

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 12

WARSZAWA, 10 MAJA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Leczenie fizykalne guzów pęcherza*).

Podał

Dr. med. Aleksander FRYSZMAN (Warszawa).

Doświadczenie wykazało, że po zabiegach chirurgicznych, stosowanych celem usuwania guzów pęcherza moczowego, wykazują one wybitną skłonność do nawrotów i wzmożonego rozrostu. Dotyczy to zarówno guzów złośliwych, jak i najłagodniejszych brodawczaków. Doświadczenie to pociągnęło za sobą radykalną zmianę kierunku w leczeniu nowotworów pęcherza. Miejsce klasycznego zabiegu cięcia nadłonowego pęcherza zajęły nowe metody, które, jako względnie mało niebezpieczne, a bardziej skuteczne, zajmują dzisiaj zupełnie słuszne pierwsze miejsce w terapii guzów pęcherza, a mianowicie: wewnątrzpęcherzowe stosowanie prądu elektrycznego i radu oraz stosowanie promieni Roentgena. Zabiegi te stanowią treść metody leczenia guzów pęcherza za pomocą czynników fizykalnych, która jest tematem niniejszego referatu. Wobec tego, że leczenie guzów łagodnych pęcherza różni się zasadniczo od leczenia nowotworów złośliwych, omówimy kolejno każdą z tych grup.

Z różnicy tej wynika też, że wybór metody leczenia zależy od charakteru guza, innymi słowy, że najbardziej decydującym momentem w wyborze metody i kardynalnym warunkiem właściwego postępowania jest prawidłowe rozpoznanie. Kwestja ta, jak widzimy, jest niezmiernie ważna, i poświęcenie jej kilku choćby uwag konieczne jest zdaniem naszym dla właściwego zrozumienia omawianego tutaj tematu. Czy mamy w poszczególnym przypadku do czynienia ze sprawą nowotworową pęcherza, a jeżeli tak, to czy sprawa ta jest złośliwa, czy też ma charakter łagodny — oto są pytania, które przed przystąpieniem do leczenia chorego muszą być rozstrzygnięte, i to z całą dokładnością, na jaką pozwala nam wiedza obecna, od tego bowiem zależeć będzie wybór metody postępowania, przebieg leczenia, a więc i los chorego.

*) Według referatu wygłoszonego na III-cim Międzynarodowym Zjeździe Urologicznym w Brukseli w sierpniu 1927 r.

Objawy ogólne guzów pęcherza są powszechnie znane, nie będziemy się więc w tym miejscu nad nimi zatrzymywać. Chcę podkreślić tylko doniosłe znaczenie pomocnicze promieni Roentgena, zwłaszcza w tych wszystkich przypadkach, w których badanie cystoskopowe jest utrudnione, lub zgoła niemożliwe, czy to wskutek obfitego krwawienia, czy też ze względu na niedostateczną pojemność pęcherza lub inne przeszkody. W tych wszystkich przypadkach stosujemy promienie Roentgena, mianowicie, w postaci pneumocystografji, opisanej i podanej przeze mnie na innym miejscu. Sposób ten polega na tem, że napełniamy pęcherz przegrzanem powietrzem, zdjęcie zaś powinno być dokonane po ułożeniu chorego w pozycji Moro-Trendelenburga. Wzmiankuję o tej metodzie tutaj dlatego, że tam, gdzie chodzi o specjalne rozpoznanie guza, obraz otrzymany nie tylko wykazuje obecność guza, ale również daje często pojęcie o stosunku guza do błony śluzowej pęcherza, ułatwiając rozpoznanie jego charakteru. Posiadam cały szereg bardzo charakterystycznych klisz, wykonanych w moim zakładzie; zdjęcia te nie tylko dają nam często bardzo wyraźny obraz rozmiarów i umiejscowienia guza, lecz również pozwalają nam określić, jaki jest stosunek guza do błony śluzowej pęcherza oraz jaki jest jego kształt. Niezależnie odemnie w tym samym czasie sposób analogiczny podał Bortini, który jednak nie wykorzystał dodatnich stron, wynikających z zastosowania pozycji Moro-Trendelenburga. Często wystarcza badanie cystoskopowe do określenia charakteru guza, zdarza się jednak nierzadko, że rozpoznanie jest bardzo utrudnione lub niemożliwe, nawet dla bardzo doświadczonego lekarza. W każdym bądź razie należy wykorzystać wszelkie możliwe środki pomocnicze, aby, przystępując do leczenia guza pęcherza, określić uprzednio jego charakter, gdyż, jak zobaczymy dalej, metody skutecznie stosowane w guzach łagodnych, są fatalne w swych wynikach, gdy chodzi o guzy złośliwe.

Z punktu widzenia terapeutycznego możemy rozróżnić dwie grupy guzów, mianowicie: grupę guzów łagodnych, jak brodawczaki, naczyniaki, włókniaki, mięśniaki, torbiele, oraz grupę guzów złośli-

wyoh, z pośród których najczęściej spotykamy raka pęcherza.

Pierwsza z tych grup najbardziej nadaje się do stosowania prądu elektrycznego, zwłaszcza w postaci elektrokoagulacji, wprowadzonej do leczenia urologicznego przez amerykańskiego urologa Beera, który opierając się na doświadczeniach, poczynionych w leczeniu zwykłych brodawek skóry, wpadł na pomysł przystosowania do cystoskopu prądu o wysokiej częstotliwości (*haute fréquence*). Heitz-Boyer i Cottentot wprowadzili w roku 1911 metodę, polegającą na łączeniu cystoskopu z prądem o wysokim napięciu (*haute tension*), który powoduje zwęglanie guza. Omówione sposoby są sposobami wewnątrzpęcherzowymi, i stosowanie ich wymaga obecności warunków niezbędnych dla zabiegów wewnątrzpęcherzowych wogóle, a mianowicie:

- 1) dostatecznej szerokości cewki,
- 2) dostatecznej pojemności pęcherza, oraz warunków specjalnych, jak:
 - 1) dogodne umiejscowienie guza,
 - 2) pewien określony stosunek pomiędzy masą nowotworu i śluzówką pęcherza,
 - 3) rozmiary guza, nieprzekraczające pewnej określonej wielkości.

W końcu należy wspomnieć o okoliczności nader ważnej, towarzyszącej bardzo często guzom pęcherza, mianowicie krwawieniach, które często utrudniają wszelkie zabiegi wewnątrzpęcherzowe. Krwawienia te są niekiedy bardzo trudne do oprowadzenia, co więcej, nawet po zatamowaniu krwotoku musimy niekiedy wyrzec się dalszych zabiegów wewnątrzpęcherzowych, gdyż przy każdej ponownej próbie wprowadzenia instrumentu krwawienia występują znowu i to obficie. Zdarza się to bądź wtedy, gdy choroba powikłana jest przez zapalenie wtórne, bądź też, gdy guzy same przez się są przekrwione, bądź wreszcie, gdy tkanka nowotworowa jest szczególnie delikatna i obficie unaczyniona. W takich razach mamy do dyspozycji cały szereg środków do opanowania krwawień; chociaż środki te często wystarczają, zdarza się jednak niekiedy, że wskutek krwotoku zmuszeni jesteśmy uciec się do interwencji chirurgicznej.

Przechodzimy do omówienia leczenia rozmaitych postaci guzów łagodnych; najczęściej spotykany przedstawicielem tej grupy jest brodawczak (*Papilloma benign.*).

Co do tych guzów, powszechnie przyjętem jest, że leczenie wewnątrzpęcherzowe jest tu metodą wyboru — a wprowadzenie tego systemu do terapii guzów jest wielką zasługą Nitze'go. Zabieg Nitze'go polegał na tem, że na guz, względnie część tegoż zakładano metalową (platynową) pętlę pod kontrolą cystoskopu; przez zaciągnięcie pętli za pomocą specjalnego trybu można odciąć guz lub jego część. Sam Nitze tym sposobem usunął z powodzeniem wiele guzów. Metoda ta posiada jednak ujemne strony, a mianowicie: konieczność wprowadzania dużych i skomplikowanych instrumentów; technika rękoczynu jest trudna i skomplikowana, wreszcie metoda ta kryje w sobie niebezpieczeństwo obfitych krwawień. Zwłaszcza ta ostatnia okoliczność jest bardzo poważnym szkoda dla stosowania tego zabiegu. Jakkolwiek od czasu Nitze'go metoda jego została znacznie

udoskonalona, tem nie mniej musiała ona ustąpić miejsca innym prostszym i skuteczniejszym metodom, o których mowa poniżej.

Dalszy etap w rozwoju leczenia wewnątrzpęcherzowego guzów pęcherza stanowi elektrokoagulacja oraz metoda Heitz-Boyer. Co się tyczy wartości porównawczej elektrokoagulacji i metody Heitz-Boyer, to według Legueu różnią się one raczej teoretycznie, niż praktycznie. Oraison twierdzi, że obie te metody dają doskonałe wyniki. Obecnie najczęściej używaną metodą jest metoda elektrokoagulacyjna Beera. Jeśli z jednej strony, zwłaszcza, gdy chodzi o guzy większych rozmiarów, metoda Nitze'go prowadzi nas szybciej do celu, to z drugiej strony musimy jednak przyznać, że cystoskop, zaopatrzony w sondę koagulacyjną, posiada niezaprzeczoną wyższość nad metodą Nitze'go, gdyż instrumentem tym łatwo jest manipulować i wprowadzać go do pęcherza bez obawy wywołania bólów i krwawień. Należy stwierdzić, że w praktyce urologicznej elektrokoagulacja wyparła na całej linii metodę Nitze'go.

Osobiście stosowałem metodę Nitze'go do roku 1913 bardzo często i, poza obiekcjami przytoczonymi powyżej, otrzymywałem dobre wyniki. Obecnie metodę tę stosuję tylko w przypadkach guzów większych rozmiarów, i to tylko celem zmniejszenia liczby seansów elektrokoagulacyjnych. W większości moich przypadków guzów pęcherza stosowałem sondę koagulacyjną i zawsze osiągałem pomyślne wyniki. Co się tyczy rzekomego niebezpieczeństwa przedziurawienia pęcherza, o którym wspominają niektórzy autorzy, twierdzą na podstawie mojego doświadczenia, że zarzut ten jest absolutnie nieistotny: w ciągu mojej praktyki ani razu nie zanotowałem podobnego wypadku. Natomiast muszę wzmiankować o pewnym ujemnym zjawisku omawianej metody, z którym się niejednokrotnie spotykałem. Polega ono na tem, że główka sondy przykleja się do tkanki nowotworowej, skutkiem czego przy wycofywaniu sondy wyrwywamy cząstki tkanki, co często powoduje mniej lub więcej obfite krwawienia.

Sama technika koagulacji jest bardzo prosta. Małe na szypułkach osadzone polipy usuwamy na jednym posiedzeniu w ten sposób, że przecinamy poprostu szypułkę sondą, a następnie starannie wypalamy podstawę guza. Gdy mamy do czynienia z polipami licznymi, lub z guzami o dużych rozmiarach, niekiedy trudno jest bardzo osiągnąć szypułki, którą zakrywają zwisające zraziki nowotworu. W takich razach usuwamy je stopniowo w ciągu kilku posiedzeń, albo też, wypalając w masie nowotworu brzozy, idące wzdłuż i w szerz guza, dzielimy go w ten sposób na cząstki, które następnie stopniowo niszczy. Posiedzenia należy odbywać w odstępach czasu dostatecznych dla usunięcia z pęcherza cząstek spalonych i znekrotyzowanych. Według mego doświadczenia wystarczają zupełnie przerwy ośmiodniowe. Niekiedy obserwujemy podczas lub bezpośrednio po stosowaniu sondy koagulacyjnej krwawienia, które jednak nigdy prawie nie sięgają rozmiarów zastraszających i nie wymagają żadnych zabiegów specjalnych. W razie konieczności można znaleźć za pomocą cystoskopu miejsce guza, które jest źródłem krwawienia, i przypalić je sondą koagulacyjną;

dzięki jej własnościom hemostatycznym udaje się zwykle zatamować krwawienie.

Ponieważ masy nekrotyczne mogą wywołać zapalenie pęcherza, nie należy nigdy koagulować zbyt wielkiej ilości tkanki nowotworowej w ciągu jednego posiedzenia. Przy pewnej dozie cierpliwości można pewniej i szybciej osiągnąć pożądany wynik. Dlatego też przyjęliśmy, jako regułę, że skutecznie i bezpiecznie możemy kontynuować leczenie dopiero wtedy, gdy wygaśnie całkowicie odczyn zapalny w sąsiedztwie miejsc wypalanych. Gdybyśmy zbyt wcześnie podjęli ponowny zabieg, moglibyśmy wywołać proces zapalny, uniemożliwiający dalsze leczenie. Z drugiej strony, dopóki trwa reakcja po zadziałaniu prądu, jest rzeczą często trudną odróżnić wyraźnie masę nowotworową wśród zmienionej śluzówki, mającej wygląd zapalny, owrzodziały i obrzmiały. Jak już wzmiankowałem, do ustąpienia odczynu, spowodowanego wypaleniem, wystarczy 8 — 10 dni. Po zabiegu należy choremu przemyć starannie pęcherz, wskazane jest również podawanie do wewnątrz zwykłych środków odkażających, jak błękit metylowy z salolem, urotropina i t. p. W razie bólów, występujących po zabiegu, stosujemy środki uśmierzające, najlepiej w postaci czopków. Jeśli w międzyczasie wystąpi zapalenie pęcherza, seanse winny być natychmiast przerwane, a uwagę naszą musimy skierować ku szybkiemu zlikwidowaniu sprawy zapalnej.

W myśl powyższych zasad leczyłem przeszło 70 guzów łagodnych pęcherza różnych rozmiarów, osiągając wyniki pomyślne; nawroty zdarzały się bardzo rzadko, chorzy po wyleczeniu byli przeze mnie obserwowani w czasie od kilku miesięcy do kilku lat. Gdy mamy do czynienia z rozsianą formą brodawczaka pęcherza, kiedy brodawczaki rozsiane są w wielkiej liczbie na dużej przestrzeni, wskazane jest uprzednie otwarcie pęcherza (*sectio alta*), poczem możemy stosować bądź to koagulację, bądź to usunąć guzy za pomocą noża, inaczej bowiem leczenie trwałoby zbyt długo. Zresztą towarzyszące tym przypadkom zapalenie pęcherza uniemożliwia nam często stosowanie zabiegu wewnątrzpęcherzowego. Tyle co do brodawczaków.

Następnym typem nowotworu łagodnego, nadającym się do elektrokoagulacji, jest naczynek pęcherza. Ilekroć nie zachodzi obawa krwotoku, któryby wymagał interwencji chirurgicznej, jako wskazania życiowego, to możemy w tego rodzaju

nowotworach z całym powodzeniem stosować tę metodę. U dzieci w tych razach wskazany jest zabieg chirurgiczny, albowiem wszelkie zabiegi wewnątrzpęcherzowe u nich są niezmiernie trudne. Gdy mamy do czynienia z naczynekami o dużych rozmiarach, wskazane jest leczenie skombinowane, mianowicie, elektrokoagulacja przy otwartym pęcherzu, która zazwyczaj daje pomyślne wyniki. W pewnych przypadkach można pokładać nadzieję na stosowanie wewnątrzpęcherzowe radu, analogicznie do doskonałych rezultatów, osiągniętych w leczeniu radem obficie unaczynionych znamion (*naevi*). Osobiście nie posiadam pod tym względem dostatecznego doświadczenia. W przypadkach naczyneków pęcherza, leczonych dość wcześnie, rokowanie jest dobre, o ile nowotwory te nie zajmują zbyt wielkiej przestrzeni i nie powodują obfitych krwawień; najprostsza i najskuteczniejsza jest w tych razach metoda wewnątrzpęcherzowa.

Z kolei przechodzimy do torbieli pęcherza. Zdarzają się one naogół dość rzadko. Najczęściej mamy do czynienia z torbielowatą rozszerzeniem pęcherzowej części moczowodu. Rozpoznajemy je po zmianie objętości, występującej synchronicznie ze skurczem moczowodu. Guzy tego rodzaju prosto rozszczepiamy sondą koagulacyjną.

Ostatnio miałem możność stosowania elektrokoagulacji w dwóch przypadkach torbielowatego rozszerzenia moczowodu. W jednym z tych przypadków rozszerzenie to spowodowane było obecnością kamienia, znajdującego się tuż ponad ujściem moczowodu, w drugim torbiel była wrodzona. W pierwszym przypadku po przepaleniu torbieli za pomocą sondy koagulacyjnej nastąpiło natychmiastowe odejście sporego kamienia, który przez długotrwałe zamknięcie światła moczowodu spowodował utworzenie się torbieli. W drugim przypadku mieliśmy do czynienia z wtórnym zakażeniem wodonerczem, spowodowanym wżewieniem najniższego odcinka moczowodu przez torbiel. Przecięcie jej za pomocą sondy koagulacyjnej przywróciło drożność moczowodu, a w następstwie ustąpienie wodonercza i wyleczenie.

Sposób ten ma tę wyższość nad zabiegiem chirurgicznym, iż technicznie jest prostszy i najzupełniej bezpieczny. Oczywiście, w razie niedostatecznego wyniku zawsze jeszcze możemy uciec się do zabiegu chirurgicznego. W każdym jednak razie należy uprzednio spróbować leczenia wewnątrzpęcherzowego. (D. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z zakładu ogólnej i doświadczalnej patologii Uniwersytetu Warszawskiego
(Kierownik Prof. Dr. VENULET)

i zakładu chirurgicznego D-ra Saïdmana.

Przeplukiwanie jamy szpikowej kości jako sposób leczenia ostrego i podostrego zapalenia szpiku kostnego*).

