jednocześnie z pomocą wianien letnich i okładów zmniejszyć miejscowe objawy zapalne. Wobec powyższego unikamy środków rtęciowych, wywołujących duży odczyn ze strony tkanek otaczających (*Calomel, ol. cinereum*), a stosujemy przeważnie 10% salicylan rtęci białego, nie szarego koloru w wodnej zawieszynie z 1% *pulv. gummii arabici*. Stosujemy zwykle 3 razy tygodniowo zastrzykiwania wśródmięśniowe aż do 1,0 na dawkę, zależnie od wagi i stanu zdrowia chorego, przy braku przeciwwskazań (ogólny stan chorego, stan nerek, kiszki itd.) średnio po 0,1 zawiesziny na każde 10 kgr. wagi. Wstrzykujemy, przy pedantycznym stosowaniu prawidłowej aseptyki, na przemian w każdej z pośladvków wzdłuż linii prostopadłej, oddalonej na 3 poprzeczne palce na zewnątrz od krętarza wielkiego, tak, że nieparzyste wstrzykiwania robimy w lewy pośladek, a parzyste w prawy; 1-e i 2-e wstrzykiwania na wysokości krętarza wielkiego (*trochanter major*), 3-cie i 4-te na trzy poprzeczne palce powyżej pierwszych wstrzykiwań, a 5-te i 6-te w takiej odległości poniżej, 7-me zastrzyknięcie robimy na miejscu 1-go i t. d., gdyż do tego czasu poprzednie zastrzyknięcie zostało bez śladu wessane; używamy igły ostrej, nie za cienkiej, dość długiej (do 5 cm), wstrzykujemy powoli, nie zastawiając, przez ujęcie 2 palcami lewej ręki skóry naokoło i nad ułknięciem w fałdę, przy wyjmowaniu igły ani kropli płynu w kanale ułknięcia; wstrzykujemy powoli po przekonaniu się, że igła nie jest w żyłę — przez aspirację tłokiem strzykawki, względnie przez zdjęcie z igły strzykawki; masujemy, jodynujemy, pokrywamy miejsce ułknięcia kawałkiem plastra obojętnego (albuplast).

W ostatnich latach z grupy ciężkich metali zaczęto stosować w leczeniu przymiotu bardzo często pre-

paraty bizmutu rozpuszczalne, nierozpuszczalne, a nawet wcierania maści bizmutowej zupełnie analogicznie do wcierań rtęci. I tutaj zatrzymano się, przeważnie, na związkach nierozpuszczalnych, których liczba jest duża. U nas stosujemy najczęściej Quimby i Bismogenol. Quimby (jodo-chinino-bizmut) stosujemy w dawkach do 3 cm. naraz, a Bismogenol do 1 cm. Technika, liczba, częstość zastrzykiwań odpowiada stosowanym przy użyciu *Hg. salicylicum*. Co do przewagi, jaką, jakoby, ma stosowanie bizmutu nad stosowaniem rtęci, to obecnie, po kilku latach stosowania bizmutu, wylania się wśród lekarzy coraz bardziej przekonanie, iż bizmut nie ma żadnej przewagi nad rtęcią co do zapobiegania ciężkim nawrotom, szybkości ustępowania objawów, czasu trwania leczenia lub pod względem komplikacyj, wywoływanych leczeniem. Tylko w razie istnienia w ustroju specjalnej wrażliwości na rtęć, występującej w postaci objawów chorobowych ze strony przewodu pokarmowego, skóry, gorączki, upadku sił, zwracamy się do bizmutu i kończymy leczenie bizmutem.

Co do stosowania arszeniku w postaci Ehrlichowskiego salwarsanu, neosalwarsanu lub pod innymi nazwami nowarsenobenzolu, neosalutanu, neosalwanu, obejmujących preparaty dioksy-diamido-arsenobenzolu, to proponowana przez Ehrlicha „sterilisatio magna“ dotychczas nie dała się skutecznie. Co raz liczniejsze są głosy obiektywne, bogate w tyloletnie stosowanie preparatu Ehrlicha, że wprawdzie objawy przymiotu na skórze i błonach śluzowych pod wpływem salwarsanu może prędzej znikają, niż przy stosowaniu rtęci lub bizmutu, ale w sprawie najbardziej nas obchodzącej zapobiegania objawom trzeciorzędowego przymiotu lub nerwowego, jakoteż częstości nawrotów nadzieje nasze, pokładane w tym środku, dotychczas nie zostały ziszczone. Stosujemy więc dożylnie neosalwarsan lub identyczne z nim preparaty krajowe nowarsenobenzol Billona, neosalutan lub neosalwan, jako potężny środek przeciwprzymiotowy jednocześnie z rtęcią lub bizmutem, co 4 — 7 dni, najczęściej co 7 dni, w dawkach dla dorosłych 0,3 — 0,6, przyczem pierwszą dawkę stosujemy w ilości 0,15, następne po 0,3, od 4-ej do 8-ej po 0,45, a ostatnie dwie, o ile niema przeciwwskazań, po 0,6, u kobiet z małą wagą i dwie ostatnie dawki po 0,45; salwarsan rozpuszczamy w wodzie podwójnie przekroplonej czystej lub z afenilem albo cukrem gronowym; ilość wody 5 (0,15—0,3 salwarsanu—10 cctm. (0,3—0,6)). Wstrzykujemy salwarsan do jednej z żył przeguba łokciowego, względnie, przedramienia lub ramienia; w tych przypadkach, gdzie na górnych kończynach (szczególniej u kobiet) żyły nie są widoczne, ani wyczuwalne, szukamy żył powierzchownych w jamie podkolanowej lub na podudziach. Obmywamy skórę danej okolicy spirytusem mydłanym i jodyną 10 krotnie rozcieńczoną spirytusem, wywieramy ucisk powyżej miejsca, gdzie planujemy wstrzyknięcie, masujemy okolice tę i, ściągawszy skórę na dół, po wyprężeniu ręki chorego i oparciu jej o piersi lekarza, szybkim ruchem staramy się wejść do żyły. Cienka, ostra, dobrze na strzykawce nasadzona igła jest *conditio sine qua non*. O ile krew w strzykawce się nie pokazuje, pociągamy lekko tłokiem dla przekonania się, czy jesteśmy w żyłce i, po przekonaniu się o tem, wolno, równomiernie wstrzykujemy, pamiętając, żeby powietrze, ze strzy-

kawki do żyły się nie dostało. O ile nie trafiliśmy do żyły, staramy się na drugiej ręce lub na tejże do innej żyły trafić. Jeżeli w czasie wstrzykiwania występuje ból silny lub powstaje kuliste wzniesienie—dowody, że wstrzykujemy nie wśród-, lecz okołożylnie, przerywamy w tem miejscu zastrzykiwanie. Staramy się, aby chory przed i po zastrzyknięciu nadmiernie fizycznie nie pracował, względnie, żeby parę godzin odpoczął; co do jedzenia, to bezpośrednio przed i po zastrzyknięciu nie pozwalamy choremu objadać się. Jeżeli zastrzykujemy w godzinach rannych, chory wypocząty wypija na godzinę przed zastrzyknięciem szklankę herbaty lub mlecznej kawy z jedną lub dwiema bułeczkami. Po zastrzyknięciu, nawet gdy chory czuje się jaknajlepiej, dopiero w 3 — 4 godziny pozwalamy zjeść umiarkowany objad. Salwarsanu wśródmięśniowo lub w postaci wlewań do odbytnicy nie stosujemy.

Co do stosowania Stowaraolu, jako środka zapobiegawczego, to, w braku własnego doświadczenia, opierając się na danych z literatury, musimy go uważać, jako odpowiedni środek zapobiegawczy w tych przypadkach, w których chory przez czas pewien pozbawiony jest opieki lekarza feldowca.

Jako leczenie swoiste pomocnicze, stosujemy najczęściej jednocześnie z rtęcią lub bizmutem i arsenem jodek potasu, zwykle w dawce dziennej $1\frac{1}{2}$ — 3,0 w mleku po jedzeniu. Jeżeli w czasie przebiegu leczenia nie było objawów, zmuszających do stosowania jodu (ból okostny, głowy, stawów) lub po ich ustąpieniu przerywamy stosowanie jodu podczas leczenia swoistego, a stosujemy go w przerwach między leczeniami w dawkach, wyżej podanych, zależnych od tolerancji ustroju.

W ostatnich latach za przykładem lekarza wiedeńskiego Wagnera stosujemy w leczeniu paraliżu postępującego, jako leczenie przygotowawcze do leczenia specyficznego lub po leczeniu specyficznem, szczepienie zimnicy lub duru powrotnego. Przy stosowaniu szczepienia zimnicy, do której wyłącznie w tym celu ostatnio się zwracamy, po dokładnem zbadaniu chorego i przy braku przeciwwskazań ze strony narządów wewnętrznych (przeważnie serca i płuc) i przy dobrej tolerancji chorego na chininę, wstrzykujemy podskórnie lub wśródmięśniowo 2 — 5 cm.³ krwi osobnika, u którego we krwi znaleźliśmy plazmodje zimnicy, nieobciążonego gruźlicą i po za malarją zupełnie zdrowego. Po 10 — 14 dniach występuje pierwszy napad zimnicy. Podczas napadów zimnicy mało interwenjujemy, o ile nie ma jakich ważnych wskazań, po zachowaniu warunków higieny, odpowiednich dla chorego gorączkującego. Chory przechodzi 10 — 12 ataków, poczem otrzymuje 1 gram chininy na jednorazową dawkę; jeżeli dawka ta nie wywołała spadku ciepłoty ciała do normy, powtarzamy ją jeszcze raz na drugi dzień; zwykle spadek ciepłoty do normy ma miejsce, i dajemy następnie przez 7 — 10 dni, chociaż ciepłota ciała jest normalna, 2 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ grama chininy. Poprawy po stosowaniu zimnicy nie raz bywają zadziwiające. We władze rdzenia poprawy nie są tak częste i wybitne. Stosowanie w świeżych przypadkach przymiotu zimnicy zamiast leczenia

zwykłego specyficznego nie dało, jak dotychczas, żadnych wybitnych rezultatów. W paraliżu postępującym zarówno leczenie zimnicą, jak i specyficzne powtarzamy kilkakrotnie z przerwami, zależnie od warunków chorego i jego ustroju.

W przebiegu leczenia specyficznego nieraz zmuszeni jesteśmy zwracać się do stosowania różnych pomocniczych środków leczniczych. Do takich należy stosowanie środków napotnych, moczopędnych i nawet czyszczących. Stosujemy to wtedy, gdy rezultaty leczenia długo na siebie dają czekać, i liczymy na to, że temi metodami uda nam się większe ilości środka specyficznego do krwioobiegu wprowadzić. Stosujemy w tym celu stary środek *Decoctum Zittmanni fortius et mitius* w ilości 400 — 500,00 dziennie, jako ciepły, łykami pity napój. Zwykle rano dajemy mocny, zawierający ślady rtęci, gdyż przy przygotowywaniu mocnego odwaru Zittmanna wygotowuje się w nim woreczek muślinowy z kolomelem; w skład odwaru Zittmanna wchodzi *Radix Sarsaparillae, lignum Guajaci* i inne roślinne ingredjencje. Odwar Zittmanna wywołuje silne działanie napotne i czyszczące. Często stosujemy także działanie wyłącznie napotne w postaci codziennych kąpiei o ciepłocie 30° — 32° R. w przeciągu $\frac{1}{2}$ do całej godziny lub łaźni parowych co 2-gi dzień. Wspomniane wyżej leczenie zimnicą należy zaliczyć do tej właśnie grupy środków pomocniczych.

Należy jeszcze wspomnieć, że podczas całego leczenia specyficznego chory musi być pod ścisłym nadzorem lekarza, że muszą być zachowane warunki higieniczne co do mieszkania, odpowiedniego odżywiania (ilość białka zwręcego przyjmowanego z pokarmem musi być względnie znaczna—do $\frac{1}{2}$ kg. mięsa dziennie; w razie niemożności stosowania mięsa w tej ilości, należy w odpowiednim stosunku zwiększyć ilość przyjmowanego białka roślinnego), dostatecznego snu, zabezpieczenia chorego od nadmiernej pracy fizycznej lub umysłowej. Stan zębów przed rozpoczęciem leczenia powinien być skontrolowany i doprowadzony do porządku dla zapobieżenia zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej i dziąseł, co zwykle bardzo utrudnia przyjmowanie i żucie pokarmów i pozbawia chorego snu. Z tego powodu od samego początku leczenia nie należy zapominać o higienie jamy ustnej, a stosować płukania, pędzlowania. Dla uniknięcia zapaleń kiszek grubej należy pamiętać o doborze potraw lekko strawnych, jarzyny odpowiednio przyrządzone i świeże owoce w umiarkowanej ilości nie są przeciwwskazane. W razie wystąpienie objawów nieżyty kiszeki grubej (*colitis mercurialis* — częste, płynne stolce, wydymania, śluz w stolcach i t. d.), zmuszeni jesteśmy przerwać na czas pewien leczenie swoiste, względnie zastąpić rtęć bizmutem, ustanowić jakościowo i ilościowo dietę, zastosować odpowiednie środki lekarskie (np. tannalbinę kilka razy dziennie po 1,0).

Mocz (u niewiast, cierpiących na upławy, wypuszczony cewnikiem) musi być badany przed początkiem leczenia i w ciągu leczenia nie rzadziej, niż co tydzień, nie tylko chemicznie, ale, co jest może jeszcze ważniejsze, i mikroskopowo, gdyż często w przebiegu leczenia, szczególnie przy leczeniu bizmutem, po za dość obfi-

tem złuszczeniem się nabłonka nerkowego, spotykamy walczki nerkowe, co także może nas zmusić do przerwania leczenia.

Jakie są przeciwwskazania do leczenia swoistego? Czy gruźlica, gorączkowe cierpienia zakaźne, gorączki krótkotrwałe nieznanego pochodzenia, ogólny upadek odżywiania aż do mniej lub więcej wyrażonego charłactwa, bardzo wczesny lub późny wiek osobników, obarczonych przymiotem, stanowią przeciwwskazanie do leczenia swoistego? Krańcowe okresy wieku nie stanowią bezwzględnego przeciwwskazania. Leczymy niemowlęta nawet w pierwszych tygodniach życia za pomocą kąpeli sublimatowych z doskonałym rezultatem, względnie przy jednocześnie stosowanym swoistem leczeniu mamki. Co do starców, przy dobrym ogólnym stanie niezbyt duże dawki rtęci, względnie bizmutu, nie są przeciwwskazane. Wahalibyśmy się tylko co do stosowania wódrożnego arseniku przy istnieniu silnej miażdżycy naczyń.

Ciąża nie stanowi przeciwwskazania do stosowania leczenia przeciwprzymiotowego; przeciwnie, jeszcze większy w tych przypadkach położyć należy nacisk na natychmiastowe rozpoczęcie i staranne przeprowadzenie leczenia, albowiem idzie tutaj o dwa życia. Należy jednak uwzględnić nie tylko warunki, których wymaga przeprowadzenie leczenia, i o których mówiliśmy powyżej, ale i liczyć się z warunkami, stworzonymi przez ciążę. W kolosalnej większości przypadków, o ile zakażenie matki jest nie tak świeże lub nastąpiło w drugiej połowie ciąży (a więc jest bardzo świeże), ciąża dochodzi do końca przy energicznym leczeniu, płód jest donoszony, normalny, zdrowy; jednak po przyjściu na świat dziecko takie powinno być znowu leczone. W tych zaś przypadkach, gdy płód jest skutkiem przymiotu niezdolny do życia, ciąża kończy się poronieniem — przymiot więc w żadnym razie nie stanowi wskazania do przerwania ciąży.

Ostre cierpienia zakaźne stanowią przeciwwskazanie do stosowania leczenia swoistego i, w razie ich wystąpienia, przerywamy leczenie swoiste. Krótkotrwałe gorączki nieznanego pochodzenia nie są przeciwwskazaniem do stosowania leczenia. Wystąpienie gorączki, zależnej od przymiotu, należy obecnie do rzadkości, choć zaprzeczać możliwości istnienia jej nie można; nie stanowi ona przeciwwskazania. Nowotwory, którym nie towarzyszy upadek sił, względnie charłactwo, nie stanowią przeciwwskazania. Przy istnieniu ogólnego upadku odżywiania, względnie charłactwa, niezależnego od przymiotu, staramy się przed rozpoczęciem leczenia swoistego podnieść stan ogólny chorego; przy podejrzeniu zaś zależności tych stanów od przymiotu rozpoczynamy przy ogólnym leczeniu wzmacniającym ostrożne, systematyczne leczenie swoiste.

Wreszcie gruźlica, o ile jej nie towarzyszą ciągła wysoka ciepłota i objawy szybkiego rozpadu w płucach, nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania, i każdy z nas pamięta liczne przypadki dobrego wyniku sto-

sowania leczenia swoistego u chorych gruźliczych, zarażonych przymiotem. Niestosowanie zaś leczenia swoistego w tych przypadkach prowadzi często do wybuchu ostrej gruźlicy rozpadowej.

Stosowanie ogólnego leczenia swoistego nie wyłącza leczenia miejscowych objawów przymiotu. Szczególniej musi to dotyczyć pierwotnego nacieczenia przymiotowego, jak niemniej i lepieży. Pierwotne nacieczenie przymiotowe staramy się unieszkodliwić dla otoczenia za pomocą obandażowania go; przy obfitej wydzielinie stosujemy okłady ze słabych roztworów środków przeciwgnilnych, względnie, przy małej wydzielinie stosujemy maść kalomelową, plaster de Vigo z rtęcią. Pierwotne nacieczenia przymiotowe, o ile im nie towarzyszy wtórne zakażenie pasorzytami ropotwórczymi, względnie *streptococcus* D u c r e y — U n n a. goją się dobrze, wyjąwszy te przypadki, kiedy warunki anatomiczne miejsca zakażenia pierwotnego (luźna tkanka warg ust, języka, warg sromnych małych, *orificium urethr. ext.*, palce u rąk) nie sprzyjają powstrzymaniu szerzenia się nacieczenia przymiotowego, przez co zmuszeni jesteśmy do długotrwałego i bardzo starannego leczenia, przyczem rozpoczęcie leczenia ogólnego stnowi znaczną pomoc.

Lepieże sromu, naokoło otworu stolcowego, moszny leczymy okładami z *Aq. phagedaenic. nigr.*, względnie przypalaniem *Argento nitrico in subst.* z następczem pendzlowaniem nalewką jodową. Lepieże jamy ustnej i języka leczymy azotanem srebra i nalewką jodową. Liszajce uwłosionej skóry głowy smarujemy *Ung. hydrarg. pti albi*.

Co do objawów trzeciorzędowego przymiotu skóry (*gummata cutanea et subcutanea*), leczymy je 10% jodoformową maścią, względnie, przy istnieniu większych objawów zapalnych w otaczającej tkance — okładami z octanu glinu.

Stosując wyżej opisane zasady leczenia przymiotu, osiągamy najczęściej wyniki doskonałe. Dane z Niemiec i Szwecji, co do zmniejszenia się liczby ciężkich form i świeżych przypadków przymiotu są zgodne z rzeczywistością i wszędzie tam osiągane, gdzie do leczenia przymiotu służą dość liczne, dobrze działające specjalne oddziały szpitalne. Tak więc, upewniając chorego, że przy ścisłym stosowaniu wielokrotnego, dostatecznie za każdym razem długiego leczenia swoistego chorego po 2-3 latach może wstąpić w związki małżeńskie bez szkody dla drugiej połowy i dzieci, jesteśmy w zgodzie z rzeczywistością, i, według wszelkiego prawdopodobieństwa, sam chorego osobnik jest zabezpieczony od wystąpienia objawów przymiotu narządów wewnętrznych i układu nerwowego.

Przymiot jest chorobą w kolosalnej większości przypadków bezwzględnie uleczalną.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału wewnętrzznego „B“ Szp. Św. Łazarza w Warszawie.
(Ordynator: Doc. dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

Kilka uwag o przebiegu duru brzusznego podczas epidemii roku 1926—27.

Podali

Jerzy MUSZKATENBLIT i Marja MANCEWICZ.

(Warszawa).

(Warszawa).

Na skutek rozporządzenia Inspektora Szpitali Warszawskich część naszego oddziału została od połowy października roku ubiegłego przeznaczona dla chorych na dur brzuszny. Dur brzuszny według danych urzędów sanitarnych miał naogół przebieg łagodny i uważany był, jako niewielkie nasilenie zwykłej endemii.

Przebieg duru w naszym ośrodku szpitalnym przedstawiał się jednak, wbrew danym statystycznym, daleko poważniej, ponieważ mieliśmy do czynienia głównie z chorymi, przybywającymi z innych szpitali, w których zwijano oddziały tyfusowe i skąd przesyłano do nas przeważnie przypadki ciężkie. Naogół od połowy października roku ubiegłego do końca lutego r. b. przeszło przez nasz oddział 80 przypadków duru, wśród których mężczyzn było nieco więcej, aniżeli kobiet. Większa część chorych rekrutowała się ze sfer robotniczych oraz z mieszkańców okolic podmiejskich, którzy nieraz przybywali całymi rodzinami.

Zanim przystąpimy do omówienia niektórych odchyłeń od normy, już z góry musimy zaznaczyć, iż przebieg duru był naogół bardzo ciężki, w większości przypadków z nawrotami, z częstymi powikłaniami oraz z dużą śmiertelnością, wynoszącą 25% leczonych przypadków.

Chorzy przybywali przeważnie w końcu drugiego tygodnia w stanie bardzo ciężkim, dającym się ująć w jednolitym obrazie: ogólny bezwład lub też często gwałtowne podniecenie, które w kilku przypadkach zmusiło nas do nałożenia kaftana bezpieczeństwa; temperatura sięgała przeważnie 40°, często i wyżej; twarz sinawa z wybitnym bladym, białawym odcieniem w okolicy nosa i górnej wargi, nozdrza rozdymające się przy wdychu i jak gdyby napelnione sadzą, drobny pot pokrywa górną wargę; usta rozwarte, wargi, zęby i dziąsła pokryte ciemnym, gęstym, ciągnącym się nalotem, z trudem dającym się zmyć; kończyny górne, a zwłaszcza dolna szczerka przy najmniejszym wysiłku chorego przechodziły w stan drżenia; oddech mocno przyspieszony.

Z powikłań najpoważniejszych musimy podkreślić przedziurawienie jelit i krwotoki jelitowe, których na ogólną liczbę chorych 80 zanotowaliśmy 19, z tego 5 przedziurawień i 14 przypadków krwotoku. Zaznaczamy, że krwawienia jelitowe występowały często u tych osobników, u których w pierwszym okresie choroby stwierdzało się krwawienie z nosa lub dziąseł. Chociaż nie mogliśmy w swoim czasie przeprowadzić badań hematologicznych, przypuścić jednak należy, że byli to osobnicy, obciążeni skłonnościami do krwotoczności, u których infekcja durowa obostrzała lub wywoływała te skłonności.

Spostrzeżenia te znajdują potwierdzenie w artykule Weila i Léwy¹⁾, którzy, badając krwotoczność u chorych na dur brzuszny, znajdują albo skłonność do krwawień już w okresach, poprzedzających dur brzuszny, albo występującą w czasie samej choroby. Uważają oni, że dur brzuszny wywołuje krwotoki w miejscach swoistych porażen jelitowych nietyle w zależności od stopnia owrządzenia miejscowego, ile głównie dzięki zmianom we krwi, które występują jednocześnie z posocznicą durową lub też już istnieją u niektórych osobników, jako element organiczny wrodzony, często dziedziczny.

Z innych poważnych powikłań podać możemy jeden przypadek zapalenia mózgowo-rdzeniowego, jeden przypadek lewostronnego bezwładu i jeden zapalenia wśierdzia (stwierdzony sekcyjnie). W przypadku zapalenia mózgu dur miał przebieg bardzo ciężki: 3 nawroty oraz krwawienia jelitowe, które trwały 12 dni, wysoka ciepłota utrzymywała się w ciągu 82 dni; przypadek zakończył się śmiercią. W przypadku porażenia połowiczego, który również zakończył się zejściem śmiertelnym, nawrotów było dwa, a krwawienia jelitowe trwały 10 dni.

Z odchyłeń od normy zaznaczyć musimy, iż odczyn dwuzakowy Ehrlicha niezawsze zachowywał się jednakowo. W wielu przypadkach nie widać było żadnej równoległości pomiędzy odczynem a ciepłotą; często po spadku temperatury odczyn dodatni utrzymywał się jeszcze przez szereg dni (w 6 przypadkach do 10 dni po spadku).

Również godne podkreślenia są takie objawy, jak obserwowane przez nas w pierwszym okresie choroby owrządzenia gardła, zlokalizowane prawie wyłącznie na przednich łukach. Obserwowaliśmy również objaw opisany przez Filippowicza pod nazwą „*signe planto-palmainre*“, polegający na charakterystycznym szafranowym zabarwieniu skóry dłoni i podeszew. Objaw ten widzieliśmy prawie u wszystkich naszych chorych; nie jest on bynajmniej objawem swoistym dla duru brzusznego, bo spotyka się i w innych zakażeniach i zatruciach. Mieliśmy zresztą możność zaobserwowania tego objawu w czasie przebywania na naszym oddziale chorych w 1924 roku, w czasie masowego zatrucia w Henrykowie, co w swoim czasie opisali Doc. Semerau-Siemianowski, J. Typograf i W. Ręczajski²⁾.

