

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. 14

WARSZAWA, 24 MAJA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. E. FLATAU).

O leczeniu zimnicą bezwładu postępującego.

Podał

Leon PRUSSAK (Warszawa).

Dziesięć lat z górą upłynęło od czasu, gdy Wagner von Jauregg dokonał pierwszych prób nad leczeniem paraliżu postępującego za pomocą szczepienia zimnicy. Był to moment zwrotny w leczeniu tego cierpienia, tak opornego względem wszystkich do tej pory stosowanych sposobów leczniczych. Początkowo metoda ta stosowana była przez Wagnera i jego szkołę, zwolna jednak zyskiwała coraz więcej zwolenników, tak, że obecnie stosowana jest powszechnie.

Jeżeli przyjrzymy się statystykom, ogłoszonym w ciągu ostatnich lat przez różnych autorów, rozporządzających dużym materiałem, (co widać z niżej załączonej tablicy), to będziemy mogli należycie ocenić wartość tej metody leczniczej.

	Gerstmann	Schulze	Mingazzini	Nonne	Weygandt
Liczba przyp.	1000	215	250	400	700
Zwolnienie zupełne	33-35%	36,2%	40%	praktycznie wyleczonych	dobrze i niewielkie zwolnienia waha się od 60-70%
Zwolnienie niezupełne	35%	13,5%		około 30%	

Z zestawienia Vallejo Nágera, który połączył statystyki 43 autorów, obejmujące przeszło 5000 przypadków, wynika, iż w 29,6% osiągnięto zupełne, a w 25,3% niezupełne zwolnienia.

Zaznaczyć należy, iż materiał szczepiony obejmuje nie tylko przypadki świeże, lecz również przypadki, daleko posunięte, które, jak wiadomo, dają mniejszy odsetek popraw. Należałoby zatem w statystykach uwzględnić okres choroby, gdyż w przypadkach świeżych odsetek zwolnień byłby bez porównania większy, niż w materiale, podawanym dotychczas. Uczynił to, n.p. Hermann (z kliniki Pötzla), dzieląc materiał z roku 1924 (55 przypadków) na dwie grupy: jedna z nich obejmuje przypadki świeże (10), druga zaś przypadki daleko posunięte oraz postaci młodzieńcze i galopujące (45). Z chorych grupy pierwszej jeden zmarł na skutek pęknięcia śledziony, w 9 przyp. nastąpiło zwolnienie zupełne; z grupy drugiej natomiast w 2 przyp. osiągnięto wyleczenie, w 23 — poprawę, w 11 — stan się nie zmienił, 9 chorych zmarło.

Gerstmann uzyskał w przypadkach świeżych (31) 83,8% zwolnień zupełnych, 10,33% zaś niezupełnych stopnia wyższego, podczas gdy w materiale mieszanym odsetek zwolnień zupełnych wynosił tylko od 33-35%.

Również odsetek popraw pod względem serologicznym był w przypadkach świeżych znacznie większy, niż w materiale mieszanym.

Czy poprawa zależna jest również od postaci klinicznej, nie zostało jeszcze dowiedzione; zdania autorów pod tym względem są rozbieżne. Według Gerstmann'a przypadki z objawami demencyjnymi i wiađoparalizem wykazywały stosunkowo większą liczbę zwolnień, natomiast podług Kirschauma, Flecka i Baendera choroby z podnieceniem manjakałnem dają wyniki lepsze, niż inne postaci. Według Weygand'ta wszystkie postaci nadają się do leczenia z wyjątkiem paraliżu galopującego. Do poprawy umiarkowanej rzadko dochodzą postaci dziecięce i młodzieńcze.

Według Claudea i Targowli wyniki najlepsze wykazują przypadki świeże oraz przypadki wiađoparaliżu.

Jak z powyższego wynika, nie należy się kierować przy wyborze materiału do szczepienia postacią kliniczną P.p., lecz jedynie stanem somatycznym chorych. Pewne cierpienia stanowią przeciw-

wskazanie do szczepienia zimnicy. Do tych należą: niewyrównana wada serca, wyraźne zmiany gruźlicze w płucach, *thymus persistens* oraz wybitne otłuszczenie. Wady wyrównane tętnicy głównej nie stanowią według Flecka przeciwwskazania. Tego samego zdania jest Weygandt, który jednocześnie utrzymuje, iż 50% chorych na *metalles* wykazuje zmiany w sercu i tętnicy głównej.

Według Schlesingera zmiany kiłowe tętnicy głównej w kile ośrodkowego układu nerwowego przebiegają naogół łagodnie i względnie rzadko bywają przyczyną śmierci. Uważa on jednak, iż u ludzi starszych, dotkniętych tem cierpieniem, leczenie zimnicą jest niebezpieczne.

Przy wyborze materiału naszego, obejmującego 30 przypadków (w tem 6 przypadków wiodoparaliżu) wyłączyliśmy przypadki, dotknięte jednym z wyżej wymienionych cierpień, nie kierowaliśmy się natomiast ani wiekiem chorego, ani okresem choroby. W materiale naszym mieliśmy do czynienia wyłącznie z postacią demencyjną. Wiek chorych wahał się w granicach od 27—54 lat, czas trwania choroby od kilku tygodni do kilku lat.

Przeważająca większość chorych nie przechodziła poprzednio leczenia swoistego lub też stosowała leczenie niedostateczne.

Zimnicę-trzeciaczkę szczepiliśmy powszechnie już znanym sposobem, podanym przez Gerstmanna*). Zaznaczyć należy, iż przeszczepianie niekoniecznie musi się odbywać bezpośrednio, można bowiem przenosić krew z jednego zakładu do drugiego, dodawszy uprzednio 5% roztworu cytrynianu sodu w ilości 0,5 ccm. na 5 ccm. krwi.

Kauders i Horn przeszczepiali pasorzyty zimnicy na pożywkę z agaru i surowicy krwi i w ten sposób utrzymywali je przy życiu w ciągu 92 g.

Leiner stawiał chorym podczas napadu zimnicy pijawki, w których krwi stwierdzał żywe pasorzyty nawet po upływie 6—7 dni.

Czas wylegania waha się od tygodnia do trzech; występowanie napadów po upływie trzech tygodni należy do rzadkości. W naszych przypadkach najczęściej występowały one po 8—14 dniach.

Jeżeli okres wylegania się przedłuża, można niekiedy wywołać napady zimnicy przez zastrzykiwanie domięśniowo mleka (10 ccm.) lub podskórnie adrenaliny (1 ccm. 1/1000).

Niektórzy chorzy odznaczają się szczególną, wrodzoną odpornością na zimnicę, jednakże według Mühlensa odporność bezwzględna właściwie nie istnieje, tak, że jeżeli wyżej wymienione sposoby zawiodą, można wywołać gorączkę przez wielokrotne szczepienia (tak, n. p. w jednym z naszych przypadków napady wystąpiły dopiero po trzykrotnym szczepieniu). Przebycie zimnicy nie stwarza odporności bezwzględnej względem tego cierpienia. Z 6 chorych, u których stosowaliśmy poprzednio leczenie zimnicą, u 4 — zimnica, szczepiona powtórnie, przyjęła się odrazu, u 2 zaś dopiero po dwukrotnym szczepieniu. Zaznaczyć jednak musimy, że okres wylegania po szczepieniu powtórnie był o parę dni dłuższy, niż po szczepieniu pierwszym.

W 3 przypadkach zimnica, szczepiona powtórnie, wygasła samoistnie po 3—5 napadach. Zgadza się to ze spostrzeżeniami Mühlensa i Kirschauma, Dattnera i Kaudersa, którzy w podobnych przypadkach również spostrzegali wydłużony okres wylegania oraz przerywanie się samoistnie napadów.

Kauders zastrzykiwał surowicę krwi, pochodzącą od chorych, u których zimnica, powtórnie szczepiona, sama wygasła, 14 chorym w czasie przechodzenia zimnicy. Z tych w 3 przypadkach zastrzyknięcie to nie wywarło żadnego wpływu na przebieg zimnicy, w pozostałych napady zostały przerwane; w 5 z tych nie powróciły nawet po stosowaniu środków prowokujących, w 4 zaś powróciły po pewnej przerwie, wywołane lub samoistnie.

Z tego wynika, że pewna odporność nabyta istnieje, nie przeszkadza jednak do powtórnego szczepienia zimnicy, i z tego względu, zdaniem Wagnera, leczenie zimnicą przewyższa leczenie za pomocą duru powrotnego, wywołującego zawsze bezwzględne uodpornienie organizmu.

Wielokrotne przeszczepianie jednego szczepu nie powoduje jego osłabienia.

Liczba dopuszczalnych napadów gorączkowych waha się u różnych autorów. Niektórzy są zwolennikami większej liczby napadów, przeważnie jednak doprowadza się do 8—12 (zależnie od stanu ogólnego).

Przebieg zimnicy szczepionej różni się przeważnie od zimnicy samoistnej, napady występują rzadko co trzeci dzień, przeważa typ codzienny, bądź to już od początku choroby, bądź też dopiero po kilku napadach typowych. Zdaniem większości autorów rzadko kiedy stwierdza się powiększenie śledziony. W materiale naszym spostrzegaliśmy ten objaw tylko w 3 przypadkach (dwaj z nich alkoholicy).

W odróżnieniu od zimnicy samoistnej zimnica szczepiona poddaje się łatwo wyleczeniu. Już po parodniowym podawaniu chininy (*chinini muriat.* 0,5 od 2—3 razy dziennie), napady ustępują, a tylko w przypadkach wyjątkowych zachodzi potrzeba stosowania tego środka drogą pozajelitową (domięśniowo lub dożylnie) lub też neosalwarsanu.

Niektórzy autorzy (Mühlens i K. Westphal) radzą przed szczepieniem zimnicy wypróbować tolerancję chorego względem chininy, zdarza się bowiem u niektórych osobników idiosynkrazja do tego środka, wskutek czego powstają komplikacje, kończące się niekiedy śmiertelnie.

Mühlens i Kirschaum (w 2 przyp.) oraz Jossmann i Schilling (w 1 przyp.) spostrzegali ciężkie krwotoki z jelit, z nerek i innych narządów. K. Westphal zaś opisał przypadek ostrej hemolizy krwi po zastosowaniu chininy. Czy jednak zaburzenia te należy kłaść na karb działania chininy, trudno powiedzieć wobec tego, iż Fleck spostrzegał również krwotoki z narządów wewnętrznych w 3 przypadkach, leczonych zimnicą, lecz jeszcze przed podaniem chininy.

Chorzy, poddani szczepieniu zimnicy, wymagają starannej opieki i stałej kontroli lekarza, mogą bowiem w przebiegu zimnicy wystąpić objawy groźne, zmuszające do natychmiastowego przerwania napadów. Do takich

*) L. Prussak. Kilka uwag o leczeniu paraliżu postępującej zimnicą. Warsz. Czasop. Lekar. Nr. 17, 1927 r.

objawów należą: zaburzenia w krążeniu, objawy ze strony nerek, żółtaczka. Względnie najczęściej występują objawy niedomogi serca (Trömner w 16 przyp. musiał przerwać leczenie z powodu zbyt gwałtownego obniżenia się ciśnienia krwi).

Przez cały czas trwania napadów zimniczych należy przeto stosować środki, regulujące czynność serca. Do zwalczania ostrej niedomogi serca posługujemy się środkami ogólnie przyjętymi. Na klinice Mayo stosują w takich przypadkach roztwory glukozy i fizjologiczny roztwór soli kuchennej pod postacią zastrzykiwań dożylnych lub w lawatywie.

Do bardzo rzadkich powikłań w przebiegu zimnicy należy pęknięcie śledziony (Trömner, Adelheim, Herrmann i Weygandt) oraz wylewy krwawe do mózgu (Borremans). [Przypadki powyższe skończyły się zejściem śmiertelnym].

Chorzy nasi znosili naogół zimnicę bardzo dobrze. Na 30 przypadków w jednym tylko zmuszeni byliśmy przerwać zimnicę z powodu ostrej niedrożności jelit (ten sam chory zniósł doskonale zimnicę, szczepioną powtórnie); w innym zaś przypadku wystąpiła zapaść, którą udało się opanować zastrzykowaniami kamfory oraz wlewaniem podskórnym fizjologicznego roztworu soli. Nie spostrzegaliśmy ani jednego przypadku śmiertelnego podczas przebiegu lub też bezpośrednio po przebyciu zimnicy. (Według Nonnego śmiertelność wynosi od 8-10%, według Flecka 3,6%, Mingazziniego 20%, Weygandta 7,6%, Schulzego 20%).

Stan psychiczny chorych w przebiegu zimnicy wykazywał w niektórych przypadkach zmiany, których przed zimnicą nie spostrzegaliśmy, a mianowicie: omamy słuchowe i wzrokowe oraz stany lękowe (w 2 przyp.), w jednym przypadku objawy kataleptyczne, w jednym—urojenia somatopsychiczne, w 4—stany podniecenia, które utrzymywały się jeszcze przez pewien czas po przebyciu zimnicy. Poprawa zaczęła się ujawniać bądź to bezpośrednio (w 7 przyp.), bądź też stopniowo w kilka tygodni, a nawet miesiące po przebyciu zimnicy. Poprawę całkowitą otrzymaliśmy u 8 chorych, znajdujących się w początkowym okresie choroby (od paru tygodni do 1 roku).

Poprawa utrzymuje się dotychczas, t. j. od 2¹/₂ 4 lat. Chorzy ci pracują zawodowo zupełnie sprawnie, jak przed chorobą. U jednego tylko stwierdza się osłabienie pamięci, co jednak nie przeszkadza mu w pracy (jest kontrolerem w gazowni). Jeden chory zmarł po przeszło 4-letniej remisji na skutek wypadku (zatrucie gazem świetlnym).

Zwolnienie niezupełne stwierdziliśmy w 7 przypadkach, dalej posuniętych. (Czas trwania choroby od jednego roku do kilku lat, w jednym nawet do 8 lat). Trzech z pośród tych chorych możnaby było nawet dołączyć do grupy poprzedniej, gdyby nie pewne defekty psychiczne, jak częściowy brak inicjatywy oraz zwolnienie procesu myślenia. Chorzy ci (dwaj urzędnicy, jeden szewc) powrócili do swej dawnej pracy i wywiązują się dobrze ze swego zadania¹⁾. W przypadkach pozostałych utrzymały się pewne zaburzenia pamięci, chorzy jednak pracują. Poprawa utrzymuje się od 1¹/₂ roku do 3¹/₂ lat. Jeden z tych chorych zmarł po 1-roczej remisji z przyczyny niewiadomej.

W 10 przypadkach poprawa była minimalna, chorzy ci jednak mogli pozostawać w domu i spełniać funkcje pomocnicze. Jeden z chorych zmarł w kilka miesięcy po ponownem (trzeciem) szczepieniu (na oddziale psychiatrycznym dra Wizla), u drugiego po rocznej poprawie nastąpiło pogorszenie, zarówno pod względem klinicznym, jak i pod względem zmian w płynie mózg.-rdzeniowym (nieznaczna limfocytoza, nasilenie się fazy I i krzywa paralityczna odczynu Langego, który w okresie poprawy wykazywał krzywą luetyczną).

W 5 przypadkach nie było żadnej poprawy (były to wszystko przypadki b. daleko posunięte). Jednego chorego straciliśmy wcześniej z obserwacji, 2 zmarło (jeden w 3 miesiące, drugi w rok po przebyciu zimnicy).

Naogół więc otrzymaliśmy mniej lub więcej wybitne zwolnienie z odzyskaniem zdolności do pracy zawodowej w 15 przypadkach (50%).

(Dok. nast.)

¹⁾ U jednego z tych chorych po 1¹/₂-rocznej remisji wystąpiło ostatnio pogorszenie.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z pracowni Towarzystwa Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego.
D. Magister KLAWE S. A.

O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Dawno i powszechnie znany jest fakt, że wody mineralne bezpośrednio u źródła wykazują szczególne własności lecznicze, które po upływie kilku godzin ulegają stopniowemu zmniejszaniu się, aby wreszcie zniknąć zupełnie.

Tajemnicze, niezbadane właściwości wytryskującej ze źródła wody mineralnej powodowały do-

szukiwanie się przyczyn tego zjawiska to w siłach tajemnych, to w najrozmaitszych koncepcjach naukowych — w zależności oczywiście od charakteru danej epoki. W istocie, podstawy doświadczalne balneologii są nader szczupłe, a wiadomości nasze o sposobie działania wód mineralnych są pełne luk. Pomimo liczne i subtelne badania dokonane w ostatnich dziesiątkach lat, posiadamy tylko bardzo mało danych, które mogłyby wyjaśnić działanie kliniczne leczenia kąpielami mineralnymi czy picciem wód.

Chemja analityczna mogła tylko naukowo potwierdzić znane już wyniki i ograniczała się do kontrolowania wód mineralnych co do stałości ich składu; wynajdywanie zaś metod biologicznych do sprawdzania wyników, otrzymywanych na drodze

empirycznej, udawało się tylko w stopniu ograniczonym. Odkrycie radioaktywności wód wpłynęło, co prawda, znacznie na stan naszych wiadomości o działaniu wód mineralnych. W postaci radioaktywności bowiem zdobyta została metoda, dająca możność na drodze ściśle naukowej mierzenia pewnych z lecnictwem związanych własności wód mineralnych. Jednakże odkrycie radioaktywności nie było w stanie objaśnić bezspornego działania leczniczego szeregu wód mineralnych, których radioaktywności nie udało się stwierdzić.