Podał

M. SAIDMAN (Warszawa)

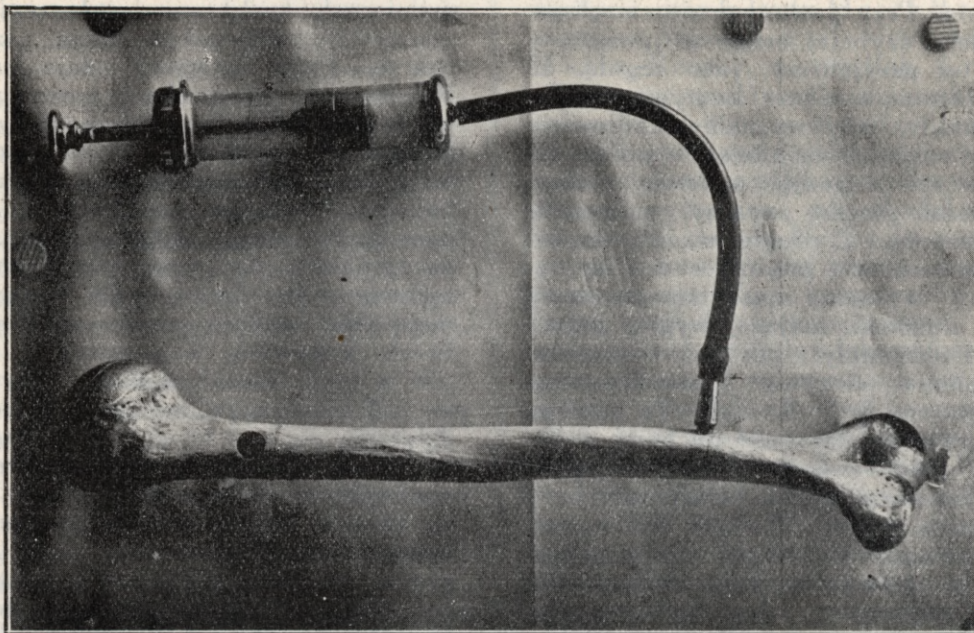
Podczas pracy doświadczalnej nad plombą kostną nasunęła mi się myśl wypróbowania prze-

*) Odczyt wygłoszony w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczp. Polskiej.

plukiwania jamy szpikowej kości. Wyszedłem z założenia, że jama szpikowa kości, jako istota gąbczasta, powinna przepuszczać płyn, wlewany do niej pod pewnym ciśnieniem, i że możnaby było w ten sposób zakażony szpik kostny zapomocą środków bakterjobójczych odkażić. Już moja pierwsza próba wypadła tak pomyślnie, że zachęciła mnie do dalszych doświadczeń w tym kierunku. Badania moje doświadczalne przeprowadziłem najpierw na psach, a następnie na zwłokach (w zakładzie Medycyny Sądowej — kierownik prof. W. Grzywoda — Dąbrowski) w sposób następujący: po obnażeniu kości (kość udowa u psa, udo, podudzia, kość ramieniowa na zwłokach), zrobiłem dwa małe

otwory za pomocą trepanu: jeden w górnej, drugi w dolnej części kości (patrz rys. 1). W obrębie jednego z otworów trepanacyjnych usunąłem szpik kostny za pomocą łyżeczki, następnie wprowadziłem

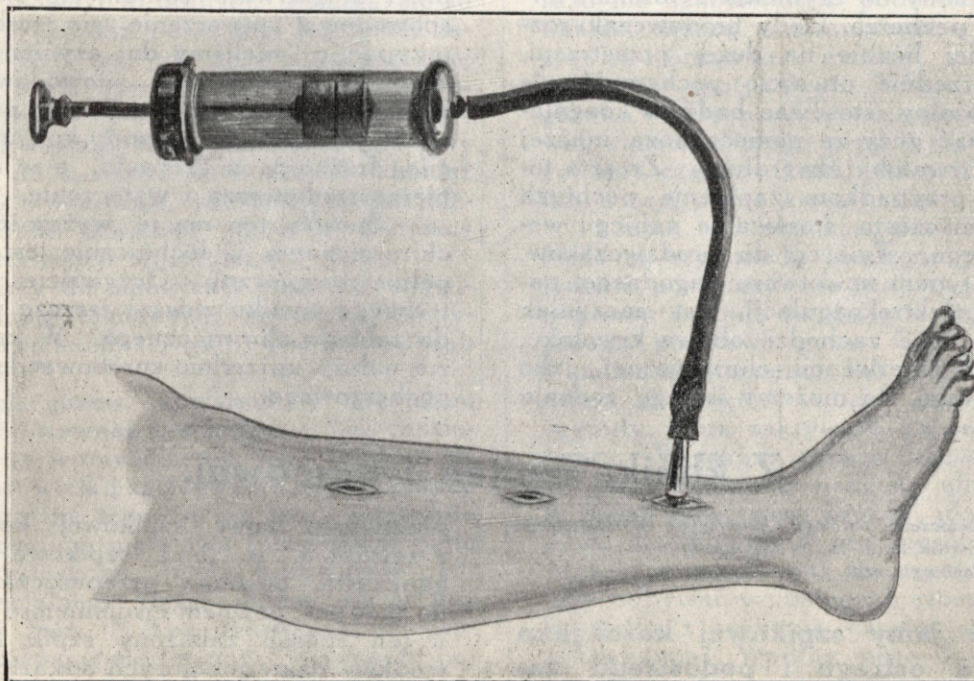
moment ukazania się płynu zabarwionego w drugim otworze trepanacyjnym. Przy takim postępowaniu w przypadkach, w których kość była bardzo długa, tak, że przestrzeń między otworami



Rys. 1

do jednego z tych otworów kaniulkę, otoczoną gumką tej samej średnicy, co otwór trepanacyjny, zakorkowując w ten sposób szczelnie ten otwór. Strzykawkę, napełnioną płynem, lekko zabarwionym roztworem

trepanacyjnymi była duża, trzeba było z pewną siłą naciskać tłok strzykawki, ażeby po pewnym czasie ukazał się płyn w drugim otworze trepanacyjnym. Z początku widać było w obrębie otworu



Rys. 2.

błękitu metylenowego, połączyłem za pomocą drenu z kaniulką, wprowadzoną do otworu tego i próbowałem, naciskając tłok strzykawki, wprowadzić płyn do jamy szpikowej kości i obserwowałem

pewne ruchy szpiku, pewne pęcznienie masy szpikowej, tak, że w otworze trepanacyjnym masa szpikowa wypukliła się, następnie zaczęła się najpierw sączyć i zaraz potem zaczął wyciekać płyn, naj-

pierw kroplami, z początku bardzo powoli, a potem strumieniem.

Zastanowiłem się nad tem, że taki sposób przepłukiwania jamy szpikowej byłby nieracjonalny, bo proces przepłukiwania odbywa się z trudnością, wprowadza się płyn do kanału pod dużym ciśnieniem, i można w ten sposób przenieść zakażenie jamy szpikowej poprzez kanały Haversa dalej. Przeto zmieniłem technikę przepłukiwania w ten sposób, że w długich kościach zamiast 2 otworów na końcach kości, robię trzy, ewentualnie i cztery (patrz rys. 2); w ten sposób przestrzeń jamy szpikowej do przepłukiwania, staje się krótszą i, co jest bardzo ważne i co bardzo ułatwia proces przepłukiwania, że po wytrepanowaniu otworów wprowadzam przez jeden otwór trepanacyjny cienki zgłębnik zgięty pod kątem ostrym do jamy szpikowej w kierunku drugiego otworu., tworząc w ten sposób wąski kanał, który toruje drogę dla wprowadzonego płynu. Wprowadzony do jamy szpikowej dren lub kaniulka ma tylko jeden boczny otwór skierowany w stronę wytworzonego przez zgłębnik w jamie szpikowej kanału, wówczas prąd płynu stosowanego do przepłukiwania kieruje się do drugiego otworu, dzięki czemu zapobiega się ewent. zakażeniu zdrowego szpiku kostnego w częściach kości znajdujących się proximalnie od otworu. Przy takim postępowaniu przepłukiwanie odbywa się bardzo łatwo. Wystarczy lekko nacisnąć tłok strzykawki, a płyn już po upływie kilku sekund wypływa z drugiego otworu z początku wolno, potem strumieniem, wystarczy wtedy trochę silniej naciskać tłok strzykawki i cały szpik kostny wypływa z drugiego otworu trepanacyjnego. Ażeby ułatwić wydzielanie się masy szpikowej, pożądanem jest zrobić otwór wypływu nieco szerszy. Oględziny jamy szpikowej kości po przepłukaniu za pomocą płynu barwiącego i przepłukaniu kości wzdłuż jej osi wykazały jednolite i intensywne zabarwienie całego szpiku kostnego.

Dobre wyniki całego szeregu moich doświadczeń na zwierzętach i na zwłokach zachęciły mnie do wypróbowania metody tej i na ludziach.

Dnia 14 XI u. r. przywieziono do mego zakładu pacjentkę z typowymi objawami klinicznymi ostrego ropnego zapalenia szpiku górnej połowy piszczeli. Szczegółowo historii choroby podawać nie będę, zaznaczę tylko, że chora dość wysoko gorączkowała, — 38,5; tętno 104; stan ogólny był dość ciężki. U tej pacjentki dokonałem pierwszego eksperymentu klinicznego. operowałem ją wyżej wymienionym sposobem. Zamiast szerokiego otwarcia jamy szpikowej kości, jak zwykle, zrobiłem za pomocą trepanu tylko dwa otwory, jeden mniejszy w obrębie górnej granicy, a drugi większy na granicy dolnej bolesności. W obrębie jednego z otworów usunąłem szpik kostny za pomocą łyżeczki. Przez otwory widać było zropniały szpik kostny, tak, że co do rozpoznania nie było żadnych wątpliwości. Następnie rany

lekko wytamponowałem i nałożyłem opatrunek, kończynę unieruchomiłem na zwykłej szynie. Po tym zabiegu ciepłota tylko nieco się zmniejszyła do 38,2, ale objawy kliniczne nie cofnęły się, dopiero na trzeci dzień zdjąłem opatrunek i zacząłem płukać roztworem riwanolu w sposób, wyżej opisany. Zacząłem płukać dopiero na trzeci dzień, a nie odrazu, aby przekonać się czy te dwa małe otwory trepanacyjne nie wystarczą do złagodzenia objawów klinicznych, do odciążenia jamy szpikowej i do spadku ciepłoty ciała u pacjentki. Przepłukiwanie odbywało się bardzo łatwo, z otworu wypływu wydzielala się razem z riwanolem ropa, masa szpikowa i duże oczka tłuszczu. Płukałem tak długo, aż z otworu wypływu wyciekał zupełnie czysty płyn. Efekt terapeutyczny już odrazu po pierwszym przepłukaniu był bardzo wyraźny: silne bóle, które potęgowały się w nocy i wywoływały u chorej silny niepokój oraz noce bezsenne, zaraz po pierwszym przepłukaniu ustały, również znikł ból uciskowy w okolicy przedniej powierzchni piszczeli. Ciepłota, która tuż po pierwszym płukaniu cokolwiek się podniosła, spadła zaraz potem, i pacjentka zupełnie przestała gorączkować. Następne płukanie przebiegało bez najmniejszego podniesienia ciepłoty. Płukanie odbywało się co drugi dzień, ogółem 5 razy. Obecnie chora ma się zupełnie dobrze i już zaczyna chodzić. Ta nagła zmiana całego obrazu klinicznego już po pierwszym przepłukaniu była tak widoczna, że muszę stanowczo widzieć tu związek przyczynowy między leczeniem a wynikiem.

Wyniki moich doświadczeń i ten jeden przypadek kliniczny bynajmniej nie wystarczą, aby dostatecznie wypowiedzieć się o wartości leczniczej tej metody, do tego potrzeba większego materiału klinicznego. Mam jednak wrażenie, że sposób ten zasługuje na wypróbowanie na większym materiale klinicznym, bo oparty jest na doświadczeniach, które dowodzą, 1) że zapomocą małego prostego zabiegu można dokonać przemywania jamy szpikowej; 2) że przez płukanie pod nieco większym ciśnieniem można nawet cały szpik kostny wypłukać, fakt, który wydaje mi się bardzo ważnym, bo w sposób ten można i w sprawach ropnych zapalnych szpiku kości prędko usunąć z jamy szpikowej szpik wraz z ropą, bakteriami i toksynami i odrazu wyeliminować ognisko ropne, jako źródło zakażenia groźne dla ustroju; 3) przez powtórzenie wielokrotne płukania za pomocą środków przeciwniepalnych działać można odkazająco na jamę szpikową; 4) technika operacji przepłukiwania jest prosta, operacja może być wykonana nawet w znieczuleniu miejscowym.

Metoda ta może znaleźć zastosowanie w sprawach ropnych szpiku kostnego ostrych i podostrych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

O współczesnych badaniach nad nowotworami.

Podał

M. PŁOŃSKIER, prosektor i kierownik pracowni anatomiczno-patologicznej Szpitala Starozakonných na Czystem (Warszawa).
(Dokończenie).

Teoria pasorzytnicza nowotworów traci coraz więcej zwolenników. Coprawda, do lat ostatnich ciągle jeszcze pojedynczy autorowie do niej powracają, starając się dowieść jej słuszności na przestarzały nieco sposób, a mianowicie wykazując w komórkach nowotworowych obecność tworów wewnątrzkomórkowych (Einschlüsse).

J. Koch w 1925 r. opisał występujące w nowotworach zwierzęcych „białoniebieskie komórki” (blauweisse Zellen), barwiące się bardzo wyraźnie metodą Unna-Papenhaima (jądro niebieskie, zaródź niezabarwiona). Komórki te występowały w dużej liczbie w rozpadających się częściach guza. Na obwodzie natomiast, gdzie rozpad nie był jeszcze tak daleko posunięty, występowały w komórkach nowotworowych twory, barwiące się podobnie jak komórki białoniebieskie. Koch twierdził, iż są to pasorzyty, które dostając się do zarodźców, pobudzają te ostatnie do rozmnażania i rozrostu. Spostrzeżenia te poruszyły nanow stare już zagadnienia rozmaitych tworów wewnątrzkomórkowych, tak często dawniej opisywanych przez licznych autorów w różnych nowotworach.

Sprawę tę sprawdzał Machiarulo, który potwierdza w całej rozciągłości spostrzeżenia Kocha. Zestawiając jednakże obrazy mikroskopowe nowotworów z obrazami zmian wstecznych w innych tkankach, odnajdywał wszędzie białoniebieskie komórki i owe twory. Szczególniej ładnie występowały te elementy w nerce u myszy po podwiązaniu tętnicy nerkowej. Są to więc produkty zmian wstecznych w komórkach, a nie pasorzyty. Trzeba przyznać, że coraz rzadsze są badania, dążące na tej drodze do rozwiązania zagadki raka. Sprawa swoistych zarazków, wywołujących raka, ucichła zdaje się na długo.

Galli-Valerio, opierając się na własnych badaniach i spostrzeżeniach całego szeregu autorów, stwierdza że: 1) bardzo podobne pasorzyty mogą wywoływać zupełnie różne zmiany, 2) zupełnie różne pasorzyty mogą powodować prawie zupełnie jednakowe zmiany, 3) jeden i ten sam pasorzyt wywołuje zupełnie różne zmiany u osobników różnych gatunków, a nawet u osobników jednego rodzaju. Odczyn ustroju odgrywa tu rolę decydującą, a podobne zmiany (w kierunku nowotworowym) mogą być wywołane przez czynniki fizyczno-chemiczne. Tem nie mniej jednak często zostają stwierdzone fakty powstawania nowotworów pod wpływem rozmaitszych pasorzytów.

Borrel, który już dawno pracuje w tym kierunku, wywoływał ostatnio u szczurów mięsaki za pomocą wszczepiania jaj „*Taenia crassicolis*” kota. W rakach myszy często stwierdzał on pewien gatunek „*Nematodes*”, a w zupełnie świeżych przypad-

kach „*Filaria*”. U jednej myszy w torbieni z okolicy pachwinowej znaleziono nawet „*Filaria*” tegoż typu, co i w raku. Spostrzeżenia powyższe należy postawić w jednym rzędzie z często obserwowanymi przypadkami powstawania nowotworów u ludzi pod wpływem pasorzytów.

Jeden z pierwszych Bilharz opisał chorobę, wywołaną przez „*Schistosomum haematobium*”. Pasorzyt ten z gatunku „*Trematodes*” żyje w Egipcie, Chinach i Indjach Wschodnich. Podczas kąpieli dostaje się on poprzez skórę do organizmu i żyje w układzie żyły wrotnej. Jaja jego przedostają się na drodze naczyń krwionośnych do śluzówki jelita grubego i pęcherza moczowego i szczególnie w tym ostatnim wywołują stany zapalne z krwiomoczem i śluszczomoczem i powstawaniem kamieni pęcherzowych. W końcu też tworzą się brodawczakowate rozrosty drażnionej i zmuszanej do ciągłego odradzania się śluzówki, które nierzadko przechodzą w raka. Podobne zupełnie zmiany zapalne z przejściem w raka wywołuje „*Schistosomum japonicum*” (Katsurada).

Askanazy i Winogradoff opisali raki wątroby, powstające pod wpływem „*Distomum felinae*”. Ten znów pasorzyt również z gatunku „*Trematodes*” dostaje się do ustroju w niedogotowanych rybach i przebywa później w pęcherzyku i drogach żółciowych, wywołując znaczne zmiany w wątrobie.

Mikroskopowo w wątrobie stwierdzamy wtedy nacieki, rozrost tkanki łącznej, nietypowe bujanie nabłonków przewodników żółciowych oraz często ich rozrost złośliwy. Podobne zmiany w wątrobie występują w przypadkach bąblowca.

Ziegler opisuje właśnie kilka takich nowych przypadków i zestawia je z niewieloma, dawniej opisanymi. Zmiany, wywoływane przez bąblowca w wątrobie określa on jako zmiany przedrakowe, a to samo dałoby się powiedzieć o zmianach, wywoływanych przez inne opisane pasorzyty. „Raki rozwijają się na podłożu macierzystym, które przez dłuższy lub krótszy czas było widownią zmian patologicznych” — mówi Borst. Te zaś zmiany mogą być spowodowane przez najróżniejsze czynniki.

Z ostatnich czynników smoła i substancje chemiczne, w niej zawarte, zajmują ciągle pierwsze miejsce w wywoływaniu nowotworów u zwierząt.

Coulon do nieczynnej pod względem rakotwórczym smoły dodawał w jednej serji doświadczeń lanolinę i wazelinę, a w innej serji oprócz tego karbazol, antracen, naftalinę i akrydynę w różnych ilościach.

Przy smołowaniu królików okazało się, że pewna kombinacja ilościowa z drugiej serji dawała wyniki dodatnie w postaci brodawczaków i raków, podczas kiedy pierwsza serja doświadczeń dawała wyniki ujemne.

Reitano poddawał smołę dializie w ciągu 15-30 dni, ale nie mógł stwierdzić żadnej różnicy pomiędzy działaniem tej smoły i działaniem smoły zwykłej.

Simoes-Raposo i Cordato de Noronha mieszał smołę z sodą i przepuszczali przez tę mieszaninę prąd elektryczny w ciągu godziny. Smołując później uszy królików, otrzymywali oni rozrosty nietypowe. Jednakże udawało się to tylko ze smołą, która przed działaniem elektryczności nie była przemywana wodą.

Typy rozrostu tkanek pod działaniem długotrwałego smołowania są bardzo różne. Korenyi opisał przypadek, w którym na smołowanym uchu królika powstały aż 3 guzy. Dwa z nich w obrazie mikroskopowym okazały się włókniakami miękkimi (*Fibroma molle*), a trzeci typowym rakiem.

Shimoda otrzymał na uchu królika mięsakorak (*Carcino-sarcoma*). W gruczołach, płucach, nerce i w wątrobie u tegoż królika powstały przerzuty typu mięsaka. Te ostatnie przypadki najlepiej podkreślają rolę skłonności miejscowej, a może i ogólnej skłonności, decydującej o powstaniu i o charakterze rozrostu, nawet pod wpływem drażniącego działania jednakowych czynników.

Z innych produktów chemicznych należy wymienić karbazol, za pomocą którego Maisin, Desmedt i Jacquemin wywołali nowotwór typu nabłonkowego u królika.

Letulle i Vinay wstrzykiwali w ciągu dłuższego czasu królikom pod skórę i do płuc mieszaninę glikogenu i 40% kwasu mlekowego. W płucach otrzymano rozrosty rakowe (*Scirrhus*) jednakże bez przerzutów.

Harbitz opisuje ciekawy przypadek, w którym u 46-letniej pacjentki w pewnym czasie po śródmięśniowym zastrzyknięciu salwarsanu powstał guz o charakterze włóknia-mięsaka i to w miejscu zastrzyknięcia, przy czym badanie chemiczne wykazało w guzie zawartość arszeniku, przewyższającą dość znacznie ilość arszeniku, znajdujące się normalnie w tkankach.

Nowotwory tego typu oraz wyżej wymienione nowotwory doświadczalne u zwierząt mogą być postawione w jednym rzędzie z przedtem opisanymi nowotworami, powstającymi w związku z obecnością pasorzytów w tkankach. Pasorzytom tym więc nie można przypisywać żadnej szczególnej roli w powstawaniu nowotworów. W tym samym wreszcie rzędzie postawić należy nowotwory, wywoływane za pomocą bakterij typu „*Tumefaciens*” i im pokrewnych.

Badania, dążące do rozwiązania zagadnienia nowotworów na drodze odnalezienia swobodnego zarazka nie zdołały w tym sensie ustalić żadnych punktów zasadniczych. Rezygnacja teorii pasorzytniczej nowotworów nie jest jednakże równoznaczna z rezygnacją teorii zakaźnej w szerszym znaczeniu tego słowa. Zakażenie nowotworowe może być wywoływane przez jakiś niewidzialny jad (*Virus*) zewnątrzpochozny, lub też powstający wewnątrz ustroju wraz z rakiem pod wpływem uprzednio wspomnianych czynników. Pasorzyty zaś i bakterie mogłyby być nosicielami owego jadu.

Ta koncepcja opiera się przede wszystkim na badaniach nad mięsakiem kur, który może być przeszczepiany za pomocą przesączów, nie zawierających komórek nowotworowych. Po pozornie rewelacyjnych wynikach badań Gyea i Barnarda, którym udało się jakoby wykryć dwie substancje czynne przy powstawaniu mięsaka kur, cała ta

sprawa ucichła i obecnie jest sprawdzana przez wielu badaczy.