Na jedno jeszcze ciekawe odchylenie od normy musimy zwrócić uwagę, mianowicie, że u 9-ciu chorych stwierdziliśmy obecność acetonu w moczu z objawami acetonemii. Zaznaczamy, że aceton zjawiał się czasem podczas rekonwalescencji, kiedy chorzy byli już dostatecznie odżywieni. Mamy tu prawdopodobnie do czynienia ze szczególnym oddziaływaniem czynności wątroby na zakażenie durowe u ludzi osobniczo, względ-

1) Paul Emile Weil et Robert Léwy. La Presse Medicale 2 marca 1927 r.

2) Doc. dr. Semerau-Siemianowski, dr. J. Typograf i dr. W. Ręczajski. W sprawie epidemii w Henrykowie Angiodermatotoxicosis exudativa infectiosa epidemica. Polska Gazeta lekarska Nr. 7, 1925 r.

nie rasowo upośledzonych, za czem przemawiają pewne dane kliniczne. O acetonie w przebiegu duru brzuszno-go ukaże się zresztą specjalne doniesienie z naszego oddziału.

Podając niniejszą notatkę do wiadomości kolegów, mamy na celu wnieść niejako pewną obrazowość do cyfr statystycznych, z których zwykle czerpiemy wiadomości o rozmiarach tego lub innego okresowego nasilenia epidemii. W danym wypadku urzędy sanitarne wskazywały na dość łagodny przebieg duru brzuszno-go za okres, odpowiadający naszym obserwacjom, co znajduje się w pewnej sprzeczności z charakterem naszego materiału. O przyczynach, które się składały na dobór chorych na naszym oddziale, wspominaliśmy na

wstępie; przypuszczamy, że i inne oddziały szpitalne rozporządzają również podobnym materiałem. Ogłaszanie poszczególnych sprawozdań klinicznych o przebiegu epidemii w warunkach naszego szpitalnictwa daje możliwość odpowiednim urzędom dokładnie scharakteryzować oddzielne momenty nasilenia infekcji i w związku z tem wypracowania odpowiedniejszych sposobów zwalczania jej drogą racjonalnej organizacji ośrodków leczniczych. Podawanie do wiadomości krótkich szkiców o przebiegu choroby w poszczególnych okresach epidemii daje także czasem możliwość pogłębienia oddzielnych, często nowych cech klinicznych.

Z praktyki prywatnej.

Z kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego.

Podał

W. GUMINSKI (Warszawa).

Aczkolwiek ten dział otiatrji posiada już bogate piśmiennictwo i jest często tematem fachowych rozważań na zjazdach, musimy jednak przyznać, że strona kliniczna omawianego schorzenia jest b. często przedmiotem pomyłek z naszej strony. Dotyczą one zarówno rozpoznania, umiejscowienia, postępowania leczniczego, a nawet rokowania. Każdy z otiatrów bez uprzedzeń przyznać musi, że nieraz stwierdzał istnienie ropnia mózgu dopiero na stole operacyjnym, lub że umiejscowienie ropnia nie zawsze odpowiadało ściśle temu, gdzie znaleźć się go spodziewał.

Dalej, mimo najskrupulatniejszego traktowania nie jesteśmy pewni, czy opróżniony ropień jest jedyny, lub też, czy nie posiada jeszcze gdzieś uchyłków, mogących zniweczyć wszystkie nasze starania. Wreszcie nawet klinicznie wygojony ropień mózgu nie daje absolutnej gwarancji co do sprawności funkcji mózgowia, ani co do możliwości komplikacji na przyszłość. Każdy niemal przypadek nastroczać może pewne wątpliwości, najczęściej jednak w rozpoznaniu. Tłumaczy się to tem, że pewien okres rozwoju ropnia mózgu przebiega skrycie, prawie że bezobjawowo, większość objawów klinicznych ropnia mózgu odpowiada i innym schorzeniom jamy czaszkowej, wreszcie spotykamy się zwłaszcza w ropniach mózdzku z tak zwanymi zjawiskami „paradoksalnymi“. Pod mianem ostatnich rozumiem objawy, którym według przyjętych teorii powinny odpowiadać dane zmiany chorobowe, których jednak zabieg operacyjny lub sekcja nie wykazują, lub też, przeciwnie, istotne zmiany patologiczne nie dają żadnych objawów klinicznych. Dlatego też, rozważając wszystkie te ewentualności, śmiało możemy powiedzieć, że ropień mózgu, a zwłaszcza mózdzku nie należy wcale do działów medycyny, przez nas „opanowanych“. Wysoki procent śmiertelności we wszystkich statystykach najlepiej nas o tem przekonywa. Wydaje mi się przeto słusznem, by scho- rzenie to, bez względu na charakter przebiegu, w każdym poszczególnym przypadku znajdowało oświetlenie w piśmiennictwie fachowem.

Przypadek, który pozwalam sobie opisać, dotyczy 5-letniej dziewczynki (demonstrowany na posiedzeniu P. T. O.), która w sierpniu r. ub. zachorowała na płonicę. Dziecko leczone było w szpitalu. Już w 2 tygodniu choroby rozwinęło się ropne zapalenie ucha środkowego prawego, w którego przebiegu utworzył się ropień w okolicy skroniowej. Ropień ten otworzył lekarz oddziału, internista, przyczem miejscowo otrzymano zupełnie gładkie wyleczenie. Po 5 tygodniach pobytu w szpitalu dziecko zostało wypisane do domu z nadal trwającym ropotokiem i silnym zapaleniem nerek. W 38 dniu choroby usznej widziałem dziecko po raz pierwszy. Z wywiadów od matki dowiedziałem się, że dziecko stale ma ciepłotę podgorączkową i obfity wypływ ropy z ucha oraz skarży się chwila- mi na bóle w okolicy skroniowej. Przed 3 dniami miało 2-krotne wymioty.

Dziecko b. anemiczne, wątłej budowy, odżywianie upośledzo- ne. Przytomność zachowana. Ciepłota 37,2, tętno 62, równe, mier- nego napełnienia.

Badanie otoskopowe wykazywało mierne pod względem nasi- lenia objawy zapalne w okresie podostrym. Defekt błony bębenko- wej był b. duży, centralny, błona nie napięta. Wyrostek nie bolesny. Na poziomie smugi skroniowej (*linea temporalis*) — mała bliznka. Pewna wrażliwość przy opukiwaniu okolicy skroniowej.

Badanie słuchu wykazało: szept na 2 metry. Objawów opono- wych, błędnikowych, ataksji mózdkowej, zaburzeń czuciowych, odruchów, wreszcie objawów ze strony nerwów czaszkowych lub oka nie było. Płyn mózgowo-rdzeniowy badany nie był z przyczyn odm- nie niezależnych. Jedynie więc bóle w okolicy skroniowej, pew- na jej wrażliwość przy opukiwaniu i wymioty — były objawami, któ- re pozwalały przypuszczać jakieś powikłanie w wyrostku sutkowem, ewentualnie nawet możliwość powikłania wewnątrz-czaszkowego. Nie było możności jednak ściśle określić charakter schorzenia. Ze względu na okres rekonwalescencji (po przebytej płonicy) i odmowę przyję- cia dziecka do szpitala operacja w domu — w warunkach opłakanych Uśpienie chloroformowe. Cięcie zwykłe. Okostna odseparowuje się lekko; w miejscu dawnego cięcia — zleпка przekrwiona. Powierzchnia kości gładka; wyrostek gąbczasty. W okolicy jamy sutkowej kość nieco rozrzedzona, poszczególne komórki wypełnione ropą. Jama sut- kowa przestronna. Górna ściana jamy sutkowej zniszczona. Wobec tego obnażono oponę twardą na przestrzeni 1 złotów- ki. Opona przekrwiona, wybitnie napięta; wzmoczony przypływ ropy do jamy operacyjnej. Ilość ropy i kierunek przetoki wskazują na to, że ognisko ropnia znajduje się w mózgo- wiu. Wobec tego oponę nadcięto nazewnątr na poziomie I-go zwoju skroniowego i na głębokości 1—1½ cm. natrafiono na ropień i opróżniono go. Ilość ropy wynosiła około 3 łyżek stołowych. Sączek Opatrunki codziennie w pozycji siedzącej. Przebieg zupełnie gładki, wygojenie w ciągu 2½ miesięcy. Dwukrotne badanie w klinice neu- rologicznej (w miesiąc po zabiegu i po wygojeniu) żadnych zmian w układzie nerwowym i w oku nie wykazało.

Mieliśmy zatem do czynienia z ropniem mózgu, powstałym na tle ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego w przebiegu płonicy. Że ropień powstał tak szybko, niema w tem nic dziwnego. Wiadomo bo- wiem, że podobne ropnie w przebiegu ostrego zapale-

nia mogą rozwinać się w ciągu dni kilkunastu. Przypominam sobie przypadek ropnia mózgu (obserwowany i leczony przez mego kolegę), który rozwinął się i został opróżniony już w 3-im tygodniu przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha, które było następstwem drobnego zabiegu operacyjnego w nosie.

Zasadniczo szybko rozwijają się ropnie mózgu o charakterze „przerzutowym“; ropnie zaś pochodzenia usznego, które zazwyczaj rozwijają się drogą bezpośredniego przejścia zakażenia z chorej kości na opony i mózgowie wymagają nieco dłuższego okresu rozwoju. Naturalnie, jak w całej patologii, czynnikami decydującymi są: konstytucja, odporność i zdolność do reakcji danego osobnika, a także rodzaj i złośliwość zarazka.

Drogi i etapy rozwoju ropni mózgowia oddawna interesowały otiatrów. Sprawę tę omawiali Maceven, Preysing, Körner, a ostatnio Hofmann. Körner, rozporządzający największą liczbą obserwowanych i badanych przypadków, jest zdania, że prawie zawsze stwierdzić się daje bezpośrednie przejście zakażenia z opon na tkankę mózgowia. W tych przypadkach kora jest po większej części ścięnczała i patologicznie zmieniona. Zaledwie w 6½% Körner znalazł ją normalną. Co do tych nielicznych przypadków, przypuszcza on, że zakażenie mogło nastąpić drogą zajęcia okołonaczyniowych przestrzeni limfatycznych, ewentualnie wskutek wstecznego zakrzepu żył. Niedawno Hofmann wykazał na zasadzie szczegółowych badań drobnowidzowych drogi i etapy rozwoju ropnia usznego. Gdy więc barjera naturalna w postaci reakcji zapalnej na oponie twardej jest niewystarczająca, występując, poprzedzając pęknięcie, sklejenie opony twardej z naczyniówką. Ma to na celu, zdaniem badaczy, ograniczenie procesu zapalnego i niedopuszczenie do rozlanego zapalenia przestworzy, znajdujących się na wewnątrz. Przy potęgowaniu się czynników chorobowych powstaje dalsze spojenie pajęczynówki z powierzchnią mózgu, przez co ten ostatni zostaje ostatecznie wciągnięty w kontakt z ogniskiem ropnym w uchu. W tym to okresie daje się stwierdzić rozwój szerokiego pasma zorganizowanej włóknkowatej tkanki ziarninowej, wzdłuż osi której wyraźnie zarysowuje się strefa nacieczenia. Tą drogą zapalenie przechodzi w obręb kory. Ostatnia jednak ze względu na właściwości unaczynienia jest naogół odporna i tylko ulega schorzeniu w bezpośredniej bliskości ogniska. Według Dureta w mózgowiu istnieją 2 typy naczyń. Z jednej strony widzimy małe, drobne, bardzo liczne naczynka w korze, z drugiej zaś długie, mniej liczne, które bez rozgałęzień, przeszedłszy korę, szeroko rozdziałają się w białej substancji mózgu. Są to naczynia końcowe. Tem się tłomaczy, dlaczego zarazek, przeszedłszy korę (bądź to drogą przestrzeni limfatycznych, bądź to drogą zatoru tętnicy, czy też wstecznego zakrzepu żyły), powoduje szybko rozmiękczenie i zropienie całego odcinka mózgowia.

Na szybkość i rozległość zmian w istocie mózgowia wpływają wymienione wyżej czynniki natury ogólnej.

Od wpływów ostatnich, a nie od czasu istnienia ropnia zależy, według Neumanna, rozwój otoczki. O ile objawy zapalne rozwijają się w pełni w białej substancji mózgu, kora bierze w nich udział tylko w małym stopniu. Wpływa to również na dalsze losy owego pasma tkanki ziarninowej (która ciągnie się od ogniska w kości aż do rdzenia). Od jej bliźnowatego przeistoczenia się lub też rozpadu zależy, czy ropień staje się całkowicie odseparowany i otorbiony, czy też połączony bywa przetoką z powierzchnią chorej kości. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że w omawianym przypadku ropień mózgu rozwijał się tą utartą drogą. Trudno na pierwszy rzut oka wytłomaczyć powstanie i wygojenie się ropnia za uchem z dalszym przebiegiem sprawy zapalnej w kości. Gdyby nie umiejscowienie blizny stosunkowo wysoko na poziomie smugi skroniowej (*lin. temporalis*), można by sądzić, iż był to zropniały przypadkowo gruczoł, co niekiedy maskuje zapalenie okostny. — W przeciwnym razie musimy dojść do przeświadczenia, że był to ropień podokostnowy. Należy przypuszczać, że wytworzył się on albo drogą przejścia zapalenia z komórek wyrostka na jego powierzchnię po przez kanały naczyniowe substancji zbitej lub też przez wrodzone szczeliny kostne. Wiemy bowiem, że u dzieci małych z reguły, a niekiedy i u starszych istnieją szczeliny (szwy łuskowo sutkowy, skalisto łuskowy) (*suturae squamoso-mastoid.*, *petroso-squamosa*), powstałe na miejscu skrzyżowania rozwijających się blaszek kostnych łuski i kości skalistej. Tą drogą przy obecności w jamie sutkowej ropy może ona łatwo przeniknąć wprost pod okostną wyrostka, powodując szybko rozwijające się ograniczone zapalenia tejże. Wiadomo, że tego rodzaju ropnie podokostnowe, po ich otwarciu, szybko się goją, nie doprowadzając nawet do wydłutowania. Przypuszczać jednak trzeba, iż podobny wynik należy do rzadkości.

W danym przypadku pozornie osiągnięto wyleczenie, lecz zakażenie, drzemiące wewnątrz kości, drogą zniszczenia sklepienia jamy sutkowej przeszło na jamę czaszkową.

Dziwić się należy, że ropień mózgu tej wielkości tak mało dawał znać o sobie i nie wywołał absolutnie żadnych objawów ze strony ośrodków lub nerwów. Brak powyższych objawów można wytłomaczyć jedynie tem, że ropień znajdował się całkowicie w masie substancji białej, nie dosięgając kory, i nie dawał objawów uciskowych ze względu na częściowe opróżnianie się przez przetokę; wreszcie podkreślić należy i to, że ropień był prawostronny. Nie jest to regułą, lecz rozpoznanie ropnia w lewej półkuli jest nieco łatwiejsze ze względu na ośrodek mowy, który w większym lub mniejszym stopniu daje pewne zaburzenia. Wreszcie nadmienić wypada, że ropień mózgu u dzieci jest zjawiskiem stosunkowo nieczęstem. Z dostępnego mi piśmiennictwa wnioskuje, że schorzenie to u dzieci do lat 5 należy do rzadkości, i że pacjentka moja była jedną z młodszych, jaką odnotowano.

Streszczenia zbiorowe.

Najnowsze prace francuskie o uodpornieniu przeciwko gruźlicy metodą Calmettea.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

W marcowym zeszycie roczników Instytutu Pasteura znajdujemy cały szereg prac, poświęconych jednemu z najaktualniejszych zagadnień nauki o szczepieniach ochronnych, a mianowicie zastosowaniu szczepu BCG u ludzi i u zwierząt.

Pierwsza publikacja jest pióra samego Calmettea. Obejmuje ona wyniki szczepień ochronnych wykonanych od pierwszego lipca 1924 roku.

Na wstępie autor podaje możliwie ściśle liczby, dotyczące śmiertelności w Europie niemowląt w ciągu 1 roku życia, spowodowane przez gruźlicę. Ankieta, przeprowadzona w przychodniach francuskich, ogarniająca 1364 dzieci, zrodzone w roku 1922 z matek gruźliczych albo wychowane w rodzinach, dotkniętych gruźlicą, wykazała, że 327 dzieci zmarło na gruźlicę w 1 roku życia, co stanowi 24%. W Paryżu według statystyki oficjalnej Urzędu Zdrowia śmiertelność ta jest wyższa i dochodzi do 32,6%. W Belgii liczba odnośna wynosi 20%, w Londynie 22%, w Sztokholmie jest znacznie wyższa i dochodzi do 70, a nawet 82%. Wynika stąd, że prawie każde dziecko, stykające się z matką, dotkniętą gruźlicą, zakaża się od niej. Zakażenie to jest groźne przede wszystkim dlatego, że się ciągle powtarza. Zupełnie inaczej wygląda zakażenie pomiędzy pierwszym i drugim rokiem życia, gdyż śmiertelność spada wtedy do 1,66%. Potwierdzają to statystyki szpitalne, z których wynika, że zakażenie gruźlicze w pierwszych tygodniach po urodzeniu aż do 8 miesięcy jest prawie zawsze śmiertelne. Pomiędzy 8 a 12 miesiącem niebezpieczeństwo jest nieco mniejsze i słabnie stopniowo z wiekiem. Zakażenie po dwóch latach najczęściej już prowadzi do procesu przewlekłego. Będzie to gruźlica gruźliowatych, kości i stawów, która pod wpływem zakażenia dodatkowego prowadzi w okresie dojrzewania lub później do gruźlicy prosówkowej płuc i innych spraw podobnych. Strauss podaje bardzo ciekawą statystykę, dotyczącą ludności paryskiej. Obejmuje ona 1410 rodzin, które miały razem 6820 dzieci pomiędzy rokiem 1906 — 1911. Z tych dzieci 50,28% zmarło. Auor zanotował 81 rodzin, w których zmarło 76,8% dzieci, a pozostałe były wszystkie zakażone w mniejszym lub większym stopniu. Badanie za pomocą tuberkuliny wykazało, że ze 100 dzieci, przebywających w środowisku gruźliczym, 76 zakaża się przed upływem 1 roku, a ostatnie badanie stwierdziło, że 40% wszystkich odczynów dodatnich dotyczą dzieci, stykających się z osobami, mającymi początki gruźlicy i nie wydzielającymi prątków w płwocinie. To przemawia wymownie za niebezpieczeństwem stykania się nawet z gruźlicą zamkniętą. Nowa statystyka przychodni francuskiej, zebrana na 1900 rodzinach i dotycząca 1700 dzieci, daje następujące cyfry w procentach.

lata	Środowisko zdrowe	Środ. zakażone.
0 — 2	0 %	54 %
2 — 5	8,7%	82,5%
5 — 11	31,4%	91,3%
11 — 15	57,4%	93,6%

Cyfry te oznaczają procenty dodatnich odczynów skórnych. Z nich nie wynika, ażeby środowisko zdrowe zabezpieczało przed bardzo wczesnym zakażeniem. Najprawdopodobniej dzieje się przeciwnie, tak, że nawet dzieci, które reagują później musiały się wcześniej zakażyć. Ale pomimo to różnice cyfr zwłaszcza w pierwszych latach mówią same za siebie. Najczęstszym źródłem zakażenia osesków jest matka karmiąca — 76,6%. Ojciec zakaża 16%, na resztę rodziny przypada 7,4%. Jest to statystyka żłobka, do którego przyjmują tylko dzieci matek gruźliczych. Wskutek tego w warunkach zwykłych cyfry te wymagają pewnej poprawki. Na podstawie tych wszystkich danych oraz dalszych źródeł pomniejszych, które pomijamy, autor przychodzi do wniosku, że śmiało przypuścić można, że co najmniej 25% dzieci zrodzonych z matek gruźliczych albo wychowywanych w środowisku zakażonym, ginie na gruźlicę w ciągu pierwszego roku życia. Cyfra ta będzie w dalszym ciągu sprawdzianem skuteczności szczepienia ochronnego.

W związku z tem autor omawia sprawę zakażenia płodowego, które kładzie na karb przesączalnej formy prątka gruźliczego, którą uważa za ustaloną doświadczalnie. Zarazek w tej postaci przechodzi przez błony płodu i wywołuje zakażenie. Tem się tłumaczy, że dzieci matek gruźliczych mogą zapaść na gruźlicę nawet po oddzieleniu od matki od chwili urodzenia. Calmette oblicza, że przeciętnie 5-ta część zejść śmiertelnych noworodków z powodu gruźlicy w pierwszych tygodniach życia zależy od takiego zakażenia. To wszystko jednak nie osłabia w niczem doniosłości zarówno szczepień ochronnych, jak i innych sposobów zwalczania gruźlicy u noworodków.

W dalszym ciągu znajdujemy zestawienie wszystkich szczepień ochronnych, dokonanych w związku z instytutem Pasteura przez cały szereg lekarzy francuskich. Obejmuje ono okres czasu od 1 lipca 1924 do 1 stycznia 1927 r., w ciągu którego wykonano 21.200 szczepień. W tem były 982 przypadki dzieci, szczepionych dawniej, niż przed rokiem, pochodzących od matek gruźliczych lub wychowywanych w środowisku zakażonym. Uwzględniano przytem tylko takie dzieci, o których ostatnie wiadomości pochodziły z przed mniej, niż 3 miesiące. Z tego należy jeszcze potrącić 13 dzieci, pochodzących od matek gruźliczych, ale wychowywanych w środowisku zdrowym, pozostaje więc 969 dzieci. 303-je wychowywało się stale przy matkach gruźliczych, i w tej grupie było 269 szczepionych dawniej, niż przed rokiem, a 34 szczepionych dawniej, niż przed dwoma laty. W tej grupie było 17 zejść śmiertelnych, a w tem 15 z powodu gruźlicy. Całkowita śmiertelność wynosiła zatem 6,3% a śmiertelność z gruźlicy 0,7%.

288 dzieci miało ojca gruźliczego, w tem jest 264 szczepionych dawniej, niż przed rokiem, a 24 dawniej,

niż przed dwoma laty. Śmiertelność wynosiła 15 przypadków, w tem 3 z gruźlicy, to stanowi 5,7% śmiertelności ogólnej oraz 1,14% z gruźlicy.

35 dzieci miało oboje rodziców gruźliczych, 31 było szczepionych dawniej, niż przed rokiem, a 4 dawniej, niż przed 2 laty. Śmiertelność ogólna wynosiła 12,9% ale w tem nie było ani jednego przypadku gruźlicy.

86 dzieci miało gruźlicę w otoczeniu, a rodziców zdrowych. Przypadków śmierci było 4, czyli 4,97%, w tem z gruźlicy jeden przypadek, to jest 1,92, wreszcie dla 275 dzieci brak danych dokładnych co do gruźlicy w otoczeniu. Było między nimi 16 i pół % przypadków śmierci, ale tylko jeden przypadek t. j. 0,5% z gruźlicy.

Z 13 dzieci, odebranych od rodziców, zmarło 1 przypuszczalnie na gruźlicę.

Z zestawienia powyższych danych wynika, że śmiertelność ogólna wynosiła 8,9%, a śmiertelność z gruźlicy 0,8%. Z dzieci, szczepionych dawniej, niż przed dwoma laty, żadne nie zmarło. Co się tyczy przyczyn śmierci, to w 41 przypadkach jest ona ściśle określona i niema nic wspólnego z gruźlicą. W 31 przypadkach przyczyny nie są podane. Gdybyśmy nawet te wszystkie przypadki ostatnie chcieli kłaść na karb gruźlicy, to jeszcze otrzymalibyśmy śmiertelność 3,9%, znacznie mniejszą od podanych wyżej śmiertelności u dzieci nieszczepionych. Autor formuluje swe wnioski w ten sposób, że śmiertelność pod wpływem szczepienia spada z 26% do jednego dla dzieci, szczepionych przed rokiem, a do zera dla dzieci, szczepionych przed dwoma laty.

Druga statystyka — d-ra Biraud, — niezależna od poprzedniej, oparta jest na zbadaniu 1877 przypadków. W tem było 1390, stykających się z gruźlicą wogóle, i 487 pochodzących od matek gruźliczych. Śmiertelność ogólna wynosiła 7,6% dla pierwszej grupy i 6,6% dla drugiej grupy w pierwszym roku życia oraz 1,88% i 1,04% w drugim roku życia. Śmiertelność z gruźlicy wynosiła 1,55% i 2,46% w pierwszym roku życia, a w drugim spadała do zera. Są to cyfry, bardzo zbliżone do poprzednich. Autor podkreśla, że śmiertelność ta jest mniejsza od ogólnej śmiertelności dzieci z gruźlicy w ciągu pierwszych dwóch lat życia, wynoszącej we Francji 8,7%, pomimo to, że ogólna statystyka obejmuje nie same tylko dzieci, pochodzące od matek gruźliczych lub przebywające w środowisku gruźliczym.

Obie te statystyki dowodzą jasno skutecznego działania szczepienia ochronnego u dzieci, narażonych na zakażenie stałe wskutek ciągłego przebywania w środowisku gruźliczym.

W dalszym ciągu autor zastanawia się nad trwałością uodpornienia. Doświadczenia na bydłach wykazały, że uodpornienie trwa od 15 do 18 miesięcy. Nie jest wyłączone, że w warunkach zakażenia naturalnego stan ten może być dłuższy, ale wiemy z pewnością, że szczepienie powtórne, ewentualnie powtarzane corocznie jest zupełnie nieszkodliwe i znacznie potęguje odporność, zarówno u bydła, jak i u małych czelkowskich. Wobec tego autor przemawia za szczepieniem powtórnym po upływie roku i trzecim po upływie trzech lat. Dla rozstrzygnięcia kwestji wartości tych szczepień będzie należało czekać oczywiście znacznie dłużej. Dziś możemy powiedzieć tylko tyle, że dziecko, uodpornione zaraz po urodzeniu, zachowuje tę właściwość dłużej, niż 4 lata, a więc przez

cały okres, kiedy niebezpieczeństwo zakażenia się od chorej matki jest największe.