Tak więc dla źródeł tych, które również posiadają właściwość ztracania z biegiem czasu swych danych leczniczych, należało przyjmować istnienie jakiegoś nieznanego nam wciąż jeszcze czynnika, z którym związana jest owa tajemnicza siła uzdrawiająca świeżej wody. Należało liczyć się z faktem, że, jak to stwierdzone zostało dla wielu źródeł mineralnych, również i pozbawione radioaktywności wody posiadają w stanie świeżym cechę, której nie potrafiły wykryć wszelkie znane nam dotychczas metody badania chemicznego i fizycznego.

Jeżeli, rzecz oczywista, własności lecznicze wody mineralnej związane są przede wszystkim z rozpuszczonymi w niej składnikami nieorganicznymi, to należałoby przypuszczać, że otrzymane w sposób możliwie subtelny składniki te mogą po następnym rozpuszczeniu ich dać rozczyń o własnościach leczniczych wody naturalnej świeżej. Ale wszelkie w tym względzie czynione próby nie doprowadziły do pożądanego wyniku. I oto należało dojść do wniosku, że sole nieorganiczne, zawarte w świeżej wodzie mineralnej, znajdują się tam w pewnym chwiejnym czy „czynnym” stanie, który z biegiem czasu przechodzi w stan stały „nieczynny”.

W tem miejscu mimochodem zaznaczyć muszę, że nie będę tu teraz wspominał o tych wszystkich właściwościach natury fizyczno-chemicznej, które stanowią cechę rozczyń soli, a które zostały zbadane na prostych modelach biologicznych przez Hofmeistera, Löba, Höbera i innych, a które oczywiście posiadają swoje znaczenie również i w zastosowaniu do wód mineralnych.

Punktem wyjścia dla badań, które jak dalej wykażemy, doprowadziły do wykrycia tutaj rzeczy nowych, był wspomniany już na początku fakt „starzenia się” wody mineralnej. Objaw ten najdobitniej występuje w wodach mineralnych, zawierających żelazo w większej ilości. Jeżeli woda taka postoi przez pewien czas w otwartym naczyniu, to już po paru minutach występuje opalescencja, i stopniowo wydziela się czerwono-brunatny tlenek żelaza. Jest zrozumiałe, że woda może ztracać swe własności lecznicze, gdy wydzielają się z niej w stałej postaci składniki, poprzednio w niej rozpuszczone, jak np. wodorotlenki żelaza.

Z wielu obserwacji i z dawnych doświadczeń leczniczo-kąpielowych wynika jednakże, że świeże wody nawet bez zmiany swego zewnętrznego wyglądu ztracają własności lecznicze. Równolegle ztracają one i inne jeszcze własności, które w ostatnich czasach wysunęły się na pierwszy plan. Idzie tu o własności katalityczne wód mineralnych. Już Glenard, prowadząc badania nad źródłami Vichy, zdołał stwierdzić, że świeża, wytryskująca

z głębi woda posiada swoiste własności katalityczne. A więc jest w stanie rozkładać nadtlenek wodoru w wodzie oraz tlen cząsteczkowy (zawiera więc katalazę), jednocześnie zaś posiada działanie peroksydazy, a zatem może barwić na niebiesko bezbarwny rozczyń benzydyny w wodzie utlenionej. Te własności katalityczne znikają stopniowo, i Glenard jest zdania, że na nich właśnie polega zasadnicza różnica między wodą świeżą a butelkowaną. Podobne zjawiska obserwował również Zörkendörfer na wodzie Francensbadzkiej, a w r. 1926 Fresenius w Wiesbaden poddał szczegółowym pod tym względem badaniom tamtejszy „Kochbrunnen”, przyczem okazało się, że woda Wiesbadeńska daje w ciągu pierwszych dziesięciu minut silnie dodatni odczyn benzydynowy.

Istota tych własności, tak charakterystycznych dla świeżych wód mineralnych, pozostawała tajemnicą, dopóki w r. 1925 nie zostały ogłoszone wyniki badań uczonych amerykańskich Oskara Baudischa i Larsa A. Welo z Instytutu Rockefellera w New-Yorku.

Badacze ci, aby wnikać w te nieznanym dotychczas dokładnie właściwości wód mineralnych, zwrócili się do nowych metod naukowych, gdyż stosowanie dawniej używanych, jak analiza chemiczna, przewodnictwo i t. p., nie dały żadnych wyników. Aby rozpocząć systematyczne studia nad katalitycznym i terapeutycznym działaniem soli mineralnych, a osobliwie rozpuszczonych w źródłach naturalnych soli żelaza, Baudisch i Welo zajęli się przede wszystkim badaniem soli żelaza jako takich w celu późniejszego zastosowania zdobytych w pracowni wniosków do warunków naturalnych.

Za przedmiot swych badań wzięli badacze amerykańscy przede wszystkim magnetyzm, jako mało jeszcze zbadaną właściwość soli żelaza. Istotnie metoda ta przyniosła im nowe i nieoczekiwane wyniki w zakresie katalitycznych własności żelaza. W większości źródeł mineralnych naturalnych żelazo jest, jak wiadomo, rozpuszczone w postaci dwuwęglanu żelaza. Z tych węglanów tworzą się przez dopływ powietrza wodorotlenki, które wydzielają się jako stałe osady.

Te to węglany i wodorotlenki żelaza zostały podane przez Baudischa i Welo szczegółowym i subtelnym badaniom, jako związki, które grają tak niezmiernie ważną rolę w przemianie materji roślin. Badacze amerykańscy wzięli tu pod uwagę ogłoszone w ciągu ostatnich lat prace Warburga, dowodzące, że połączenie żelaza z kwasem węglowym jest jedną z głównych podstaw asymilowania kwasu węglowego. tej najważniejszej reakcji wszelkiego życia na ziemi.

Badacze amerykańscy przez połączenie w próbce żelaza metalicznego z kwasem węglowym w zawieszynie wodnej otrzymywali dwuwęglan żelaza, który w chwili powstawania posiada pewną rozpuszczalność w wodzie. Z żelaza, wody i kwasu węglowego tworzą się, według Baudischa i Welo, złożone związki chemiczne, które w okresie powstawania posiadają zupełnie swoiste własności.

Własności te polegają na zdolności aktywowania tlenu, co daje się stwierdzić przez próbę benzydynową. Rozczyn benzydyny w kwasie octowym w obecności 3% wody utlenionej pozostaje

bezbarny; wystarcza jednak minimalny ślad krwi, aby rozczyn ten zabarwić natychmiast na niebiesko.

Tę próbę benzydynamową dają świeżo powstałe „aktywne” dwuwęglany żelaza lub wodorotlenki, jednakże już w ciągu kilku minut te aktywne sole przeobrażają się w przestarzałe już i „nieczynne”.

Nie ulega wątpliwości, że istnieje ścisły związek między faktem „starzenia się” naturalnej wody mineralnej a takimże zjawiskiem, zachodzącym w powyżej opisanych solach żelaza. Ale, jeżeli węglany żelaza, otrzymane w próbówce, własność swą „aktywną” tracą już w ciągu sekund czy minut, to wody mineralne naturalne zachowują ten swój stan daleko dłużej, i potrzeba kilku godzin, aby znikły w nich własności katalityczne.

Baudisch i Welo, aby możliwie głęboko wniknąć w istotę wykrytych przez siebie zjawisk, zwrócili się do badań nad świeżą wodą mineralną u jej źródła i badania te przeprowadzili w Francensbadzie nad źródłem Glauberskiem. Tutaj w sposób niezmiernie dobitny wyszło na jaw zjawisko opalescencji z powodu wypadania soli żelaza.

Zjawisko to zostało przyspieszone zarówno przez silniejsze zetknięcie się z powietrzem, jak i przez wyższą temperaturę, a przede wszystkim przez działanie promieni słonecznych, które nader szybko wywołują starzenie się wody mineralnej.

W dalszym ciągu uczeni amerykańscy podali badaniom uwodniony żelazocyjanek o bardzo skomplikowanym wzorze, jak: $\left[\text{Fe}'' \left(\text{NC} \right)_5 \text{OH} \right] \text{Na}_3$; ten ostatni związek daje intensywną próbę benzydynamową nawet w rozcieńczeniu 1/200.000.

Ale nie tylko przez dodatnią próbę benzydynamową, lecz i przez inne własności ciekawy ten związek podobny jest do barwnika krwi. Tak, np. wpływa on, również jak i krew, na rozrost bakterij. Jak wiadomo, niektóre rodzaje drobnoustrojów chorobotwórczych, jak bakterje influenzy, zapalenia płuc, rozwijają się w postaci jadowitej wtedy, gdy do podłoża dodana jest krew. Otóż to samo działanie wywiera powyższy związek żelaza, dodany w ilości 0,002 miligrama do centymetra³ pożywki. Dalej stwierdzone zostało, że przez odpowiednie naświetlanie promieniami słonecznymi związek z nieaktywnego przechodzić może w aktywny, a pod wpływem bardziej silnego naświetlania ulega rozkładowi; przypomina więc dwuwęglany żelaza, rozpuszczone w wodzie mineralnej. Światło działa na złożony dwuwęglan żelaza i rozkłada go przy wydzieleniu kwasu węglowego i zupełnej jonizacji, poczem wydzielają się wodorotlenki żelaza w postaci nierozpuszczalnej. Na podstawie tych porównań i wyników doświadczalnych Baudisch i Welo wysuwają wniosek wielkiej doniosłości, a mianowicie, że czynne związki żelaza, zawarte w wodach mineralnych, koniec końców, przedstawiają sobą najbardziej prostą postać, jakąś „prapostać” krwi.

Niezależnie od Baudischa i Welo zajęli się w r. 1926 również Fresenius i Harpuder badaniem przyczyn, powodujących katalityczne własności wód mineralnych. Za przedmiot swych badań wzięli oni wiesbedeński Kochbrunnen i stwierdzili, że woda ta w ciągu pierwszych dziesięciu minut po wytryśnięciu daje mocno do-

datni odczyn benzydynamowy; oprócz tego posiada ona zdolność rozkładania wody utlenionej, co stoi w ścisłym związku z koncentracją jonów wodoru, jaką woda posiada, a więc z zawartością kwasu węglowego. W miarę, jak ulatnia się kwas węglowy, ulegają rozpadowi dwuwęglany i osiadają w postaci nierozpuszczonej. I Fresenius i Harpuder także dochodzą do wniosku, że powyższe własności wody wiesbedeńskiej związane są z obecnością rozpuszczonych w niej soli żelaza i manganu. Sztucznie wytworzone rozczyny wody wiesbedeńskiej nie dawały reakcji katalitycznych, o ile nie zawierały żelaza i manganu i wraz z tem dzięki dodaniu dwutlenku węgla pewnej określonej koncentracji jonów wodorowych. Badania Baudischa i Welo poszły jednakże dalej. Uczynom tym szło o objaśnienie, jakie procesy natury chemicznej i fizycznej zachodzą przy starzeniu się wody, i dlaczego, na przykład, jeden i ten sam związek żelaza w miarę okoliczności oddziałuje biologicznie podobnie jak krew, albo też w zależności od innych warunków powstawania przedstawia związek zupełnie martwy. W stosunku do tlenków badania te zostały uwieńczone zupełnie pomyślnym wynikiem.

Baudisch i Welo, aby poznać istotę katalizy żelaza starali się wniknąć głębiej w budowę cząsteczkową wchodzących tu w grę soli żelaza, wychodząc z założenia, że wszystko co zachodzi w przyrodzie, każda chemiczna czy fizyczna reakcja, musi w końcu zależeć od przestrzennego układu elektronów w atomie i od takiegoż układu atomów w drobinie. Za właściwe metody uznali oni magnetyzm i zdjęcia interferencyjno Rentgenograficzne, zastosowane do określania budowy atomowej.

Ponieważ obie te metody zostały również zastosowane przez nas do oceny otrzymanego przez nas żelaza aktywnego, przeto podajemy je na tem miejscu w najogólniejszym zarysie.

Zastosowanie magnetyzmu jako odczynnika, zdaniem, Baudischa i Welo, zostało użyte dotychczas tylko w zupełnie pojedynczych przypadkach. Badacze amerykańscy otrzymany przez nich magnetyt FeO . Fe_2O_3 poddali działaniu tlenu i przy zastosowaniu wysokich temperatur uzyskali dwa rodzaje tlenku żelaza, które, nie różniąc się od siebie chemicznie, posiadają zupełnie różne własności magnetyczne. Już od roku 1859 dzięki badaniom Robbinsa oraz późniejszym Hilperta — wiadomem było, że z magnetytu daje się otrzymać magnetyczny tlenek żelaza, ale dopiero Baudisch i Welo wykazali, że przeobrażenie się magnetytu przez utlenianie następuje w ten sposób, że tworzą się z niego dwa związki o jednakowym składzie chemicznym, ale o różnych właściwościach fizycznych; jeden związek, powstający przy 300°, jest bardziej jeszcze magnetyczny, aniżeli pierwotny magnetyt. drugi zaś, powstający przy 550°, nie posiada własności magnetycznych. Aby zbadać mechanizm tworzenia się tych związków badacze amerykańscy użyli zdjęć rentgenograficznych interferencyjnych. Metody rentgenograficzne są oparte na zjawisku interferencji, podobnie jak to ma miejsce w optyce. Prześwietlając płytkę kryształu wąską wiązką promieni Roentgena, otrzymuje się na

placie fotograficznej, umieszczonej za kryształem, prócz zaczerwienienia, odpowiadającego wiązce pierwotnej, szereg plamek interferencyjnych. Rozważania teoretyczne pozwoliły ustalić zależność rozkładu plamek interferencyjnych od budowy wewnętrznej kryształu. Powstała w ten sposób t. zw. metoda *Lauego*, pozwalająca na podstawie tak otrzymanych rentgenogramów określać budowę siatki krystalicznej.

Inna metoda, wprowadzona przez *Debye'a* i *Scherrera* pozwala badać substancje krystaliczne, będące w postaci małych, rozdrobnionych kryształków, najrozmaiciej ustawionych, jak np. polikrystaliczna budowa metali i kryształy sproszkowane. Otóż przy znacznej liczbie drobnych kryształków, dzięki pewnym kombinacjom fizycznym, udaje się na filmie fotograficznym otrzymać widma dyfrakcyjne. Rozmieszczenie pierścieni na

filmie pozwala wyznaczyć układ krystalograficzny, do którego dana substancja należy.*)

Otóż *Baudisch* i *Welo*, zastosowawszy powyższą metodę, wyraźnie stwierdzili, że w wypadku przeistoczenia magnetytu Fe_3O_4 w magnetyt utleniony (Fe_2O_3) sześcienna budowa krystalograficzna cząsteczki pozostaje niezmienną. Przy wyższym ogrzewaniu zmienia się jednakże budowa w romboedryczną, z czem jednocześnie w parze idzie utrata własności żelazomagnetycznych. W ten sposób zostaje wyjaśnione zjawisko, że jedna i ta sama substancja może wykazywać zupełnie różne własności fizyczne w miarę tego, jak podlega zmianom jej budowa atomowa w cząsteczce.

(Dok. nast.)

*) W ten sposób widmo dyfrakcyjne, otrzymane za pomocą promieni *Röntgena*, jest jakby kartą wizytową kryształu, z której wprost odczytujemy jego wewnętrzną strukturę.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

O współczesnych sposobach leczenia nieżyty cuchnącego nosa.

Podał

J. TENCER (Warszawa).

Badania nad nieżytem cuchnącym nosa czyli ozeną, prowadzone przy pomocy wszystkich współczesnych środków, jakimi rozporządza klinika i pracownia, nie rozwiązały ani patogenezy, ani etiologii tego cierpienia. Nagromadzone zostały jedynie liczne spostrzeżenia i fakty, rzucające światło na poszczególne okresy rozwoju choroby, odsłaniające rolę momentów, sprzyjających jej powstaniu. Pomimo to, aby wyjaśnić istotę ozeny, powstały liczne teorie, z których każda wysuwa szereg argumentów, przemawiających na jej korzyść, osłabiając zarazem wartość pozostałych. W chwili obecnej trudno jest orzec, czy jedna z istniejących teoryj zostanie ogólnie przyjęta, jako bezwzględnie pewna, czy też w świetle nowych poszukiwań nie zrodzi się zupełnie inna. Tymczasem zaś brak jednolitego poglądu na kwestje najbardziej zasadnicze, dotyczące nieżyty cuchnącego nosa.

Przedewszystkiem istnieją różnice zdań, czy ozenę uważać należy za sprawę ogólną, czy też miejscową. Część badaczy skłonna jest uznać nieżyt cuchnący nosa za sprawę ogólną. Stwierdzono u chorych mniejszą odporność czerwonych ciałek krwi (*Donadei*), znaleziono we krwi zmniejszoną ilość cholesteryny (*Fleischmann*), drogą okólnych badań i rozumowań określono to cierpienie, jako awitaminozę (*Glasscheib*).

Większość jednak autorów interesuje się wyłącznie zmianami lokalnymi. Głoszone przez nich poglądy są bardzo rozbieżne. Ozena ma być synonimem *osteomyelitis chronica* dolnej muszli

(*Hirsch*), to znów ma powstawać skutek zajęcia zwoju klinowo-podniebiennego (*Worms* i *Reverchon*, *Sack*, *Zarniko*, *Jurasz*) lub schorzeń gałązek nerwowych, przebiegających w nosie (*névrite ascendante* - *Leroux-Robert*).

