

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. 17

WARSZAWA, 14 CZERWCA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Czy kiła jest uleczalna?

Podał

P. CHEVALLIER (Paryż).

Lekarz szpitali paryskich.

W artykule niniejszym poruszam sprawę uleczalności kiły i o której już pisałem niejednokrotnie.

Mówi się o małżeństwach syfilityków, o długości leczenia kiły i o wielu innych zagadnieniach. Istnieje jednak pytanie zasadnicze, którego rozwiązanie powinno wyprzedzać wszelkie inne kwestje, a mianowicie, kwestja uleczalności kiły. Dwa są w tej mierze poglądy, których ujęcie schematyczne przedstawia się, jak następuje:

1) Pogląd dawniejszy, podług którego kiła jest nieuleczalna.

2) Pogląd współczesny, będący wynikiem nieco spóźnionym wspaniałej hipotezy, którą genjusz Ehrlicha ujął w określeniu *therapia sterilisans magna*; podług tego poglądu kiła leczy się szybko i całkowicie pod działaniem leków bardzo energicznych.

Rozpatrzmy to zagadnienie w rozmaitych jego fazach.

Wielorakość kiły.

Czy mamy prawo mówić o kile? Nie.

Zapewne, kiła jest jednolita pod względem bakterjologicznym, ale nie jest nią bynajmniej pod względem rozwoju.

Kiła, tak samo jak wszystkie znane choroby, jak dur brzuszny, gruźlica lub ospa, występuje w postaciach rozwojowych niezmiernie urozmaiconych. Zdarzają się przypadki kiły złośliwej w istocie swej od samego początku. Mam przez to na myśli nie zespół objawów skórnych, znany pod nazwą wczesnej kiły złośliwej, ale sam tylko rozwój choroby. Wraz z Fournierem nazywam kiłę złośliwą, jeżeli już w pierwszych miesiącach szerzy się gwałtownie, ogarnia tkanki najbardziej ważne dla życia, prowadzi do charłactwa i śmierci; w przypadkach takich interwencja lecznicza jest

często bezsilna, pomimo największej energii i umiejętności lekarzy. Przypadki takie, na szczęście, są rzadkie.

Istnieją też przypadki kiły o zasadniczej łagodności. I tu także cecha ta nie dotyczy objawów początkowych, bez przebiegu.

Chorzy, nie leczeni w ciągu dwudziestu, czterdziestu lat lub dłużej — wykazują zaburzenia tak nieliczne, tak drobne, że niepodobna pacjentów takich oskarżać o lekceważenie zaleceń lekarskich.

Ludzie tacy niewątpliwie mogą żyć do późnego wieku bez żadnych objawów swego zakażenia.

Czy przypadki takie są częste? Tego nikt nie może powiedzieć z pewnością, lecz zdarzają się takie przypadki niewątpliwie.

Pomiędzy temi dwoma typami znajdujemy cały szereg stopni przejściowych kiły o średnim natężeniu, rozwój w tych razach jest powolny i postępujący: objawy występują w przerwach prawidłowych; zakażenie ogarnia rozmaite narządy, sadowiac się specjalnie w niektórych z nich. Przypadki takie prawie zawsze ulegają wyraźnym zmianom pod wpływem leczenia. Chory wyraźnie zyskuje, gdy się leczy.

Proszę mi wybaczyć klasyfikację tak schematyczną, moglibyśmy ją łatwo uzupełnić; straciłaby ona przez to na jasności, nie zyskując bynajmniej głębszej wartości dydaktycznej.

Kiła, którą nazwaliśmy średniego natężenia, zasługuje na bliższe rozpatrzenie.

Mamy ją zazwyczaj na myśli, gdy badamy rozwój kiły wogóle, nie określając jej bliżej.

Rozwój ten dzieli się na trzy okresy:

Okres początkowy, zazwyczaj potwierdzony przez wrzód pierwotny i objawy wtórne, trwa przez czas dłuższy lub krótszy.

Bez względu na to, czy chory leczy się, czy nie — po okresie pierwszym następuje okres drugi — kiły utajonej.

Wreszcie okres trzeci cechują objawy trzecio- lub czwartorzędne: choroba staje się klinicznie ujawniona.

Okres utajony, który, powtarzam — stanowi okres normalny kiły o natężeniu przeciętnym.

jest (niech się nikt nie gorszy paradoksem) okresem najbardziej niebezpiecznym z punktu widzenia społecznego. Nic w nim nie zdradza zakażenia. Zaden objaw kliniczny, żaden odczyn serologiczny, to też wielu lekarzy uważa kiłę w tym okresie za wyleczoną. Opierają się oni w tej mierze na różnych kategoriach argumentów.

Dowody kliniczne pochodzą z obserwacji chorego i jego dzieci. Chory nie zdradza żadnych objawów kiły.

Czy wynika stąd, że ich już nigdy mieć nie będzie?

Na pytanie to musimy odpowiedzieć przecząco. Badanie kliniczne samego chorego nie daje żadnych dowodów wyleczenia.

Dzieci są zdrowe. Pomimo to nie łudźmy się. Gdy mówimy, że dzieci są zdrowe — znaczy to, że nie miały one nigdy różnorodnych przypadłości kiłowych właściwych dzieciom, zrodzonych w okresie prawdziwej posocznicy; oznacza to również brak wielkich zniekształceń, będących następstwem uszkodzenia przez zarazki kości w okresie ich wzrostu. Im lepiej poznajemy kiłę dziedziczną — tem bardziej zmniejsza się liczba dzieci zdrowych. Istnieje mnóstwo drobnych oznak, nieznanymi anomalij, różnorodnych zaburzeń spowodowanych przez chorobę rodziców. Kto o tem nie wie, ten nie umie powiązać tych objawów z ich istotną przyczyną. Objawy te bynajmniej niezawsze są wczesne. Wiele z nich występuje późno, nieraz dopiero w wieku młodzieńczym, a nawet dojrzałym. Tak więc twierdzenie, że dzieci pozostały nietknięte — podlega rozlicznym zastrzeżeniom w ogromnej większości przypadków.

