

# 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. 13

WARSZAWA, 17 MAJA 1928 R.

Rok V

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### Leczenie fizykalne guzów pęcherza.

Podał

Dr. med. Aleksander FRYSZMAN (Warszawa).

(Dokończenie).

Przechodzimy teraz do grupy nowotworów złośliwych. Grupę tę reprezentują najczęściej guzy rakowate, które mamy zamiar omówić tu szczegółowiej. Inne guzy złośliwe, jak mięsaki, odmiany tychże i inne należą do niezmiernie rzadkich.

Rak pęcherza występuje w postaci raka brodawczakowatego, guza solidnego, wreszcie w postaci guza naciekowego.

Rak brodawczakowaty (*papil. malign.*) w obrazie cystoskopowym może niekiedy przypominać brodawczaki łagodne. Zwykle jednak różni się od nich tem, że ma podstawę zazwyczaj szerszą i inne unaczynienie. Najczęściej występuje on pojedynczo, rzadko kiedy w większej liczbie, jak to się zdarza w przypadkach brodawczaków zwykłych. Różni się również od nich umiejscowieniem: podczas gdy brodawczaki poważnie rozwijają się w sąsiedztwie ujścia moczowodu, to rak brodawczakowaty napotkać się daje we wszystkich zakątkach pęcherza. Wreszcie guzy te, jako złośliwe, wykazują skłonność do rozpadu i owrzodzeń, czego nie widzimy w guzach łagodnych. Niekiedy jednak zdarza się, że guzy owe wyglądem swym tak mało się różnią od brodawczaków łagodnych, że rozpoznanie różniczkowe jest bardzo trudne lub zgoła niemożliwe; ma to miejsce zwłaszcza w przypadkach, kiedy mamy do czynienia z brodawczakiem łagodnym, ulegającym zwyrodnieniu złośliwemu. Jest to t. zw. zwyrodnienie rakowate brodawczaka, które najczęściej rozpoczyna się u podstawy guza ponad śluzówką. Dlatego też rozbiór histologiczny wyciętych cząstek o tyle tylko może być miarodajny dla rozpoznania, o ile zdołamy wyciąć cząstkę guza u samej jego podstawy łącznie ze śluzówką. Wówczas możemy stwierdzić fakt złośliwego zwyrodnienia guza i jego skłonność do rozrastania się naciekowego. Tego rodzaju wycięcie cząstek guza jest technicznie bardzo trudne,

częstokroć wręcz niemożliwe. W dodatku współistniejące niekiedy zapalenie pęcherza jeszcze bardziej utrudnia rozpoznanie.

Rak guzowaty, który występuje w postaci guza solidnego i pokryty jest śluzówką, mało unaczynioną, zgrubiałą, inkrustowaną solami, zdradza wybitną skłonność do martwicy i owrzodzeń. Wreszcie rak rozlany pęcherza ma charakter wybitnie naciekowy, łatwo ulega owrzodzeniom i nekrozie, a w końcu wikła się ropnym zapaleniem pęcherza. Rozpoznanie może stać się we wszystkich tych formach bardzo trudne, zwłaszcza w przypadkach, gdy chodzi o wczesne okresy zwyrodnienia rakowatego zwykłych brodawczaków. Coraz obfitsze krwawienia, silne bóle, promieniujące ku odbytnicy lub cewce, zapalenia pęcherza, nieraz daleko posunięte, a spowodowane martwicą i rozpadem guza oraz wtórnym zakażeniem, prędzej czy później ujawnią jednak złośliwy charakter guza.

Szybki rozrost tych guzów i skłonność ich do nawrotów nie rokuje wielkich nadziei co do wyników leczenia. Nie będziemy w tem miejscu rozważali sposobów leczenia chirurgicznego guzów złośliwych, wskazań i wyników tegoż, przekraczając to bowiem ramy niniejszego referatu, poprzestaniemy wyłącznie na omówieniu stosowania czynników fizykalnych, a mianowicie, promieni Roentgena i radu.

Co się tyczy elektrokoagulacji, to stosowanie jej w leczeniu guzów złośliwych pęcherza nietylko nie ma żadnych szans powodzenia, lecz, przeciwnie, powoduje szybki rozwój choroby, wyrażający się częstymi nawrotami, przerzutami, szybszym rozrostem guzów i ciężkimi zapaleniami pęcherza. Wyniki mojego osobistego doświadczenia w tej sprawie zgadzają się z doświadczeniem, poczynionem przez innych autorów, jak Mc. Carthy, Piltcher i Gerathy. Nawet sam twórca elektrokoagulacji E. Beer na zasadzie wielostronnego doświadczenia nie zaleca jej stosowania w guzach złośliwych pęcherza, czemu dał wyraz w toku dyskusji na zjeździe.

To też metoda ta, dająca tak cenne wyniki, gdy chodzi o guzy łagodne, nie powinna być sto-

sowana w leczeniu guzów złośliwych. Te ostatnie podlegają zabiegowi chirurgicznemu lub też leczeniu za pomocą promieni w szerszym tego słowa znaczeniu.

Chcąc rozważyć i ocenić metodę promieniolecnicztwa, musimy zadać sobie następujące pytania:

- 1) Jaki jest cel promieniolecnicztwa w zastosowaniu do guzów pęcherza?
- 2) Jakim postulatom winno odpowiadać skuteczne stosowanie tej terapii?
- 3) Jakie są możliwości i granice omawianego leczenia?

W ogólności celem leczenia promieniami jest niszczenie tkanki nowotworowej możliwie bez uszkodzenia zdrowej tkanki otaczającej.

Do osiągnięcia tego celu niezbędne są pewne warunki, od których zależne będzie skuteczne stosowanie promieni, a mianowicie:

- 1) możliwie jednolite naświetlanie, 2) dokładne dawkowanie, ściśle zastosowane do każdego poszczególnego przypadku, 3) oszczędzanie otaczającej zdrowej tkanki, 4) znajomość i uwzględnianie szkodliwych skutków naświetlania. Warunki te dotyczą zarówno leczenia promieniami Roentgena, jak i radem.

Co się tyczy samej techniki stosowania promieni, to różni autorowie zalecają rozmaite sposoby, zależnie od całokształtu ich poglądów na stronę biologiczną działania promieni. Skuteczność działania promieni polega na tem, że pod ich wpływem komórki nowotworu ulegają zwyrodnieniu i stopniowemu zanikowi z następczym rozrostem otaczającej tkanki łącznej. Co do czynników, warunkujących ten proces, zdania są podzielone. Niektórzy uważają zniszczenie komórek nowotworowych przez bezpośrednie zadziaływanie promieni, jako moment zasadniczy całego procesu, co stanowi, ich zdaniem, główny cel naświetlania. W myśl tej teorii tkanka otaczająca zachowuje się biernie, zadanie zaś całego organizmu ogranicza się jedynie do eliminowania zniszczonych cząstek. Według innych autorów zaś zasadniczym momentem działania promieni jest nie bezpośredni niszczący wpływ ich na komórki nowotworowe, lecz celem stosowania promieni jest jedynie zmniejszenie odporności komórek nowotworowych w stosunku do otaczającej tkanki zdrowej oraz samego organizmu, którym właściwie przypada rola czynna w procesie walki z nowotworem. Tym dwóm poglądom odpowiadają dwa różne sposoby stosowania promieni: według jednego, należy ześrodkować możliwie największą liczbę promieni w samej masie nowotworu, aby bezpośrednim działaniem zniszczyć jego komórki. Według drugiego należy postępować w sposób, zmierzający do jaknajstaranniejszego oszczędzania tkanki otaczającej oraz samego organizmu, aby nie osłabić zdolności ich do odczynu. Stosownie do różnicy tych poglądów będzie różne dawkowanie promieni. Należy wspomnieć jeszcze o tem, że, według niektórych autorów, wrażliwość komórek nowotworowych na działanie radu dosięga rzekomo swego *maximum* w czasie ich podziału. Należałoby więc przy stosowaniu promieni brać również tę okoliczność pod uwagę.

## Stosowanie promieni Roentgena.

Należy zaraz na wstępie zaznaczyć, że w dobie obecnej leczenie promieniami Roentgena stanowi samo przez się rozległą dziedzinę lecznictwa. Dlatego też w ramach niniejszego referatu ograniczymy się wyłącznie do rozpatrzenia wyników klinicznych tego leczenia, pozostawiając szczegóły techniczne kompetencji lekarzy specjalistów, którzy, jak to wyżej wspomnieliśmy, zależnie od ich poglądu na biologiczną stronę działania promieni, zalecają tę lub inną technikę.

Pęcherz można naświetlać od przodu, ponad spojeniem łonowym przez jedno pole, lub przez grupę pól, można również dodać pole od strony krocza.

Kiedy idzie o leczenie radem, można również stosować promienie bądź to przez odbytnicę u mężczyzn, bądź przez pochwę u kobiet. Poza tem bezpośrednio stosowaniem promieni, próbowano osiągnąć dodatnie wyniki przez działanie pośrednie, a mianowicie, przez naświetlanie dalszych narządów. Pewne znaczenie praktyczne ma naświetlanie śledziony, wstrzymujące krwawienie na dłuższy nieraz przeciąg czasu. Co się tyczy przenikania promieni, należy zaznaczyć, że, posługując się zwykłą techniką naświetlania, trudno jest osiągnąć zupełną równomierność ze względu na niejednorodny stan wypełnienia pęcherza i kiszek. Dla osiągnięcia w tem względzie pewnej niezależności, niektórzy radjolodzy napełniają pęcherz przed rozpoczęciem naświetlań fizjologicznym roztworem soli, albo też celem wzmocnienia i wykorzystania wtórnych promieni roztworem kollargolu, selenu i t. p.

Omówimy też pokrótce szkodliwe skutki stosowania promieni. Rozróżniamy tu objawy ostre i przewlekłe. Te ostatnie występują niekiedy jako objawy tak zwane późniejsze. Objawy ostre występują po zbyt silnych naświetlaniach niekiedy już w parę godzin po seansie, zwykle dopiero po 2 tygodniach występują one najczęściej na śluzówce pęcherza, odbytnicy i jelita cienkiego, w postaci bólów, krwawień, kurczów pęcherza, parcia na odbyt. Czasami widzimy nawet martwicę ściany pęcherza, niekiedy ostre oparzenie wyższego stopnia, pociągające za sobą niebezpieczeństwo przedziurawienia pęcherza i zakażenia. Po zbyt wielkiej liczbie naświetlań nierzadko występują objawy szkodliwe przewlekłe, których wyrazem jest skłonność do zaniku i bardzo znacznej podatności do owrzodzeń (*vulnerabilité*) nie tylko śluzówki, lecz i głębszych warstw pęcherza. Objawy te niezawsze występują bezpośrednio po zadziałyaniu promieni, często obserwujemy je niekiedy w dłuższy czas po ukończeniu leczenia, chociaż nie było żadnych widocznych skutków bezpośrednich; określamy je wówczas, jako szkodliwe objawy późne. Po naświetlaniu brodawczaków występuje dość często zwyrodnienie woskowe śluzówki pęcherza, która staje się bardziej krucha i słabiej unaczyniona, a w razie najmniejszego choćby skaleczenia reaguje wibitną skłonnością do martwicy i owrzodzeń. Niekiedy występuje w następstwie naświetlania ciężkie zakażenie zapalenie, kończące się nieraz zejściem śmiertelnym.

Co się tyczy wyników leczenia guzów złośliwych promieniami X, ogłoszone materiały nie upoważniają nas do wyciągnięcia stanowczych

wniosków. Poprzestajemy jedynie na przytoczeniu statystyki Schreiner'a, jako opartej na większym materiale, z której wynika, że na 65 przypadków guzów złośliwych, leczonych promieniami Roentgena, w jednym tylko poprawa trwała dłużej, niż dwa lata. Moje osobiste doświadczenie nie różni się co do wyników ostatecznych od wyników wyżej cytowanego autora. Nie mogę jednak odmówić tej metodzie pewnego dodatniego wpływu na zmniejszenie się krwotoków pęcherzowych, zahamowanie rozwoju nowotworu oraz na złagodzenie bólów.

### Leczenie radem.

Nie wdając się w rozważania teoretyczne nad biologiczną stroną działania radu, której to sprawie poświęcone są bardzo liczne prace w różnych językach, zajmiamy się tu wyłącznie stroną praktyczną omawianej terapii.

W pierwszej linii interesuje nas kwestja dawkowania: Neill używa małych rurek szklanych o sile emanacji 100 Mc—godz. na 1 cm.<sup>2</sup> masy nowotworowej. Aschkraft stosuje 60 mgr. w ciągu 15 minut przy maksymalnej dawce 15 mgr. godzin w ciągu jednego posiedzenia i 200 cmgr. godzin w ciągu miesiąca. Barringer posługuje się igłami z filtrem o emanacji 50—200 mgr., zależnie od rozmiarów guza; czas stosowania 40 minut, lub też igłami bez filtru o emanacji 10 mgr. w ciągu 30 minut.

Co się tyczy techniki stosowania radu, to może być on stosowany zewnątrzpęcherzowo, lub wewnątrzpęcherzowo, w tym ostatnim wypadku bądź na ślepo, bądź też pod kontrolą oka. Zabieg wewnątrzpęcherzowy, dokonany na ślepo, ma tę ujemną stronę, że dokładne wymierzenie odległości radu od guza jest wówczas niemożliwe, przez co niemożliwym jest też naświetlanie równomierne, powierzchnia guza bowiem będzie więcej naświetlaną, niż głębsze warstwy. Poza to śluzówka zdrowa narażona jest w tych razach na znaczne uszkodzenia. Metoda ta ma więc właściwie rację bytu tylko w przypadkach rozlanego raka pęcherza lub też raka szyi pęcherza.

Możność kontroli okiem przy wprowadzeniu radu do pęcherza stanowi wielki krok naprzód w rozwoju terapii radowej. W roku 1917 Jung podał specjalnie dla tych celów skonstruowany cystoskop, który pozwala na dokładne lokowanie rurki z radem w miejscu pożądanym i pozostawienie jej przez czas niezbędny do naświetlań. Inny model, zbudowany również przez Junga, pozwala przesuwając ampułkę z radem po powierzchni guza. Lekarze amerykańscy — Barringer, Smith i inni używają wzierników podobnych do tych jakimi posługujemy się do cewnikowania moczowodów. Przy pomocy tych wzierników wprowadzamy do pęcherza sondę, zakończoną rurką albo igłą, zawierającą rad, którą wkłuwamy w nowotwór. Posiedzenia są krótkie trwają od 5 minut do godziny i winny się odbywać w tygodniowych lub w dwutygodniowych odstępach.

Metody zewnątrzpęcherzowe stosujemy, naświetlając guz od zewnątrz, lub też wkłuwając weń igły z radem po uprzednim otwarciu pęcherza. Stosowanie zewnętrzne radu bez uprzedniego otwarcia pęcherza wymagałoby tak wielkiej ilości radu,

że w praktyce sposób ten pod uwagę brany być nie może. Leczenie radem za pomocą igieł przy pęcherzu otwartym polega na tem, że przez możliwie jaknajszersze otwarcie pęcherza udostępniamy sobie dojście do nowotworu, i w ten sposób szpiujemy guz igłami radowymi.

W przypadkach guzów naciekowych Barringer używa płytek lub rurek z filtrem (0,6 mm. srebra i 2 mm. kauczuku) po 2 sztuki na mniej więcej 2½ cm<sup>2</sup> powierzchni guza. Igły, wkłute w guz, przymocowujemy do skóry za pomocą ligatur, wyprowadzanych przez otwór pęcherza. Metoda ta jest wysoce niedogodna dla chorego, gdyż nie zawsze już po jednej serii seansów udaje się osiągnąć pożądane wyniki. W tych razach wypada seanse powtarzać, przez co pęcherz pozostaje otwarty w ciągu kilku tygodni, a nawet miesięcy, poczem często się zdarza, że się już nie zamyka, i chory zostaje skazany na przetokę.

W sprawie wyniku leczenia radem przytoczymy dane statystyczne, ogłoszone przez Barringera. (Radium Report Memorial Hospital. February 1924). W 23 przypadkach brodawczaków złośliwych, leczonych radem, wyniki były następujące:

15 wyleczeń (zanik guza), 6 wyników niepewnych, 2 zgony.

W 61 przypadkach guzów naciekowych otrzymano 18 wyleczeń, 3 wyniki niepewne i 30 zgonów. Śmiertelność operacyjna 2%. Ja osobiście zebrałem dane, dotyczące 17 chorych, dotkniętych guzami złośliwymi (8 kobiet i 9 mężczyzn). Rad stosowałem w postaci rurek, wprowadzanych do pęcherza, lub też igieł, wkłuwanych w guz, po uprzednim otwarciu pęcherza. Co do pierwszego ze wzmiakowanych sposobów, muszę zaznaczyć, że kobiety znoszą względnie nieźle obecność w pęcherzu rurek lub sondy z radem, pozostawionych à demeure na dłuższy przeciąg czasu. Przeciwnie mężczyźni znoszą to bardzo źle, zwłaszcza w przypadkach guzów, powikłanych zapaleniem pęcherza. Ciągła potrzeba oddawania moczu, podrażnienie cewki, bóle, a niekiedy mniej lub więcej obfite krwawienia uniemożliwiają pozostawienie sondy w pęcherzu, wskutek czego posiedzenia muszą być bardzo krótkie, co znowu znacznie zmniejsza skuteczność zabiegu. Zmuszony byłem wobec tego zarzucić taki sposób stosowania radu u mężczyzn, posługując się w tych razach metodą wkłuwania igieł przy otwartym pęcherzu. Osiągnięte przezemnie wyniki są mniej pomyślne od wyników, podanych przez wyżej cytowanego autora. Mianowicie: w 2 tylko przypadkach udało mi się osiągnąć zupełne wyleczenie, przez co rozumiem zupełne zniknięcie guza bez nawrotów w pęcherzu w ciągu dłuższego czasu. U jednej z chorych nie było nawrotu po 3 latach, u drugiej po upływie 5 miesięcy od ukończenia kuracji. U mężczyzn w 2 przypadkach zdołałem zaobserwować ustanie krwotoków, powiększenie pojemności pęcherza i pewne zahamowanie rozrostu guza. U innych chorych zastosowanie radu nie dało pomyślnych wyników, w niektórych przypadkach nawet powodowało pogorszenie, jak przyspieszenie rozrostu guza, nasilenie bólów i krwotoków. W niektórych przypadkach leczenia radem mogłem zaobserwować wstrzymanie na dłuższy przeciąg czasu krwawień i ustąpienie bólów. Dwóch chorych zmarło po zastosowaniu metody wkłuwania

nia igieł radowych przy otwartym pęcherzu. Jeden z nich zmarł w 18 godzin po zabiegu, drugi w 36. Nie wiem, czy było to bezpośrednim skutkiem stosowania radu, nie mogę również zgonów tych zaliczyć do przypadków śmierci zależnych od operacji, zwłaszcza u jednego z tych chorych, u którego przedwstępna operacja otwarcia pęcherza dokonana była w 2 tygodnie przed zastosowaniem radu (drugi przypadek operowany był przez kol. Horodyńskiego).

Pozostaje do rozpatrzenia pytanie, w jakich przypadkach stosować należy tę lub inną metodę. Naogół musimy powiedzieć, że w pewnych warunkach, jak dostateczna zdolność organizmu do odczynu, zadawalający stan ogólny chorego, podatność guza do leczenia—każda z wyżej wspomnianych metod leczenia przedstawia pewne szanse powodzenia. W braku tych warunków niewiele spodziewać się można od promienioleczenia. Jeżeli chodzi o chorych dość jeszcze silnych — wskazane są metody o silniejszym działaniu, jak intensywne naswietlanie i stosowanie igieł radowych przy pęcherzu otwartym. Gdy zaś mamy do czynienia z chorymi bardziej osłabionymi musimy działać oględniej i powolniej, zwłaszcza, że guzy pęcherza rosną powoli i nie często dają przerzuty. A więc, gdy chodzi o wybór metody, musimy brać pod uwagę stan ogólny chorego, stan jego krwi i ujemne wyniki, jakie mogą wystąpić skutkiem stosowania danej metody.

Wziąwszy pod uwagę ujemne i dodatnie strony wyżej omówionych metod promienioleczenia, jak również wyniki i spostrzeżenia kliniczne, to na pytanie, jakich rezultatów możemy się spodziewać w leczeniu złośliwych guzów pęcherza, musimy powiedzieć, że w obecnym stanie rzeczy wątpliwem jest, czy uda nam się na tej drodze osiągnąć wyniki trwałe. Musimy przyznać, że prawie we wszystkich przypadkach prędzej, czy później występują nawroty, kończące się śmiercią. Należy jednak stwierdzić, że w licznych przypadkach zastosowanie promieni X lub radu dać może pewne wyniki dodatnie, a mianowicie:

- 1) pod względem subiektywnym—zmniejszenie natężenia bólów;
- 2) w pewnej liczbie przypadków zmniejszenie guza, lub nawet jego zniknięcie na mniej lub więcej długi okres czasu;
- 3) zatamowanie krwawień i osłabienie objawów zakażenia wtórnego.

Nie będzie to wprawdzie całkowite wyleczenie, jednak ulga, którą przynieść możemy choremu w tej lub innej postaci, upoważnia nas do stosowania omawianych metod.