Niema zgodności, czy uznać ozenę za sprawę konstytucjonalną czy nabytą. Za pierwszą przemawia stwierdzenie u chorych z nieżytem cuchnącym nosa innych zmian wrodzonych, jak *hypodontosis* i *hypotrichosis* (*Christ* i *Nager*), zaburzeń słuchowych (*Siebenmann*), wspomnianych zmian we krwi oraz obserwacje o powstawaniu cierpienia w zależności od budowy nosa (*Zaufall* i *Hopmann*). Niemniej ważkie dane wysuwają obrońcy przeciwnego poglądu, że przytoczymy tylko przeniesienie się ozeny z osobników chorych na zdrowych i ze zwierząt, a zwłaszcza psów, na człowieka (*Perez*) oraz związek pomiędzy odżywianiem a powstawaniem nieżyty cuchnącego nosa.

Rozchodzą się również poglądy badaczy na dziedziczność ozeny. Za dziedzicznością ma przemawiać występowanie jej tylko w linii zstępującej (*Albrecht*). Przeczy tym poglądom teoria infekcyjna, licząca najwięcej zwolenników. Poszczególne badacze, obrońcy tej teorii, w wybitnym jednak stopniu różnią się pomiędzy sobą. Niema zgodności co do tego, który z zarzków chorobotwórczych jest istotnym sprawcą zakażenia.

Według jednych autorów ozena rozwija się na tle kiły (*Halphen* i *Schulmann*), według innych na tle gruźlicy (*Schulz*), inni znów uważają tę sprawę chorobową za następstwo zakażenia rzeżączkowego (*Nager* i *Elmiger*). Na tem jednak nie wyczerpują się poglądy badaczy, dotyczące bakterjologii ozeny. Rozpowszechnione są zdania, że nieżyt cuchnący nosa wywołuje *coccobacillus foetidus* (*Perez*, *Hofer*, *Busson*), to znów *bacillus musocus* (*Löwenberg* i *Abel*), to

wreszcie *bac. proteus* i *bac. pseudodiphtheriae* (Pes, Gradenigo, della Vedova i Belfanti, Grünwald, Waldmann). Liczni badacze znajdowali w wydzielinie jamy nosowej chorych na ozenę prawdziwe prątki błonnicze, co doprowadziło ich do wypowiedzenia poglądu, że ozena jest przewlekłą błonią nosa (Neisser i Kahnert, v. Behring, Schanz, Bennewitz, Beck i Brodt, Vogel, Malherbe).

Istnieją również twierdzenia, że nieżył cuchnący nosa wywołują zarazki przesycające (Tassi i Nasso).

Z teoryj, wyjaśniających etiologję ozeny, wymienić również należy teorię gruczołową. W dobie, kiedy na czynność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym zwraca się coraz większą uwagę, trudno było nie doszukiwać się związku pomiędzy schorzeniem tych gruczołów a ozeną. Wypowiedziano na zasadzie badań poglądy nietylko o zależności nieżyłu cuchnącego nosa od wydzielania wewnętrznego, lecz wręcz ogłoszono teorię, zgodnie z którą cierpienie to powstaje wskutek niedomogi gruczołowej. Nie zostało jednak ustalone, który z gruczołów dokrewnych (jajniki, jądra, przysadka, trzustka, tarczyca, przytarczycy) odgrywa w powstawaniu ozeny największą rolę.

Jak widzimy, poglądy na etiologję ozeny są różnorodne. Każdy prawie z panujących poglądów wywarł swój wpływ na sposób leczenia. Z tego też powodu sposobów tych jest bardzo wiele. Jedne z nich usiłują leczyć nieżył cuchnący nosa przyczynowo, inne zaś, na mocy empirycznie zdobytych danych, mają oddziaływać na istotę sprawy chorobowej, inne wreszcie dążą jedynie do uwolnienia chorego od najbardziej przykrych objawów.

Niezależnie od wyznawanych poglądów, prawie wszyscy badacze uważają, że nieżył cuchnący nosa jest cierpieniem przewlekłym, datującym się często już od dzieciństwa, i zwracają uwagę na nieodzowność wczesnego wdrożenia postępowania leczniczego. Tylko, bowiem, wtedy leczenie może dawać dobre wyniki, kiedy nie zaszły jeszcze daleko posunięte zmiany. Zgodni są też prawie wszyscy badacze co do roli ogólnych czynników higienicznych, których przestrzeganie znakomicie ułatwia skuteczne prowadzenie walki z ozeną.

W leczeniu przyczynowym nieżyłu cuchnącego nosa dużą rolę odgrywa stosowanie szczepionek i surowic. Oczywiście, iż zależnie od tego, który zarazek cho.obotwórczy uznany jest za przyczynę cierpienia, wybiera się tę albo inną szczepionkę lub surowicę. Bardzo wielu stosuje szczepionkę z bakterij *Pereza* (*coccobacillus foetidus*) lub też z *bacillus mucosus* (Löwenberg-Abel). Szczepionkę tę stosują ogólnie, zastrzykując raz tygodniowo od 25 do 40 milionów drobnoustrojów. Wykonywa się ogółem 4—8 zastrzyknięć. W leczeniu miejscowym temi szczepionkami używa się najczęściej buljonów *Besredki*.

Ponieważ w licznych przypadkach szczepionki powyższe zawodzą, stosuje się też szczepionki mieszane. Rozpowszechniona jest szczepionka wielowartościowa z otoczkowców, w której skład wchodzi następujące rodzaje drobnoustrojów: *bacillus Abel-Löwenberg*, *bacterium scleromatis Frisch*, *pneumobacillus Friedländer*. Szczepionkę tę zastrzykuje się raz

tygodniowo w ilości 1 cm.³ podskórnie. Leczenie to ma dawać dobre wyniki (Marschik, Schnirer).

Czyniono również próby z innymi szczepionkami. Stosowano szczepionkę z zarazków przesycających, opisanych przez autorów włoskich (Tassi i Nasso), Występująca poprawa ma jedynie być skutkiem proteinoaterapii (Feretti). Wychodząc z założenia, że ozena i ropotok zębodołowy są sprawami bardzo do siebie zbliżonymi, próbowano stosować leczenie miejscowe buljonem *Besredki*, otrzymanym z szeregu drobnoustrojów, jak: paciorkowców, gronkowców, enterekoków, czworaczków, mikrokoków nieżytowych i pneumokoków (Jacques). Buljon zastrzykiwano pod śluzówkę muszeli i przegrody nosa w znieczuleniu miejscowym. Wpływ dodatni na cierpienie uwydatniał się już po kilku zastrzykaniach.

Leczenie chorych na ozenę prowadzi się również zapomocą uodparniania biernego. Stosuje się surowice przeciw *bacillus mucosus Abel-Löwenberga*, prątkom błonicy, często też surowice mieszane (np. przeciw prątkom okężnicy, *Abel-Löwenberga*, błonicy rzekomej, odmienia).

Liczni badacze otrzymują dobre wyniki, lecząc nieżył cuchnący nosa autoszczepionkami. Przygotowują autoszczepionkę, zasiewając wydzielinę ze środkowego przewodu nosowego na agarze. Otrzymaną szczepionkę pendzluje się błonę śluzową jamy nosowej, a następnie wprowadza się do nosa na przeciąg 1 godziny tampony, umoczone w autoszczepionce. Autoszczepionkę stosować należy codziennie w ciągu 10 dni.

Znacznie lepsze wyniki otrzymuje się, o ile przed każdym zastosowaniem szczepionki wypendzlować śluzówkę jamy nosowej roztworem żółci (Doniol-Valcroze i Leplat). Jest w użyciu również autoszczepionka w postaci suchej. Po leczeniu szczepionką płynną zaleca się choremu 2 razy dziennie wciągać do nosa proszek, składający się z wysuszonej kultury bakteryjnej, laktozy i żółci.

Czasami dodaje się surowicy przeciwzgorzeli nowej do autoszczepionki celem przeciwdziałania zakażeniu wtórnemu (Worms i Mañoussakis).

Z przetworów bakteryjnych, używanych ze skutkiem w leczeniu nieżyłu cuchnącego nosa, wymienić również należy tuberkulinę (Schulz) i anatoksynę błonniczą (Malherbe). Dość liczne próby wykonywano z mieszaniną toksyny i antytoksyny błonniczej w postaci preparatu, znanego jako *ozaenasan*. Poprawa widoczna występuje już po wykonaniu 6 zastrzyknięć podskórnych tego środka do 1 cm.³ w odstępach 6-dniowych. Możliwe, że i w tym razie chodzi o leczenie bodźcowe nieswoiste (Vogel).

Szczepionki i surowice, używane w leczeniu ozeny, wpływają na przyczynę choroby. W tym samym celu stosuje się również terapię gruczołową.

Badacze, którzy znajdują w nieżyciu cuchnącym nosa osłabienie czynności gruczołów dokrewnych lub też stwierdzają zmniejszone napięcie całego układu współczulnego, radzą stosować preparaty gruczołowe. U kobiet, dotkniętych ozeną, osiągają oni dobre wyniki przez podawanie wyciągów jajnikowych. Skutecznie ma działać również adrenalina, będąca środkiem tonizującym układ współczulny. Podaje się w ciągu 2—3 tygodni do 80 kropli *pro die* roztworu 1:1000.

Liczni autorowie zalecają chorym używanie jednocześnie kilku preparatów gruczołowych, jak np. pituitryny, adrenaliny, wyciągów z jajników, niekiedy dołączając do tego leki parasympatyczne, jak pilokarpinę i ezerinę (Halphen i Schulmann).

Niektóre badania wykazały jakoby schorzenie trzustki w ozenie. Tem ma się tłumaczyć dobry wynik, otrzymywany w leczeniu tego cierpienia insuliną. Insulinę stosuje się miejscowo; codziennie tamponuje się nos gazą jodoformową, namoczoną w 10 jednostkach insuliny (Stefanow).

Do teorii, dotyczących istoty ozeny, które przyczyniły się do ustalenia odrębnego sposobu leczenia tej choroby, zaliczyć należy również teorię awitaminozy. Doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone w celu badania kseroftalmji, (MacCarrison, Kramer i Mori), w której występują między innymi zmiany zanikowe śluzówki nosa, były przyczyną wyłonienia się koncepcji, iż niezbyt cuchnący nosa, zarówno jak i kseroftalmja rozwijają się na tle niedostatecznej zawartości witamin w pożywieniu (Glasscheib).

Stąd też nasunął się wniosek, iż, lecząc ozenę, należy podawać tran rybi, obfitujący w witaminę A. Chory z niezłym cuchnącym nosa powinien wobec tego w ciągu 2 tygodni używać po 2-3 łyżki tranu dziennie. Tran musi być świeży, przechowywać go należy w ciemnych fiolkach, gdyż na świetle witamina A ginie. Obok podawania tranu nie należy zaniedbywać leczenia miejscowego, które odgrywa rolę czynnika pomocniczego.

Otrzymuje się dość często zadawalające wyniki w leczeniu ozeny, stosując terapię bodźcową. Różnymi drogami dąży się do mobilizacji utajonych sił chorego, do „wprowadzenia w stan czynny zarodki komórkowej” (Borchardt), do uruchomienia lipidów, nagromadzonych w wątrobie i mięśniach, które pełnią rolę obronną w ustroju. W tym celu wprowadza się drogą pozajelitową preparaty obcego białka, szczepionki mieszane nieswoiste lub też surowicę zwierzęcą. Chcąc działać odczulając na organizm, zastrzykuje się domięśniowo lub też lepiej pod śluzówkę nosa własną krew chorego. Ilość zastrzykiwanej krwi jest różnie podawana przez poszczególnych autorów: od 3-4 cm³ (Wasowski) do 6-8 cm³ (Taptas). W tym samym celu wykonywane są zastrzykiwania podśluzowe własnej surowicy chorego (Donato). Surowicę otrzymuje się albo z krwi, albo też z pęcherzy skórnych, sztucznie wywołanych.

Jakkolwiek powyższe metody postępowania w ozenie mają dużo zwolenników, to jednak obecnie, jak i w czasach dawniejszych, niezwykle rozpowszechnione jest leczenie objawowe, dążące do usuwania woni i strupów, które najbardziej dokuczają choremu. Stosowane są zatem w dalszym ciągu tamponada Gottsteina, przemywania nosa środkami odkażającymi, wodą utlenioną, fizjologicznym roztworem soli, 4% roztworem soli, pendzlowanie roztworem Lugola, 3-5% roztworem protargolu oraz wdmuchiwanie rozmaitych proszków. Znany jest proszek ozaenan, składający się z pepsyny i kw. borney, acrustin - P o podobnym składzie i acrustin - T z trypsyną, zachwalany jest (Soyka) narozaeen, który zawiera rozproszkowaną korę mydłoki (*Cortex Quillaiæ*).

Dobre wyniki dają proszki o działaniu ściągającym, proszki z jodem i trypaflawiną oraz proszek, w którego skład wchodzi wysuszona surowica końska oraz węglany (Cusatelli). Ze środków stosowanych miejscowo w ozenie, na uwagę zasługuje również 25% roztwór cukru gronowego lub też miód w postaci zwiewań lub pendzlowań, zalecane przez szereg ryнологów (Jounger - w Ameryce, Feraud - we Francji, Beck - w Niemczech, Gamajunow - w Z. S. R. R., Szmurło i Wasowski u nas).

Czynione są próby leczenia niezbyt cuchnącego nosa również i innymi sposobami. Dobrze mają działać: zastrzykiwania dożylnie winianu antymonowego (Ferreri), podawanie salicylanu sodu 2 razy dziennie po 2 gr. w ciągu dłuższego czasu (Dutheillette de Lamotte), stosowanie wewnątrz przez kilka miesięcy miedzi (Trimarchi).

Aby pobudzić do życia schorzałą śluzówkę nosa, usiłują leczyć ozenę metodami fizykalnymi i różnego rodzaju promieniami. Stosuje się zatem masaż zwykły i wibracyjny, elektryzację, przyżegania i elektrolizę. Zachwalane jest działanie promieni słonecznych i pozafiołkowych (Cemach), rentgenowskich i radowych. Technika leczenia radem jest różnie podawana, jedni wprowadzają do nosa rurki z zawartością 0,5 - 0,7 mg. radu (Vasilia), inni - 30 mg. (Mateos). Rad pozostaje w nosie przez 4-8 godzin, zależnie od stosowanej dawki. Wykonywa się kilka naświetlań z przerwą 10-dniową.

Na pograniczu leczenia ozeny na drodze zachowawczej i operacyjnej znajdują się sposoby zwężania nadmiernie szerokich przewodów nosowych przez zastrzykiwanie podśluzowe różnych ciał. Dawniej zastrzykiwano twardą parafinę (Mouze), obecnie zachwalają używanie 20% siarczanu barytu z wazeliną (Botey, Trimarchi) albo też białej wazeliny sterylizowanej (Facchini i Rosselli).

Do tego samego celu zmniejszania szerokich przewodów nosowych zmierzają liczne metody operacyjne. Jedne z nich starają się to osiągnąć przez uruchomienie bocznej ściany nosa, (Lautenschläger, Halle, Hinsberg, Seiffert, Ramadier) inne przez wprowadzenie pod śluzówkę przegrody nosowej kawałków kości, celluloidu (Baldenweck) i t. p.

Z innych metod operacyjnych wspomnieć należy o znanym sposobie przeszczepiania do jamy nosowej przewodu Stenona (Wittmaack), kombinowanym niekiedy z uruchomieniem bocznej ściany nosa, dalej o przeszczepianiu śluzówki z jamy ustnej na miejsce schorzałej śluzówki przegrody nosowej (Freudenthal) i wreszcie o sympatektomji okołotętnicznej tętnicy szyjnej zewnętrznej (Tasso).

Wszystkie stosowane sposoby operacyjne, a jest ich przeszło 20, wywierają jakoby dodatni wpływ na przebieg niezbyt cuchnącego nosa, trudno jednak orzec, który z nich prędzej prowadzi do celu.

Jeszcze trudniej jest ustalić, jaką z istniejących metod leczenia ozeny należy wybrać. Może słuszność mają ci badacze, którzy twierdzą, iż w niezycie cuchnącym nosa niema jednej tylko

etjologii, i dlatego nie może być jednakowego postępowania leczniczego. Wynik leczenia zależny jest w dużej mierze od należytego indywidualizowania w poszczególnym przypadku.

PIŚMIENICTWO.

1) O. Fleischmann. Untersuchungen über den Bluteismus bei Ozaena (Zeitschr. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk. T. XIV, z. 4. 2) A. Malherbe. Pathogénie de la rhinite atrophique ozéneuse. Presse Médicale, Nr. 103, 1927 r. 3) Leroux-Robert. Ozène expérimentale. Valeur de l'atrophie préalable. Ann. des mal. de l'oreille etc. Nr. 2, 1927. 4) F. v. d. Hütten i H. Klieve. Ueber die Bedeutung der Corynebakterien in der Nase von Ozaenakranken. Zeitschr. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk. T. XVI, z. 3. 5) J. L. Doniol-Valcroise i G. Leplat. Vaccinothérapie locale de l'ozène par des vaccins biliés liquides et en poudre. Ann. des mal. de l'oreille etc. Nr. 9, 1924. 6) H. C. Vogel. Erfahrungen mit Ozaenasan bei der Behand-

lung von Ozaena. Klin. Wochenschr. Nr. 38, 1925. 7) T. Wąsowski. Kilka uwag o leczeniu cuchnącego nieżyty nosa. Polska Gaz. Lek. Nr. 8, 1926 r. 8) E. Leichsenring. Zur Ozaenabehandlung. Zeitschr. f. Hals, Nas. u. Ohr. T. XIV, z. 3. 9) Worms i Manoussakis. Traitement de la rhinite ozéneuse par les bouillottes-vaccins associés au serum antigangréneux. Ann. d. mal. de l'oreille etc. Nr. 8, 1925. 10) Jacques. Essai de traitement vaccinothérapique de l'ozène. Ann. d. mal. de l'oreille etc. Nr. 12, 1924. 11) A. Glasscheib. Ist die Ozaena primär eine Avitaminose? Mediz. Klinik., Nr. 49, 1927. 12) N. Taptas. L'ozène et son traitement par l'hémotherapie. Ann. d. Mal. de l'oreille etc. Nr. 3, 1925. 13) A. Stefanow. Behandlung der Ozaena mit Insulin. Münch. med. Woch. Nr. 46, 1927. 14) Duthillet de Lamotte. Ozène et salicylate de soude. Ann. des mal. de l'oreille etc. Nr. 2, 1927. 15) A. Lautenschläger. Die Heilung der Ozaena auf operativem Wege. Klin. Woch. Nr. 8, 1926. 16) Baldenweck. Communication préliminaire sur un traitement opératoire nouveau de l'ozène. Ann. des mal. de l'oreille etc. Nr. 8, 1925. 17) Zentralblatt für Hals, Nasen u. Ohrenheilkunde. Tomy VII, VIII, IX i X z r. 1925, 1926 i 1927.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

∞ Major Dr. WŁ. MISSIURO i Dr. B. ZAWADZKI. Psychotechnika w lotnictwie. Str. 42.