Dowody serologiczne.

Przez pewien czas sądzono, że mają one wartość bezwzględną, że Wassermann ujemny oznacza wyleczenie kiły. Pogląd ten, którego błędność jest oczywista — jest już dziś zarzucony, chociaż w pewnych kołach wiara w niego jest niezachwiana. Ale nie wszyscy godzą się z całkowitą porażką wartości próby serologicznej. Nastąpiła reaktywacja, mająca dużą wartość, gdy jest dodatnia, a żadnej, gdy jest ujemna. Co do tego niema dwóch zdań.

Usiłowano rozpatrywać odczyn Wassermanna w związku z czasem. Ustalono, jak długo odczyn powinien być ujemny, ażeby mogła być mowa o całkowitem usunięciu niebezpieczeństwa. Okres ten waha się u różnych autorów.

Co mówi doświadczenie? Bez względu na to, jak długo trwa ujemny odczyn Wassermanna, zawsze jeszcze może on się zmienić na dodatni. Ja sam widziałem taką zmianę po upływie 8-u lat. Czy nie mamy schorzeń o niewątpliwem kiłowym pochodzeniu, którym towarzyszy bardzo często Wassermann ujemny? Częstość zdarza się także, że objawy kiły wyprzedzają nawrót odczynu dodatniego.

Tak więc próba serologiczna nie ma żadnej wartości.

Nakłucie lędźwiowe.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, wypadające ujemnie po kilku latach kiły, posiada pierwszorzędą doniosłość, której niepodobna dostatecz-

nie podkreślić. Ale to jeszcze samo przez się bynajmniej nie daje pewności, że chory będzie wolny od przypadłości nerwowych w postaci czy to kila, czy schorzenia tętnic. Nakłucie lędźwiowe daje nam wskazówki tylko co do stanu układu nerwowego, a nie co do całokształtu sprawy kiłowej.

Należy powtarzać nieustannie, że wszystkie sposoby badania mają znaczenie kapitalne, gdyż w razie wyniku dodatniego kierują postępowaniem terapeutycznym. Należy jednak również mówić i to jaknajgłośniejsze, że ujemny wynik badania nie dowodzi niczego i bynajmniej nie jest świadectwem wyleczenia.

Dyskusja wikła się, gdy wchodzi w grę dwa argumenty bardzo ciekawe, a mianowicie: sprawa reinfekcji i dobrego leczenia.

Reinfekcja niczego nie dowodzi. Doświadczenie i obserwacja kliniczna wykazują z oczywistością, wobec której sprzeciw uparty pewnych autorów jest dla mnie zupełnie niezrozumiały, że reinfekcja, względnie superinfekcja syfilityka niewyleczonego jest możliwa, jeżeli tylko odporność zniknie, lub osłabi się wybitnie w momencie nowego zakażenia.

Co się tyczy „dobrego leczenia” — to powoływać się na nie nie mamy żadnego prawa.

Co to jest leczenie idealne?

Rozmaici badacze zalecają postępowanie bynajmniej nie zawsze to samo. Cóż to jest właściwie leczenie idealne? Jest to takie leczenie, które prowadzi do wyleczenia kiły. Idealnym nazywamy takie leczenie, pod którego wpływem kiła się goi, a kiła goi się dlatego, że leczenie było doskonałe.

W istocie autorzy, którzy posługują się tym argumentem mogą się powoływać zaledwie na bardzo niewielką liczbę przypadków; prawie wszystkie ich spostrzeżenia dotyczą chorych, obserwowanych zbyt krótko na to, ażeby można było mówić o wybitnym przedłużeniu normalnego skądinąd okresu utajonego. Jeden tylko wniosek zdaje się z tego wynikać, a mianowicie, niepodobieństwo stwierdzenia, że syfityk jest wyleczony.

Oto co, mojem zdaniem, możemy twierdzić: niektórzy niewątpliwi syfitycy, uznani za wyleczonych przez sumiennych specjalistów, wykazują w późniejszym czasie objawy kiłowe, albo mają dzieci, zakażone kiłą. Spostrzeżenia te, co prawda, nie są liczne. Niektórzy badacze twierdzą, że w takich razach leczenie, uznane za dostateczne, nie było niem, i że postępowanie które oni sami zalecają, wyłącza taką kłeskę. Przyszłość pokaże, czy mają słuszność.

W obecnym stanie naszej wiedzy nikt nie ma prawa twierdzić, że dany syfityk jest całkowicie wyleczony, i że choroba jego nie odezwie się pewnego dnia.

Czy to znaczy, że syfityk nie może się wyleczyć?

Mówiliśmy już, że pewne przypadki syfilisu odznaczają się charakterem łagodnym, i pod tym względem stoją na stanowisku, że tu, jak i w każdej chorobie zakaźnej, liczba drobnoustrojów zakażających ma znaczenie pierwszorzędne. Pewne przypadki kiły są tak łagodne, że, chociaż nie są całkowicie wyleczone, to jednak dochodzą do takiego stanu, który się praktycznie od wyleczenia nie różni. W większości przypadków byłoby jednak rzeczą niebezpieczną liczyć na taką łagodność.

Konsekwencje społeczne i terapeutyczne. Małżeństwo syfilityków.