W końcu autor przechodzi do odparcia najważniejszych zarzutów, z jakimi się spotykała jego metoda. Pierwszy dotyczy ewentualnego powrotu zjadliwości szczepu. Jest to zarzut zupełnie głołosłowny. Niewątpliwie zjawisko takie nastąpić może, ale dotąd ani razu nie było obserwowane. Nawet prątki, które przeszło rok pozostawały żywe w organizmie cielęcia, szczepionego podskórnie, były pozbawione wszelkiej zjadliwości. Niema żadnego powodu przypuszczać, ażeby sprawa miała inaczej wyglądać w organizmie dziecka. Autor raz jeden miał w ręku materiał, pochodzący od dziecka, zrodzonego z matki gruźliczej, które zaraz po urodzeniu było zaszczepione prątkiem BCG, potem było zaraz oddzielone od matki i zmarło po 6 miesiącach na kiłę dziedziczną. Gruzoły chłonne były zupełnie normalne, zawierały nieliczne prątki gruźlicze i, zaszczepione śwince, nie wywołały żadnego zakażenia.

Drugi zarzut dotyczy rzekomej zjadliwości prątka BCG. Czasami zdarza się, że królik lub świnka, szczepione dożylnie dużymi dawkami — 5 do 30 mgr. — w emulsji, niestaranie rozartej, mają po 5-ciu tygodniach w płucach lub w innych narządach liczne ogniska, wyglądające, jak guzki gruźlicze. Autor podkreśla, że zmiany te są najzupełniej łagodne, nie ulegają nigdy zserowaceni i znikają po 2 lub 3-mi miesiącach bez pozostawienia blizny. Ogniska takie, przeszczepione zwierzętom zdrowym, nie wywołują gruźlicy. Wszystko to dowodzi, że szczep BCG jest pozbawiony zjadliwości, a zmiany, powstające w tych przypadkach, są następstwem zaczopowania naczyń włosowatych zbyt wielkimi grudkami bakteryj.

Trzeci zarzut dotyczy późnego występowania odczynu tuberkulinowego u dzieci szczepionych, niekiedy dopiero po upływie 2 lat, ewentualnie braku całkowitego odczynu. Szereg badaczy, zwłaszcza niemieckich, uważa to za dowód braku odporności. Autor jest zupełnie innego zdania. Jest to argumentacja jednostronna i niezgodna z doświadczeniami. Cielęta, szczepione kilkoma prątkami, dają odczyn tuberkulinowy bardzo późno, niekiedy dopiero po kilku miesiącach; cielęta, zakażone bardzo słabo, mogą dawać odczyn przez kilka miesięcy, a później go stracić, a pomimo to zachowywać się odpornie na reinfekcję już po utracie odczynu. Ani ognisko gruźlicze, ani wrażliwość na tuberkulinę nie stanowią warunku koniecznego dla istnienia odporności. Zjawia się ona wtedy, gdy w układzie chłonnym pasorzytuja prątki gruźlicze zjadliwe albo nie, i gdy ustrój jest dostatecznie nasycony naprzód produktami przemiany materji tych prątków, a potem ciałami odpornościowemi.

Ostatni zarzut dotyczy tych przypadków, kiedy uodpornienie zawodzi. Na to należy być przygotowanym z góry, gdyż nie mamy metod niezawodnych. Prawdopodobnie zakażenia śródmaciczne płodów będą należały do tej kategorii. Od nich zapewne zależy większość zejść śmiertelnych w ciągu pierwszych 3 — 4 miesięcy po urodzeniu, gdy chodzi o dzieci matek gruźliczych szczepione, a na sekcji wolne od zmian widocznych. Szczepienie może być bezsilne także w razie zakażenia bardzo wielką masą zarazka w środowisku mało kulturalnym. Zakażenie takie może się ewentualnie przyjąć, jeszcze zanim szczepionka zdola wywrzeć działanie ochronne, rozwijające się w ciągu

mniej więcej 3 tygodni, jak to wynika z badań doświadczalnych. Należy więc dołożyć wielkich starań dla zabezpieczenia dziecka w tym czasie. Praca kończy się szeregiem przypadków kazuistycznych; chodzi o dzieci, obserwowane dłużej, niż rok, i pozostające w środowisku wybitnie niebezpiecznym; czasem o rodziny, w których gruźlica zabrała już szereg ofiar, o dzieci, spijające w jednym łóżku z matką ciężko chorą i t. p. Zestawienie to bardziej przemawia do czytelnika, niż długie wywody teoretyczne.

Weill-Hallé i Turpin podają szczegółową statystykę, obejmującą 317 dzieci, szczepionych w różnym czasie, począwszy od roku 1921. W tem jest 61 dzieci, które chowały się w środowisku gruźliczym. Zejść śmiertelnych było 14, t. j. 4,4%. Połowa tych zejść przypada na dzieci ze środowiska gruźliczego, co stanowi 10,4%. Ogólna liczba dzieci szczepionych wynosiła 469, ale w statystyce szczegółowej autorzy odrzucają 92, których los po szczepieniu nie był dokładnie zbadany. Podkreślić należy normalny przyrost wagi u dzieci szczepionych wszelkiej kategorii, największy u dzieci karmionych piersią, mniejszy u dzieci, pozostających na pokarmie mieszanym, i jeszcze mniejszy u dzieci, karmionych sztucznie. Odczyn skórny były notowane bardzo starannie i stopniowo wzrastają z wiekiem co do częstości, ale nawet u 2-letnich dzieci autorzy spotkali je tylko w 60%. Wogóle sprawa ta jest jeszcze ciemna i wymaga dalszych badań. Odczyn może się zjawić na czas pewien i później zniknąć.

Autorzy notują trzy przypadki, które, bądź co bądź, nakazują ostrożność w ocenie wartości szczepień. Chodzi tu o procesy gruźlicze uleczalne, występujące u dzieci szczepionych. Przytaczamy te przypadki:

1) Chopeczyk M. H. zakaził się w 8-ym miesiącu dwukrotnie od wuja i dziecka z sąsiedztwa, którzy mieli gruźlicę otwartą. Odczyn skórny dodatni począwszy od 9 miesiąca. W wieku 2-letni stan ogólny dobry, waga 10,6 kg., gruczoły wnekowe sklerotyczne.

2) Dziewczynka M. H., ojciec ma gruźlicę czynną, dwoje rodzeństwa zmarło na zapalenie opon. Odczyn skórny dodatni w trzecim miesiącu, waga niższa od przeciętnej. Pomimo to później zupełnie zdrowa.

3) S., córeczka rodziców — obojga dotkniętych gruźlicą. Warunki mieszkaniowe fatalne. W 14 miesiącu proces gruźliczy w stawie kolanowym, w 17-ym miesiącu choroba Potta. Odczyn skórny dodatni od 3 miesiąca. O dalszych losach dziecka autorzy nie mówią.

Zejscia śmiertelne są poddane analizie bardzo dokładnej. Autorzy rozróżniają zejścia wczesne w ciągu pierwszych 2 tygodni i późne, wywołane przez różne przyczyny, wreszcie przypadki śmierci, której charakter gruźliczy jest dowiedziony. Z ogólnej liczby 33 zejść 6 należy do kategorii wczesnej (obliczenie doty-

czy nie 317, lecz 469 dzieci), do kategorii późniejszych należy 16, w których gruźlica jest wyłączona, szkoda wielka, że tylko klinicznie. Pozostaje 10 dzieci, u których przyczyna śmierci nie została ustalona, i jedno, u którego sekcja wykazała gruźlicę. Jeżeli wszystkie te przypadki policzymy na karb gruźlicy, otrzymamy 2,3%. Jeżeli tylko jeden, to otrzymamy stosunek jednego dziecka na 67, wychowywanych w środowisku gruźliczym.

Część dzieci była poddana szczepieniom wtórnym, a mianowicie 15-oro w środowisku gruźliczym i 44-oro w środowisku zdrowym. Samo szczepienie drogą doustną przeszło bez reakcji. Było ono dokonane po upływie roku, względnie trzech lat.

Wreszcie autorzy rozpoczęli próby szczepienia podskórnego. Wybrano niewielką liczbę dzieci ze środowiska bardzo mocno zakażonego, których nie udało się szczepić zaraz po urodzeniu. Badanie było przeprowadzone z nadzwyczajną dokładnością, notatki są bardzo szczegółowe. W kilku rodzinach dzieci starsze umierały na gruźlicę, wszystkie te dzieci można śmiało uważać za skazane nie tylko na zachorowanie, ale na śmierć z powodu gruźlicy. Pomimo to z 10-orga szczepionych zmarło jedno. Zestawienie to jest najbardziej pouczające ze wszystkich publikacji dotychczasowych. Sprawa ta zasługuje na baczną uwagę klinicystów. Co się tyczy dawki, to pierwsze dzieci dostawały 1 mg. prątków, a ostatnie 1/4. Autorzy sądzą, że dawkę tę uda się jeszcze zmniejszyć. W miejscu szczepienia tworzy się guzek w tkance podskórnej, który z biegiem czasu przekształca się w ropień zimny, otwierający się nazewnątrz. Gruczoły chłonne pozostają nietknięte. Stan ogólny dziecka jest wciąż normalny, waga podnosi się prawidłowo.

Cały szereg krótkich notatek omawia akcję szczepienną w Belgji, w Algierze, w Rumunji, w Atenach, w Indochinach, we Włoszech i na Ukrainie. Wyniki są naogół jednobrzmiące. W sprawozdaniu belgijskiem z 32 dzieci szczepionych i ściśle obserwowanych przez 2 lata, przebywających stale w środowisku zakażonym tylko jedno zmarło na gruźlicę. W sprawozdaniu rumuńskim z 568 jest tylko jeden przypadek zapalenia opon. Autor, prof. C a n t a c u z è n e, cytuje następujący przypadek, niezmiernie pouczający. Dotyczy on dwóch rodzin, w których rodzice oboje mają gruźlicę i których wszystkie dzieci ginęły dotąd na zapalenie opon. Dwoje dzieci szczepionych żyje i chowa się zdrowo.

Sprawozdanie z Indochin obejmuje 20 tysięcy dzieci, szczepionych z doskonałym wynikiem.

Zauważyć należy, że wszystkie te szczepienia były przedsięwzięte nie w charakterze akcji społecznej, lecz sposobem próby. Mają one charakter ścisłych doświadczeń naukowych, co znakomicie podnosi ich wartość dowodową.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

R. PAER. O znaczeniu mięśni poprzecznie prążkowanych dla regulacji gospodarki wodnej przy doustnym stosowaniu wody ze solą. (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 119, 1926).

T a c h i r o wykazał, że zarówno hypo-, jak i hipertoniczne roztwory soli po wstrzyknięciu dożylnym wywołują zmiany w gospodarce wodnej mięśni królika. Autor badał wpływ doustnego stosowania tych roztworów i znalazł, że po wodzie do picia już po upływie pół godziny się przybytek wody w muskulaturze, który w ciągu doby dochodzi do 2,6%. Roztwory soli 6%, 10% i 15% lub 16. znacząco

pod względem molekularnym roztwory siarczanu sodu działają odwrotnie — odwadniająco (odwodnienie do 7%). Gorka sól odwadnia tylko do 4%, zaś octan potasu już w słabych koncentracjach działa tak, jak mocniejsze roztwory soli kuchennej. U królików, pozabawionych nerek, otrzymano pod względem ilościowym mniej więcej te same wyniki, co u normalnych.

Z.

M. LABBE, P. VIOLLE i E. ASERAD. O działaniu retropituitryny na diurezę człowieka podczas snu. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 12. 1926).

Pierwsi autorzy, którzy badali wpływ wyciągu z przysadki na ilość moczu normalnego królika, stwierdzili, że wyciąg ten powoduje powiększenie ilości moczu; późniejsi jednak badacze stwierdzili wynik wprost przeciwny, mianowicie zmniejszenie ilości moczu. Przyczyna tej rozbieżności polega według autorów amerykańskich na różnych warunkach, w których dokonywano doświadczeń: ci, mianowicie, badacze, którzy otrzymywali poliurję, zastrzykiwali wyciąg z przysadki królikom uśpionym, ci zaś, którzy nie usypiali zwierząt, osłagali oligurję. Okazuje się więc, że uśpienie zmienia działanie retropituitryny na wprost przeciwne.

Autorzy postawili sobie za zadanie stwierdzenie, czy sen normalny okazuje takż sam wpływ zmieniający na działanie retropituitryny i w szeregu doświadczeń na ludziach zdrowych wykazali, że sen fizjologiczny rzeczywiście znosi oliguryczny efekt wyciągu hypofizyny.

J. Typograf.

Serologia i Bakterjologia.

L. HIRSZFELD. Serologia konstytucyjna w związku z badaniem grup krwi. (Weichards Ergebn. d. Hyg. Bakteriol etc. T. VIII. Str. 367—512. 1926).

(Dokończenie)

Rozdział następny traktuje o charakterze chemicznym tych składników krwinek, od których zależy izoaglutynacja. Wraz z Landsteinerem i z innymi badaczami autor przyznaje rolę decydującą wyciągom alkoholowym, t. j. lipidom, które są nosicielami swoistości grupowej. Pomijając szereg szczegółów zbyt specjalnych, zaznaczymy tylko momenty najważniejsze, posiadające ogólnejsze znaczenie. Autor szuka wytłumaczenia, dlaczego niektóre antygeny powodują powstanie całego zespołu przeciwciał w ustroju uodparnianym. Nie zadawała go tu pokrewieństwo chemiczne antygenów, odpowiadających poszczególnym przeciwciałom. Autor wprowadza dla izoantygenów grupowych pojęcie sprzężenia cech antygenowych, ich wzajemnego sąsiedztwa w obrębie chromozomu, czyli izogenetopji cech. Antygeny, posiadające cechy sprzężone, dają początek zespołom przeciwciał, ale mogą też wywołać powstanie przeciwciał różnych, zależnie od tego, które elementy tych antygenów wchodzi w skład ustroju uodparnianego. Wiemy bowiem, że tylko elementy obce ustrojowi mogą spełniać funkcję antygenów. Autor rozważa także sprawę przeciwciał normalnych. Są one dlań wyrazem szczególnie sprawnego reagowania ustroju na pewne bodźce, są to poniekąd gotowe mechanizmy odruchowe, odpowiadające na działanie bodźców serologicznych nawet wtedy, kiedy pomiędzy bodźcem a odczynem nie zachodzi stosunek swoistości. Odczyn nie są bynajmniej dla autora dziełem przypadku. Mają one głębokie uzasadnienie w całokształcie normalnej fizjonomji serologicznej ustroju.

Tyle o teoretycznych stronach zagadnienia. Obok nich autor zwraca uwagę na sprawy praktyczne. Różnice antygenowe krwinek rozmaitych grup służą do wyjaśnienia zjawiska, które ma pierwszorzędne znaczenie w praktyce serologicznej. Wiadomo powszechnie, że znaczna część surowic kilowych reaguje rozmaicie z różnymi antygenami. Otóż wyciąg z serca morskiej świnki jest serologicznym odpowiednikiem wyciągu z krwinek A, a antygen z serca wołu lub człowieka jest odpowiednikiem wyciągu z krwinek B. Najnowsze badania przemawiają za tem, że odczyn Wassermann'a zależy nie od przeciwciał, wywołanych przez działanie krętków, lecz od autoprotzeciwciał, powstających w przebiegu choroby, Chorzy, należący do grupy A, będą więc lepiej i częściej reagowali z wyciągami z serca morskiej świnki, chorzy grupy B, z antygenem ludzkim i wołowym. Badania autora i Halberóny'ego zdają się przemawiać za tem.

Następny rozdział omawia wpływ grupy krwi na procesy patologiczne i ich częstość. Sprawa ta jest, jak dotąd, mało zbadana,

i wyniki są naogół niewyraźne (rak, gruźlica, kiła). Autor słusznie podkreśla różnicę pomiędzy usposobieniem do choroby, które może stanowić cechę konstytucyjną ustroju, a samym procesem chorobowym, na który składa się prócz usposobienia szereg momentów, nie mających nic wspólnego z konstytucją. Badania autora dotyczą konstytucyjnego usposobienia do chorób zakaźnych. Badanie odczynu Schick'a (wykonane z żoną i Brokmanem) wykazało, że odczyn ten jest sprzężony z grupą w tym sensie, że przechodzi wraz z nią z rodziców na dzieci. Natomiast ani odczyn Schick'a, ani odczyn Dick'a nie są bezpośrednio związane z grupą krwi. Odczyn Wassermann'a (2900 przypadków zbadanych w pracowni autora przez Halberónę i Amzlównę) jest jednakowo częsty u chorych wszystkich grup, natomiast znika pod wpływem leczenia łatwiej w grupie O, niż w innych. Proporcja odczynów dodatnich u chorych leczonych przedstawia się jak następuje:

$$O : A : B : AB = 1 : 1,5 : 1,6 : 1,7$$

Zagadnienie związku pomiędzy grupą krwi a zapadalnością na różne choroby łączy się bezpośrednio z całym zagadnieniem serologii konstytucyjnej, której autor poświęca jeden z najważniejszych rozdziałów swej monografji. Niewiele miejsca zajmują tu prace dawniejsze, doszukujące się wpływu ogólnej konstytucji ustroju na odczyny serologiczne. Dla autora serologia konstytucyjna nie ogranicza się do „niezróżniczkowanego oddziaływania poszczególnych narządów lub ich zespołów“. Punktem wyjścia były, prócz własnych badań nad izoaglutyninami, prace angielskie i amerykańskie, stwierdzające, że własności surowicy mogą stanowić cechę konstytucyjną ustroju, przekazywaną dziedzicznie potomstwu w myśl reguły Mendla. Badania te dotyczyły komplementu surowicy morskiej świnki (istniejąca świnki bez komplementu), idiosynkrazji, wrażliwości myszy na zakażenie tyfusowe i t. p. Badacze krzyżowali osobniki, posiadające daną cechę, nie posiadającą jej i znajdowali w dalszych pokoleniach przedstawicieli obu kategorii. Dziedziczenie cechy odnośnej świadczyło o jej konstytucyjnym charakterze. Przedmiotem prac autora (z żoną i Brokmanem) był przedewszystkiem odczyn Schick'a, jako wykładnik obecności w surowicy wrodzonych czyli normalnych antytoksyn przeciwbłoniczych. Osobniki z odczynem ujemnym nie zapadają na błonicę. Odczyn ujemny ma więc niewątpliwą wartość selekcyjną. To samo dotyczy także odczynu Brokmana na toksynę czerwonkową i odczynu Dick'a na toksynę paciorkowca płoniczego. Autor formuluje, jako zasadę ogólną, że odporność wrodzona na działanie bakterji, wytwarzających toksyny, zależy od zjawienia się osobników niewrażliwych w obrębie wrażliwego gatunku zwierzęcego. Odporność tę autor nazywa hyperreakcyjną. Inaczej zupełnie zachowują się gatunki niewrażliwe. One bronią się tem, że nie reagują wogóle na odnośny jad. Odporność ich ma charakter areakcyjny. Już przedtem klinicyści (m. in. Groër) podkreślali konstytucyjny charakter ujemnego odczynu Schick'a. Ale dopiero prace Hirszfeldów i Brokmana postawiły sprawę na właściwym gruncie. Zbadano cały szereg rodzin na grupy i na odczyn Schick'a. Już wspominaliśmy wyżej, że żadna grupa krwi nie wykazuje sama przez się wzmoczonego oddziaływania na odczyn Schick'a. Natomiast stwierdzono niezbicie, że wrażliwość przekazuje się dziedzicznie. Dzieci rodziców wrażliwych są prawie zawsze wrażliwe. Dzieci rodziców niewrażliwych są przeważnie niewrażliwe, zdarzają się jednak wrażliwe, zwłaszcza w młodym wieku. W małżeństwach mieszanych (co do grup i co do wrażliwości) wrażliwość przechodzi na dzieci wraz z grupą, z nią sprzężoną; brak wrażliwości dziedziczy się tak samo, choć czasem dziecko, które „powinno być“ niewrażliwe, może wykazać wrażliwość, zwłaszcza w pierwszych latach życia. Każda grupa krwi może być sprzężona z odczynem bądź dodatnim, bądź ujemnym. Sprzężenie oddziaływania na toksynę błoniczą z grupą krwi polega w myśl założeń Morgana na bliskim sąsiedztwie obu cech w obrębie chromozomu.

Zasada sprzężenia z grupą nie rozciąga się bynajmniej na wszystkie własności serologiczne. W 2 przypadkach, badanych przez Hirszfeldów, izosynkrazja nie była sprzężona z grupą. Hemofilja może przechodzić z matki na syna razem z grupą. Sprzężenie danej cechy z grupą krwi może mieć doniosłe znaczenie metodologiczne, pozwalając na stwierdzenie konstytucyjnego charakteru tej cechy.

Brak sprzężenia tej czy innej konstytucyjnej cechy serologicznej z grupą krwi uważa autor za wynik mutacji niezależnej. Podkreśla przytem znaczenie selekcyjne epidemji dla populacji już serologicznie zróżniczkowanej. W świetle tej koncepcji przeciwciała normalne przeciwko zarazkom nabierają szczególniejszego znaczenia: „są one skutkiem i wyrazem dziejów walk ludzkości z epidemią“

ni". Bodźce zakaźne tak samo, jak wszelkie inne przechodzą bez następstw, lecz rzucają swój swoisty ślad na osobnikach i na gatunku. W ten sposób kształtują się z biegiem czasu przeciwciała normalne, jako specjalne narządy biochemiczne. Przeciwciała normalne podlegają w swej filogenezie i ontogenezie tym samym prawom, które rządzą powstawaniem cech anatomicznych. Badania autora z (S e y d l ó w n a) przemawiają za tem, że rozmaite przeciwciała normalne są to cechy niezależne jedne od drugich i rozwijają się i dziedziczą osobno. Zarówno obecność, jak brak każdego z tych przeciwciał, stanowi samodzielny element dziedziczności. Częściowa współzależność pewnych cech w przebiegu dziedziczenia znajduje wytłumaczenie we wzmiarkowanej już wyżej izogenotopji.

Przeciwciała normalne są jednym z najpotężniejszych czynników odpornościowych o pierwszorzędnej wartości selekcyjnej. Autor skłania się do przypuszczenia, że obecność przeciwciał normalnych idzie w parze ze zdolnościami wytwarzania przeciwciał odpornościowych. Dzieci, mające rodziców z dodatnim odczynem S c h i c k a, uodparniają się trudno i chorują po kilka razy na błonicę. Konie z ujemnym odczynem S c h i c k a — dają surowicę silniejszą, niż inne. Przeciwciała normalne są wyrazem sprawniejszego reagowania ustroju na odnośny bodziec. „Ustrój nie jest bynajmniej serologiczną *tabula rasa*, na której każdy bodziec odpornościowy może wypisywać, co mu się podoba". Autor ujmuje przeciwciała jako gotowe mechanizmy odruchowe, częściowo odziedziczone po przodkach, częściowo wzmocnione w przebiegu indywidualnej ontogenezy. Do pierwszej kategorii należą przeciwciała normalne, do drugiej — odpornościowe. Tak samo jak istnieją specjalne mechanizmy hamujące, uniemożliwiające niektóre odruchy, tak samo ustrój nie może wytworzyć pewnych przeciwciał np. autoprzeciwciał. W ten sposób autor nawiązuje bezpośrednio łączność pomiędzy zagadnieniami konstytucji a wytwarzaniem przeciwciał odpornościowych. Przeciwciała normalne są to funkcje, dojrzewające samorzutnie. Przeciwciała odpornościowe polegają na rozwinięciu i wzmocnieniu funkcji, uwarunkowanych własnościami genotypowymi komórek. Reagowanie ustroju na bodźce odpornościowe dokonywa się po utworzonych za czasu drogach.

Na zakończenie autor formułuje szereg praw serologii konstytucyjnej, a mianowicie:

1) Ustrój nie może ani zawierać, ani wytwarzać przeciwciał, zwróconych przeciw elementom komórkowym krwi własnej zarówno ruchomym (krwinki), jak stałym (śródbłonek). Wskutek tego wynik uodpornienia zależy zarówno od antygenu, jak i od ustroju uodparnianego.

2) Noworodek nie posiada przeciwciał własnych. Przeciwciała, otrzymane w drodze biernej ze krwi matki, znikają w krótkim czasie. Wytwarzanie przeciwciał własnych ustroju, czyli jego serogeneza podlega prawom analogicznym do tych, które rządzą morfogenezą. Przeciwciała są to narządy biochemiczne ustroju. Szybkość ich dojrzewania jest różna u różnych osobników ludzkich i zwierzęcych. Od stopnia tej dojrzalszości zależy wynik i nasilenie uodpornienia pod działaniem bodźców chorobowych i innych.

3) W obrębie gatunku możliwe jest zróżniczkowanie na grupy krwi. Zjawisko to zależy od zróżniczkowania składników komórkowych o charakterze lipoidów. W myśl prawa L a n d s t e i n e r a izoaglutyniny krwi ludzkiej nie zlepią nigdy krwinek tej samej grupy, lecz zawsze tylko krwinki grup obcych. U zwierząt widzimy często brak izoprzeciwciał tam, gdzie prawo L a n d s t e i n e r a przewiduje ich obecność. Substancje, warunkujące swoistość grupową, przekazują się dziedzicznie z zachowaniem reguły M e n d l a. Obecność tych ciał stanowi cechą dominującą. Izoaglutyniny są związane z brakiem zlepiwości, a więc z cechą ustępującą.