Reasumując powyższe wywody, możemy stwierdzić, że w leczeniu guzów pęcherza czynniki fizyczne są środkami terapeutycznymi o niezmiernie doniosłości, zwłaszcza, gdy chodzi o guzy łagodne, w których leczeniu czynniki fizyczne, jak elektrokoagulacja, stanowią metodę wyboru. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy chodzi o guzy złośliwe. W tej dziedzinie nie możemy jeszcze stwierdzić nic stanowczego. Jesteśmy jeszcze w okresie prób i poszukiwań, posiadamy zaś przez nas materiał statystyczny nie upoważnia nas do jakichkolwiek stanowczych konkluzji, musimy więc na razie powstrzymać się jeszcze od wypowiedzenia ostatecznego sądu w tej sprawie.

W konkluzji dochodzimy do następujących wniosków:

- 1) w leczeniu guzów łagodnych czynniki fizyczne, jak elektrokoagulacja, stanowią metodę wyboru. Gdy chodzi o guzy łagodne większych rozmiarów, wskazana jest pętla Nitze'go z następnym stosowaniem elektrokoagulacji;
- 2) w przypadkach guzów złośliwych wskazane jest stosowanie promieni X i leczenie radem. Elektrokoagulacja jest w tych przypadkach przeciwwskazana;
- 3) dokładne, w porę postawione rozpoznanie guza ma decydujące znaczenie zarówno dla wyboru metody leczenia, jak i rokowania i wyników;
- 4) leczenie metodami fizycznymi nie wyłącza stosowania zabiegów chirurgicznych. Jednak należy czynnikiem fizycznym oddać pierwszeństwo, zwłaszcza w przypadkach daleko posuniętych spraw nowotworowych pęcherza.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego.  
(Kierownik: prof. dr. F. VENULET).

### Dalsze badania nad zachowaniem się cukru we krwi po blokadzie układu siateczkowo-śródbłonkowego.

P o d a ł

Dr. Med. PIOTR DEMANT (Warszawa) Asystent Zakładu.

W pracach poprzednich, podałem, że układ siateczkowo-śródbłonkowy (u. s. s.) bierze udział w przemianie węglowodanowej. Stąd wynika, że śledziona, zawierająca pokaźną liczbę komórek tego układu, wpływa tem samem na przemianę węglowodanową.

Usunięcie śledziona czyli częściowe wyłączenie u. s. s. powoduje, jak wiadomo, cały szereg zmian w ustroju.

Nas interesuje w pierwszym rzędzie przerost komórek u. s. s. w wątrobie, gruczołach chłonnych i t. d.

K. Paschkiś uważa jednak zmiany w następstwie usunięcia śledziona przede wszystkim jako zaburzenie wzajemnego stosunku korelacji czy też równowagi wewnątrz u. s. s.

Nie wnikając w szczegóły zmian, które zachodzą po usunięciu śledziona, zatrzymamy się jedynie na przemianie węglowodanowej.

H. Bierry, T. Rattery i L. Lewina zauważyli wzrost poziomu cukru we krwi w 3—8-y dniu po usunięciu śledziona. Spostrzeżenie to potwierdzone zostało przeze mnie w pracach poprzed-



## Z praktyki prywatnej.

### Foetor ex ore. \*)

Podał

Dr. med. BRONISŁAW WEJNERT (Warszawa).

Wśród licznych cierpień przewodu pokarmowego istnieje szereg dolegliwości, które nie prowadzą ustroju do zguby, którym nie towarzyszą żadne bóle, a które mimo to stają się dla pacjentów niesłychanie dokuczliwe i przez to zasługują na większą uwagę ze strony lekarzy, niż to się zdarza do tej pory. Zaliczyć można do powyższej kategorii: wzdęcia brzucha, zły smak w ustach, nadmierne odchylenie gazów, uporczywą czkawkę, przykry zapach z ust i t. p.

Wszystkie te dolegliwości mają tę wspólną cechę, iż występują nie tylko łącznie z szeregiem innych objawów chorobowych, ale też i oddzielnie u osób pozatem zupełnie zdrowych. W tym ostatnim razie nabierają cech szczególnego schorzenia o jedynym objawie. Ten jedyny objaw może nieraz osiągnąć tak znaczne nasilenie, że staje się srogą udręką pacjenta, nie tylko fizyczną, lecz i moralną. Krępuje życie towarzyskie, wpływa w wysokim stopniu depresyjnie na psychikę, doprowadza nawet do myśli o samobójstwie.

Typowym przedstawicielem tego rodzaju utra-pień ludzkości jest tak zwany „*Foetor ex ore*”. Pod tą nazwą podciągamy dzisiaj każdy przykry zapach z ust, bez względu na to, jakie jest jego pochodzenie, a pochodzenie to bywa bardzo różne. Nie będę się zatrzymywał nad przypadkami, w których pochodzenie przykrego zapachu z ust jest jasne, a przez to i wskazania lecznicze wyraźne i skuteczne, (jak np. zły stan zębów, cierpienia migdałków i t. p.).

Mam zamiar dziś omówić tylko te przypadki, w których, pomimo starannego i wszechstronnego zbadania, wyraźnej przyczyny tej dolegliwości wykryć nie można.

Przypadki tego rodzaju w gabinecie lekarskim nie są częste. Od lat dziesięciu rejestrowałem je i mogę na tej zasadzie powiedzieć, iż stanowią one około 4 *pro mille* wszystkich zgłaszających się o poradę lekarską do gastrologa. Nadmienić tu muszę, iż z racji „*foetor ex ore*” przybywają do lekarza tylko te osoby, u których natężenie dolegliwości tej jest bardzo znaczne i bardzo w życiu przeszkadza. Są to w wielu razach ludzie, doprowadzeni do rozpacz. Wyobraźmy sobie młodego człowieka, ubiegającego się o względy swego ideału, lub młodą pannę, albo urzędnika, pracującego przy biurku wespół z innymi kolegami — dla tych wszystkich ludzi przykry zapach z ust to rzecz wprost katastrofalna. W ostatnich 5 latach nie ograniczałem się do rejestrowania przypadków „*foetor ex ore*”, lecz starałem się możliwie dokładnie badać, opisywać i utrzymywać jaknajdłuższy kontakt z pacjentami. Przytoczę tu w krótkich słowach

tylko 7 najcharakterystyczniejszych przypadków z pośród 19, będących w mem rozporządzeniu.

1. P. S. przełożona zakł. naukowego z prowincji, l. 48. Od 3 lat rozwija się stopniowo przykry, stały zapach z ust. W ostatnich miesiącach jest nie do zniesienia i przeszkadza w wykonywaniu pracy pedagogicznej. Osoba zupełnie zdrowa. Chemizm żołądka normalny. Była leczona zastosowaniem szeregu środków odkażających i lactobacylliną bez rezultatu. Zastosowałem węgiel z magnezją i rezorcyną — bez wyniku, zmieniłem na duże dawki alkali — chwilowe polepszenie. Po 3 tygodniach pogorszenie, wówczas zastosowałem przepłukiwania żołądka — poprawa wyraźna i niezwłoczna; po 7 płukaniach zapach prawie zupełnie znikł, pacjentka wyjechała. Po miesiącu wróciła, gdyż „foetor” zaczął się zwiększać. Zrobiono jeszcze 12 płukań, poczem zapach znikł na stałe. Widywałem pacjentkę w ciągu 2 lat, zapach nie wrócił.

2. P. D. córka lekarza, l. 22. Od roku przykry zapach z ust, stały. Anemja i skłonność do zaparcia. Pozatem zdrowa. Chemizm żołądka normalny. Była leczona dłuższy czas zastosowaniem węgla, magnezji, benzonafolu, ealolu, rezorcyny i ortoformu — bez skutku. Zastosowałem płukanie żołądka i duże dawki alkali. Po 4 tygodniach zapach znikł prawie zupełnie. Stan taki trwa przez 2 lata, choć obecnie pacjentka się nie leczy.

3. I. S. izraelita, lat 50. Od szeregu lat cierpi na „foetor”, w ostatnim roku przeszkadza mu to w pracy. Pozatem zdrowy, Chemizm żołądka wykazuje brak kwasu solnego i zmniejszoną kwasotę ogólną. Zastosowane węgiel, szereg środków odkażających i lactobacillina — bez wyniku. Zastosowałem płukania — efekt każdorazowy, ale krótkotrwały. Tabletki *Acidol-Pepsini* dają też wynik wyraźny, lecz krótkotrwały. Powtórzone płukania przy jednoczesnym zastosowaniu *Acid. Pepsini* zmniejszyły „foetor” do tego stopnia, że pacjent może pracować, nie budząc wstrętu u sąsiadów. Okresami na 2 — 3 dni „foetor” ustaje zupełnie. Od roku nie jest mu gorzej, choć obecnie się nie leczy.

4. Z. J. izraelita, l. 24. Od pół roku przykry zapach z ust po jedzeniu. Pozatem zdrowy. Chemizm żołądka normalny. Środki odkażające dały wyniki słabe i nietrwałe. Zażywanie węgla bez efektu. Alkalja dają wyraźną poprawę, lecz po zaprzestaniu zażywania ich cierpienie prędko wraca. Pacjent na płukania się nie zgadza, natomiast stosuje dłuższy czas alkalja i suchą djeta, która mu niewątpliwie dobrze robi.

5. S. A. izraelita l. 29. Od roku gorzyc w ustach i przykry zapach. Pozatem zdrowy. Chemizm żołądka wskazuje niewielką nadkwaśność. Węgiel, stosowany w dużych ilościach, bez wyniku. Również środki odkaż. nie dają ulgi. Alkalja wywołują małą poprawę. Sucha djeta i płukanie — początkowo bez wyniku, po kilku razach wybitne zmniejszenie objawu.

6. P. P. ziemianin l. 32. Od kilku lat miewa okresowo raz na rok w przeciągu 3 — 4 tygodni (na jesieni) „foetor ex ore”, Pozatem zdrowy zupełnie. Przybył w okresie napadu. Chemizm żołądka wykazuje nadkwaśność nieznaczną. Leczył się wielokrotnie, biorąc cały arsenał środków (lactobacyllina) bez wyniku. Sucha djeta i płukanie przerwały trwanie napadu po upływie 10 dni.

7. S. T. nauczycielka, l. 35. Od szeregu lat zauważyła iż po zdenerwowaniu występuje przykry zapach z ust. Jako osoba niecierpliwa i nerwowa, jest ona narażona na częste bardzo zjawianie się „fetu”. Brom i inne środki na nerwy

\*) Według referatu, wygłoszonego w Polskim Towar. Gastrologicznem.

nie dają absolutnie żadnego wyniku. Odkazujące i pochłaniające gazy preparaty również bez skutku. Płukania dają chwilową poprawę.

Przeglądając powyżej przytoczone przypadki, nie trudno zauważyć, iż „foetor ex ore” występuje dość rozmaicie: raz jako cierpienie stałe, raz jako dolegliwość, okresowo się zjawiająca, czasem w związku z jedzeniem, to znowu w zależności od stanu nerwowego; podlegają mu i starsi i młodszy, zarówno kobiety jak mężczyźni, bogaci i biedni, chrześcijanie i żydzi. Spotykamy go u osób z nadkwaśnością zawartości żołądkowej, w niedokwaśności, bezkwasie i warunkach zupełnie prawidłowego chemizmu. Opierając się na tem ostatniem spostrzeżeniu, możnaby przypuścić, iż „foetor” pochodzi nie z żołądka, lecz z innych części przewodu pokarmowego (przełyk, jelita). Przypuszczenie to ma jednak mało cech prawdopodobieństwa, przeczą mu też wyniki leczenia. Prawdopodobniejszą rzeczą jest, że jednak punktem wyjścia „foetoru” jest żołądek — a w tym razie dwa muszą się nasunąć przypuszczenia; albo na proces, powodujący „foetor”, chemizm żołądka nie ma wpływu, albo istnieje szereg różnych procesów, z których jedne mają miejsce w nadkwaśnościach, inne w niedokwaśnościach, jeszcze inne przy normalnym chemizmie żołądka. To ostatnie przypuszczenie wydaje mi się najbardziej prawdopodobne. Potwierdza je poniekąd jeszcze ta obserwacja, że rodzaj zapachu nie jest taki sam we wszystkich przypadkach.

Niezmiernie ciemna etiologia tej dolegliwości utrudnia bardzo leczenie. Stąpa się tu po omacku, tembardziej, że i piśmiennictwo tak bardzo szczodre w radach, gdy idzie o inne cierpienia w danym razie jest mniej, niż skąpe. Ogólnikowe wskazówki, które z trudem można gdzieś znaleźć, ograniczają się przeważnie do stosowania środków odkazających. A właśnie te środki najmniejszą korzyść przynoszą właściwie nawet żadnej. Salol, benzonaftol, ortoform, rezorcyna w moich przypadkach nie wykazały prawie wpływu. To samo da się powiedzieć i o lactobacyllinie. Preparaty węgla i magnezji dają czasem wynik wyraźniejszy, lecz naogół słaby i krótkotrwały. Większe nieco powodzenie osiągałem, stosując duże dawki alkali w przypadkach nadkwaśności i normalnego chemizmu, oraz kwasu solnego i pepsyny w niedokwaśności. Lecz i tu trwałego wyzdrowienia nie otrzymywałem: zazwyczaj wkrótce po zaprzestaniu zazywania leków dolegliwość wracała.

Niewątpliwie ważnym czynnikiem w walce z „foetor ex ore” jest w wielu razach sprawa diety. Mianowicie, zastosowanie diety „suchej” często wpływa na znaczne bardzo osłabienie objawu, choć nigdy go nie usuwa zupełnie. Najlepsze i najtrwalsze wyniki otrzymać można, stosując serjowe płukanie żołądka, lecz i tu trzeba mieć sporo cierpliwości, powtarzając płukania przez szereg dni codzień, potem co 2 dni i stopniowo zaprzestając. Mam wrażenie, iż rodzaj użytego do płukania roztworu nie ma wielkiego wpływu na wyniki.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe.

#### Promienica wątroby i pęcherzyka żółciowego\*).

Podał

† Dr. Aleksander ZAWADZKI (Warszawa).

Na listopadowem posiedzeniu Tow. Chirurgów Warszawskich Dr. Lewenstern zakomunikował, że operował przypadek promienicy powłok brzusznych, a w przebiegu operacji sądzić mógł, iż zajęty tą sprawą był i pęcherzyk żółciowy. Dr. Lewenstern zaznaczył, że w rozmowach z anatomopatologami doszedł do wniosku, iż jego przypadek jest w swoim rodzaju unikatem. Nad tym komunikatem miała odbyć się dyskusja, w której pragnąłem zabrać głos — niestety na temże posiedzeniu dyskusji nie było wobec spóźnionej pory, na następnem zaś nie była ona na porządku dziennym. Ponieważ sprawa jest rzeczywiście rzadka i w naszej literaturze nie notowana, korzystając więc z danych literatury, pragnę podzielić się

z kolegami garścią wiadomości w tej sprawie. Przewszystkiem znamy dwa rodzaje promienicy: 1) *actinomycosis bovis* i 2) *actinomycosis corneus*. Pierwszy jest to zwykły typ, spotykany u ludzi, drugi opisany przez Gasperiniego, a notowany u człowieka przez Tusini i Dessy.

W sprawie rozpoznawania promienicy na drodze serodjagnostyki w 1910 roku P. Widala<sup>2)</sup> ogłosił komunikat na posiedzeniu Akademji medycznej dnia 10 maja 1910 roku.

W swoim referacie Widala zaznacza, że niezawsze nawet w promienicy otwartej znaleźć można charakterystyczne grudki, a wyhodowanie jest trudne, uciążliwe i również może dać wynik ujemny. W promienicy zamkniętej sprawa przedstawia się jeszcze gorzej, a jednak wcześniej zastosowane leczenie energiczne preparatami jodowymi jest bardzo ważne. Szereg badań dał możliwość wykrycia, że zarodniki *sporotrichum Beurmani* u 8-miu chorych na promienicę dały z surowicą ich krwi wyraźną aglutynację 1:50 i 1:51. Odczyn ten jest tem ważniejszy, iż inne grzybice tego odczynu ze *sporotrichum* nie dają.

Wogóle promienica wątroby jest chorobą bardzo rzadką do roku 1897. Aribaud<sup>1)</sup> w swojej pracy (Thèse de Lyon) zebrał 30 przypadków.

\*) Z powodu pokazu D-ra Lewensterna przypadku promienicy powłok brzusznych i pęch. żółciowego na listopadowem posiedzeniu Tow. Chirurgów Warszawskich.



W r. 1910 Diehl<sup>3)</sup> ze Strasburga podał dwa przypadki, które rzucają światło na drogi, jakimi sprawa umiejscawia się w wątrobie. Według Diehla w większości przypadków zakażenie idzie drogą żyły wrotnej, i pierwotne ognisko jest umiejscowione w przewodzie pokarmowym, ewentualnie najczęściej w wyrostku robaczkowym. Tylko w jednym przypadku, opisanym przez Moodie, można było stwierdzić przerzut na drodze tętniczej, jako skutek pierwotnego cierpienia w górnej szczęce.

Wogóle spotykamy dwa typy rozprzestrzeniania się sprawy: jeden przerzutowy, drugi przez styczność. Pierwszy, dając małe ogniska liczne, które łączą się w jeden, powodują jeden ogólny ropień. Zakażenie drogą styczną daje typ rzadszy—guz masywny, często bardzo rozległy, obejmujący cały płąt.

Ze względu na przebieg warto przytoczyć opis przypadków Diehla.

Ogrodnik lat 38 bez żadnych poprzednich zachorowań wstąpił do kliniki 2 czerwca 1909 roku z objawami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, trwającego od 4-ch dni. Po upływie paru dni wykonano zabieg, polegający na otworzeniu ropnia bez usuwania wyrostka. Badanie bakterjologiczne ropy dało paciorkowce, pałeczki okrężnicy i grzybki promienicy. Po tym zabiegu poprawa niezupełna, podwyższona ciepłota trzymała się wieczorami, przetoka nie chciała się zamknąć, prowadziła do jamy wielkości pięści. Wkrótce ogólny stan pogorszył się, stwierdzono guz w okolicy lędźwiowej prawej. Cięcie, przeprowadzone w tej okolicy wykazało b. niewiele ropy, tkankę obrzękową, sadłowatą (10 września). 26 września wystąpiła żółtaczka, trwająca przez 3 dni, z bólesnością okolicy pęcherzyka żółciowego oraz dreszczami. Wobec tego 3 września nowy zabieg. Po dotarciu do wątroby okazało się: wątroba na przednim brzegu twarda, liczne próbne przekłucia dały wynik ujemny, ale na dolnej powierzchni ku tyłowi od pęcherzyka cięcie po przez twarde guz wykryło ropień. Cała rana została przesączkowana, zrobiono przeciwotwór w okolicy lędźwiowej. Ropień otwarty dał ropy niewiele, ale bardzo cuchnącej. Gorączka i dreszcze nie ustawały, zaczęła się rozwijać posocznica przewlekła (rozwojnia). Nowe dwa cięcia nie doprowadziły do wykrycia większego zbiorowiska ropy — cała dolna część prawego płata przedstawiała oddzielne małe ropnie. Chory zmarł 27 grudnia. Badanie bakterjologiczne ropy z wątroby, dobytej na parę tygodni przed śmiercią, wykazało obecność promienicy, a ropa ta, zaszczerpiona świnie morskiej do jamy otrzewny, wywołała jej śmierć po upływie miesiąca z powodu promienicy wątroby.

Badanie pośmiertne pozwoliło odtworzyć obraz przebiegu zakażenia. Wyrostek, zajęty pierwotnie, był przedziurawiony, przyrośnięty do wstępnicy. Tkanka łączna podotrzewnowa — nacieczona ogniskami promienicy. Wątroba: jedno wielkie ognisko (12 cm. średnicy) zajmowało przednią część prawego płata. Reszta wątroby zdrowa. Wielkie ognisko utworzone zostało przez zbiór małych o średnicy nie większej ponad 1/2 cm. Inne narządy były zdrowe.

Drugi przypadek jest mniej ciekawy z punktu widzenia klinicznego.

Mężczyzna lat 34 był operowany z powodu zgorzeli płuc, zmarł w 18 miesięcy potem; badanie pośmiertne ustaliło, że pierwotne ognisko było w dolnym płacie lewego płuca — po przez przepoń sprawa przeszła na śledzionę (ropień podprzeponowy), sprawa po przez żyłę śledzionową przeszła na wątrobę drogą żyły wrotnej, w wyniku czego prawie w całej wątrobie utworzyły się liczne małe ropnie.

Przypadek 1-y przytoczyłem prawie *in extenso*, bo w sposób bardzo pouczający daje przebieg kliniczny samej choroby, a badanie pośmiertne wyjaśniło jej przebieg anatomo-patologiczny.

W roku 1905 ogłosił jeden przypadek A. W. Mayo.

W 1910 roku ogłosił swój przypadek<sup>3)</sup> J. C. Seenger z kliniki chirurgicznej w Budapeszcie. Sprawa wystąpiła jako guz wątroby u pacjentki, która skarżyła się czas dłuższy na bóle w okolicy żołądka. Z wywiadów można było wnioskować, że zakażenie szło drogą przewodu pokarmowego. Leczenie polegało na wycięciu i naświetlaniu promieniami X. Wynik dobry.