Pewien wybitny lekarz chory na kiłę powiedział mi przed kilku laty: „Wiem, że wyleczenie kiły jest poniekąd całkowicie niemożliwe, wobec tego nie ożeniłem się i nie mam dzieci. Zakazuję też syfilitykom wstępowania w związki małżeńskie“.

Co do mnie, jestem przeciwnikiem takiej bezwzględności. W naszym zawodzie trzeba być krytycznym i nie walczyć z wiatrakami. Małżeństwo i płodzenie dzieci z małżonkiem zdrowym powinno być dozwolone, o ile przeniesienie zakażenia na małżonka zdrowego wydaje się nieprawdopodobnym i o ile można się spodziewać normalnego rozwoju potomstwa. Należy jednak zachować jaknajwiększe ostrożności. Zezwalając syfilitykowi na wstąpienie w związek małżeński, bierzemy na siebie, podług mnie, obowiązek leczenia i jego dzieci i to dyskretnie, metodycznie i bez wszelkiego gwałtu.

Leczenie syfilityków. Dzieli się ono na dwa okresy.

Pierwszy okres, zwany często wyjąławiającym, ma doprowadzić chorego do stanu jaknajbardziej bliskiego wyleczenia, t. j. albo do całkowitego wyleczenia, które, bądź co bądź, jest całkiem jeszcze problematyczne, albo do pewnego stanu symbiozy krętków z narządami, w której liczba zarazków i ich żywotność jest zredukowana do *minimum*. Jest to leczenie klasyczne, trwające 4-5 lat.

W toku tego leczenia, a tembardziej po jego ukończeniu niezbędny jest szereg prób z jednej strony krwi, z drugiej płynu mózgowo-rdzeniowego. Każde odchylenie od normy wymaga kontynuowania leczenia energicznego.

Okres drugi, który nazwiemy utrwalającym, następuje dopiero po kilku latach bezwzględnego stanu utajenia choroby.

Chory powinien wtedy pozostawać stale pod działaniem środków przeciwiłowych, ażeby się zakażenie nie obudziło. Ja uważam go za bardzo ważny. Autorzy często odrzucają ten okres. Po-

dług mnie zabezpiecza on przyszłość zarówno u osobnika, jak i rasy. Za najlepszy środek uważam wtedy rtęć; podawanie doustne może być dobre, jeżeli chorzy stosują je wytrwale, w praktyce najlepszym środkiem jest zastrzykiwanie *ol. cinereum*, zazwyczaj znoszone dobrze, mało kosztowne, nie przykre dla chorego i nie szkodliwe, o ile jest robione umiejętnie. W pracy nad rytmem leczenia przeciwiłowego — wykazałem, że za pomocą tego środka można otrzymać leczenie ciągłe, tylko pozornie przerywane. Zastrzykiwanie należy wykonywać raz na tydzień, jedna serja powinna być dostatecznie oddalona od drugiej, pomimo to jednak nagromadzenie leku sprowadza merkurjalizację stałą. Siarka i jod zapobiegają merkurjalizacji nadmiernej.

Sformułowane przeze mnie poglądy są usilnie zwalczane. Przyjaciele oskarżają mnie o pesymizm, zarzucają mi, że zniechęcam chorych. Co do mnie, nigdy nie widziałem zniechęcenia. Gdy chory dochodzi do tego okresu, w którym lekarze często mówią mu, że jest zdrow, powiadam do niego: „Może pan jest wyleczony, pewności co do tego nie mam. Czy pan zamierza być ostrożny, czy lekkomyślny? Lekkomysłność może się skończyć dobrze, polega ona na tem, żeby nic nie robić. Ostrożność nakazuje zabezpieczyć się przed chorobą, tak, jak się ubezpiecza od ognia, aczkolwiek nikt nie zamierza podpalać swego domu. Prawdopodobieństwo klęski może być minimalne, ale stawka ubezpieczeniowa jest niewielka. Bądź co bądź — zawsze lepiej się ubezpieczyć“.

W ten sposób skłaniam do leczenia się pewną liczbę pacjentów, którzy mi są wdzięczni za spokój moralny, jaki im to daje.

O ile z biegiem czasu przekonam się, że błędę, przyznam się do tego z całą szczerością. W obecnym stanie naszej wiedzy obrany przezemnie sposób postępowania uważam za swój obowiązek.

Z rękopisu francuskiego przełożyła Zofja Rosenblumówna

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału ocznego i pracowni anat.-pat. Szpitala na Czystem w Warszawie.

Przypadek przerzutu gruczolako-raka do naczyńki oka.

Podali

A. ZAMENHOF, ordyn. oddz. ocznego i M. PŁOŃSKIER, kierownik pracowni anat.-patolog.

Raki naczyńki są zawsze pochodzenia przerzutowego. Występują one stosunkowo rzadko, ponieważ tętnica oczna odchodzi od tętnicy szyjnej prawie pod kątem prostym, i przerzuty nowotworowe łatwiej przedostają się z prądem krwi w kierunku prostym do mózgu (Sattler). Według statystyki Ushera, który zestawiał 100 przypadków raka przerzutowego naczyńki, pierwotne ognisko nowotworowe znajdowało się w następujących narządach:

w 72 przypadkach	w	sutkach,
” 8	”	” płucach,
” 4	”	” wątrobie,
” 3	”	” żołądku,
” 3	”	” tarczycy,
” 2	”	” tchawicy,
” 2	”	” prostnicy,
” 2	”	” gruczoł krokowy,
” 1	”	” przełyku,
” 1	”	” jajnika,
” 1	”	” nadnerczu,
” 1	”	” śródpiersiu.