4) Obok zróżniczkowania grupowego możliwe jest zróżniczkowanie serologiczne innego rodzaju, jak brak, względnie obecność przeciwciał normalnych, komplementu i t. p. Zróżniczkowanie to sprowadza się do właściwych ustrojowi wrodzonych mechanizmów komórkowych, względnie serologicznych.

5) Przeciwciała normalne są to odruchy serologiczne, samorzutnie dojrzewające. Przeciwciała odpornościowe polegają na rozwinięciu i wzmocnieniu pod działaniem bodźców zewnętrznych funkcji komórkowych, uwarunkowanych cechami genotypowymi.

6) Zjawienie się przeciwciał normalnych stanowi cechą konstytucyjną ustroju. Wynika to z obserwacji nad dziedzicznością odczynu S c h i c k a. To samo dotyczy zapewne i innych zjawisk

Jesteśmy u kresu naszego streszczenia. Z niezmierniej obfitości spostrzeżeń i zestawień, z mnóstwa pytań, wysuwanych na każdym kroku przez autora, wybraliśmy tylko rzeczy najważniejsze. Mamy tu do czynienia nie z fragmentami, lecz z organiczną całością, rzeczą prostą, nie wykończoną, ale o wyraźnie zaznaczonych konturach. Myśl autora biegnie w kilku kierunkach. Śięga ona do za-

gadnień genetyki, antropologii, fizjologii i patologii ciąży, teorii zjawisk odpornościowych i odporności na choroby zakaźne. Stawia na zupełnie nowym gruncie zagadnienia epidemiologiczne. Tam, gdzie dotąd panował ślepy traf, zetknięcie ustroju z zarazkiem autor wprowadza normy ścisłe, rządzące oddziaływaniem ustroju na zarazki. Pojęcie wpływu czynników konstytucyjnych na chorobowość przestaje być nieuchwytną mgławicą, nabiera wyraźnego oblicza. Monografia jest niesłychanie skondensowana. Właściwie każdy z wymienionych problemów zasługuje na odrębne opracowanie.

Nowość rozstrząsanych pytań, śmiałość koncepcji i głębia poruszanych zagadnień, wreszcie rozległość horyzontów, odsłaniających się przed czytelnikiem — to wszystko razem sprawia, że monografia jest niezmiernie trudna w czytaniu i wymaga wielkiego skupienia. Nie dziwnego, że streszczenie jest długie. Cierpliwy czytelnik to wybaczy.

Z. S z y m a n o w s k i.

Choroby zakaźne.

J. HABABON-SALA. O rozpoznawaniu duru brzuszego za pomocą odczynu śródskórnego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 4. 1927).

Odczyn W i d a l a dla rozpoznawania duru brzuszego oraz paratyfusów A i B może znaleźć zastosowanie jedynie w większych ośrodkach, w których znajdują się odpowiednie laboratoria. Co zaś do rozpoznawania za pomocą hodowli, to nie ma ona najczęściej zastosowania, gdyż lekarz przeważnie widzi chorego po upływie pierwszego tygodnia, t. zn. po minięciu okresu możliwości uzyskania hodowli ze krwi. Dla ułatwienia przeto rozpoznawania duru brzuszego za pomocą najprostszyc środków, autor wypróbował na szeregu przypadków wartość djagnostyczną odczynu śródskórnego, dokonywanego za pomocą antygenu, składającego się z mieszaniny hodowli prątków E b e r t h a oraz para A i para B.

Odczyn dodatni przejawiał się po upływie 12 godzin i polegał na zaczerwienieniu okolicy ułkucia i nieznacznym, ściśle ograniczonym obrzęku. Czas trwania tych objawów wynosił około 24 godzin.

Odczyn ujemny objawów wymienionych nie dawał wcale.

Odczyn śródskórny okazał się dodatni u chorych durowych (we wszystkich 3 postaciach duru) lub u osobników, którzy uprzednio choęby kilka lat temu na dur chorowali.

Odczyn pozostaje ujemny u osobników nie chorych na dur, choęby nawet byli uprzednio szczepieni, lub u dotkniętych jakimkolwiek innym cierpieniem.

Spostrzeżenia autora dotyczą 30 przypadków chorób durowych, i we wszystkich 30 przypadkach odczyn śródskórny wypadł dodatnio. Również dodatnio wypadł odczyn u 2 osobników zdrowych, którzy przed 15, względnie 20 laty chorowali na dur. W 23 przypadkach innych chorób oraz u osobników zdrowych odczyn, z wyjątkiem jednego razu zawsze wypadł ujemnie i to bez względu na ewentualne dokonywane dawniej szczepienie ochronne.

Na mocy swego doświadczenia autor dochodzi do wniosku, że odczyn śródskórny za pomocą trójwartościowego antygenu jest w stanie w prosty sposób umożliwić lekarzowi praktykowi szybkie postawienie właściwego rozpoznania duru.

J. T y p o g r a f.

F. LUST. O zapaleniu mózgu po odrze i jego następstwach. (Münch. med. Woch. 1927, Nr. 3).

Autor spostrzegł 4 dzieci w wieku 2—8 lat, u których w związku z odrą rozwinęło się zapalenie mózgu. Tylko jeden przypadek zakończył się wyzdrowieniem zupełnym, u dwójga pozostały porażenia, u jednego — narkolepsja. Zapalenie mózgu mogło tu być następstwem albo swoistej toksyny odrowej, albo jad odrowy przygotował grunt. Za ostatniem przypuszczeniem przemawia wystąpienie zapalenia mózgu dopiero w okresie zdrowienia po odrze, wielopostaciowość obrazu chorobowego i coraz częstsze spostrzeganie tego powikłania w ostatnich latach i po innych chorobach zakaźnych oraz po szczepieniu ospy.

Z. Sr.

E. GILDFEISTER i K. HERZBERG. Dalsze badania nad stosunkami odpornościowymi między wypryskiem a ospą. (Deutsch. med. Woch. 1927, Nr. 4).

Autorzy wykazali, że nietylko uodporniona przeciwko wypryskowej świnka morska jest częściowo odporna względem ospy,

ale i uodporniona przeciwko ospie świnka jest odporna częściowo względem wyprysku. Ze ta odporność jest swoista, wynika z dalszych badań, w których nie udało się u świnek, uodpornionych przeciwko zarazie pęskowej, otrzymać odporności względem wyprysku.

Z. Sr.

E. FIEDLER. Choroby ośrodkowego układu nerwowego po szczepieniu ospy. (Ztschr. f. Kinderhik. T. 42. Z. 3/4. 1927.)

Autor opisuje 3 przypadki zapalenia mózgu w związku ze szczepieniem ospy, razem z opisaniami dotychczas mamy ich w piśmiennictwie 55. O naturze tych cierpień nie można jeszcze powiedzieć nie stanowczego, o istotnym jednak zapaleniu mózgu ospowem niema mowy; prawdopodobne jest uczynienie rozmaitych bodźców chorobowych przez szczepienie. Dotychczasowe doświadczenie uczy, aby szczepić tylko zdrowe dzieci, unikać szczepienia ospy w czasie epidemicznego występowania chorób ośrodkowego układu nerwowego, nie używać zbyt mocnej szczepionki (limfy) i robić małe i delikatne nacięcia.

Z. Sr.

G. KOCH. Szczepienie ospy i zapalenie gardła (angina) (Deutsch. med. Woch. 1926 Nr. 4.)

Towarzyszące szczepieniu ospy zapalenie gardła (anginy) występują najwcześniej na 6 dzień po szczepieniu, znikają w ciągu 2—3 dni i. jak się zdaje, znajdują się w pewnej zależności od rozwoju pustułów ospowych. W celu zmniejszenia szans wystąpienia objawów, towarzyszących szczepieniu, pożądane jest szczepienie możliwie łagodne, a więc jedno nacięcie w możliwie wczesnym wieku oeska.

Z. Sr.

Choroby serca i naczyń.

D. PLETNEW. Czy tętniak komór serca daje się rozpoznać za życia? (Ztsch. f. kl. Med. T. 104. Z. 3/4 1926.)

Dotychczas opisano 300 przypadków tętniaka serca, z których za życia rozpoznano 6. Pletnew dodaje 4 swoje przypadki, z których za życia rozpoznał 2. Rozpoznanie jest bardzo trudne, opukiwanie i osłuchiwanie nie daje pewnych wyników. I badanie promieniami Roentgena zawodzi. Częstość powikłaniem jest zapalenie osierdzia, zdradzające się tarcie. Ważną rolę grają wywiady (kila, powtarzające się zawały płucne, napady dławicy piersiowej z osłabieniem mięśnia sercowego). Serce jest zwykle jednostronnie rozszerzone, zależnie od tego, która komora jest chora; uderzenie wierzchołkowe jest wybitnie słabe przy silnym pozatem pulsowaniu serca.

Z.

W. HÜLSE. W sprawie nadciśnienia samoistnego (Münch. med. Woch. Nr. 50, 1926.)

W nadciśnieniu pochodzenia nerkowego znajdują się we krwi substancje, uczulające naczynia na adrenalinę, w hipertensji samoistnej substancji tych niema. Błądność hipertontyków nerkowych w części tylko zależy od zwężenia naczyń obwodowych, w części zaś od anemii; czerwonosć w nadciśnieniu samoistnym po części zależy od nierównomiernego podziału krwi, po części od pełnokrwistości (*plethora vera*). Poziom cholesteryny we krwi w nadciśnieniu samoistnym znajduje się w pewnym stosunku do miażdżycy naczyń, ale w żadnym do wysokości ciśnienia.

Z.

W. WEITZ. Przyczynek do rokowania w nadciśnieniu samoistnym. (Münch. med. Woch. 1926 Nr. 52.)

Muższa obserwacja 100 hipertontyków wykazała, że wielu z nich pomimo bardzo wysokiego ciśnienia krwi odznaczało się dobrą sprawnością cielesną. Jest stanowczo błędem stawiać w tem cierpieniu rokowanie zbyt poważne. W licznych przypadkach ciśnienie krwi długie czas trzyma się na tym samym, bardzo wysokim poziomie. Często spostrzega się wybitny spadek ciśnienia z jednoczesną poprawą objawów przedmiotowych. Wogóle nadciśnienie bardzo często ma przebieg zupełnie pomyślny.

Z.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

E. EWIG. W sprawie nabytej niedokrewności hemolitycznej. (Deutsch. med. Woch. 1926, Nr. 2.)

Po silnym ucisku na lewą połowę brzucha powstała u 20-letniego mężczyzny wzmagaająca się żółtaczka we 2—3 tygodni po wy-

padku. Wystąpiło swędzenie, wybitne powiększenie śledziony, umiarkowane obrzmienie wątroby, białkomocz, urobilinurja, lekka bilirubinemia, silnie zmniejszona rezystencja krwinek czerwonych i rozjaśniająca się hemoliza do 0,72%. Po wycięciu śledziony szybki powrót do zdrowia. Ojciec i jedna siostra mieli także żółtaczka hemolityczną. W przypadku tym przeto choroba ujawniła się tylko po urazie śledziony. Autor wątpi, czy istnieje wogóle nabyta niedokrewność hemolityczna.

Z. Sr.

ROSENOW. O leczeniu białaczki szczepieniem malarji. (Deutsch. med. Woch. Nr. 15, 1927.)

Obserwując przypadkowo wspólny przebieg malarji i białaczki u jednego chorego, porównał aut. wpływ malarji na skład krwi do działania promieni Roentgena: liczba leukocytów zmalała 6-10 krotnie, poprawił się obraz jakościowy, wzrosła ilość hemoglobiny i liczba erytrocytów.

Wobec tego aut. przeszczepił choremu na białaczkę malarję, po której liczba białych ciałek spadła ze 136000 na 32000; stan poprawy utrzymał się pewien czas po spadku temperatury, szybko jednak wrócił do poprzedniego obrazu.

Wynik tego leczenia jest więc przemijający.

M. Goldman (junior).

Choroby oczu.

BACK. O związku chorób oczu z przewiekłymi zmianami ropnymi w zębach. (Klin. Monatsbl. f. Augh. Marzec 1927)

Niejednolite są poglądy na pochodzenie przewlekłych schorzeń tęczówki i ciała rząskowego (*irido-cyclitis*). Amerykanie, opierając się na teorii Hunte'a i Rosenowa o focalnej infekcji, skłonni są doszukiwać się przyczyny tych schorzeń, jak zresztą i całego szeregu chorób wewnętrznych o niejasnym pochodzeniu, w zmianach w zębach.

Rosenow robił liczne doświadczenia, w których udało mu się, po zaszczeniu królikom paciorkowców, pochodzących z zębów osób, chorych na najróżniejsze choroby wewnętrzne, otrzymać u tych zwierząt identyczne schorzenia.

Były również przypadki wystąpienia *irido-cyclitis* u zwierząt szczepionych zarazkami, pochodzącymi z zębów osób, dotkniętych tą chorobą.

Z okulistów francuskich Fromaget również uznaje istnienie związku pomiędzy chorobami oczu i zębów. Dor widział wyleczenie 5-ciu przypadków odklejenia siatkówki po usunięciu zębów z torbielami na korzeniach. Większość jednak francuskich okulistów jest zdania, że znaczenie, jakie Amerykanie nadają schorzeniom zębów, jest przesadzone.

Celem sprawdzenia tych poglądów, autor przez 3 lata zbierał materiał w klinice praskiej.

Ze zmian w zębach brano pod uwagę tylko ropne ogniska zamknięte, bądź otwarte, ale nie wywołujące ostrego stanu zapalnego, a więc próchnicę i ziarniniaki na wierzchołkach korzeni.

Z treści ziarniniaków otrzymano przeważnie kultury paciorkowców, w nielicznych przypadkach razem z gronkowcami.

Zaszczenie zwierzętom, zarówno podskórnie, jak i dożylnie kultur, otrzymanych od osób chorych na *irido-cyclitis*, żadnego objawu chorobowego nie dało.

Próby wprowadzenia paciorkowców wewnątrz-rógówkowo wywołały tylko podrażnienie urazowe.

Elektrywnego działania tych zarazków nie udało się zatem wykazać.

Klinicznie zbadano 50 przypadków *irido-cyclitis* pochodzenia niejasnego, po wyłączeniu kily i gruźlicy.

Z nich tylko 4 osoby miały zdrowe zęby.

Pozostali chorzy mieli zęby uszkodzone obok innych objawów chorobowych.

Natomiast w kilkunastu, oprócz ognisk w zębach, żadnych zmian w ustroju nie znaleziono.

W większości przypadków umiejscowienie chorego zęba odpowiadało stronie chorego oka.

U 3-ch chorych usunięcie chorego zęba dało wybitną poprawę, trzeba jednak dodać, że miejscowe leczenie było tu również stosowane. W dwóch przypadkach pozagąłkowego zapalenia nerwu wzrokowego niejasnego pochodzenia z ciężkimi zmianami w zębach otrzymano wyraźną poprawę po wycięciu chorych zębów.

Autorowi nasuwa się przypuszczenie, że zęby, zarówno, jak i jamy oboczne nosa (Behr) mogą być wrotami infekcji dla stward-

nienia wicelogniskowego, i że ich leczenie może zapobiedz powstaniu tej choroby.

Również i jad opryszczkowy (*herpesvirus*), którego obecność autor wykazał w spróchniałych zębach chorych na opryszczkę rogówki, może być przyczyną powstawania nie tylko zapalenia jagodówki, ale i mózgowia.

Wymowną ilustracją związku chorób oczu i zębów jest opis przypadku podrażnienia rogówki jedynego oka, w którym, po wyzerpaniu całego szeregu bezwzględnych zabiegów, spróbowano jeszcze usunąć podejrzany ząb i uzyskano wyleczenie.

Zachodzi tu, zdaniem autora, odruchowe podrażnienie oka, przechodzące z uszkodzonych w zębie gałązek n. trójdzielnego II na I.

Droga przedostawania się sprawy chorobowej z zębów do oka może być trojaka:

1) zarazek, np. jad opryszczkowy (*herpesvirus*), lub temu podobny, może bezpośrednio przechodzić po n. trójdzielnym z II gałązki na I.

2) W zębach powstają jady, których wyrazem jest wzmożona indokanemia.

3) Przerzuty do krwiobiegu, których jednak autorowi na jego materiale doświadczalnym dowiedzieć się nie udało.

S. K a t z ó w n a.

Zur NEDDEN. Zewnętrzne stosowanie jodu w chorobach oczu. (Zeitschrift f. Aug. marzec 1927).

Autor 3 lata stosował jod w zewnętrznych schorzeniach oka. Bardzo dobre wyniki osiągnął w powierzchownych owrzodzeniach rogówki i ropnem zapaleniu woreczka łzowego, dość dobre w niektórych postaciach skrofulicznych i gruźliczych zmian oka zewnętrznego. Natomiast niezły spojówki, tak ostre jak i chroniczne, zwłaszcza jaglica reagowały na jod tak, jak na inne sposoby leczenia. Działanie jodu polega tak na własnościach bakterjobjęczych, jak i na wywoływaniu podrażnienia; ostatnie powoduje przekrwienie, wymagające wessanie. Stosował a) rozezyn 1/1000, dodając 10 gr. jodku potasu dla uzyskania lepszej rozpuszczalności jodu lub b) 1/2% masę. Już 2 — 3-dniowe przepłukiwania przewodu łzowego znacznie zmniejszają wydzielinę, po 6 zaś dniach zupełnie ją usuwają. Leczenie głębokich wrzodów rogówki jodem jest niewystarczające. W zmianach gruźliczych rogówki i twardówki stosował obok zakrapiania zastrzykiwania podspojówkowe powyższego rozezynu (3 — 4 krople). Zastrzykiwania te działają lepiej, niż zastrzykiwania roztworu fizjologicznego soli w odklejeniach siatkówki, mętach ciała szklatego, chronicznem zapaleniu ciała rzęskowego i t. d.

H a m m e r.

GAUDISSARD. Perymetrja ilościowa. (Annales d'oculist que. Październik 1926).

Autor podaje kilka szczegółów zasadniczych, mianowicie istnienie t. zw. izopter, t. j. linii, łączących wszystkie punkty siatkówki, mające tę samą ostrość wzroku. Ostrość wzroku mierzy się kątem widzenia najmniejszym, który wynosi dla środka siatkówki (plamki żółtej) 1', dla izoptery 30° — 4', a dla izoptery 500 — 8'.

Stosownie do tego samo badanie pola widzenia powinno się odbywać inaczej dla części środkowych i obwodowych.

Autor odróżnia 3 pasy. I — zewnętrzny — od 90° — 55°, z najmniejszym kątem widzenia około 15', który odpowiada obiektom wielkości 2.5 mm., widzianym z odległości 300 mm.; II. środkowy od 55° — 25°, ze średnim najmniejszym kątem widzenia 8' i III. wewnętrzny od 25° — 00°, z kątem 4'. Badanie pola widzenia w obrębie II-ego i III-ego pasów zwykłymi obiektami (5 — 10 mm.) nie daje dokładnego pojęcia o ostrości wzroku, należy tu badać obiektami mniejszemi i z większej odległości. Najlepiej nadaje się powierzchnia kulista o promieniu 1 m., lecz budowa takiego perymetru jest trudna (G. nie nadmienia, że perymetr taki jest w użyciu). Perymetr B e r r u m a nadaje się tylko do badania części środkowych.

G. opisuje perymetr Amerykanina W a l k e r a, który składa się z 4-ech trójkątów, łączących się w piramidę. Wierzchołek tej piramidy odpowiada środkowi pola widzenia, a boki częściom obwodowym. Perymetr ten łączy zalety perymetru na płaszczyźnie i zwykłego łukowego. Badanie odbywa się przeważnie z odległości 1 m. obiektami 1.5 mm. dla pasa wewnętrznego i 2.5 mm. dla środkowego.

Wyniki, otrzymane przez G. nie różnią się od otrzymywanych przez innych i polegają na wczesnem wykryciu mroczków ograniczonych, które pozwalają wnioskować o tych lub innych schorzeniach środkowego układu nerwowego lub nerwu wzrokowego.

W. A r k i n.

Daniel M. VELEZ. O nauczaniu niewidomych czytania i pisania zwykłego. (Annales d'Oculistique, Luty 1927).

Francuz B r a i l l e wynalazł sposób nauczania niewidomych czytania i pisania za pomocą sześciu wypukłych punktów, z których można tworzyć wszystkie litery i znaki pisarskie.

B r a i l l e daje możność nauczania niewidomych i porozumiewania się ich między sobą, ale niewidomy, który zna metodę B r a i l l e a, może być tylko rozumiany przez tych, którzy ją także znają; dlatego zastosowanie tej metody jest ograniczone.

Dokładano też starań, aby drukować książki zwykłymi literami wypukłymi, ale porzucono ten system z powodu zbyt wielkich rozmiarów takich książek i cen wygórowanych za nie.

Metoda C a u t o n n e t i N o u e t zblizona jest do metody podanej przez autora, ale całkowicie nie rozstrzyga kwestji, gdyż znaki i litery są też oparte na umowie.

Metoda, którą proponuje autor, i która jest zaprowadzona od dwóch lat w szkole początkowej dla niewidomych, daje rezultaty zadawalające. Metoda ta opiera się na następujących faktach;

1) dotykanie powierzchni, przerywanej przez wypukłości i wklęsłości, daje dokładniejsze wyobrażenie o literze, niż dotykaniu powierzchni gładkiej; dlatego też litery, odbite za pomocą szeregu punktów wypukłych, układających się w kształt zwykłych liter, mogą być czytane przez niewidomych.

2) Literę zwykłą, której formę niewidomy zna, odtwarza on tak, jak jakiś rysunek wryty w jego mózgu.

Kiedy niewidomy zapamięta formę i nazwę litery tak, że będzie w stanie odróżnić jedną literę od drugiej, wtedy każe mu się pisać te litery. Przechodzi się stopniowo od największych drukowanych liter abecadła do najmniejszych, a kiedy niewidomy pozna te litery, przechodzi się do liter pisanych.

Ł a s k a.

P. A. ALISOW i N. S. LIPOWITZ. Uwagi o działaniu przeciwjadu („antivirus“) w ropnych schorzeniach woreczka łzowego. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., luty 1927).

Prace P o l e f f a, S z y w o i, B ł a g o w i e s z c z e ń s k i e g o i innych o dobrych wynikach leczenia za pomocą przeciwjadu w różnych chorobach oczu i niezbyt pewnem działaniu jego w zapaleniu woreczka łzowego dały powód do ogłoszenia niżej przytoczonych spostrzeżeń. C a r r è r e opisuje 3 przypadki wyleczenia przy pomocy „przesączu wg. B e s r e d k i“. P o l e f f opisuje 5 przypadków *dacryocystitis purulenta streptococcica* z tych tylko w 3 przypadkach nastąpiła widoczna poprawa, chociaż nie można mówić tu o wyleczeniu całkowitem.

B ł a g o w i e s z c z e ń s k i na 4 przypadki, tylko w 1-ym stwierdził dodatni wynik leczenia. Wobec tego dochodzi on do wniosku, że działanie „przesączu“ daje efekt w tych schorzeniach, w których błona śluzowa nie jest zmieniona; natomiast tam, gdzie błona śluzowa traci swą budowę wskutek zachodzących w niej procesów — nie należy zbyt ufać tego rodzaju terapii. Teraz autor przechodzi do opisu 20 przypadków, które sam obserwował. Ponieważ *antivirus*, jakim posługiwał się autor, różni się od „antivirus“ B e s r e d k i — został podany sposób przyrządzenia. Na słabo alkalicznym buljonie zaszczerpiono drobnoustroj, wyhodowany z ropy woreczka łzowego, 10 — 12 dni pozostawiono go w termostacie, następnie przez pół godz. ogrzewano w temperaturze 80°. Otrzymaną zaszczerpkę powtórnie zaszczerpiono temi samymi drobnoustrojami, znów 10 dni pozostawiono w cieplarni i następnie ogrzewano. Wystąpił płyn oddzielony, sprawdzono i przeznaczono do terapii.

Sposób wprowadzenia „antivirus“ jest następujący: po rozszerzeniu kanału, sonduje się go do Nr. 5; po wyciśnięciu zawartości woreczka łzowego przepłukujemy go fizjol. roztworem soli kuch., następnie kanał i woreczek poddaje się działaniu „antivirus“. Dolny otwór nosowy zostaje na pewien czas tamponowany, aby przesącz przez dłuższy czas stykał się z chorą tkanką.

Wszystkie przypadki *dacryocystitis*, jakie autor obserwował, dzieli on w stosunku do wyników na III grupy:

- I. Grupa. Przypadki (5), w których po 2 — 3 przepłukiwaniach przerwano leczenie, gdyż chorzy nie zjawili się; ilość wydzieliny jednak wybitnie zmniejszyła się.
- II. Grupa. 3 przypadki. Długotrwałe leczenie nie dało żadnego wyniku; w 1 przypadku musiano nawet usunąć worek. Przypadki te były stare; ropienie trwało dłuższy czas, błona śluzowa była zanikła.
- III. Grupa. 9 przypadków. Po 4—9 miesiącach skończyły się zupełnie wyleczeniem. Wydzieliny były coraz mniej, aż zupełnie znikła.

Powyższe dane wskazują, że wyniki leczenia *dacryocyst. pu*

ralentu zapomocą „antivirus“ nie są tak bardzo pocieszające, jak twierdzi Carrère; większą skuteczność działania i wyleczenia uzyskają można tylko w przypadkach świeżych, w których błona śluzowa nie zmieniła jeszcze swej budowy. „Autoantivirus“ działa energiczniej, niż „heteroantivirus“.