W roku 1925 ogłosił swój przypadek Cukor István<sup>4)</sup>

Chory lat 54, cierpiał od lat 10-ciu, bóle brane były za objaw wrzodu żołądka lub zapalenia pęcherzyka żółciowego, stosowano wielokrotnie Karlsbad, w końcu wystąpiła gorączka 38° — 39° o typie przestankowym, brak apetytu, dreszcze, żółtaczka. Podczas badania opór oraz bolesność pod prawymi łukami żebrowymi. Wątroba i śledziona powiększone, leukocytoza 9850. Podczas operacji znaleziono guz wielkości jabłka, opróżniono go, brzegi wszycy do ścian brzusznych, założono sączki. Podawano wielkie dawki jodku potasu, naświetlano prom. X., po 10 dniach zejście śmiertelne. Chory z zawodu był koniarzem.

W roku 1926 opisał swój przypadek Buchsbaum<sup>5)</sup>.

Chora lat 40 zapadała od lat 15 na mdłości okresowe, wymioty, bóle głowy, potem kurcze w górnej części brzucha po każdym jedzeniu. Podczas takiego napadu w r. 1919 wykonano usunięcie wyrostka robaczkowego, wkrótce potem ponowna operacja z powodu *enteroptosis*—oba zabiegi bez wyniku. Przed 4-ma laty pogorszenie, 10—15 stolców dziennie śluzowatych z zawartością niestrawionych pokarmów. W roku 1920 badanie prom. X. bez wyniku. Stałe chudnięcie, wymioty, rozwolnienia. W r. 1924 laparotomia dla umocowania macicy—bez żadnego wyniku. Ostatnio wątroba wystaje z pod łuków żebrowych na 3 palce poprzeczne, gładka. Badanie krwi daje zmniejszenie liczby wielojądrowych. W. R.—wynik ujemny.

Prześwietlenie prom. X.: opuszczenie odźwiernika, ograniczenie ruchomości, spłaszczenie opuszki. Płyn dobytej zapomocą zgłębnika dwunastniczego, przy badaniu dał ziarenka, grzybki Gram dodatnie. Rozpoznanie: promienica dwunastnicy i pęcherzyka żółciowego. Leczenie zapomocą wlewania poprzez zgłębnik dwunastniczy jodku potasu. Poprawa zaczęła występować z wolna, leczenie trwało całymi miesiącami, w końcu wyzdrowienie.

W r. 1927 ogłosił ostatnio przypadek promienicy pęcherzyka żółciowego Fame<sup>6)</sup>. Podczas zabiegu operacyjnego u chorego lat 50 znaleziono *empyema ves. felleae*. Pęcherzyk został usunięty. Wyzdrowienie.

W ostatnim roku Temp'sky<sup>7)</sup> ogłosił wyniki leczenia promienicy z kliniki Wrocławskiej (Küttner).

Wogóle leczono 45 przypadków promienicy, w czym było troje dzieci. W 36 przypadkach była forma szyjno-twarzowa, 29 przypadków, badanych następnie, wykazało zupełne wyzdrowienie. Po przecięciu i wyszkobaniu ogniska 3/4 I H.E.D. co 3—4 tyg. naświetlania przy jednoczesnym podawaniu do 2 g. jodku potasu. W 5 przypadkach promienicy klatki piersiowej nawet naświetlania nie mogły zapobiec złemu wynikowi. W tych przypadkach pozostaje tylko droga chirurgiczna. W 3



przypadkach promienicy brzusznej zakażenie szło z wyrostka robaczkowego, z tych dwoje zmarło. Jeden, leczony słońcem, uratowany. Jeden przypadek ropnicy promienicznej zakończył się śmiercią. Notatkę swoją z umysłu ograniczyłem do podania ciekawszych przypadków, bardzo dobrze oświetlających sprawę promienicy wątroby i pęcherzyka żółciowego, pozostawiając szanownym kolegom uzupełnienie tej notatki swoimi wywodami. Wogóle znalazłem w dostępnej mi literaturze w tym przedmiocie opisanych 37 przypadków. W sprawie leczenia zamieściłem ostatnio podaną w literaturze notatkę Temp sky ego, ponieważ wspomina on o leczeniu trzech przypadków promienicy brzusznej. Wogóle w całej literaturze daje się wyczuwać wiara jedynie w leczenie wielkimi dawkami jodu, czasami wstrzykiwaniami płynu *Lugola* (spół Hagen-Thorna).

Dla promienicy obwodowej prom. X okazały się skuteczne, skuteczność wstrzykiwań siarczanu miedzi podnosił w naszej literaturze Dr. Witold Żurkowski.

## PIŚMIENNICTWO.

1) Aribaud. Thèse de Lyon 1897. 2) P. Widal. Bull. de l'Acad. de méd. 1910 Nr. 18. 3) Diehl. Grenzgebiete der Med. und Chir. t. XXII fasc I 1910. 4) Cukor István. Therapia 1925. 5) Buchsbaum Maurice. Report of case involving the duodenum and biliary tracts. Journal of the Indiana state med. assoc. 1926. 6) Fame. Actinomyose de la vesicule billiare. Serv. de chir. hôp. Canton. Sadat. Gall. Revue méd. de la Suisse romande 1927. 7) Temsky Brunš. Beitr. z klin. Chir. B. 139 H. I. s. 207—216, 1927.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Lecznictwo.

W. FALTA. O kuracji tuczającej. (Ther. d. Geg. 1928 Nr. 3).

Aby ustrój powiększał stan swego posiadania, trzeba mu doprowadzić pewien nadmiar ciepłotek ponad tę liczbę, która jest potrzebna do zachowania równowagi przemianowej. Nie znaczy to jednak, że z pomocą zwykłego nadmiernego odżywiania można zawsze otrzymać w wyniku przyrost wagi osobnika, zależny od t. zw. zdolności asymilacyjnej. Ta zdolność jest naprzykład zwiększona w okresie zdrowienia po wyczerpujących chorobach. Osobnik taki przybiera na wadze nawet przy średnim odżywianiu.

Odwrotnie, znane są osobniki, które mimo bardzo obfitego odżywiania wzrostu wagi nie wykazują i to nie tylko w przypadkach nadczynności tarczycy, czy t. zw. nadmiernie żywego temperamentu lecz w zależności od tch przemiany podstawowej, która na wzmógłony dowóz odpowiada wzmogłym rozkładem.

Same pokarmy tłuszczowe i białkowe naogół nie wystarczają do uzyskania przyrostu wagi, do tego trzeba jeszcze węglowodanów.

Insulina, którą stosuje się w celu tuczającym, ma wywołać w komórkach zwiększony głód cukrowy, odciąga cukier ze krwi do tkanek i wywołuje stan hipoglikemiczny. To zjawisko odbija się także na ośrodkowym układzie nerwowym i powoduje powstanie uczucia głodu. Z drugiej strony insulina zwiększa wchłanianie pokarmów, wzmacnia wydzielanie soków trawiennych, a nawet przyspiesza opróżnienie żołądka. To wszystko stwarza warunki, sprzyjające tyciu. Insulina jest więc par excellence hormonem asymilacyjnym w przeciwstawieniu do tyroksyny, która jest hormońem dyssymilacyjnym i służącym do odtłuszczenia.

Jeśli chory, pomimo dobrego odżywiania, nie przybiera na wadze, to albo jego zdolność asymilacyjna jest zmniejszona, albo też zdolność dyssymilacyjna jest zwiększona. W obu przypadkach niekoniecznie musi dojść do stanów krańcowych, jakimi są cukrzyca i choroba Basedowa.

Zdarza się, że chory mimo najlepszej chęci nie może spożyć wyznaczonych pokarmów, gdyż uczucie głodu przemija u niego zbyt szybko; w tych właśnie przypadkach insulina oddaje cenne usługi.

Niewszystkie przypadki jednakże reagują dobrze na insulinę. Gorączkujący i zakaźni chorzy nie reagują np. na insulinę

(wiadomo zresztą, że i gorączkujący cukrzycowi słabo reagują na insulinę).

Drugim przeciwwskazaniem są stany zupełnego wyczerpania, gdzie cukier krwi jest zbyt niski i prawdopodobnie także układ nadnerczowy silnie wyczerpany. Nie pomaga insulina też często u osobników ze zbyt chwiejnym układem autonomicznym. W tych przypadkach obawa przed wstrząsem hipoglikemicznym uniemożliwia stosowanie powyższej metody. Co się tyczy dalszego przebiegu leczenia insuliną; to część chorych dostosowuje swój organ wysepkowy do nowych wymagań, i poprawa wagi (i bilansu) ustala się. U innych jednak z zaprzestaniem podawania insuliny bilans znów się pogarsza.

Pomysłowa jest koncepcja Depischa, który podawał chorym zamiast insuliny pewną ilość cukru naczczo, spodziewając się, że to tak samo wywoła pobudzenie aparatu wysepkowego i następnie hipoglikemję. W części przypadków objawy takie rzeczywiście wystąpiły.

Chory otrzymuje więc naczczo pół litra herbaty z 12—15 kawałkami cukru. Śniadanie takie wywołuje uczucie głodu naskutek znanego już mechanizmu.

W pewnej liczbie przypadków takie ćwiczenie organu wysepkowego trzustki dało wcale dobre wyniki. Ćwiczenia te często mogą zupełnie zastąpić doprowadzanie insuliny, która z rozmaitych względów niezawsze jest wygodna, niekiedy jednak jest ona konieczna i niczem innym nie daje się zastąpić.

B. Goldstein.

KEETON i NELSON. O leczeniu nudności, zawrotów głowy i stanów pokrewnych. (Journ. Am. Med. Ass. 1928 Nr. 9).

Zważywszy, że nudności stanowią niejako wstęp do wymiotów, autorzy uważają, że mechanizmy obu tych zjawisk są podobne i sprowadzają się w zasadzie do antyperystaltyki, oczywiście, jeżeli ta antyperystaltyka przekracza granice normy (ruchy przeciwraczkowe dwunastnicy i powrót jej treści do żołądka podczas okresu międzytrawiennego, są rzeczą zupełnie normalną).

Drugim czynnikiem jest chwiejność układu autonomicznego, nadwrażliwość pewnych dróg odruchowych, które powodują że nawet normalne bodźce wywołują nadmierne ruchy.

Co się tyczy leczenia, to winno się ono sprowadzić przede wszystkim do zmniejszenia antyperystaltyki lub wywołania prawidłowych ruchów robaczkowych dwunastnicy. Jeżeli zaś

to się nie uda — należy zahamować drogi odruchowe, łączące okolice tę z odpowiednimi ośrodkami.

Do wywołania normalnej perystaltyki nadają się najlepiej środki czyszczące w odpowiednim stężeniu, jak np. dwusodowy fosforan (5% roztwór wywołuje ruchy prawidłowe jelita, 15% ruchy wsteczne). Z drugiej strony zahamowanie odruchów daje się skutecznie środkami kojącymi. Z tych nadają się najlepiej bromki oraz pochodne kwasu barbiturowego, pierwsze są nawet lepsze, gdyż są mniej trujące.

Proszek, zawierający po 1 gramie bromku sodowego, dwuwęgla sodowego oraz fosforanu dwusodowego jest najlepszą i najskuteczniejszą kombinacją, którą autorzy polecają w odpowiednich przypadkach.

B. Goldstein.

BOOTHBY i HAINES. O leczeniu tlenem. (Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 5).

Autorzy przeprowadzili szereg doświadczeń na chorych w stanach duszności po umieszczeniu ich w specjalnie zbudowanym pokoju „tlenowym” (o zwiększonej zawartości tlenu w powietrzu).

Stwierdzają oni, że leczenie tlenem ma wartość tylko, jako środek, ułatwiający oddychanie w stanach anoksemji i winno być stosowane dopóki trwa stan chorobowy. Nie dało się wykazać, by tlen zwiększał siły obronne ustroju, jednak może on zatrzymać obniżenie odporności ustroju, spowodowane stanem osłabionego oddychania tkankowego.

Stosowanie tlenu winno się rozpocząć już w pierwszej chwili wystąpienia sinicy. Błędne koło może powstać w przebiegu zapalenia płuc lub niezytu oskrzeli, które prowadzą do zmniejszenia powierzchni oddechowej płuc, wywołują sinicę i anoksemję, co znów odbija się na sile obronnej ustroju, a w rezultacie sprawa chorobowa postępuje i rozwija się. Tlen usuwa tę duszność ustrojową i przerywa błędne koło. Często też leczenie tlenem wywołuje spadek gorączki o 2—3 stopnie, obniża częstość tętna i poprawia stan ogólny.

Największe znaczenie ma leczenie tlenem w ostrych stanach duszności, występujących np. w przebiegu zapalenia płuc, obrzęku płuc lub też zwężeniu tchawicy czy krtani.

B. G.

R. STAHL. O leczeniu posocznicy ostrej i przewlekłej. (Deutsch. med. Woch. Nr. 9, 1928).

W przypadkach posocznicy, występującej po anginie, otrzymywał S. dobre wyniki przez szybkie podwiązanie żyły szyjnej (*v. jugularis interna*), co zapobiegało dalszemu przenoszeniu się zakażonego materiału i ułatwiało organizmowi zwalczanie miejscowego ogniska.

Ze środków chemoterapeutycznych najlepsze wyniki otrzymał autor po zastrzykiwaniu dożylnym preparatu „Introid”, będącego połączeniem jodu i ceru. Szczególnie dobre działanie tego związku występowało w posocznicach połogowych,

W powolnym zapaleniu wśierdzia stosował autor auto-szczepionki, przetaczanie krwi — bez lepszych rezultatów.

W jednym przypadku otrzymał S. poprawę przez słabe naświetlanie promieniami Roentgena.

M. Goldmann junior.

## Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ Rocznic Psychjatryczny. 1928. Z. VII. str. 294. Warszawa. 15 złotych.

Ukażał się niedawno w druku pierwszy zeszyt, blisko 300 stronic obejmujący „Rocznika Psychjatrycznego”, Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Jest to jedyny organ w Polsce, poświęcony czystej psychjatrii, a wychodzący pod redakcją Warszawskiej Kliniki Psychjatrycznej, obok „Nowin Psychjatrzy-

nych” kwartalnika, będącego „organem zakładów psychjatrycznych Polski Zachodniej” (Dziekanka, Kocborów, Kochanówka, Kościan, Lubliniec, Owińska, Rybnik, Świecie), a wychodzącego pod egidą lekarzy z Dziekanki Poznańskiej. Mamy więc organy psychjatryczne Polski Zachodniej i Środkowej, brak nam dla uzupełnienia trójczłonowego organu Polski Wschodniej.

Bardzo poważnie prezentuje się ostatni Rocznic Psychjatryczny, zawierający przeważnie odczyty, zgłoszone lub wygłoszone na VII Zjeździe Psychjatr. Zasługują na uwagę wyzerpujące prace ze szpitalnictwa psychjatrycznego (Łuniewski: Nasza gospodarka psychjatryczna w świetle cyfr 1926 r.), z chemji biologicznej (Zamecki: O reakcji Buscaino; Medem: O zespołach odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego), z kliniki (Morawski: Stany manjalkalno-depresyjne objawowe), z kazuistyki sądowo-psychjatrycznej (Nelken: Niepamięć wsteczna po postrzale głowy; Łuniewski: Psychoza szałowo-posępnicza w kazuistyce sądowo-psychjatrycznej), z filozofji psychjatrii (Radziwiłłowicz: Cechy psychjatrii jako nauki biologicznej), z psychoanalizy stosowanej (Bornsztajn: Psychoza manjalkalno-depresyjna w świetle psychoanalizy), z psychopatologii i psychologii sugestji (Błachowski i Borowiecki: Epidemia psychiczna w Słupi pod Środą), z endokrynologii (Świętłow: Zaburzenia psychiczne w gigantyzmie) i z psychjatrii porównawczo-rasowej (Becker: Choroby umysłowe u Żydów).

Załączone do prac bibliografje i streszczenia francuskie ułatwiają zadanie w pewnej mierze obcokrajowcom, chcącmy korzystać z piśmiennictwa polskiego. Szkoda wielka, że do 2-eh zeszytów rocznych o łącznej objętości przynajmniej 20 arkuszy rocznie, dających przegląd bibliografji i Zjazdów psychjatrycznych za r. 1927, nie dołączono sprawozdań i protokołów z posiedzeń licznych Polskich Towarzystw Psychjatrycznych, odzwierciedlających poniekąd żywotność poszczególnych ognisk tej gałęzi medycyny.

H. Higier.

∞ F. MULLER, F. HILLER i H. SPATZ. Icones neurologicae (z objaśnieniami. Drugie ulepszone wydanie tablic ściennych Struempell-Jacoba). Wydawnictwo I. Lehmana. Monachium 1926-1928. Cena 20 tablic — 104, na podszwecze płóciennej 143 marek niemieckich).

Poważne wydawnictwo, przynoszące zaszczyt starej monachijskiej firmie wydawniczej Lehmann, rozpoczęte w r. 1926 i ocenione pobieżnie w r. 1927 w Czasopiśmie, zostało obecnie ukończone. Do poprzednich 2-eh współpracowników Müllera i Spatza w międzyczasie przybył P. Hiller, do dawnych 10-ciu wielkich tablic ściennych przybyło 10 nowych bardzo efektownych, pouczających i demonstracyjnych.

Uwydatnione zostały w nich: 11) Bieg torów ruchowych i czuciowych, 12) i 13) Odcinki czuciowe skóry według przebiegu nerwów obwodowych i segmentów rdzeniowych, 14) Unaczynienie mózgu, 15) Szlaki wzrokowe, 16) Stosunek topograficzny nerwów i mięśni do rdzenia, 17) Myelo i cytoarchitektonika kory, 18) Ontogeneza rozwoju mózgowia, 19) Przekroje ośrodkowego układu nerwowego noworodka miesięcznego, 20) Układ roślinny.

Papier i wykonanie doskonałe. Cena, mimo iż zwykłe tablice kosztują 225, a oprawne blisko 320 zł., na nasze pieniądze nie jest zbyt wygórowana.

H. Higier.

J. KAIRIUSTIS. Przyczynek do zagadnienia porażenia postępującego. (Allg. Zeitschr. f. Psych. T. 88. Zesz. 4—7 1928).

Autor, dyrektor zakładu dla umysłowo chorych na Litwie, stawia nową hipotezę co do powstawania porażenia postępującego. Jacy luetycy stają się paralitykami? Obok czynnika X — kiły, — który uchodzi za właściwą przyczynę PP., przyjmuje się wpływ jeszcze jednego czynnika Y, który uwarunkowuje wybuch tej choroby. Za taki czynnik uważano z jednej strony skutki kultury zachodnio-europejskiej, z drugiej strony dopatry-

wano się tu specjalnego działania neurogennego krętka bladego Autor, opierając się na badaniach anamnestycznych, widzi współczynnik przyczyniający się do wybuchu bezwładu postępującego, raczej w pewnej anomalji życia płciowego tych chorych, która to anomalja sama przez się bynajmniej nie może być zaliczona do kategorii ekscesów seksualnych.

Okazało się bowiem, że wśród znajdujących się w jego zakładzie paralityków był bardzo rozpowszechniony specjalny sposób współżycia seksualnego, bardzo szkodliwy dla układu nerwowego. Chodzi tu o swoisty sposób zapobiegania zapłodnieniu za pomocą *congressus interruptus*.

Dochodzenia, poczynione przez autora u żon paralityków które dotyczyły 19 przypadków wykazały, że prawie wszyscy paralitycy praktykowali stale podobny stosunek płciowy. Autor uważa, że często spotykana bezpłodność i bezdzietność paralityków jest w większym stopniu następstwem opisanego sposobu zapobiegawczego, aniżeli skutkiem bezpośredniego szkodliwego działania kiły na płodność i potomstwo.

Jego zdaniem, tylko tem dają się wytłumaczyć pewne osobliwości w rozpowszechnieniu P. P., jako to znaczna różnica w częstości P. P. u mężczyzn i u kobiet, przypadki małżeństw, dotkniętych P. P., a także częstość bezwładu postępującego u oficerów, urzędników i u przedstawicieli innych podobnych zawodów. Płec męska w większym stopniu narażona jest na P. P., ponieważ wspomniany anormalny stosunek płciowy wywiera na układ nerwowy mężczyzn wpływ szkodliwszy, aniżeli na układ nerwowy kobiet.

Charakterystycznym jest, że mężczyźni wyższych sfer, w których jak wiadomo bardziej rozpowszechnione są sposoby zapobiegania zapłodnieniu, częściej też zapadają na bezwład postępujący. Potwierdzenia swojej tezy autor dopatruje się również w fakcie, że liczba paralityków w Europie znacznie wzrosła w miarę tego, jak zmniejszyła się płodność ludności. W dobie obecnej najwięcej zagrożone przez P. P. są właśnie społeczeństwa, najbardziej posunięte na drodze cywilizacji.

Co się tyczy procesu mózgowego, który pod wpływem *congr. interruptus* przyczynia się do przygotowania gruntu dla wybuchu p. p., to autor przedstawia go sobie w formie irradjacji podrażnienia mlecza pacierzowego. W tych warunkach mózg może stopniowo dojść do stanu anormalnego podrażnienia, które powoduje stałe zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym i tem samem czyni mózg miejscem mniejszego oporu dla zarazka syfilitycznego.