W kilku z powyższych przypadków nowotwór oka, rozpoznawany za życia, był uważany za czerniak, który często powstaje pierwotnie w naczyńki. Dopiero badanie mikroskopowe guza wykazywało budowę raka i stwierdzało pochodzenie przerzutowe nowotworu. Jednakże poszukiwania ogniska pierwotnego za życia często nie dawały żadnego wyniku.

W przypadkach raka naczyńniówki śmierć następuje przeciętnie w dziewięć miesięcy po wystąpieniu objawów ocznych, rzadziej wcześniej, np. po czterech tygodniach.

Rak naczyńniówki umiejscawia się zwykle w okolicy tylnego bieguna oka. Przy badaniu wziernikiem przedstawia się jako jedno lub kilka ognisk dość wyraźnie zarysowanych, okrągłych, płaskich, o barwie żółtawej lub zleżka brunatnej. Wzniesienie ponad poziom dna ocznego bywa zazwyczaj niezbyt wielkie około 1—2 mm.

Mikroskopowo raki naczyńniówki posiadają najczęściej budowę pęcherzykową.

W kilku tylko przypadkach stwierdzono budowę gruczolakowatą, a mianowicie wtedy, gdy guz pierwotny znajdował się w przewodzie pokarmowym, lub w tarczycy.

Przypadek, niżej podany, przyczyni się do wzbogacenia ubogiej kazuistyki raków przerzutowych naczyńniówki.

Chora lat 53, z prowincji, cierpiała na silne bóle głowy, które trwały około 5-ciu tygodni. Ponieważ nie stwierdzono wtedy żadnych innych objawów, przypuszczano, że bóle te powstały na tle miażdżycy naczyń. Badanie moczu wykazało ślady białka. Pewnego dnia po kolacji chora dostała silnych wymiotów krwawych, które trwały od 9-ej wieczór do 5-ej nad ranem. Zawezwany lekarz wyraził przypuszczenie, że krwawienie powstało na skutek pęknięcia jakiegoś naczynia krwionośnego w żołądku, i zalecił spokój oraz dietę. Po 2-ch 3-ch dniach zaczęło boleć oko lewe i lewa połowa głowy. Okulista stwierdził napad jaskry i zapisał pilokarpinę. Bóle ustały, ale wzrok był osłabiony, wobec czego chora udała się do Warszawy, w celu poddania się operacji przeciwjaskrowej. Po przybyciu do szpitala stan chorej był następujący:

Pacjentka niezłe odżywiona, ale bardzo osłabiona. Badanie narządów wewnętrznych wykazało rozszerzenie serca i łuku tętnicy głównej. Chora uskarżała się na silne bóle w krzyżu.

Oko prawe — bez zmian.

Oko lewe. Żrenica zwęża się pod wpływem pilokarpiny. Gałka zupełnie miękka i nie podrażniona. Przy ucisku nieznaczna bolesność w okolicy gorno-wewnętrznej twardówki.

Badanie dna oka lewego. Tarcza bez zmian. Przy tarczy po stronie nosowej drobna wyboczyna promienista w powierzchniowych warstwach siatkówki. Ku górze i w stronę nosa na odległości 2-ch średnic tarczy od tarczy rozpoczyna się odczepienie siatkówki w postaci wzniesienia, ostro ograniczonego, o granicy łukowatej, stromej. Powierzchnia odczepionej siatkówki jest szarawa, nieco falista, ale nie falująca. Naczynia załamują się na granicy odczepienia i częściowo giną pod jego brzegiem. Górna i nosowa granice odczepienia znajdują się daleko na obwodzie i są niedostępne dla badania wziernikiem. Pod skroniową granicą odczepionej siatkówki prześwieca masa szarawo-brunatna z centkami barwnikowemi. Na przednim biegunie odczepionej siatkówki widać okrągłe miejsce wielkości około $1\frac{1}{2}$ średnic tarczy o barwie różowawej, z licznymi czerwonymi splotami, usiane brunatnym barwnikiem. Naczynia siatkówki przechodzą nieprzerwane ponad tem miejscem. Różnica poziomu tego miejsca w porównaniu z poziomem tarczy wynosi około 25 D, a więc wystaje ono ponad poziom dna ocznego w przybliżeniu na 8 mm. Na dolnym obwodzie dna ocznego widać brudno-szarawy odblask siatkówki, jak w zwykłym płaskim odczepieniu o powierzchni nieco falującej, z naczyniami o przebiegu łamanym.

Prześwietlenie diaskleralne za pomocą lampy Sachs'a wykazuje wyraźne zaciemnienie w gorno-wewnętrznym sektorze gałki.

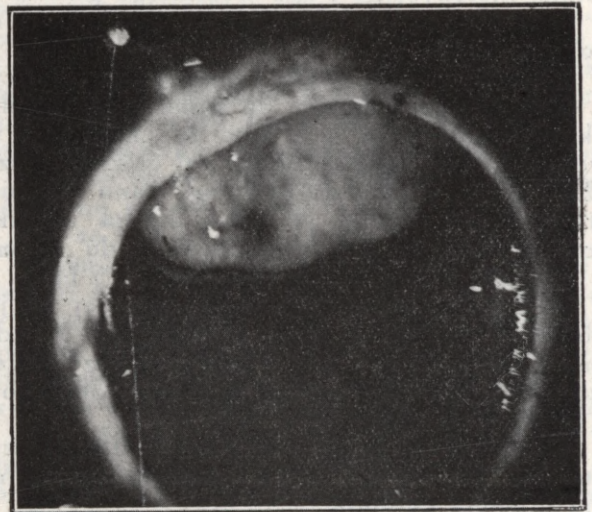
Siła wzroku zmienna. Chora liczy palce z odległości 5 m. i narzeka na częste zamglenia.

Cisnienie śródgałkowe normalne.