Mała ta broszura wyszła z centrum badań lotniczo-lekarskich laboratorium psycho-fizjologicznego i zawiera w streszczeniu: genezę i rozwój psychotechniki w jej biegu historycznym, znaczenie psychotechniki dla wojskowości, ze szczególnem uwzględnieniem lotnictwa. Ten ostatni dział autorowie rozpatrują dość szczegółowo. A więc mówią o wpływie wysokości na psychikę, o odporności emocjonalnej, o ocenie odległości, o zmyśle równowagi, o uwadze, czasie, reakcji, wreszcie omawiają testy syntetyczne i kończą rzutem oka na przyszłość psychotechniki.

Wobec rozwoju lotnictwa i jego znaczenia nie tylko dla wojskowości, lecz i jako środka komunikacyjnego w przyszłości, prawdopodobnie, bardzo ważnego sprawa badań psychotechnicznych w tej dziedzinie, gdzie drobny błąd tak łatwo przypłacić można życiem, jest niezmiernie wielkiej wagi. Dowody przytaczane przez autorów mówią bardzo wyraźnie, że pogląd, jakoby dobre pilotowanie związane jest z wytworzeniem się u lotnika swego rodzaju „czucia lotniczego“, które ma zastępować wskazówki natury technicznej, jest zgoła błędne. Rozwój badań naukowych w tej dziedzinie obiecuje bardzo wiele i ukazanie się w języku polskim omawianej pracy jest bardzo cenne, choćby ze względu na spopularyzowanie psychotechniki wśród naszych sfer inteligentnych.

Broszura wydana jest bardzo starannie napisana zaś przystępnie, tak, że może być z korzyścią przeczytana nawet przez niefachowca.

K.

Fizjologia normalna i patologiczna.

M. STOSS. O klinicznym znaczeniu początkowego wahanja komorowego w elektrokardjogramie i o jego stosunku do konstytucji ustroju. (D. Ar. f. Kl. Med. T. 157. Zesz. 5/6).

Autor, na zasadzie badań własnych, wysuwa przypuszczenie, że każdemu typowi konstytucjonalnemu odpowiada specjalny typ elektrokardjogramu normalnego. W razie, gdyby elektrokardjogram nie odpowiadał danej konstytucji ustroju, należy doszukiwać się nieprawidłowości rozwojowej lub też zmiany położenia serca.

B. Goldstein.

MANGOLD. O odwracalnym porażeniu cieplnym serca ssaków. (Kl. W. Nr. 4, r. 1928).

Jako zasadniczą różnicę między sercem zwierząt zimnokrwistych a ssaków przytacza się zwykle w fizjologii fakt jakoby nieodwracalnego porażenia cieplnego serca zwierząt ciepłokrwistych. „Nigdy nie udało się przywrócić do życia serca zabitego przez przegrzanie“. (Tigerstedt). Badania, przeprowadzone w tym kierunku przez autora przy użyciu odpowiedniej aparatury, wykazały jednak, że zapatrywania dawne były błędne. Zarówno serce świnki morskiej, jak i serce jeża lub królika, którego bicie ustawało zupełnie przy pewnej temperaturze, od zyskiwało zdolność kurczenia się po ochłodzeniu. Zatrzymanie się akcji przedsionków lub komór występowało, podobnie jak u żaby, w sposób nagły lub też powoli; nieraz po ustaniu kurczów przedsionków kurczyły się komory w dalszym ciągu dzięki pobudzeniu ośrodków własnych.

Z. Świder.

P. BONEM i K. EGGERT. Przyczynę do fizjologii patologicznej wydzielania soku żołądkowego. (D. Arch. für Kl. Med. Tom 158, z. 3 4).

Autorzy badają żołądki patologiczne pod względem wydzielania w soku żołądkowym chlorków oraz produktów białkowych, przyczem dla wyłączenia ewentualnych błędów stosują takie śniadania, które substancji tych nie zawierają, jak naprzykład napój próbny Ehrmanna lub płyn Katscha.

Wyniki swe streszczają autorzy w formie następującej:

1) Nietylko substancje azotowe mogą odgrywać rolę moderatorów w treści żołądkowej.

2) Określenie azotu resztkującego nie ma znaczenia rozpoznawczego.

3) Wydzielanie chloru nie jest jednoznaczne z wydzielaniem kwasu solnego. Wydzielanie chloru nie ustaje w rozmaitych achyljach i zawsze osiąga wartości wyższe, aniżeli poziom chlorków we krwi (0,35%), co dowodzi, że mamy tu do czynienia ze sprawą wydzielania czynnego, a nie z osmozą.

Ewentualny powrót chlorków z dwunastnicy do żołądka z sokiem dwunastniczym większego znaczenia nie posiada.

W podkwaśnościach zużywa się mało chloru do wytwarzania kwasu solnego, mamy wówczas stosunkowo dużo chlorków; w nadkwaśności rzecz się ma odwrotnie — prawie cały chlor zostaje zużyty na wytwarzanie kwasu solnego.

B. Goldstein.

Balneologia i klimatoterapia.

∞ HABERLIN, von OORDT, von SCHROETTER i VOGEL-EYSERN. *Klimatische Kuren im Winter*. Georg Thieme-Lipsk. 1928.

Niewielka objętością ta książeczka stanowi jeden z tomów doskonale obmyślonego wydawnictwa pod ogólnym tytułem „Therapie in Einzeldarstellungen”. Wstęp treści fizjologiczno-klinicznej opracował zwięźle H. v. Schroetter. Wykład jasny, treściwy ma wyłącznie na oku lekarza — praktyka, dając mu podstawy teoretyczne dla należytego zrozumienia czynników klimatycznych w działaniu tychże na zdrowy i chory ustrój ludzki. O talassoterapii podczas zimy poucza C. Häberlin. malując przed czytelnikiem obraz licznych zastosowań tego działu klimatoterapii, o których do niedawna jeszcze w medycynie mowy prawie nie było. Rozdział o leczeniu w zimie w górach o średniej wysokości opracowany jest przez M. von Oordta a o leczeniu zimowem w klimacie wysokogórskim wykładu H. Vogel-Eysern.

Na naukowej podstawie książki autorowie w sposób niezmiernie przeczny i pedagogiczny kreślą treść praktyczną, która otwiera przed czytelnikiem rozległe horyzonty, pozwalające już dziś orjentować się w przedmiocie, a nadto wskazując moc wielką zagadnień, które na tem polu lecznictwa mamy przed sobą. Zapoznanie się z tą pracą zbiorową bezwątpienia przyniesie korzyść każdemu lekarzowi.

M. F.

Choroby zakaźne.

∞ Dr. J. BOGDANOWICZ i Doc. Dr. Wł. SZENAJCH. *Badania nad płonką*. (Odbitka z „Pedjatrji Polskiej”. Tom VIII. Zeszyt I. Warszawa 1928, stronic 81).

Praca autorów składa się z czterech części, z których dwie pierwsze omawiają sprawy, stojące w związku z leczeniem płonicy surowicy swoistej; dwie ostatnie poświęcone zostały analizie odczynów skórnych, badania kliniczne, dotyczące stosowania surowicy przeciwpłonicy, zostały oparte na 200 blisko przypadkach. Wszystkie przypadki zostały podzielone na trzy typy: toksyczny, bakteryjny i mieszany. Przypadkom, leczonym surowicą, przeciwstawiono odpowiednio dużo kontrol, leczonych konserwatywnie. Zawsze zwracano uwagę na zasadnicze objawy, cechujące przebieg płonicy. Dzięki temu rozsegregowaniu materiału spostrzeżenie kliniczne postawione zostało w idealne warunki, zbliżone do doświadczenia laboratoryjnego. To też wnioski autorów, przemawiające za wybitnym wpływem surowicy na objawy toksyczne płonicy, oparte są na nie dających się zachwiać podstawach. Słusznie zostało określone przez autorów, że sprawa leczenia płonicy nie jest jeszcze całkowicie rozwiązana, gdyż surowica, używana obecnie, posiada tylko niewielki wpływ zapobiegawczy na schorzenia drugiego okresu płonicy, to jest na powikłania, szczególnie na powikłania o charakterze ropnym.

W drugiej części pracy autorzy omawiają sposoby oceny odczynów Dicka i Lavaditi-Fanconiego, ich znaczenie dla rozpoznania i rokowania.

Spostrzeżenia autorów cechuje wielka skrupulatność. Praca ta winna stanowić podstawę dla każdego klinicysty, który zechce przystąpić do bezstronnej oceny wartości stosowanej przez siebie surowicy swoistej w przebiegu płonicy. Również każdy pracujący na polu immunobiologii płonicy, znajdzie bardzo cenne wskazówki, które go zdołają uchronić od błędów technicznych.

H. Brokman.

A. KLETETSCHKA i F. LUKSCH. *Półpasiec a ospa wietrzna*. (Med. Klinik. Nr. 13, 1928).

Autorzy przytaczają szereg dowodów, świadczących, że

istnieje niewątpliwie ścisły związek między półpascem a ospą wietrzną:

1) Wykwity ospy wietrznej przybierać mogą po pewnym czasie postać zmian skórnych, typowych dla półpaśca (Bokay). Z wykwitów znów półpaśca powstać może wysypka ogólna o charakterze ospy wietrznej (Luksch), u jednego i tego samego osobnika spotyka się nieraz wykwity częściowo o charakterze ospy wietrznej, częściowo o charakterze półpaśca.

2) Półpasiec, podobnie jak i ospa wietrzna, przybiera często charakter małej epidemii (Kaposi).

3) Surowica krwi ozdrowieńców po przebyciu półpaśca reaguje z antygenem ospy wietrznej, tak samo, jak i surowica osobników chorych na ospę wietrzną.

4) W zwojach międzykręgowych osobników, zmarłych wskutek ospy wietrznej, spotyka się wylewy krwawe i ogniska zapalne — zmiany te, jak wiadomo, stwierdza się w półpaścu (Balogh).

5) Dzieci zakażone półpascem odporne są w stosunku do ospy wietrznej; nie ulegają one zakażeniu, gdy śpią w jednym łóżku z dziećmi, dotkniętymi ospą wietrzną, lub gdy wprowadza się im do nosa i jamy ustnej płwocinę, pochodzącą od osobników z ospą wietrzną (Kuntrolitz).

Autorzy ponadto przytaczają przypadek półpaśca w okolicy krzyżowo-łędźwiowej u mężczyzny lat 48, który w 7-ym roku życia przebył ospę wietrzną. W 15-tym dniu choroby żona, która pielęgnowała męża, zapadła na ospę wietrzną. W przypadku tym zakażenie nieznanym zarazkiem półpaśca wywołuje ospę wietrzną, a nie, jak należało się spodziewać, również półpaśca. To zjawisko autorzy usiłują tłumaczyć w ten sposób, że mąż przebył w dzieciństwie ospę wietrzną, żona zaś nie, a następnie wchodzi w grę większa wrażliwość skóry na działanie zarazków u kobiet, co również spostrzega się u dzieci, które b. często zapadają na ospę wietrzną, a b. rzadko na półpasiec.

K. Poncz.

Gruźlica.

∞ Dr. Seweryn STERLING. *Tezy walki z gruźlicą*. Wydanie drugie poprawione. Łódź 1928. Nakładem Wydziału Zdrow. Publ. Mag. m. Łodzi. Str. 37 i dodatek.

Niezmiernie pożyteczna i bardzo interesująca broszura, napisana przez wybitnego klinicystę, który, co widać jeszcze jest wielką rzadkością, jest jednocześnie społecznikiem o szerokim horyzoncie. Wydział zdrowotności publicznej magistratu m. Łodzi słusznie uczynił, wydając tezy Sterlinga, które winny znaleźć się w rękach każdego działacza społecznego i politycznego.

Właściwe postępowanie z gruźlicą zarówno pod względem indywidualnym, jak i masowym ma w Sewerynie Sterlingu najodpowiedniejszego rzecznika w naszym kraju. Wieloletnia praca w tym kierunku, rozpoczęta w czasach niezmiernie ciężkich i do tego na prowincji, olbrzymie doświadczenie, oparte światłym krytycyzmem, doprowadziły do napisania tej pracy syntetycznej, do której będzie musiał nieraz zaglądać każdy, kto zechce zwalczać gruźlicę nie na papierze, i której rozpowszechnienia najgoręcej życzyć sobie należy. Można zrozumieć dumę Sterlinga, gdy spogląda na kartotekę Sekcji walki z gruźlicą Wydziału Zdrowia Magistr. m. Łodzi, zawierającą po dziesięciu latach istnienia 50 tysięcy nazwisk, t. j. 1/10 liczby wszystkich mieszkańców miasta. Z czystym sumieniem rzec może, że w tych owocach pracy „magna pars fuit”.

Broszura składa się z dwu głównych części: z jednej, omawiającej istotę gruźlicy, a w której na dwudziestu stronach Sterling potrafił skondensować niemal wszystko najważniejsze, co dotyczy tego tematu, i drugiej, dotyczącej walki z gruźlicą. Jako uzupełnienie służy opis organizacji Sekcji Łódzkiej.

Zbyt dużo zajęłoby miejsca podkreślenie tylko najważniejszych tez z pracy Sterlinga.

Podstawowe znaczenie warunków ekonomicznych, sprawy mieszkaniowej, szpitali dla wszystkich postaci gruźlicy, zaznaczenie z naciskiem, że poradnia nie jest organizacją filantropijną, ani leczniczą i t. p. t e z y, niemal już niewymagające uzasadnienia, a jednak krótko i dobitnie motywowane — oto niektóre z poruszanych tematów. Rzuca się przytem w oczy, że nie są to tezy, wysunięte po doktrynersku i teoretycznie, lecz że są one gruntownie przemyślane, a nawet przeżyte i wypróbowane przez autora.

Pozostaje tylko pragnąć, by większość tych tez corychlej stała się tezami czynników odpowiednich, a więc samorządowych, rządowych i Kas Chorych, a co ważniejsze, by czynniki te zechciały wreszcie energicznie je wcielić w życie, nie zadawalnając się półśrodkami.

M. G a n t z.

Lydia RABINOWITSCH - KEMPNER. O przenoszeniu gruźlicy przez zarazek przesączalny. (Deutsch. med. Woch. Nr. 47. 1927).

Spengler i Much, ostatnio szkoła francuska w licznych doświadczeniach wykazują zaraźliwość przesączów hodowli laseczników gruźliczych, dających w narządach zwierzęcych typowe dla gruźlicy zmiany.

Calmette, Valtis i in. wykazali, iż zarazek przesączalny gruźlicy przejść może przez łożysko ciężarnej świnki.

Autorka w doświadczeniach swoich korzystała z sączków błonowych Zsigmondy-Bachmann i świec Chamberlanda. Doświadczenia przeważnie były przeprowadzane na świnkach. W znacznej liczbie przypadków nie znajdowano wyraźnych zmian gruźliczych (ogółem szczepiono 60 świnek). W poszczególnych przypadkach powiększeniu ulegały gruczoły oraz zjawiały się nieliczne ogniska prosówkowate w wątrobie. Jednakże część świnek po miesiącu od chwili szczepienia wykazywała dodatnią reakcją tuberkulinową, która zniknęła po pewnym czasie. Autorka twierdzi, że zarazek przesączalny wywołał lekką postać cierpienia gruźliczego, szybko i bez śladu przemijającego.

W doświadczeniach nad przechodzeniem zarazka przesączalnego przez łożysko zwierząt ciężarnych, otrzymała autorka wyniki dodatnie. Zarazek przesączalny przechodził do organizmu młodych, gdzie ulegał przemianie w postać widoczną i kwasoodporną lasecznika gruźliczego.

M. Goldman junior.

H. WOLD. Badania doświadczalne nad sprawą zakażenia wtórnego w gruźlicy uleczonej (B. z. Kl. d. Tub. t. 67 z. 5/6).

40 świnkom usunięto operacyjnie po 30 dniach zmiany wywołane przez doskórne szczepienie bardzo słabym szczepem gruźliczym wraz z gruczołami, poczem po upływie 3½ miesięcy zakażono jadownym szczepem gruźliczym; wynik był taki sam, jak u świnek, uprzednio niczem nie traktowanych. Podobnie przebiegało szczepienie złośliwym szczepem u tych świnek, które uprzednio (przed 6 miesiącami) były zakażane doskórnie drobną ilością szczepu bardzo słabego i u których to zakażenie uległo samoistnie wygojeniu.