R. Becker.

A. MERCKLIN. O stosowaniu makowca w cyklicznych depresjach i zaburzeniach snu. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Tom 84. 1926).

Autor dochodzi do wniosku, że, jakkolwiek makowiec wzgl. pantopon, u niektórych predysponowanych osobników może wywołać pewne przyzwyczajenia i nawet nałogi, to jednak w razie pewnych wskazań psychiatrycznych nie powinno to nas powstrzymywać od stosowania makowca, który, jako środek objawowy, jest bardzo skuteczny.

Oczywiście, bezkrytyczne stosowanie makowca we wszystkich przypadkach uczucia strachu lub natręctwa nie jest wskazane. Natomiast jest ono nie tylko dopuszczalne, lecz nawet nader pożyteczne w przypadkach lęku, połączonego z zespołem depresji w psychozie manjako-depresyjnej, jakoteż w okresowych zaburzeniach snu natury psychopatycznej.

Odwyzyczajanie chorego od tego środka winno jednak odbywać się pod obserwacją lekarza zę szczególnem uwzględnieniem terapii psychicznej.

R. Becker.

## Medycyna sądowa.

Al. SCHACKWITZ. Za zabójstwo 18-dniowego dziecka — wyrok skazujący z art. 217 (St. G. B.) (Dzieciobójstwo). (D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1927 r. X.).

Zdaniem autora, art. 217 K. K. powinien być zachowany, gdyż stosunek społeczeństwa do ciąży nieślubnej i porodu, jak również opieka społeczna nad niezamężną matką i jej dzieckiem, uległy zmianie od czasu, gdy weszło w życie prawo o dzieciobójstwie. Treść tego przepisu prawnego winna być poddana naukowemu wyjaśnieniu, a zwłaszcza termin „bezpośrednio po porodzie”. Przytoczony przypadek nastroża trudności w rozgraniczeniu tego pojęcia, a wyrok został wydany w myśl przepisu prawnego, w którym przyjęto, że matka, według orzeczenia lekarskiego, znajdowała się w stanie, który dopuszczał przyjęcie dzieciobójstwa, choć od chwili porodu upłynęło już 18 dni.

W lutym 1925 r. 25-letnia służąca zakopała swoje 18-dniowe dziecko na zaoranem polu. Po wykryciu przestępstwa matka tłumaczyła się, że jest „ograniczona” — wobec czego poddana ją badaniu lekarskiemu.

Badanie cielesne i władz umysłowych nie wykazało widocznych odchyłeń od normy, a ujawnione nieznaczne ograniczenie umysłu da się wyjaśnić stopniem wykształcenia (szkoła wiejska) oraz przebywaniem w niepomyślnych warunkach materialnych i rodzinnych. Z pewnością jedynie można było stwierdzić, że niema zastosowania artykuł o zwykłym zabójstwie z premedytacją. W opinji biegły podniósł, że przejścia, związane z porodem, wywarły pewien wpływ, zwłaszcza, że dziewczyna po narkozie przebyła chorobę gorączkową i że przedwcześnie została wypisana z kliniki. Ten osłabiony cielesny i duchowy stan doznał jeszcze pogorszenia przez długotrwały brak pożywienia, niewygody w podróży oraz wysiłek fizyczny — podróż piechotą bez pomocy i towarzystwa o zmroku i chłodzie. Można było zatem przyjąć, że stan wywołany przez poród, wskutek szczególnego zbiegu okoliczności, trwał dłuższy czas po porodzie — czyli że oskarżona w chwili przestępstwa znajdowała się w stanie, który prawodawca oznaczył terminem „bezpośrednio (tuż) po porodzie”. Sąd przychylił się do tych wywodów i skazał przestępczynię nie za morderstwo, lecz za dzieciobójstwo. W motywach wyroku podniesiono, że termin: „bezpośrednio po porodzie” — żadnego ściśle określonego czasu nie oznacza; miarodajny jest fakt, czy wywołany przez poród stan istnieje w chwili przestępstwa. W danym przypadku warunki do zastosowania art. 10 o dzieciobójstwie były wystarczające; — natomiast zbytecznym jest dowodzić, czy oskarżona działała z namysłem czy bez, ponieważ ta różnica niema znaczenia dla zastosowania § 217 St. G. B. Sprawczyni została skazana na 4 lata więzienia.

W. Felc.

Al. SCHACKWITZ. Skutki błędnego rozpoznania tożsamości zamordowanej. (D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1927 r. X.).

W pewnej wsi znaleziono w gęstwinie leśnej zwłoki kobiety bez ubrania, ze śladami gwałtownego uduszenia na szyi. Zawiadomiono prokuratora z prośbą o przysłanie komisji. Przyjazd nie doszedł do skutku z powodu kosztów podróży, gdyż żadna z władz nie chciała przyjąć ich na swój rachunek. Sekcję zrobił lekarz powiatowy, miejscowy fotograf zdjęcie sytuacyjne i zamiast trupa zjął żywą położoną tam osobę. Zdjęcie denatki było zrobione bez doprowadzenia do porządku jej potarganych włosów. Jeden z wieśniaków, któremu pokazano fotografię, rozpoznał w niej córkę, która od dłuższego czasu przebywała w mieście. (Zwłok nie pokazano, gdyż obducent dla dokładniejszego obejrzenia zębów, rozciął oba policzki aż do uszu). Postanowiono zwłoki pochować, a narzeczonego dziewczyny pociągnąć do odpowiedzialności za zabójstwo. Tymczasem znajomi córki wieśniaka, wyczytawszy w gazetach o zbrodni, zawiadomili policję, że dziewczyna żyje; policja skierowała ją na wieś, gdzie przybyła akurat na swój pogrzeb. Prokurator, dowiedziawszy się o pomyłce, wysłał komisję, która po dokonaniu ekshumacji, zrobiła odciski z palców i w kilka godzin wyjaśniła tożsamość zwłok. Wkrótce ujęto sprawcę morderstwa.

Słusznie zaleca autor dokładność i ostrożność w rozpoznawaniu zwłok oraz wysyłanie specjalistów ns miejsce przestępstwa.

W. Felc.

**AL. SCHACKWITZ. Późny ograniczony krwotok mózgowy po urazie w głowę.** (D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1927 t. X).

19-letni robotnik został uderzony w głowę łaską dębową w niedzielę o 7-ej wieczorem, przyczem odniósł ranę tłuczoną powłok skórnych dług. 16 cm. w okolicy lewej kości ciemieniowej. Po urazie tylko się zachwiał, a po nałożeniu opatrunku przy nieznacznych bólach głowy udał się z kolegami do kina, skąd wrócił o 10-ej do domu; na nic się nie skarżył i zachowywał się zupełnie normalnie. Następnego dnia, jak zwykle, pracował 9 i pół godziny w fabryce, nie odczuwając żadnych dolegliwości. We wtorek udał się do lekarza na opatrunek. Dopiero po powrocie do domu doznał pierwszych objawów ze strony mózgu. A. ubrał się w najgorszy garnitur, którego nawet do fabryki nie brał; nie mógł zasznurować trzewików; idąc do fabryki zachowywał się dziwnie, uśmiechał się i rozmawiał

ze sobą; po drodze stając przed wystawą sklepową robił grymasy i pokazywał język, później wyrwał kilka sztachet z parkanu; nie umiał wyjaśnić powodów swego postępowania. Odwieziono go do szpitala, gdzie już nie mógł mówić z powodu porażenia lewej połowy twarzy, wtedy również stwierdzono częściowe porażenie prawego ramienia. Badanie wykazało: ranę tłuczoną głowy bez uszkodzenia kości, t. 65 na minutę. Naza-jutrz stan ten sam, ciśnienie płynu m. rdz. po punkcji z 210 mm. spadło do 120 mm. Po upływie doby stan ten sam, ponadto rozwolnienie i cuchnący stolec. W czwartek w nocy śmierć. Sekcja wykazała: ranę tłuczoną powłok miękkich w okolicy ciemieniowej lewej, niewielki wylew krwi do tkanki podskórnej, pokrywa nieuszkodzona, wylew krwi pomiędzy oponami, wylew krwi do śródkościa, wylew krwi do substancji białej mózgu lewej półkuli wielkości śliwki. Naczynia krwionośne bez zmian. W mózgu zatem nie stwierdzono zmian makroskopowych, podobnie w innych narządach. Przyczyna śmierci niedostatecznie wyjaśniona, gdyż nawet większe guzy w tej okolicy zwykle nie powodują zgonu.

W. Felc.

## Wskazówki praktyczne.

— **Düker** stosuje w zaparciu stolca *Euglissinę* (fabr. Lands-hoff u. Meyer. Berlin—Grünau), w której skład wchodzi: *paraffin liquid, semen lini, semen psylli, extr. casc. sagr.* i marmolada owocowa. W ten sposób *euglissina* dzięki parafinie ułatwia przeslizgiwanie się kału, napęczniałego pod działaniem siemienia. Stosuje się *euglissinę* trzy razy dziennie po łyżeczce od herbaty na krótko przed jedzeniem lub podczas jedzenia.

(Med. Klim, 1928, Nr. 12).

— **Heischer i Hirsch-Tabor** zalecają w zaburzeniach miesięczkowych kombinację papaweryny z johimbina pod nazwą *Methyrin*. Przetwórcę ten ma nietylko wywoływać przekrwienie na-

rzędów rodnych i działać przeciwkurczowo na mięsień macicy lecz również podniecać produkcję hormonu jajnikowego.

(Deutsch. med. Woch. 1928, Nr. 12).

— Jako środek obniżający ciśnienie krwi poleca **W. Grossmann** *Viscysatum*, środek wyrabiany z działających części składowych *Viscum album*. Zwykła dawka wynosi 20 kropeł trzy razy dziennie.

(Med. Klin. 1928, Nr. 12).

— Pastyłki *Gynergenu*, według spostrzeżeń **Träutmana**, działają dobrze w migrenie i w toksykozach tarczyczych. W napadzie migreny daje się z początku jedną, nieco później 2 pastylki.

(Münch. med. Woch. 1928, Nr. 17).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie naukowe z d. 26-I, 28.

Obecni jako goście kol. kol. bracia **Kryński**.

**I. B. Kryński i Karbowski: Rentgenografia kości skroniowej.**

**Kryński** omówił w ogólnych zarysach technikę rentgenografii kości skroniowej; zwrócił uwagę na trudności, jakie rentgenolog spotyka w każdym poszczególnym przypadku. Konieczna jest daleko idąca indywidualizacja ze względu na indywidualności w budowie anatomicznej.

**Karbowski** omówił znaczenie rentgenografii dla kliniki. Dochodzi on do wniosku, że, o ile w typowych przypadkach obraz rentgenol. ma znaczenie, polegające na obznajmieniu się zgóry z planem operacyjnym, to w przypadkach o przebiegu klinicznym nietypowym badanie rentgen., po uwzględnieniu całości kształtu obrazu klin., może decydować o zabiegu chir. Obraz rentgen. z różnych okresów sprawy zapalnej pozwala nam przewidzieć, jaki będzie dalszy przebieg.

Dyskusja.

**Zamenhof** nic nowego na zdjęciach przedstawionych nie widział. Wnioski **Karbowskiego** są przedczesne. Z. ostrzega przed niemi na zasadzie własnego doświadczenia.

**Mesz:** zdjęcie obu wyrostków należy robić jednocześnie, zwłaszcza w położeniu osiowym. W przypadkach guzów zaciemnienie jest miarodajne (objawy zastoinowe). W przypadkach guzów w tylnej jamie czaszkowej po stronie zdrowej przewód zewnętrzny ma być szerszy. Współpraca klinicysty z rentgeno-

logiem jest niezbędna w każdym przypadku. Postęp rentgenografii wyrostków jest niewątpliwy. **M.** nie zgadza się z **Zamenhofem**.

**Kmita:** odczytywanie rentgenogramów jest rzeczą najważniejszą. Porównanie chorej strony ze zdrową jest niezbędne.

**B. Chorążycy** w zupełności się zgadza z tem, że rentgenografia robi wielkie postępy, ale nigdyby się nie odważył li tylko na podstawie zdjęcia rentgen. przedsięwziąć zabiegi na wyrostku. Ile to razy zaciemnienia wyraźne jam szczękowych, które mają ściśle określone granice, wprowadzają nas w błąd. Tembardziej musimy być ostrożni z tłómaczeniem zdjęć wyrostków. Nieraz widzimy na zdjęciu wyraźną budowę siateczkową albo beleczkową, a podczas operacji znajdujemy tkankę gąbczastą dość zbitą albo o minimalnych oczkach. Zwłaszcza u dzieci podobne obrazy mogą wprowadzić w błąd, gdyż wyrostki dziecięce dość często prawie nie zawierają komórek powietrznych.

**Kryński:** ogólny rentgenolog nie może tłómaczyć zdjęć, tylko klinicysta, który się zajmuje jednocześnie rentgenologią swej specjalności, może dać trafne tłómaczenie obrazów rentgenologicznych.

**Karbowski:** prawdą jest, że wynik ujemny rentgenografii nie jest miarodajny.

**II. Karbowski: Przypadek ośrodkowego porażenia nerwu zwrotnego.**

Przypadek dotyczy 40-kilkoletniego pac., u którego w kilka dni po operacji usunięcia kamienia nerkowego wystąpiła silna czkawka, która trwała około 10 dni. Po ustąpieniu czkawki wystąpiło porażenie n. twarzowego prawego i lewego n. zwrotnego. Stopniowo ustąpiło porażenie nerwu twarzowego; od kilku tygodni spostrzega się również znaczną poprawę w czynności n.

zwrotnego. Lewa nalewka i struna głosowa wykazuje zahamowanie odwodzenia, przyczem cała lewa połowa krtani jest wyraźnie obrzęknięta. Jednoczesne porażenie n. twarzowego z pr. strony i n. zwrotnego z lew. strony trudno jest wyłomaczyć. Jest ona według wszelkiego prawdopodobieństwa pochodzenia ośrodkowego na tle schorzenia naczyniowego.

III. J. Chorażycki (*jun.*). Demonstrował chorego z *pemphigus*,

IV. Czarncki przedstawił chorą lat 50, która zwróciła się do niego przed 2 miesiącami, skarżąc się, że od roku zaczęły jej rosnąć guzy po obu stronach szyi; guzy te przed pół rokiem zoperowano, ale już po upływie 3 tygodni zjawiły się one z powrotem. Podczas badania stwierdzono obecność dużych twardych guzów po obu stronach szyi, tak, że obwód szyi był znacznie większy od obwodu głowy. W jamie nosowo-gardzielowej stwierdzono obecność guza, wypełniającego całą jamę i opuszczającego się do jamy gardzieli. Kawałek guza wycięto i zbadano drobnovidzowo, przyczem skonstatowano mięsak.

Chora była leczona naświetlaniem promieniami Roentgena i zastrzykiwaniem arsenu. Po upływie miesiąca chora zjawiła się u Cz., uważając się za zdrową, przyczem zarówno guz w jamie nosowo-gardzielowej, jak i znacznie powiększone gruczoły chłonne na szyi całkowicie znikły. Chora powtórnie była naświetlaną promieniami Roentgena. Obecnie po upływie 5 tygodni stan jest co najmniej gorszy, gdyż w jamie nosowo-gardzielowej można stwierdzić obecność niewielkiego guza, a i z prawej strony szyi widać powiększone gruczoły; lewa strona szyi — wolna. Cz. ma zamiar zastosować 3-ią serję naświetlań i leczenie jodem.

V. B. Chorażycki (*sen.*), przedstawił 2 przypadki:

A) Anamneza. Chora lat 14 z Łodzi. Od 5 tygodni choruje na *ropienie ostre lewego ucha środkowego*. W początku choroby lekarz zrobił paracentezę w uspieniu ogólnym, również usunął po pewnym czasie w ten sam sposób trochę ziarniny. W końcu 4-go tygodnia nagle występują bóle głowy, wymioty i niepewny chód. Od czasu do czasu podwójne widzenie, Ciężkość i tętno stale w granicach normy. Badanie dna oczu ustaliło obustronną tarczycę zastoinową. Chorą przywieziono do Warszawy.

*Stat. praesens:* Chora o wyglądzie i odżywianiu normalnym. Stale leży, gdyż sama nawet kilku kroków bez obcej pomocy zrobić nie może. Chwieje się w różne strony. Z zamkniętymi oczyma nawet ani jednego kroku zrobić nie może. Romberg nie wybitnie dodatni. Oczopląs wyraźny w stronę zdrowego ucha, zwłaszcza podczas patrzenia na prawo. Przy zupełnym odwróceniu oczu wprawo — podwójne widzenie, co podobno i przed chorobą się zdarzało (?). Bolesność wyrostka nieznaczna, wydzielina ropna obfita. Tętno i temperatura normalna. Badanie dna oczu nie stwierdza tarcz zastoinowych. Bóle głowy częste i gwałtowne.

*Operacja:* Rozległy ropień nadoponowy i okołozatokowy długości (przedmiotylnej) około 6 cm., szerokości (górnodolnej) około 5 cm. Kość wybitnie zpneumatyzowana. Wszystkie komórki kostne pełne ropy i ziarniny. Nawet całą nasadę łuku jarzmowego usunięto. Dzisiaj 18 dzień po operacji. Wszystkie wyżej wspomniane objawy znikły zupełnie, Chora doskonale chodzi i niezadługo wypisze się z zakładu.

B) Chora lat 24 zwróciła się z powodu *chrypki i niedrożności nosa*. Badanie stwierdza zmiany twardzielowe w drogach oddechowych na całej rozciągłości. Prawa połowa jamy nosowej zupełnie zarośnięta, do czego oprócz zmian specyficznych przyczyniło się jeszcze wrodzone skrzywienie przegrody. W przestrzeni nosowo-gardzielowej zrosły w postaci pasm bliznowatych dłuższych i krótszych, które podniosły i wciągnęły do góry miękkie podniebienie, tak, że małego języzka wcale nie widać. Postrynoskopja jest z tego powodu dość ciekawa i pouczająca, gdyż po obu stronach stwierdza się jakby wachlarze z pasm bliznowatych. W krtani znaczne zmiany specyficzne. Najciekawsze jest jednak nacieczenie i unieruchomienie lewej połowy krtani.

*Leczenie:* Oprócz leczenia miejscowego naświetlania promieniami Roentgena, które mają dobrze działać na nacieczenie specyficzne.

Sekretarz: B. Chorażycki.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Valtis przedstawił na pos. grudn. Paryskiego Tow. Biolog. wyniki swych  *badań doświadczalnych nad zakażeniem gruźliczem (u myszy białych)*. Okazało się, że po wszczepieniu śródotrzewnowem niewielkich dawek prątków jadowitych nie umiejscawiają się one zupełnie na otrzewnie, w śledzionie lub wątrobie, jak to bywa w zakażeniu masowem, ale wędrują szybko do płuc, wywołując tu odpowiednie zmiany. Ponawiane wstrzykiwania tuberkuliny pozostały bez jakiegokolwiek wpływu zarówno na przebieg zakażenia, jak i na rozmiary powstałych zmian swoistych.

Na tem samem posiedzeniu zreferowali Levaditi, Sanchis-Bayarri i Manin wyniki badań swych nad *wartością zapobiegawczą bizmutu w kile doświadczalnej*. Z badań tych wynika, że rozpuszczalne sole bizmutu (podwójne połączenie jodu z bizmutem i chininą) posiadają pod tym względem o wiele mniejszą wartość, odznaczając się zato większą toksycznością. Powyższe połączenie bizmutu posiadało własność ochronną (iniekcja śródmięśniowa) wtedy tylko, gdy zakażenie następowало w jakie 5 dni później, natomiast iniekcja „ochronna“ pozostawała bez wpływu, jeśli zakażenie wywołymano po upływie miesiąca od chwili tej iniekcji (Pr. Med. Nr. 103/27 r.).

Gayet na pos. grudn. Tow. Lek. w Ljonie zwrócił uwagę klinicystów na bardzo wczesny, choć niezbyt częsty, *objaw rzeżączki u kobiet*, a mianowicie na *krwiomocz bez bólów*, bez objawów zapalenia pęcherza. (Pr. Med. Nr. 102/27 r.).

W paryskim Tow. Urolog. omawiał Berner-Lagardę przypadek *rzeżączki, wyleczonej zapomocą iniekcji dożylnych szczepionki przeciw rzeżączkowej*. Choremu ze swoistem zapaleniem cewki moczowej i przyjądrza wstrzyknięto przez pomyłkę szczepionkę dożylnie, miast podskórnie. Wystąpiły bardzo burzliwe objawy w postaci gorączki, majaceń, duszności, wymiotów, białkomoczu i krwiomoczu, które stopniowo ustąpiły. Jakkolwiek tej metody leczenia, rozumie się, nie można zalecić, zasługuje przecież na uwagę fakt, że sprawa chorobowa w przyjądrzu ustąpiła zupełnie, zapalenie zaś cewki znacznie się poprawiło.

Na pos. listopadowem Parysk. Tow. Hydrolog. mówił Piatot o *leczeniu dny zapomocą wód mineralnych*. Autor odróżnia 3 zasadnicze kategorie tych wód: 1) wody alkaliczne, 2) wody, wzmagające diurezę i 3) wody ciepłe, — poświęcając uwagę zwłaszcza tym ostatnim i omawiając: ich dodatni wpływ kojący na układ nerwowy chorych, działanie przeciwbólne na zmiany stawowe, działanie, odtruające ustroj dzięki wzmoczeniu diurezy, perystaltyki kiszki i transpiracji. Z wód francuskich zasługują pod tym względem na uwagę: źródła w Aix les Bains, Bourbonne-les Bains, Bourbon-Lancy, wody Dax i Saint-Amand.