M. M a n t i n b a n d.

F. JENDRALSKI. Jaglica na Górnym Śląsku. (Klin. Mon. f. Augenh., listopad 1926).

Autor daje na podstawie statystyki zgłoszonych przypadków jaglicy w latach 1910 — 1924 zarys kwestji jaglicy na G. Śląsku. Autor uznaje, że statystyka jest niedokładna, ponieważ badanie dzieci przeprowadzali niespecjaliści, i część aktów zaginęła podczas wojny i powstania. Obok Prus Wschodnich, Westfalji i niektórych okolic nadreńskich G. Śl. jest prowincją, w której jaglica występuje endemicznie. — Najwięcej przypadków było w powiatach wschodnich (Gliwice, Bytom i Hindenburg); dalej na zachód liczba stopniowo maleje. Najwięcej przypadków zgłoszono w r. 1911, a mianowicie 173; najmniej w r. 1916 — 41. Od roku 1922 utrzymuje się na jednym poziomie około 92. Co do wieku chorych, udało się stwierdzić, że przeważają dzieci w wieku szkolnym, zwłaszcza w zakładach zamkniętych. Wśród chorych od 3 dziesięciolecia spotyka się robotników przemysłowych, budowlanych i rolniczych. Wśród ostatnich przeważają sezonowi z. b. Galicji i Kongresówki. — Uwzględniając ten moment, jakoteż okoliczność, że najwięcej przypadków zgłoszono w powiatach wschodnich, autor dochodzi do wniosku, że jaglica bywa zawleczona z wschodnich krajów sąsiednich. Autor uważa podjęcie energicznej walki z tą klęską społeczną za konieczną i proponuje: a) ostrą kontrolę dla imigrantów z krajów wschodnich, b) uświadamianie mas za pomocą odczytów i odpowiedniej literatury, c) gęsto rozsiąnię stacje przeciwjaglicze pod kierownictwem specjalistów i d) ubezpieczenie chorych przed bezrobociem na cały okres leczenia. Autor sprzeciwia się policyjno-sanitarnemu traktowaniu akcji przeciwjagliczej.

S. H a m m e r.

SALVATI. Seroterapia jaglicy. (Annales d'oculistique wrzesień 1926).

Pomimo licznych badań i poszukiwań wiadomości nasze o czynnikach swoistych, wywołujących jaglicę, są dotąd bardzo nikłe. W ostatnich czasach Kleczkowski stwierdził w surowicy krwi chorych jagliczych obecność swoistych przeciwciał, a Angelucci zwrócił uwagę na znaczenie autoseroterapii w jaglicy. Skłoniło to autora do przeprowadzenia badań klinicznych i histologicznych co do wartości leczniczej i zapobiegawczej zastrzykiwania surowicy krwi chorych jagliczych pod spojówkę oka. W wyniku tych badań autor dochodzi do następujących wniosków:

- 1) Ponieważ surowica krwi chorych jagliczych wywiera wybitny wpływ na naciek jagliczy, należy przypuszczać istnienie w niej swoistych przeciwciał czy przeciwjadów.
- 2) Działanie jest szybkie i pewne, gdy surowicę zastrzykuje się pod spojówkę.
- 3) Wstrzykiwania w dawkach minimalnych 1/4 cc. nie są bolesne, nie wywołują miejscowego odczynu, mogą być powtarzane co drugi dzień.
- 4) Niezależnie od znaczenia leczniczego surowica posiada własności zapobiegawcze, powodując trwałą odporność na „virus“ jagliczy — czynnik, mający ogromne znaczenie w profilaktyce tego schorzenia.

Autor podaje 3 przypadki, w których po zastrzykiwaniach surowicy chorych jagliczych próbował zaszczyć jaglicę, lecz zarówno klinicznie, jak histologicznie żadnych zmian nie stwierdził.

N. E s s i g m a n.

Choroby nerwowe i psychiczne.

NASAROFF. W sprawie leczenia neuralgji n. trójdziałnego za pomocą wstrzykiwań alkoholu. (Zbl. f. Chir. Nr. 31, 1926).

Doświadczenie osobiste autora opiera się na 22 przypadkach neuralgji twarzowej, leczonych metodą S i c a r d a. Alkoholizacja nerwu była wykonana 16 razy przez dziurę owalną, 6 razy przez dziurę okrągłą oraz 3 razy równocześnie na szczykach górnej i dolnej.

Skutki były stałe, i przeważnie długotrwałe. U 7 chorych, z powodu wznowienia się bólów, alkoholizacja była wykonana po raz drugi po przerwie 6 — 18 miesięcznej. Tylko w jednym przypadku autor był zmuszony do trzeciego wstrzyknięcia w 5 miesięcy po drugim.

J. P o m p e r.

A. HANSE. O stosowaniu gardanu w neurologji. (Deutsche Med. Woch. Nr. 9 — 1926).

Od czasu badań Burgiego o potęgowaniu się wyniku działających w jednym kierunku leków, otrzymało tak lubiane przez starych lekarzy leczenie kombinowane trwałe podstawy naukowe. Starając się znaleźć silny, a jednocześnie nieszkodliwy środek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy, stworzono równocześnie połączenie piramidonu i nowalginy, nazwane gardanem.

Autor wypróbował nowy lek na szeregu przypadków na kilofskiej klinice neurologicznej.

Najszerze i najpomysłniejsze zastosowanie znajduje gardan w zachorzeniach czynnościowych pochodzenia neurastenicznego lub histerycznego. Bóle głowy, nerwobóle, parestezje i t. p. ustępują w 15 do 30 minut po podaniu gardanu. Przeciwbólowe działanie gardanu utrzymuje się około 6 — 8 godzin. W niektórych przypadkach udało się po dłuższym podawaniu osiągnąć trwałą poprawę. Sam piramidon często okazywał się mniej lub więcej nieskutecznym.

W przypadkach silnych bólów głowy pochodzenia organicznego (guzy mózgu, zapalenie mózgu, kiła) 1,0 gardanu powodował znaczną ulgę. Objawy oponowe po nakłuciu łądźziowym również słabły i trwały krócej.

Następnie autor stosował gardan w przypadkach półpaśca, wiądu rdzenia, w bolesnem miesiączkowaniu oraz jako środek, zmniejszający nadmiernie wysoką gorączkę u szczepionych malarzą osłabionych paralityków.

Żadnego ubocznego działania szkodliwego, ani przyzwyczajania do gardanu i osłabienia w związku z tem jego działania przeciwbólowego nawet przy dłuższem stosowaniu nie stwierdzono.

J. T y p o g r a f.

G. STROOMAN. O leczeniu migreny luminalem. (Fortschr. d. Therapie, Nr. 10 — 1926).

Wślad za leczeniem luminalem epilepsji spróbowano go stosować w przypadkach migreny. Okazało się, że w przypadkach klasycznej migreny luminal bywa doskonale znoszony. Nie spostrzegano ani razu żadnych przykrych objawów toksycznego działania ubocznego nawet przy stałem codziennem stosowaniu w ciągu długich miesięcy (0,05 — 0,1 gr. wieczorem). Po odstawieniu luminalu migrena przeważnie wracała, czyli że wyleczenia w ścisłem tego słowa znaczeniu luminal nie powoduje, usuwa jedynie całkowicie lub prawie całkowicie dokuczliwe objawy, powodując w ciągu stosowania pozorne wyleczenie. Po 14 — 21 dniach od chwili zaczęcia kuracji luminalowej migrena zaczyna zwykle stopniowo słabnąć w swem natężeniu. Napady mogą ustąpić w pewnych przypadkach zupełnie, a prawie we wszystkich stają się rzadsze.

Doustne stosowanie luminalu podczas samego napadu okazuje się mało skutecznem; celowe jest wówczas zastrzykiwanie podskórne lub domięśniowe soli sodowej luminalu.

Rozumie się samo przez się, że u osób słabych z chwiejnym układem nerwowym zachodzi konieczność jednoczesnej poprawy lub zmiany warunków bytu i zapewnienie spokoju przez usunięcie w miarę możności przykrości pochodzenia psychicznego.

J. T y p o g r a f.

H. PFEIFFER, F. STANDENATH i R. WEEBER. O zawartości peptidazy w ustroju chorego na padaczkę. (Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 94, zeszyt 1—2, 1925).

Autorzy wychodzą z założenia, że padaczka należy do wielkiej grupy schorzeń, spowodowanych zatruciem produktami rozpadu białka. Dokonali oni doświadczeń na 27 chorych na padaczkę, badając ilości fermentów rozszczepiających białko (peptidazy) w moczu i surowicy krwi.

Stwierdzają oni, co następuje:

Ilość peptidazy jest u epileptyków w porównaniu z jednostkami zdrowymi naogół zwiększona. Stwierdzić się to daje w dużej liczbie przypadków; absolutnie jednak rzecz biorąc, ilość peptidazy w surowicy krwi u epileptyków może, lecz nie musi być większa od ilości tejże u osobnika zdrowego.

Dotyczy to w równym stopniu chorych na padaczkę zewnątrzpochodną (*e. genuina*), jak i zewnątrzpochodną.

2) Dość często zauważyć się daje, że ilość fermentów w moczu i surowicy krwi ulega wahanom i to w ten sposób, że łącznie ze zmniejszeniem się ilości fermentów w moczu wzmagają się ich ilości w krwi. Takie przemieszczenia zdarzają się w pojedynczych przypadkach okresowo i przemawiają za okresową retencją fermentów w ustroju.

3) Niekiedy w okresach takiej retencji, po kilkudniowym jej trwaniu, w chwili, gdy ilość fermentów w surowicy osiąga poziom najwyższego, wybuchu napad drgawkowy (lub stan padaczkowy), po którym następuje masowe wydzielanie fermentów z moczem, znamionujące koniec retencji.

4) Przerwa w podawaniu luminalu może wywołać przemieszczenie ilości peptidazy o charakterze wyżej wymienionym i spowodować napad. Dzieje się to zazwyczaj w tych przypadkach, gdy przed podaniem luminalu napady były dość częste.

5) Autorzy sądzą, że inaczej prawdopodobnie przedstawia się sprawa u chorych z częstym stanem zamroczenia bez drgawek. W 2 takich przypadkach stwierdzono wybitne opadnięcie ilości fermentów w surowicy krwi.

6) Przypuszczać należy, że w niektórych przypadkach ma miejsce zatrzymywanie fermentów przez tkanki, zapewne przez jakąś jedną tkankę.

J. Braun.

MAGITOT. Wzmocnienie ciśnienia wewnątrz ocznego bez zastoiny żyłnej. (Rev. Neur. 1927, Nr. 1).

Wzmocnienie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, któremu nie towarzyszy zastoina na dnie oka, rozpoznawano dotychczas jedynie na podstawie mierzenia ciśnienia płynu mózgowordzeniowego. Autor podaje nowy sposób, mianowicie mierzenie ciśnienia krwi w tętnicy oka.

Metoda t. zw. Bailliart i Magitot polega na następującym: badając wzornikiem dno oka i uciskając palcem gałkę oczną, możemy dostrzedz w pewnym momencie tętnienie naczyń. Jest to moment, kiedy ucisk na gałkę dorównywa ciśnieniu diastolicznemu w tętnicy ocznej. Wzmagając uciskanie gałki, znowu tracimy owo tętnienie, co jest oznaką, że ciśnienie oczne przewyższyło ciśnienie systoliczne.

Jeśli zamiast ucisku ręką używa się odpowiedniego dynamometru, to otrzymuje się wskazówki cyfrowe, dotyczące obu ciśnień.

Okazało się, iż normalnie ciśnienie tętnicy ocznej podczas rozkurzu równa się 30 — 35 mm. Hg, zaś podczas skurzu 75 — 80 mm. Hg. Ciśnienie to pozostaje w stosunku do ciśnienia tętnicy ramiennej jak 0,45 do 1. Wszelkie odchylenie od tego stosunku wskazuje na zaburzenie już to w krążeniu wewnątrzczaszkowym, już — wewnątrzocznym, oba bowiem są równoznaczne.

N. Z. Z.

SARADJICHWILL. O odruchach ułożenia. (Rev. Neur. Nr. 3, 1927).

Autor na materiale szpitalnym stara się sprawdzić prawa Magnusa i Kleijna, dotyczące odruchów ułożenia. Chory, dotknięty atetozą obustronną, wykazuje te same zjawiska, jakie widać u zwierząt doświadczalnych: kiedy głowa jest skierowana na prawo — kończyny prawe prostują się, zaś lewe zginają. Głowa na lewo — lewe prostują się, prawe — zginają się. Drażnienie obwodowe czy to przez bierne poruszanie kończyn, czy przez ruchy czynne wzmagają ten objaw.

O ile choremu pochylić głowę do przodu — nogi prostują się, zaś pochylenie głowy do tyłu — powoduje zgięcie nóg. Jeśli teraz poruszy prawą ręką chorego w jakimkolwiek bądź kierunku, a następnie znów pochylić głowę do tyłu, to nogi zmieniają ruchy: prawa, zamiast zgięcia, wykoną wyprostowanie, zaś lewa zegnę się, jak poprzednio. Po poruszeniu lewej ręki — otrzyma się podobną zmianę ułożenia lewej nogi. Są to odmiany odruchów szyjnych.

Odruchem błędnikowym autor nazywa odruch, za którego sprawą pochylenie głowy do tyłu powoduje wyprostowanie wszystkich czterech kończyn, zaś pochylenie jej do przodu — zgięcie kończyn (odwrotnie do tego, jak opisane było powyżej w odruchu szyjnym).

Impulsy ruchowe dowolne w kończynach wywołują odruch szyjny, mimo iż szyja pozostaje w spokoju. Tak np. chory prostuje dowolnie jedną kończynę (górną lub dolną, kończyna tej samej strony prostuje się, przeciwległe — zginają (mimo iż głowa jest nieporuszona).

Odruch ten (szyjny) może być wywołany nie tylko przez ruch istotny kończyny, lecz nawet przez zamierzenie ruchu. To dowodziłoby, zdaniem autora, iż impuls korowy wpływa pobudzająco na odpowiednie ośrodki koordynacyjne odruchowe.

Co się tyczy odruchu błędnikowego, to zamierzenie samo wykonania go nie modyfikuje, lecz jedynie potęguje odruch. Tak np. jeśli w trakcie normalnego odruchu błędnikowego (t. j. kiedy przy pochyleniu głowy do przodu — kończyny zginają się) nakazać choremu odchylić głowę do tyłu, i ruchowi temu przeciwstawić bierny opór, to kończyny nie wyprostują się, jakby można było oczekiwać, lecz zegną się jeszcze bardziej.

N. Z. Z.

Wskazówki praktyczne.

— Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej z dnia 12.VII 1927 r. Egas Moniz doniósł, że otrzymał obraz tętnic mózgowych u człowieka za pomocą wstrzykiwań jodku sodu do tętnicy szyjnej wewnętrznej bez jakiegokolwiek niebezpieczeństwa dla chorych. Sól ta, nawet w małych dawkach, jest widoczna poprzez kości czaszki przy użyciu promieni Roentgena i pozwala stwierdzić umiejscowienie niektórych guzów w mózgu.

(Paris méd. 1927, Nr. 30).

— Schottmüller podaje dobre wyniki, otrzymane w leczeniu ostrego i przewlekłego gośćca stawowego piramidnym.

(Münch. Med. Woch. 1927, Nr. 20):

[Z powodu tej notatki pisze nam Dr. Puterman z Sosnowca, że od dłuższego czasu stosuje w ostrym gośćcu stawowym kombinację *weramonu* (połączenie weronalu z piramidonem), *aspiryny* i *kodeiny* lub *papaweryny* tam, gdzie przetwory salicylowe same, bez dodatków, nie odnoszą skutku. Przepis dla dorosłych jest następujący: Rp.: *Veramoni* 0,3, *Aspirini* 0,5, *Coff. natr. benz.* 0,15; *Papaverini mur.* lub *Codeini phosph.* 0,015. *M. f. p. D. s.* 3—4 *proszk.* dziennie].

— Mey stosuje przeciwko *bólom poporodowym*, zamiast morfiny, *Gelonida antineuralgica*. W większości przypadków wystarczają 2 pastylki po porodzie, ażeby uspokoić bóle na 12 — 13 godzin. Równie dobry skutek wywierały 2 pastylki na bóle, występujące podczas karmienia. Szczególnie dobrze działa to leczenie na pierwiastki, lepiej, niż na wieloródki. Działania ubocznego nie spostrzegano.

(D. med. Woch. 1927, Nr. 23).

— Rosin leczył z dobrym skutkiem chorobę Parkinsona (*Paralysis agitans*) *Striaforynem*. Jest to środek organiczny, wyrabiany

przez firmę Freund i Redlich z pewnych odcinków mózgu. Dotychczas Rosin leczył w ten sposób 8 przypadków, które 2 lata miał pod obserwacją. *Striaforyn*, stosowany w tabletkach po 3 dziennie, wywoływał remisje podczas używania go, a obostrenie choroby występowało w okresie przerwy. Skutek leku występuje dopiero po kilkotygodniowym stosowaniu. Taką samą poprawę podmiotową w chorobie Parkinsona podczas leczenia *Striaforynem* spostrzegali Kohnz i Berlina.

(D. med. Woch. 1927, Nr. 29).

— *Surowica przeciwplonicza*, wyrabiana przez Instytut Behringa w Marburgu, jest antytoksyczna, a nie bakterjobójcza. Według Bormanna jej działanie antytoksyczne na stan ogólny (ciepłota ciała, objawy zatrucia, angina), w tych przypadkach, w których nie wystąpiły jeszcze powikłania, jest szybkie i pewne. Mniej wybitny jest wpływ na wysypkę. Niewątpliwie jest jej działanie zapobiegawcze na powikłania pierwotne, natomiast wpływ na występowanie chorób następczych nie daje się stwierdzić.

(D. med. Woch. 1927, Nr. 28).

— Bie, Larseni i Andersen zalecają w leczeniu *plonicy* bądź *surowicę ozdrowieńców*, bądź *surowicę swoistą przeciwploniczą*, według metody Doeheza. Pierwsza jednak ma tę wyższość nad drugą, że jest mniej toksyczna: zdarzają się po niej wprawdzie dreszcze wstrząsające, ale nigdy nie dochodzi do zapaści. Za to surowica swoista przeciwplonicza jest dostępniejsza dla lekarza praktyka i dla małych szpitali, nie mających do dyspozycji pracowni serologicznej, potrzebnej do otrzymania surowicy ozdrowieńców.

(Acta med. scand. T. 66, Z. 3).

— W sprawie zapobiegania odrze wyraża się Lichtenstein w sposób następujący: śmiertelność z powodu odrzy jest największa w okresie pomiędzy 6 miesiącem a 5 rokiem życia. Zapobieganie odrze za pomocą surowicy ozdrowieńców jest nieszkodliwe, skuteczne i powinno być jaknajśzerzej stosowane, aby uchronić od niej dzieci aż do wieku szkolnego. W tym celu należy tworzyć centralne stacje dostarczania surowicy ozdrowieńców. Zapobieganie odrze za-

pomocą surowicy rekonwalescentów u dzieci chorych na plonicę i ozdrowieńców wymaga znacznie większych dawek, niż u zdrowych Surowica barania Degk w i t z a nie jest pewnym środkiem zapobiegawczym.

(Hygiea 1927, Nr. 9).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17.XI. 1926 r.

Obecnych członków 33, gości 22.

Nasiłowski omówił obserwowany i badany przezeń przypadek „*Osteogenesis imperfecta*“ u dziewczynki, która przeżyła 11 miesięcy, demonstrując jednocześnie kliszę rentgenologiczną oraz preparaty anatomo-patologiczne.

Wiśniewski Tomasz obserwował 4 przypadki *ost. imp.* w szpitalu Karola i Marii. Pod względem psychicznym były normalne. Leczenie ortopedyczne było trudne.

Nasiłowski fotografował za życia nie robił.

Łyskawiński przedstawia 8-tygodniowe niemowlę płci męskiej, u którego przypuszcza prawdopodobieństwo lekkiego przerostu grasicy.

W dyskusji Trenkner podnosi, że obraz rentgenowski nie jest charakterystyczny dla powiększonej grasicy i przytacza przypadek mylnego rozpoznania powiększonej grasicy, obserwowanego w Gratzu.

Dla Głowackiego zdjęcie rentgenowskie również nie jest przekonujące. Zdjęcie to zostało wykonane podczas wdechu i z tego powodu cień, odpowiadający grasicy, wydaje się większy.

Bussel i Hirszfildowa wygłaszają odczyt p. t. „*Przyczynę do leczenia ropnego pneumokokowego zapalenia opłucny optochiną*“. Będzie drukowany w Pedjatrji Polskiej.

W dyskusji Amzelówna podaje badania nad zmiennością bakterij. Uważa zjawisko to za najistotniejsze w bakterjologii. Zmienność pneumokoków prowadzi do powstawania różnych ich rodzajów. Następnie Amzelówna podaje właściwości dwóch głównych odmian pneumokoków smooth i rough i wzajemny ich stosunek.

Przesmycki podnosi dużą zmienność pneumokoków. Z 4-ech istniejących typów najmniej zjadliwy jest IV-ty. U chorych spotykamy się najczęściej z typami I, II. W okresie rekonwalescencji stwierdza się wyłącznie typ IV. Zjawisko to ma olbrzymie znaczenie biologiczne i epidemiologiczne. Wszystkie typy pneumokoków mają antygen resztkowy, który jest ciałem węglowodanowym beżbialkowym, zawartem w egzoplazmie pneumokoków. Od niego zależy zjadliwość zarazków.

Według Mikulowskiego wywody prelegentów nie mają siły przekonującej tak pod względem klinicznym, jak i bakteriologicznym. Klinicznie z żadnego z 5 opisanych przypadków nie można się domyśleć, na czym mianowicie polegała „ich ciężkość“. Słuchacz zmuszony był wierzyć „niejako“ na słowo, że były wybrane przypadki ciężkie.

Zdaniem Mik. efektywność terapeutyczna optochiny byłaby wykazana, gdyby referenci ograniczyli się choć do jednego barwnie przedstawionego ciężkiego klinicznego przypadku, leczonego bezskutecznie zwykłymi metodami, a wyleczonego optochiną, lub choćby do jednego przypadku *meningitis pneumococcica*, w której śmiertelność wynosi 95%.

Mik. nie może się zgodzić na to, aby warunkować osłabienie żywotności i zjadliwości pneumokoka od jednego tylko czynnika antyseptycznego, jakim jest optochina. Należało wykazać, na czym polega wyższość optochiny pod względem antyseptycznym nad innymi środkami, stosowanymi w leczeniu zapalenia opłucny (jak eletrargol, błękit metylenowy i t. p.).

Hirszfildowa tłumaczy niepodanie *in extenso* historii chorób przytoczonych przypadków z powodu ograniczenia czasu referatu do 20 minut. Zresztą, jeden z przypadków bardzo obszernie był omówiony na jednym z poprzednich posiedzeń P. T. P. Ciężkości przypadków kwestjonować nie wolno, wobec tego, że została ona stwierdzona w klinice.

Michałowicz stwierdza, iż nie było zadaniem referentów przeprowadzenie studjów porównawczych nad leczniczem dzia-

aniem optochiny w stosunku do innych środków. Przypadki *mening. pneumococcica* nie nadają się do eksperymentów, jako niezmiernie rzadkie.

Szymanowski przypomina, że optochina została zastosowana li tylko z powodu jej działania wybiórczego.

Mikulowski wygłasza odczyt p. t. „*O kamicy dziecięcej*“. Będzie drukowany w Pedjatrji Polskiej.

Posiedzenie kliniczne z dnia 8.XII. 1926 r.

Obecnych członków 31, gości 46.

Kopeć wygłasza odczyt p. t. „*Trudności rozpoznawcze ostrych spraw zapalnych wątroby z omówieniem przypadku*“. Rzecz będzie ogłoszona drukiem.

W dyskusji Oszaćki podaje 6 podobnych przypadków, obserwowanych w klinice krakowskiej. Oszaćki jest skłonny myśleć, że ma się w tych sprawach do czynienia ze specjalną infekcją.

Korsakówna zaznacza, że omawiany przez referenta przypadek pochodzi ze szkoły, w której uprzednio operowano 20 dzieci z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Bronowski sądzi, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z obstrzeniem się sprawy wyrostkowej. Anginy i schorzenia wyrostka nie chce łączyć przyczynowo.

Oszaćki wygłasza odczyt p. t. „*Rola wątroby w samoza-truciach ustroju*“. Rzecz będzie ogłoszona drukiem.

W dyskusji Michałowicz zaznacza, że bardzo duży odsetek dzieci, zapadających na intoksykację, pochodzi z rodzin, w których stwierdza się zaburzenia w przemianie materji. To dało powód M. myśleć o niewydolności wątroby w przypadkach zatrucia pokarmowego. Przy przetwarzaniu pokarmów dla zabezpieczenia normalnej przemiany materji ustrój posiada dwie barjery — nabłonek jelit i wątrobę. Dalej M. zastanawia się nad rolą układu roślinnego i wodochwójności w intoksykacjach.

Venulet przytacza doświadczenia angielskich autorów, według których zwierzęta z przetoką Eck a nie dają się uczulić, przy odwrotnej zaś przetoce Eck a nadzwyczajnie szybko. Po usunięciu tarczycy choc anafilaktyczny również nie daje się obserwować.

Oszaćki w odpowiedzi wskazuje na ścisły związek układu roślinnego z wątrobą i popiera to odpowiednimi przykładami klinicznymi. Związek ten może występować u poszczególnych jednostki, jak również u poszczególnych osobników w jednej rodzinie. Dlatego są specjalnie ważne w tych sprawach wywiady rodzinne.