Badania te, zgodnie z Kochem, Krausem i Vogellem, dowodziłyby, że gruźlica zupełnie wygojona nie ochrania ustroju przed nowym zakażeniem — z tem zastrzeżeniem, że dotyczy to gruźlicy krótkotrwałej i wywołanej przez szczep słaby, gdy w zakażeniu wtórnem miano do czynienia z szczepem jadownym.

M. G.

DOBROMYLSKI. W sprawie przyczyn i częstości krwotoków śmiertelnych w przebiegu gruźlicy płuc (Wrac. Gaz. Nr. 1. 1928 r.).

1) Krwotoki płucne spostrzegamy jak w okresach początkowych, tak i w końcowych gruźlicy płuc. Krwotoki w przypadkach spraw destrukcyjnych są najniebezpieczniejsze dla życia.

2) Na podstawie materiału sekcyjnego Instytutu gruźliczego w Jałcie z powodu krwotoków płucnych ginie tylko 1,3% chorych.

3) Śmiertelne krwotoki powstają tylko w razie obecności jam z powodu przeżartego (ziejącego) naczynia lub pęknięcia tętniaka.

4) Przyczyną śmierci jest uduszenie — wskutek zatkania krtni i tchawicy i przepełnienia krwią rozgałęzień oskrzeli (40%); zapaść — wskutek znacznej utraty krwi (56%).

Sz. T.

Choroby dzieci.

∞ STANISŁAW MAHRBURG: Badania anatomiczno-patologiczne nad zaburzeniami odżywiania u niemowląt (żołądek i jelita). Praca Towarzystwa przyjaciół nauk w Wilnie. Wydział nauk matematycznych i przyrodniczych. Tom IV. Wilno 1928. (Praca z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Wileńskiego zgłoszona przez czł. K Opczyńskiego na posiedzeniu d. 24. VI. 1927).

Pracę St. Mahrburga należy zaliczyć do najbardziej wartościowych, jakie w ostatnich latach ukazały się w polskim piśmiennictwie pediatrycznym. Tematem pracy tej jest zagadnienie, które w początkach powstawania właściwej nauki o zaburzeniach odżywiania u niemowląt odgrywało rolę dominującą zarówno w patogenezie, jak i systematyce tych zaburzeń. Kiedy cała nauka o zaburzeniach odżywiania u niemowląt przeszła w okres bakterjologiczny, a później chemiczny, sprawa zmian anatomicznych odsunięta była na plan dalszy, i dopiero ostatnie czasy zwróciły w tym kierunku badania naukowe, ale już w innym, głębszym ujęciu.

Nowe badania ustaliły, że schorzenia przewodu pokarmowego u niemowląt są jednym z przejawów ogólnych zaburzeń w odżywianiu organizmu, nie są sprawą jedynie miejscową; schorzenie każdego narządu niemowlectwa wpływa na czynność i zmiany anatomiczne przewodu pokarmowego. Przytem, jak dawniej, tak i obecnie nie zdołano ustalić zmian anatomiczno-patologicznych, ściśle odpowiadających rozmaitym postaciom zaburzeń przewodu pokarmowego niemowlectwa. Za to pogląd na schorzenie, jako na proces miejscowy niezbytoważny, został zastąpiony poglądem o zaburzeniach w przyswajaniu przez ustrój niemowlectwa.

Autor zbadał pod względem anatomicznym i histologicznym 30 przypadków z rozpoznaniem: *dyspepsia, intoxicatio, debilitas vitae*. W znacznej większości przypadków mógł on stwierdzić w rozmaitym stopniu zaznaczony zanik ściany przewodu pokarmowego. Jednakże „przebieg kliniczny i stan nabłonka w 1/3 badanych przypadków świadczą, iż nawet długotrwałe zaburzenia trawienia niemowlectwa niezawsze prowadzą do niszczenia nabłonka; przy wybitnych objawach żołądkowo-jelitowych i w ciężkim stanie atreptycznym, prowadzącym do ogólnego wyniszczenia niemowlectwa, nabłonek pozostaje względnie mało zmieniony. Daje to powód do przypuszczenia, iż istotny wpływ na zwyrodnienie chorobowe nabłonka wywiera chemizm procesów trawiennych“.

Stwierdziwszy w większości przypadków obecność komórek okrągłych, rozsianych po całym przewodzie pokarmowym, których liczba zwiększa się olbrzymio w niektórych przypadkach autor dochodzi do wniosku, że komórki te tworzą istotną część aparatu śródbłonkowo-siateczkowego przewodu pokarmowego. W zwiększonej liczbie okrągłych dopa-

truje się Mahrburg odczynu aparatu śródbłonkowo-siatkowatego przewodu pokarmowego na podrażnienie, wywołane czynnikami toksycznymi na tkanki ściany przewodu pokarmowego. Przekrwienie o charakterze biernym, zastoje, skupienia limfocytów w przestrzeniach tkankowych, rozszerzenie tych przestrzeni, przestworów i luk międzykomórkowych, powodujące zjawiska obrzęku tkankowego, to są, zdaniem Mahrburga, główne zmiany anatomiczne w tych schorzeniach niemowląt. Szkodliwość, tu działająca, wpływa może najpierw na układ chłonny ściany jelita i znosi prawidłowość jego funkcji, która odgrywa u niemowlęcia pierwszorzędną rolę w procesach trawienia. Prawdopodobnie skutek tego następuje bezwzględne głodzenie się, wyniszczenie, podniesienie ciepłoty, biegunka a następnie śpiączka. Ciężkość obrazu klinicznego potęguje się tem bardziej, że szeroko otwarte koryto dróg chłonnych daje wolny dostęp nieprzetrawionym, trującym substancjom. Dołącza się więc samozatrucie lub zatrucie organizmu. Autor, podkreślając brak cech zapalnych w opisanych przypadkach, nie może uznać ich pod względem anatomicznym ani jako „gastritis”, ani jako „enteritis” lub „colitis”.

Praca Mahrburga częściowo potwierdza wyniki odnośnych prac niemieckich i francuskich, częściowo wnosi nowe fakty. Uwzględniła całość zagadnienia i stawia je w nader szerokiej płaszczyźnie naukowej. Jest ona dowodem wielce poważnego kierunku, jaki charakteryzuje młodą pracownię Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego.

St. Kramsztyk.

SANFORD i HEITMEYER. Dootrzewnowe wlewania cukru gronowego w leczeniu chorób dzieci. (J. Am. Med. Ass. 1928 Nr. 10).

Dzieciom, które z jakichkolwiek przyczyn potrzebują dowozu płynu drogą pozapokarmową, można wprowadzić ten płyn drogą wlewną dootrzewnowych. Zastrzykiwania podskórne i dożylnie są bolesne lub niezawsze wykonalne, zaś nowa metoda jest łatwa, o ile zachowywać przepisy zasadnicze.

50% rozczyń winien być przyrządzony z wyjałowionego na sucho cukru gronowego, który nie powinien się zetknąć z płynem przed wlewaniem. Stanie bowiem rozczyń cukru zmienia P_H w kierunku kwaśnym, co może wywołać wstrząs. Wyjałowiony drogą suchą cukier rozpuszcza się więc bezpośrednio przed użyciem w dwukrotnie przekroplonej wodzie. Przy wlewaniach należy nie przekraczać 100 cm^3 na raz, powtarzać zaś można tę dawkę wiele razy bez najmniejszej szkody dla dziecka.

B. S.

G. BUCHNER. Badania nad częstością czerwionki u dzieci. (Jahrb. f. Kinderh. t. 68 z. 5, 6).

Autor, badając pod względem serologicznym i bakterjologicznym 160 dzieci, klinicznie chorych na czerwionkę, bądź też podejrzanych w tym kierunku, mógł u dzieci 1/2 rocznych w połowie przypadków, zaś już u dzieci 2 letnich we wszystkich niemal przypadkach ustalić rozpoznanie czerwionki, opierając się na dodatnim wyniku powyższych badań. Obecność bakterij czerwionki w posiewach z kału została wykazana u dzieci 1/2 rocznych w 1/3 przypadków u dzieci 2-letnich w przeszło połowie przypadków. Kał do badania musi być świeżo oddany, bądź też trzymany na lodzie do czasu badania. Aglutynacja wypadła w drugim półroczu życia w połowie przypadków dodatnio, zaś już u rocznych dzieci zawodziła rzadko. Z powyższego autor wyciąga wniosek, że czerwionka zajmuje niepoślednie miejsce w zaburzeniach odżywiania wieku dziecięcego.

Badanie 166 dzieci, nie wykazujących żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, wykryło obecność aglutynin

czerwionki u dzieci rocznych w 4/5 przypadków, zaś u dzieci w wieku 6 — 13 lat w 90%, z czego wynikałoby, że osobnik może przejść zakażenie czerwionkowe, które nie pociąga za sobą wybitnych objawów chorobowych.

W końcu autor przytacza 2 przypadki, dotyczące niemowląt, u których wyhodowano pałeczki paraduru A.

M. Stopnicka.

E. BELAJEWA. Zimnica u dzieci. (Jahrb. für Kinderh. t. 68 z. 5, 6).

Najmłodsze ze spostrzeganych dzieci liczyło 2 lata. Najwięcej zachorzeń przypada na wiosnę (kwiecień), co jest cechą charakterystyczną dla zimnicy trzeciaczkowej w odróżnieniu od zimnicy czwartaczkowej i zwrotnikowej. Autorka stwierdziła w 50% przypadków obecność długiego okresu inkubacyjnego. W myśl poglądów Kisseła dzieli chorobę na 2 okresy: napadowy i międzypadowy, znacznie dłuższy od pierwszego. Napady u dzieci nie różnią się od napadów u dorosłych, przebiegają jedynie łżej. Występowanie napadów w rannych godzinach jest cenną wskazówką dajagnostyczną. Powiększenie śledziony i wątroby stale występuje w przebiegu zimnicy trzeciaczkowej. Już we wczesnym okresie choroby występuje bledność i brunatne zabarwienie skóry, następnie zaś lekkie obrzmienie twarzy. Zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i układu nerwowego autorka nie spostrzegła. W 93-ch na 119 badanych przypadków badanie krwi zawsze wykrywało obecność plasmodyj. W przypadkach przewlekłych znalezienie plasmodyj jest znacznie trudniejsze. Morfologia krwi w 21 przypadkach wykazywała zmniejszenie ilości hemoglobiny (30⁰ — 40⁰ Sahli), zmniejszenie liczby czerwonych ciałek krwi, wskaźnik mniejszy od 1; często występowała polichromazja i ziarnistość zasadochłonna. Ze strony białych ciałek krwi występowała niewielka leukopenja, zwłaszcza w przypadkach, w których napady były codziennie przez dłuższy okres czasu, oraz niestale limfocytoza i monocytoza, które, wdg. autorki, wbrew zdaniu Schillinga i innych, nie są dla zimnicy objawami charakterystycznymi. Okres międzypadowy, zwany ogólnie niesłusznie zimnicą utajoną, charakteryzuje się osłabieniem, blednicą, brunatnym zabarwieniem skóry, dużą wątrobą i śledzioną i niekiedy nietypowymi wzniesieniami ciepłoty. We krwi są te same zmiany, co w okresie napadowym, z wyjątkiem liczby leukocytów, która nie odbiega od normy. Okres międzypadowy może trwać kilka lat. U osobników pozornie wyleczonych stwierdzamy niekiedy we krwi obecność pasorzytów malarji, pozatem wykazują one przez dłuższy czas szereg oznak klinicznych zimnicy, nie można ich zatem uważać za nosicieli zarazków, lecz za chorych na zimnicę w okresie międzypadowym.

Co się tyczy leczenia zimnicy, autorka stwierdza, że błękit metylenowy działa słabo, wywołuje pozatem objawy uboczne w postaci bólów i kłucia podczas oddawania moczu. Niezawodne wyniki otrzymywała przy długotrwałem podawaniu dużych dawek chininy według nast. metody (Kissele). Leczenie trwa rok. Chininę stosuje się przez 3 mies. w dawkach 0,1 *pro die*, przez następne 3 mies. podaje się połowę dawki t. j. 0,05. Po 6 tyg. przerwie chory otrzymuje przez następne 6 tyg. połowę dawki, poczem po ponownej 6 tyg. przerwie chory dostaje połowę dawki przez ostatnie 6 tyg. leczenia. Dzieci znoszą chininę b. dobrze, nie obserwowano żadnego szkodliwego działania ubocznego. Plasmodja znikają ze krwi na 3-ci dzień. Autorka nigdy nie znajdowała t. zw. chininooopornych postaci. W czasie długotrwałego leczenia zimnicy chininą nie występowały nigdy napady. W przypadkach, leczonych do końca, znikają wszystkie cechy kliniczne zimnicy. Kryterjum zupełnego wyleczenia stanowił powrót do normy wątroby i śledziony.

M. Stopnicka.

Wskazówki praktyczne.

— Happe daje krótki przegląd stanu obecnego *zapobiegania błonicy i płonicy oraz ich leczenia*. 1) *Błonica*. a) *Zapobieganie*: Szczepienie śródskórne toksyny błonicy (Schick) w celu określenia stopnia odporności. Uodpornienie bierne surowicą Behringa w ilości 500 jednostek. Uodpornienie takie trwa 3—5 tygodni i stosuje się u osobników, wystawionych w danej chwili na niebezpieczeństwo zakażenia. Uodpornienie czynne za pomocą mieszaniny toksyny z antytoksyną (Behring), zawierającej zaledwie ślady białka zwierzęcego, a więc nie grożącej anafilaksją, albo przy pomocy anatoksyny (Ramon), t. j. zobojętnionej przez formalinę toksyny. Uodpornienie po zastosowaniu tych metod następuje dopiero po kilku tygodniach, ale trwa lata, i powinno być robione na wiosnę, aby wywarło swój wpływ jesienią i zimą, t. j. w porze wzmożonego niebezpieczeństwa zakażenia. b) *Leczenie*: Surowica Behringa do 20,000 jednostek nie tylko w stwierdzonych, ale i w podejrzanych przypadkach jeszcze przed otrzymaniem wyniku badania bakteriologicznego. W przypadkach błonicy septycznej jednoczesne zastrzyknięcie surowicy przeciwpaciorkowcowej. 2) *Płonica*. a) *Zapobieganie*: Uodpornienie bierne surowicą przeciwpłoniczą (otrzymywaną od koni, szczepionych paciorkowcami płonicy) w ilości 5—10 cm.³, albo surowicą ozdrowieńców, pobraną nie wcześniej, niż w 6 tygodniu choroby, lub też krwią osobników dorosłych (która zwykle zawiera ciała ochronne). Surowicę

ozdrowieńców (5—10 cm.³) i krew dorosłych (15—50 cm.³) zastrzykuje się śródmięśniowo, kiła i gruźlica dawcy musi być wyłączona. Surowica końska uodparnia na przeciąg 3—4 tygodni, ludzka — na przeciąg 2 tygodni. Uodpornienie czynne zabitemi zarazkami lub toksyną, dopóki nie posiadamy pewnego odczynu biologicznego, jak w błonicy, w praktyce niema zastosowania. b) *Leczenie*: Wspomniana wyżej surowica przeciwpłonicza (Dochez) w ilości 25—50 cm.³, w przypadkach ciężkich do 75 cm.³ śródmięśniowo. Na powikłania posocznice i choroby następce surowica ta niema wpływu i dlatego winna być stosowana jaknajwcześniej.

(Fortschr. d. Ther. 1928. Z. 4).

— *Entirsol*, jest to przetwór smołowy, z którego wyrabia się znany środek ichtyol, ma jednak przed nim tę wyższość, że jest bezbarwny, a więc nie brudzi, i nie posiada tak przykrego, jak ichtyol zapachu. W skład entirsolu wchodzi połączenia tiofenowe oraz węglowodany. Stosuje się w roztworach alkoholowych, eterowych, oleistych, tłuszczowych lub w postaci maści. Blumenthal stosował 10%—20% maść entirsolową z powodzeniem w przypadkach *czyraków zewnętrznego przewodu słuchowego, nosa i wargi*. Bóle i objawy zapalne ustępowały szybko, i chory powracał do zdrowia prędzej niż po stosowaniu innego leczenia.

(Med. Klin. 1928 Nr. 19).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Okulistów Polskich

ODDZIAŁ WARSZAWSKI.

Przewodniczący prof. Dr. K. Noiszewski.

Posiedzenie z dnia 14-go grudnia 1927 r.

S. Leśniowski: *Przypadek pseudosklerozy z pierścieniem Fleischera*.

Chora lat 24-ch zauważyła przed 2-oma laty drżenie głowy i kończyn, utrzymujące się do chwili obecnej. Od 5-ciu miesięcy przyłączyło się utrudnienie mowy. Przedmiotowo: narządy wewnętrzne, w szczególności wątroba i śledziona bez zmian fizykalnych, jednak stwierdzono niedomogę czynnościową wątroby w postaci urobilinurji i glikozurji pokarmowej. Na pierwszy plan w obrazie chorobowym wybijają się ruchy mimowolne, przypominające drżenie zamiarowe. Ruchy te, minimalne w położeniu leżącym, nasilają się z zmianą w ułożeniu i przy ruchach dowolnych. Brak odruchów brzusznych. Na obu rogówkach znajdujemy ciemno-brunatną obwódkę, występującą najwyraźniej od góry i od dołu. Składa się ona z ciemnych drobnych bryłek, ułożonych w błonie Descemeta. Co do natury barwnika, to zdania są podzielone: Fleischer na zasadzie odczynów histo-chemicznych przypuszczał pierwotnie, że może chodzi tu o jakiś związek srebra, a Rumpel twierdzi to stanowczo; Hall wreszcie uważa go za jakiś barwnik nieznan. W piśmiennictwie polskim jedynie Krzeziński opisał wyraźny pierścień Fleischera o barwie nieco zielonej iskrzącej się.