Sedillot omówił w Parysk. Tow. Lek. (listopad r. ub.) 3 przypadki *angiokrinozy*, czyli najrozmaitszych, a występujących napadowo zaburzeń ze strony żołądka, pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, odbytnicy i t.p., na tle dyshormonozy — które spowodowały błędne rozpoznanie, a przeto i wskazanie do operacji. Objawy ustąpiły w zupełności po przeprowadzeniu systematycznym przez parę tygodni opoterapii tarczyczej.

W Tow. Franc. do badań nad rakiem przedstawili Arloing i Jossierand wyniki swych badań nad *zaraziwością raka*. Autorowie karmili myszy pokarmem, zakażonym przez ekskrementy chorych z rakiem przewodu pokarmowego i stwierdzili u kilku myszy nowotwory żołądka (*adenoma pylori, papilloma ventriculi*); w jednym z nowotworów znaleźli spiropterę Fibigera Daelsowi udało się wywołać sztucznie u myszy powstanie raka sutka przez wstrzykiwanie mieszaniny bromku radu, ziemi okrzemkowej i parafiny.

We Franc. Tow. Elektroterapii i Radiologii przedstawił Zimmermann, Nicolleau i Arvanitakis doskonałe wyniki wywoływania *znieczulenia skóry zapomocą jonizacji*. Elektrologowie zarzucili metodę jonizacyjną, gdyż stosowanie tą drogą kokainy dawało bardzo umiarkowane rezultaty. Natomiast autorom udało się otrzymać doskonały efekt przy zastosowaniu karbainy. Ponieważ zapomocą tej „introdukcji elektrolitycznej“ osiągnęli zawsze pożądany stopień znieczulenia skóry, zastosowali ten sposób do wykonywania niewielkich zabiegów w rodzaju: elektrokoagulacji tocznia i keloidu lub elektrolizy znamion — i zalecają tę metodę w odpowiednich przypadkach. (Pr. Méd. Nr. 101/27 r.).

Z. Ś w.

## Przegląd terapeutyczny.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego.  
(Kierownik A. LANDAU).

### Kilka uwag o stosowaniu merkurumu.

p o d a l i

Anastazy LANDAU (Warszawa) i Jerzy GLASS (Warszawa).

Współczesne lecnicstwo stosuje w szerokim zakresie organiczne związki barwnikowe, korzystając z ich własności bakterjobójczych. Błękit metylenowy, fiolet goryczkowy, trypaflawina i wiele innych wstrzykiwane dożylnie, blokują układ siateczkowo-śródbłonkowy i stąd mają duże zastosowanie w zwalczaniu zakażeń bakteryjnych różnorodnego pochodzenia. Przemysł chemiczny ostatnio, drogą łączenia barwników z ciężkimi metalami stara się spotęgować ich działanie bakterjobójcze i w ten sposób osiągnąć lepsze wyniki terapeutyczne. Wypuszczono więc argochrom (związek srebra z błękitem metylenowym), dalej argoflawinę (połączenie trypaflawiny ze srebrem) i t. d. Zaczęto też łączyć i rtęć z barwnikami.

Takim związkiem jest mercurome, preparat wytwórni angielskiej W. Martindale, będący solą dwusodową dwu-bromo-oksy-rtęciowej fluoresceiny; zawiera on około 23% rtęci. Stosowany jest od kilku lat pod nazwą „Mercurochrome 220 soluble“, w Stanach Zjedn. Ameryki Północnej miejscowo w rzeźączce i stanach zapalnych dróg moczowych, oraz — w postaci zastrzykiwań dożylnych we wszelkich stanach septycznych, w pogrypomem zapaleniu płuc, w gościu stawowym, w przewlekłej zimnicy i w wielu innych stanach chorobowych.

Preparat ten w Europie znany jest stosunkowo mało, a w Polsce niema dotychczas ani jednej publikacji, tyżającej się zastosowania klinicznego merkurumu.

To skłoniło nas do zestawienia naszych spostrzeżeń.

W ciągu ostatniego roku stosowaliśmy merkurum w 11 przypadkach na naszym oddziale szpitalnym oraz u 10 chorych w praktyce prywatnej, z tego: w 5-u przyp. złośliwego powolnego zapalenia wsierdza (*endocarditis lenta*), w 5-u przyp. ostrego, względnie podostrego gościu stawowego, powikłanego zapaleniem wsierdza, w 2-ch przyp. ostrego zakażenia dróg żółciowych, dalej w 2-ch przyp. ostrych zapalnych stanów dróg moczowych oraz w szeregu stanów septycznych różnego pochodzenia. Materiał względnie niewielki pozwala jednak wyciągnąć pewne wnioski.

Merkurum stosowaliśmy wyłącznie dożylnie, w postaci 1% lub 1/2%-go roztworu, w dawce od 0.05 gr. do 0.2 gr. zależnie od przypadku. Ścisłe odważoną dawkę rozpuszczaliśmy w 10-20 cm.<sup>3</sup> 10%-go cukru gronowego. Łuski merkurumowe rozpuszczają się w glukozie dobrze, dając płyn ciemno-wisniowy, nieprzejrzysty.

Samo zastrzyknięcie jest dość trudne ze względu na nieprzezroczystość płynu i barwę, podobną do barwy krwi. Lepiej jest, jak to zauważyliśmy,

stosować większe rozcieńczenie, conajmniej 1/2%, gdyż to zmniejsza objawy uboczne, które występują czasem po zastrzyknięciu. Z tychże względów z biegiem naszego większego doświadczenia zmniejszyliśmy dawki: w większości przypadków zaczynaliśmy od 0,1 grm., nieraz od 0.05 grm. merkurumu w 10 cm.<sup>3</sup> 10%-ej glukozy. O ile odczyn nie był zbyt silny, to po przerwie 3-4 dniowej wstrzykiwaliśmy ponownie 0,1 grm. względnie 0,2 grm.; ewentualnie znów w odstępie kilkudniowym robiliśmy zastrzyknięcie poraz trzeci, zmniejszając lub zwiększając dawkę, zależnie od odczynu.

Merkurum daje zwykle, zwłaszcza w razie stosowania dawek większych, odczyn gorączkowy.

Kiedy w pierwszych naszych dwu przypadkach wstrzykiwaliśmy od razu 0,2 grm., po zastrzykiwaniach zjawiały się silne dreszcze i podskoki ciepłoty o 2-3 stopnie (do 40° nieraz). U następnych chorych, gdy zmniejszywszy dawkę, wprowadzaliśmy nie więcej, niż 0,1 grm., odczyn ciepły w połowie przypadków nie wystąpił już wcale (zwłaszcza u mężczyzn), u pozostałych chorych podwyższenia ciepłoty nie przekraczały 1-1 1/2 stopnia. W większości przypadków odczyn ten zjawiał się już w 2-3 godz. po zastrzyknięciu i w kilka godzin ustępował; czasem trwał jednak 2-3 dni.

Do objawów ubocznych przy stosowaniu merkurumu, zależnych od zawartości rtęci, a może i barwnika, należą: nudności, wymioty, rozwolnienie (czasem ze śluzem i krwią), wreszcie, ale to tylko w razie stosowania dawek dużych, nieznaczne i krótkotrwałe objawy zapalne ze strony dziąseł i jamy ustnej. Rozwolnienia w naszych przypadkach przy dawkach, nieprzekraczających 0,1 grm., zjawiały się tylko u kobiet, u mężczyzn zaś dawki większe dopiero wywoływały objawy jelitowe. Uszkodzenia dziąseł i śluzówki jamy ustnej obserwowaliśmy dwukrotnie, ale to tylko w razie stosowania dawek dużych - 0,2 grm.

W celu zmniejszenia tych dość przykrych czasem objawów ubocznych, stosowaliśmy zawsze pewne środki zapobiegawcze. Po zastrzyknięciu owijaliśmy ciepło naszych chorych, ze względu na dreszcze, które się czasem zjawiały. Dalej, w dzień zastrzyknięcia i przez kilka dni następnych podawaliśmy im po 3 grm. bismutu z tannalbiną dziennie oraz przepisywaliśmy im pędzlowanie dziąseł roztworem taniny w glicerynie lub *t-rae myrrhae*, *rathaniae*, *gallarum aa.* Amerykanie polecają wstrzykiwanie dożylnie tiosiarczanu sodu lub przepłukiwanie ust terpentyną (Balfour).

Stosując te środki ostrożności oraz nie przekraczając dawek 0,1 grm., można znacznie zredukować objawy uboczne. Zapaści nie spostrzegaliśmy w żadnym przypadku.

Przez kilka dni po zastrzyknięciu mocza przybiera zielonkawą fluorescencję. Zwiększenia się diurezy, mimo dużej zawartości rtęci, nie spostrzegaliśmy u naszych chorych.

Co do przeciwwskazań, to, rozumiemy się samo przez się, że merkurum, jako środek, działający dość gwałtownie, nie powinien być stosowany u chorych bardzo wyniszczonych; dalej, ze względu

du na czasem dość przykre objawy ze strony jelit, nie należy go stosować w stanach zapalnych przewodu pokarmowego. Duża zawartość rtęci jest już dostatecznym przeciwwskazaniem do wstrzykiwania go, o ile istnieją objawy rozlanego zapalenia nerek. Natomiast chcemy tu zwrócić uwagę na to, że ograniczone krwotoczne i zatorowe zapalenie nerek nie jest bynajmniej przeciwwskazaniem, zwłaszcza, jeżeli poziom mocznika we krwi leży mniej więcej w granicach normy. Mieliśmy możliwość dwukrotnie przekonać się, że wstrzyknięcie merkuromu w podobnych przypadkach powodowało zmniejszenie, a nawet zniknięcie zupełne, co prawda krótkotrwałe, białka i krwinek z moczu.

Tak więc, stosując merkurom, należy dokładnie przestrzegać tych przeciwwskazań, stosować środki ostrożności, o których pisaliśmy wyżej i wstrzykiwać dawki odpowiednie.

Wyniki nasze są następujące:

1) We wszystkich pięciu przypadkach złośliwego zapalenia wsierdza (*endocarditis lenta*) wyniki były żadne. Po zastrzykaniach osiągalśmy czasami krótkotrwałe remisje ciepłoty, przyczem stan przedmiotowy nie ulegał naogół żadnej poprawie. Chorzy ci zwykle źle znosili merkurom, (mieli dreszcze, wymioty, rozwolnienia), — i jak to zwykle bywa, mimo stosowania i innych leków, po kilku miesiącach ginęli.

2) Dalej próbowaliśmy stosować merkurom w jednym przypadku zapalenia wsierdza brodawkowatego. Chory ten leżał w szpitalu 10 dni i mimo dużych dawek salicylu gorączkował do 37,6°—37,8°. Po jednorazowym wstrzyknięciu merkuromu w dawce 0,1 grm. odczyn cieplny nie wystąpił wcale, nazajutrz ciepłota opadła do normy, a po trzech dniach pobytu w szpitalu w stanie bezgorączkowym chory na własne żądanie wypisał się z poprawą. Dzień po zastrzyknięciu merkuromu w moczu zjawily się świeże krwinki, które jednak już nazajutrz znikły.

Spostrzeganie przypadku tego było zbyt krótkie, żeby poprawę w stanie chorego można było z pewnością przypisać działaniu merkuromu.

3) W gościcu stawowym ostrym, powikłanym zapaleniem wsierdza, merkurom stosowaliśmy wówczas, gdy zwykle stosowane środki—przetwory salicylowe, obficie podawane doustnie i dożylnie nieraz z dodaniem atofanu lub atofanylu (dożylnie) lub łącznie z wstrzykiwaniami mleka, nie były w stanie opanować sprawy chorobowej, a więc nie ustępowały bóle i obrzmienia stawów, lub też trzymał się uporczywie stan gorączkowy, który przypisać należało nieustępliwej i czynnej sprawie zapalnej we wsierdzu albo mięśniu sercowym.

Z czterech podobnych przypadków, w dwu po wskrzyknięciu merkuromu w dawce 0,1 grm. nastąpiło widoczne pogorszenie: bóle stawowe się wzmogły, ograniczenie ruchów się nasiliło. Obydwaj ci chorzy dopiero później poprawili się znacznie dzięki zastrzykiwaniom atofanylu.

U trzeciej chorej trzykrotne wstrzykiwanie merkuromu dawało tylko kilkodniowe remisje (obniżenie ciepłoty, zmniejszenie się bólów). Poprawa ta za każdym razem była bardzo krótkotrwała.

Czwarty chory reagował natomiast na merkurom dość dobrze:

Chory ten A. G., z rozpoznaniem klinicznym: (*Rheumat. artic. subacutus. Endocard. subacuta. Insuff. valv. semilun. aortae. Glomerulonephritis haemorrhag. circumscripta.*) — przed wstrzyknięciem merkuromu leżał w szpitalu przeszło miesiąc, mimo silnego doustnego salicylowania, 16-u dożylnych zastrzyknięć salicylu, 4-ch zastrzyknięć dożylnych atofanylu i 3-ch zastrzyknięć mleka — gorączkował, wykazując co kilka dni podskoki ciepłoty do 38,4° — 38,6°. Skokom gorączki towarzyszyły znaczne obrzmienia bólów stawowych, bez wyraźniejszego jednak obrzmienia stawów. W osadzie moczowym stale były obecne liczne wyługowane krwinki. Po pierwszym zastrzyknięciu merkuromu w dawce 0,05 grm. ciepłota opadła do normy. Cały następny tydzień chory nie gorączkował, objawy stawowe się zmniejszyły, i sam chory twierdził, że „po zastrzyknięciu czuje się znacznie lepiej“. Po tygodniu ciepłota zaczęła się znów podnosić, bóle stawowe znów się nasiliły. Wobec czego wstrzyknięto ponownie 0,05 grm. merkuromu, i tym razem po zastrzyknięciu nie było żadnych ubocznych objawów, ciepłota nazajutrz opadła do normy, bóle stawowe osłabły, a z osadu moczowego znikły krwinki (kilkakrotnie sprawdzano). Przez dwa tygodnie trwał stan bezgorączkowy, objawy bólowe były nieznaczne, samopoczucie lepsze. Po upływie tego czasu znów obostrzenie, ciepłota do 38,8°, w moczu znów pojawiły się krwinki czerwone. Choremu wstrzyknięliśmy po raz trzeci merkurom w dawce 0,1 grm. Nazajutrz ciepłota 37,4°, cały następny tydzień bezgorączkowy; po upływie tego czasu ciepłota znów się podniosła, chory leżał u nas jeszcze miesiąc, po zastrzykiwaniach trypaflawiny przestał gorączkować, objawy bólowe w stawach ustąpiły, i wypisał się ze szpitala z poprawą.

Jak widać z opisu tego przypadku, była to postać gościca stawowego niezwykle oporna na wszystkie metody leczenia. Merkurom w tym przypadku dawał tylko remisje, trwające do 2-ch tygodni, ale nie sprowadził t. zw. wyjałowienia całkowitego.

4) Wyniki stosowania merkuromu w przypadkach zakażeń dróg żółciowych są następujące:

U chorej z rozpoznaniem *sepsis e cholangitide. abscessus miliaris hepatis*, wykazującej septyczne wahania gorączkowe do 40,0° i silną żółtaczkę, przed przepisaniem jej na oddział chirurgiczny, spróbowaliśmy jako *ultimum refugium* wstrzyknąć merkurom. Po dwóch zastrzyknięciach (w dawkach 0,1 i 0,2 grm.) gorączka i stan przedmiotowy naogół nie uległy zmianie, z wyjątkiem żółtaczki, która znacznie osłabła, przyczem po kilku dniach z moczu znikły barwniki i kwasy żółciowe. Chora ta wkońcu została przepisana na oddział chirurgiczny, gdzie na stole operacyjnym potwierdzono nasze rozpoznanie. W kilka dni po zabiegu chora zmarła.

U drugiej chorej natomiast pod wpływem terapii merkuromowej nastąpiła wyraźna poprawa:

Chora ta, A. L. przybyła na oddział z objawami kamicy żółciowej. W czasie pobytu szpitalnego zaczęła gorączkować. Podskoki ciepłoty od 36,0° z rana do 39,0° wieczorami, gwałtowne bóle w prawym podżebrzu; przy badaniu silne napięcie i bolesność w prawym górnym kwadrancie brzuszny, objaw *Murphyego* wyraźnie dodatni; wątroba ze względu na napięcie powłok nie dawała się wymacać. Śledziona nie powiększona. W treści dwunastniczej: białka 0,1%, urobilinogen zwiększony, pod mikroskopem do 10 leukocytów w polu widzenia. We krwi: nieznaczna leukocytoza (9600, ze wzorem: neutr. 68%, limf. 25%, monoc. 7%, eoz. 0%), *Widal* i posiew ze krwi — ujemne. Ze względu na wyraźną bolesność i napięcie w okolicy pęcherzyka żółciowego i wynik zgłębnikowania dwunastnicy oraz ze względu na brak objawów cholangji (brak żółtaczki i powiększenia śledziona), sprawę tę odniesiono do ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, zwłaszcza, że innego punktu



wyjścia tych wahań gorączkowych wykryć nie było można. Mimo zastrzykiwań dożylnych cytotropiny chora nie wykazywała żadnej poprawy. Tak sprawa trwała trzy tygodnie. Wobec czego wstrzyknięto jej 0,1 grm. merkuromu. W dzień zastrzyknięcia 8 stolców ze śluzem i krwią oraz wymioty. Bóle w nadbrzuszu się wzmogły.

W trzy dni po zastrzyknięciu ciepłota opadła do 37,0° — 37,2° i przez 8 dni utrzymywała się na tym poziomie. Bóle w podżebrzu trwały jednak nadal, wobec czego chorej wstrzyknięto ponownie merkurom w tej samej dawce, co poprzednio. Na zastrzyknięcie to chora reagowała silnym podskokiem gorączki do 39,6°. Po czterech dniach odczyn cieplny ustąpił, ciepłota opadła do 37,2° — 37,4°, samopoczucie znacznie się poprawiło, bóle w podżebrzu ustąpiły zupełnie, i chora na własne żądanie wypisała się ze szpitala z poprawą.

5) Stosowaliśmy wreszcie merkurom u dwóch chorych z ostrem zakażeniem dróg moczowych.

W przypadku ropnego zapalenia okołonerkowego po zastrzyknięciu merkuromu w dawce 0,1 grm. nastąpiło pięciodniowe obniżenie ciepłoty z poprawą samopoczucia. Po upływie tego czasu gorączka się znów podniosła, a wobec braku poprawy stanu przedmiotowego chora została przepisana na oddział chirurgiczny celem zabiegu operacyjnego.

Natomiast w przypadku obustronnego ciężkiego zapalenia miedniczek nerkowych odnieśliśmy duży sukces terapeutyczny przy pomocy merkuromu.

Chora ta przez 10 dni pobytu na oddziale gorączkowała do 39,0°, mimo 6 dożylnych zastrzyknięć cytotropiny i obfitej doustnej terapii urotropiną, błękitem metylenowym i t. d. W moczu 0,25% białka, w osadzie całe pole widzenia usiane ropą; bakterjoskopia moczu wykazała obecność ziarenkowców gramo-dodatnich oraz niezbyt licznych pałeczek gramo-ujemnych.

Chorej wstrzyknięto 0,1 grm. merkuromu. Po zastrzyknięciu podskok gorączki do 40,4°, z dreszczami oraz silnymi rozwojnieniami. Nazajutrz ciepłota 38,0°, bóle w okolicach lędźwiowych mniejsze, samopoczucie lepsze. Po dwu dniach ciepłota opadła do 37,0°, w moczu już tylko ślad białka dał się stwierdzić, a pod mikroskopem do 50 leukocytów w polu widzenia. Zastosowano dalej leczenie doustne urotropiną i salolem. Po tygodniu stan stale bezgorączkowy, mikcja zupełnie już nie bolesna, bóle ustąpiły zupełnie, z moczu znikły składniki patologiczne, a po 20 dniach chora wypisała się zdrowa.

Zapoczątkowanie poprawy po jednorazowym wstrzyknięciu merkuromu było tu widoczne.

W piśmiennictwie amerykańskim Potter oraz Young opisują też dobre wyniki stosowania merkuromu w podobnych przypadkach i zalecają go do „wyjaławiania“ jednorazowego dróg moczowych.

Na zasadzie naszych niewielu względnie spostrzeżeń trudno się wypowiedzieć kategorycznie co do wartości merkuromu. Jako środek, silnie działający, powinien on być stosowany ogólnie, we wzrastających dawkach, przyczem przestrzegać należy ściśle przeciwwskazań i środków ostrożności, o których wyżej pisaliśmy.

W każdym razie powiedzieć możemy, że o ile chodzi o *endocarditis lenta*, to lek ten, powodując czasem krótkotrwałe remisje, podziela na ogół los innych środków stosowanych przeciwko tej złośliwej chorobie, to znaczy zawodzi w zupełności.

W gościcu stawowym skuteczność działania merkuromu jest dość wątpliwa. Dając w jednych przypadkach nieznaczne remisje, w innych obstrza proces zapalny.