Posiedzenie kliniczne z dnia 22.XII 1926 r.

Obecnych członków 23, gości 20.

Z. Rozenblumówna i G. Bychowski demonstrują przypadek *niezwykłych zaburzeń psychicznych pośpiączkowych u 10-letniego* chłopca, który do 6 roku życia rozwijał się prawidłowo i żadnych pobudliwości psychicznych nie wykazywał. W 6-tym roku życia nagminne zapalenie mózgu o typowym przebiegu. W 2 lata potem wystąpiły zaburzenia psychiczne w postaci gwałtownych impulsów do ucieczki z domu i włóczęgostwa, do kłamstwa i kradzieży, wreszcie agresji w stosunku do najbliższych. Przytem uczucia w stosunku do rodziny są zachowane, jakoteż nie stwierdza się zaniku zabarwienia uczuciowego pojęć moralnych.

Przypadkowi nadaje charakter zupełnie swoisty i niemal wyjątkowy występowanie wspomnianych impulsów patologicznych w postaci omamów.

Sprawę schizofreniczną referenci wyłączają.

Dyskusja: Handelsman sądzi, że obserwowanych zjawisk nie można zaliczyć do kategorii omamów, szczególnie, jeżeli wziąć pod uwagę niezwykłą pobudliwość chorego. Zresztą, zjawiska te są bardzo stereotypowe. Handelsman a chce je zaliczyć do kategorii popędów. Podobny przypadek był już demonstrowany w P. T. P. Dla schizofrenji brak jeszcze innych objawów. Bychowski a zna

przypadek *H a n d e l s m a n a*, jednak nie uważa go za identyczny z przedstawionym tutaj. O ostatecznej dżgnozie zdecyduje dalsza obserwacja.

M i k u ł o w s k i: „*Pokaz i omówienie przypadku kily wrodzonej gorączkowej u chłopca 14-letniego mylnie rozpoznawanej, jako gruźlica*”.

Wywiady stwierdzają liczne ponienienia matki i wczesną śmierć sześciorga rodzeństwa w pierwszym roku życia. Brak stygmatów kilowych. Chłopiec gorączkuje od 3-let w typie nieregularnym z wahaniami do 39°. Z tego powodu był w sanatorjum dla piersiowo chorych przez szereg miesięcy. Od kilku miesięcy doznaje silnych napadów bólow brzucha i wymiotów. Badanie stwierdza guz lewego płata wątroby, twardy, bolesny przy ucisku. W moczu stale urobilinogen, badanie treści dwunastniczej wykazuje upośledzone działania niektórych fermentów i zwiększoną obecność urobilinogenu. Opadanie krwinek silnie przyspieszone. Odczyn skóry z luetyną dodatni, Odczyn *W a s s e r m.* dodatni. We krwi brak leukocytozy, eozynofilja. Precipitacja i odchylenie dopełniacza z antygenem torbieli bąblowca ujemne. Rozpoznano *lues tarda congenitalis*. *H e p a t i t i s l u c t i c a*. Zastosowane leczenie swoiste po 10-dniach dało zupełny spadek temperatury i ustąpienie objawów żołądkowo-nerwowych (str. własne).

B a u m r i t t e r i P o ł t o r z y e k a omawiają *przypadek nagłej śmierci z powodu krwotoku do nerki i nadnercza* (demonstracja preparatu) w przebiegu zapalenia miedniczek i ropni nerki. Krwotok powstał w związku z zakrzepem żyły nerkowej prawdopodobnie na tle septycznym. (Streszczenie własne).

P o p o w s k i wygłasza odczyt p. t. „*O mylnem rozpoznawaniu gruźlicy w wieku szkolnym*”. Będzie drukowany w *Pedjatrji Polskiej*.

W dyskusji *O z i e b ł o w s k i* zaznacza, że błędy rozpoznawcze w gruźlicy zdarzają się rzeczywiście często, jednak nie chce z tego powodu zrzucać całej winy na lekarza. Wynikają one ze stosowania pewnej metody dżgnostycznej (*G r a n c h e r*). Sądzi, że większą uwagę należy zwrócić na badania serologiczne.

Według *P i e n k o w s k i e g o* wiele objawów, na których opiera się rozpoznanie, zdarza się i w innych cierpieniach. Większość z nich daje się usuwać z łatwością. Nie można polegać na gorączce, jak również i potach. Szczególnie często objawy, symulujące gruźlicę, spotyka się u dzieci ze szkół popołudniowych. *P i o t r o w s k i* uważa, że mylne rozpoznawanie gruźlicy przez lekarzy szkolnych stawia w fałszywej sytuacji rodziców i lekarzy. Zwraca uwagę na przewlekłe przebiegające zapalenie płuc w górnych płatach, które symulują gruźlicę, szczególnie u młodych dzieci.

M i k u ł o w s k i za główną przyczynę wszystkich trudności dżgnostycznych gruźlicy uważa właściwy tej chorobie polimorfizm tak pod względem anatomo-patologicznym, jak i klinicznym.

Dżgnozę kliniczną gruźlicy musi bezwarunkowo, opierać się na 4-ech fundamentach 1. anatomo-patologicznym, 2) fizjopatologicznym, 3) symptomatycznym, 4) etiologicznym. Stąd wynika, że w każdym przypadku gruźlicy badanie w kierunku bakterjologicznym wydzielin i wydaliny jest konieczne.

S z e n a j e h uważa, że rozpoznawanie gruźlicy w jej początkowych okresach jest bardzo trudne. Statystyki szkolne naogół nie są ścisłe. Rozpoznawanie gruźlicy bez *P i r q u e t a* jest karygodne. Dla *S z e n a j e h a* ważny jest wygląd dziecka — dobry wygląd twarzy przy znacznym wyniszczeniu reszty ciała. W przypadkach podejrzanych zawsze należy szukać laseczników w kale.

K o p c z y Ń s k i mówi o pracy lekarzy szkolnych, uważając ich nastawienie się w stosunku do gruźlicy za słuszne, mimo, że stąd czasami wynikają błędy. Zresztą, trzeba brać pod uwagę możliwość zaostrzenia się sprawy w okresie dojrzewania. W związku z tem roczną obserwację dla ustalenia gruźlicy uważa za zbyt krótką.

P o p o w s k i w odpowiedzi zaznacza, że omawiał tylko błędy, popełniane przy rozpoznawaniu gruźlicy w wieku szkolnym. Granica między zakażeniem gruźliczem a gruźlicą jako chorobą w niektórych przypadkach rzeczywiście jest trudna do przeprowadzenia. Metody fizyczne bynajmniej nie utraciły swej wartości, należy od nich tylko wymagać tego, co one dać mogą. Znaczenie stałej styczności z osobnikiem gruźliczym jest bardzo duże, na to należy zwrócić baczną uwagę przy zwalczaniu gruźlicy w szkołach. Dane zaś, dotyczące otoczenia dziecka, w pierwszym rzędzie posiadają poradnie przeciwgruźlicze. Pojęcie „*utajonej gruźlicy*“ *E n g l a* (okkulte Tuberkulose). jak zaznacza *P f a u n d l e r*, jest dziwne z tego względu, że ta postać niema dawać objawów fizycznych, natomiast według *E n g l a* nie daje również objawów ogólnych. Laseczniki *K o c h a* mogą być wykrywane w wydzielinach chorego tylko w żyznoskrzelowych, dróg oddechowych i jelit, w gruźlicy zaś gruczołów przyoskrzelowych prątków gruźlicy w wydzielinach nie stwierdza-

my. Z oficjalnych statystyk polskich zasługują na uwagę dane statystyczne *K o p c z y Ń s k i e g o*. Liczba chorych na gruźlicę płuc wynosi według tej statystyki 0,6% (w szkołach średnich). Odczytem *P i r q u e t a*, jako łatwym do wykonania, winni posługiwać się również lekarze szkolni przy rozpoznawaniu gruźlicy.

Sekretarz: *R. B a r a Ń s k i*.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Niemieckiego Centralnego Komitetu badania i zwalczania raka mówił *Dr. Fryderyk Hoffmann* ze Stanów Zjednoczonych o *metodach i wynikach specjalnego śledzenia chorób rakowych*. Za materiał do odczytu posłużyła bogata, w ciągu szeregu lat przeprowadzona statystyka raka we wszystkich częściach Ameryki. Zdobyty zaś został ten materiał drogą podróży, rozpisywania ankiet, przestudjowania 40,000 świadectw śmierci i osobistej obserwacji 5000 przypadków raka. Statystyka uwzględniła pojedyncze przypadki według miejscowości, rasy, wieku, pleci i t. d. i dostarcza wielu ciekawych danych. W niektórych miastach jedna postać raka zdarza się o wiele częściej, niż inna: naprz. San Francisco wykazuje trzy razy tyle raków żołądka, co Nowy Orlean. Śród Indian i innych tubylców amerykańskich rak zdarza się bardzo rzadko. I w innych częściach świata spotyka się u tubylców raka rzadko dopóty, dopóki nie żyją tak, jak Europejczycy. W Meksyku, gdzie kobiety przy niewystarczającej pomocy położniczej mają bardzo liczne potomstwo, rak macicy jest chorobą częstą. O wpływie klimatu i gruntu na powstawanie raka nie pewnego powiedzieć nie można. Wybuchy epidemii i nagłe znikanie chorób rakowych nie zdarzają się. Zbadanie dokładne 20,000 domów w San Francisco, Bostonie, Chicago i wielu innych miastach nie wykryło koncentracji. Ani dymowi, ani wodzie zwyczajnej lub zawierającej rad nie można przypisywać jakiegokolwiek znaczenia przyczynowego. U kobiet niezamężnych zdarza się częściej rak jajnika, u zamężnych — sutki. U palaczy stwierdzono liczne przypadki raka jamy ustnej, gardzieli i przełyku, szczególnie u palących fajkę. Dotknięci gruźlicą bardzo rzadko chorują na raka. Rak płuca w ostatnich 10 latach wykazuje znaczny przyrost liczebny. Czy przypisać to należy zanieczyszczeniu ulic smogą lub cuchnącym wyziewom samochodów — to nie jest jeszcze dowiedzione. Zbyt obfity pokarm sprzyja w wysokim stopniu powstawaniu raka narządów trawienia. Chorzy na raka wąż przeciętnie więcej, niż ludzie zdrowi, 40 — 50% chorych na raka żołądka lub kiszki miało dawniej załurzenia trawienia. Jada się zbyt dużo mięsa. Ludy pierwotne prawie nigdy nie najadają się do syta, żywią się pokarmami w postaci naturalnej, niezmięconej z bardzo małym dodatkiem soli. Zbyt gorące jedzenie jest bardzo szkodliwe. Szkodliwe jest także jedzenie zbyt obfite, zbyt wyszukanie przyrządzone i zanadto słone. W krajach, gdzie się jada bardzo obficie, spostrzegano się dużo przypadków raka. Ze wszystkich krajów najwięcej chorych na raka ma Danja, również dużo ich jest w Holandji i Szwajcarji. Wczesna operacja a także i rad działają pomyślnie.

(Med. Klin., Nr. 29).

— Na zebraniu Niemieckiego Towarzystwa Mikrobiologicznego w Wiedniu *K o l l e* referował sprawę *czynnego uodpornienia i szczepienia ochronnego u ludzi*. Uodparnianie z a r a z k a m i z a b i t e m i przeciwno durowi nietylko wpłynęło na spadek liczby zachorowań, ale i złagodziło przebieg choroby i zmniejszyło śmiertelność. Przy szczepieniu ochronnym nie gra większej roli t. z. faza ujemna, t. j. stadium uczulenia pomiędzy pierwszym a drugim zastrzyknięciem. Uodparniania osobników, znajdujących się w okresie wylegania, należy unikać, gdyż możliwy jest u nich wczesniejszy wybuch i cięższy przebieg choroby. Poza tem szczepienie ochronne przeciwno durowi bakterjami zabitymi jest zupełnie nieszkodliwe. Metoda ta nie jest jeszcze idealna i czeka udoskonalenia za pomocą użycia osłabionych lub zmienionych zarazków.

To samo, co o uodparnianiu przeciwno durowi, powiedzić można i o szczepieniu ochronnym przeciwno cholercze, żółtej febrze i chorobie *W e i l a*.

Możliwość uodparniania drogą doustną jest według *B e s r e d k i* faktem niewątpliwym. Co się zaś tyczy uodparniania miejscowego za pomocą przesączów bakteryjnych *B e s r e d k i* (*Antivirus*) — to sprawa ta jeszcze nie jest w zupełności dojrzała.

Uodparnianie przy pomocy z a r a z k ó w żywych opiera się na stosowaniu już przed 1000 lat w Indiach, ale dopiero od 100 lat wprowadzonym przez *J e n n e r a* szczepieniu ochronnym ospy i zostało rozciągnięte na dżumę bydła rogatego, różę świni, zaraze

pyska i racie i t. d. Tylko w ściśle określonych stosuje się uodparnianie leczniczo w okresie wyługania. Ze względu na pewne niebezpieczeństwo, połączone z wprowadzeniem do ustroju żywych zarazków, próbowano osłabić ich zjadliwość bądź przez dodanie surowicy uodparniającej do laseczników, bądź za pomocą passażu przez ustroj mniej wrażliwych zwierząt (np. w cholery), bądź przez ogrzewanie do wyższych temperatur (np. w dżumie). W każdym jednak razie powinna być naprzód osiągnięta dostateczna odporność zasadnicza za pomocą materiału zabitego.

W sprawie szczepionki przeciwgruźliczej Calmette'a BCG niezbędne są dalsze badania na zwierzętach, gdyż hodowle po-

siadają jeszcze pewien stopień zjadliwości dla zwierząt. Należy stale kontrolować materiał szczepienny, który niezawsze ma być jednolity. Do tej samej dziedziny należy uodparnianie przeciwko plonicy, blonicy i tężcowi które wytwarza odporność antytoksyyczną. Szczepienie ochronne za pomocą jądów formalizowanych — t. z. a n a t o k s y n — ma, zdaje się, widoki powodzenia.

(Med. Klin., 1927, Nr. 29).

Z. S. r.

Zjazdy.

V Zjazd Higienistów Polskich w Poznaniu. (28.VI — 1.VII 1927 r.).

Zjazd zagał prezes komitetu organizacyjnego, prof. Gantkowski, po czym wybrano do prezydium Zjazdu: inżyniera Drzewieckiego na przewodniczącego, dra Wroczyńskiego na wiceprzewodniczącego oraz inż. Rudolfa i prez. Janikowskiego na sekretarzy. Na przewodniczących honorowych powołano: prezydenta Ratajskiego, prof. Gantkowskiego, D-ra Suligowskiego i D-ra Polaka. Powitał uczestników Zjazdu prezydent Ratajski, poczem przemawiali delegaci instytucyj.

Zjazd poświęcony był dwóm sprawom kardynalnym: walce z klęską mieszkaniową i organizacji sanitarnej samorządów. Pierwszą sprawę referował inż. Drzewiecki, a przyczynki do niej wygłosili pp. Toeplitz, Saski, Pawłowicz, Strzelecki, Janikowski, Suligowski, Kossowski, Raciążek, Rabczewski.

Referaty powyższe wywołały bardzo ożywioną dyskusję.

W drugim dniu Zjazdu w sprawie mieszkaniowej przemawiali jeszcze inż. Słomiński, prezydent m. Warszawy, i Dr. J. Zawadzki.

Następnie Zjazd rozważał sprawę organizacji sanitarnej samorządów, w której, oprócz referentów — inż. Rudolfa i D-ra Polaka, zabierali głos liczni mówcy.

Uchwały Zjazdu brzmią, jak następuje:

I.

W sprawie mieszkaniowej.

1) Sposób zamieszkania najszerzych warstw ludności w Polsce urąga elementarnym wymaganiom higieny fizycznej i moralnej.

2) Zaradzić temu stanowi można tylko drogą intensywniej akcji budowlanej, któraby stworzyła wielką liczbę tanich higienicznych mieszkań.

Uwaga. Jako tanie higieniczne mieszkania mogą być uważane: 1) mieszkania w domach jednorodzinnych najwyżej o 1 — 2 poziomach, o powierzchni mieszkalnej nie wyżej 100 metr. z własnymi wygodkami.

2) Mieszkania w domach zbiorowych co najmniej dwuizbowe dostatecznie oświetlone, dwustronnie przewietrzane o powierzchni mieszkalnej 40 — 70 mtr., z własnym odpowiednio urządzonej ustępem, zaopatrzone w wodę. Mieszkania w domach zbiorowych powinny mieć dostateczne pomieszczenie dla użytku wspólnego (sale zebrań, ochrony, pralnie, kąpiele oraz ogród).

3) Plan regulacyjny niezbędny dla każdego miasta, jako podstawa rozwoju, powinien przy oznaczaniu ulic i podziale parcel mieć na względzie możliwość budowy takich mieszkań; regulacja miast winna ustalać nie tylko kierunek i szerokość dróg, ale i sposób zabudowania parceli z obowiązkiem zachowania określonych głównych rozmiarów brył.

4) Nie można się spodziewać, by budowa dostatecznej liczby takich mieszkań mogła być osiągnięta jedynie drogą przedsiębiorczości prywatnej.

5) Akcja budowlana w celu stworzenia tanich higienicznych mieszkań może się odbywać przede wszystkim z pomocą publiczną, której zadaniem jest: 1) dostarczenie bezpośrednio, lub drogą gwarancji, kapitału na budowę, 2) obniżenie kosztów mieszkania drogą potaniaenia tego kredytu.

6) Środki przeznaczone na to przez obecne prawodawstwo polskie, które stworzyło Państwowy Fundusz Rozbudowy miast są niedostateczne, nie wystarczają bowiem nawet na budowę takiej liczby mieszkań, któraby odpowiadała naturalnemu przyrostowi lud-

ności, względnie gospodarstw. Koniecznym więc jest znalezienie nowych środków na cele rozbudowy miast.

7) Zużytkowanie funduszy publicznych dla celów budownictwa mieszkaniowego i konieczność ograniczenia ich wysokości nakazuje oszczędność i właściwe ich przeznaczenie.

8) Oszczędność da się uzyskać przez normalizację; kredyt państwowy na budownictwo winien stawiać warunek stosowania elementów budowlanych, odpowiadających normalizacji.

9) Dla zapewnienia właściwego przeznaczenia, kredyt a przedewszystkiem obniżka stopy procentowej, winny być udzielane jedynie organizacjom i osobom, poddającym się co do użytkowania mieszkań kontroli publicznej.

10) Gminy miejskie winny prowadzić budowę domów dla warstw ekonomicznie słabych, ułatwiając im nabycie domów w własność, z wyłączeniem możliwości spekulacji.

11) Prawo zabudowy, właściwie i celowo ujmujące swe zadania, może stanowić jedną z podstaw higienicznego oraz społecznego rozstrzygnięcia sprawy mieszkaniowej.

Wobec tego, iż w granicach Rzeczypospolitej obowiązują trzy odmienne ustawy o prawie zabudowy, a b. Kongresówka nie posiada takiej ustawy, byłoby wskazaniem wprowadzenie jednolitej ustawy, opartej na doświadczeniach wszystkich byłych zaborów.

12) Dla regulowania cen placów t. j. utrzymania taniej ceny placów budowlanych i oddawania ich na prawie zabudowy, gminy winny zakupywać większe kompleksy gruntów.

13) Dla nadania jednolitości i celowości akcji rządu i uzgodnienia jej z poglądami społeczeństwa niezbędnym jest jaknajszyszybsze uposażenie w dostateczne uprawnienia Państwowej Rady Rozbudowy miast, egzystującej przy Ministrze Skarbu w myśl Rozporządzenia Prezydenta o rozbudowie miast z 22 marca 1927 r. (Dz. Ust. 42, poz. 371).

14) Wobec niskiego naogół stanu higienicznego miast należy w komitetach Rozbudowy zapewnić miejsce przedstawicielom służby zdrowia.

15) Uważając obniżenie stopy procentowej za jeden z najważniejszych warunków uzdrowienia życia ekonomicznego a w szczególności ożywienia ruchu budowlanego, dążyć należy do jaknajszyszybszego powrotu do przedwojennej stopy procentowej, zarówno, gdy idzie o stopę prawną, jak i umowną.

16) Dla poparcia inicjatywy prywatnej pożądanym jest, by Ministerjum Skarbu w jaknajkrótszym czasie umożliwiło udzielanie przez Tow. Kredytowe specjalnych kredytów na budowę i nadbudowę oraz kapitalny remont domów.

Lekarz 24 R.

17) Dla ułatwienia spełnienia niektórych zadań, np. zakładania na wspólny koszt i wspólne potrzeby zakładów dostarczających materiały budowlane, należałoby przyspieszyć wydanie ustawy o związkach celowych, które mogą zawierać jedne miasta z drugim oraz z gminami podmiejskimi.

18) Koniecznym jest przeprowadzenie w większych miastach ankiety mieszkaniowej według jednolitego wzoru, uwzględniającego warunki higieniczne. Do współdziałania w przeprowadzeniu takiej ankiety, winny być powołane Związki Polskich, Państwowy Zakład Higieny i Towarzystwo Higieniczne.

19) Samorządowe organy służby zdrowia winny rozpocząć wykonywanie periodycznych inspekcji budynków mieszkalnych, celem usunięcia braków sanitarnych, pouczenia ludności o ich szkodliwym wpływie na zdrowotność oraz zebrania danych o stanie sanitarnym mieszkań.

20) W interesie podniesienia stanu sanitarnego miast, należy umożliwić zakładanie instalacji wodociągów i kanalizacji w domach nie posiadających takich urządzeń, a to przez odpowiednią ob-

welizację ustawy o ochronie lokatorów pozwalającą na pociągnięcie lokatorów do opłacania kosztów konsumpcji wody oraz do ponoszenia odpowiedniej części kosztów założeń tych urządzeń.

2) Należy dokonać rewizji obecnego ustawodawstwa mieszkaniowego i nadać odnośnym ustawom charakter ustaw mających moc obowiązującą na pewien określony termin.

II.

W sprawie organizacji sanitarnej samorządów.

1) Jednym z najważniejszych zadań w dziedzinie zdrowia publicznego winna być propaganda zdrowia w zarządach gmin miejskich i wiejskich oraz wydziałów powiatowych. W tym celu należy powołać do współpracy stowarzyszenia społeczne.

2) Posiadanie fachowych urzędników zdrowia w każdym wydziale powiatowym i w każdym mieście wydzielonym w osobną jednostkę winno być dla wszystkich samorządów obowiązującym.

3) Kierownictwo akcją sanitarną w powiecie lub mieście wydzielonym winno być powierzone jednemu lekarzowi, wyposażonemu jednocześnie w pełnomocnictwa samorządowe i rządowe; w tym celu mianowanie i zwalnianie takiego lekarza będzie się odbywało na podstawie porozumienia władz samorządowych z państwem.

4) Zdając sobie sprawę z tego, że w wielu zagadnieniach higieny publicznej lekarze sanitarni nie mogą być kompetentni oraz uwzględniając ogromne zaniedbanie naszego kraju pod względem urządzeń sanitarnych i utrzymania ogólnego stanu sanitarnego, V Zjazd Higienistów Polskich uważa za konieczne, aby wydziały zdrowia w Wojewódzkich Urzędach posiadały stanowiska inżyniera sanitarnego.

5) Uwzględniając potrzebę powołania do udziału w państwo-

wej i samorządowej służbie zdrowia inżynierów sanitarnych, V Zjazd Higienistów Polskich uważa za konieczne, aby przy centralnych władzach zdrowia powstał specjalny wydział inżynierji sanitarnej, któryby objął nadzór i kierownictwo nad całokształtem sanitarno-lekarskich spraw w całym państwie.

6) Zważywszy, że nieliczne w Polsce Wyższe Szkoły Pielęgniarek dostarczające samorządom wyszkolonego pomocniczego personelu lekarskiego jako pielęgniarek na stacjach opieki nad matką i dzieckiem, pielęgniarek wywiadowczyń w przychodniach przeciwgruźliczych, lub też higienistek szkolnych i t. p. walczą z trudnościami finansowymi i dlatego nie rozwijają się należycie, V Zjazd Higienistów Polskich apeluje do wszystkich samorządów powiatowych i miejskich o udzielanie corocznych wydatnych subwencji dla tych szkół i przyczynienie się w ten sposób do szybkiego ich rozwoju, który jest niezbędny w interesie własnym samorządu.

7) Zjazd Higienistów Polskich stwierdza konieczność wzmocnienia nadzoru sanitarnego w szkołach zarówno państwowych, jakoteż w prywatnych.

8) Zjazd Higienistów Polskich stwierdza konieczność zaprowadzenia we wszystkich szkołach żeńskich specjalnego działu gospodarstwa domowego celem przygotowania dziewcząt do oszczędnego i racjonalnego prowadzenia gospodarstwa.

9) V Zjazd Higienistów Polskich poleca głównemu Zarządowi W. Tow. Higj. opracowanie przepisów technicznych mieszkaniowych w porozumieniu z Polskim Instytutem Wodociągów i Kanalizacji i Towarzystwem Urbanistów Polskich.

Przegląd terapeutyczny.

Koramina „Ciba“, jej działanie i zastosowanie lecznicze.

Podał

Dr. med. Leon ADOLF (Lwów),

lekarz Państwowego Szpitala powszechnego.