K. Bein, badając oczy chorej mikroskopem rogówkowym, stwierdził, że barwnik składa się z drobnych ziaren szarobrunatnych, leżących w głębokich warstwach błony Descemeta; w okolicy, usianej barwnikiem, sama błona jest również lekko szara.

K. Noiszewski, poruszając sprawę pochodzenia barwnika, wspomina przypadek, w którym można było wyłączyć podawanie srebra, jednak barwnik w rogówce posiadał jego cechy. Zachodzi tu pewna analogja co do pochodzenia związków miedzi w upierzeniu zielonych papug, nie mających z miedzią żadnej styczności.

A. Zamenhof przypomina, że demonstrował w swoim czasie chorą z zabarwieniem zielonkawym tylnej powierzchni rogówki wywołanem dłuższem leczeniem miedzią z powodu jaglicy. Miedzica rogówki ma zazwyczaj granice mniej wyraźne,

niż to widzimy w pierścieniu Fleischera. Szczegółowy opis miedzicy podany był w artykule Grzędzielskiego w jednym z ostatnich zeszytów „Kliniki Ocznej”.

A. Zamenhof *Przypadek obrzęku siatkówki i pozornego zapalenia n. w. po przebytem zapaleniu przedniego odcinka*.

Chory lat 29-ciu od paru lat cierpi na powtarzające się zapalenie tęczęwki, prawdopodobnie w związku z dawniej przebytą rzeżączką. Przed paru tygodniami po ustąpieniu ostrych objawów okazało się, że tarcza ma wygląd neurytyczny, na siatkówce widać było kilka małych wybroczynek, a odbłask okrężny płamki żółtej miał wygląd nieprawidłowy, jakby łamany, co świadczyłoby o pewnym stanie obrzękowym siatkówki, $V = \frac{5}{6}$.

Ta nieprawidłowość odbłasku, widoczna zwłaszcza przy badaniu wzornikiem elektrycznym, opisywana była przez Wolffa i przez Vogta, którzy używając światła bezczerwieniowego, spostrzegali obrzęki siatkówki w najrozmaitszych cierpieniach przedniego odcinka, nawet w przyszykach na rąbku rogówki.

Prelegent pokazuje liczne fotografie stereoskopowe dna ocznego chorych, cierpiących na zapalenie tęczęwki i ciała rzęskowego, na których widać, że zatarcie brzegów tarczy i jej przekrwienie, nieprawidłowość odbłasku okrężnego płamki żółtej, a nawet wybroczynki należą do zjawisk nie tak bardzo rzadkich. Trudno jest powiedzieć, dodaje prelegent, czy mamy tu do czynienia z zapaleniem n. w., czy też tylko z obrzękiem. Dobrze zachowana siła wzroku przemawia raczej za obrzękiem, o rokowaniu pomyślnem.

K. Noiszewski zaznaczył, że wpływ stanów chorobowych siatkówki na tęczęwkę lub odwrotnie wpływ irytis na siatkówkę tłumaczyć należy tem, że wewnątrzna warstwa tęczęwki (*pars retinalis iridis*) jest bezpośrednim łącznikiem między temi błonami. Dawniej, gdy mocno zawiązywano oczy podczas leczenia opadniętej siatkówki, mówca widywał często zrosty tylne tęczęwki. Nieprzepuszczalność siatkówki dla przesięku z naczynek i opadnięcie siatkówki jest następstwem plastycznego jej zapalenia, które *per continuitatem* udzielić się może tęczęwce.

W. Melanowski. *Opadnięcie siatkówki leczone z dobrym wynikiem tuberkuliną*.

Chora lat 50-ciu, cierpiąca na miażdżycę nerek o wybitnie dodatnim odczynie Pirqueta nagle zaniewidziała na oko lewe. Oko prawe prawidłowe z prawidłową ostrością wzroku, Ciśnienie = 20 mm, hg. Oko lewe: naczynia spojówki nieco ciemniejsze, niż zwykle i wężykowate, zaś odczyn źrenicy na światło trochę leniwy. Na dnie ocznem widać od dołu i od strony skro-

Z j a z d y.

Konferencja Komisji Sztandaryzacyjnej

Komitetu Higieny Ligi Narodów we Frankfurcie n. Menem
dn. 25 — 27 kwietnia 1928 r.

Komitet Higieny Ligi Narodów w roku 1920 zorganizował Komisję, złożoną z wybitnych badaczy i przedstawicieli wielkich zakładów państwowych, w celu unormowania wzorów leczniczych surowic i produktów biologicznych. Niezbędność systematycznej pracy w tym kierunku wykazuje fakt, że przedtem istniało kilka jednostek surowicy tężcowej, że szereg surowic leczniczych nie był wogóle miareczkowany, względnie sposób miareczkowania był nie ustalony, było utrudnione w tych sprawach porozumienie międzynarodowe, gdyż instytucje kontrolujące w rozmaitych państwach używały metod odmiennych i odmiennych wzorów. Zjazd we Frankfurcie miał znaczenie podwójne: polityczne, albowiem był to pierwszy zjazd Komisji Sztandaryzacyjnej w Niemczech, naukowe — albowiem zakończył szereg prac od dłuższego czasu wykonywanych przez zainteresowane zakłady. Pod przewodnictwem Madsena z Kopenhagi Zjazd odbył się w Instytucie Terapii Doświadczalnej, gdzie metody sztandaryzacji surowic zostały stworzone przez Ehrlicha. Zjazd został powitany przez przedstawicieli Ministerstwa Oświaty, Ministerstwa Opieki Społecznej, przez przedstawicieli wielkich instytucji naukowych niemieckich, Gesundheitsamt i t. p. Niezależnie od stałych członków Komisji Sztandaryzacyjnej i badaczy, którzy brali udział w pracach doświadczalnych (Martin, Reimlinger, Dopfer, Rammond, Dale, Douglas, O'Brien, Hata, Hirszfild i inni), przybyli zaproszeni uczeni niemieccy — Neufeld, Otto, Lenz, Bürgers, Sachs i wielu innych. Obecny był również Dyrektor Lekarski Ligi Narodów, Dr. Rajchman z Genewy, ze sztabem swoich współpracowników.

Po dłuższej dyskusji zostały przyjęte następujące uchwały:
1) jako jednostkę leczniczą tężcową przyjęto nową jednostkę międzynarodową, ok. 50 razy mniejszą od dawnej jednostki niemieckiej, przedstawiającą połowę jednostki amerykańskiej.

2) jako jednostkę czerwinkową surowicę sztandartową, znajdującą się w zakładzie serologicznym w Kopenhadze i opra-

cowaną na mocy wyników badań międzynarodowych (w których brał udział również i Państwowy Zakład Higieny).

3) w sprawie surowic płoniczych postanowiono zaakceptować surowicę wzorową amerykańską, którą Zakład w Waszyngtonie będzie wysyłał zainteresowanym. Sposób miareczkowania surowicy płoniczej powinien podlegać dalej opracowaniom.

4) w sprawie tuberkuliny wzorcowej będą jeszcze wykonywane próby w Instytucie Pasteura w Paryżu i w Zakładzie Terapii Doświadczalnej we Frankfurcie.

Komitet Higieny Ligi Narodów dokonał ankiety w sprawie mianownictwa grup serologicznych, przyczem wszystkie pytane instytucje naukowe postanowiły na przyszłość stosować terminologję, zaproponowaną przez Dungerna i przez niżej podpisanego w r. 1912 (Terminologia nasza zatem została zaakceptowana przez Komisję badania grup w Ameryce, takąż Komisję, zwołaną przez rząd niemiecki, i obecnie Międzynarodową Komisję Sztandaryzacyjną. Postanowiono również wykonać szereg badań w celu ustalenia wytycznych przy sprzedaży i kontroli surowic izoaglutynujących.

Duże wrażenie zostawił odczyt wybitnego farmakologa angielskiego Dalea w sprawie kontroli salwarsanu. Zupełnie nowy i oryginalny sposób interpretacji ilościowej wyników biologicznych będzie miał prawdopodobnie znaczenie i przy wszystkich próbach biologicznych na zwierzętach.

Salwarsan wzorcowy będzie się znajdował pod kontrolą Dalea i Kollego.

Sprawa miareczkowania i wzorców produktów biologicznych była przedmiotem obrad oddzielnej Komisji.

Na zakończenie pragnę podkreślić wielkie znaczenie tych zjazdów dla międzynarodowej współpracy uczonych. Panował na jeździe nastrój bardzo serdeczny i czuć było wyraźnie, że wszelkie wrogie nastroje pomiędzy ongi przeciwnikami politycznymi ustąpiły miejsca rzetelnej chęci przyjaznej współpracy. Wielki bankiet na 200 osób, wydany przez Speyerhaus dla członków zjazdu i wybitnych przedstawicieli ze świata uniwersyteckiego i lekarskiego, zakończył tę konferencję.

Ludwik Hirszfild (Warszawa),
Dyrektor Państw. Zakł. Higieny w z

Przegląd terapeutyczny.

Z II oddziału chirurg. Szpita. Przem. Pańskiego w Warszawie
(Ordynator: † Dr. A. ZAWADZKI).

O stosowaniu Granugenolu w chirurgji.

Podał

J. P O M P E R (Warszawa).

Prace doświadczalne Rosta w klinice chirurgicznej w Heidelbergu doprowadziły do wynalezienia środka leczniczego, któryby miał za cel znaczniejsze przyspieszenie normalnego bujania tkanek w razie ich ubytku. Preparat ten, wprowadzony w użycie pod nazwą Granugenolu, przedstawia sobą olej mineralny, który, po usunięciu szkodliwie działających substancji, zachowuje pewną biologiczną stałość kojarzenia się z różnymi tkankami organicznymi. Tej właściwości zawdzięczając, służy Granugenol do ogólnego leczenia ran, czy to w formie środka, oczyszczającego te rany, czy jako substancja, dostatecznie szybko doprowadzająca do ich zamknięcia. Obserwacja półroczna działania tego preparatu na naszym oddziale chirurgicznym oraz w praktyce ambulatoryjnej zachęca do dalszego używania Granugenolu.

Przedewszystkiem więc stosujemy Granugenol w przypadkach ran z poszarpaniami i zieżaciami

brzegami, na które z różnych powodów nie był nałożony szew pierwotny. Następuje wtedy szybkie zasklepienie się rany i zdejmowanie opatrunku nie jest dokuczliwe dla chorych wobec znacznej wilgotności samego opatrunku. To samo zauważymy u chorych, u których wskutek zadziaływania operacyjnego zostaje pozbawiona naskórka mniej lub więcej rozległa powierzchnia ciała. Do tej grupy możemy zaliczyć między innymi sprawy, związane z usunięciem paznokcia. Opatrunki pooperacyjne, zazwyczaj bolesne u tych chorych, dzięki Granugenolowi miały przebieg nadzwyczaj łagodny i szybko prowadziły do wyleczenia. To samo stwierdziliśmy w trzech przypadkach dość rozległych oparzeń I i II stopnia tułowia i kończyn górnych w okresie ziarninowania, gdzie Granugenol szybko doprowadził do pokrycia naskórkiem braku w skórze.

W tym miejscu mogę również przytoczyć przypadek stosowania Granugenolu u chorego, który wskutek stłuczenia stopy wysmarował ją nalewką jodową, co spowodowało silne podrażnienie skóry (dermatitis). Jednorazowe zastosowanie Granugenolu szybko usunęło wymienione powikłanie.

Następną grupą chorób, w których Granugenol może oddać duże usługi, są to przypadki o charakterze zakażeń miejscowych. Pouczający przy-

kład pod tym względem przedstawia przypadek rozległej ropowicy tkanki podskórnej dłoni i przedramienia u wieśniaczki, obserwowany na naszym oddziale. Pomimo kilkakrotnych nacięć ognisk ropowych i stosowania proteinoterapii oraz różnych środków odkażających, sprawa zapalna się nie uspakajała. Z chwilą wprowadzenia sączków, zmoczonych Granugenolem, ciepłota zaczęła opadać, i szybko nastąpiło umiejscowienie się sprawy chorobowej. Zdrowa ziarnina prędko wypełniła rany, które dzięki dalszemu stosowaniu Granugenolu w szybkim czasie się zabiłiły.

Lecz może najwładźniejszym polem stosowania wymienionego preparatu są przetoki różnego rodzaju oraz głębokie rany. Przedewszystkiem więc przy operacjach brzusznych i innych, powikłanych częściowo głębokim ropieniem tkanki podskórnej oraz pod powięzią, po doraźnym usunięciu zawartości ropnej, wlewamy w utworzony otwór odpowiednią ilość Granugenolu i otrzymuje-

my w bardzo szybkim czasie nie tylko oczyszczenie się głębokich ścian rany, ale też i jej zasklepienie. To samo zauważyliśmy po założeniu worka Mikulicza do brzucha. Zazwyczaj długotrwałe gojenie się pozostających przetok po zastosowaniu Granugenolu szybko doprowadziło do ich zamknięcia. Bezwzględnie ważne jest w danym przypadku usunięcie mechanicznej przeszkody, podtrzymującej długotrwałe ropienie. Ma to przedewszystkiem zastosowanie w przypadkach przetok kostnych.

Co się tyczy Granugenopasty (również preparat firmy Knoll, zawierający Granugenol), to ma ona zastosowanie w przypadkach powikłań skórnych, między innymi także i w owrzodzeniach podudzia.

Na zakończenie muszę zwrócić uwagę, że stosowanie Granugenolu zostaje chętnie przyjmowane przez pacjentów, którzy sami energicznie domagają się, po użyciu chociażby raz jeden Granugenolu, — kontynuowania go aż do zupełnego wyleczenia.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Choroby zakaźne w Polsce w roku 1927*).

Podał

M. KACPRZAK.

Bez dokładnej rejestracji niema walki z chorobami zakaźnymi. O planowej akcji przeciwepidemicznej może być mowa tylko wtedy, jeżeli będziemy posiadali jaknajdokładniejsze dane, dotyczące miejsca i czasu zjawiania się chorób nagminnych i jeżeli o każdym wybuchu będziemy w porę powiadomieni.

O dokładną rejestrację jednak jest bardzo trudno, nawet w krajach posiadających znacznie gęstszą sieć lekarską i wyższy poziom kultury ogólnej i sanitarnej niż Polska. Zdając sobie sprawę z trudności w tej dziedzinie postawiliśmy sobie za zadanie w statystyce chorób zakaźnych iść w kierunku odśrodkowym, od miast największych do stosunkowo coraz mniejszych, wreszcie do małych miasteczek i osiedli wiejskich. Zaczęliśmy więc początkowo zbierać dane z miast, posiadających powyżej 100,000 ludności. Obecnie zaś dzięki dobrej woli lekarzy miejskich i administracji miast, jak również dzięki czynnemu poparciu ze strony odpowiednich czynników Departamentu Służby Zdrowia, możemy ogłosić dane o chorobach zakaźnych ze wszystkich miast z ludnością powyżej 25,000. Załączone tablice są niezmiernie wymowne — mówią aż nazbyt wyraźnie o brakach naszej rejestracji, o jej nieujednostajnieniu. Stopień niedokładności w zgłaszaniu jest szczególnie wysoki w niektórych chorobach jak np. w odrze, krztuścu, gruźlicy, jaglicy i t. d.; jest on znacznie mniejszy w chorobach najgroźniejszych o przebiegu ostrym: w durze płamistym, brzuszonym, ospie, płonicy, błonicy. Dlatego też tylko o tej drugiej grupie będzie mowa w niniejszym szkicu. Stan rejestracji

w miastach ma dlatego tak ważne znaczenie, że dopóki nie będzie dobrej rejestracji w miastach, rejestracja w całym kraju, jako takim, będzie jeszcze gorsza z wielu względów, a przede wszystkim z powodu niedostatecznej pomocy lekarskiej. Ogłaszając tę pierwszą próbę wyodrębnienia rejestracji w 39 miastach, zaznaczamy, że wszystkie wykazy, wyjąwszy Warszawę i miasta, które są specjalnie omówione, zostały po sporządzeniu sprawdzone przez odpowiednie czynniki komunalne. Dla ułatwienia, by nie powtarzać stale liczby mieszkańców, miasta z ludnością powyżej 100,000 nazywamy miastami wielkimi, albo miastami pierwszej grupy, miasta z ludnością od 25 do 100,000 nazywamy miastami średnimi, albo drugiej grupy. Ludność całego kraju i miast średnich wzięta jest według spisu z roku 1921, ludność miast powyżej 100,000 według rocznika głównego Urzędu Statystycznego z roku 1927.

Rok 1927 pod względem epidemiologicznym w Polsce należałoby traktować jako stosunkowo pomyślny, gdyby nie dur brzuszny, który w porównaniu z latami ubiegłymi wzmógł się znacznie. Większych epidemii, któreby obejmowały znaczne tereny kraju nie było, choroby zaś panujące endemicznie nie przekraczały liczb przeciętnych, wykazując raczej tendencje niżkowe.

Ospa i dur płamisty wykazują coraz mniejsze nasilenie; choroby wieku dziecięcego jak odra, płonica, błonica przedstawiają się różnie w różnych dzielnicach państwa, wogóle jednak zaznaczyły się również spadkiem; znaczne zwiększenie liczby zarejestrowanych przypadków gruźlicy tłumaczy się najprawdopodobniej innymi wymaganiami w stosunku do rejestracji.