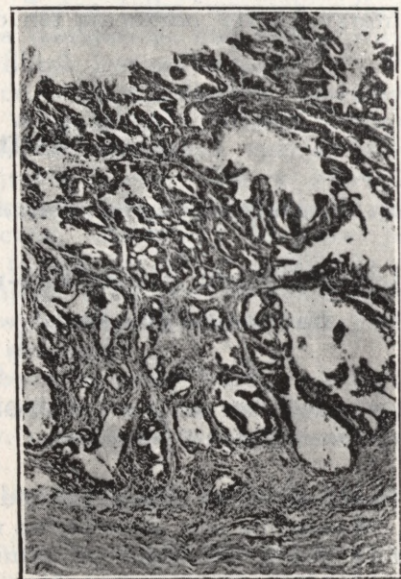
Wobec powyższych wyników badania, rozpoznano guz gałki ocznej i oko wyłuszczone.

Badanie makroskopowe gałki w przekroju strzałkowo-pionowym wykazało obecność tworu białawego, drobno-ziarnistego, przylegającego do górnej części twardówki. Wysokość tworu 8 mm., długość 16 mm. Guz był pokryty siatkówką, przylegającą doń niezbyt ściśle. Na powierzchni przekroju widać tu i ówdzie ogniska ciemno-brunatnawe. Badanie mikroskopowe dało wynik następujący.

Guz przylega ściśle do twardówki oka. Włókna twardówki są rozsunięte, a pomiędzy nimi widać skrzepłą wydzielinę oraz nieliczne nacieki z leukocytów wielojądrzastych. Budowa naczyńniówki jest zatarta prawie na całej przestrzeni, a na jej miejscu widać dość grubą warstwę luźnej tkanki łącznej, dobrze unaczynionej. Tkanka ta stanowi podścielisko guza. Komórki nowotworowe pochodzenia nabłonkowego mają przeważnie kształt walcowaty i układają się w postaci tworów gru-



Rys. 1.



Rys. 2.

czółowych różnej wielkości, o świetle, bardzo różnorodnie zarysowanym. Mniejsze z tych tworów leżą pojedynczo na granicy z twardówką, a światło ich jest okrągłe. W kierunku do siatkówki rozmiary ich znacznie się powiększają, a nabłonek

rozrasta się brodawkowato, przylegając ściśle do osi łącznotkankowych, które zawsze towarzyszą elementom nabłonkowym. Pod siatkówką elementy nowotworowe tworzą zupełnie chaotyczny splot wypustek brodawkowatych, pomiędzy którymi widać różnej wielkości przestrzenie, wypełnione skrzepłą wydzieliną, resztkami złuszczonej i uległych martwicy komórek nowotworowych, oraz leukocytami. Komórki nowotworowe układają się często w kilka warstw i wykazują znaczną różnorodność kształtów oraz dość dużo nietypowych figur podziału. Na powierzchni guza widać warstwę barwnikową siatkówki. Inne warstwy siatkówki są odsunięte od guza, a pomiędzy nimi i warstwą barwnikową znajduje się skrzepła wydzielina z licznymi leukocytami wielojądrzastymi i limfocytami.

Rozpoznanie: *Adenocarcinoma papilliferum*.

Podczas opracowywania niniejszego przypadku otrzymaliśmy wiadomość, że chora umarła wśród objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Od operacji upłynęło 8 tygodni, a od dnia wystąpienia pierwszych objawów 6 miesięcy.

Chora umarła na prowincji, badania pośmiertnego nie wykonano. Jednakże przebieg sprawy, a szczególnie krwotok z żołądka oraz bóle w krzyżu pozwalają przypuszczać, że był to przypadek raka żołądka z rozległymi przerzutami. Potwierdza to w znacznej mierze i obraz mikroskopowy przerzutu do oka, jego charakter gruczolakowaty. Przerzut do oka nie był odosobniony w jamie czaszkowej, ponieważ chora umarła wśród objawów mózgowych. Przerzuty do jamy czaszkowej nastąpiły najprawdopodobniej na drodze naczyń krwionośnych. Przemawia za tym nagłe wystąpienie bólów w oku w krótkim czasie po krwotoku z żołądka. Przerzuty raka żołądka bardzo rzadko idą przez żyłę próżną dolną do serca i do płuc. Częściej natomiast rozchodzą się drogą żyły wrotnej i przez wątrobę. Elementy nowotworowe zostają przeważnie zatrzymane w naczyniach włosowatych płuc i tam giną. Jednakże M. B. Schmidt znajdował w najdrobniejszych rozgałęzieniach tętnicy płucnej elementy nowotworowe dobrze zachowane i zdolne do dalszego rozrostu. Istnieje więc możliwość przedostawania się drobnych ilości materiału nowotworowego do krążenia tętniczego i występowania przerzutów odległych od ogniska pierwotnego. Oczywiście, że w podobnych przypadkach należy zawsze myśleć o niezamkniętym otworze owalnym. Prze-

dostawanie się elementów do krążenia tętniczego jest wtedy zupełnie łatwe.

W przypadku naszym sposób powstania przerzutów w jamie czaszkowej nie mógł być dostatecznie wyjaśniony, ponieważ nie dokonano badania pośmiertnego. Jednakże przebieg kliniczny, nagłe wystąpienie objawów chorobowych, obok dobrego stanu ogólnego przemawia raczej za powstaniem przerzutów na drodze naczyń krwionośnych.