E. Fränkel, który specjalnie zajmuje się mięsakiem kur w Berlińskim Instytucie rakowym, podaje ciekawe szczegóły charakterystyczne dla tegoż guza. Przedewszystkiem potwierdza on wyniki badań i innych autorów (Rous, Pentimalli), którzy wywołali mięsaka u zdrowych kur za pomocą domięśniowego zastrzykiwania krwi kur chorych na mięsaka. Okazuje się jednak, że zastrzyknięcie domięśniowe miazgi śledziony kury chorej na mięsaka wywołuje takież guz u kur zdrowych, i że to samo można osiągnąć, zastrzykując duże ilości czerwonych ciałek krwi lub surowicy kur chorych. Wreszcie E. Fränkel z dużym prawdopodobieństwem stwierdza, że przenoszenie guza z jednej kury na drugą odbywa się bez pomocy elementów komórkowych. Te wyjątkowe własności mięsaka kur budziły i budzą dalej wątpliwości co do jego istotnego charakteru nowotworowego. Fränkel, używając do przeszczepiania materiału o różnych stopniach zjadliwości, otrzymywał typowe mięsaki wrzecionowato-komórkowe, ziarniniaki lub zwykłą ziarninę. I właśnie guzy, które otrzymywał za pomocą materiału bardzo zjadliwego, wykazywały charakter wybitnie złośliwy pod względem morfologicznym i biologicznym i dawały bardzo rozległe przerzuty.

Inna jest sprawa, że wyniki podane w 1925 r. przez Gyea i Barnarda, którym udało się jako-by wyisobnić czynniki przesączalne, wywołujące mięsaka, nie potwierdzają się w całej rozciągłości (o tych badaniach pisaliśmy w Nr. 3 „Warsz. Czasopisma Lek.” z r. 1927). Badania te są jeszcze w toku. Tu wspomnieć jednakże trzeba, że Blumenthal wywoływał nowotwory u szczurów za pomocą zastrzykiwania miazgi śledziony, wziętej od szczurów z nowotworami. Ostatnio te same doświadczenia powtórzyła pod kierunkiem Blumenthala Marja Solecka. Są to badania co-prawda zupełnie odosobnione, ale wskazują na możliwość przeszczepiania nowotworów zwierzęcych bez pośrednictwa komórek nowotworowych, tembardziej, że ostatni autorzy podkreślają, iż śledziony, używane do doświadczeń, były napewno wolne od przerzutów. Tak więc mięsaki kur przestają być jedynym dotychczas pod tym względem wyjątkiem.

Sprawa leczenia raków pozostaje jeszcze ciągle w sferze prób i dociekań. Środki probowane musiałyby dla osiągnięcia pożądanego efektu być używane w takich dawkach, które zabiłyby chorego. Tu też leży cała trudność.

Wood streszcza dotychczasowe wyniki prób leczenia raków za pomocą ołowiu. Zaznacza on, że cały szereg nowotworów bezwzględnie złośliwych udało się uleczyć ołowiem, jednakże stanowią one niewielką odsetkę. To też przypadki, nadające się jeszcze do operacji, powinny być oddawane w ręce chirurgów. Szybko rosnące i dobrze unaczynione nowotwory łatwiej, niż inne, ustępują pod wpływem ołowiu. Zupełnie odporne na działanie ołowiu są raki warg, języka i szyi. Wood przypuszcza, że skombinowane leczenie ołowiem i naswietlaniami mogłoby dać lepsze wyniki. Jednakże wprowadzenie ołowiu do praktyki lekarskiej byłoby stanowczo przedwczesne. Ciekawem jest, że

już w połowie XVIII wieku, jak podaje Weller, francuz Thomas Goulard, który wprowadził do lecznictwa *Liq. Plumbi acetici*, próbował leczyć raki okładami z wody gulardowej. Chorzy, w ten sposób leczeni, musieli jeść często kapuśniak i pić rano serwatkę. Podobno w kilku przypadkach otrzymał wyniki dodatnie.

Ochsner próbuje leczyć przypadki, nienadające się do operacji, za pomocą koloidowego roztworu złota, stosując go doustnie, dożylnie lub w okładach. W jednym przypadku nawrotu raka piersi guz znikł w ciągu 5-tygodniowego okresu leczenia i po roku nie zjawiał się nanowo.

Konsuloff przypuszcza, iż leczenie raka za pomocą podnoszenia temperatury ciała, analogicznie do leczenia porażenia postępującego malarją, powinno dać dobre wyniki. Jeżeli bowiem istnieją zarazki wywołujące raka, to *optimum* temperatury dla tych pasorzytów jest inne, aniżeli dla komórek. Jeżeli natomiast zarazków niema, to należy oczekiwać, że przy podwyższonej temperaturze ciała nastąpi porażenie bardziej wrażliwych komórek rakowych, a jednocześnie wzmocnienie sił obronnych organizmu. O wysiłkach praktycznych w tym kierunku Consuloff nie wspomina.

Gurniak podaje przypadek wyleczonego raka piersi. Stosowano promienie Roentgena oraz zastrzykiwania dożylnie roztworu cukru. Po zaprzestaniu naświetlań wstrzykiwano w dalszym ciągu cukier. W podobny sposób udało się jakoby polepszyć znacznie przebieg kilku innych przypadków.

Wintz omawia przyczyny niepowodzeń w leczeniu raka promieniami Roentgena. W pierwszym rzędzie odgrywa tu rolę różnica wrażliwości poszczególnych form nowotworów. Tak np. gruczolakoraki są prawie o 25% mniej wrażliwe na naświetlanie, aniżeli raki płaskokomórkowe. Z drugiej strony jednoczesne zakażenia nowotworów zmniejszają liczbę dobrych wyników. Wintz uważa, że w leczeniu raków naświetlaniem niezbędna jest dokładna dezynfekcja zakażonego nowotworu jodoformem, riwanolem i t. d.

Lazarus szczegółowo omawia trójkresowe leczenie naświetlaniami, uwzględniając działanie na ognisko rakowe, na otoczenie, z którego rak wyrasta i na cały organizm. Dawka zabójcza powinna być skierowana wyłącznie tylko na ognisko nowotworowe. Otoczenie nowotworu musi być poddane słabszemu naświetlaniu, w celu odosobnienia ogniska rakowego przez zapalenie, zmiany w naczyń i otorbienie tkanką łączną. Wreszcie należy pobudzić czynniki obronne ogólnego układu limfatycznego, krwiotwórczego i hormonalnego. Oprócz właściwych naświetlań radzi on stosować roztwory Thoru-X, tyreoidynę, jod i t. d.

Borak występuje przeciwko ustalonemu dotąd pogładowi na mechanizm działania naświetlań na nowotwory. Przytacza on dwa przypadki raków, wyleczonych promieniami Roentgena. W obu po intensywnym naświetlaniu wystąpiły głębokie owrzodzenia, nowotwory więc zostały wyleczone „*per defectum*.” Stąd wnioskuje on, że promienie działają bezpośrednio na komórki nowotworowe, a nie, jak przypuszczamy, na tkankę łączną, której stan ma być zupełnie obojętny dla sprawy zaniku nowotworu.

Beau, odwrotnie, kładzie nacisk na rolę tkanki łącznej w leczeniu promieniami radu i wyobraża sobie, oprócz bezpośredniego działania promieni na nowotwór, działanie pośrednie na tkankę łączną, która pod wpływem naświetlań produkuje substancje toksyczne dla komórek nowotworowych. Po wielokrotnych naświetlaniach komórki tkanki łącznej zostają uszkodzone i przestają produkować owe substancje. Dzięki temu też guzy naświetlane stają się często odporne na powtórne naświetlanie np. w przypadkach nawrotów. Lassner i Bayet zwracali już dawno na to uwagę w stosunku do guzów, leczonych promieniami Roentgena. Beau obserwował 419 raków skóry, leczonych radem, Przypadki, przedtem nigdy nie naświetlane, dały 77% wyników dodatnich, podczas kiedy w grupie przypadków, już przedtem kiedyś naświetlanych, otrzymano 40% wyleczeń.

Hamperl i Schwarz, badając przebieg leczenia pod wpływem promieni Roentgena w raku okolicy jarzmowej u 75-letniej kobiety, stwierdzili, że działanie promieni w pierwszym rzędzie wywołuje zmiany w elementach nabłonkowych, powodując ich rozpad. Mówiąc o zachowaniu się tkanki łącznej, podkreślają, iż jej rozrost należy traktować jako sprawę wtórną.

Russ i Scott naświetlali szczury w ściśle oznaczonych miejscach i zaszczepiali im później pod skórę mięsak szczurzy (Jensen-Sarcom). Nowotwory przyjmowały się i dobrze rosły, ale tylko w obrębie nienaświetlanym, nie przekraczając przytem granicy odcinków naświetlanych. Badania te, powtórzone na 100 szczurach, dawały zawsze zgodne wyniki. Naświetlania więc musiały wywołać w tkankach zmianę, wyrażającą się w podniesieniu ich sił obronnych przeciwko nowotworom. Tę zaś rolę obronną należałoby w pierwszym rzędzie przypisać tkance łącznej.

Potwierdzają to, zresztą, badania Ulesco-Stroganova nad znaczeniem tkanki łącznej w powstawaniu raków u myszy smołowanych. Tkanka łączna ma posiadać własności, regulujące stan nabłonków. Przewlekłe drażnienie miejscowe osłabia tę czynność regulującą tkanki łącznej i ułatwia w ten sposób nietypowy rozrost nabłonka. U myszy smołowanych to zaburzenie czynności tkanki łącznej występuje równocześnie z ogólną zmianą w ustroju, będącą skutkiem przewlekłego zatrucia. Wyrazem tego są daleko posunięte zmiany zwyczajnie w wątrobie, śledzionie, nerkach i płucach, a więc narządach, zawierających znaczną część układu siateczkowo-sródbłonkowego. Taż sama tkanka łączna naskutek bardzo silnego drażnienia może przejść w stan zwyrodnienia, w którym nieoddziałuje już na czynniki słabsze. Wiadomo przecież że zbyt silne czynniki drażniące nigdy prawie raka nie wywołują. Znana jest, zresztą, rzadkość występowania raka u bardzo starych osobników, u których tkanka łączna ulega daleko posuniętym zmianom degeneracyjnym.

Ostatnie te badania stanowią powrót do bardzo starych prac. Thiersch jeszcze w 1865 r. twierdził, że raki powstają na skutek zaburzenia równowagi statycznej pomiędzy nabłonkiem i tkanką łączną, i wyobrażał sobie że pomiędzy temi elementami zachodzi stosunek czysto mechaniczny, zależny od ciśnienia, jakie one na siebie wywierają.

Teilhaber o wiele później poruszał obszernej tę sprawę, wychodząc ze spostrzeżeń nad powstawaniem raka na tle starych blizn, w których tkanka łączna jest mniej wartościowa. Przypuszczał on, że w normalnej tkance łącznej znajdują się ciała chemiczne, hamujące skłonności rozrostowe nabłonka.

Tak więc, oprócz omówionej na początku tezy, że raki powstają z materiału, znajdującego się w stanie dynamiki rozrostowej i są w pierwszym rzędzie związane ze sprawami odradzania, musimy przyjąć obecnie dwa warunki, sprzyjające powstawaniu nowotworu: 1) ogólną zasadniczą zmianę w ustroju — osłabienie własności obronnych oraz 2) związane z niem zachwianie zdolności regulujących tkanki łącznej w stosunku do innych elementów.

PIŚMIENICTWO.

1. Askanaazy. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat. 29. 1919. 2. Baje W.en. klin. Wochenschr. 1927. Nr. 5. 3. BERIC. Zeitschr. f. Krebsforschung. Bd. 24. Heft. 1. 4. Beau. Paris. med. 1927. Nr. 16. 5. Borrel. Bull. de l'Assoc. franc. pour l'étude du cancer. T. 16 Nr. 2, oraz ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 2 i 3, str. 25. 6. Borak. Wien. klin. Wochenschr. 1927. Nr. 4. 7. Blumenthal. Auler i Solecka. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 2 i 3. 8. Coulon. Cpt. rend. T. 96. 1927. Nr. 9. 9. Deel-

man i v. Erp. Z. f. Kr. Bd. 24. H. 1. 10. Fränkel E. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 5. i Bd. 24. H. 3 i 4. 11. Fischer A. Klin. Wochenschr. Nr. 6. i Nr. 28. oraz ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 5. str. 69. 12. Garszyn. Z. f. Kr. Bd. 24. H. 6. 13. Galli-Vallerio. ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 2 i 3. str. 25. 14. Gurniak. Strahlentherapie. Bd. 24. H. 4. 15. Hamperli Schwarz. Strahlentherapie. Bd. 24. H. 4. 16. Harbitz. Lancet. 1927. Nr. 2. 17. Introzzi. ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 1. str. 13. 18. Kahn. Klin. Wochenschr. 1927. Nr. 10. 19. Koch J. Zentralbl. f. Bakter., Parasitenkr. u. Infektionskrank. Abt. 1. 183. 1925. i 97. 1926. 20. Korenyj. Virch. Arch. Bd. 264. H. 2. 1927. 21. Konsuloff. Biol. Zentralbl. Bd. 47. H. 1. 1927. 22. Lazarus. Duetsch. med. Wochenschr. 1927. Nr. 11 i 13. 23. Letulle i Vinay. ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 2 i 3. str. 24. 24. Laufberger. ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 5. str. 71. 25. Machiarulo. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 1. 26. Maisin. Desmedt i Jaqmin. Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. T. 96. Nr. 15. 27. Ochsner. ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 2 i 3. str. 34. 28. Płoński. Warsz. Czas. Lek. 1927. Nr. 3. 29. Pentimalli. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 5. 30. Peracchia. Z. f. Kr. Bd. 23. H. 6. 31. Reitano. ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 2 i 3. str. 23. 32. Roffo. Z. f. Kr. Bd. 23. H. 2. i Bd. 25. H. 5. 33. Russi Scott. Lancet. 1927. Nr. 16. 34. Solecka. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 4. 35. Simoes-Raposo i Cordato de Noronha. Cpt. rend. T. 96. Nr. 12. 36. Teilhaber. Z. f. Kr. Bd. 9. 1910. 37. Teutschlaender i Szuster. Z. f. Kr. Bd. 23. H. 3. 38. Tinozzi. Z. f. Kr. Bd. 24. H. 5. 39. Ulesco-Stroganova. Z. f. Kr. Bd. 45. H. 5. 40. Watterman i Kromme. ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 5. str. 75. 41. Wood. ref. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 1. str. 14. 42. Weller. ref. w. Z. f. Kr. Bd. 25. H. 2 i 3. str. 33. 43. Wintz. Strahlentherapie. Bd. 25. 1927. H. 1. 44. Ziegler. Z. f. Kr. Bd. 24. H. 5.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

KELLER. Badania nad przemianą materji tkankową w ustroju, zakażonym gruźlicą. (Klin. Woch. 1927, Nr. 52).

Istota odczynu tuberkulinowego nie jest jeszcze znana; jedni autorowie traktują go, jako zjawisko humoralne, inni komórkowe, czyli że w tym ostatnim przypadku komórki ustroju mają być źródłem allegji. Dla rozstrzygnięcia tego zagadnienia przeprowadził K. badania na przemianą materji tkankową, t. j. nad oddychaniem tkankowem i zjawiskami glikolizy w skrawkach utrzymanych przy życiu tkanek, pochodzących od zdrowych oraz chorych na gruźlicę świnek morskich. Okazało się, że skrawki tkanek, pochodzących wprawdzie od gruźliczych świnek morskich, lecz nie wykazujących swoistych zmian histologicznych, nie wykazują nasilonej czynności oddechowej w porównaniu z tkanką normalną. Oddychanie zmienionej gruźliczo tkanki wyższe jest o 50% od oddychania tkanki zdrowej. Wreszcie, dodanie tuberkuliny lub wyciągu z prątków gruźliczych do tkanki, zmienionej chorobowo, nie wpływało zupełnie na nasilenie czynności oddechowej. Ponieważ zaś odczyn tuberkulinowy jest odczynem zapalnym, który winien zwiększyć przemianę gazową — wynika stąd, że dodanie tuberkuliny do skrawków tkanek, czyli do konglomeratu komórek, nie dawało objawów allegji. Dlatego też autor sądzi, że odczyn alergiczny związany jest z czynnikami, które nie były wciągnięte do doświadczeń, jak wpływ krwi oraz bodźców nerwowych.

Z. Świder.

MEZERNICKY. O mechanizmie działania kąpieli słonecznych. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 29—1927).

Podczas stosowania kąpieli słonecznych zachodzi w ustroju cały szereg zmian, wymagających wyjaśnienia jak np., działanie fotoelektryczne tych kąpieli, utrata barwnika włosów, dynamika pigmentacji, śmierć, wynikająca z niewłaściwego dawkowania światła słonecznego.

Z licznych swych badań doświadczalnych autor wyciąga następujące wnioski:

Kąpiele słoneczne powodują określone naładowanie elektryczne ustroju.

Jako skutek jednej tylko kąpieli słonecznej, stwierdza się zwiększenie żywotności chromatoforów tkanki łącznej i zmianę koloru ziaren barwnikowych w skórze. Po naświetlaniach wielokrotnych barwnik włosów rozpada się i zostaje pochłonięty przez komórki chromatoforowe tkanki łącznej. W limfocytach, a znacznie rzadziej również i w ciałkach białych obojętnych zjawiają się ziarenka barwnika. Barwnik ten wydaje się analogiczny do barwnika skórniego. Cechują go: nieobecność żelaza, nierozpuszczalność w alkoholu i ksyłolu, ujemny odczyn jodowy. Po pochłonięciu barwnika, znajdującego się we krwi, limfocyty przechodzą *per diapedesin* przez ścianę naczyń krwionośnych i przy pomocy ruchów amebowatych przenikają do tkanki łącznej, w której przemieniają się w chromatofory gwiaździste.

Dawka początkowa energii słonecznej, powodującej zjawienie się pierwszych oznak opalenizny wynosi dla człowieka 15 do 25 małych kaloryj na 1 cm² powierzchni ciała. U zwierząt jest ona o połowę mniejsza.

Połączone hodowle skóry i nadnerczy wykazały, że barwnik podczas naświetlania słonecznego wytwarza się w tej hodowli w ilości znacznie większej, niż w hodowlach kontrolnych bez nadnerczy.

Stosunkowo niewielkie dawki energii słonecznej (25 kaloryj na 1 cm²) były jednak w stanie spowodować w pewnych przypadkach śmierć zwierzęcia doświadczalnego. W przypadkach takich badanie anatomo-patologiczne nie wykazywało nic szczególnego, poza znacznym nagromadzeniem barwnika w zwojach układu współczulnego. Wydaje się więc, że śmierć w związku z nadmiernym naświetlaniem słonecznym zależy od zaburzeń spowodowanych przez naświetlanie w zwojach układu współczulnego.

J. Typograf.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

E. HELAERS. O wpływie lobeliny i hexetonu na odychanie zatrutego morfiną królika. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 26 — 1927).

Autor porównywał działanie lobeliny i hexetonu na spowodowane morfiną porażenie oddechu królika. Po zbadaniu działania różnych dawek lobeliny na oddech królika normalnego autor zatrzymywał zwierzęta toksycznymi dawkami morfiny i, gdy upadek działalności oddechowej osiągał 65% wartości początkowej, wstrzykiwał im dożylnie lobelinę. Z doświadczeń wynika, że lobelina okazywała się przeważnie w stanie skutecznie zwalczyć porażenie oddechu i zachować zwierzęta przy życiu.

Porównanie jednak działania w tych warunkach lobeliny z działaniem hexetonu wykazało, że pomyślny wpływ lobeliny jest o wiele mniej stały i pewny niż hexetonu. Lobelina poza tym jest trującą sama przez się.

Z badań swych autor wyciąga wniosek, że dla zwalczania morfinowego porażenia oddechu pewniej i bezpieczniej jest stosować hexeton.

J. Typograf.

CONDORELLI. Insulina, fitochinina a czynnik A. (Funka). (Paris Méd. 1928 Nr. 4).