Naturalnie, iż absolutne liczby chorób zakaźnych są naogół jeszcze dość wysokie, ale też radykalnych zmian trudno oczekiwać. Trzeba przypuszczać, że przy obecnym stanie medycyny zapobiegawczej niektóre z chorób zakaźnych w najbliż-

*) Według Kroniki Epidemiologicznej z „Medycyny Doświadczalnej i Społecznej“.

Choroby zakaźne w miastach od 25 do 100 tysięcy mieszkańców w 1927 r.

MIASTA	Ludność*)	Ospa naturalna		Dur brzuszny i rzekomy		Dur plamisty		Dur powrotny		Czerwonka		Płonica		Błonica		Zap. opon mózgz. rdz.		Odra		Róża		Krzusiec		Zimnica		Gorączka połogowa		Gruźlica		Zap. nagm. mózgowia		Jaglica		Wąglik		Zatrucie mięsne		Paraliż dziecięcy								
		zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.	zach.	zg.									
Bédzin**)	27855	—	—	141	13	1	—	—	—	—	—	42	2	5	—	1	1	15	—	10	—	1	—	—	—	—	—	183	75	1	—	9	—	—	—	—	—	—	—							
Białystok**)	76792	1	—	74	3	3	—	1	—	1	—	190	22	49	8	1	1	14	1	6	—	4	1	—	—	—	—	135	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							
Brześć n. B.	29553	—	—	16	2	3	1	—	—	15	—	50	1	24	2	—	—	1	—	5	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
Częstochowa	80473	—	—	261	18	3	—	—	—	17	1	76	1	84	1	5	1	353	—	39	—	70	2	—	—	—	101	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
Dąbr. Górnicza	41681	—	—	62	2	—	—	—	—	11	1	61	5	14	1	2	1	22	—	—	—	74	4	—	—	—	63	37	—	—	52	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
Drohobycz	26736	—	—	91	16	1	1	—	—	1	1	137	17	8	7	2	2	16	1	7	—	74	4	—	—	—	122	52	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
Gniezno	25694	—	—	14	8	—	—	—	—	9	5	26	2	3	—	18	15	1	—	2	—	11	9	—	—	—	69	64	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
Grodno	35148	—	—	31	5	5	1	—	—	—	—	38	7	63	5	—	—	476	1	12	—	3	—	—	—	—	1	1	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
Grudziądz	33516	—	—	7	9	—	—	—	—	1	—	40	5	9	6	—	1	4	1	1	1	—	—	—	—	—	27	76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
Kalisz	44613	—	—	66	13	—	—	—	—	5	3	19	6	15	1	—	—	10	—	14	1	44	—	—	—	—	13	95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Kielce	41346	—	—	84	14	7	—	—	—	1	—	79	5	17	4	—	6	13	1	5	—	11	—	—	—	—	118	106	—	—	172	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Kolomyja	31708	—	—	17	3	1	—	—	—	4	—	194	28	5	17	4	—	6	—	2	2	72	6	—	—	—	2	67	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Królewska Huta**)	72641	—	—	24	2	—	—	1	—	25	1	46	1	40	1	5	2	22	—	6	—	9	1	—	—	—	61	81	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Nowy Sącz	26341	—	—	21	4	—	—	—	—	3	—	68	8	8	3	1	1	70	1	—	—	—	—	—	—	—	517	66	—	—	51	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Pabjanice	34967	—	—	36	1	—	—	—	—	34	1	67	8	68	7	3	3	328	1	37	1	39	—	—	—	—	3	3	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Piotrków	41113	—	—	77	17	—	—	—	—	1	—	195	27	20	8	—	4	51	—	43	2	—	—	—	—	—	33	33	—	—	180	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Płock	27750	—	—	36	—	—	—	—	—	—	—	25	—	15	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	6	10	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Przemysł**)	47958	—	—	16	—	—	—	—	—	5	—	68	1	23	—	1	—	146	—	20	—	36	—	—	—	—	—	24	—	—	76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Radom	61599	—	—	88	2	2	1	—	—	4	—	205	—	15	—	4	—	49	—	23	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Równe	30480	—	—	19	—	4	—	—	—	1	—	90	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Siedlce	30536	—	—	25	2	—	—	—	—	—	—	34	17	7	7	—	—	51	—	3	—	22	—	—	—	—	—	34	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Stanisławów	51391	—	—	40	4	2	—	—	—	3	1	107	14	16	3	—	—	72	2	2	—	234	5	—	—	—	—	341	177	—	—	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Styż	27358	—	—	27	5	7	6	—	—	8	—	46	4	5	—	2	—	5	—	—	—	8	—	—	—	—	—	360	73	—	—	95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Tarnów	35347	—	—	49	5	—	—	—	—	6	—	65	1	22	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Tarnopol	32003	—	—	13	1	—	—	—	—	—	—	202	4	—	—	—	—	17	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Tomaszów Mazow.	28287	—	—	31	9	—	—	—	—	10	—	260	26	24	4	—	—	206	—	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Toruń	39434	—	—	62	9	—	—	—	—	5	—	57	—	33	—	—	—	622	—	10	—	16	6	—	—	—	5	61	1	—	—	56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Włocławek**)	40281	—	—	106	4	—	—	—	—	—	—	27	1	22	—	—	—	4	—	7	1	—	—	—	—	—	12	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Zawiercie	29480	—	—	54	23	—	—	—	—	3	1	16	1	34	3	—	—	1	—	11	1	6	—	—	—	—	218	88	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
RAZEM	1152081	1	—	1641	184	40	10	2	—	175	15	2584	214	651	71	68	60	3187	10	233	9	687	34	9	—	—	33	11	2270	1578	6	1	812	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Dane z Rocznika Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej r. 1927. Str. 18.

Pabjanice — brak danych o gruźlicy za styczeń. Płock i Równe sprawozdań o zgonach nie nadsyłały.

**) Potwierdzenia zgodności z niniejszym obliczeniem Urząd Statystyczny danego miasta nie nadesłał.

szych latach raczej wzrosną liczbowo, niż spadną (wskutek poprawy rejestracji), te zaś, dla zwalczania których posiadamy pewne środki zapobiegawcze, mogą wygasać tylko bardzo stopniowo.

Ospa. Zarejestrowano w całym kraju 35 przypadków i 4 zgony. Jest to liczba najniższa od czasu niepodległości Polski i niewątpliwie rekordowa, gdyż nie mówiąc już o terytorjum całej dzisiejszej Polski, w samym mieście Warszawie w okresie lat 1907 - 1911 średnia liczba zgonów na ospę rocznie wynosiła 355. I ten stan trwał do samej wojny.

Obecnie zaś ospa jest jedną z niewielu chorób zakaźnych, co do których sytuacja w Polsce przedstawia się o wiele pomyślniej niż w szeregu państw zachodnio-europejskich. Mamy znacznie mniej przypadków, niż ojczyzna Jennera Anglja w której zarejestrowano w 1926 roku 10,155 zachorowań na ospę (bez Szkocji i Irlandji), mniej niż Francja, w której zgłoszono w tymże 1926 roku 544 przypadki, nie mówiąc już o Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie w roku 1924 było 54,693 zachorowań, a w 1926 zgłoszono w 45 stanach 33,158 przypadków. Takie są skutki kampanji przeciwszczepiennej, prowadzonej w krajach anglosaskich w imię „wolności osobistej“.

W ośmiu województwach zachorowań na ospę nie było wcale, w dwu województwach poznańskim i nowogrodzkim było po jednym przypadku, większą liczbę przypadków 4 — 8 zgłoszono w województwach: białostockim, poleskim, tarnopolskim, wileńskim i wołyńskim. W miastach powyżej 25,000 mieszkańców były zaledwie dwa przypadki: jeden w Warszawie i jeden w Białymstoku.

Ospy wietrznej w miastach pierwszej i drugiej grupy razem zgłoszono 514 przypadków i 4 zgony. Wobec tego, że w całej niemal Europie przeważa typ ospy bardzo lekkiej powstaje pytanie, czy rzeczywiście u nas jest stale mowa o ospie wietrznej (*varicella*), czy też mamy niekiedy przynajmniej do czynienia z łagodną formą ospy naturalnej. Fakt czterech zgonów, przypisywanych ospie wietrznej, chorobie naogół nie dającej zgonów, tembardziej każe myśleć w tym kierunku.

O rozmiarach akcji szczepiennej mówią następujące liczby: w 1926 roku dokonano szczepień 1.789.469, w tem pierwszych 969.929, a więc przy przeciętnej liczbie urodzeń 30 na 1.000, liczba szczepień przewyższa liczbę urodzeń.

(Dok. nast.)

Zyciorysy.

Józefa Joteyko.

(Wspomnienie pośmiertne)

Zmarła świeżo w Warszawie Dr. Józefa Joteyko — najznakomitsza obok Curie-Skłodowskiej uczona polska, której nazwisko, znane chlubnie w naukowym świecie Francji, Belgji, Niemiec, Anglji i Ameryki — dopiero teraz poczyna zdobywać sobie należny rozgłos i uznanie w Polsce. Urodzona w 1866-ym roku, kształciła się zagranicą, uzyskując bakalaureat nauk przyrodniczo-lekarskich na uniwersytecie genewskim, a następnie kończąc z dyplomem doktorskim medycynę na uniwersytecie w Paryżu w roku 1896, gdzie przez 2 lata zajmowała się praktyką lekarską i rozpoczęła ogłaszać pierwsze prace naukowe.

Od roku 1898 do 1915 pracowała w Belgji, gdzie była przez 14 lat kierowniczką laboratorium psychofizjologicznego w uniwersytecie Brukselskim, przez 7 lat attachée przy instytucie fizjologicznym Solvaya, zaś w 1912 roku objęła kierownictwo założonego przez siebie Międzynarodowego Fakultetu Pedagogji, do którego zjeżdżali się słuchacze z wielu krajów Europy i Ameryki oraz z różnych dzielnic Polski. W okresie tym założyła doskonale prowadzone czasopismo belgijskie pod tytułem: „La Revue Psychologique”. Prace jej ówczesne wykroczyły daleko poza zakres psychofizjologii, sama zaś stała się pionierką nowego ruchu w dziedzinie psychologii: pedologii, t. j. nauki o dziecku, opartej na naukowym poznaniu psychicznego i fizjologicznego rozwoju dziecka. Była generalną sekretarką, a właściwie inspiratorką i *spiritus movens* Pierwszego Międzynarodowego Kongresu Pedagogji (1911), na którym za jej sprawą nazwa „Polska” stanęła na równi z nazwami innych krajów, biorących udział w Kongresie. Wtedy to prowincja

Hainaut powierzyła jej urządzenie pierwszych w Belgji pracowni pedologicznych w seminarjach nauczycielskich w Mons i Charlesroi i poruciła jej prowadzenie w nich kursów pedagogji. W tym okresie swej pracy otrzymała dwukrotnie (1900 i 1901) nagrodę naukową Królewskiego Towarzystwa nauk lekarskich i przyrodniczych w Brukselli oraz medal złoty francuskiego Stowarzyszenia Chemików Cukrowniczych (1905). W czasie inwazji Niemców do Brukselli przeniosła się wśród niezmiernie trudnych warunków do Paryża, gdzie mogła w dalszym ciągu pracować naukowo dzięki przyjacielskiej kurtuazji Karola Richeta, który oddał jej do dyspozycji swoje laboratorium w Szkole medycyny. Jest to okres rozkwitu jej działalności naukowej i rozgłosu. W r. 1917 — 1919 uzyskała nagrodę „Collège de France” za ogół swych prac, pozatem była pięciokrotnie laureatką Akademji Nauk w Paryżu. Otrzymała wtedy — jedyna z kobiet — katedrę dla uczonych zagranicznych w „Collège de France”, następnie w 1917 — 1918 w Sorbonie i uniwersytecie w Lyonie prowadziła cykl wykładów pod tytułem: „Studja eksperymentalne nad inteligencją”.

Trzeci okres jej działalności, datujący się od roku 1919, t. j. od chwili powrotu do kraju, wypełniony jest pracą wyłącznie psychologiczną. Od roku 1919 wykłada psychologję ogólną i pedagogiczną w Państwowym Instytucie Pedagogicznym w Warszawie i kieruje jego laboratorium psychologicznym, redagując jednocześnie kwartalnik Koła psychologicznego absolwentów Instytutu. A kiedy w roku 1925 „dobre duchy kultury postarały się, aby zamknąć instytut” (Pozner), objęła wykłady na Wolnej Wszechnicy Polskiej oraz następnie docenturę w Uniwersytecie Warszawskim. W tym czasie bardzo żywotny i energiczny Związek Nau-

czycieli Szkół Powszechnych powołał do życia czasopismo p. n. „Polskie Archiwum Psychologii”, powierzając jej jego redakcję. Cały ten okres, pomimo niepomyślnych warunków i nadwątlonego zdrowia, wypełniony jest niezmiernie intensywną pracą, której owocem był szereg rozpraw naukowych, ogłoszonych w języku polskim. Poruszane w nich były zagadnienia: badania poziomu inteligencji uczniów szkół średnich, metody testów umysłowych, selekcji w szkole, uzdolnień specjalnych, jedności szkolnictwa, psychologii postaci i wielu innych. Zdołała też skupić dookoła siebie grono uczniów, którzy pod jej kierunkiem pracowali naukowo, ogłaszając bądź drobniejsze przyczynki w „Biuletynie Koła Psychologów” i w „Polskim Archiwum Psychologii”, bądź większe rozprawy, opracowane monograficznie.

Mam wrażenie, że obecne pokolenie lekarskie niedostatecznie obznajmione jest z faktem, jak dalece twórcza i wielostronna była praca przedwcześnie zmarłej uczoney na terenie medycyny eksperymentalnej. Ogarniała ona szeroki zakres toksykologii, elektrofizjologii, teorii kurczliwości mięśniowej, znieczulania mięśni, nerwów i ośrodków nerwowych, badań psychofizjologicznych nad bólem i teorią bólu, nad znużeniem i odpornością ośrodków rdzeniowych, nad znużeniem i odpornością ośrodków psychomotorycznych u człowieka, nad teorią obwodowej lokalizacji znużenia, nad prawem ekonomii wysiłku w dynamice nerwowej, poruszała dalej zagadnienia odżywiania, higieny, psychoterapii, ambidekstrji i pisma lustrowego. Koroną wszakże twórczości naukowej badaczki naszej stanowią prace, zgrupowane dookoła trzech zagadnień magistralnych: 1) zagadnienia znużenia (lokalizacja znużenia i metody graficzne badań nad znużeniem, znużenie jako środek obrony ustroju i t. d.). 2) zagadnienia bólu (t. zw. teoria algogenów) i 3) zagadnienia kurczliwości mięśni (teoria kurczu). Badania tej ostatniej kategorii rzuciły nietylko ciekawe światło na odczyn

zwyrodnienia Erba (t. zw. krzywa sarkoplazmatyczna Joteykówny), ale dostarczyły również podstawy anatomicznej dla interpretacji zjawisk myotonicznych oraz stały się punktem wyjścia dla teorii Franka którą tak chętnie posługuje się neurologja współczesna dla wyjaśnienia patogenezy zjawisk amyostatycznych i pozapiramidowych.

Charakterystyka zmarłej uczoney byłaby niekompletna, gdyby pominąć w niej te cenne cechy umysłu i charakteru, które złożyły się na ukształtowanie jej niepospolitej indywidualności. Wolna od wszelkich przesądów w nauce, jak i w życiu, była ona wolnomyslicielką w najszlachetniejszym znaczeniu tego słowa. Bojowniczką praw kobiety stała na gruncie bezwzględного równouprawnienia kobiet, opartego „nie na walce lecz na przymierzu płci”. Jako jedna z pionierek budzącego się ruchu psychotechnicznego, żądała jednakowych kryteriów przy badaniu uzdolnień młodzieży, zwalczając dozwolenia o rzekomej zależności ich poziomu od płci. Niezmiernie prosta i skromna w obcowaniu, miała szczególny dar przedstawiania w wykładzie swoim najtrudniejszych zagadnień w sposób jasny i przekonujący, przedewszystkiem zaś była niezrównaną budzicielką i kierowniczką zainteresowań młodzieży do samodzielnej pracy naukowej. To też po szerokim świecie rozproszył się liczny szereg sił pracujących na polu psychofizjologii, psychologii i psychotechniki, które zaprawiała w trudnym rzemiośle pracy laboratoryjnej i z których znakomita jej uczennica i najwierniejsza przyjaciółka Marja Grzegorzewska rozwija w Warszawie na terenie pedagogiki leczniczej niestrudzoną działalność naukową i organizacyjną. Zmarła przedwcześnie w pełni sił twórczych z niezmierną stratą dla nauki, którą tak bardzo mogła jeszcze wzbogacić, i dla kraju, któremu rozgłosem prac swoich tyle przysporzyła blasku.

Wł. Sterling.

Wiadomości bieżące.

— Komunikat Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie kursu wykszolenia i stypendjów dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w roku bieżącym w Państwowej Szkole Higjenu w Warszawie specjalny kurs wykszolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 1 września 1928 roku do dnia 31 maja 1929 r., w czym 6 miesięcy studjum teoretycznych oraz 3 miesiące zajęć praktycznych.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum będzie wynosić 350 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higjenu w Warszawie stypendyści, a w miarę możliwości i pozostali ucze-

stnicy kursu, będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewentualnie i przyznanie stypendjum, należy wnosić do dnia 1 lipca b. r. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należyście uwierzytelnionych), stwierdzających:

a) wiek kandydata,

b) posiadanie obywatelstwa polskiego,

c) ukończenie studjów lekarskich i posiadania prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem. i

d) stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinji o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie, o którym była mowa wyżej.