Raki przerzutowe naczyńówki nie są może tak rzadkiem zjawiskiem, jakby to wynikało ze statystyk oficjalnych. Van der Hoeve, który rozpisal w tej sprawie ankietę wśród lekarzy w Holandji, stwierdził liczbę raków naczyńówki, przewyższającą liczbę opisanych wogóle przypadków. Przerzuty do naczyńówki występują przeważnie przy daleko posuniętem już rozsianiu sprawy nowotworowej i przy znacznem wyniszczeniu chorego. Często jednak, jak w naszym przypadku, mogą być jedynym objawem toczącej się i rozsianej już sprawy nowotworowej. Należałoby więc może częściej badać chorych nowotworowych za pomocą wzornika. W pierwszym rzędzie dotyczy to przypadków raka sutki, w których przerzuty do naczyńówki występują częściej, aniżeli w rakach innych narządów (p. statystyka podana na początku). Stwierdzenie w tych przypadkach przerzutów do naczyńówki wskazywałoby na zbędność poważniejszego zabiegu operacyjnego wobec tak znacznego już rozsiania sprawy nowotworowej. Z powyższych rozważań wreszcie wynika konieczność badania mikroskopowego guzów oka natychmiast po wyluszczeniu gałki.

PIŚMIENICTWO.

1. Archangelsky. Klin. Monatsh. f. Augenh., Nr. 4—1927.
2. Clapp. Amer. Journ. of. ophth. Nr. 7—1926.
3. Fileri. Atti del Congr. d. Soc. ital. di oftalmol. Roma — 1924.
4. Hoeve, van der. Bullet. de Soc. franc. d'optalm. 1927.
5. Lederer. Zeitschr. f. Augenh. Nr. 3 Tom 62—1927.
6. Logu, de. Bull. d'oculist. Tom 4, Nr. 1.
7. Morax V. Cancer de l'appareil visuel. Paris 1926 (tam że wykaz piśmiennictwa do roku 1923).
8. Sattler H. Die bösartigen Geschwülste des Auges. L-ipzig 1926.
9. Seefelder. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 38—1926.
10. Schmidt M. B. cyt. w Handb. Henke-Lubarsch. T. IV/1 str. 1046.
11. Tooker. ref. w Zentralbl. f. die ges. Ophthalmol. Nr. 7 — 1927.
12. Thomas and Sladen. Lancet. Nr. 11, 1927.
13. Usher. Brit. Journ. of. ophth. Nr. 4—1926.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Leczenie zachowawcze wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa).

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób żołądka jest niewątpliwie wrzód trawienny. Cierpienie to zostało już przez Cruveillera wyodrębnione, jako jednostka nozologiczna. Lecz-

podczas kiedy anatomja patologiczna wrzodu trawiennego pozostała prawie niezmieniona od wielu już lat, patogenesa tego schorzenia znajdowała co raz to inne tłumaczenia. Do dziś dnia wszakże nie osiągnięto porozumienia co do właściwej przyczyny powstania wrzodu, być może, dlatego, że przyczyn tych jest bardzo wiele, i tylko spólistnienie kilku z nich, może uwarunkować to, co klinicznie nosi nazwę „wrzodu żołądka”. Ponieważ racjonalne leczenie choroby jest uzależnione od przyczyny wywołującej, uważamy za wskazane omówić po-

krótko sprawę patogenezy wrzodu trawiennego zanim przejdziemy do właściwego tematu leczenia tego cierpienia.

Piewotnie uważano nadkwaśność za najistotniejszą przyczynę powstania wrzodu żołądka, drugim nie mniej ważnym czynnikiem są miejscowe zaburzenia w krążeniu krwi.

Zaburzenia te (organiczne czy też czynnościowe) powodują niedokrewność odcinka śluzówki, potem dochodzi do martwicy. Sok żołądkowy, działając na takie nekrotyczne miejsce śluzówki powoduje jej strawienie, i w rezultacie powstaje ubytek, t. zw. *ulcus*, który dał nazwę schorzeniu.

Nadkwaśność soku żołądkowego działa drażniaco na „owrzodzenie” przeszkadza gojeniu się sprawy, a nadto, powodując skurcz odźwiernika, opóźnia wydalanie pokarmów. Pokarmy zalegające drażnią śluzówkę, zwiększają wydzielanie, i w ten sposób tworzy się błędne koło, które stanowi podstawę cierpienia.

Z czasem jednak okazało się, że nadkwaśność istnieje tylko w około 60% przyp. wrzodu żołądka, w 35% jest normalna, a w 5% nawet poniżej normy.

Z drugiej strony spostrzeżono sporo przypadków, w których wcale nie stwierdzono wrzodu żołądka, pomimo wysokich cyfr kwasoty.

Same zaburzenia w krążeniu również nie wystarczają do powstawania owrzodzeń; ileż to bowiem chorych ze zmianami ogólnymi naczyń (miażdżyca, kiła, blednica, marskość wątroby, choroby serca i t. p.) wcale na wrzód żołądka nie zapada.

Ponieważ powyższe przyczyny nie wystarczają do wytłumaczenia wszystkich przypadków wrzodu żołądka, skierowano uwagę na inne czynniki, któreby mogły patogenezę wrzodu wyświecić, a w pierwszym rzędzie na zaburzenia układu roślinnego.

Szereg autorów dowodzi doświadczalnie, że uszkodzenie, względnie drażnienie odpowiednich nerwów roślinnych, czy też ich zwojów spowodować może powstanie wrzodu żołądka (Talma, Kobajashi).

Lichtenbelt dowiódł, że drażnienie nerwu błędnego powoduje skurcze mięśni śluzówki, które zaciskają naczynia i mogą się przyczynić do powstania miejscowej martwicy a potem i owrzodzenia.

Głównym szermierzem tej myśli stał się Bergmann, który nawet schorzenie samo nazwał *ulcus spasmogenes*. Atoli Hälller, wstrzykując psom pilokarpinę, która wywoływała silne skurcze, wrzodu tą metodą otrzymać nie zdołał.