Prowadząc badania nad substancjami podobnymi do insuliny, autorowi udało się znaleźć i wyodrębnić z liści pewnych roślin nieznaną dotychczas substancję, którą nazwał fitochinina. Fitochinina w warunkach normalnych u zwierząt i ludzi wywołuje tylko nieznaczny i przemijający spadek ilości cukru we krwi. Spadek ten staje się wyraźniejszy po uprzednim wstrzyknięciu cukru gronowego dożylnie. U zwierząt, pozbawionych trzustki, działanie jest tak silne, że zwierzęta takie utrzymują się przy życiu przez długi czas w stanie wcale znośnym.

U człowieka chorego na cukrzycę fitochinina, wstrzyknięta w ilości 2 cm.³, powoduje znaczny spadek cukru wolnego już po upływie 2 godzin; jednocześnie wzrasta ilość cukru związanego. Maximum działania przypada pomiędzy 4 a 6 godziną po zastrzyknięciu. Po kilku zastrzyknięciach fitochininy efekt się zmniejsza. Dzieje się to nie na skutek przyzwyczajenia, lecz dlatego, że w miarę spadku ilości cukru we krwi, działanie fitochininy słabnie. Wartości cukru we krwi pod wpływem stosowania fitochininy utrzymują się na wysokości prawie normalnej t. j. 1,2 — 1,3%. Większe dawki nie wywołują silniejszego działania. Cukromocz ustaje w bardzo szybkim czasie, podobnie znika aceton i inne produkty kwasowe. Ilość azotu niebiałkowego zmniejsza się znacznie, jak również ilość fosforu nieorganicznego.

Zmniejszeniu ulega także ilość tłuszczu i ciał tłuszczowych. Poprawa stanu ogólnego rzuca się w oczy, wzrasta waga ciała oraz zwiększa się tolerancja na węglowodany. Działanie środka trwa nadal jeszcze przez pewien czas po odstawieniu insuliny.

Pozatem stwierdza się dodatni wpływ fitochininy na szereg powikłań cukrzyczych, jak nerwobóle, zgorzel, objawy nerkowe — nie dało się natomiast zauważyć żadnego wpływu na zapalenie siatkówki.

Niema żadnych przeciwwskazań do stosowania fitochininy. Działa ona znakomicie zarówno w przypadkach ciężkich, jak i lekkich.

Na zasadzie całości kształtu działania fitochininy autor uważa ten środek za zbliżony do witamin, a szczególnie do t. zw. czynnika A, wyodrębnionego przez Funka.

B. Goldstein.

F. de PAULA PERUCHE. Mechanizm działania adrenaliny podczas napadu astmatycznego. (Cmt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 27 — 1927).

Współczesny pogląd na działanie adrenaliny w przypadkach astmy uważa, że jej dobroczynny wpływ na przebieg na-

padu polega na rozszerzaniu oskrzeli w związku z bezpośrednim pobudzeniem nerwu współczulnego, jako nerwu, rozszerzającego oskrzela. Według zaś nowego ujęcia astmy przez autora, objawy charakterystyczne, cechujące dychawicę oskrzelową, przedstawiają obronę ustroju przed hiperkarbonemją, t. zn. przeładowaniem krwi dwutlenkiem węgla. Autor uważa przyspieszenie oddechu i akcji serca, objawy, panujące nad obrazem klinicznym napadu astmatycznego, za odczyn obronny ustroju przed samozatruciem dwutlenkiem węgla.

Działanie adrenaliny w tych warunkach autor, na podstawie doświadczeń, dokonanych na samym sobie, tłumaczy jej wpływem na zawartość w krwi CO₂.

Jak wynika z odpowiednich badań krwi i powietrza pęcherzykowego, ciśnienie w nich CO₂ zmniejsza się pod wpływem wstrzyknięcia 1 mgr. adrenaliny. Jednocześnie zwiększa się ilość wydychanego CO₂ oraz wchłanianego tlenu.

Z doświadczeń swych autor wyciąga wniosek, że skuteczność adrenaliny podczas napadów astmatycznych zależy nie od jej bezpośredniego działania na nerw współczulny, lecz od działania pośredniego na ośrodek opuszkowy nerwu błędnego. Powoduje to znaczny spadek ciśnienia CO₂ we krwi i wtórne zmniejszenie pobudliwości tego ośrodka.

J. Typograf.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

C. VEIT. W sprawie rozpoznania obrzękowego zapalenia zatoki szczękowej. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinol. Heft XI. 1927).

Częste nawroty polipów nosa dają się wytłumaczyć tem, że polipy są to właściwie części zmienionej błony śluzowej jamy szczękowej, które wydostały się do nosa i tam uwięzły lub też produkty chronicznego t. zw. kataralnego zapalenia, które w przebiegu obrzękowego zapalenia jamy Highmora dostały się do środkowego przewodu nosowego.

Radykalna operacja jamy szczękowej zapobiega w tych przypadkach powtórzeniu się sprawy chorobowej. Do zabiegu nadają się jednak tylko te przypadki, w których bezsprzecznie, obrzękowe zapalenie zatoki szczękowej zostało stwierdzone, pozostałe zaś jamy oboczne nosa nie wykazują zmian chorobowych. W przeciwnym bowiem razie wskazane byłoby oczyszczenie wszystkich jam obocznych, co jest zbyt dużym i poważnym zabiegiem, który w nielicznych bardzo przypadkach byłby usprawiedliwiony.

Że mamy do czynienia z obrzękowym zwyrodnieniem śluzówki jamy szczękowej, upewnić się możemy za pomocą: 1) dotykania zgłębnikiem; 2) zdjęcia rentgenowskiego z użyciem masy kontrastowej lub też 3) antroskopji.

F. Z. Fux.

B. GROSSMANN. O chrzęstniakach krtani. (Monatssch. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinol. Heft XI. 1927).

Najczęstszym miejscem wyjścia chrzęstniaków krtani jest wewnętrzna powierzchnia chrząstek obrączkowej i tarczycowej.

Alexander dzieli je w zależności od struktury histologicznej na: 1) wyrosłe chrząstkowe (*Eochondroses*), w których tkanka bujająca ma charakter chrząstki macierzystej, 2) chrzęstniaki (*Chondromata*), z różnymi rodzajami tkanki nowotworowej, głównie chrząstką szklistą i siateczkową oraz 3) formy mieszane.

Klinika prof. Hajeka we Wiedniu podaje z ostatnich 7-iu lat dwa przypadki chrzęstniaków krtani. W obydwu nowotwór wychodził typowo z chrząstki obrączkowej. W jednym z nich przypuszczano obecność chrzęstniaka już na zasadzie badania laryngoskopowego oraz drobnowidzowego, dokonanego na wycinku, otrzymanym z guzu. Rozpoznanie potwierdzone zostało badaniem anatomo-patologicznym preparatu uzyskanego przez

operacyjne usunięcie krtani, U drugiego chorego dopiero na sekcji stwierdzony został chrząstniak krtani, gdyż z powodu ciężkiego stanu pacjenta (duszność), który w klinice pozostał za ledwie miesiąc, nie zdołano za życia przeprowadzić odpowiednich badań.

Cechy charakterystyczne guza, umożliwiające trudne bardzo w tych przypadkach postawienie rozpoznania, są następujące: jego konsystencja, zbliżona do kości, bezpośrednia łączność z jedną z chrząstek krtani, powierzchnia gładka lub guzkowata z ostremi brzegami i rogami, oraz wygląd pokrywającej go błony śluzowej, niezmięnionej zapalnie, raczej bladej i cienkiej.

Co się tyczy terapii, to Alexander twierdzi, że nie wolno traktować tych guzów wewnątrzkraniowo, lecz przez radykalne usunięcie krtani. Rokowanie pomimo łagodnego charakteru chrząstniaków jest złe, gdyż dają one zazwyczaj nawroty i szybki wzrost.

Etjologia jest dotąd niejasna. Schottelius zauważył u ludzi w starszym wieku tworzenie się świeżej chrząstki naokoło połączeń stawowych chrząstek krtani; proces ten, wychodzący z chrząstki, uważa on za analogiczny ze zniekształcającym zapaleniem stawów.

W związku z tem zwraca Eppinger uwagę, że chrząstniaki wychodzą rzeczywiście z miejsca połączeń stawowych, w najbardziej ruchomych częściach krtani. Inni autorzy upatrują przyczynę w chronicznych zapaleniach krtani. Dopatrują się też w kostnieniu chrząstek u ludzi w starszym wieku momentu etjologicznego, za czem przemawia występowanie tych nowotworów przeciętnie około 54 roku życia.

W jednym z wyżej opisanych przypadków może i podłoże syfilityczne powinno wejść w rachubę.

F. Z. F u x.

E. SAAREST. Stosowanie sanokryzyny w gruźlicy krtani. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinol. Heft IX 1927).

Autor podaje 9 przypadków gruźlicy krtani, leczonych sanokryzyną, z których 4 dały imponujące rezultaty. Jeden z nich leczony był wyłącznie sanokryzyną i przedstawiał się w formie atonicznego, pokrytego mazistym nalotem owrządzenia, które przy stosowaniu zwykłych środków leczniczych (wyłyżczkowanie, traktowanie kw. mlekowym), wykazywało dążność do rozszerzania się. Po dożylnym stosowaniu sanokryzyny w dawkach 0,25 gr. tygodniowo, w ciągu 11 tygodni nastąpiło jaskrawe polepszenie: cały proces w krtani został wstrzymany, a owrządzenia znikły. Rezultat ten, jest tem godniejszy uwagi, że ogólna odporność i zdolność regeneracyjna tkanek zmniejszone były znacznie przez ogniska gruźlicze w płucach, opłucnej, wątrobie i najądrzu. Kuracja dała i ogólne polepszenie: waga wzrosła o 5,3 kg., procent Hb. z 68 podniósł się na 86, liczba krwinek czerwonych z 3,850,000 wzrosła do 5,010,000. Stan płuc również poprawił się, jedynie szybkość opadania krwinek pozostała duża, co jednak według wielu autorów nie jest prognostycznie złym objawem. Należy zwrócić uwagę, że w przytoczonym przypadku łatwiej ustępowały zmiany gruźlicze ostre, niż przewlekłe, które dopiero po dłuższym czasie poddały się działaniu środka. Fakt ten pozostaje w zgodzie z ogólnym zdaniem, że sanokryzyna daje lepsze wyniki w sprawach ostrych, niż przewlekłych. Działanie jej, identyczne z tem, jakie dają inne preparaty złotowe, polega na aktywowaniu komórek, przez co stają się one zdolne do silniejszego odczynu, ułatwiającego zniszczenia ogniska chorobowego.

F. Z. F u x.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

DAWID. Insulina a śpiączka cukrzycza. (Ther. der Geg. 1928 Nr. 2).

Niektóre przypadki śpiączki cukrzyczej kończą się niepo-

myślnie mimo racjonalnego stosowania insuliny. W statystyce autora na 54 przypadki śpiączki 15 — skończyło się fatalnie, 5 — umarło później mimo okazanej pomocy. Jeśli uwzględnić, że kilka osób przeżyło śpiączkę kilkakrotnie, to procent śmiertelności podniesie się do 50. W materiale przytoczonym chorzy należeli do sfery robotniczej, gdzie leczenie dietetyczne nie zawsze jest ściśle przestrzegane. Leczenie insuliną tak poprawia stan chorych, że uważają oni poniekąd dalsze zastrzykiwania za zbędne i tem samem narażają się na ryzyko ponownej śpiączki, podczas której chory, który po pierwszym napadzie potrzebował dziennie 20 jednostek insuliny, po trzecim napadzie zużywa już do 100 jednostek.

Co do rokowania, to zależy ono głównie od czasu wkrócenia leczenia. Przypadki przedśpiączkowe (*praecoma*) dają rokowanie pomyślne. Im dłużej śpiączka trwa, tem rokowanie jest gorsze. Wiek chorych także wpływa do pewnego stopnia na rokowanie, które będzie lepsze u osobników młodych. Pogarsza rokowanie długotrwałość choroby. Czas występowania objawów śpiączki jest najważniejszym miernikiem. U m b e r podał jako granicę dobrego rokowania 6 godzin od chwili zupełnej utraty przytomności.

Co się tyczy tamych przypadków, to u części insulina nie mogła usunąć objawów kwasicy i ciał ketonowych, druga część jednak wykazywała pod tym względem pozorną poprawę (odczyn Gerharda był prawie ujemny), śpiączka minęła, a śmierć następowała mimo to przy objawach silnego wyczerpania, bólów w okol. mostka oraz zapaści, której nie dało się opanować. Według L o r a n t a śmierć miałyby następować tutaj nie wskutek kwasicy, lecz z powodu wyczerpania mięśnia sercowego w związku z zaburzeniami przyswajania cukru. S t r a u s s dopatrywał się w zapaści śpiączkowej podobieństwa do wyczerpania układu krążenia w chorobach zakaźnych.

Według autora, przyczyny należy szukać w ustroju całym, w utracie przez niego zdolności przyswajania węglowodanów, co prowadzi do załamania się funkcji życiowej komórek ustroju.

B. Goldstein.

S. LAUTER i H. BAUMANN. O niedomodze narządu krążenia w śpiączce cukrzyczej. (Deutsches Arch. f. Klin. Med. Tom 159, zeszyt 1/2).

Autorzy badali niedomogę narządu krążenia za pomocą określania „objętości minutowej“ u trzech chorych. Stwierdzili przytem, że sprawa rozpoczyna się ostro.

Pomimo wyraźnego efektu po insulinie stan krążenia nie od razu się poprawia, niedomoga jego może trwać przez długi czas.

W ciężkiej kwasicy bez objawów komatycznych objętość minutowa zostaje bez zmian.

B. Goldstein

M. WINCKEL. Przypadek *virilismus suprarenalis* na tle gruczolaka nadnercza. (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. tom 159 zeszyt 1/2).

U 36 letniej kobiety rozwinął się w ciągu 11 lat *virilismus suprarenalis*. Objawy wskazywały na nadczynność nadnerczy, mianowicie, istoty rdzennej (nadmierne ciśnienie, cukromocz, poliglobulja i względne zwiększenie liczby obojętnochołnych białych ciałek). Cukier we krwi pozostawał w granicach normy. Oporne zachowanie się wobec insuliny wskazywało na zwiększone wydzielanie adrenaliny. Na zasadzie badania prom. Rentgena i palpacji rozpoznano z dużem prawdopodobieństwem prawostronny guz nadnercza, co też operacja potwierdziła. W 2 dni dotem — zejście śmiertelne. Na autopsji stwierdzono zanik obu nadnerczy, jajników i tarczycy. Trzustka i przysadka zmian nie wykazywały.

B. Goldstein.

Choroby kobiet i położnictwo.

Van CREVELD i LADENIUS. Lewulozemja i lewulozura u ciężarnych oraz u ludzi z chorą lub zdrową wątrobą. (Kl. W. 1928, Nr. 3).

Frank i Nothmann stwierdzili, że u kobiet w ciągu pierwszych miesięcy ciąży można wywołać sztuczny cukromocz przez podawanie glukozy. Autorowie mają jednak pewną obiektywność co do racjonalności traktowania tej glikozurji ciążyowej. Jako próby wczesnego rozpoznawania ciąży, ponieważ podaje się tu cukier gronowy, który jest normalną częścią składową ustroju. Dlatego też autorowie przeprowadzili analogiczne badania z lewulozą. Dla rozstrzygnięcia zaś kwestji, czy odgrywa tu rolę czynność wątroby, t. j. czy czynność jej jest upośledzona podczas ciąży — zbadali zachowanie się ludzi ze zdrową i chorą wątrobą. Okazało się, że maksymalny poziom lewulozy we krwi ludzi zdrowych wynosi jakie 0,014%; u ciężarnych poziom lewulozy we krwi trzymał się przeważnie w tych samych granicach, w moczu jednak było przeważnie dużo tego cukru (przynajmniej 0,17% lewulozy). Zaś u osobników z chorą wątrobą wynik tej próby był różny, przeważnie jednak odmienny niż w ciąży, bo odnotowywano: albo brak lewulozurji, albo lewulozurję jednocześnie ze znaczną lewulozemją (0,04 — 0,05%), albo też brak lewulozurji, a tylko wybitną lewulozemję. Z badań tych wynika możność stosowania tej próby dla wczesnego rozpoznawania ciąży. W kilku przypadkach, również w jednym przypadku lewulozurji samoistnej, zbadali autorowie poziom lewulozy we krwi tętnicznej i żyłnej i otrzymali wszędzie liczby wyższe dla krwi tętnicznej. Z. Świder.

R. T. FRANK i M. A. GOLDBERGER. Badania kliniczne nad zawartością żeńskiego hormonu płciowego we krwi kobiet. (Journ. of the Am. Med. Ass. 1928, Nr. 2).

Reasumując wyniki poprzednich swych prac, autorzy stwierdzają następujące fakty: U kobiet z normalnym okresem płciowym ilości hormonu, krążącego we krwi, wzrastają powoli aż do wystąpienia miesiączki. Z chwilą wystąpienia krwawienia miesiączkowego lub też zajścia w ciążę hormon znika z obiegu krwi. Zarówno w krwawieniu miesiączkowym, jakoteż poporodowym daje się stwierdzić obecność dużej ilości hormonów w odchodzącej krwi.

Podczas ciąży hormon zjawia się ponownie we krwi, począwszy od 12-go tygodnia.

W krwawieniach czynnościowych nadmiernie obfitych można wykazać nadmierną działalność jajników. Może jednak istnieć nadczynność hormonalna bez nadmiernego krwawienia a nawet przy zupełnym braku miesiączki.

Amenorrhoea może być zaliczoną do jednej z czterech grup:

1) postać ciężka z zupełną utratą okresowości; 2) zmniejszenie ilości hormonu przy zachowaniu okresowości normalnej; 3) chwilowe ograniczenie; 4) nieznanikanie ciała żółtego.

Kobiety, które nigdy nie menstrowały, mogą mieć normalne jajczkowanie i okresowe zmiany w organach płciowych. Dodatnia próba na obecność hormonu żeńskiego jest decydująca dla wykazania płci. Bezpłodność może przebiegać z normalną okresowością lub z obniżoną działalnością jajników. Próba pozwala wykazać obumarcie płodu po 12-ym tygodniu ciąży.

B. G.

M. WACHTEL. Oryginalna technika autohemoterapii w przypadkach krwawień macicznych pochodzenia jajnikowego i zapalnego. (Ztrbl. f. Gyn. Nr. 10/28).

Autor zestawił 65 przypadków krwawień macicznych pochodzenia jajnikowego i zapalnego. wyleczonych przy pomocy autohemoterapii. W każdym przypadku krwawienie ustawało po 3-ch, najpóźniej po 4-ch zastrzykiwanach. Tam, gdzie wynik leczenia był ujemny, zgóry można było powiedzieć, że przyczyna krwawienia jest inna: w ten sposób zastrzykiwania stały się po-

niekąd czynnikiem bardzo pomocnym w djaagnostyce różniczkowej. Rzeczywiście, w 3-ch przypadkach (z pośród 65-ciu), w których krwawienie nie ustało, okazało się, że raz miano do czynienia z torbielą jajnika, raz powodem krwawienia była ciąża pozamaciczna; wreszcie, w przypadku trzecim stwierdzono polipa macicy.

Technika zastrzykiwań jest następująca: 10-cio gramową strzykawkę, napełnioną 7 cm.³ wody destylowanej wkłada się w żyłę zgięcia łokciowego, dopełniając ją 3-ma cm.³ krwi pacjentki. Po napełnieniu strzykawki, autor, nie wyjmując igły z żyły, wprowadza zawartość strzykawki bardzo powoli z powrotem do tej samej żyły. Wachtel zapewnia, że w żadnym przypadku, wbrew twierdzeniom innych autorów, nie spostrzegł po zastrzyknięciu ani objawów zapaści, ani bólów głowy, mdłości, zawrotów głowy i t. p. Koniecznym warunkiem skuteczności zastrzykiwań jest codzienne ich dokonywanie, możliwie o tej samej porze dnia. Na tę ciągłość w zastrzykiwaniach autor kładzie specjalny nacisk. Aczkolwiek omawiane leczenie może być dokonywane ambulatoryjnie, skutek jednak jest o wiele lepszy, jeśli chore zachowują spokój w łóżku. Autor w omawianych przypadkach mierzył również ciśnienie krwi: spadek niewielki ciśnienia w czasie zastrzykiwań wracał do normy w kilka dni po kuracji. Podobne wahania dotyczą także liczby czerwonych ciałek krwi, która zmniejsza się podczas zastrzykiwań, a po zakończeniu kuracji się zwiększa. Wobec poglądów niektórych autorów, że istota działania autohemoterapii polega na działaniu białka powstałego z rozpadu czerwonych krwinek, co by się zgadzało ze zmniejszeniem liczby czerwonych ciałek podczas kuracji, autor radzi strzykawkę wyjaławiać w autoklawie (a nie przechowywać w alkoholu), aby w wilgotnej strzykawce rozpad krwinek czerwonych był większy.