O przyznanie stypendjum mogą się ubiegać kandydaci poniżej lat 35. Pierwszeństwo do otrzymania stypendjum będą mieli ci kandydaci, którzy zgłoszą gotowość odbycia przed rozpoczęciem kursu, a mianowicie w czasie pomiędzy 1 lipca a 1 września r. b., służby próbnej przy jednej z władz administracyjnych według przydziału Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, o ile oczy-

wiście w czasie trwania tej służby próbnej wykażą się odpowiednimi kwalifikacjami.

Przez czas trwania tej służby kandydaci tacy otrzymają wynagrodzenie w kwocie 300 złotych miesięcznie.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Program VIII Zjazdu Psychjatrów Polskich, który odbędzie się w dniach 27, 28 i 29 Maja 1928 r. w Warszawie.

Pierwszy dzień Zjazdu 27 maja.

W sali wykładowej Anatomicum Uniwersytetu Warszawskiego (Chałubińskiego Nr. 5).

Od godz. 9 do 14.

Odczyt wstępny.

Prof. Dr. R. Radziwiłłowicz (Wilno): „Doświadczenia i pozadoświadczenia w psychjatrii“.

Padaczka. Referaty główne.

1. Doc. Dr. Morawski (Kobierzyn). Dziedziczność w padaczce. 2. Doc. Dr. Zieliński (Kraków). Konstytucja w padaczce. 3. Prof. Dr. Minkowski (Zurich). Anatomia patologiczna padaczki. 4. Dr. Rose (Berlin). Zmiany architektiki mózgowej w padaczce. 5. Prof. Dr. Orzechowski (Warszawa). Klinika padaczki cielesnej. 6. Prof. Dr. Piltz (Kraków). Klinika padaczkowych zaburzeń psychicznych. 7. Dr. Wł. Sterling (Warszawa). Pogranicze padaczki. 8. Dr. Sikorska (Kraków). Leczenie padaczki. 9. Płk. Dr. Nelken (Warszawa). Sądowo-psychjatryczne znaczenie padaczki. Dyskusja.

Od godz. 15 1/2 do 19.

Padaczka. Odczyty luźne.

1. Dr. Świderkówna (Warta). O leczeniu gorączkowym epilepsji swoistej. 2) Dr. Drohocki (Kraków). Psychologiczne badania nad epilepsją według metody Rohrschacha. 3. Dr. Wichert i Dr. Dreszer (Warszawa). Z histopatologii padaczki. 4. Dr. Milewski i Dr. Wilczkowski (Warszawa). Obserwacja kapilaroskopowa u epileptyków. 5. Dr. Bielański (Dziekanka). Sądowo-psychjatryczne znaczenie padaczki. 6. Dr. Zajączkowski (Dziekanka). Zaburzenia czucia u epileptyków. 7. Dr. Mańkowski (Kulparków). Wpływ autohemoterapii na przebieg padaczki. 8. Dr. Prager (Kulparków). Problem twórczości epileptyków. 9. Dr. Bielański (Dziekanka). Epilepsja a histerja. 10. Dr. Zajączkowski (Dziekanka). Symptom „haines familiales“ u epileptyków. 11. Dr. Janowska (Wilno). Badania nad sprawnością czynnościową wątroby w padaczce (doniesienie tymczasowe). 12. Dr. B. Kamiński (Warszawa). Epilepsja jajnikowa. Dyskusja.

Drugi dzień Zjazdu 28 maja.

W Zakładzie Anatomicznym ul. Chałubińskiego 5.

Od godz. 9 do 14.

Pielęgniarstwo psychjatryczne i opieka nad psychicznie chorymi

Referaty główne.

1. Doc. Morawski (Kobierzyn). Rola pielęgniarstwa w opiece nad psychicznie chorymi. 2. Inż. Wojciechowski (Warszawa). Dobór personelu pod względem psychotechnicznym. 5. Dr. Fuhrman (Świecie). Program wyszkolenia personelu psychjatrycznego. 4. Dyr. Dr. Piotrowski (Dziekanka). Organizacja służby pielęgniarskiej w szpitalu psychjatrycznym. 5. Dyr. Dr. Chodźko (Warszawa). Opieka otwarta nad psychicznie chorymi. 6. P. Babicka (Warszawa). Organizacja pracy pielęgniarskiej pozakładowej. 7. P. Babicka (Warszawa). Projekt ustawy o wykonywaniu praktyki pielęgniarskiej. 8. Dyr. Dr. Łuniewski (Tworki) i kurator Dr. Rychliński (Drewnica). Uwagi o projekcie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad psychicznie chorymi.

Od godz. 15 1/2 do 19.

Luźne odczyty.

1. Dyr. Dr. Piotrowski (Dziekanka). Zasada wolności osobistej a przymusowe umieszczenie psychicznie chorego w szpitalu. 2. Dyr. Dr. Łapiński (Warszawa). Z historii szpitala im. Jana Bożego. 3. Dyr. Dr. Bednarz (Kulparków). Stan lekarski a opieka psychjatryczna w Rzeczypospolitej. 4. Dr. Gawroński (Dziekanka). Zadania leczniczo-wychowawcze w obrębie zakładu psychjatrycznego. 5. Dr. Gawroński (Dziekanka). Stanowisko psychjatrii i lekarza wychowawcy wobec nowego prawodawstwa o dziecku przestępcy zagranicą i w Polsce. Dyskusja.

Trzeci dzień Zjazdu 29 maja.

W Tworkach.

Odjazd tramwaju z Warszawy (ul. Nowogrodzka przy Marszałkowskiej) o godz. 9 15.

Odczyty luźne.

1. Dr. Wizel i Dr. Markuszewicz (Warszawa). Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą. 2. Dr. Matecki (Warszawa). O leczeniu schizofrenji zimnicą. Dr. Handelsman (Tworki). Próby leczenia schizofrenji metodą Walbuma. 4. Dr. Janowska (Wilno). Przyczynek do nauki o ejdetyzmie i jego związku z konstytucją fizyczną. 5. Dr. Janusz (Kulparków). Eteryzacja, jako metoda rozpoznawcza w psychjatrii. 6. Dr. Becker (Zofjówka). Rozpowszechnienie i rodzaj chorób umysłowych wśród żydów w Polsce. 7. Dr. Brunowa (Warszawa). Z badań nad genealogią rodzin alkoholików. 8. Dr. Mikulski (Warszawa). Badania zasobu słów u osób zdrowych i u porażonych postępujących. 9. Major Dr. Babecki i Dr. Mikulski (Warszawa). Demonstracja aparatu Vernesa i odczyn Vernesa w chorobach psychicznych. 10. Dr. Herman (Warszawa). O typach i wartości rozpoznawczej napadów drgawkowych w cierpieniach organicznych mózgu. 11. Dr. Bornsztajn. Znaczenie freudyizmu dla psychjatrii.

Zamknięcie Zjazdu.

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

* * *

Uwaga: Na referaty główne przeznaczona się 30 minut, na odczyty luźne 10 minut, na przemówienia w dyskusji 5 minut.

* * *

Karty na ulgi kolejowe w powrotnej drodze (66% zniżka) wydawane będą w Warszawie tym uczestnikom Zjazdu, którzy w drodze do Warszawy nie korzystali z żadnych ulg (urzędniczych i t. p.).

— XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

(Okólnik № 2).

Od chwili wydania w kwietniu b. r. pierwszego okólnika w sprawie Zjazdu prace przygotowawcze Komitetu Organizacyjnego posunęły się następująco:

I. Termin Zjazdu ustalono na d. 26—29 września 1929 r.

II. Sekcje naukowe zorganizowały się w sposób następujący:

Sekcja Nr. 1 (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przewodniczący: prof. dr. Wiktor Staniewicz; zastępcy przewodniczącego: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski. Sekretarz: prof. dr. Juliusz Rudnicki, zast. sekretarza: prof. dr. Stefan Kempisty. Adres biura Sekcji: Obserwatorium Astronomiczne U. S. B. ul. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przewodniczący: prof. Kazimierz Sławiński, zast. przew.: prof. dr. Edward Bekier, sekretarz Magister Osman Achmatowicz. Biuro — Zakład Chemji Organicznej U. S. B. ul. Nowogrodzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologii, geofizyki, geografji, mineralogji i paleontologii). Przewodniczący: prof. dr. Bronisław Rydzewski, sekretarz: prof. dr. Paweł Radziszewski. Biuro — Zakład Geologii U. S. B. ul. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologii, antropologii i biologji). Przewodniczący: prof. dr. Jerzy Alexandrowicz, sekretarz prof. dr. Jan Pruffer. Biuro: ul. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 5. (Botaniki). Przewodniczący: prof. dr. Józef Trzebiński, zastępca przewodniczącego: prof. dr. Piotr Wiszniewski, sekretarz Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki rolniczej U. S. B. ul. Zakretowa Nr. 1 (Collegium imienia J. Piłsudskiego).

Sekcja Nr. 6. (Przyrodniczo - dydaktyczna). Przewodniczący dr. Zygmunt Fedorowicz (ul. Mała Pohulanka 11), zast. przewodn. dr. Aleksander Dmochowski, (ul. Mała Pohulanka 1), sekretarz Zygmunt Hryniewicz, nauczyciel gimn. ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7. (Przyrodniczo-rolnicza). Przewodniczący: prof. dr. Stefan Bazarewski, sekretarz inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B. ul. Zakretowa 1.

Sekcja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Opoczyński, zastępca: prof. dr. Sergiusz Schilling-Siengaliewicz, sekretarz dr. Zygmunt Jakubowski. Biuro: Zakład Anatomji Patologicznej U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 9. (Bakterjologii, higieny i medycyny społecznej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbitt, zastępcy prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztolcman, sekretarz doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład higieny U. S. B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10. (Fizjologii, chemii fizjologicznej, patologii doświadczalnej i farmakologii). Przewodniczący: prof. dr. C. Traczewski, zastępca przewodniczącego prof. dr. M. Eiger, sekretarz dr. M. Jagodowski. Biuro: zakład fizjologii U. S. B. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 11. (Medycyny wewnętrznej). Przewodniczący: prof. dr. Z. Orłowski, zast. przew. dr. Leon Klott, sekretarze dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkulisówna. Biuro: I Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. — szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12. (Chirurgii i radiologii). Przewodniczący prof. dr. K. Michejda. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 13. (Otolaryngologii). Przewodniczący: prof. dr. J. Szmurło, zastępca przewodniczącego dr. F. Świeżyński, sekretarze: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna, Antokol.

Sekcja Nr. 14. (Pedjatrii). Przewodniczący prof. dr. M. Jasiński, sekretarz dr. H. Kaulbersz-Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci, Antokol, szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 15. (Chorób nerwowych). Przewodniczący prof. dr. Stanisław Władyczko, sekretarz dr. Janina Hurynowiczówna. Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 16. (Psychiatrii). Przewodniczący prof. dr. R. Radziwiłłowicz, sekretarz dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychiatryczna U. S. B. ul. Letnia 5. Antokol.

Sekcja Nr. 17. (Okulistyki). Przewodniczący: prof. dr. J. Szymański, zastępca przew. dr. Halicki, sekretarz dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 18. (Ginekologii i położnictwa). Przewodniczący prof. dr. W. Jakowicki, sekretarz dr. W. Zaleski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B. ul. Bogusławskich 3.

Sekcja Nr. 19. (Chorób skórnych i wenerycznych). Przewodniczący dr. Hanusowicz, zastępca przew. dr. M. Mienicki, sekretarz dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika chorób skórnych U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 20. (Stomatologii) — dotąd niezorganizowana.

Sekcja Nr. 21. (Historji i filozofji medycyny). Przewodniczący prof. dr. Stanisław Trzebiński. Biuro: Seminarjum historii medycyny U. S. B. Kollegium Świętojańskie.

Sekcja Nr. 22. (Medycyny wojskowej) — dotąd niezorganizowana.

Sekcja Nr. 23. (Nauk farmaceutycznych). Przewodniczący prof. Jan Muszyński, sekretarz inż. W. Strażewski. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B. ul. Objazdowa 2

Sekcja Nr. 24. (Weterynarii) — dotąd niezorganizowana. Podając powyższe do wiadomości wszystkich, mających zamiar wziąć udział w Zjeździe, Komitet organizacyjny prosi, by w sprawach naukowych zgłaszano się do przewodniczących poszczególnych sekcji. W sprawach sekcji dotąd niezorganizowanych jakoteż w sprawach ogólnych zwracać się należy do sekretarza generalnego.

Prof. Michejda, (sekretarz generalny) Prof. Januszkiewicz, (przewodniczący).

— W Klubie Lekarzy Polskich (Nowy Świat 67) w dniu 25.V r. b. o godz. 8^{1/2} wiecz. odbędzie się zebranie na którym Dr. T. Makowski i S. Zamecki wygłoszą referat p. t. „Działalność przychodni Kasy Chorych”.

1. Przyczyny narzekań pacjentów.
2. Warunki pracy lekarzy.
3. Drogi ku uzdrowieniu.

Wstęp dla członków i wprowadzonych gości wolny.

— D. 18 b. m. odbyło się poświęcenie pracowni światłolecznicznej w szpitalu 5-go Łazarza w Warszawie. Pracownia rozporządza dwoma aparatami Finsenowskimi, z których każdy obsłużyć może jednocześnie 4-ch chorych, dalej—lampą kwarcową, lampą Sollux oraz doskonale urządzonym gabinetem Roentgenowskim. Urządzenie pracowni tej w Szpitalu 5-go Łazarza zawdzięczać należy niezmiernie energji jej kierownika, kol. Edwarda Brunnera, jakoteż wydatnej pomocy lekarza naczelnego, kol. Watraszewskiego, oraz zabiegom kuratorjum szpitala.

— Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze.

Wobec umieszczonego w Nr. 12 Czasopisma artykułu D-ra Szymanowskiego p. t. „W sprawie ambulatorjów Warszawskiej Kasy Chorych” uprzejmie proszę u umieszczenie w najbliższym numerze następujących słów.

Niezwłocznie po ukazaniu się w pismach treści przemówienia kol. Szejnacha, zwróciłem się do niego z prośbą o wskazanie w którym z ambulatorjów Kasy Chorych zaszedł wypadek zarażenia się 30 dzieci odłą, na co otrzymałem odpowiedź, że wypadek powyższy nie dotyczy ambulatorjów Kasy Chorych. Wynika stąd, że pisma nieściśle podały streszczenie przemówienia.

Z poważaniem
Naczelnny Lekarz Kasy Chorych
G r o d e c k i

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	8 IV — 14 IV	15/IV—21/IV	22 IV—28 IV
Dzuma	0	0	0
Ospa	5 (zg. 1)	2 (zg. 0)	2 (zg. 0)
Cholera	0	0	0
Dur brzuszny	162 (zg. 16)	167 (zg. 17)	215 (zg. 26)
Dur rzekomy	0	1 (zg. 0)	1 (zg. 0)
Dur osutkowy	80 (zg. 8)	93 (zg. 8)	71 (zg. 2)
Dur powrotny	0	0	0
Czerwonka	9 (zg. 0)	5 (zg. 1)	9 (zg. 1)
Płonica	425 (zg. 33)	399 (zg. 43)	469 (zg. 53)
Błonica	194 (zg. 31)	168 (zg. 9)	181 (zg. 10)
Zapal. op. mózg.	22 (zg. 7)	23 (zg. 6)	40 (zg. 6)
Odra	784 (zg. 17)	511 (zg. 8)	639 (zg. 16)
Róża	74 (zg. 8)	83 (zg. 10)	72 (zg. 7)
Krzusiec	155 (zg. 39)	134 (zg. 14)	133 (zg. 13)
Malaria	13 (zg. 0)	10 (zg. 0)	22 (zg. 0)
Posoczn. połóg.	23 (zg. 14)	23 (zg. 6)	28 (zg. 8)
Trąd	0	0	0
Jaglica	248 (zg. 0)	183 (zg. 0)	378 (zg. 0)
Wąglik	0	1 (zg. 0)	0
Nosaczna	0	0	0
Włośnica	4 (zg. 0)	6 (zg. 0)	6 (zg. 0)
Wścieklizna	0	0 (zg. 1)	0 (zg. 1)
Zatrucie jad. kiełb.	0	0	0
Choroba Heine-Medina	0	1 (zg. 0)	1 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne	222 (zg. 77)	145 (zg. 41)	157 (zg. 30)

TREŚĆ: L. PRUSSAK. O leczeniu zimnicą bezwładu postępującego. — ST. KRAMSZTYK. O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnym. — I. TENCER. O współczesnych sposobach leczenia nieżytu cuchnącego nosa. — (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — J. POMPER. O stosowaniu Granugenolu w chirurgji. — M. KACPRZAK. Choroby zakaźne w Polsce w r. 1927. — WŁ. STERLING. Józefa Joteyko (wspomn. pośm.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. PRUSSAK. La thérapie de la paralysie progressive par la fièvre paludéenne. ST. KRAMSZTYK. Les eaux minérales naturelles et artificielles et le fer actif. I. TENCER. Le thérapie moderne de l'ozene. (Rév. gén.). J. POMPER. L'application du Granugénole dans la chirurgie. — M. KACPRZAK. Les maladies infectieuses en Pologne en 1927. — L. STERLING. Feu Joséphine Joteyko.



Następny numer — podwójny — wyjdzie dnia 7 czerwca r. b.

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

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

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa, Zielna 47. Tel. 19-57.