Teoria Eppingera i Hessa o wagotonji zaliczyła wrzód żołądka do tych schorzeń, którym szczególnie łatwo ulegają wagotonicy, i ten fakt uważano niejako za potwierdzenie teorii nerwowego pochodzenia wrzodu.

Później, gdy teoria o wagotonji się nieco zachwiała, zaczęto uważać za czynnik patogenetyczny zachwianie się równowagi między układem sympatycznym a parasympatycznym.

Nauka o konstytucji patologicznej spowodowała określenie szeregu typów konstytucjonalnych, uspasabiających do wrzodu żołądka. I tak zaliczono tu t. zw. *habitus asthenicus* (Stillera), *typus digestivus* (Mc Auliffe i Chaillot). Wreszcie

stwierdzono szereg zaburzeń anatomiczno-rozwojowych, szczególnie często napotykanych u osobników z wrzodem żołądka, które to zaburzenia uważano za momenty konstytucyjno-usposabiające. Do tej grupy należą: opadnięcie trzew brzuszných (*morbus Glenardi*), zagięcie Lanea. Usposobienie wrodzone do wrzodu żołądka zostało przez Straussa ujęte jako skaza wrzodowa *Ulcusdiathese*.

Szczególnie częste umiejscowienie wrzodów wzdłuż krzywizny małej żołądka szkoła Aschoffa tłumaczy tem, że t. zw. Magenstrasse, leżąca wzdłuż tej krzywizny, anatomicznie i filogenetycznie jest niejako organem szczątkowym, jest pozostałością t. zw. przedżołądka, zaś organy szczątkowe są jak wiadomo *locus minoris resistentiae* ustroju.

Inni doszukiwali się przyczyn w śluzówce samej, tak np. bardzo wielu autorów uważa, że nieodzownym warunkiem powstania wrzodu żołądka jest niezbyt śluzówki, który z jednej strony zmienia własności soku, z drugiej strony zmniejsza odporność samej śluzówki. Wskazywano na brak wydzielania śluzu, często spotykany przy wrzodach żołądka jako na moment usposabiający.

Katzenstein, a później Kohler wskazali na zmniejszenie się ilości antypepsyny w śluzówce żołądka w przypadkach wrzodu.

Bálint, a później Zimnicki wskazali na zakwaszenie ustroju, jako na najważniejszą przyczynę wrzodu żołądka. Zwiększenie koncentracji jonów wodorowych ma wogóle być przeszkodą do szybkiego gojenia się ran, a w danym przypadku „wrzodu żołądka”, który przez autorów jest uważany za cierpienie nie miejscowe, lecz ogólne.

Z tego założenia wychodząc, starają się obecnie niezupełnie odpowiednią nazwę „wrzód żołądka” zastąpić określeniem „choroba wrzodowa”.

Spółistnienie wrzodu żołądka z innymi cierpieniami przewodu pokarmowego, jak schorzenia pęcherzyka żółciowego oraz wyrostka robaczkowego, które jest zjawiskiem wcale częstym, nasunęło myśl ujęcia tej patologicznej konstytucji jako *diathesis digestiva* (Robin).

Wielu zwolenników mają teorie zakaznego pochodzenia wrzodu żołądka. Niektórzy nawet chcą we wszystkich przypadkach znaleźć tło gruźlicze (v. Jaksch) lub też kiłowe (Mariano de Castex). Większość natomiast badaczy anglo-amerykańskich, częściowo i francuskich, widzi źródło powstania wrzodu w przewlekłych sprawach zakaźnych, wywołanych przez drobnoustroje mało jadowite, gnieźdzące się w zębodołach (*pyorrhoea alv.*), migdałkach, zębach spróchniałych czy też w dalszych odcinkach przewodu pokarmowego (*cholecystitis, appendicitis, colitis*).

Drobnoustroje te według jednych drogą krwi dają przerzuty do żołądka i, tworząc tutaj zatryby bakteryjne, powodują ogniska martwicze, czy też na tle istniejącego już ubytku śluzówki rozwijają się wtórnie, podtrzymując zakażenie i przyczyniając się do przejścia cierpienia w stan przewlekły, wreszcie, według innych, działać mają nie same zarazki, lecz ich jady, które, podobnie jak niektóre inne jady egzo — czy endogenne, mogą wywołać wrzód żołądka.

Przechodząc obecnie do szczegółowego omówienia leczenia zachowawczego wrzodu żo-

łódka, należy zaznaczyć, że co do przebiegu klinicznego rozróżniamy postacie odrazu przebiegające przewlekłe oraz postacie z początkiem ostrym. Te ostatnie mogą przebiegać z krwawieniem lub też bez krwawienia.

Ponieważ kliniczne postacie przewlekłe niepokwiklane różnią się od ostrych głównie nasileniem i częstością napadów bólowych, leczenie postaci przewlekłych pokrywa się z leczeniem postaci ostrych w okresie poprawy. Ponieważ zaś krwawienie jest jednym z najważniejszych powikłań ostrego wrzodu żołądka i ponieważ bardzo często jest tym czynnikiem, który kieruje chorego do lekarza, zaczniemy od omówienia leczenia krwawiącego wrzodu żołądka.

Leczenie krwawiącego wrzodu żołądka może być operacyjne i zachowawcze. Nie wdając się tutaj w analizę czynników, przemawiających przeciwko i za operacją, zaznaczamy tylko, że większość autorów współczesnych wypowiada się przeciwko operowaniu. Część chirurgów jednak, jak np. Finsterer, Haberer i inni, a nawet niektórzy interniści (Singer, Grober) są zwolennikami operacji.