Natomiast, jak to wynika z naszych spostrzeżeń, merkurom może znaleźć zastosowanie w leczeniu ostrych zakażeń dróg żółciowych i moczowych, zwłaszcza, że, jak to wykazali Rosenthal i White, merkurom wydziela się z moczem i żółcią. Powinien on tu być stosowany jednak dopiero wówczas, kiedy inne środki, łagodniej działające, zawodzą.

#### PIŚMIENNICTWO.

- 1) Potter, U. S. Nav. Medical Bull., 542, May 1925.
- 2) H. H. Young, Journ. of Urology, Jan. 1926.
- 3) H. H. Young, Journ. of Am. Med. Ass., Oct. 1926.
- 4) Andrew Balfour, Extr. of Pharm. T. XVII., 144.
- 5) Rosenthal a. Balfour, Pharm. and Therap. 1924, 287.
- 6) Freeman a. Hoppe, Am. Journ. of Dis. Child., Sept. 1924.
- 7) Georgja, Med. Assoc. Journal, Aug. 1925, 326.

## Krytyka lekarska.

### Duże czy małe oddziały szpitalne?

Od lat kilku zaznacza się u nas dążenie do tworzenia oddziałów szpitalnych wielkich, rozporządzających imponującą liczbą 120-150 łóżek. Wykonanie tego pomysłu odbywa się drogą łączenia dwóch oddziałów w jeden, gdy ordynator jednego z nich umiera lub z innego powodu ustępuje ze swego stanowiska. Może nawet istnieje zamiar łączenia i trzech oddziałów w jeden, bo przy dobrej woli, zdaniem projektodawców, jeden ordynator będzie mógł obsłużyć i 200 do 250 łóżek.

Motywy, ten plan rzekomo usprawiedliwiają, były dwojakiego rodzaju: finansowy i naukowy. Pierwszy dogadzał bardzo polityce oszczędnościowej magistratu: zamiast płacić pensję dwóm ordynatorom, praktyczniej jest obarczyć pracą podwójną jednego za opłatą pojedynczą.

Drugi motyw — naukowy, recte fachowy, znalazł zwolenników w osobach kilku lekarzy, naturalnie, ordynatorów, których zdaniem tylko bardzo bogaty i różnorodny materiał może dać kierownikowi oddziału pole do wyrobienia się praktycznego i naukowego. Ci obrońcy komasacji powoływali się na Niemcy, gdzie system wielkich oddziałów szpitalnych jest szeroko praktykowany.

Takie miały być korzyści z komasacji oddziałów szpitalnych.

Ażeby je ocenić należycie, zastanowimy się naprzód nad pytaniem: jakie jest zadanie szpitala?

Gdy kiedyś była mowa o zbyt nikłej wydajności naukowej naszych oddziałów szpitalnych, obrońcy tego letargu naukowego mieli gotowy argument: szpital jest przeznaczony do leczenia chorych, nauką niech zajmują się kliniki uniwersyteckie. Jeżeli to zapatrywanie jest słuszne, to jak

je pogodzić z żądaniem zadawalającego obsłużenia 150 chorych przez jednego ordynatora zamiast dwóch? Przecież chyba sumiennie zbada i troskliwiej zajmie się lekarz 50 lub 75 chorymi, niż podwójną ich liczbą. Niewiele tu znaczy sztab asystentów, którzy dodani są do pomocy ordynatorowi — troska o chorych ciężać powinna na nim samym, wszystkie przez asystentów dostarczone dane muszą być przez niego sprawdzone.

Skuteczne leczenie wymaga doskonałego zbadania, a ile czasu pochłania w obecnym stanie wiedzy lekarskiej dokładnie, wszechstronne zbadanie chorego, to rozumie dobrze każdy ordynator. Nawet przy pomocy licznych asystentów kierownik oddziału ledwie podołać może sumiennemu obsłużeniu 50 chorych, obarczenie go 100 lub 150 chorymi równać się musi zupełnemu ich zaniedbaniu. Pouczające potwierdzenie tego zdania mogłoby nam dać porównanie kart szpitalnych wielu oddziałów z protokołami sekcji: zastanowiłby nas zapewne imponujący odsetek rozpoznanych fałszywych.

Jeżeli obsłużenie 100 czy 150 chorych wewnętrznych przechodzi siły jednego ordynatora, to co dziać się musi na wielkich oddziałach chirurgicznych, gdzie już nietylko zbadanie chorego, ale i danie mu pomocy wymaga dużego wysiłku i wiele czasu pochłania. A ile tracą na systemie wielkich oddziałów chirurgicznych chorzy, nie wymagający natychmiastowej interwencji, zmuszeni do wyczekiwania tygodniami swojej kolejki — ile ci nieszczęśliwi tracą moralnie i finansowo, ile tracą gminy, na których ciąży obowiązek płacenia za utrzymanie w szpitalach chorych niezamożnych!

Jeżeli więc zadaniem szpitala jest leczenie chorych, to należy im stworzyć warunki, najbardziej temu celowi sprzyjające, a więc, jak w danym razie, obarczyć ordynatora możliwie małą liczbą chorych.

Że w Niemczech wielkie oddziały szpitalne się przyjęły, to jeszcze nie jest dostateczny argument, przemawiający za wprowadzeniem ich u nas, najpierw dlatego, że nie wszystko, co jest niemieckie, jest zarazem dobre i godne naśladowania, a powtóre —, że warunki, w jakich pracują ordynatorowie niemieccy, różnią się bardzo od naszych: każdy oddział szpitalny ma tam kilku stale mieszkających w szpitalu wytrawnych asystentów, którzy cały dzień poświęcają pracy szpitalnej. W tych warunkach oddział nawet o 200 łózkach ma zapewnioną dostateczną opiekę. Nasz system oszczędnościowy na taki zbytek nie pozwala. A zresztą, zdaleka wszystko wygląda pięknie: gdybyśmy się przyjrżeli bliżej gospodarce na takich 200 łózkowych oddziałach niemieckich, to nie wiem, czy nie zmalaby zachwyt nad tem, co tam się dzieje, i czy nie przenieslibyśmy nad system niemiecki małych 20–30 łózkowych oddziałów amerykańskich. Chorzy głosowaliby z pewnością za nimi.

Uznawszy za słuszne zdanie, że szpital przeznaczony jest do leczenia chorych, nie możemy jednak uważać zadania tego za jedyne. Szpital powinien być także szkołą dla lekarzy. Tu obrońca komasacji zapewne powie: „a właśnie, ale szkoła będzie tem lepsza, im różnorodniejszy i bogatszy będzie materiał, na którym uczyć się można“. Argu-

ment ten da się zastosować do bardzo nielicznych, wyjątkowych jednostek, pełnych zapału naukowego i benedyktyńskiej pracowitości, które cały swój czas i zdrowie gotowe są poświęcić pracy naukowej w szpitalu. Takich bohaterów trzeba będzie szukać ze świecą w ręku, przeciętny ordynator łatwiej i wydajniej opracuje skromniejszy materiał i więcej zeń korzyści wyciągnie, niż z materiału 150 łózkowego, który z konieczności będzie musiał traktować powierzchownie.

A dalej, jeżeli szpital ma kształcić lekarzy, to trzeba tę możliwość kształcenia się dać jaknajwiększej ich liczbie. Udział asystentów tu nie wystarcza, bo ich stanowisko nie pozwala na pracę samodzielną, stosunek do ordynatora utrzymuje ich zawsze w pewnej zależności od niego. Samodzielnie, twórczo pracować może na oddziale tylko ordynator. Komasując oddziały, t. j. tworząc z dotychczasowych dwóch jeden oddział, redukujemy powoli liczbę ordynatorów szpitalnych do połowy, zmniejszamy szereg tych, którzy dotychczas mieli drogę do kształcenia się otwartą.

Prócz dwóch wymienionych zadań, t. j. leczenia chorych i kształcenia lekarzy, szpital ma jeszcze trzecie zadanie: powinien być placówką naukową. Skąd mają wychodzić prace naukowe, oparte na dokładnym badaniu i ścisłej obserwacji, jeżeli nie z oddziałów szpitalnych? Same kliniki tu nie wystarczą. Powołujemy się, kiedy to nam dogadza, na zagranicę — a tam właśnie przecież oddziały szpitalne są temi warsztatami, w których kwitnie praca naukowa. Praktyka prywatna nie daje dostatecznej gwarancji ścisłej obserwacji chorego i ścisłego wykonania zaleceń lekarskich. W praktyce prywatnej wręcz niemożliwe są często te wszystkie badania, jakimi posługujemy się w szpitalu, i pod tym względem pacjent szpitalny znajduje się w lepszych warunkach, niż prywatny. Tylko ordynator szpitalny (poza kliniką uniwersytecką) ma możliwość szukania nowych dróg w medycynie i mnożenia jej postępów. Nie do zamknięcia oddziałów szpitalnych, lecz do ich otwierania dążyć powinniśmy. Komasując oddziały, przeciążając pracą ordynatorów, redukując ich liczbę, tłumimy twórczość naukową. A gdy wydajność naukowa naszych oddziałów szpitalnych i tak jest karygodnie mała, gdy dotychczasowa nasza ustawa szpitalna ze swojemi ordynaturami dożywnotnie krzywdzi szeregi tych, którzyby mogli i chcieli coś zrobić, a natomiast hoduje szpitalną śpiączkę naukową, to kontynuowanie komasacji oddziałów szpitalnych będzie mogiłą dla szlachetniejszych dążeń naszego świata lekarskiego.

Z dwóch argumentów, wysuwanych przez obrońców komasacji: finansowego i fachowego — z pewnością pierwszy był tym, który głównie skłonił magistrat do redukcji liczby ordynatur. Nie umiem obliczyć dokładnie, co na tym pomysle miasto zarabia — sądzą, że sumę znikomą —, ale zdają sobie doskonale sprawę, ile tracą powierzeni opiece miejskiej chorzy, ile tracą lekarze, i jakie straty ponieść może nauka. Opieka nad chorymi na wielkich oddziałach, szczególnie wobec naszej organizacji szpitalnej, nie może być dostateczna, bo żaden ordynator, nawet ze sztabem asystentów, nie podoła pracy nadmiernej. Liczba

lekarzy, którzy mogliby wyrabiać się praktycznie i naukowo, wobec komasacji oddziałów, musi spaść, a twórczość naukowa, pozbawiana stopniowo warsztatów pracy, wątłe będzie. Niewspółmierne

są to ofiary w porównaniu z mizernymi oszczędnościami w miliardowym budżecie miasta i mniema-nymi korzyściami dla ordynatorów szpitalnych.

Z. Srebrny (Warszawa).

## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z Państw. Zakładu Higijeny.

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

### Błonica, jej rozpowszechnienie, szerzenie się i zapobieganie.

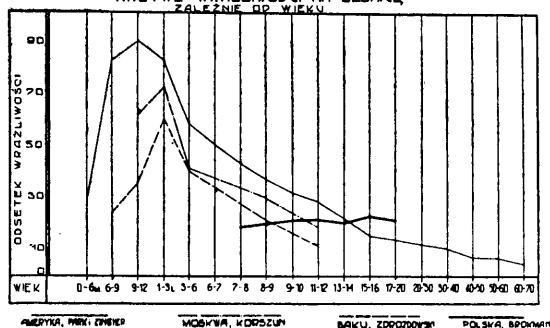
Podał

F. PRZESMYCKI (Warszawa).

(Dokończenie).

Badanie wrażliwości według wieku, przeprowadzone na materiale około 150,000 osobników, wykazuje stosunek podobny do krzywej zachorowalności. Dzieci w wieku do 6-ciu miesięcy są mało wrażliwe na błonicę wskutek przeciwciał, otrzymanych od matki i krążących we krwi. Okres tej biernej niedowrażliwości może być przedłużony drogą karmienia przez matkę, gdyż przeciwciała mogą być przenoszone za pośrednictwem mleka (Groer i Kassowitz). Zaczynając od 9 miesięcy, krzywa wrażliwości zaczyna narastać, osiągając swoje *maximum* w ciągu 1 roku życia, i następnie zaczyna się powolny spadek, zaznaczony wybitnie w okresie szkolnym (począwszy od 5 lat). Badania dzieci w szkołach New-Yorku wykazały około 60% wrażliwych w pierwszym okresie (od 5 do 6 lat).

TABL. № 5.  
KRZYWE WRAŻLIWOŚCI NA BŁONICĘ  
ZALICZENIE DO WIEKU



Krzywa została ułożona na zasadzie następującej liczby zbadanych: Park, Zingher — 150,000 osób, Korszun — 30,000 osób, Zdrozowski — 37,000 osób, Brokman — 412 osób.

Należy zaznaczyć, że wrażliwość nie była we wszystkich szkołach jednakowa i wahała się od 67% do 20%. Najwyższy odsetek osobników wrażliwych wykazały szkoły, do których uczęszczały dzieci zamożniejszych rodziców, względnie Amerykan lub Niemców. Najniższy około 20% wykazały szkoły, w których przeważającą liczbę uczniów stanowiły dzieci włoskich emigrantów. Pośrednie miejsce po-

między wysokością odsetka wrażliwych i niewrażliwych zajmowały szkoły, do których uczęszczały dzieci emigrantów polskich, rosyjskich, czeskosłowackich lub żydowskich. Zingher podkreśla, że w szkołach, położonych w przeludnionych i ubogich okręgach, odsetek dzieci wrażliwych był znacznie mniejszy (około 30%) w porównaniu z wrażliwością dzieci, uczęszczających do szkół, położonych w okręgach zamożniejszych. Co się tyczy okręgów wiejskich lub małych osiedli, to odsetek osobników wrażliwych dochodził tam do 90%, jeżeli mieszkańcami byli tylko Amerykanie, natomiast odsetek ten zmniejszał się wybitnie zależnie od liczby w środowisku tem emigrantów innych narodowości.

W wyniku tych badań można powiedzieć, że:

- odporność na błonicę wzrasta równolegle do wieku,
- dzieci rodziców zamożniejszych są więcej wrażliwe, niż dzieci klas uboższych,
- pewne narodowości wykazują różnice we wrażliwości na błonicę, przyczem Amerykanie są bardziej wrażliwi, niż np. Włosi, Polacy i t. d.
- ludność okręgów wiejskich jest bardziej wrażliwa na błonicę, niż ludność większych miast,

Takie różniczkowanie ludności pod względem wrażliwości na błonicę tłumaczy Zingher większą lub mniejszą możliwością zakażenia, a co zatem idzie, ukrytego schorzenia, które powoduje powstawanie odporności. Zingher rozumuje w ten sposób, że dzieci klas posiadających mają mniej szans zetknięcia się z zarazkiem, a zatem mniej możliwości uodpornienia się przeciwko błonicy, czem się tłumaczy wysoki odsetek wrażliwości tej klasy ludności. To samo tyczy się mieszkańców okręgów wiejskich. Wśród ludności niezamożnej, mieszczącej się w przeludnionych okręgach miast, możliwość zetknięcia się z zarazkiem jest bardzo duża, a zatem są duże szanse uodpornienia się względem błonicy, i wskutek tego odsetek wrażliwych jest znacznie mniejszy, niż w innych grupach ludności. Na podobnym stanowisku stoją Dudley i Friedemann. Badaeże ci podobnie jak Park i Zingher, uważają, że odporność względem błonicy powstaje wskutek zetknięcia się organizmu z zarazkiem, który często wywołuje utajoną infekcję i w ten sposób powoduje powstawanie odporności. Pogląd ten jednakże nie wyczerpuje całkowicie kwestji powstawania odporności osobniczej. Fakt istnienia osobników Schick-ujemnych w miejscowościach, jak np. Grenlandji, w której błonica nie istnieje, kwestjonowałaby niezbędną infekcję ukrytej dla powstawania odporności. A zatem nie tylko bezpośrednie zetknięcie się z zarazkiem warunkowałoby odporność danego organizmu. Przy-

patrzmy się jak przedstawia się ta kwestja z punktu widzenia serologii konstytucyjnej.

Badania D-rów Hirszfeldów i Brokmana wykazały, że wrażliwość, względnie odporność na błonicę dziedziczy się łącznie z grupą krwi, t. zn., że w rodzinach, w których jedno z rodziców jest wrażliwe, a drugie niewrażliwe na błonicę, dzieci, posiadające grupę krwi rodzica niewrażliwego, są albo niewrażliwe albo też stają się niewrażliwe w pewnym wieku. Jest to, jak mówią autorzy, serologiczne dojrzewanie organizmu. Badania wrażliwości na błonicę w rodzinach również wykazują (tab. Nr. 6), że wrażliwość, względnie odporność w dużym stopniu jest cechą dziedziczną.

Tabela Nr. 6.

Dziedziczenie wrażliwości wzgl. odporności na błonicę (w/g Hirszfeldów).

	Obydwoje rodz. Schick +	Jedno z rodz. Schick + drugie Schick —	Obydwoje rodz. Schick —
Liczba rodz. zbadanych	8	26	82
Dzieci z Schick +	14—93%	36—56%	67—29%
Dzieci z Schick —	1—7%	28—44%	161—71%
Liczba zbadanych dzieci	15	64	228

Widzimy zatem, że dzieci rodziców wrażliwych, względnie nie wrażliwych dziedziczą tę cechę.

Badania Halberówny, Hirszfeldowej i Mayznera wykazały, że wstrzykiwanie jednego antygeny powoduje powstawanie przeciwciał, nie wspólnego z tym antygenem nie mających, w zależności jednakże od gotowości danego organizmu do wytwarzania tego rodzaju przeciwciał. Zdolność zatem wytwarzania pewnego rodzaju przeciwciał jest również zależna od wieku, czyli inaczej mówiąc, od dojrzałości serologicznej danego organizmu.

Badania nad wrażliwością na błonicę, przeprowadzone w Rio de Janeiro w Brazylii, wykazały znacznie mniejszy odsetek wrażliwych na błonicę, niż w Stanach Zjednoczonych, pomimo, że umieralność w Rio de Janeiro, wynosi zaledwie 5,0 (na 100,000 mieszkańców), i błonica zaliczana tam jest do chorób, rzadko występujących. Badacze Doull, Ferreira i Pareiros zastanawiają się nad tem zjawiskiem i, nie dając ostatecznego wyjaśnienia, stwierdzają, że, jeżeli powstawanie odporności jest zależne od zakażenia, to widocznie zakażenie to jest znacznie częstsze w Brazylii, niż w Stanach Zjednoczonych, gdzie natomiast zachorowalność jest największa. Podobne obserwację były robione w Manilji na Filipinach. W Grenlandji, gdzie błonica jest zupełnie nieznaną, Bay Smith znalazł ludzi z ujemnym odczynem Schicka. Fakty te zdają się wskazywać na możliwość powstawania

antytoksyn w krwi bez przebytej infekcji. Jeżeli w świetle tych obserwacji przyjrzymy się jeszcze raz liczbom Parka i Zinghera, to musimy stwierdzić, że Amerykanie tworzą rasę ludzi wybitnie wrażliwych na błonicę. Istnienie narodowości z mniejszym lub większym odsetkiem wrażliwych osobników zależne jest prawdopodobnie od selekcji, bo inaczej przecież trudne jest do wytłumaczenia, dlaczego dzieci emigrantów włoskich lub polskich, urodzone w Ameryce i znajdujące się często w takich samych warunkach, jak dzieci Amerykan, wykazują znacznie mniejszy odsetek osobników wrażliwych. Prawdopodobnym jest również, że podobna selekcja zachodzi wśród klas pracujących i mieszkańców miast.

A zatem musimy stanąć na stanowisku, że powstawanie odporności względem błonicy może być zależne od infekcji, ale również, że odporność może powstawać bez zetknięcia ze swoistym zarazkiem i jest procesem fizjologicznym, a zatem zależnym od zdolności uodporniania się i wytwarzania przeciwciał bez konieczności zetknięcia się z bodźcem swoistym. Prawdopodobnie każdy organizm, znajdujący się w okresie dojrzewania, pod wpływem jakichkolwiek bodźców swoistych może wytwarzać takie przeciwciała, do jakich jest zdolny na zasadzie swojej konstytucji. Rolę takich nieswoistych bodźców mogłoby odgrywać prawdopodobnie lekkie przeziębienie, katar lub angina, schorzenia tak często spotykane u dzieci w wieku szkolnym.

Jak wykazują wyżej podane liczby, błonica w Polsce stale wzrasta, a zatem należy przedsięwziąć kroki w celu jej zwalczania.

Właściwie walka z błonicą powinna iść w kierunku.

- a) izolacji nosicieli,
- b) wytworzenia jaknajwiększej liczby osobników odpornych.

Izolacja powinna być przede wszystkim jaknajsurowiej przestrzegana w stosunku do ozdrowieńców, którzy nie powinni opuszczać szpitala przed zupełnym zniknięciem prątków błonicy z jamy nosowo-gardzielowej. Następnie izolacja nosicieli powinna być zastosowana w skupieniach lub zamkniętych instytucjach, gdzie obecność nosicieli może w dużym stopniu przyczynić się do wybuchu epidemji. W pierwszym rzędzie izolacji powinni podlegać nosiciele w szkołach, zarówno uczniowie jak i nauczyciele, a następnie żołnierze w koszarach lub wogóle mieszkańcy zamkniętych instytucji. Usunięcie nosicieli przerywa w tym wypadku epidemję i w stosunku do szkół nie wymaga nawet przerwy w naukach. (Seligman) Co się tyczy nosicieli zdrowych wśród ludności, to wobec znacznego ich odsetka zastosowanie izolacji jest niemożliwe.