W przypadkach, w których zachodzi potrzeba stosowania kamfory, jako *analepticum* i *cardiacum*, stosujemy ją zwykle utartym już zwyczajem w dawkach dużych, t. j. 5 — 10 cem. 10% roztworu w oliwie, jako *Ol. camphoratum mite* lub jako 20% *Ol. camph. forte*. Wskazania i sposób działania kamfory są na ogół znane, a są niemi w pierwszym rzędzie nagłe osłabienie mięśnia sercowego w zapaści, wstrząsie i w afekcie psychicznym, dalej w adynamji na tle niewyrównanej wady serca, połączonej z zapaleniem mięśnia sercowego i niemiarowością tętna, oraz w stanach gorączkowych, powikłanych objawami ze strony serca, jako następstwem zwyrodnienia mięśnia sercowego w posocznicy, zapaleniu płuc i w chorobach zakaźnych.

Działanie kamfory jest inne w dawkach małych, a inne w dużych. Małe dawki pobudzają mięsień sercowy przez węzeł K a i t h - F l a c k a i przez działanie na same włókna mięsne, wzmacniając siłę jego skurczów, tak, że tętno obwodowe, jako miernik pracy serca, z początku się przyspiesza, poczem się stale zwalnia i staje się regularne i pełniejsze.

W dawkach większych ponad 0,5 — 1,0 g. jednorazowo podskórnie zmniejsza kamfora elastyczność mięśnia sercowego, działając nań jakby odurzająco, a przez podrażnienie ośrodka naczynioruchowego zwiększa ciśnienie krwi, w danej chwili dla serca nie-

korzystne, i wogóle działa w tych dawkach raczej jako *sedativum*, a nie podniecająco na mięsień sercowy.

Dzięki tym własnościom farmakologicznym bywa kamfora najczęściej stosowana w przypadkach, w których chodzi o działanie doraźne, staje temu jednak na przeszkodzie powolne wysysanie się z powodu prawie zupełnej nierozpuszczalności jej w wodzie. Rozpuszczona w oliwie zaczyna działać późno, gdyż z jednej strony wehlanianie tłuszczu następuje bardzo powoli, a z drugiej krążenie krwi i limfy jest w tych stanach tak zwolnione, że o szybkim wehlanianiu się jej niema mowy, tembardziej, że musi się ona jeszcze rozpuścić w sokach ustroju, które jako płyn koloidalny (wodny) bardzo powoli ją rozpuszczają. W moczu zjawia się kamfora dopiero w blisko 3 godziny po wstrzyknięciu w połączeniu z kwasem glukoronowym. Dla oksydacji jej wymagana jest dobra wentylacja płuc i prawidłowe krążenie krwi, co niema miejsca przy ogólnym zastojem żylnym w przypadkach zapalenia płuc, posocznicy, w ciężkiej anemji, w zatruciu gazami i t. p. stanach chorobowych o złej wymianie gazów.

Dlatego też w przypadkach nagłych, jak zapaści z rozmaitych przyczyn, i w razie porażenia ośrodka oddechowego i naczynioruchowego wskutek zatrucia alkoholem, alkaloidami, tlenkiem węgla i t. p. chętnie stosujemy preparaty chemiczno-syntetyczne o działaniu podobnem, jak kamfora, a rozpuszczalne w wodzie.

Jednym z takich preparatów jest Koramina „Ciba“, znajdująca się w handlu w ampulkach po 1,1 cem. oraz w płynie *in vitro rostrato* do użycia wewnętrznego. Jest ona pod względem chemicznym diaetylamid-pyridin-beta-carbonatem i znajduje się w ilości 0,25 g. w cem. wody. Okazała się nam ona w wielu przypadkach nagłych niezbędną dzięki temu, że się bardzo szybko wehlania i działa doraźnie. Działanie jej zazna-

cza się nieraz prawie momentalnie po zastrzyknięciu, a przeciąga się na kilka godzin, przyczem tętno zwalnia się, staje się rytmiczne i pełniejsze. I w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego na tle *myocarditis subacuta* i *chronica*, jako komplikacji chronicznej wady zastawkowej serca lub zaburzeń w krążeniu i odżywianiu jego z powodu zmian anatomicznych w naczyń wiencowych, okazała się Koramina również skutecznym środkiem leczniczym, zwłaszcza w tachykardji z niemiarnością i w wynikającej stąd dusznicy sercowej (*dyspnoë cardialis*), a to przez cały okres, aż do chwili rozpoczęcia się działania naparstnicy, podawanej w tych stanach równocześnie z Koraminą.

Stosowana była Koramina *per os* i *per injectionem subcutaneam et intravenosam*. Wewnętrznie podawano w ciężkich przypadkach 2 — 3 razy dziennie po 20 kropeł, podskórnie zaś w przypadkach nagłych 1—2 ampulek czystej Koraminy lub w kombinacji z kofeiną, adrenaliną, strychniną i t. p., zależnie od potrzeby i wskazania, w przypadkach chronicznych 2 razy dziennie po 1 ampule.

Objawów szkodliwego działania ubocznego przy stosowaniu Koraminy w żadnym przypadku nie stwierdzono.

Przytoczę w tem miejscu kilka przypadków chorobowych, leczonych na oddziale II Szpitala powszechnego we Lwowie (Kier. Prym. Dr. W. Ziembicki), w których stosowana była Koramina. Poczuję się do miłego obowiązku złożenia na tem miejscu JWP. Prym. Dr. Ziembickiemu podziękowania za łaskawe użyczenie mi materiału.

Przykład I. Chora H. J. lat 32. Nr. 2057/26. Rozpozn.: *Endocard. chr. s. f. insuf. et sten. ostii ven. sin., decomp. s. seq., venostas. organorum. Tum. hep. et lienis venost., ascites, anasarca, cyanosis, dyspnoë cardialis, tachycardia et arhythmia*. Leczenie: *Digitalis + Diuret.* Koramina 2 razy dziennie po 1 ampule podskórnie. Tętno z początku szybkie, arytmiczne już na drugi dzień po rozpoczęciu leczenia spada z 120 do 108 uderzeń na minutę i staje się miarowe i pełne, duszność zaś ustąpiła zupełnie prawie, czego nie można przypisać działaniu naparstnicy, którą chora zażywała w postaci naparu 1:200 tylko 3 łyżki dziennie. Tętno po dalszych trzech dniach spadło do 84 uderzeń na minutę i z małymi wahaniami utrzymywało się na tym stopniu do czasu wypisania chorej do domu z zupełną poprawą.

Przykład II. Chorą K. K. lat 47, Nr. 1952/26, przywiozła nad ranem karetka Pogotowia ratunkowego zupełnie nieprzytomną. Wszelkie odruchy zniszone. Lekka sztywność kończyn górnych i dolnych. Oddechy płytkie, piana na ustach, *tachycardia*, tętno nikle i niemiarowe. Rodzina chorej podaje, że uległa zatruciu tlenkiem węgla (zaczadzeniu). Zastosowano prócz inhalacji tlenu iniekcje 5 ccm. olejku kamforowego + 2 ccm. 10% *Coff. natr. sal.* podskórnie. Po upływie blisko godziny stan chorej nie uległ zmianie, a depôt olejku kamforowego w znacznej części jeszcze nie uległ wessaniu, prawdopodobnie z powodów wyżej wspomnianych. Wobec tego wstrzyknięto podskórnie 2 ampulki Koraminy i nadal podawano tlen w inhalacji. Po kilkunastu minutach chora, dotychczas bezwładna, sama zmienia w łóżku dotychczasowe położenie i stara się ręką odsunąć lejek szklany, połączony z rezerwoarem tlenu, trzymany jej przed nosem i ustami, z powodu wysychania błon śluzowych jamy ustnej i gardła, występującego właśnie przy wziewaniu tlenu. Oddech stawał się głębszy, tętno się poprawiło. Na zadawane jej pytania odpowiadała już, ale sylabizując każde słowo z powodu utrzymującego się jeszcze niedowładu mięśniowego. W kilka godzin różnej odzyskała zupełną przytomność, lecz ostatniego wydarzenia nie pamiętała.

Przykład III. Chora H. R. lat 25, Nr. 1266/26. Rozpozn. *Endo-myo-pericard. chron.* z dusznością, biciem serca, osłabieniem tętno 126 uderzeń na minutę. Pod wpływem leczenia różnemi środkami prócz naparstnicy, którą chora zażywała już w domu, stan jej nie uległ zmianie, a tętno wahało się między 112 a 120 uderzeniami na min. Zastosowano Koraminę dożylnie codziennie 1 ccm. z początku czystą, a potem z glukozą 10 ccm. 10% roztworu. Zrazu po każdej iniekcji tętno obniżało się o kilkanaście uderzeń na przeciąg kilku godzin, poczem znowu narastało. Po kilku dniach tętno spadało systematycznie o kilka uderzeń do 80. Subiektywnie chora się też czuła znacznie lepiej. Z chwilą zaprzestania stosowania Koraminy liczba uderzeń tętna znów wzrosła ponad 120. Duszność, na którą się chora bardzo skarżyła, zmniejszyła się pod wpływem Koraminy.

Przykład IV. Chora G. K. lat 21, Nr. 2315/26. Rozpozn. *Pneumonia lobar. pulmon. sin. totius cum resolutivae retard.* Prześwietlenie Roentg. wykazuje jednostajne zaciemnienie całego pola płuć lew. Chora przybyła na oddział w 7 dniu choroby z objawami silnej duszności, osłabienia, wysoką gorączką, szybkim i chwilami niemiarnym tętnem, słabo napiętem. Prócz optochiny podawano i podaje się nadal Koraminę wewnątrznie lub podskórnie. Duszność ustąpiła, tętno poprawiło się znacznie, i chora czuje się dobrze. Wykrztuszenie mierne. Chora pozostaje dotychczas w leczeniu.

Przykład V. Chora K. E. lat 38, Nr. 2172/26. Rozpozn. *Endocard. chron. s. f. insuf. valv. mitr. decomp. Myocard acuta, arhythmia. Oedema reg. lumbosacralis et pedum. Venost. organ., cyanosis, tachycardia, dyspnoë cardialis*. Stan chorej ciężki, wymiotuje i traci chwilami przytomność. Leczenie: *Digitalis per os.*, strofantyna dożylnie, Koramina 3 razy dziennie po 20 kropeł. Następnego dnia chora czuje się już znacznie lepiej. Naparstnicę i strofantynę odstawiono. Chora zażywa w dalszym ciągu tylko Koraminę wewnątrznie. Tętno dotychczas niezliczalne i niemiarowe wynosi 100 uderzeń na minutę. Liczba uderzeń tętna w dalszym ciągu spada do 76, uzyskując zupełną miarowość. Subiektywnie czuje się dobrze. Obrzęki nieco się zmniejszyły. Tak od 14 do 21.XI. Od 22/XI zażywała chora Digitoksynę Klawego, która, wzmocniwszy mięsień serca, usunęła w znacznym stopniu objawy dekompensacji. Od 8/XII otrzymuje chora nadal Koraminę po odstawieniu Digitoksyny i pozostaje w dalszej obserwacji i leczeniu.

W wielu innych jeszcze przypadkach była Koramina przygodnie tylko stosowana już to w iniekcji, już to wewnątrznie w kroplach, zwłaszcza na ncc z powodu cierpienia mięśnia sercowego w chorobach, przebiegających z wysoką gorączką i ogólnym osłabieniem, jak *Sepsis, Endocard. exacerb. (lenta), Polyarthr. acuta* i t. d.

Widzimy zatem, że działanie Koraminy w niczem nie ustępuje działaniu olejku kamforowego i owszem przewyższa je nawet szybkością efektu i dogodnością w zastosowaniu. Oprócz bowiem pewniejszej jałowości preparatu, niemalą grają rolę i inne czynniki, jak ilość wstrzykniętego płynu i jego konsystencja. Olejek kamforowy bowiem, wstrzyknięty igłą grubą, wypływa często częściowo na zewnątrz z powodu dużego ciśnienia depôt i zbytniej szerokości otworu wkłucia, co prócz pieczenia może się też stać *locus minoris resistentiae* dla infekcji, dając bolesne i długotrwałe, t. zw. „aseptyczne“ nacieki.

Tych ujemnych własności nie posiada Koramina, co przy niezmnieszonej wartości leczniczej i możności zastosowania dożylnego stanowi jej wybitną wyższość nad olejkiem kamforowym.

Odcinek.

Z zagadnień psychologii lekarskiej.

Podał

Dr. med. i fil. Władysław MEDYNSKI (Kraków).

(Ciąg dalszy).

V. Zagadnienie świadomości jest kwestją wogóle dość skomplikowaną, a jej definicja napotyka jeszcze dziś na znaczne trudności, ulegając zmianie w zależności od sposobu stawiania samej sprawy życia psychicznego. Czem innym w życiu praktycznym jest świadomość dla lekarza, czem innym dla prawnika, pedagoga lub teoretyka wogóle. Psychjatra *Binswanger* (11) określa świadomość, jako zbiór procesów psychicznych, mających miejsce w danej chwili. Lekarza, zresztą, nie interesuje tyle samo zagadnienie świadomości i jej analiza, ile ta mozaika odmian świadomości, jej stopniowanie (zamroczenie, omdlenie, pomieszanie), aż do jej zupełnej utraty, kiedy to wszelkie procesy psychiczne pozornie w zupełności ustają. Prawnik zastanawia się nad tem, czy można czynić cośkolwiek nieświadomie, a więc wysuwa się tu kwestja prawnicza ubezwłasnowolnienia, lub stwierdzenia niepoczytalności danej osoby (np. wykonanie zbrodni w stanie somnambulizmu, który to stan występuje najczęściej w nocy; chorzy wstają z łóżka, wykonywają cały szereg czynności, kładą się z powrotem spać, a rano nic nie wiedzą o tem, co uczynili). Dla pedagoga istnieje dość ważna kwestja świadomości winy u dziecka. I tu znów świadomość występuje w odmien-
nem świetle, ponownie możnaby stworzyć specjalne pojęcie „świadomości pedagogicznej“.

Dla teoretyków (*Herbertz*) (12) świadomość jest osobistym przeżyciem, któremu skłonni jesteśmy przypisać rzeczywistość. Inni wreszcie traktują ją jak już widzieliśmy, świadomość, jako treść poznania, uczucia i woli, słowem, jest to wyraz wieloznaczny, nigdy z góry nie można wiedzieć, o czem myśli właściwie osoba, która go wypowiada. Bardziej różniczkowane jest pojęcie świadomości w praktyce życiowej. Lekarz pod utratą świadomości rozumie zupełne zawieszenie postrzegania i kontaktu zmysłowego ze światem zewnętrznym, przy zachowaniu czynności roślinnych organizmu. Stany te towarzyszą pewnym zaburzeniom organizmu, mogą trwać dłużej lub krócej, świadomość może stopniowo powracać do normy lub, jak to bywa w stanach agonalnych, okresowo gasnąć, aż do zupełnego zniknięcia. Prawnik zaś uważa świadomość za zdolność odpowiedzialności za swe czyny, która nie istnieje wówczas, gdy osoba jest jej pozbawiona (utrata czasowa świadomości w stanach alkoholicznych, epileptycznych, w chorobach umysłowych). Ukaranie jest wyłączone, gdy przestępca w czasie czynu karygodnego był w stanie bezświadomym („*Bewusstlosigkeit*“). Inaczej nieco na to samo zagadnienie patrzy filozof, dla którego problemat świadomości jest najbardziej rzeczowy, należący do roztrząsań teoretycznych. Rozwój problemu świadomości w dziejach filozofji rzuca jaskrawe światło na wylaniający się, jakby z tajemniczej mgły, problemat podświadomości. Poświęćmy mu słów kilka.

VI. Starożytność nie posiada tego pojęcia świadomości, jakie ma nowoczesna psychologja. Wszystkie obecne pojęcia świadomości mają to wspólne, że przyczyn jej szukają w doświadczeniu. Nowoczesne pojęcie świadomości jest doświadczone. W starożytności nie doświadczenie tworzy punkt wyjścia dla świadomości, lecz ogólny zbiór filozoficznych przekonań o treści duszy. Racjonalizm starożytnych przyniósł to z sobą, że wierzyli, iż istotę rzeczy, jak i duszy, możemy poznać za pomocą myślenia, że rozum jest w stanie wszystko uczynić. Już w literaturze starożytnej udzielić nam może wykazanie trzech odrębnych kierunków w stosunku do problemu świadomości, niejako poprzedników obecnego pojęcia świadomości. Jest w naszym życiu wewnętrznym jakaś siła syntetyczna — i to będzie pierwsza odmiana poglądu, która chaotyczne fale naszych uczuć sprowadza do jedności postrzeżeń, segreguje, łączy lub rozdziela i tą drogą doprowadza do należytego porządku. Inni patrzą na świadomość, jako na siłę wzmacniającą, potęgującą przedwrażenia, które dopiero świadomość na wiedzę prawdziwą zamienia. Wreszcie wspomnieć należy o t. zw. odruchowej czynności psychicznej („*reflexive Geistestätigkeit*“), równoważnej z dzisiejszą samowiedzą. Te trzy kierunki tworzą gdyby zaródź, z której rozwinię się w przyszłości nowoczesny problemat świadomości. Właściwie nie da się przeprowadzić ścisłej granicy między tymi kierunkami. W pierwszym okresie rozwoju myśli filozoficznej w Grecji niema jeszcze śladu syntetyczno - potencjalnej działalności psychicznej, o świadomości prawie że nie mówi się. Dopiero u *Platona* (13), zdaniem *Siebecka*, w jego teorii postrzeżeń jest pierwszy ślad prawdziwej teorii świadomości („*wirkliche Bewusstseinstheorie*“). *Platon* wskazuje, jak surowy materiał czuć przez syntetyczną pracę psychiczną uświadamia się w postrzeżeniu. *Platon* idzie dalej: prawdziwa wiedza może być tylko wiedzą prawdy, a ta prawdziwość nie tkwi w objawach zmysłowych, lecz w wyobrażeniach, nieprzejęściowych przyczynach wszystkiego — w ideałach. Musi zatem być specjalna siła psychiczna, która wyobrażenia zamienia na prawdziwą wiedzę. Tą siłą jest rozum. Jemu zawdzięczamy świadomość rzeczy — „*Episteme*“. Już u *Platona* również spotykamy się z zagadnieniem podświadomości, a choć może niezbyt wiele mówi o tem w postrzeżeniu i teorii apercepcji, to przecież dość wyraźnie zaznacza w nauce o wspomnieniu. Problemat podświadomej czynności jest tu ściśle związany z problematem pamięci i wspomnienia, które spotykamy w platonowskiej „*Anamnesis*“, tu też problemat podświadomości występuje o wiele wybitniej, niż w całej filozofji greckiej. Dusza ludzka, zdaniem *Platona*, jest wieczna. Posiada ona jeszcze przed dostaniem się do ciała idealny pierwotny wzór rzeczy. Rozum nie zależy od czasu, dlatego też nawet wcześniej, zanim czegoś się dowiemy, już posiadamy pewną wiedzę i prawdziwy rozum. Naturalnie, że *Platon*owskie pojęcie podświadomości nie posiada jeszcze tej psychologicznej oprawy, jaką otrzymało w dzisiejszej psychologii. Teoria świadomości *Kartego* jest metafizyczna, dusza, jego zdaniem, nie jest siłą życiową, lecz świadomością. Są dwie sub-

stancje, między którymi niemożliwe jest działanie zamienne: substancja myśląca i przestrzenna — ciało. Z metafizycznych określeń stosunków między atrybutem a substancją można *a priori* określić, że przebieg świadomości musi być ciągły (K e u s s e n) (14). Przez myślenie K a r t e z j u s z rozumiał świadomość wogóle („omnia. quae nobis consciis, in nobis fiunt“). Podkreśla on, że pierwotnym stanem jest świadomość, i w tem tkwi jego zasługa wobec psychologii, że za punkt wyjścia uznał świadomość, (*mens*), gdyż pojęcie duszy (*anima*) uważał za wieloznaczne i zbyt mistyczne. Zagadnienie świadomości z podłoża metafizycznego nauki K a r t e z j u s z a przeszczepił L o c k na grunt teoretyczno-empiryczny. L o c k prowadzi do doświadczeń nad świadomością. Na jego nauce oparli się H u m e i B e r k l e y oraz szkoła psychologów asocjacyjnych (H a r t l e y, P r i s t l e y). W nowoczesnej psychologii spotykamy się coraz częściej z zapatrywaniem, że na czynność świadomą ma pewien wpływ czynnik nieświadomy. Objawy pamięci, reprodukcji i asocjacji dają ku temu powód. Problematowi podświadomości daje odpowiednie zabarwienie dopiero L e i b n i z. On jest właściwie ojcem zagadnienia podświadomości w znaczeniu psychologicznym (H e r b e r t z) (15). Już K a r t e z j u s z nie wątpił, że podrażnienia fizyczne pozostawiają ślady w układzie nerwowym (*vestigia*), które we wspomnieniu odgrywają rolę. Pamięci i reprodukcji odpowiadać mają „materjalne korrelaty“. Dla L e i b n i z a podświadomość jest nieskończonym morzem, z którego podnosi się dziedzina świadomości. Odróżnia on trzy rodzaje podświadomości: a) wrodzoną, którą określa w zdaniu, że „*nihil est in intellectu, quod non antea quodammodo fuerit in sensu, nisi ipse intellectus*“; b) podświadomość nabytą, wrażenie było pierwotnie świadome, później wydobywa się z podświadomości, jako wspomnienie i c) to te wyobrażenia, które są zbyt słabe, aby mogły dla siebie stworzyć świadomość. Nazywa je L e i b n i z „*petites perceptions*“. Te prowadzą L e i b n i z a do wykazania linii granicznej między świadomością a podświadomością. Dla L e i b n i z a punktem wyjścia jest to samo, co i dla K a r t e z j u s z a t. j. samoobserwacja bezpośrednia i doświadczenie wewnętrzne. L e i b n i z słusznie występuje przeciw „*tabula rasa*“ L o c k e a. „Im ciemniejsze jest życie świadomości — powiada — tem łatwiej je przeoczyć. Ciemne zmiany w naszej duszy, których nie możemy sobie uświadomić — to percepcje. W nich różnorodność jest połączona w jeden stan. Na tym szczeblu stoją istoty najniższe (monady najniższego stopnia)“. Wyrażenia świadomości (*sentiment*) L e i b n i z używa dopiero wtedy, gdy percepcja staje się wyraźniejszą, i gdy jej towarzyszy przypominanie. Najwyższy szczebel życia psychicznego przedstawia wyraźna uwaga (*apercepcja*). „Często mimowolnie, instynktowo stosujemy zasady, które dopiero później będziemy mogli sobie uświadomić. Tkwi w nas o wiele więcej, niż sobie wyobrażamy“. L e i b n i z twierdzi, że życie psychiczne trwa nieprzerwanie tak w stanach świadomych, jak i bezwiednych. Pozorne znikanie życia psychicznego jest tylko zastąpieniem go przez życie psychiczne bardziej ciemnej, elementarnej postaci. Istnieją wrodzone skłonności i usposobienia, które się rozwijają, skoro tylko doświadczenie nastre-

cza sposobności po temu. To, co się w świadomości przedstawia jasno, zawsze bywa czemś złożonym, co każe przypuszczać ciemne pierwiastki, jak nprz., kiedy słysząc szum morza, właściwie zbieramy wrażenia od tysiąca fal w jedno czucie. Dusza nasza jest więc wciąż czynna. Dzięki tym drobnym czuciom (*petites perceptions*) staje się jasny związek pomiędzy różnymi okresami życia tego samego osobnika, stany bowiem jasno uświadomione często bywają w niezgodzie z sobą. W ciemnych czuciach, których osobnik nie uświadamia sobie, objawia mu się pozostałe istnienie i warunkuje go, chociaż on nie wie o tem. Czucia te łączą go z resztą istnienia. Nawet we śnie nie znosi się ten związek. Pomiędzy snem a czuwaniem jest tylko różnica stopnia. Odwrócenie uwagi jest snem częściowym.

Temi uwagami L e i b n i z nader przysłużył się psychologii, zwrócił bowiem uwagę na drobne pierwiastki życia psychicznego, otworzył nowy świat dla samoobserwacji, wskazał na ciągłość duchowej strony istnienia.