Jeżeli po 4-em zastrzyknięciu krwawienie nie ustępuje, można śmiało dokonać i 5-ego zastrzyknięcia, zwłaszcza wtedy, jeżeli po każdym poprzednim zastrzyknięciu krwawienie się zmniejszało.

S. Gordon.

W. FRAMM. O nakładaniu kleszczy na pośladki i o specjalnych kleszczach pośladkowych. (Ztrbl. f. Gyn. Nr. 10/28).

Autor w klinice w Hamburgu, przy nakładaniu na pośladki, próbował kleszczy Negelego i Kiellanda. Dokonane próby upewniły go, że lepiej jest nakładać na pośladki kleszcze Kiellanda, które posiadają zamek ruchomy, mogą być ściślej dostosowane do bioder płodu, ustawionych często na różnej wysokości. Stosując oba modele bardzo jest jednak łatwo uszkodzić i płód i matkę. Powodem uszkodzeń są przywizny łyżek i ich ostre zakończenie. Mając powyższe na względzie, autor zbudował specjalne kleszcze pośladkowe. Łyżki tych kleszczy są bardziej przystosowane do powierzchni pośladków: części miękkie pośladków wciskają się w okienka ściśle przylegających łyżek, które mają zakończenie tępe (szerokość—4 cm.). Te szczegóły przy zamku ruchomym usuwają niebezpieczeństwo uszkodzeń.

Sposób stosowania prosty: przedewszystkiem łyżki są jednakowe (obojętnem więc jest, którą łyżkę się wprowadza wcześniej — prawą czy lewą); nakłada się je zwykle na wysokości bioder płodu, bez różnicy, gdzie znajdują się w danej chwili pośladki: w wejściu, w próżni czy w wyjściu.

Niezależnie też od ustawienia kręgosłupa: z przodu czy z tyłu. Nie mając większego doświadczenia (zastosowane w 11-u przypadkach), gdyż wskazania do tej operacji nie są zbyt częste, autor zachęca do ich zastosowania i zaopinjowania o ich wartości, przypominając jednak wciąż o tem, żeby one były nakładane tylko przy ścisłym wskazaniu, co według autora wówczas ma miejsce, kiedy przy nisko ustawionych pośladkach trudno ściągnąć nóżkę, a poród ze względu na stan ogólny winien być zakończony.

S. Gordon.

Wskazówki praktyczne.

— P. Wermer stosuje mocznik w leczeniu *krwawień macicznych*. Chore zażywają dwa razy dziennie po 20 gr. roztworu mocznika w wodzie. Na 3 dzień występuje działanie środka.

(Ztbl. f. Gyn. 1928 Nr. 11).

— Röttger poleca usypianie za pomocą *pernoktonu* (brom z kwasem barbiturowym — fabr. Riedel w Berlinie) w położnictwie. Zastrzykuje się powoli 2 — 3 ampułek do żyły łokciowej, suggestionując rodzającą, że zaśnie bez bólu. Poród odbywa się spokojnie i szybko, bez ujemnego wpływu na tony serca dziecka.

(Ztbl. f. Gyn. 1928 Nr. 12).

— Goldblom stosuje *aktywny tlenek żelaza „Siderac“* u ozdrowieńców i ludzi osłabionych fizycznie, jako *środek wzmacniający i wpływający na poprawę przemiany materji*. Zaczynać należy od dawek małych (5 mg. na kilo wagi dziennie) i stopniowo dochodzi do 3 razy dziennie po 5 mg. na kilo wagi.

(Deutsch. med. Woch. 1928 Nr. 11).

— Köhler poleca jako *środek nasercowy i pobudzający wydzielanie moczu* herbatę „Correnal“, zawierającą: *Rula graveolensis, Convallaria majalis, Radix Levistici, Herba Petroselinii i Radix Valerianae* (fabr. Hugo Sternberg w Dreźnie). Correnal działa pomyślnie w przypadkach słabej działalności serca ze skłonnością do zastoiny w nerkach i obrzęków, jakoteż w nerwicach serca i jest chętnie zażywany przez chorych.

(D. prakt. Arzt. 1928 Nr. 4).

— Według Faludiego *mangan* sam lub w połączeniu z arsenem nadaje się bardzo dobrze do leczenia systematycznego *niedokrewności* różnego pochodzenia. W odpowiednim połączeniu białkowym stosowany doustnie, wpływa dodatnio na wzrost liczby ciałek czerwonych i ilości hemoglobiny krwi.

(D. m. Woch. 1928 Nr. 12).

— Ononalu, nowym środkiem *nasennym*, zdają sprawę Bockmühl i Schaumann oraz Wimplinger. Nowonal jest to Diaethyl-Allyl-Acetamid. Dawka 0,5 — 1,0 wystarcza do wywołania po upływie $\frac{3}{4}$ — 1 godziny snu głębokiego, trwającego 6 — 9 godzin. Nowonal nie wywołuje żadnych objawów ubocznych, nie sprowadza kumulacji i nie grozi żadnym niebezpieczeństwem. Oddaje dobre usługi we wszelkich rodzajach bezsenności, w ciężkich stanach silnego podniecenia jest jednak bezskuteczny. W bezsenności, spowodowanej bólami, należy go stosować w kombinacji z morfiną.

(D. med. Woch. 1928 Nr. 8).

— Laudanon według zapewnień Renolchiego jest dobrą namiastką morfiny, której stron ujemnych nie posiada; nie wywołuje mdłości, ani zaparcia i nie działa porażająco na krwiobiegi.

(Fortschr. d. Therap. 1927 Nr. 24).

— Robural, *środek odżywczy*, okazał się, według spostrzeżeń Brosego, lekiem bardzo skutecznym we wszystkich okresach *gruźlicy, u osobników wycieńczonych, u słabowitej młodzieży i bezsilnych starców*. Chorzy chętnie biorą Robural, zaznaczają poprawę łaknienia i przybierają szybko na wadze.

(Deutsch. med. Woch. 1928 Nr. 5).

Yxin jest to przetwór srebra w postaci proszku, wyrobionego przez firmę Hugo Rosenberga we Fryburgu. H. Salomon chwali Yxin, jako bardzo dobry *środek przeciwnieżylny* na rany, które pod jego wpływem szybko się oczyszczają. Działanie Yxinu jest głębokie, użycie dogodne, przytem lek ten pozwala na oszczędne stosowanie go, jest tani i nie brudzi bielizny.

(Deutsch. med. Woch. 1928 Nr. 2).

— Stein stosował z dobrym skutkiem pastylki *Modiscop*, jako *środek przeciwbólowy i przeciwdrzgawkowy* w chorobie Parkinsona i w parkinsoniźmie. Pastylki te zawierają morfinę, dioninę, skopolaminę i aloinę.

(W. kl. Woch. 1928 Nr. 9).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Okulistów Polskich

ODDZIAŁ WARSZAWSKI

Przewodniczący prof. Dr. K. Noiszewski.

Posiedzenie z dnia 16-go listopada.

A. Zamenhof: *Obrzęk siatkówki w okolicy plamki żółtej i przerwa środkowa w polu widzenia.*

Chory lat 34-letni od trzech tygodni źle widzi okiem prawym, Wassermann i Pirquet ujemne. Lekkie osłabienie odruchów brzusznych i niewyraźny objaw Jakobsona. Rentgenologicznie stwierdzono nieznaczne zaciemnienie lewej zatoki czołowej i prawej jamy Highmora. Dno oka: tarcza i naczyńnia prawidłowe, jednak nie widać odbłasku okrężnego plamki żółtej w miejscu zwykłym, a zwykle odbłaski siatkówki zatrzymują się o wiele dalej, niż zwykle, od dołeczka środkowego, pozostawiając wielki krąg bez odbłasków o średnicy od 3-ich do 4-ich tarcz. Pole widzenia na obwodzie prawidłowe, wykazuje środkowy ubytek na barwy V. o. d. = $\frac{1}{3}$ c. + 4,0 D. Sph. V. o. s. = $\frac{5}{6}$ c. + 1,0 D. Sph. Prelegent wnioskuje, iż mamy tu do czynienia z obrzękiem środkowej części siatkówki, sięgającym prawie aż do grubych naczyń. Przepuszczenie to opiera na tem, że niektóre drobne naczynia w obrębie kręgu, pozbawionego odbłasku, rzucają cień obok siebie.

Po przeprowadzeniu leczenia salicylo-jodowego i po dziecie jaskry nastąpiła wydatna poprawa: siła wzroku = $\frac{5}{6}$ c. + 4,0 D. Sph. i chory łatwiej poznaje barwy, tylko czerwona widzi nieco bladej w środkowej części pola widzenia.

Należy sądzić, że mamy tu obrzęk plamki żółtej niewiadomego pochodzenia. Zmiany na dnie oka wyłączają *neuritis retrobulbaris*.

Podobny nieco obraz opisał w 1925 r. Guist, w którym krąg obrzęku znajdował się raczej przed siatkówką i stąd nazwał tę postać *oedema praeretinale*.

W dyskusji zabrali głos:

L. Endelman radzi we wszystkich przypadkach wydatnego upośledzenia wzroku przy prawidłowym wyglądzie tarczy n. w. zwracać baczną uwagę na odbłaski w okolicy plamki żółtej. Brak fizjologicznych odbłasków lub wystąpienie patologicznych może być pierwszym objawem dopiero później i wyraźnie występujących zmian chorobowych.

W. Arkin podaje, że obrzęki plamki żółtej spostrzegamy w przypadkach wysięków siatkówki, znajdujących się niekiedy daleko od niej. Ma to miejsce w pierwszych dniach choroby. Takie obrzęki ustępują niekiedy prędko, co uwidoczni się nagłą poprawą wzroku.

K. Bein podkreślił znaczenie odbłasków plamki żółtej, jako objawu stanu prawidłowego lub chorobowego.

A. Wieczorek: *Przypadek zakrzepu żyły środkowej siatkówki.*

Mężczyzna lat 42, szofer, zauważył przed 3-ma tygodniami bezbolesne i szybko postępujące upośledzenie siły wzroku oka lewego. W narządach wewnętrznych nic godnego uwagi. Wassermann ujemny, moczu wolny od składników chorobowych. Oko prawe zdrowe. Ostrość wzroku całkowita. Oko lewe: przedni odcinek bez zmian chorobowych. Na dnie oka typowy obraz zakrzepu żyły środkowej: dno pokryte licznymi krwotokami oraz białymi plamkami, żyły znacznie rozszerzone i pokręcone. Gra-

nice tarczy nieco zatarte. V. o. s. = liczy palce na pół metra. Rozpoznaje; *thrombosis venae centr. retinae*. liczy palce na pół metra.

Uzyskawszy zgodę chorego zastrzyknąłem pozagałkowo 0,001 *Atropini Sulf.*, a pięć minut później stwierdziliśmy w Inst. Oftalm., że ostrość wzroku podniosła się do $\frac{6}{18}$. Bezpośrednio przed zabiegiem chory liczył palce na pół metra. Od chwili zastrzyknięcia atropiny do dnia pokazu chorego (około 5-ciu tygodni) oko było spokojne, ostrość wzroku stopniowo się poprawiała. Obecnie V = $\frac{4}{6}$, a na dzień widać dokoła tarczy nerwu w. plamy po dawnych krwotokach, granice niektórych są zatarte. Od strony skroniowej tarczy widać liczne, drobne, błyszczące plamki, rozmiarów około łepka szpilki, ułożone w kształcie półksiężyca, wklęśnięciem zwróconym ku plamce żółtej.

W ożywionej dyskusji zabierali głos:

L. E n d e l m a n wyraża wątpliwość co do rozpoznania w przedstawionym przypadku zakrzepu żyły środkowej siatkówki. Obecnie występujące zmiany na dnie oka są zupełnie atypowe dla omawianego cierpienia, również krwotoki uległy niezwykle szybkiemu wessaniu. L. E. sądzi, że mieliśmy do czynienia z zaburzeniem w krążeniu innego pochodzenia, najprawdopodobniej zaś *retinitis haemorrhagica*, a łącząc przyczynowo pomyślnie zejście z zastrzyknięciem, zapytuje o jego uzasadnienie.

R. S o b a ń s k i zaznaczył, że znane są samoistne poprawy wzroku po zakrzepie żyły środkowej siatkówki, i dlatego nie należy może i w danym przypadku pomyślnie przypisywać leczeniu.

W. A r k i n. Działanie atropiny polega raczej na rozszerzeniu tętnic, a nie żył. Trudno przypuścić, aby wzmoczenie ciśnienia w tętnicach poprzez naczyńca włosowate mogło się udzielić żyłom i przepchać zakrzep żylny. Może zresztą rozszerzone tętnice sprzyjają wytwarzaniu się nowych dróg obwodowych, i rozszerzaniu dawnych, które zastępują zaczipowane.

K. B e i n przed zastrzyknięciem atropiny oglądał chorego wzornikiem G u l l s t r a n d a i rozpoznał zakrzep żyły środkowej siatkówki. Nawet przy daleko posuniętym sceptycyzmie — wobec natychmiastowej znacznej poprawy wzroku — nie można odrzucać wpływu atropiny. Ze względu na skłonność oczu, dotkniętych zakrzepem żyły środkowej, do napadów jaskry, K. B. nie radzi jednak w podobnych przypadkach stosowania zastrzykiwań.

Z. W o j n o zaznacza, że sceptycyzm co do wyników, otrzymywanych po zastrzykiwaniach atropiny poza gałkę w wypadkach skurczu tętnic siatkówki, nie jest usprawiedliwiony. Co raz częściej donoszą o skuteczności tego leczenia, co, zresztą, kilka razy spostrzegaliśmy osobiście, a dwukrotnie pokazywała w Warsz. Tow. Okul. Z. W. nie widziała dotychczas złych następstw po zastrzykiwaniach atropiny, a przedstawiona próba dała zejście pomyślne, uważa więc za wskazane używanie i nadal tej metody u chorych z zakrzepem żył siatkówki.

A. W i e c z o r e k w odpowiedzi podkreślił, że obraz dna i trzy pierwsze tygodnie przebiegu klinicznego posiadały wszelkie cechy zakrzepu żyły środkowej, co, zresztą, stwierdzili jednogłośnie wszyscy oglądający chorego w pierwszym tygodniu po wypadku, wśród których było trzech starszych kolegów, posiadających duże doświadczenie.

Poprawa wzroku nastąpiła w kilka minut po zastrzyknięciu, co uprawnia do przypisywania właśnie jemu pomyślnego zejścia. Wobec natychmiastowego skutku musimy przyjąć, że działanie jego polegało na zmianie warunków krążenia.

Uświadamiałem sobie rzekomo częste napady jaskry w następstwie zakrzepów żył siatkówki. Miałem uzasadnienie przypuszczenia, że oko pozostawione bez interwencji jest stracone. Zdecydowawszy się na zabieg rozumowałem, że atropina rozszerzając tętnice (wywoła ich przekrwienie, sprzyja rozszerzaniu dróg obwodowych może nawet podnosi ciśnienie w układzie żylnym) niechybnie wpłynie na zmianę warunków krążenia w siatkówce i może sprowadzić korzystne warunki dla zażegnania powstałego zaburzenia.

W dostępnym mi piśmiennictwie nie zauważyłem wzmianki, aby dotychczas używano atropiny pozagałkowo w przyp. zakrzepu żył siatkówki.

S t a r o r y p i ń s k a - L e w e n s t a m o w a. *Przypadek iritis glaucomatosa.*

Ohory lat 57-iu. Przed pół rokiem przechodził *ulcus serpens* rogówki oka lewego, W klin. ozn. U. W stwierdzono zanik bolesny gałki; ostrość wzroku = 0, wobec czego gałkę usunięto. Oko prawe było wtenczas podrażnione, powieki obrzękłe. Chemoza. Objawy zapalenia tęczówki, żrenica wąska, niesymetryczna, tylne zrosty tęczówki. Tonus = 60 mm Hg. V. o. d. = 0,2.

Dwa dni podawano *sol. pilocarp. hydr.* co trzy godziny. Ciśnienie spadło do 40 mm Hg., ostrość wzroku podniosła się do 0,4. Wobec utrzymującego się wzmoczonego ciśnienia zastrzyknięto pod spojówkę *sol. adrenal. hydrochl.* 1/1000 0,4. Chory

czuł się dobrze, ciśnienie spadło do 30 mm., ostrość wzroku podniosła się do 0,5. Podczas następnych 3-ch dni chory nie otrzymywał pilokarp., a poprawa w stanie oka utrzymywała się, gdyż ciśnienie wynosiło 30 mm. Hg., a ostrość wzroku 0,5, jednak 4-go dnia nastąpiło pogorszenie: ciśnienie — 40 mm. Hg., ostrość wzroku 0,2. Zastrzyknięto po raz drugi pod spojówkę 0,4 adrenaliny 1/1000, i stan oka znacznie się poprawił; żrenica, która dotychczas była wązka, rozszerzyła się, ciśnienie obniżyło się do 20 mm. Hg., a ostrość wzroku wynosiła 0,5. Po trzecim zastrzyknięciu rozczywno 1/1000 adrenaliny 0,2 i jednorazowym zastosowaniu 3% rozczywno eufталminy, żrenica rozszerzyła się całkowicie, a jednocześnie wystąpiły objawy, jak w jaskrze ostrej: powieki i spojówki obrzękły, powierzchnia rogówki zamglona. Ciśnienie 36 mm. Hg. a ostrość wzroku = 0,1. Prelegentka uważa przypadek za współzależne zapalenie tęczówki, przebiegające z wzmocnionym ciśnieniem, i prosi zebranych o wypowiedzenie się co do dalszego postępowania.

W. A r k i n uważa, że w *iritis glaucomatosa* bardzo często dobre wyniki daje atropina, którą stosował z powodzeniem w kilku przypadkach. Obniża ona ciśnienie, podczas gdy pilokarpina nawet ją wzmacnia. Gdy zawodzi leczenie lekowe, należy dokonać nakłucia komórki przedniej, zachowując w rezerwie inne zabiegi przeciwjaskrowe.

Z. W o j n o wypowiada się za iridektomię, obniżającą ciśnienie na czas dłuższy, tego samego zdania jest L. E n d e l m a n.

W. M e l a n o w s k i wychodzi z założenia, że w danym przypadku mamy przedewszystkiem do czynienia z wzmocnionym ciśnieniem gałki, gdyż objawy zapalne ustępują na plan drugi, i dlatego radzi wykonanie sclerecto-iridektomji L a g r a n g e a, punkcję uważa za szkodliwą.

A. Z a m e n h o f zwraca uwagę, iż obok leczenia miejscowego w postaci iridektomji, należy również dążyć do leczenia ogólnego, gdyż mamy do czynienia z zapaleniem jagodówki.

A. S z w a r c wypowiada się przeciw operacji, a prof. K. N o i s z e w s k i cytuje F u c h s a, który często stwierdzał zgbne następstwa iridektomji w przypadkach zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego.

K. B e i n przemawia za leczeniem lekowym, nie radząc jednak bezzwłocznie przystępować do operacji.

A. W i e c z o r e k. *Wydobycie ciała niemagnetycznego z tylnego odcinka gałki.*

Rolnik S. D. rozbijał kawałkiem żelaza kapiszon naboju karabinowego. Nastąpił wybuch, gilżę rozerwał, chory zaś otrzymał krwawiącą ranę długości około 5-ciu mm, w odległości pół centymetra bliżej nosa od kąta wewn. prawej szczeliny powiekowej.

W Inst. Oftalm. stwierdziłem, że oprócz chemozy dolnego załamka przedni odcinek oka nie wykazywał zmian chorobowych, jednak ruchy gałki dośrodkowe były znacznie upośledzone i sprawiał ból. Środki łamiące były przezerne.