Zastosowanie na szeroką skalę szczepień ochronnych w Stanach Zjednoczonych dało wyniki dodatnie. Liczba zachorowań wśród szczepionych była 5—6 razy mniejsza, niż wśród osobników nieszczepionych. W Nev-Yorku Park i Zingher używali do uodparniania jadów, zubożonych za pomocą przeciwciał. Te t. zw. mieszanki zawierały w 1 ccm od 3 — 5 dawek, zubożonych za pomocą odpowiedniej ilości przeciwciał. Przed użyciem mieszanki te były sprawdzane na świni-

kach morskich, i tylko takie były uważane za nadające się do użytku, które, zastrzyknięte w ilości 5 ccm podskórnie świnie morskiej, wywoływały miejscowy obrzęk, a po 18 — 20 dniach paraliż. Obserwacje Parka i Zinghera wykazały, że lepsze wyniki uodparniania otrzymuje się z mieszkami słabo toksycznymi. Celem uodparnienia zastrzykiwano 3 razy po 1 ccm. w odstępach tygodniowych po 1½ ccm. Zingher zauważył jednakże, że lepsze wyniki otrzymuje się przy trzykrotnym uodparnianiu, i że dwutygodniowa przerwa pomiędzy zastrzykiwaniami daje również lepsze wyniki. Lepiej uodparniają się dzieci klasy uboższej w przeciwstawieniu do dzieci klas zamożniejszych, które wykazują mniejszą zdolność wytwarzania przeciwciał. Sprawdzając po 3 — 6 miesiącach przy pomocy odczynu Schicka wyniki szczepień, Zingher stwierdził, że niektóre dzieci dopiero po 6 miesiącach nabywały odporność.

Należy podkreślić, że po pierwszej serji szczepień część dzieci nie uodparniała się, i dopiero czwarte ew. piąte zastrzyknięcie mieszanki wywoływało u nich odporność. Były spotykane również pojedyncze przypadki, w których nawet wielokrotne zastrzyknięcie jadu nie zdołało wywołać odporności.

Przy pomocy zastrzyknięcia mieszanki jadu z przeciwjadem udało się Parkowi i Zingherowi wywołać odporność u 70 — 93% osobników wrażliwych. Wynik szczepień przeciwko błonicy podaje następująca tabelka:

Tabelka Nr. 7

Zapadalność na błonicę w związku z odpornością.

## Badania Parka.

57.000	dzieci Schick—ujemnych	zachor.	6
33.000	„ „ dodatn. uodporn.	„	11
90.000	„ „ ujemn. i „	„	17
90.000	„ „ niebadanych na wrażliwość i nie-uodpornionych	„	70

## Badania Biebera

3.275	dzieci nieuodpornionych	zachor.	493=15%
1.097	„ uodpornionych	„	52=4,7%

Park sądzi, że wytworzona odporność na błonicę pozostaje w większości przypadków na całe życie. W obserwacjach tego badacza wśród uodpornionych, 96% osobników zachowało odporność po 5 latach. Wstrzykiwanie mieszanki jadu z przeciwjadem wywołało objawy miejscowe lub ogólne u 5% szczepionych osobników. Najbardziej jednakże reagowały osobniki z odczynem rzekomobłonicy.

Ostatnio została wprowadzona nowa szczepionka w postaci jadu, pozbawionego zupełnie jadowitości, a natomiast posiadającego własności uodparniające. Taki jad, przygotowany przez francuskiego badacza Ramona, nazwany został anatoksyną. Jak wykazują badania autorów francuskich, własności uodparniające anatoksyny są znacznie większe, niż mieszanki, używanej przez badaczy amerykańskich. Przy pomocy anatoksyny udaje się uodpornić do 100% osobników wrażliwych, przyczem odporność występuje znacznie prędzej,

niż przy stosowaniu mieszanki, a mianowicie, stwierdzono występowanie odporności już po 10 — 15 dniach. Ramon radzi aby uodparnianie przeprowadzać przy pomocy 3 zastrzyknięć, wprowadzając podskórnie po 0,5, 1,0 i 1,5 ccm. w odstępach 2 — 3 tygodniowych.

## PIŚMIENNICTWO.

Adamowiczowa S. W. Czas. Lek. 1928 Nr. 1. Barański R. i Brokman H. Ped. Pol. 1924. 4 str. 65. Bay-Schmith Acta pathol. et microbiol. 1927 VI. Bohdanowiczówna Z. i Ławrynowicz A. Polska Gaz. Lek. 1927. Nr. 24. Bulloch, Douglas, Dreyer, Fields, Ledinghass, Wolf Diphtheria 1923. Med. Res. Couc. Doull J. Ferreira M. Parreiros D. Jour. Prev. Med. 1927 I. str. 513 Friedemann Kl. Wochen 1928. Halber W. Hirszfild H. i Mayzner M. Zeit. f. Imm. 1927 53 str. 391. Hirszfild H., Hirszfild L. i Brokman H. Med. Doświad. i Społ. 1924 II. str. 125 Jour. Immun. 1924 IX. str. 571. Hirszfild Med. Doświad. i Społ. 1924 III. str. 403. Hirszfild Med. Doświad. i Społ. 1924 III. 403. Kosntitutionsserologie und Blutgruppenforschung ver. Von Julius Springer 1928. Kronika Epidemjologiczna Nr. 1, 2, 3 1926 VI. str. 144, 310, 1927 VII str. 299. Martin i Loiseau G. Jour. Medic. Fran. 1926 X. str. 400. Mayzner M. Sparow H. Med. Doświad. i Społ. 1927 VII. str. 113. Park W. H. Trans. 13-th An. Meet. Amer. Child. Hyg. Assoc. 1922 October 12—14. Ramon G. Jour. Medic. Franc. 1926 X. str. 381. Szenajch W. Przegl. Epidem. 1920/21 I. str. 285. Zdrozdowski P. i Chalapina K. Trudy. Azerbajs. Instituta 1926. str. 193. Zingher A. Journal Amer. Med. As. 1922. 78. str. 1945. Amer. Jour. Dis. Child. 1927 25. str. 392.

## Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych.

Podał

W. KNAPPE (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. № 11).

Płonicę oddawna uważano za chorobę niebezpieczną i wysoce zaraźliwą. Sposoby jednak uchronienia się od niej nie były jasno sformułowane, gdyż nie znano zarazka płonicy i nie poznano dokładnie sposobów jej szerzenia się. Jedni uważali płonicę na chorobą kontaktową, inni, jak Czerny i Szontagh, zaprzeczali, żeby płonica szerzyła się przez zetknięcie. Sprawę epidemjologii płonicy pchnęły naprzód prace amerykańskich uczonych Docheza i małżonków Dicków, którzy dowiedli, że zarazkiem płonicy jest wyłącznie toksyczny paciorkowiec hemolizujący. Dickom udało się wywołać płonicę u zdrowych przez zapendzlowanie migdałków czystą hodowlą paciorkowca płonicy. Z czystych hodowli tego paciorkowca otrzymali jad, który wywołuje u człowieka patognomiczny objaw płonicy — wysypkę płoniczą. Przez uodparnienie koni jadem paciorkowca płoniczego otrzymali surowicę, która posiada własności lecznicze, przewyższające wszystkie dotychczasowe metody, stosowane w leczeniu płonicy. Drogą uodparniania jadami paciorkowcami lub samymi paciorkowcami udało im się czynnie uodpornić wrażliwe jednostki przeciwko płonicy.

We wszystkich przypadkach płonicy (100%) znajduje się na migdałkach toksyczny hemolizujący paciorkowiec. Migdałki stanowią przeto miejsce, na którym zaszczepia i rozmnaża się paciorkowiec płonicy. Poza tem stwierdzono czystą hodowlę paciorkowca w ropnej wydzielinie powikłań płoni-

czych, jak np. w ropnym zapaleniu ucha środkowego. Natomiast nie stwierdzono go nigdy w moczu, nawet w przypadkach płoniczego zapalenia nerek. Jedynym przeto źródłem zarazy jest gardziel i ropna wydzielina chorych płoniczych.

Gardziel jest głównym rozsadnikiem zarazka, który drogą kropelkową podczas kaszlu i mowy, a nawet oddychania wydostaje się nazewnątrz, zapełnia całą przestrzeń sali, w której przebywa chory, i masowo osiada na przedmiotach. Na płytkach, pozostawionych w pokoju chorego przez 10 minut przy szczelnie zamkniętych drzwiach i oknach, wyrosły kolonie paciorkowców płoniczych; takie same paciorkowce znalazł Deicher na wszystkich przedmiotach i sprzętach, znajdujących się w pokoju chorego, jak ścianach, łózkach, firankach, książkach, stołkach i t. p. Najciekawsze jest jednak to zjawisko, że u wszystkich ozdrowieńców, wypisywanych z oddziałów płoniczych jako nieszkodliwych po sześciotygodniowym przetrzymaniu ich po chorobie, znaleziono w gardzieli bez żadnego wyjątku jadowite paciorkowce hemolizujące.

To zjawisko tłumaczy nam doskonale częstość przypadków płonicy po powrocie ze szpitala jednego z członków rodziny (Heimkehrfälle) Gottstein określa wskaźnik zaraźliwości na 40%. Że wskaźnik ten nie jest wyższy tłumaczy się tem, że nie wszyscy są podatni na zarazek płonicy.

Z powyższego wynika, że osoba, powracająca z oddziału płoniczego, przenosi z sobą w gardzieli zarazki, które musiła przez cały czas oddychać. Zarazki te, wskutek nabytej odporności w chorobie, są dla ozdrowieńca obojętne, przeszczepione jednak w domu na otoczenie, powodują nowe przypadki płonicy. Niewolno przeto bez narażenia otoczenia przewozić chorego wprost z oddziału płoniczego do domu; powinien on ostatnie trzy tygodnie przebyć na oddziale przejściowym, stale wentylowanym, na który nie kładzionoby przypadków świeżych. Takie wentylowane baraki powinny być urządzone we wszystkich szpitalach, gdzie leczą się chorzy na płonicę. Jeżeli w szpitalu takich oddziałów przejściowych niema, to przetrzymywanie chorych nawet po dziesięć tygodni nie będzie miało żadnego celu.

Sprawa łusek płoniczych stale zajmowała uwagę lekarską. Długi czas uważano nawet, że łuszczenie dowodzi zaraźliwości chorego. Tymczasem Deicher na 50 przypadków badanych łusek wykrył paciorkowiec zaledwie w jednym przypadku i twierdzi, że dostał się on tam zzewnątrz. Łuski przeto same przez się źródłem zarazy być nie mogą, są niebezpieczne tylko narówni ze wszystkimi przedmiotami z otoczenia chorego, na których osiadać mogą zarazki płonicy. Kierować się obecnością łuszczenia przy wyrokowaniu o zaraźliwości przypadków zupełnie nie można. Jeżeli chory przebył 3 tygodnie w pokoju czystym wentylowanym, był kilkakrotnie kąpany, w gardzieli paciorkowca hemolizującego już nie zawiera i niema wydzieliny ropnej, to przestał być niebezpieczny, choćby się jeszcze łuszczył.

W praktyce prywatnej lekarz powinien po stwierdzeniu płonicy bezzwłocznie zawiadomić władzę sanitarną o świeżym przypadku. Jeżeli chory ma być leczony w domu, to należy go ściśle odo-

sobnić w pokoju, oddalonym od innych pomieszczeń. Powinna pielęgnować go osoba, której niewolno stykać się z resztą rodziny. Osoba taka powinna już być odporna na płonicę; najlepiej przeto wyszukać sobie pielęgniarkę, która sama przechodziła płonicę, gdyż odporność po niej utrzymuje się przez całe życie. Jeżeli pielęgnować chorego ma matka, to niewolno jej widywać innych członków rodziny. Jeżeli w domu są dzieci, to należy je z domu wyprowadzić i umieścić u starszych bezdzietnych ludzi, gdzie przejść muszą kwarantannę 14 dniową, zanim wolno im będzie stykać się z innymi osobami. Jeżeli zdrowych dzieci odsobnić nie można, to niewolno im chodzić do szkoły, dopóki chory nie wyzdrowieje i nie stanie się nieszkodliwym dla otoczenia. Ze względu na zarazek płonicy, który masami pokrywa wszystko dokoła chorego, należy pokój, względnie całe mieszkanie poddać ściślemu odkażeniu, które polegać powinno na wybieleniu sufitu i ścian, zmianie tapet, wyszorowaniu podłogi i mechanicznem oczyszczeniu wszystkich sprzętów, rzeczy i odzieży. Małowartościowe rzeczy, druki, książki i zabawki najlepiej jest spalić.

Lekarz powinien pamiętać o tem, że i on może przenieść płonicę. Powinien przeto odwiedzać chorych na płonicę na ostatku, wchodzić do chorego w płaszczu płóciennym, który należy zostawić w mieszkaniu chorego; po badania należy myć ręce i twarz i szczotką oczyścić odzież.

Na zakończenie dodać należy, że jadowity paciorkowiec hemolizujący może przejść w zwykły nietoksyczny paciorkowiec zielony, który znowu przekształcić się może w typowy paciorkowiec płonicy — i to nie tylko w organizmach żywych, ale nawet *in vitro*. Pod wpływem akrydyny można każdy toksyczny paciorkowiec przekształcić w niejadowity, a ten drogą przeprowadzenia przez mysz, która jest odporna na płonicę, nanowo przekształcić w jadowity. Nigdy jednakże nie udaje się z paciorkowca, który uprzednio nie był jadowity, przekształcić postać jadowitą. W niektórych przypadkach stwierdzono w gardzieli dzieci po szkarlatynie paciorkowiec niejadowity, który jednakże z łatwością udało się przekształcić w jadowity. Zatracił on przeto swą cechę jadowitości tylko chwilowo.

Francuscy autorowie utrzymują, że paciorkowiec zdolny jest przyjąć postać niewidzialną przesączalną, która w ustroju zwierzęcym nanowo może odzyskać swą postać widzialną. Ciekawa ta sprawa wymaga jeszcze potwierdzenia. W każdym razie Dickom nie udało się wywołać płonicy przez zaszczepienie przesączonego jadu, co przy obecności w przesączu postaci niewidzialnych paciorkowca.

Jeszcze trudniej jest zdziałać cośkolwiek w sprawie zwalczania grypy. Zarazek jest lotny, łatwo przenośny, a skłonność do tej choroby jest powszechna. Zakażenie odbywa się drogą kropelkową. Profilaktyka polega na unikaniu zbliżania się do chorych, zwłaszcza ze strony ludzi w starszym wieku i ze strony chorych na płuca, gdyż dla tych grypa jest szczególnie niebezpieczną chorobą. Izolacja nie tyle chorego, ile osób podatnych na tę chorobę, jest środkiem zapobiegawczym, można ją zalecać, niewiedomo tylko, czy zalecenie to będzie wykonalne.

(C. d. n.)



## Zyciorysy.

### Ś. p. Dr. med. Władysław Janowski.

Dnia 11-go kwietnia r. b. po kilkotygodniowej chorobie zmarł Władysław Maksymiljan Janowski, mając lat 62. Śmierć Jego zaskoczyła ogół lekarski, jak również Jego najbliższych współpracowników zupełnie nieoczekiwanie, gdyż do ostatniej chwili ś. p. Władysław Janowski był pełen sił i zapału do pracy. Ze śmiercią Jego polski świat lekarski poniósł dużą stratę. Nagle ubył z jego szeregów lekarz wielkiej miary, który odegrał wybitną rolę w naszym ruchu naukowym, gdyż stworzył poważną placówkę twórczej pracy naukowo-lekarskiej. Pozostawił po sobie sporą spuściznę, obejmującą owoce Jego wyteżonej pracy na polu pedagogicznym, naukowym i społecznym.

Był uczniem Dunina i Brodowskiego, od których przejął wielką ich wiedzę i zapał do pracy. Wiedziony szczytną ambicją, obdarzony niepospolitemi zdolnościami i pracowitością, szybko wysunął się w gronie lekarskim. Mając niespełna lat 31, został ordynatorem oddziału wewnętrznego w Szpitalu Dz. Jezus i rozwinął tam imponującą pracę naukowo-pedagogiczną, kształcąc liczne rzesze lekarzy i przekazując im szczytne tradycje wielkich mistrzów medycyny polskiej.

W pracy pedagogicznej Władysław Janowski był szczególnie rozmiłowany i oddawał się jej z wielkim zapałem i talentem. Dobry organizator, gorliwy nauczyciel umiał zjednywać sobie uczniów, którzy na Jego oddziale znajdowali dobre warunki dla pogłębiania swych wiadomości lekarskich i dla twórczej pracy naukowej. Na oddziale Władysława Janowskiego kształciło się 113 lekarzy. Blisko 20 lat pracy oddziałowej Janowskiego upłynęło w ciężkich czasach ucisku, kiedy naukę polską w Warszawie gnębił zaborca rosyjski. Rozwinięcie w owym czasie szerokiej działalności naukowej i pedagogicznej w duchu polskim było wielkim dziełem ś. p. Władysława Janowskiego. Postawił swój oddział na takim poziomie naukowym, że nie ustępował na klinikom uniwersyteckim, i zrobił to w okresie, kiedy w b. zaborze rosyjskim nie mieliśmy ani jednego uniwersytetu polskiego.

Władysław Janowski napisał razem 100 prac. 27 przed objęciem oddziału, 73 już, jako ordynator. Głównym tematem prac Janowskiego była patologia i klinika krążenia. Wśród nich wyróżniają się prace nad niemiarowością tętna i krzywą żylną, nad ciśnieniem krwi, prace, dotyczące metodyki badania serca i mianownictwa. Z nowych rzeczy, które te prace wprowadziły do nauki,

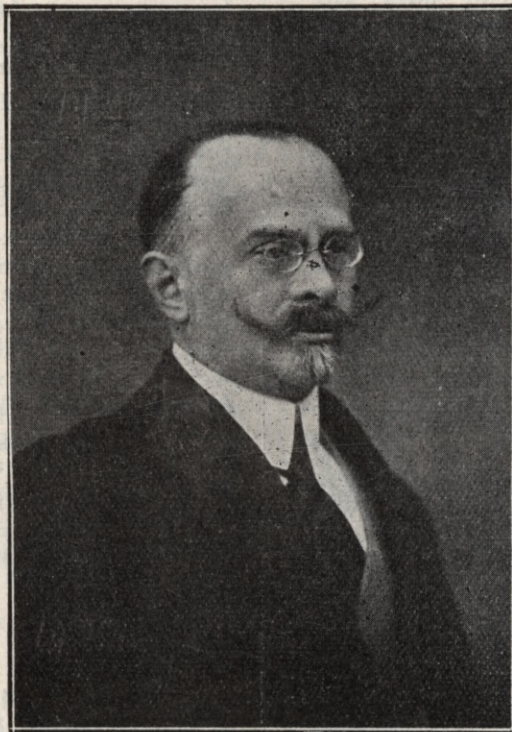
wspomnieć należy obliczanie szybkości tętna i prawidłowe mianownictwo tonów i szmerów. Z innych dziedzin wyróżniają się prace nad nerwobólami międzyżebrowymi i ściany brzusznej, monografia o wymiotach, praca nad tyreotuberkulozą.

Podobnie jak w pracy pedagogicznej, również i w pracy naukowej Wł. Janowskiego było dużo zapału, który się też i Jego uczniom udzielał. Na oddziale Jego znajdowały żywy oddźwięk wszelkie nowe zagadnienia medycyny. Najnowsze metody badania szybko u siebie wprowadzał; inicjatywę uczniów gorliwie popierał. Wśród uczniów swych był zawsze młody. Jego umiłowanie nauki i niespożyta energja były dla nich zawsze pięknym wzorem. Duch, jaki panował na oddziale Władysława Janowskiego był dalszym ciągiem wspaniałej tradycji oddziału Dunina, dla której hołd wszystkim, swym uczniom przekazał.

I poza oddziałem szpitalnym, któremu najwięcej pracy i serca poświęcał, działalność Janowskiego cechowała wielka energja.

Jeszcze przed objęciem oddziału, w r. 1897 był delegowany do Berlina i Paryża dla studjów nad seroterapią błonicy, i pierwszy leczenie to u nas wprowadził.

Szczególnie wydatna była działalność Janowskiego, jako redaktora. Mistrz słowa, gorliwie dbający o czystość języka ojczystego, staranny i systematycznie w pracy — pierwszorzędnie wywiązywał się z tego zadania. Pismom, które prowadził, nadawał piętno, chlubnie świadczące w kraju i poza krajem o polskim wydawnictwie lekarskim. Był redaktorem „Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.“, „Zdrowia“, członkiem redakcji „Kroniki Lekarskiej“, współwydawcą „Gazety Lekarskiej“ i ostatnio od r. 1926 redaktorem „Polskiego Archiwum Medycyny



Wewnętrznej“.

Chlubnie też uwydatniła się praca Władysława Janowskiego w dziejach Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, którego przez pewien czas był wice-prezesem. W r. 1912 z właściwą sobie sprężystością organizował w nowym gmachu pracownię tego Towarzystwa.