Ciekawe są również spostrzeżenia H a r t l e y a. Według niego życie psychiczne rozwija się na mocy prawa kojarzenia, krok za krokiem, z postaci niższych w wyższe. Tak powstają wyobrażenia złożone, mogące stanowić tak doskonałą jedność, że proste wyobrażenia, z których tante powstały, nie uprzytamniają się, podobnie jak ciało złożone może posiadać własności inne, niż jego składniki. Czynności, które z początku bywają wykonywane z pełną świadomością, przez powtarzanie mogą się stać bezwiednymi, czy, jak je H a r t l e y nazywa, wtórnymi, automatycznymi. Dalszy rozwój problematu podświadomości odbywa się już w psychologii eksperymentalnej, co stanowi zasługę H e r b a r t a. Powoli przechodzimy do badań psychologii nowoczesnej. Ani logika, ani też teoria poznania nie mogą dać wystarczającej odpowiedzi na zagadnienia świadomości i podświadomości, gdyż w gruncie rzeczy należą one do psychologii eksperymentalnej. Pomostem, łączącym metafizykę podświadomości z jej psychologią, był S c h e l l i n g, który w określeńniu stosunku między naturą a duchem, świadomością a podświadomością, widzi najwyższe zadanie: „nieskończony świat nie jest inny, jak sam twórczy nasz duch w nieskończonej produkcji i reprodukcji“. Szkoła H a r t m a n n a zwalcza czysto empiryczną teorię podświadomości nowoczesnych psychologów, gdyż ma on ponoć nie prowadzić do łatwiejszego zrozumienia podświadomości, stoi więc szkoła H a r t m a n n a nadal na stanowisku metafizycznym. Znamiennie są doślad poglądy angielskich psychologów, na czele z M i l l e m i S p e n c e r e m. Jeśli przyzwyczajenie umysłowe jest dość silne, to wkońcu staje się „organicznym“, t. zn. tworzy rodzaj przystosowanego mechanizmu, funkcjonującego automatycznie. W tym razie indywidualium przekazuje potomstwu organy swoich nalogów umysłowych. W ten sposób zachowujemy w sobie od urodzenia naszego ślady doświadczenia całych pokoleń. Na tem właśnie można oprzeć całą budowę przeciwieństw co do „*tabula rasa*“, natomiast ugruntować naukę o elementach apriorycznych w poznaniu (por. „Krytykę czystego rozumu“ K a n t a). Dla angielskich psychologów jest to zwykły mechanizm, otrzy-

many w spadku od poprzednich pokoleń, dziedziczne przyzwyczajenia i umysłowe instynkty. Te instynkty, poprzedzające doświadczenie indywidualne, to skutki doświadczenia gatunku. Można więc powiedzieć, że indywiduum nosi w sobie cały gatunek w formie mechanizmu, który powstał z akumulowanych wysiłków jego przodków. Może należałoby jeszcze podkreślić na te sprawy pogląd Wundta⁽¹⁶⁾. Czynność spostrzegania, mówi Wundt, zwrócona „na wewnątrz“, jak i czynność rozróżniania, polegają na założeniu, żeśmy świadomi jakiegokolwiek treści, a więc nie stanowią treści świadomości. A zatem, należy świadomość pojmować, jako zjawisko podstawowe, którego nie można wyprowadzić z dalszych warunków psychologicznych, lecz które samo jest warunkiem wszelkich poszczególnych stanów i czynności psychicznych. Pojęcie świadomości — zdaniem Wundta — jest jedynie wyrazem na oznaczenie faktu, że wogóle czegoś doświadczamy, czyli doznajemy, abstrahować od świadomości znaczy więc abstrahować od wszelkich jakiegokolwiek doświadczeń albo procesów wewnętrznych (Wundt: *Über die psych. Kausalität*). Te wątpliwości dotyczą jednak tylko „podświadomego“ w znaczeniu bezwzględnej możliwości, a nawet konieczności przypuszczenia nieświadomego względnego Wundt nie zaprzecza. Ta sama treść może występować w różnych stopniach jasności, a więc wszędzie, „gdzie świadectwa pośrednie wskazują istnienie pierwiastków psychicznych, których nie jesteśmy bezpośrednio świadomi, jako takich (npr. wyższych tonów jakiegos dźwięku), możemy przypuszczać, że były one obecne w zmniejszonym stopniu jasności. O ile również świadomość normalna przedstawia ciągle powiązanie połączonych z sobą stanów, możemy takie wszystkie te stany psychiczne, które z ogółem innych nie pozostają w ścisłym związku (czucia niższych zwierząt, małych dzieci, wiele marzeń sennych i t. p.) nazywać względnie nieświadomymi. Ale w obu wypadkach „podświadomość“ jest tylko pojęciem granicznym, a nie przeciwieństwem świadomości, bo „nie możemy absolutnie zrozumieć, jakim sposobem ten wyższy, pozostający podświadomym, miałby wpływać na barwę dźwięku, gdyby w samym początku nie był

obecny w jakimkolwiek stopniu uświadomienia (Wundt: „Grundriss der Psychologie“).

Reasumując to, co się dało powiedzieć o rozwoju zagadnienia świadomości w związku z rozwojem zagadnienia podświadomości, możemy stwierdzić, że w konsekwencji teorii świadomości w nowoczesnej psychologii nie chcą widzieć tylko w świadomości zbiór wszystkich możliwych w nas czynności psychicznych.

Szczególnie kwestja osobowości psychicznej staje się aktualną, to też nad nią należałoby się na chwilę zastanowić. Przyjdzie tu nam z pomocą cenna praca Bineta⁽¹⁷⁾. Binet powiada: Przyzwyczajeni jesteśmy z dawnych czasów, dzięki utartym wyrażeniom rutynie prawnej, a także wskutek wewnętrznej analizy, uważać każdą osobę, jako stanowiącą jedność niepodzielną. Nowoczesne badania zmieniają głęboko owo pojęcie zasadnicze. Dziś jest rzeczą niemal dowiedzianą, że, jeśli jedność naszego „ja“ ma rzeczywiste podstawy, powinna otrzymać definicję zupełnie odmienną. Nie jest to rzecz sama w sobie, całokształt niezmienny, bo gdyby tak miało być, nie moglibyśmy zrozumieć, jakim sposobem niektórzy chorzy doprowadzają do wyższego stopnia pewne zjawiska, należące bezwątpienia do życia normalnego, mogą ujawnić kilka oddzielnych osobowości; to, co daje się podzielić, mówi dalej Binet, musi być złożone z kilku części, jeśli osobowość może się stać podwójną lub potrójną, to dowodzi, iż jest ona czemś skomplikowanym, grupą zjawisk, wynikiem kilku czynników. Jedność naszej osobowości dojrzałej i zdrowej istnieje, co prawda, i nikt nie myśli podawać jej w wątpliwość, lecz fakty patologiczne wymownie nam świadczą, iż jedność ta wynika z uporządkowania składających ją czynników“.

Patrząc na osobowość psychiczną pod kątem definicji Binetowskiej, możemy łatwiej zrozumieć pewne stany anormalne, które dotąd rozpatrywano często, jako przejaw czynności podświadomej, a które w gruncie rzeczy, jak to zobaczymy później, raczej należy zaliczyć do objawów zdwojonej świadomości.

(C. d. n.).

MEDYCINA SPOŁECZNA.

Angielskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego. (Ministry of Health).

Podał

Dr. Stanisław TUBIASZ (Warszawa).

(Dokończenie).

Ogólna liczba urzędników Ministerstwa Zdrowia Publicznego wyniosła w dniu 1.XII. r. 1923 osób trzy tysiące osiemset i dziesięć. W tem było lekarzy 92, inżynierów 24 i jeden farmaceuta.

Budżet, preliminowany przez to ministerstwo na rok 1925/26, t. j. od 1.IV. 25 do 31.III. 26, wyniósł 20,408,612 f. szt., w tem:

1,308,572 f. szt. na koszty administracji,
około 8 milionów funtów na budowę domów mieszkalnych,
około 1,5 miliona na walkę z gruźlicą,
około 300,000 f. szt. na walkę z chorobami wenerycznymi,
około 800,000 f. szt. na opiekę nad matką i dzieckiem,

około 5,5 miliona wyniósł udział Państwa w wydatkach na ubezpieczenia społeczne.

W roku 1924/25 samych pożyczek Skarb udzielił samorządom w wysokości około 27 milionów funtów.

Cała ta kolosalna maszyna działa nader sprawnie. Działalność ministerstw polega głównie na udzielaniu wskazówek władzom lokalnym, na nadzorze nad ich działalnością, i dąży w kierunku podniesienia ogólnego poziomu sanitarnego przez podnoszenie poziomu gmin zacofanych. Panowie dygnitarze z Min. Zdrowia niechętnie mówią o kontroli nad władzami lokalnymi i chętniej używają wyrazów: kooperacja, współdziałanie. Jednakże jest to tylko gra słów, mająca za podstawę obawę podrażnienia pewnych ambicji prowincjonalnych. W rzeczywistości nadzór jest wykonywany i to w kilku kierunkach, a więc: I-o—kontrola prawna przez wydawanie przepisów obowiązujących. Mogą to być ustawy, opracowywane w ministerstwie, a zatwierdzone przez parlament, mogą to być bezpośrednio wydawane memoranda i okólniki, lub też akcja może polegać na zatwierdzaniu rozporządzeń (byelaws, regulations), wydawanych przez władze lokalne. II-o—Kontrola finansowa, która jest bodaj że najpotężniejszym czynnikiem wywierania wpływu, a nawet przymusu, na niezależności w znacznym stopniu władze prowincjonalne. Władze miejscowe mają prawo zaciągnąć pożyczkę bez wszelkich pozwoleń do wysokości rocznego dochodu; do wysokości dwuletniego dochodu wystarczy pozwolenie Min. Zdrowia, a powyżej wymagane jest zezwolenie parlamentu. Pozatem Skarb Państwa zwraca władzom miejscowym 50% wydatków, poniesionych na opiekę nad matką i dzieckiem, na walkę z gruźlicą i na higienę szkolną, oraz 75% wydatków na zwalczanie chorób wenerycznych. Gmina, która nie spełnia należycie swych obowiązków w dziedzinie zdrowia publicznego, nie otrzymuje pieniędzy. W ten sposób niema gmin nieposłusznych i wszędzie panuje idealna zgoda. III-o—Istnieje również kontrola odwoławcza drogą załatwiania w toku instancji wszelkich odwołań i IV-o—kontrola doradcza za pomocą wspomnianego już sztabu inspektorów.

Aparat urzędniczy ministerstwa działa w ten sposób, że wszelki akt, wchodzący do Min. Zdrowia, wpływa do jednego z wyliczonych wyżej działów administracyjnych według kompetencji. Tam, jeśli sprawa nie nasuwa żadnych wątpliwości, zostaje ona załatwiona bezpośrednio. Jeżeli niezbędne jest zasięgnięcie opinii specjalistów w jakiegokolwiek gałęzi (lekarze, prawnicy, inżynierowie, buchalterzy i t. p.), wtedy papier wędruje do jednego z działów specjalnych, względnie do kilku z nich. Następuje uzgodnienie opinii, a sprawę ostatecznie załatwia jednakże odnośny dział administracyjny.

Jeżeli weźmiemy dla przykładu sprawy zdrowotne, to ustosunkowanie się wzajemne różnych stopni hierarchii służbowej wygląda, jak następuje:

Lewa strona tego schematu obejmuje część wykonawczą, podczas gdy prawa strona jest doradczą i opiniodawczą, — wszakże bez jej zgody żadna akcja w dziedzinie zdrowia publicznego nie może być przeprowadzona. Każda z tych stron jest niezależna od drugiej, ale obie działają w ścisłym związku.



Pierwsze wrażenie, które odnosi cudzoziemiec przy zetknięciu się z tą kolosalną organzacja, to są jej imponujące rozmiary. Jest to maszyna tak wielka, że z początku trudno jest polapać się w jej działalności i w roli poszczególnych kółek. Po bliższym zapoznaniu się z jej mechanizmem obcy obserwatorzy przychodzą zwykle do wniosku, że rozmiary tej maszyny w stosunku do pracy, do której jest ona przeznaczona i którą spełnia nader sprawnie, są zbyt wielkie. Wniosek ten nasuwał się nietylko mnie, przybyszowi z Polski, przyzwyczajonemu do wykonywania wszelkich zamierzeń w skromnych rozmiarach, ale podzielali go przedstawiciele krajów większych i zamożniejszych, niż Polska. Ogólne zdanie lekarzy urzędowych, reprezentujących przeszło 20 państw, z którymi brałem udział w wycieczce do Anglii, było, że 1/5, a może nawet i mniejszy ułamek tej liczby urzędników, którą znajdujemy w Min. Zdrowia w Londynie, wystarczyłoby w każdym innym państwie do prowadzenia akcji w tym samym zakresie.

Podziału urzędników na tak zwanych koronnych i technicznych i odpowiadającego temu podziałowi tworzenia odrębnych działów administracyjnych i specjalnych nie można uważać za wskazane dla jakiegokolwiek innego organizmu państwowego. Przedewszystkiem powoduje to konieczność posiadania nadmiernej liczby urzędników, komplikuje urzędowanie, a przypuszczam, że w każdym innym państwie dałoby jeszcze powód do ciągłych sporów kompetencyjnych i nieporozumień pomiędzy dwoma działami pracy. Że w Anglii ich niema, nie jest to bynajmniej zasługą systemu, lecz właściwością charakteru narodowego i skutkiem wielowiekowej swoistej rutyny administracyjnej. Uważalbyśmy wszakże system urzędowania, stosowany w Polsce w dawnym Ministerstwie Zdrowia Publicznego, pozostawiony później w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, a obecnie zachowany w Departamencie Służby Zdrowia, za conajmniej również dobry, natomiast znacznie oszczędniejszy. Ten system polega na twierzeniu wydziałów specjalnych, a w każdym z nich umieszcza się zarówno lekarzy, jak i prawników, lub inżynierów, jakoteż siły kancelaryjne w miarę potrzeby. Wydział taki przeprowadza całość urzędowania w zakresie swej specjalności. Do spraw administracji i inspekcji ogólnej istnieje odrębny wydział. W ten sposób, poza uniknięciem dwoistości urzędowania, zbyteczny staje się również oddzielny sztab inspektorów, gdyż w każdym wydziale są specjaliści, którzy w razie potrzeby mogą pełnić czynności inspekcyjne. Oczywiście, że wydatna praca w tych wszystkich wydziałach

jest możliwa tylko przy odpowiedniej liczbie odpowiednio wykwalifikowanych pracowników. Niestety, pod względem liczby niezawsze stoimy na wysokości zadania.

Za rzecz niezmiernie ważną i godną uwagi uważam sposób, stosowany przez angielskie Ministerstwo Zdrowia celem osiągnięcia posłuchu ze strony władz lokalnych. Mam na myśli udzielanie tym władzom pomocy finansowej pod warunkiem stosowania się do wymagań władz centralnych. Mam wrażenie, że jest to jedyny wydatny sposób uzyskania wpływu na czynniki samorządowe. Wszelkie inne metody nadzoru, czy

kontroli są wielce problematycznej natury, jak to wiemy, zresztą, i z doświadczenia, zdobytego przez naszą młodą administrację sanitarną.

Budowa Ministerstwa Zdrowia w Anglii jest niesłychanie skomplikowana, i sami Anglicy twierdzą, że gdyby mieli je teraz tworzyć, to wleliby tę samą treść w inne formy, ale znów, jak twierdzą ci sami Anglicy, nie jest rzeczą najważniejszą, jak pudding jest przyrządzany, byleby był smaczny, a nie ulega wątpliwości, że ten „pudding is good“. Nasza polewka może być niemniej smaczna, choćby ją przyrządzić zupełnie inaczej.

Wiadomości bieżące.

— Opuścił prasę Zeszyt 3 Tomu V „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej“ i zawiera, zgodnie z § 13 regulaminu Tow. Internistów Polskich, referaty główne Zjazdu, mającego się odbyć w końcu września r. b. w Poznaniu. W ten sposób na treść zeszytu składają się prace: J. K. Parnasa. O kwasicy. Aleksandra Oszackiego. O znaczeniu fizjologicznym i klinicznym kwasicy, jako zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju. Wincenego Jezierskiego. O roli układu nerwowego w dychawicy oskrzelowej.

Do zeszytu dołączony jest Statut i Regulamin Towarzystwa Internistów Polskich.

— Polski Związek Przeciugruźliczy zawiadamia, że dnia 22-go września b. r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny 7-mio tygodniowy Kurs dla higienistek—wywiadowczyń przeciugruźliczych, zorganizowany przez Związek z inicjatywy i przy poparciu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej oraz współdziałanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia).

Podania należy kierować do Polskiego Związku Przeciugruźliczego, Warszawa, ul. Chocimska 24, do dnia 1 września b. r.

Do podania należy dołączyć: 1) Życiorys, 2) Świadczenie szkolne (ukończone 6 klas gimnazjum), 3) Świadczenie z ukończenia kursów pielęgniarskich lub odbytej praktyki, 4) Świadczenie lekarskie o dobrym stanie zdrowia, 5) Zobowiązanie do 2-letniej pracy w zakresie walki z gruźlicą.

Polski Związek Przeciugruźliczy, pragnąc ułatwić przeszkolenie personelu pomocniczego, zapewnia słuchaczkom Kursu mieszkanie i utrzymanie w bursie Państw. Szkoły Higieny i za udział w Kurse żadnych opłat pobierać nie będzie.

Pierwszeństwo będą miały kandydatki już pracujące w poradniach przeciugruźliczych lub polecane przez instytucje społeczne.

O przyjęciu na Kurs kandydatki będą zawiadomione listownie.

Polski Zw. Przec. uważa za bardzo pożądane, aby wszystkie higienistki — wywiadowczynie poradni przeciugruźliczych przeszły uzupełniający Kurs przeciugruźliczy.

Sekretarz Wykonawczy:

Prezes:

(—) Dr. Paradistał.

(—) Dr. Wroczyński.

— Zarząd Związku Lekarzy P. P. Oddział w Radomiu ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem jakichkolwiek posad w tutejszej Kasie Chorych, znajdujących się pod bojkotem ze względu na wymówienie pracy przez tutejszy Zarząd K. Ch. wszystkim lekarzom miejscowym. Nie bacząc na to, że w zatargu tym Zarządowi K. Ch. rozchodziło się o pogwałcenie zasad lekarskich, na co miejscowi lekarze nie chcieli się zgodzić, znaleźli się lekarze zamiejscowi, którzy dla względów egoistycznych i materialnych przyjęli zapronowane im przez Zarząd K. Ch. posady, przez co okazali się zdrajcami godności i etyki lekarskiej.

Oto nazwiska tych panów: 1) Dr. Kelles-Krauz Stanisław, 2) Dr. Purec Jakób, 3) Dr. Taubenfeld Jakób, 4) Dr. Perelman Alberi, 5) Dr. Lebkuchler Adam, 6) Dr. Cwibak Leon, 7) Dr. Wronski Stanisław, 8) Dr. Matera Piotr, 9) Dr. Zalewski Marjan, 10) Dr. Pakowski Witold.

Związek Lekarzy P. P. — Oddział w Radomiu.

Za przewodniczącego: Dr. Neuman.

Sekretarz (podpis nieczytelny).

— Tegoroczna międzynarodowa podróż naukowa, organizowana przez wydział higieny Ligi Narodów dla urzędniczego ciała lekarskiego, odbędzie się w Niemczech w czasie od dn. 19 września do d. 30 października. Według programu tymczasowego podróż rozpocznie się od przyjęcia w Berlinie przez ministerstwo spraw wewnętrznych i zwiedzenia urzędu zdrowia Rzeszy i jego oddziałów. Pierwszych 12 dni wypełniają wycieczki oraz zwiedzanie instytucji higienicznych, szpitali, pracowni badawczych, jakoteż urządzeń fabryczno-przemysłowych. Wszędzie będą wygłaszane odczyty do kształcące. Reszta czasu poświęcona będzie na zwiedzanie i odczyty w Hamburgu, Gelsenkirschen, Essen, Düsseldorfie, Halle, Dreźnie, Chemnitz, Lipsku, Kissingen, Norymberdze i Monachjum. Szczegółowy program uwzględnia wszystkie ważniejsze i charakterystyczne urządzenia wymienionych miast, włącznie z przemysłem, i zawiera też wycieczki, jak na przykład, do Alp Bawarskich, gdzie wygłoszony będzie odczyt o klimacie górskim; z wycieczką do Norymbergi połączone jest zwiedzenie tamtejszej centrali mlecznej i muzeum germańskiego.

— Na rok 1928 planowana jest w Berlinie wystawa p. n. „Zdrowe i celowe odżywianie“. Poszczególne grupy obejmują zasady odżywiania, środki odżywcze, odżywianie w życiu praktycznym, wychowanie i kształcenie jakoteż literaturę przedmiotu i wreszcie osobny dział, zatytułowany: „Nowa kuchnia“. Prezydium objęły władze ministerjalne Rzeszy i Państwa, przedstawiciele miast i przemysłu. Tymczasowy komitet składa się przeważnie z fachowców w rozmaitych dziedzinach, pomiędzy którymi znajduje się wielu znanych higienistów i klinicystów.

— Sekcja Higieny Ligi Narodów wydała 8 i 9 tom statystyki demograficznej rozmaitych krajów. Tomy te zawierają statystykę rzeczypospolitej czesko-słowackiej i francuskiej, wiadomości o rozwoju i historii urzędowej statystyki ludnościowej oraz wiele innego materiału rzeczowego.

— W Berlinie w ciągu ostatniego roku wzrosła bardzo liczba ciężkich przypadków błonicy, a na jesień i zimę przewidywany jest jeszcze większy jej wzrost. Z tego powodu magistrat berliński na wniosek głównego urzędu zdrowia uchwalił bezpłatne wydawanie surowicy przeciwbłonicy. Lekarzom służy prawo na receptach, wydawanych ludności niezamożnej i nienależącej do Kasy Chorych, dodawać odpowiednią notatkę, za którą apteki wydają surowicę bezpłatnie.

-- Przewodniczący komitetu zdrowotności pracy Niemieckiego Towarzystwa Higieny Przemysłu, Dr. K r o h n e, ogłosił następujące wezwanie: Wyłoniony z Tow. Higieny przemysłu komitet zdrowotności pracy, do którego należą w charakterze członków przedstawiciele urzędów państwowych i sanitarnych, jakoteż przedstawiciele wiedzy lekarskiej i technicznej oraz przemysłu, ma na celu, drogą badań i studjów nad warunkami zdrowotności pracy, ustanowić wytyczne dla pracy robotnika przemysłowego, któreby najbardziej odpowiadały jego powołaniu oraz uzdolnieniom psychicznym i fizycznym. Komitet uważa za nader ważne badanie mało dotychczas uwzględnianego stosunku konstytucji do zamierzonej pracy. Między licznymi kwestjami, mierzalnymi dla wielkiego problemu konstytucji, szczególne znaczenie dla celów komitetu mają sprawy wydzielenia wewnętrznego oraz obciążenia dziedzicznego gruźlicą i chorobami nerwowymi. Dr. K r o h n e prosi przeto wszystkich uczonych, zajętych badaniami nad konstytucją, a zwłaszcza nad stosunkiem do niej spraw, wyżej wymienionych, o uwzględnianie podczas tych badań stosunku do nadawania się danego osobnika do danej pracy i wogóle oceny jego sprawności w życiu gospodarczem.

-- Zmarłemu w r. 1853 lekarzowi francuskiemu Karolowi Gabrjelowi P r a v a z o w i ma być wzniesiony pomnik w jego mieście rodzinnem Pont-de-Beauvoisin. Nazwisko P r a v a z a znane jest każdemu lekarzowi, a nawet szerszemu ogółowi z powodu wynalezienia przezeń strzykawki, ochrzczonej jego nazwiskiem. P r a v a z zastosował po raz pierwszy swój wynalazek przy pró-

bach wywołania skrzepu krwi w tętniakach za pomocą półtorachloru żelaza, który wstrzykiwał do tętniaków przez igłę, połączoną z małą strzykawką.

-- Z M A R I I: Maurycy L i k i e r n i k, okulista—w Warszawie.

-- Oskar G o l d b e r g, ginekolog, — w Warszawie.

-- Paweł Z w e i f e l, znakomity ginekolog niemiecki, były profesor kliniki ginekologiczno-poloźniczej w Lipsku.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

-- Henryk H i g i e r. Ból obwodowy i trzewny, jako objaw sympatyczny. Odbitka z „Polskiej Gazety Lekarskiej“, 1926. N. 20.

-- T e n z e. Z kliniki rzadszych postaci ośpienia, we wczesnem dzieciństwie nabytego. Odb. z „Neurologji Polskiej“, zes. I--II, 1926.

-- Prof. K. N o i s z e w s k i. Etjologia jaglicy. Biblioteka jaglicza dla lekarzy. N. 2. Warszawa 1927. Wydawnictwo Dep. Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn.

-- Doc. Dr. W. H. M e l a n o w s k i. Patologja i Anatomja patologiczna jaglicy. Bibl. jaglicza dla lekarzy N. 3. Warszawa, 1927.

-- Dr. M. Z a c h e r t. Leczenie jaglicy prostej. Bibl. jagl. dla lekarzy. N. 4. Warszawa, 1927.

Doc. Dr. W. H. M e l a n o w s k i. Leczenie powikłań jaglicy. Bibl. jagl. dla lekarzy. N. 5. Warszawa, 1927:

O D A D M I N I S T R A C J I

Warunki prenumeraty:

w Warszawie	złp. 9
na prowincji.	„ 10
za granicą	„ 12

Nowoprzybywający prenumeratorzy otrzymują rocznik z r 1926 za cenę 10 zł.

Do numeru bieżącego dołącza się prospekt fabryki I. G. Farbenindustrie Act. Ges., Oddział Farmaceutyczny.

ST. MARKUSFELD. Ogólne podstawy obecnego leczenia przymiotu. — J. MUSZKATENBLIT i M. MANCEWICZ. Kilka uwag o przebiegu duru brzuszego podczas epidemji roku 1926—1927. — W. GUMINSKI Z kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego. Z. SZYMANOWSKI. Najnowsze prace francuskie o uodpornieniu przeciwko gruźlicy metodą Calmettea. — (Streszcz. zbiorowe). Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. L. ADOLF. Koramina „Ciba“, jej działanie i zastosowanie lecznicze. — WŁ. MEDYŃSKI. Z zagadnień psychologii lekarskiej (c. d.) — ST. TUBIASZ. Angielskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: St. MARKUSFELD. Les règles générales de la thérapie contemporaine de la syphilis. — J. MUSZKATENBLIT et M. MANCEWICZ. Quelques remarques sur l'épidémie du typhus abdominale de 1926-1927.— W. GUMIŃSKI La casuistique des abcès cérébraux provenant de l'oreille. — Z. SZYMANOWSKI. Les derniers travaux français concernant l'immunisation contre la tuberculose d'après la méthode de Calmette (Rév. gén.). — L. ADOLF. La Coramine „Ciba“ et son application thérapeutique — L. MEDYŃSKI Les problèmes de la psychologie médicale (Suite). — ST. TUBIASZ. Le ministère de la santé publique en Angleterre (fin).

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓŁCZESNA“ w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.