Na ćwiartce górno-wewnętrz. dna, w odległości od tarczy n. w. pięciokrotnie większej od niej widać kilka plam po świeżych krwotokach oraz płaskie poziomo ułożone ciało obce drążące ciało szkliste włąb na 8 D, t. j. około 3 mm. Ostrość wzroku = $\frac{6}{6}$ i Sn. = 0,5. Oko lewe było zdrowe. V. o. d. = $\frac{6}{6}$; Sn. = 0,5. Próba trawienia elektromagn. H a a b a wypadła ujemnie, stwierdzając, że ciało obce (przenikłe włąb oczodołu bez uszkodzenia worka spojówkowego) jest niemagnetyczne. Badania rentgenolog. wykazało ciało metalowe płaskie, rozmiarów około 5 × 7 mm., znajdujące się w tylnym wewn. odcinku gałki.

Po znieczuleniu oka rozciąłem spojówkę gałkową od strony nosowej. Była ona zrosnięta wraz z poszarpanym mięśnieniem prostym wewnętrzn. do nadtwardówki. Kanał rany, biegnący w kierunku od spojenia powiek w górę i włąb oczodołu i drążący torebkę T e n o n a, można było rozpoznać po osadach barwnika krwi, zwłaszcza zaś dzięki występującej z niego gęstej, szarej ropy. Rozszerzając drogę przelotu ciała obcego, natrafiłem w odległości około 17 mm, od rąbka rogówki na tkwiącą w ścianie gałki mosiężną blaszkę, którą wydobylem za pomocą kleśczyków.

Oczyściwszy kanał rany, zeszyłem spojówkę gałkową; nałożyłem dwie równoległe grube nitki w kierunku poziomym, przeprowadzając je od strony nosowej przez włókna mięśnia prostego, a koło rogówki przez warstwę nadtwardówki.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, lecz kilka dni po zabiegu zauważyłem w nosowej części dna ocznego smugi wysięku o barwie jasno zielonej. Wytworzył się on na skutek związków rozpuszczalnych miedzi przez dziewięćdziesiętytymetali w gałce, jednak uległ stopniowemu wessaniu. W 23-im dniu po operacji S. D. widział $\frac{6}{6}$; Sn. = 0,5, a gałki były ustawiłone prawidłowo.

A. W i e c z o r e k

Sekretarz

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na jednym z posiedzeń Tow. Lek. we Frankfurcie n. M. wygłosił w końcu ub. r. Gabriel odczyt o wartości *djagnostyki rentgenologicznej chorób płuc*. Lekarz-praktyk skierowuje zwykle chorego do rentgenologa, aby otrzymać odpowiedź na następujące pytania: 1) czy słuszne jest jego podejrzenie, że dana sprawa chorobowa jest gruźlicą; 2) jaka jest postać anatomiczna stwierdzonych zmian płucnych; 3) jakie jest w danym przypadku rokowanie, — aby przystosować odpowiednio doń leczenie. Otóż rentgenolog może odpowiedzieć na te pytania tylko do pewnego stopnia, właściwa ocena należy do klinicysty. Autor proponuje następujący praktyczny podział różnych postaci gruźlicy, ułatwiający wzajemne porozumiewanie się lekarza - praktyka z rentgenologiem: I) Ognisko pierwotne; II) Zespół pierwotny (rozstrzygnięcie, czy czynny lub nieczynny, należy do obu badających); III) Jama gruźlicza podobojczykowa ze zmianami: a) wytwórczymi, b) wysiękowymi lub 3) maskiernymi. W tych przypadkach rokowanie jest niepewne. Dalej: IV) Zmiany trzeciorzędowe: a) wytwórcze, b) wysiękowe z jamą lub bez niej, c) włókniste. Rokowanie można tu ustalić. (Kl. Woch. Nr. 2/28 r.)

Na posiedzeniu listopadowym w Berlińskim Tow. Ginek. omówił Philipp sprawę *rozpoznawania kiły u matki i dziecka*. Ph. podkreśla, że tylko w $\frac{1}{6}$ cz. przypadków stwierdzamy znamiona kiły u kobiet, niewątpliwie na nią chorych, przeszło 50% z nich nie może podać żadnych szczegółów anamnestycznych, t. j. poprostu nie wie o przebytem zakażeniu. Dlatego też autor stosuje badanie serologiczne wszystkich bez wyjątku przyjmowanych do kliniki kobiet. Sam odczyn Wassermana na sprawy nie rozstrzyga; przynajmniej 2 różne odczyny winny wypaść w sposób swoisty. Należy zwrócić uwagę na to, że dziecko może pozostać zdrowe pomimo dodatniego odczynu Wa u matki, a dalej — że dziecko może być zakażone pomimo ujemnego Wa, zwłaszcza matki, już leczonej. Dlatego też należy zawsze zbadać dokładnie zarówno dziecko, jak i łożysko. Wartość prak-

tyczną posiada wykrywanie krętków białych w świeżo pobranej krwi zarówno matki, jak i z pewnością.

Na tem samem posiedzeniu omawia Buschke sprawę *leczenia matek kiłowych*, zapatrując się bardzo sceptycznie na wartość tej terapii dla poprawienia rokowania dla dzieci. Co się tyczy leczenia rodziców, to B. zaleca następujący schemat: 1) postaci pierwotne kiły: leczenie kombinowane; 2) kiła drugorzędowa: zasadniczo nie stosuje salwarsanu, jedynie — bizmut; 3) postać trzeciorzędowa: KJ., bizmut, rtęć.

Hegler przedstawił na październ. pos. Tow. Lek. w Hamburgu *przypadek skutecznie wyleczonego podostrego zatrucia ołowiem* u 20-letn. dziewczęcia Chora zażyła w celu spędzenia płodu w 4 m. ciąży 60 gr. *plumbi acet.* Po 3 dniach wystąpiły objawy ostrego zapalenia jamy ustnej, w 2 tygodnie później — silne zaparcie i kolki. Ciśnienie krwi było stale normalne, w moczu — bardzo wyraźny odczyn na hematorfiryne. Typowe zmiany we krwi. Poronienie samoistne wystąpiło po 6 tygodniach od chwili zażycia środka. Chorą wyleczono, stosując wstrzykiwania dożylnie dużych ilości *natr. thiosulf.*

O swych *doświadczeniach nad stosowaniem syntaliny* referował w tem Tow. Lek. Bertram. Z cięższych zaburzeń, spowodowanych przez ten środek, autor wymienia: bóle w okolicy wątroby, żółtaczkę, raz nawet — ostry żółty zanik wątroby. Bertram podkreśla, że istnieje zasadnicza różnica między insuliną a syntaliną, albowiem insulina oszczędza trzustkę, syntalina zaś zmusza ją niejako do wydzielania insuliny; to prowadzi do stopniowego uszkodzenia trzustki i do pogorszenia tolerancji względem węglowodanów, poza tem — zmniejsza się zasób glikogenu w wątrobie. Z tych wszystkich względów przestrzega B. przed stosowaniem syntaliny. (K. W. Nr. 1/28).

Na pos. grudniowym Berlińsk. Tow. Lek. zalecił Dorendorf *stosowanie systematyczne odmy piersiowej u gruźlików z cukrzycą*, podkreślając na zasadzie własnych spostrzeżeń dobre wyniki lecznicze tej metody. (K. W. Nr. 4/28 r.)

Z. Św.

Z j a z d y.

XXIII Zjazd „l'Association des Anatomistes“ w Pradze.

(GARŚĆ WRAŻEŃ).

W dniach 2 — 4 kwietnia r. b. odbył się w Pradze XXIII Zjazd „Association des Anatomistes“, jako pierwszy zjazd tej organizacji na ziemiach słowiańskich, „L'Association des Anatomistes“ jest stowarzyszeniem, grupującym cytologów, histologów, embriologów, anatomów itd., zarówno tych, których ojczystym językiem jest język francuski („membres nationaux“), jak i badaczy innych narodowości („membres étrangers“). Język francuski jest językiem oficjalnym Stowarzyszenia, jednak za zgodą przyjdum i inne języki są dopuszczalne na Zjazdach dorocznych.

Według zestawienia z r. 1927 do Association des Anatomistes należało około 400 członków, reprezentujących 24 państwa z całego świata. Podkreślić należy brak uczonych niemieckich, którzy grupują się we własnym stowarzyszeniu o charakterze badziej narodowym: „Deutsche Anatomische Gesellschaft“. Najlichniesz rzeszę członków w „Association“ tworzą oczywiście francuzi, pomiędzy członkami zagranicznymi zaś najsilniej reprezentowana jest Polska, która zajmuje po Francji drugie miejsce przed Belgją, Włochami i Czechosłowacją.

Do roku 1925 Zjazdy doroczne l'Association des Anatomistes odbywały się (od r. 1899) wyłącznie w krajach, mówiących językiem francuskim (Francja, Belgja, francuska Szwajcaria). Dopiero na Kongresie w Turynie (1925) na ziemi włoskiej zaakcentowany został w sposób dobitniejszy międzynarodowy charakter tej organizacji naukowej.

W roku zeszłym Kongres odbył się na zaproszenie „Anatomical Society of Great Britain and Ireland“ w Londynie, co jeszcze bardziej przyczyniło się do znaczenia naukowego dorocznych zjazdów „Association“. Mimo starań sekretarza generalnego Polskiego Tow. Anat.-Zoologicznego, Prof. Dr. E. L o t h a, który zabiegał, aby Zjazd w r. 1928 mógł się odbyć w Warszawie, aprobatę walnego zgromadzenia w czasie obrad londyńskich zyskała Praga. Niewątpliwie przeważały tu względy praktyczne, gdyż rząd Czecho-słowacki, rozumiejąc wielkie znaczenie propagandowe Kongresów o charakterze międzynarodowym, dał nad-

zwyczaj korzystne warunki pobytu w Pradze (bezpłatny przejazd I-szą klasą i bezpłatne hotele). Świadczy to o dużej zapobiegliwości Czechów, którzy wogóle doskonale cały zjazd zorganizowali.

Zjazd w Pradze był znacznie liczniejszy, aniżeli ostatni kongres w Londynie, a to dzięki wybitniejszemu udziałowi uczonych słowiańskich.

Przewodniczył na Zjeździe prof. Weber (Genewa), wiceprezesami obrano prof. Hilla (Londyn) i prof. Weignera (Praga). Program Zjazdu obejmował 114 komunikatów naukowych i 15 specjalnych demonstracji, Kongresy „Association des Anatomistes“ mają swoistą organizację, związaną ze statutem. Czas przemówień ograniczony jest do 10 (dziesięciu) minut, przyczem referaty jeszcze krótsze są przyjmowane z uznaniem przez zebranych.

Umiejętność jasnego streszczenia w pięknej formie częstą b. zawiłych zagadnień należy do cech kultury łacińskiej i pod tym względem kongresy „l'Association des Anatomistes“ są dobrą szkołą dla mówców, którzy zwykli rozpoczynać swe przemówienie od „Adama i Ewy“ i wlec je aż do śmiertelnego znużenia słuchaczy.

Posiedzenia Zjazdu odbywały się bez podziału na sekcje, przyczem b. dużą uwagę zwracano na demonstracje makro- i mikroskopowe, które statutowo mają pierwszeństwo przed komunikatami ustnymi. Ścisłe przestrzeganie regulaminu Zjazdu umożliwiło wygłoszenie w ciągu 3 rannych (od 9 do 12) posiedzeń około 80 komunikatów, z reguły bogato ilustrowanych pokazami świetlnymi. Poza tem większość referatów poparta była demonstracjami, które odbywały się codziennie w godzinach popołudniowych.

Podczas demonstracji osoby, bliżej interesujące się daną kwestją, miały możność dokładnego przestudowania i przedyskutowania odpowiednich preparatów, co niewątpliwie mogło się b. przyczynić do wyrobienia właściwej opinii o wartości rezultatów wygłoszonego komunikatu. Ponadto demonstrowano cały szereg pokazów specjalnych, między innymi film, wyświetlany przez prof. Faure-Frémieta (Paryż), a przedstawiający zdjęcia mikroskopowe żywych amibocytów bezkręgowców.

Streszczenie choćby tylko części wygłoszonych komunikatów (między innymi referowali Srdinko, Grynfell, Du-

breuil, Duesberg, Parat, Levi, Olivo, Verne, Cestino da Costa, Ciaccio, Sanchez y Sanchez), przekroczyłyby więzłe ramy tego sprawozdania, wspomnieć jednak należy o poważnym udziale uczonych polskich w pracach naukowych zjazdu.

Delegacji polskiej przewodniczył prof. Kostanecki, znakomity anatom i były rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Wyjątkowo licznie zaprezentowała się szkoła anatomiczna prof. Lotta z Warszawy (Dzwonkowski, Grzybowski, Manteuffel, Poplewski, i Trojanowski). Poza tem o wynikach swych prac anatomicznych referowali Kosiński i Zalewski z Wilna. Kierunek badań mikroskopowych, z uwzględnieniem nowszych metod histochemicznych reprezentowany był w komunikatach prof. Kurkiewicza (Poznań), Słonimskiego, Zakolskiej (z Warszawy) oraz Grodzińskiego, Kołodziejewskiego i Smereczynskiego z Krakowa.

Posiedzenia naukowe i demonstracje odbywały się w nowo wzniesionym gmachu Zakładów Histologiczno-Embryologicznego i Fizjologicznego Uniwersytetu im. Karola. Zarówno budynek, jak zwłaszcza świetne, wprost „luksusowe” urządzenie, przedstawiające ostatni wyraz doskonałości organizacyjnej, wzbudziły ogólne uznanie i podziw wszystkich uczestników Zjazdu.

Nietylko same warsztaty pracy badawczej, ale i liczne publikacje naukowe, starannie odbite i bogato ilustrowane (np. wydawnictwa Czeskiej Akademii Umiejętności, Czasopismo Lekarzy Czeskich subsydjowane przez Min. Oświaty i Szkolnictwa i t. d.), dają świadectwo prawdzie, iż rząd Rzeczypospolitej Czesko-słowackiej łoży znaczne sumy na rozbudowę kultury narodowej, widząc w tem pewny środek podniesienia znaczenia międzynarodowego kraju. Również i w organizacji samego Zjazdu przebiegała się nic rozumnej propagandy państwowości czeskiej. Każdy z uczestników Zjazdu już w dzień swego przybycia do Pragi otrzymał cały szereg książek, pisanych po francusku i angielsku, dotyczących się historii Czechosłowacji, jej stosunków politycznych, ekonomicznych i kulturalnych.

Uczestnicy Zjazdu byli obecni na popisie Sokołów (w domu Tyrza), pokazującym rolę tej organizacji w pracy nad rozwojem fizycznym ludności, następnie na przedstawieniu „Prodanej Nевesty” Smetany w Teatrze Narodowym oraz mieli możność bezpośredniego zetknięcia się z Prezydentem Republiki Masarykiem na pożegnalnej herbacie, wydanej na zamku w Hradczynie.

Opuszczając piękne mury „Złotej Pragi”, żegnani serdecznie przez gospodarzy, uczestnicy Zjazdu wynieśli jaknajlepsze wrażenia z kraju, w którym Zwycięstwo Prawdy („Pravda vitezi”) włączone jest do godeł Państwa.

Piotr Słonimski (Warszawa)

Zjazd lekarzy powiatowych w Poznaniu.

Dnia 24 marca r. b. odbył się w Poznaniu zjazd lekarzy powiatowych województwa poznańskiego. Po zagajeniu zjazdu przez Wicewojewodę Nikodemowicza powiłał Zjazd w imieniu Władz Centralnych inspektor państwowej służby zdrowia Dr. Hryszkiewicz, podkreślając, że rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 stycznia 1928 r. o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej, dzięki któremu nastąpiło zespolenie lekarzy powiatowych ze starostwami, jest wielkim krokiem naprzód, albowiem nadaje ono lekarzom powiatowym cechy władzy w dziedzinie fachowej, ułatwia znakomicie egzekutywę zarządzeń sanitarnych i pozwala na skuteczniejszą ingerencję przy opracowaniu i opinjowaniu sanitarnych budżetów samorządowych. Stronę prawną rozporządzenia w stosunku do ustawy pruskiej z 1899 r. wyjaśniał delegowany na Zjazd przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Departament Służby Zdrowia radca B. Zaremba.

Odczytanie 34-ch sprawozdań lekarzy powiatowych i dyskusja nad nimi wypełniły porządek dzienny.

Ze sprawozdań wynika, że stan sanitarny większych miast, posiadających bruki na ulicach, placach i podwórzach, chodniki, elektryczne oświetlenie, wodę w dostatecznej ilości, tabory aseptyczne, oraz kanalizację bądź pełną, bądź częściową — jest naogół zadawalający.

Większość miasteczek posiada także urządzenia kulturalne, jednak pozostaje tam jeszcze pod tym względem dużo do zrobienia.

Drogi wiejskie są przeważnie w stanie dobrym. Akcja porządkowa posunęła stan sanitarny osiedli znacznie naprzód.

Stan mieszkań służby folwarcznej jest naogół z małemi wyjątkami niewystarczający i w tym kierunku wyrażona jest uwaga lekarzy powiatowych.

W dziedzinie higieny społecznej znać zrozumienie przez samorządy doniosłości dobrze postawionej opieki nad matką i dzieckiem.

Walka z gruźlicą zrobiła postępy; utworzono kilkanaście poradni o typie „ośrodków zdrowia”. Stwierdza się brak wykwalifikowanych wywiadowczyń.

Walka z jaglicą prowadzona jest energicznie, przyczem zauważa się zmniejszenie liczby nowych przypadków i wygasanie jaglicy tam, gdzie jej było więcej (Gniezno, Kępno, Odolanów). Zakład leczniczo-wychowawczy dla dziewcząt jagliczych w Sremie na 180 łóżek miał przeciętnie liczbę chorych nieprzekraczającą 150.

W niektórych powiatach (Lecznno, Strzelno, Września, Gostyń, Kościan, Gniezno) powstały Towarzystwa Abstynentów, które prowadzą walkę z alkoholizmem zapomocą „tygodni abstenenckich”, wystaw antialkoholowych, odczytów, broszur i t. p. W powiecie obornickim dobrze prosperuje zakład na 50 łóżek dla alkoholików w Gościejowie.

Choroby weneryczne nie wykazują większego nasilenia na terenie województwa poznańskiego z wyjątkiem miast, gdzie jednak walka z niemi prowadzona jest planowo.

Jako na poważniejsze braki, które winny być uzupełnione, wskazano na niedostateczną liczbę samorządowych lekarzy sanitarnych i lekarzy szkolnych, na brak kąpielisk i łaźni, niewystarczającą liczbę poradni przeciwgruźliczych, za małe uświadomienie ludności wiejskiej o chorobach zakaźnych i wynikającą stąd potrzebę nasilenia akcji propagandowej i in.

W końcu uczestnicy Zjazdu podkreślali, że Kasy Chorych na terenie województwa poznańskiego w dobrze zrozumianym interesie własnym biorą wydatny udział w akcji zapobiegawczej i propagandowej, przez tworzenie przychodni, poradni, sanatoriów, kolonij letnich i t. p., instytucji, oraz przez organizowanie wystaw, odczytów, pogadanek, rozpowszechnianie broszur, ulotek i t. d.

Zjazd lekarzy powiatowych w Łodzi.

W dniu 28 marca r. b. odbył się w Łodzi Zjazd lekarzy powiatowych województwa łódzkiego, zagajony przez p. Wicewojewodę Lewickiego.

Witając Zjazd w imieniu Władz Centralnych, inspektor państwowej służby zdrowia Dr. Hryszkiewicz wyjaśnił cel i potrzebę zwoływania periodycznych Zjazdów lekarzy powiatowych a to ze względu na to, że obecny Zjazd lekarzy powiatowych województwa łódzkiego odbywa się pierwszy raz po siedmiu latach.

Porządek dzienny Zjazdu, poza sprawozdaniami z działalności lekarzy powiatowych zawierał referaty sprawozdawcze szpitali miejskich w Łodzi, szpitala dziecięcego Anny Marji, szpital psychiatrycznych w Kochanówce i Warcie, oraz referaty dyrektora państwowego zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Łodzi, kierownika filji łódzkiej państwowego zakładu higieny i inspektora weterynaryjnego województwa łódzkiego.