Nieobecny w Warszawie w czasie wskrzeszania Uniwersytetu Warszawskiego, skromny swój udział w pracy Uniwersytetu zaznaczył jako docent, choć zawsze marzył o umiłowanej pracy pedagogicznej samodzielnego kierownika młodzieży uniwersyteckiej i do ostatnich lat jeszcze sądził, że oslon Jego dotychczasowej pracy pozwoli Mu ten cel osiągnąć.

Zywa działalność naukowo-lekarska Janowskiego sięgała i poza granice kraju. Będąc uczniem wyłącznie szkoły lekarskiej Warszawskiej



i nie kształcąc się nigdy na klinikach zagranicznych, pracami swemi zasilając jednak piśmiennictwo wszechświatowe Pomagała mu w tem znajomość bardzo wielu języków. Prace Janowskiego i Jego uczniów były ogłaszane w pismach francuskich, niemieckich, angielskich, włoskich, hiszpańskich i rosyjskich. Sam był współpracownikiem „Zentralblatt für Herzkrankheiten“, „Zentralblatt für Grenzgebiete“, zaproszony był na członka zjazdów niemieckich internistów, na członka założyciela francuskiego zjazdu internistów, na współpracownika „Nouveaux Traités de Médecine“, na podpisującego „Archives des Maladies du Coeur“ i „l'Art Médical“, na współpracownika i sprawozdawcę polskiego w „Riforma Medica“, „Rastegna Medica“ w Neapolu i „Archivas di Cardiologia y Hematologia“ w Madrycie.

Trudno jest w krótkim wspomnieniu pośmiertnym wyczerpać całokształt szerokiej działalności naukowo-lekarskiej Wł. Janowskiego. Starsi przedstawiciele naszego świata lekarskiego, którzy byli tej działalności świadkami bezpośrednimi, zapewne ją jeszcze żywo mają w pamięci.

Teraz, kiedy medycyna polska spokojnie rozwijać się może, i Rzeczpospolita otworzyła dla niej 5 uniwersyteckich wydziałów lekarskich, hołd uznania winniśmy złożyć zasługom ś. p. Władysława Janowskiego, który z wielkim pożytkiem dla nauki polskiej dzielnie pracował w czasach bardzo ciężkich i lepsze czasy godnie spotkał z wymownym świadectwem owoców swej wyteżonej pracy.

Cześć Jego Pamięci!

Lucjan Jelenkiewicz  
(Warszawa).

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ straciło przez śmierć Władysława Janowskiego jednego z najczulszych swych przyjaciół. Nietylko radą, nietylko słowami uznania zachęcał nas do ciągłego doskonalenia pisma, ale i osobistym współpracownictwem, choć nie należał do jego współwydawców, oraz pracami swoich asystentów starał się poziom pisma podnosić. Toć pierwszy wykład kliniczny w pierwszym numerze „Warsz. Czasop. Lek.“ p. t. „Korzyści praktyczne z klinicznego badania ciśnienia krwi“ wyszedł z pod pióra Władysława Janowskiego, a jeszcze nie tak dawno drukowaliśmy Jego artykuł: „Wartość lecznicza wyciągów z grasicy w zwalczaniu objawów przekwitania płciowego u kobiet“.

W Janowskim ceniliśmy wysoko Jego umiłowanie nauki i gotowość do służenia radą i pomocą każdemu, kto wiedzę cenił i kochał, i za to hołd najwyższy Jego ceniom składamy.

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ zachowa nazawsze osobę Wład. Janowskiego we wdzięcznej pamięci i z dumą wspominać będzie, że miało szczęście zaliczać Go do swoich sympatyków i współpracowników.

Redakcja.

### Spis prac Władysława Janowskiego.

1) O przyczynach ostrego zapalenia ropnego. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1889. Str. 369—470. 2) O zmianach anatomicznych w pęcherzyku żółciowym pod wpływem kamieni Gaz. Lek. 1891. Nr. 6—11. 3) Przyczynek do nauki o ziarnistościach białych ciałek krwi. Kron. Lek. 1892. Nr. 5. Str. 285 z tabl. litogr. 4) Przyczynek do anatomii patologicznej m. a. k. c. i. w. t. r. o. b. y u c. z. ł. o. w. i. e.

ka, powstałej pod wpływem zastoju żółci. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1892. T. 88. Zesz. 2. Str. 221 oraz zesz. 3. Str. 419 z dwiema tabl. litogr. 5) Przyczynek powstawania cholery. Kron. Lek. 1892. Nr. 8. Str. 496—519. 6) Badanie bakteriologiczne pierwszych dwóch przypadków cholery w Warszawie. Gaz. Lek. 1892. Nr. 40. Str. 852—856. 7) Przebieg cholery azjatyckiej w Warszawie. Gaz. Lek. 1892. Nr. 41. Str. 869—874. 8) Przegląd krytyczny metod leczenia dysenterji. Kron. Lek. 1892. Nr. 12. Str. 783—804. 9) Przypadek „Monoplegiae spinalis“. Księga jubileuszowa prof. W. Brodowskiego. Warszawa. 1893. 4-o. Str. 175—182 z rysunkami w tekście. 10) Przyczynek powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Monografia, Przegł. Chir. 1894. T. 1 Zesz. 3. Str. 307—548 i I—XLII, oraz oddzielne odbicie. Warszawa. 1894. Str. 208. XLIII. 11) Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi w Berlinie i Paryżu. Odcz. Klin. 1894. Nr. 12. Str. 1—55. Pięć prac poniższych (12—16) wykonał i ogłosił wspólnie z Z. Dmochowskim, a mianowicie: 12) Przyczynek do metodyki badań nad elastycznością. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1895. T. 91. Zesz. 2. Str. 292 z tablicą. 19) Badania nad morfologią ropy rozmaitego pochodzenia. Przegł. Chir. 1895. T. II. Zesz. 4. Str. 464—500 z tabl. litogr. 20) Przypadek zapalenia ropnego gruczołu przysadczowego, wywołany przez laseczniki tyfusowe. Kron. Lek. 1895. Nr. 5. Str. 261. 21) Kilka uwag praktycznych o sile leczniczej surowicy przeciwbłoniczej z rozmaitych fabryk oraz o sposobie jej stosowania. Gaz. Lek. 1895. Nr. 18 i 19. Str. 457—486. 22) Przypadek otrucia ołowianego z kilkoma bardzo rzadkimi objawami. Gaz. Lek. 1895. Nr. 7. Str. 162. 23) Wyniki leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi oraz niektóre uwagi o tem leczeniu. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1895. Zesz. 3. Str. 715—690. 24) Przypadek przemijającej niedostateczności nerek. Gaz. Lek. 1896. Nr. 27. Str. 635. 25) Przypadek obecności balantidii coli w stłkach oraz uwagi o wpływie tego pasorzyta na zaburzenia w kanale pokarmowym. Gaz. Lek. 1896. Nr. 26 i 27. Str. 683 i 717. 26) O flagellatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologji kanału pokarmowego. Gaz. Lek. 1896. Nr. 29—34. Str. 765, 800, 829, 860, 890, 919. Z 2-ma tablicami 27) O etyologii dysenterji. Gaz. Lek. 1896. Nr. 35—40. Str. 933, 965, 1003, 1021, 1057 i 1084. 28) Metody badania w patologji ogólnej i ich znaczenie dla postępu medycyny współczesnej oraz dla wyrobienia sposobu rozumowania u lekarzy. Now. Lek. 1897. Nr. 2. Str. 1—12. 29) O znaczeniu dyagnostycznym i prognostycznym dokładnego badania tętna. Odcz. Klin. 1897. Nr. 1—3. Str. 1—87. Z 124 rysunkami, 30) O krepitacjach przy obecności płynu w jamie opłucnej. Gaz. Lek. 1897. Nr. 35 i 46. Str. 1214 i 1252. 31) Zmienność napięcia w napięciu tętna (Allotensio pulsus). Gaz. Lek. 1898. Nr. 26. Str. 663. 32) Przypadek pierwotnego dwustronnego zapalenia nadnerczy ropnego. Gaz. Lek. 1898. Nr. 14. Str. 354. 33) O potrzebie jednolitego określenia siły jadu błoniczego we wszystkich europejskich fabrykach surowicy przeciwbłoniczej. Gaz. Lek. 1898. Nr. 23. Str. 589. 34) O znaczeniu pierwotniaków (protozoa) w patologji przewodu pokarmowego u ludzi. Medycyna 1898. Nr. 46. Str. 1074. 35) Znaczenie praktyczne metod klinicznych badania krwi. Gaz. Lek. 1900. Nr. 52. 36) Krew. Artykuł w histologii zbiorowej Hoyer. Warszawa. 1901. 37) Dżuma. Zdrowie. 1901. Nr. 4. Str. 267—287. 38) Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów. Księga jubileuszowa T. Dunina. Warszawa 1901. 4-o. Str. 169—184. 39) Trzy przypadki zapalenia nerwów wskutek otrucia arsenikiem. Księga jubileuszowa T. Dunina. Warszawa. 1901. 4-o. Str. 185—237. 40) Fizjologia i patologia ogólna wymiotów. Odczyty klin. 1901. Nr. 7. Str. 199—210. 41) Semiotyka ogólna wymiotów. Odcz. Klin. 1902. Zesz. 1—3. Str. 1—114. 42) O nerce ruchomej i wędrującej. Gaz. Lek. 1910. Nr. 44—47. 43) Uwagi praktyczne w kwestji dawkania kamfory, eteru i belladony oraz stosowania morfiny. Medycyna 1906. Nr. 42 i 43. 44) O nerwobólu międzyżebrowym głównie ze stanowiska skarg chorego. Przegł. Lek. 1906. Nr. 41—46. 45) O dwubitości tętna przy niedostateczności zastawek aorty. Now. Lek. 1906.

Nr. 10. 46) Odróżnianie płynów wysiękowych i przesiękowych za pomocą próby z bardzo słabym roztworem kwasu octowego. *Medyc.* 1906. Nr. 47. 47) Zaburzenia żółtkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy płucnej. *Medyc.* 1907. Nr. 1 i 2. 48) Badania zapasowej energii serca podług metody Katzensteina, oraz uwagi o spostrzeganych przy tem zmianach krzywej tętna. *Czasop. Lek.* 1907. Nr. 3. 49) Współczynnik szybkości tętna w stanach normalnych i chorobowych. *Gaz. Lek.* 1907. Nr. 8, 9, 10. 50) O minimalnych wahanach w trwaniu poszczególnych fal tętna w stanach normalnych i chorobowych. *Przegląd Lek.* 1907. Nr. 15 i 16. 51) Funkcyjalna dyagnostyka serca i naczyń. *Now. Lek.* 1907. Nr. 10, 11 i 12. 52) Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna w różnych stanach patologicznych. *Przegl. Lek.* 1907. Nr. 42, 43, 44. 53) Właściwości proteolityczne ropy pochodzenia chemicznego. *Sprawozdanie z posiedzeń Tow. Nauk. Warsz.* 1908. Nr. 1—2. 54) Przyczynę do znaczenia krzywych, otrzymanych przez przełyk z lewego przedsionka serca dla dokładnego rozpoznania choroby Stokes-Adams'a, oraz parę uwag o bradykardii. *Medyc.* 1908. Nr. 19 i 20. 55) Krzywa przełykowo-przedsionkowa serca. *Spraw. z posiedz. Tow. Nauk. Warsz.* 1909. Nr. 6. Str. 212—241. 56) Elektrokardiografia. *Medycyna i Kron. lek.* 1910. Nr. 10. 57) O krzywej przełykowej lewego przedsionka serca, jej tłumaczeniu i znaczeniu rozpoznawczem. *Gaz. lek.* 1910. Nr. 3. 58) Współczesne metody badania serca. *Monografia.* Wydaw. Tow. Nauk. Warszaw, 1910. Wydz. mat.-przry. Str. 176. 59) Porównanie krzywej przełykowo-przedsionkowej z krzywą elektrokardiograficzną. *Gaz. Lek.* 1910. Nr. 49. 60) Przypadek duru brzuszego z niezwykłym powiększeniem wątroby i żółtaczką. *Gaz. Lek.* 1911 Nr. 1. 61) O wartości praktycznej klinicznych sposobów pomocniczych badania wysięków i przesięków. *Przegląd Lek.* 1911 (Lipiec). 62) O różnych postaciach niemiarowości serca z dzisiejszego punktu widzenia. *Gazeta Lek.* 1911. Nr. 44—49. 63) Ciśnienie krwi i ciśnienie tętna w stwardnieniu tętnic oraz w zapaleniu nerek. *Gaz. Lek.* 1914. Nr. 10, 11, 12. 64) Ciśnienie krwi w stwardnieniu tętnic i zapaleniu nerek. *Nowiny Lek.* 1914. Nr. 3. 65) Kilka wskazań do stosowania wody utlenionej. *Gazeta Lekarska* 1914. Nr. 39. 66) Utrudnione łykanie płynów, jako wczesny objaw rozszerzenie łuku tętnicy głównej. *Gazeta Lekarska* 1915 r. Nr. 7, 8. 67) Kilka uwag w sprawie stosowania salicylanu sodu i kwasu salicylowego. *Gazeta Lekarska* 1914. Nr. 50—52. 68) Uwagi praktyczne w sprawie stosowania wewnętrznego różnych przetworów jodu. *Miesięcznik Lekarski* 1917. Nr. 1—2. Str. 1—10. 69) Uproszczony sposób doraźnego orjentowania się w szybkości tętna. *Miesięcznik Lekarski* 1917. Nr. 3. Str. 115. 70) Prawidłowa

nazwa szmerów sercowych w różnych stanach chorobowych. *Odczyty Kliniczne* 1918. Nr. 7, 8, 9 i 10. 71) O rzadkich postaciach gościa stawowego i mięśniowego. *Miesięcznik Lekarski* 1917. Nr. 4. Str. 216. 72) Nerwoból ściany brzusznej w świetle skarg chorego. *Mies. Lek.* 1918. Nr. 7. 73) O leczeniu nerwobólu głowy za pomocą wygniatania. *Gaz. Lek.* 1918. Nr. 38. 74) Części składowe normalnej krzywej żylniej w świetle współczesnych pojęć o ich powstawaniu, oraz projekt racjonalnych nazw dla nich. *Gaz. Lek.* 1918. Nr. 51—52. 75) Tyreotuberkuloza. *Gaz. Lek.* 1919. Nr. 5—7. 76) Znaczenie rozpoznawcze krzywej żylniej w przypadkach niedostateczności zastawki trójdzielnej z tętnem miarowym i zupełnym niemiarowym. *Gaz. Lek.* 1919. Nr. 19, 20 i 21. 77) Przyczyny powstawania zaburzeń czynności serca w świetle współczesnych poglądów fizjologicznych. *Now. Lek.* 1919. Nr. 2. Str. 37—52. 78) Czy i w jakich warunkach tony serca mogą być istotnie nieczystemi. *Gaz. Lek.* 1920. Nr. 14. 79) Uwagi w sprawie etiologii dyzenterji. *Lek. Wojskowy* 1920. Nr. 51—2. 80) Uwaga praktyczna w sprawie wywołania ropni odcigiających za pomocą środków jałowych. *Gaz. Lek.* 1920. Nr. 52. 81) Śpiączka. *Neurologja polska* 1920. 82) Notatka lekarska w sprawie podskórnego i wewnętrznego stosowania kwasu salicylowego w leczeniu gościa. *Gaz. Lek.* 1921. Nr. 14. 83) Mechanizm powiększenia szybkości tętna w różnych stanach chorobowych. *Polska Gaz. Lek.* 1922. Nr. 29. 84) Korzyści praktyczne z klinicznego badania ciśnienia krwi. *Warsz. Czasopismo Lek.* 1924. Nr. 1. 85) Kamica żółciowa ze stanowiska kliniki wewnętrznej. *Polskie Arch. Med. Wewn.* 1925. T. II, Z. 4. 86) Postać rzekomo-neurasteniczna gruźlicy płucnej. *W druku.* 87) Wartość lecznicza wyciągów z grasicy w zwalczaniu objawów przekwitania pćciowego u kobiet. *Warsz. Czasopismo Lek.* 1927. Nr. 18. 88) Parę uwag w kwestji piśmiennictwa lekarskiego polskiego. *Nowiny Lek.* 1898. Nr. 3. Str. 80—87. 89) Nowy szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie. *Gaz. Lek.* 1901. Nr. 20. Str. 721—727. 90) Koszta, urządzenie i personel nowego Szpitala Dzieciątka Jezus. *Zdrowie.* 1901. Nr. 7. Str. 588—594. 91) Teodor Dunin. *Księga pamiątkowa T. Dunina.* Warszawa 1901. 4-o. Str. 1—23. 92) Bolesław Dzierżawski. *Wspomnienie pośmiertne.* *Medycyna* 1907. Nr. 13. 93) Teodor Dunin. *Wspomnienie pośmiertne.* *Spraw. z pos. Tow. Naukow.* Warszawa 1909. Nr. 4. 94) *Sprawozdanie z ruchu w Tow. Nauk. Warsz.* 1909. 95) Kilka uwag w sprawie docentów na wszechnicach polskich. *Gaz. Lek.* 1919. Nr. 29. 96) W sprawie uzupełnień, potrzebnych na wydziałach lekarskich polskich. *Gaz. Lek.* 1919. Nr. 33. 97) Potrzebne reformy w wykształceniu aptekarzy. *Gaz. Lek.* 1919. Nr. 38. 98) Walenty Kamocki. *Życiorys krytyczny.* *Gazeta Warszawska* 1923. Nr. 262 — 265.

## Wiadomości bieżące.

Otwarcie lotniczej pracowni psychotechnicznej.

Dnia 7. V. r. b. odbyło się w Porcie Lotniczym w Warszawie otwarcie pierwszej polskiej pracowni psychotechnicznej, badającej uzdolnienia zawodowe lotników.

Pracownia ta powstała pierwotnie jako część Sekcji Lotniczo-Lekarskiej przy Instytucie Badań Technicznych Lotnictwa, która weszła w skład nowoutworzonego Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich, pozostającego pod Kierownictwem Pułk. Dr. A. Huszczy. Obecnie pracownia psychotechniczna stanowi dział Laboratorium Psychofizjologicznego C. B. L. L.; personel naukowy Laboratorium stanowią: mjr. dr. Wł. Missiuro jako Kierownik, kpt. dr. Wł. Kondratowicz i dr. fil. B. Zawadzki jako psycholog.

Zaopatrzenie w kosztowną aparaturę w znacznej mierze zawdzięcza pracownia ofiarności Koła Skarbowców Nr. 140 L. O. P. P.

Otwarcie pracowni odbyło się w obecności przedstawicieli władz sanitarnych i lotnictwa wojskowego oraz licznie zgromadzonych skarbowców członków L. O. P. P.

Po przemówieniu Płk. Dr. Huszczy nastąpiło, dokonane przez Gen. Dr. Roupperta Szefa Dep. Sanit. M. S. Wojsk. odsłonięcie tablicy, upamiętniającej zasługi Skarbowców Nr. 140 L. O. P. P. względem pracowni.

Po szeregu przemówień uczestnicy uroczystości otrzymali egzemplarz broszury Mjr. Dr. Missiuro i Dr. Zawadzkiego p. t. „Psychotechnika w lotnictwie” poczem autorzy udzielali zebranym wyjaśnień i demonstrowali przyrządy oraz sposoby badania psychotechnicznego.

— W klinice oto-ryno-laryngologicznej prof. Portmanna w Bordeaux odbędzie się kurs dokształcający dla lekarzy w czasie od dn. 2. VII. do dn. 14. VII. r. b. Prócz wykładów teoretycznych i licznych demonstracji przewidziane są ćwiczenia praktyczne i operacje.

### ZMARLI.

Aleksander Zawadzki, ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne wkrótce podamy.

TREŚĆ: A. FRYSZMAN. Leczenie fizykalne guzów pęcherza (Dok.). — P. DEMANT. Dalsze badania nad zachowaniem się cukru we krwi po blokadzie układu siateczkowo-śródbłonkowego. — B. WEJNERT Foetor ex ore — † A. ZAWADZKI. Promienica wątroby i pęcherzyka żółciowego (streszcz. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — A. LANDAU i J. GLASS. Kilka uwag o stosowaniu merkuromu. — Z. SREBRNY. Duże czy małe oddziały szpitalne? — F. PRZESMYCKI. Błonica, jej rozpowszechnienie, szerzenie się i zapobieganie (Dok.). — W. KNAPPE. Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych. (C.d.). — L. JELENKIEWICZ. Ś. p. Dr. med. Władysław Janowski. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. FRYSZMAN. Le traitement des tumeurs de la vessie urinaire (Fin.). — P. DEMANT. Recherches sur le maintien du sucre dans le sang après la blocade du système réticulo endothéliale. — B. WEJNERT. Foetor ex ore. — † A. ZAWADZKI. L'actinomycose du foie et de la vésicule biliaire. (Rév. gén.). — A. LANDAU et G. GLASS. Quelques remarques sur l'application du mercurome. — Z. SREBRNY. Grands ou petits services des hôpitaux. — F. PRZESMYCKI. La diphthérie, son expansion et sa prophylaxie. (Fin.). — W. KNAPPE. Le rôle du médecin praticien dans la lutte contre les maladies infectieuses. (Suite). — L. JELENKIEWICZ. Feu Dr. Ladislav Janowski.