Według sprawozdań lekarzy powiatowych walka społeczna z gruźlicą na obszarze województwa rozwija się dosyć wolno. Towarzystwa przeciwgruźlicze działają w Łodzi i Piotrkowie, a poradnie społeczne z wywiadem są w Łodzi, Kaliszu, Słupcy, Piotrkowie, Sieradzu, Koninie i Łasku. W innych powiatach Towarzystwa przeciwgruźlicze działalności narazie nie przejawiają, a przychodnie dla gruźlików, utrzymywane przez samorządy i Kasy Chorych, funkcjonują jedynie jako instytucje lecznicze. W roku bieżącym w większości budżetów sejmikowych wstawiono odpowiednie sumy na otwarcie społecznych przychodni przeciwgruźliczych.

Jaglica w województwie łódzkim jest dosyć rozpowszechniona, szczególnie w pow. piotrkowskim i łaskim. Ruchome kolumny przeciwjaglicze stwierdziły w czterech gminach powiatu piotrkowskiego (Gorzkowice, Rozprza, Grocholice i Suchcice) 206 osób chorych na jaglicę. W powiecie łaskim jest dużo jaglicy w trzech gminach. Walka prowadzona jest przez przychodnie (w Piotrkowie, Słupcy, Koninie, Wieluniu, Sieradzu, Łodzi, Brzezinach, Zgierzu, Aleksandrowie, Konstancynie i Tuszyńcu), oraz propagandę czystości.

Chorzy na choroby weneryczne leczeni są w szpitalach w Łodzi (szpitale św. Aleksandra i Marji Magdaleny) i w specjalnych oddziałach przy szpitalach w Czorkowie i Koninie. Przychodnie dla chorych wenerycznie są w Łodzi przy Starostwie grodzkiem, Piotrkowie, w powiecie słupeckim (cztery przychodnie: Słupca, Kleczew, Zagorów i Pyzdry), w Zgierzu i Pabjanicach. Propaganda prowadzona jest przez lekarzy powiatowych zapomocą odczytów, a w hufcach wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego przez lekarzy szkolnych,

Walka z alkoholizmem prowadzona jest energicznie. Magistrat m. Łodzi otwiera dnia 1 kwietnia r. b. jadłodajnię bezalkoholową. Lekarze powiatowi w Wieluniu, Łęczycy, Turku i Sieradzu wygłaszali odczyty z przezroczkami o szkodliwości alkoholu w szkołach, na posiedzeniach powiatowych rad szkolnych, na zebraniach członków macierzy szkolnej, na posiedzeniach rady powiatowej wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego, a powiatowe komitety do walki z alkoholizmem w Łodzi i Sieradzu rozpowszechniały broszury i ulotki, organizowały wystawy, odczyty publiczne i t. p.

Akcja opieki nad matką i dzieckiem rozwija się dobrze.

Instytucje „kropli mleka” są w Brzezinach, Tomaszowie Mazowieckim, Zgierzu, Łodzi, Zduńskiej Woli, Sieradzu, Turku, Piotrkowie, Łęczycy i Czorkowie.

Co do higieny szkolnej, to inspekcji stanu sanitarnego szkół dokonywali lekarze powiatowi, miejscy i gminni. Stwierdza się brak lekarzy szkolnych dla szkół powszechnych.

Akcja porządkowa przyczyniła się znacznie do polepszenia stanu sanitarnego miast, miasteczek i osiedli wiejskich i będzie w roku bieżącym prowadzona w dalszym ciągu z niesłabnącą energią.

Przegląd terapeutyczny.

Spostrzeżenia nad działaniem maści „Propidex”.

Podał

Dr. Ludwik KAWAŁEK.

Lekarz 6 Baonu Sanitarnego (Lwów).

Maść „Propidex” fabr. L. Spiess i Syn. sporządzoną ze szczepionki mieszanej prof. Delbeta stosowałem w mojej izbie chorych w następujących przypadkach:

16	przypadków	dużych ropni.
11	„	drobnych ropni rozsianych.
1	„	wrzodu goleni.
1	„	głębokiej zakażonej rany.
9	„	zanokcic.
1	„	ropowicy dłoni.
3	„	wyprysków na wargach.
30	„	zakażonych otarć naskórka stóp.
4	„	zakażonych ran tłuczonych kolan.

We wszystkich przypadkach osiągnąłem wyniki zupełnie dodatnie w bardzo krótkim czasie.

1) Na duże ropnie kładłem, po ich nacięciu i oczyszczeniu, maść „Propidex” codziennie na sterylizowanym gaziku. Sprawa ropna cofała się szybko, zniknął obrzęk miejscowy i gruczolowy, ranka pokrywała się ziarniną szybko i do kilku dni uzyskiwałem zupełne wyleczenie.

2) Małe ropnie po otwarciu szczyrczykami chirurgicznymi leczyły się pod „Propidexem” bardzo szybko.

3) Wrzód goleni wyleczyłem w 14 dni, stosując „Propidex” naprzemian z Granugenową pastą „Knoll”.

4) Zakażona rana. Dostałem przypadek do leczenia w 8 dni po zranieniu. Stwierdziłem na dłoni rekruta ranę ciętą długości 5 cm., głębokości około 1,5 cm., szeroko ziejącą, obficie ropiejącą. Silny obrzęk gruczolowpachowych i temp. 38,2° C., przyspieszona akcja serca i ogólne osłabienie. Zastosowałem 40 jedn. przeciwczowych, gdyż rana pochodziła od blachy, zanieczyszczonej ziemią, i prócz leczenia ogólnego stanu zastosowałem na

ranę, po jej oczyszczeniu, maść „Propidex”. Ropienie zostało powstrzymane, a po kilku dniach zaczęło się cofać, rana poczęła się oczyszczać i od głębi i od brzegów pokrywać się ziarniną, obrzęk gruczolów ustąpił, obrzęk lokalny zmniejszył się, rana zaczęła się ściągać i bardzo ładnie goić. Po siódmym opatrunku rana była zupełnie zasklepią, pokryta różową, świeżą blizną. Zaznaczę przytem, że po zastosowaniu surowicy przeciwczowej P. Z. H. 40 jednostek u chorego gorączkującego nie miałem zupełnie podwyższenia temperatury, i stan chorego był zupełnie dobry. Stosowałem ją jednak najpierw 1 cm³ domięśniowo, a po godzinie dalszych 9 cm³. Doświadczenia w tym kierunku wielkiego nie posiadam, uważam jednakże taki sposób stosowania surowicy za najlepszy.

5) Zanokcice, po nacięciu, goiły się pod maścią „Propidex” znacznie szybciej, niż pod innymi środkami.

6) Ropowica dłoni. Po nacięciu powierzchnem w kilku miejscach i oczyszczeniu przykładałem codziennie „Propidex”. Obrzęk gruczolów znikł, temp. wróciła do normy, i do 8 dni uzyskałem zupełne wyleczenie.

7) Wypryski na wargach cofały się do 3 dni bez tworzenia się strupów.

8) Zakażone otarcia. Otarcia stóp, częste u żołnierzy, czasem silnie ropiejące leczyły się bardzo szybko maścią „Propidex”.

9) Rozległe rany tłuczone kolan goiły się do kilku dni pod opatrunkiem z „Propidexu”.

Wobec takich wyników uważam maść „Propidex”, rodzimej fabrykacji L. Ś. i S. w Warszawie, za środek rzeczywiście znakomity. Przygotowana na szczepionce prof. Delbeta mieszanej i zamknięta szczelnie w tubkach, nadaje się zwłaszcza dla wojska, gdyż stosowanie jej jest łatwe, a skutek wprost niezawodny. Żałuję bardzo, że maść ta nie jest objęta lekospisem wojskowych izb chorych, gdyż dobre jej i szybkie wyniki zezwalałyby na szybsze leczenie tych często drobnych spraw ropnych, które jednak czynią żołnierzy na dłuższy czas niezdolnymi do służby. W maści „Propidex” widzę prawdziwą zdobycz z zakresu wakcynoterapii naskórnej.

P o l e m i k a.

W sprawie ambulatorjów Warszawskiej Kasy Chorych.

W „Robotniku” z 4 maja rb. znajdujemy na naczelnym miejscu artykuł z sensacyjnym tytułem „Niespodziewany atak na Kasy Chorych”. Autorowi chodzi o to, że kol. S z e n a j c h w przemówieniu swoim z okazji otwarcia przychodni w Uniwersyteckiej klinice pediatrycznej podniósł, że w ambulatorjach Kasy Chorych dzieci, przychodzące po poradę, zarażają się różnymi chorobami ostreymi jedne od drugich, i że przyczyną tego jest wadliwe urządzenie ambulatorjum. Ponieważ cały ton artykułu sprawia wrażenie, że autorem jest lekarz, przeto niech mi będzie wolno zrobić uwagi następujące. Co się tyczy meritum sprawy, to odosabnianie dzieci, przychodzących po poradę do ambulatorjum, stanowi postulat tak elementarny, że i autorowi powinien być dokładnie znany. Nie jest to bynajmniej wygórowane żądanie, i domaganie się tego jest obowiązkiem każdego lekarza. Inna sprawa, jak to osiągnąć, jeżeli chorzy godzinami muszą wyczekiwać kolejki. To długie czekanie jest, zresztą, bólem nie tylko w dziedzinie pedjatrii, ale i we wszystkich działach funkcjonowania Warszawskiej Kasy Chorych, bólem, z którą czynniki miarodajne zamało się rachują, jak dotąd.

Druga sprawa — to zaprowadzenie pielęgniarek - wywiadowczyń, specjalnie do chorób dzieci. Jeżeli lekarz nie będzie potrzebował za każdym razem widzieć pacjenta dla kontroli, jeżeli go w tem wyręczy wywiadowczynie, to frekwencja w ambulatorjach zmniejszy się musi. Ze zmniejszeniem frekwencji bę-

dzie mogła przyjść poprawa. Autor zaprzecza faktowi, podanemu przez kol. Sz., że przed kilku miesiącami 30-ro dzieci zakaziło się odrą, zaprzeczenie to jest conajmniej tak samo gołosłowne, jak podanie tego faktu przez kol. S z e n a j c h a. Jest tylko pewna różnica w audytorjum. Ci, do których zwracał się kol. S z e n a j c h, nie mieli powodu podejrzewać go o podawanie faktów zmyślnych, natomiast autor, występujący w piśmie codziennym, zwraca się do czytelników z natury rzeczy znacznie mniej krytycznych. I tu przychodzimy do drugiej sprawy. Nie należy z odpięcia rzekomego ataku robić dla siebie reklamy, ani lekarskiej, ani żadnej innej.

To, że Kasy Chorych są instytucją nie tylko pożyteczną, ale w naszych warunkach potrzebną i niezbędną, to dziś w 10-tym roku ich istnienia jest komunałem, którego uzasadniać nie potrzeba. Powoływanie się przy każdej okazji na liczbę udzielonych porad jest conajmniej zbędne. Z tego nie wynika także, ażeby obecny sposób funkcjonowania Warszawskiej Kasy Chorych był świętością nietykalną. Należy wręcz przeciwnie mówić głośno i otwarcie o brakach i wadach, które są niemałe i które obciążają w daleko większym stopniu realizatorów, niż ideę. Jeżeli autor jest lekarzem, to wie o tem sam najlepiej, a jeżeli wie i pomimo to pisze w ten sposób, to sam wie, dlaczego to robi.

Autor może wprowadzić replikować, że artykuł niepodpisany nie jest reklamą. Odpowiem na to, że dla redakcji artykuł nie był chyba anonimem.

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

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z Państw. Zakładu Higjeny.

(Dział Bakter. i Med. Dośw. Dyr. L. HIRSZFELD).

Błonica, jej rozpowszechnienie, szerzenie się i zapobieganie.

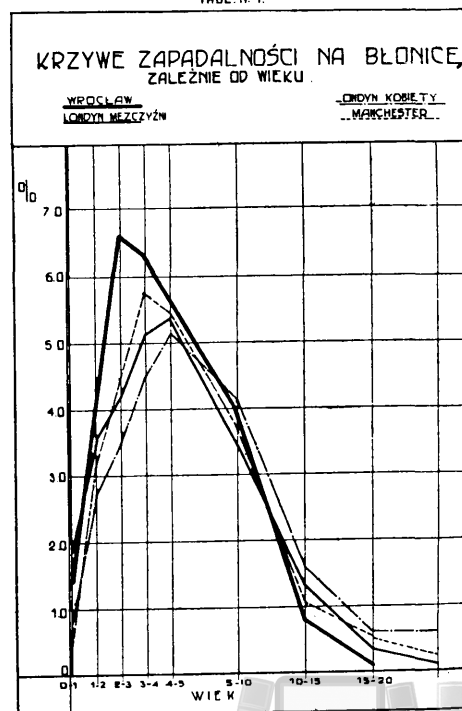
Podał

F. PRZESMYCKI (Warszawa).

Endemja błonicy obejmuje prawie całą kulę ziemską i zależnie od części świata, narodowości i warunków miejscowych daje mniejszą lub większą zapadalność. Błonica jest chorobą wieku dziecięcego i, jak twierdzi Zingher, w Stanach Zjednoczonych zajmuje ona trzecie miejsce wśród chorób dziecięcych. Większą liczbę zachorowań, niż błonica, dają w Stanach Zjednoczonych biegunka i zapalenie płuc. Według źródeł niemieckich i angielskich (tabelka Nr. 1) największa liczba zachorowań na błonicę przypada na okres od 1 do 5 lat. Podobne wyniki otrzymuje S z e n a j c h na materiale polskim. Według tego badacza największa śmiertelność przypada na okres od 1 do 5 lat i wynosi 67,7%. Zestawienie zgonów w związku z wiekiem, oparte na statystykach niemieckich i podane przez F r i e d e m a n n a, wykazuje inne ustosunkowania. Według tych danych największa liczba zgonów przypada na okres od 1 do 10 lat.

Jak potężnie pod względem ilościowym przed-

TABL. N. 1.



Krzywa została wzięta z książki ang. Diphtheria (wyd. Med. Res. Council) i ułożona na zasadzie następującej liczby przypadków błonicy: Londyn 1910-12 r. — 9,399 mężcz. i 10581 kobiet, Manchester 1911-12 r. — 946 osób i Wrocław 1886-96 r. — 6394.

stawia się zapadalność na błonicę, widzimy z następującej tabelki:

Tabela Nr. 2
Błonica w New-Yorku.

Rok.	Liczba zgłoszonych przypadków.	Liczba zgonów.
1913	14.535	1.333
1914	17.129	1.491
1915	15.259	1.278
1916	13.521	1.031
1917	12.624	1.158
1918	12.455	1.245
1919	14.914	1.238
1920	14.966	1.045
1921	15.110	891
1922	10.427	875

A zatem w New-Yorku, mieście o 6 milionach mieszkańców, zapada rocznie około 14.000 do 15.000 osób, przyczem umiera około 8%. Zapadalność na błonicę w większych miastach Stanów Zjednoczonych, obliczona na 100.000 mieszkańców, daje nam liczby, wykazujące wahania zależnie od miasta i roku. Naogół jednakże zapadalność jest bardzo wysoka. Tak np. zapadalność w 1921 roku wynosiła w New-Yorku 262,9 (na 100.000 mieszkańców), a w Chicago w tym samym roku 334,92. W okręgach wiejskich zapadalność jest znacznie mniejsza i wynosi 100 — 150 przypadków. Umieralność, obliczona na 100.000 mieszkańców, w całych Stanach Zjednoczonych wynosiła w 1921 roku 17,9, wykazując znaczny spadek w porównaniu z 1900 rokiem, kiedy liczba ta wynosiła 44,9. Stany Zjednoczone należą do szeregu Państw, w których zapadalność na błonicę jest bardzo wysoka; do tej kategorii można również zaliczyć przede wszystkim Anglię.

Jednakże w porównaniu ze Stanami Zjednoczonymi zapadalność na błonicę w Polsce jest stosunkowo niska. Według obliczeń Adamowiczowej za pierwsze półrocze 1927 roku w ośrodkach miejskich, posiadających mieszkańców ponad 25.000, zapadalność wynosi 38 (na 100.000 mieszkańców), a w okręgach wiejskich 10.

Jak widać z załączonej tabelki, błonica w Polsce stale wzrasta, począwszy od 1919 roku.

Tabela Nr. 3.
Błonica w Polsce.

Rok.	Liczba zgłoszonych przypadków.	Liczba zgonów.
1919	1815	219
1920	3178	387
1921	4130	544
1922	4228	414
1923	3694	426
1924	4838	494
1925	5888	567
1926	6835	651
1927	8640	824

Zwiększenie się liczby przypadków błonicy w Polsce nie jest faktem odosobnionym i dotyczy prawie całej zachodniej Europy.

Rok:	Anglja	Niemcy	Francja
	Liczba zgłoszonych przypadków:		
1925	13.771	8.422	2.840
1926	14.753	8.674	3.708
1927	18.160	10.646	4.309

Powstaje teraz pytanie, w jaki sposób i jakimi drogami szerzy się błonica? Odróżniamy właściwie trzy drogi zakażenia. mianowicie:

- przez chorych, ozdrowieńców i ludzi zdrowych (nosiciele),
- przez zwierzęta i
- przez różne przedmioty.

Prątki błonicy w nosogardzieli zawierać mogą nie tylko ozdrowieńcy i najbliższe otoczenie chorego, lecz również i ludzie, którzy nigdy nie stykali się z chorym. Do szerzenia się błonicy przyczyniają się również przypadki t. zw. utajonej błonicy, polegającej głównie na zaatakowaniu nosa. Ten rodzaj błonicy przebiega jako miejscowe schorzenie, nie dając objawów zatrucia, wskutek czego pozostaje często nierozpoznany i przyczynia się tem łatwiej do zakażenia otoczenia.

Obecność prątków błonicy w moczu i kale chorych występuje bardzo rzadko i zdaje się nie odgrywać większej roli w szerzeniu się tej choroby.

Trwanie nosicielstwa u ozdrowieńców obliczone jest na 60 — 65 dni, chociaż czasami zjadliwe drobnoustroje znajdowane były nawet po 5 $\frac{1}{2}$ —7 $\frac{1}{2}$ miesiąca.

Według całego szeregu badaczy (Kober, Nishino, Stock, Arms) nosicielstwo u zdrowych trwa około 10 dni, możliwe jednakże jest powtórne zakażenie. Friedemann uważa, że nosicielstwo u zdrowych trwa przeciętnie około 4 tygodni.

Według twierdzeń Zinghera odsetek nosicieli wśród zdrowych w New-Yorku wynosi 4 — 5%, inne badania, zależnie od miejsca obserwacji, wykazują mniejszy lub większy odsetek nosicieli; tak np. w Stanie Massachusetts znaleziono wśród zdrowych 1,4% nosicieli. Natomiast w Stanie Minesota odsetek dochodził do 6,4%. W Polsce odsetek zdrowych nosicieli wynosi 1,25% — 2,9% (Bohdanowiczówna i Ławrynowicz). Friedemann podaje, że w Berlinie odsetek nosicieli waha się od 0,8 do 5%. Przeciętnie więc odsetek nosicieli obliczamy na 2,5%. Ponieważ nosicielstwo trwa około 4-tych tygodni, i liczba nosicieli w ciągu roku została obliczona przez tego badacza na 30%. Analizując liczby, podane przez Friedemanna, należy przede wszystkim stwierdzić, że obliczenie trwania nosicielstwa na 4 tygodnie jest zupełnie dowolne. Następnie, nie każdy nosiciel jest zakaźnikiem. Teague ustawiał płytki w odległości 3 cm. przed ustami nosicieli, którzy mówili i kaszlali, i na 43 w ten sposób zbadanych nosicieli tylko u 28 udało się wyhodować prątki błonicy. Należałoby uważać natomiast, że chorzy i ozdrowieńcy po błonicy mogą przyczyniać się w większym stopniu do rozsiewania prątków błonicy, zawierając je w jamie nosowogardzielowej w większej liczbie, niż zdrowi nosiciele. Następnie rozwój prątków błonicy zależy od środowiska, w którym są one rozpylane. Jeżeli otoczenie to będzie więcej wrażliwe, to oczywiście rozwój prątków błonicy będzie intensywniejszy. Wśród zdrowych nosicieli w dużym bardzo odsetku znajdowane są niezjadliwe prątki błonicy. Powstaje jeszcze zagadnienie, dotąd ostatecznie nierozstrzygnięte, czy prątki niezjadliwe mogą nabierać zjadliwości i wywoływać schorzenie.

Przenoszenie prątków błonicy przez zwierzęta należy do przypadków rzadszych. Ukrow na

wymionach występują czasem owrzodzenia, wywołane przez typowe prątki błonicze. W takich przypadkach podczas dojenia prątki błonicze mogą dostawać się do mleka i powodować epidemie błonicy. Podobne przypadki opisane były w Stanach Zjednoczonych. U koni prątki błonicze znajdowane były w ropnej wydzielinie z nosa i w przypadkach owrzodzenia gruczołów. Opisane są również przypadki zakażenia się błonicą od kotów, u których znajdowano w przewodzie oddechowym typowe owrzodzenia błonicze. Koty mogą również przenosić prątki błonicze mechanicznie na szerści.

Prątki błonicze wykazują dużą odporność na niesprzyjające warunki zewnętrzne. W wodzie do picia znajdowano prątki błonicze w ciągu 8-miu miesięcy, w wodzie destylowanej w ciągu 21 dni. K a n s a n s k y stwierdził, że prątki błonicze przy temp. 25° po 6-ciu miesiącach pozostawały jeszcze żywe i nie traciły swej zjadliwości. Z wysuszonych błon otrzymano prątki błonicze po kilku miesiącach. Na obsadkach, używanych przez nosicieli, Dudley znalazł prątki błonicze w czternaście dni po ich użyciu. Vincenti wyhodował prątki błonicze z wody święconej, używanej w kościele.

Jednakże, pomimo że prątki błonicze mogą być przenoszone przez zwierzęta i różne przedmioty, to jednakże główną rolę w szerzeniu się błonicy odgrywają nosiciele. Według praw Kocha, jeżeli zarazek przenika do ustroju osobnika gatunku wrażliwego, wywołuje zawsze chorobę. Badania nad nosicielstwem błonicy, gdzie stwierdzono obecność zarazka w ustroju bez wywoływania choroby, są zatem zaprzeczeniem zasadniczych praw Kocha.

Zauważono, że wśród ludzi, znajdujących się w jednakowych warunkach i jednakowo narażonych na zakażenie, jedni chorowali, inni zaś pozo-

stawiali odporni. Obserwacje te posłużyły za bodziec do badań w tym kierunku. Badania, poczynione podczas epidemii w rodzinach, liczących kilkoro dzieci, wykazały, że nie wszystkie dzieci chorowały. Następująca tabelka podaje wyniki tych obserwacji.

Tabelka Nr. 4.

Zachorowalność na błonicę w rodzinach podczas epidemii w Lipsku w 1916 roku.

Liczba rodzin.	Liczba dzieci w rodzinie.	Z a c h o r o w a ł o.			
		2 dz.	3 dz.	4 dz.	5 dz.
187	2	(26/13%)	—	—	—
107	3	(17/16%)	(6/5%)	—	—
81	4	(22/27%)	(4/5%)	(1/1%)	—
66	5	(16/24%)	(4/6%)	—	(1/1,5%)

Jako wynik tych badań, ustalone zostało pojęcie osobniczej wrażliwości lub niewrażliwości na błonicę. Obserwacje, poczynione nad zapadalnością na błonicę, wykazały, że wrażliwość osobnicza zmienia się zależnie od wieku, wykazując największy odsetek zachorowań od 1 — 5 lat. Obserwacje te znajdują potwierdzenie w badaniach Schicka. Badacz ten wykazał, że śródskórne wstrzykiwanie jadu błoniczego wywołuje u pewnej liczby osobników odczyn skórny. Występowanie lub niewystępowanie tego odczynu zależne jest od nieobecności lub obecności przeciwciał we krwi. Badania, przeprowadzone przez Parka i Zinghera na bardzo dużym materiale, wykazały, że odczyn ten jest sprawdzianem wrażliwości na zakażenie. Na 57,000 dzieci z ujemnym odczynem Schicka zachorowało 6 osób, a na 90,000 dzieci niebadanych na wrażliwość, zachorowało 70 osób. Widzimy zatem, że odczyn ten jest miarą osobniczej wrażliwości na zakażenie. (Dok. nast.)

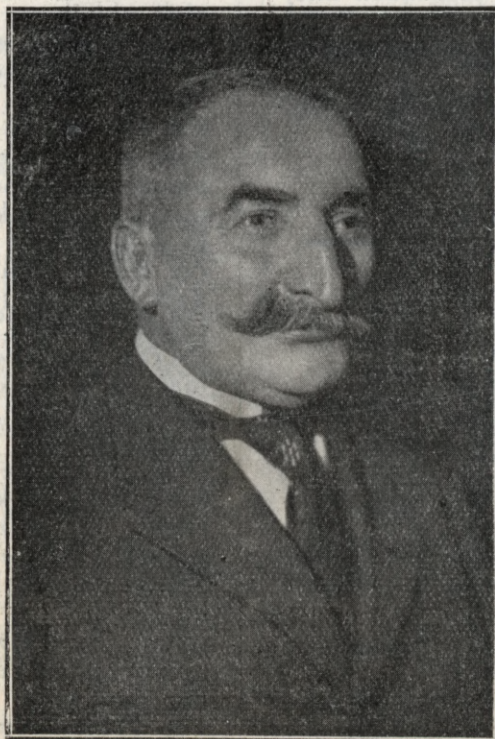
Zyciorysy.

Ś. p. Andrzej Ciechomski.

W dniu 13-ym kwietnia r. b. zmarł ś. p. Andrzej Ciechomski.

Trzy lata z górą ci, co Go otaczali, żyli pod grozą spodziewanej katastrofy. Widzieliśmy, jak życie ulatywało powoli z tego niepospolicie silnego organizmu.

Urodzony w Warszawie w r. 1858, tu ukończył szkołę średnią w r. 1879, a Wydział lekarski w 1884 r. W tym czasie na sali XVI-ej szpitala Dzieciątka Jezus ordynował niepospolity chirurg o wszechstronnej inteligencji. Mowa o Władysławie Matlakowskim. U niego znalazł się ś. p. Ciechomski w roli asystenta i pracował pod jego kierunkiem przez sześć lat,



aż do zachorowania Matlakowskiego. W tym momencie Ciechomski występuje już samodzielnie, jako mianowany zarządzającym oddziałem swego szefa. Trwa to półtora roku. W roku 1894 zdaje konkurs na ordynatora, w r. 1896 obejmuje oddział chirurgiczny w szpitalu św. Rocha, gdzie pozostaje do roku 1907, kiedy to, po śmierci Krajewskiego, przechodzi do szpitala Dzieciątka Jezus. Na posterunku tym gaśnie po dwudziestu latach pracy.

W okresie wojny, jak wszyscy ci, których wiek oddalał od pola bitwy, Ciechomski robił co mógł, by przyjść z pomocą służbie sanitarnej. Więc prowadził lazaret w Warszawie i organizował szpital w Mińsku Litewskim. W ciągu ostatnich dziesiątków lat był jednym z najpopularniejszych

lekarzy. Wielu Go znało i wysoce ceniło za Jego takt wrodzony, za pełen szczerości stosunek do ludzi. Bo rzeczywiście przez lat czternaście współpracy nie zauważyliśmy ze strony Ciec homskiego przejawu niechęci lub zawiści w stosunku do ludzi wogóle, a do kolegów w szczególności. Był organicznie dobry, pełen wyrozumiałości i przyjaźni. Nie wszyscy wiedzieli, ile było delikatności i dyskrecji w tej szlachetnej duszy, rzadka tylko pozornie gwałtownej. Niezmierne zalety serea wniósł do swego zawodu. Miał wysokie pojęcie o stanie lekarskim i o roli lekarza w społeczeństwie, więc nie mógł się zgodzić na powstały u nas w ostatnich latach system urzędowego udzielania pomocy. Mówił mi nawet, że gromadzi materiały, by wystąpić publicznie, bo sądził, że lekarz nie może i nie powinien poprzestać na roli rozdawcy lekarstw i urlopów. Sam był uosobieniem sumiennosci i staranności. Praca Ciec homskiego była ciągłym wysiłkiem w kierunku ulżenia człowiekowi cierpiącemu. Szczegóły pielęgniarские, mogące dać ulgę choremu, nie były nigdy pomijane. Nie zdarzyło się, by Ciec homski nie obejrzał nawet nieodwołalnie skazanego chorego i nie okazał mu dużo serdecznego współczucia. Nic go tak nie martwiło, jak nie dość okazany szacunek dla bólu.

Klinicysta o wielkiej intuicji i najlepszych tradycjach, baczna zwracał uwagę na badanie. Solidne wykształcenie ogólnolekarskie dawało Mu możność rozpoznawania cierpień, przekraczających pogranicze chirurgii. Cechą dominującą Ciec homskiego, jako chirurga, była celowość i logika zabiegu, podczas którego rozwijał niezwykle dokładność i rzadko spotykaną delikatność w stosunku do tkanek.

Te zalety, łącznie z idealną czystością w wykonaniu, były tajemnicą Jego znakomitych wyników operacyjnych. Chętnie stosował nowe sposoby operacyjne i nieraz pomagał swym uczniom w opracowywaniu nowych metod na zwłokach. Niezmordowany, odpoczynek swe wypełniał pracą naukową, do której bezustannie zachęcał swych pomocników. Ogółem ogłosił drukiem 35 prac, zdradzając wielki zasób wiedzy, ścisłość i skrupulatność w ocenie spostrzeganych faktów, a nade wszystko szarmonizowanie doświadczenia klinicznego i wiadomości teoretycznych. Wpływ Ciec

homskiego, jako chirurga i klinicysty, trwać będzie długie lata. Jego uczniowie przekażą nabyte od Niego wskazówki następnym pokoleniom lekarskim. Ciec homski miał urok osobliwy, pod którego wpływem długo żyć będziemy.

Jożef Szper (Warszawa).

Wykaz prac ś. p. Andrzeja Ciec homskiego.

Przypadek raka pierwotnego poprzeczniczy. *Gaz. Lek.* 1893. O zerwaniu ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia. *Przeg. Chir.* 1893. Niezwykle długo trwający odbyty sztuczny — Ciec homski i Jakowski — *Pam. tow. lek. Warsz.* 1894. Przypadek spastycznego zwężenia przełyku. *Gaz. Lek.* 1896. Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby urazowego pochodzenia. *Gaz. lek.* 1896. Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku. *Gaz. lek.* 1902. Niezwykle co do rokowania przypadek przepukliny pępkowej zaciśniętej. *Gaz. lek.* 1893. Usunięcie wielkiej torbieli jajnika u kobiety w wieku podeszłym będącej. *Gaz. lek.* 1903. W sprawie postępowania operacyjnego przy ropniach gruczołu krokowego. *Gaz. lek.* 1903. Ropne zapalenie stawu skokowego. *Gaz. lek.* 1903. W sprawie doniosłości orzeczeń sądowo-lekarskich. *Gaz. Lek.* 1906. Rana kłuta śledziony i przepony. Przepuklina przeponowa. Wycięcie śledziony. *Gaz. lek.* 1907. Przypadek mięsaka czerniaczkowego odbytnicy. *Gaz. lek.* 1910. Przyczynek do kazuistyki wytworzenia przełyku z jelita czczego oraz uwagi nad tą operacją. *Przeg. Chir.* 1910. W sprawie rentgenologii żołądka. *Gaz. Lek.* 1912. Przyczynek do leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego podczas ciąży. *Przeg. Chir.* 1917. Rzadki przypadek gruczolaka dobrotniowego w przewodzie wątrobnym. Przyczynek do kazuistyki nowotworów dróg żółciowych. *Gaz. Lek.* 1918. Przyczynek do kazuistyki śluzaka włzokowego otrzewny. *Gaz. lek.* 1919. W sprawie leczenia gruźlicy chirurgicznej u dzieci mieszkających wsi i miasteczek. *Zjazd hig.* 1918. Ocena drogi przez opłucną lewą do przepony i podżebrza lewego. *Zj. chir. p.* 1921. W sprawie leczenia doszczętnego skręcenia esicy. *Zj. chir.* 1921. Przyczynek do rozpoznawania zgorzeli trzustki o przebiegu przewlekłym. *Zj. chir. p.* 1921. Nowotwór tkanki gruczołu tarczowego usadowiony wśród mięśni podudzia. — Ciec homski i Skubiszewski. *Zj. chir. p.* 1921. W sprawie rozpoznawania i leczenia przepukliny przeponowej uwięzłej. *Pol. przeg. chir.* 1923. Leczenie chirurgiczne wrzodu żołądka. *Zj. chir. p.* 1922. W sprawie leczenia operacyjnego stawów wrzekomych. *Zj. chir. pol.* 1922. W sprawie operacji wytwórczej nosa. *Zjazd chir. pol.* 1922. W sprawie leczenia operacyjnego stawów wrzekomych zamkniętych. *Zj. chir. pol.* 1923. Niezwykle ciało obce w kanale kręgowym. *Zj. chir. pol.* 1923. W sprawie t. zw. „Sigmoiditis dissecans”. *Zj. chir. pol.* 1924. Przyczynek do kazuistyki schorzeń trzustki. *Zj. chir. pol.* 1924. W sprawie t. z. śmierci grasiczej oraz stanu grasiczo-chłonnego. *Now. lek.* 1925. W sprawie wskazań do leczenia operacyjnego wyrostka robaczkowego. *Zj. chir. p.* 1924. W sprawie postępowania operacyjnego w ropnem rozlanem zapaleniu otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. *Zjazd w Katowicach w r. 1926.* Kartka z dziejów aseptyki u nas. *Przeg. Chir.* 1927. Władysław Matlakowski jako ordynator szpitalny. *Gaz. lek.* 1895.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 8 maja r. b. upłynęło lat 100 od dnia urodzin wielkiego dobroczyńcy ludzkości, twórcy Czerwonego Krzyża, Jana Henryka Dunanta, obywatela szwajcarskiego.

Bitwa pod Solferino (r. 1859) natchnęła Dunanta błogosławioną myślą założenia towarzystw niesienia pomocy rannym i chorym wojownikom oraz podyktowała mu plan porozumienia międzypaństwowego w sprawie zapewnienia opieki rannym i personelowi sanitarnemu na polach walki. W r. 1862 wyszła z pod pióra Dunanta książka p. t. *Wspomnienia o Solferino*, która przełożona została na wszystkie języki europejskie

i doczekała się wielu wydań, z których ostatnie, z okazji 100-iej rocznicy Dunanta, zainicjował Komitet Międzynar. Czerwonego Krzyża. Dunant poświęcił prawie całą swój majątek na cele humanitarne, a głównie na propagandę Czerwonego Krzyża, który z biegiem lat działalność swoją znacznie rozszerzył. Pozbawiony środków materialnych, zmarł Dunant w niedostatku w r. 1910. Doczekał się jednak za życia wielu zaszczytów: w r. 1897 Międzynarodowy Zjazd Lekarski w Moskwie przyznał mu nagrodę miasta Moskwy w wysokości 5000 franków (Dunant lekarzem nie był) „za bezmierne cierpiącej ludzkości okazane usługi”, a rosyjska Akademia Medyczna zamianowała go swoim

członkiem honorowym; w r. 1901 otrzymał pierwszą nagrodę pokoju z fundacji Nobla, a w r. 1903 został odznaczony przez uniwersytet heidelberski doktoratem honorowym.

Dunantowi należy się nieśmiertelna sława wniesienia ducha braterstwa i miłosierdzia do rozdzielonej okrucieństwami wojny ludzkości.

— W Klubie Lekarzy Polskich (Nowy Świat 67) w dn. 9/V r. b. o godz. 8 i pół wieczorem odbyło się zebranie, na którym Dr. Bujalski wygłosił odczyt p. t. „Czem są i czem być powinny Izby Lekarskie“.

— D. 6 b. m. w tutejszej Oficerskiej Szkole Sanitarnej odbyła się uroczystość pożegnania pierwszego Dyrektora nauk tejże szkoły, pułkownika Zembruskiego. We wszystkich przemówieniach, zaczynając od Szefa Departamentu Sanitarnego, generała Rouperta, Komendanta Szkoły, gen. Hubickiego, Komendanta Szpitala, pułkownika Rudzkiego, a kończąc na uczniach Szkoły, podchorążych Baworze i Wilkomirskim, we wszystkich przemówieniach dźwięczała nuta wielkiej sympatii dla jej dotychczasowego kierownika naukowego i szczerego żalu z powodu Jego ustąpienia. Uroczystość zakończyła się odsłonięciem portretu pułk. Zembruskiego i wręczeniem Mu pięknego pierścienia, poczem ustępujący Dyrektor wygłosił odczyt p. t. Matlakowski, jako student Uniwersytetu.

— We Lwowie zaczęło wychodzić nowe pismo lekarskie, organ Związku Lekarzy Kas Chorych, p. n. Wiadomości Lekarskie. W przedmowie redakcja motywuje potrzebę wydawania tego pisma koniecznością poruszania zagadnień, „którym dotychczas wydawane pisma mogły tylko nieznacznie poświęcać ramy.“

— Nr. 9-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka“ zawiera artykuł J. Skowronkówny „O systemie Montessori“, W. Borudzkiej „Problemat pracy i zabawy w życiu dziecka“, „Rozkład dnia dla dzieci do lat 7-miu“, M. Miłobędzkiej „Gry i zabawy ruchowe“, G. Kozakowskiej „Niepowożani“, D-ra K. Ciągłińskiego „O Ciecchocinku“, D-ra Cieszyńskiego „O szczepieniu ospy“, b. starannie prowadzony dział praktyczny, szereg odpowiedzi redakcji, oraz b. ładne wiersze A. Maryńskiej.

— „Bratnia Pomoc Medyków U. J. w Krakowie ul. Kopernika 36, pragnąc wykorzystać zbliżające się ferie tak pod względem naukowo-praktycznym, jak i materialnym, uprasza P. T. Lekarzy, Instytucje Sanitarne, Zakłady Zdrojowe o zgłaszanie zajęć dla medyków lat wyższych i absolwentów.

Zarząd Związku Lekarzy gorąco popiera niniejszą akcję samopomocową“.

Od Administracji.

Z początkiem II kwartału r. b. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ wychodzić będzie raz na tydzień—we czwartek—w objętości 1¹/₄ arkusza (20 kolumn).

Warunki prenumeraty:

w Warszawie kwartalne	Zł. 12.—
na prowincji	„ „ 14.—
za granicą	„ „ 16.—

Administracja przeniesiona została na ulicę Zielną Nr. 47 do Drukarni Kooperatywy Pracowników Drukarskich.

TREŚĆ: A. FRYSZMAN. Leczenie fizykalne guzów pęcherza. — M. SAIDMAN. Przepłukiwanie jamy szpikowej kości jako sposób leczenia ostrego i podostrego zapalenia szpiku kostnego. — M. PŁOŃSKIER. O współczesnych badaniach nad nowotworami (Streszczenie zbiorowe, dok.).—Streszczenia pojedyncze i oceny książek.—Wskazówki praktyczne.—Posiedzenia Towarz. Lekarskich. — Zjazdy—L. KAWAŁEK. Spostrzeżenia nad działaniem maści „Propidex“. — F. PRZESMYCKI. Błonica, jej rozpowszechnienie, szerzenie się i zapobieganie.—J. SZPER. Ś. p. Andrzej Ciechomski.—Wiadomości bieżące.—Od Administracji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. FRYSZMAN. Le traitement des tumeurs de la vessie urinaire.—M. SAIDMAN. Le lavage de la cavité moelleuse des os, comme méthode du traitement de l'ostéomyélite aiguë et subaiguë. — M. PŁOŃSKIER. Les études modernes des néoplasmes (Rév. gén. fin.) — L. KAWAŁEK. La valeur de l'onguent „Propidex“. — F. PRZESMYCKI. La diphthérie, son expansion et sa prophylaxie.—J. SZPER. Feu Dr. André Ciechomski.