W razie zdecydowania się na leczenie zachowawcze, należy przedewszystkiem dążyć do zapewnienia choremu bezwzględniego spokoju. Chory winien pozostać w łóżku, wygodnie ułożony na grzbiecie i unikać wszelkiego ruchu, nawet, o ile możliwości, nie rozmawiać. Mocz i kał winien oddawać w leżącej pozycji. Należy jednak dążyć do tego, by chory przez pierwsze kilka dni stolca nie miał, co daje się osiągnąć najlepiej za pomocą zastrzyknięcia preparatu z grupy makowca. Pęcherz z lodem, podwieszony tak, by nie uciskał brzucha, lecz tylko go dotykał, przyczynia się także do uspokojenia zarówno trzew, jak i mięśni brzucha.

Co do działania leków, hamujących krwawienie, to przy podawaniu doustnym jest ono nieco wątpliwe, niektórzy jak Bergmann uważają je nawet za szkodliwe z powodu mechanicznego drażnienia żołądka.

Do tej grupy środków należą: 1) preparaty bismutu oraz glinu (m. in. Escalin zalecany przez Klempera) jako mające działać ściągająco; 2) środki, zwężające naczynia, jak adrenalina, ergotyna i jej pochodne; 3) środki, zwiększające krzepliwość krwi jak Koagulen, Clauden, żelatyna (Senator), 5—10% roztwór żelatyny w 10% roztworze cukru gronowego (Zweig); preparaty wapniowe.

O wiele racjonalniejsze jest stosowanie tych leków w postaci lawatyw czy też, jak to najczęściej ma miejsce, w postaci zastrzykiwań.

Stosuje się więc zastrzykiwania żelatyny wyjałowionej, Koagulenu, Claudenu, Hemoplastyny, surowicę krwi; z drugiej strony roztwory soli wapnia (Boas, Schmerz i Wicho), hipertoniczne 10% roztwory soli kuchennej (Van der Velden), cytrynianu sodu, cukru gronowego.

Przepłukiwania żołądka płynami, hamującymi krwawienia, zalecane były przez rozmaitych autorów: Kaufmann zaleca mrożoną wodę, Bourget podaje roztwór chlorku żelaza potem dwuwęglan sodu; pacjent leży w tej pozycji, której zazwyczaj towarzyszą największe bóle, by na domniemanem miejscu wrzodu wytworzył się osad strąconego żelaza. Fleiner i Kusmaul wpro-

wadzają zawieszinę bismutu z zachowaniem pozycji podobnej, jak u Bourgeta.

Z innych środków należy wymienić lawatywy gorące (50° C) zalecone przez Tripier, cieszące się uznaniem we Francji; mają one na drodze oddechowej wywoływać odpływ krwi ku kiszce grubej i anemizację żołądka.

Tak zwana autotransfuzja, polegająca na nałożeniu opasek uciskających na kończyny górne i dolne, celem skierowania krwi ku narządom wewnętrznym, nie daje się na długo zastosować i ma głównie na celu podtrzymywanie słabnącego serca oraz wypełnianie naczyń krwionośnych.

Kelling proponuje nakładanie uciskowych opasek na okolicę żołądka.

Niezależnie od tamowania krwawienia należy podtrzymywać czynność serca za pomocą preparatów kamforowych oraz kofeinowych.

Poza właściwym tamowaniem krwawienia dążyć należy do zapewnienia spokoju żołądkowi, co daje się osiągnąć za pomocą środków przeciwkurczowych oraz kojących. Do pierwszych należą atropina i pokrewne preparaty. Działają one na mięśnie gładkie, znosząc ich ruchy, zmniejszają także wydzielanie soku żołądkowego.

Druga grupa — to pochodne makowca. Mają one, szczególnie morfina, wywoływać skurcz mięśni odźwiernika i z tego powodu wielu autorów sprzeciwia się podawaniu tych preparatów. Inni, by osłabić działanie skurczowe, podają morfinę razem z atropiną. Część jednak autorów stosuje morfinę i pokrewne preparaty bez zastrzeżeń (Boas, Raymond i inni). Schindler zaleca dikolid.

W razie podniecenia chorego na tle niedokrwistości ostrej należy podawać środki uspakajające, jak luminal, bromki ewent. pochodne kodeiny. Bergmann zaleca parakodinę, jako środek stosunkowo mało działający na żołądek. Leki te siłą rzeczy muszą być podawane *per clysmam* lub też w postaci zastrzykiwań.

Najważniejszym jednak warunkiem spokoju zupełnego żołądka jest niewprowadzanie doń żadnych pokarmów (stałych czy płynnych).

Pod tym względem wszyscy się zgadzają, że pierwsze 2 lub 3 dni po krwotoku chory zachowuje dietę bezwzględną.

W razie silnego pragnienia chory może obliżywać kawałki lodu (nie połykać!) oraz wycierać sobie usta mokrą chusteczką. Amerykanie dają choremu do żucia parafinę woskową. Oczyszcza ona mechanicznie usta oraz wywołuje wzmożone wydzielanie śliny, która spływając do żołądka pokrywa warstwą śluzu miejsce owrzodzenia oraz zubożętnia drażniący sok żołądkowy.

Zapotrzebowanie wodne ustroju pokrywa się zapomocą lawatyw z roztworów izotonicznych soli fizjologicznej lub cukru gronowego, do których zazwyczaj dodaje się rozmaite leki, hamujące krwawienie, a według niektórych autorów nawet roztwory alkaliczne (Le Noir).

Ilość płynów, doprowadzana dziennie, waha się od 1 do 2 litrów. Można je podawać w postaci kilku lawatyw w ciągu doby, czy też w formie lawatyw kroplowych.

Co do lawatyw ściśle odżywczych, to naogół nie są one stosowane zbyt szeroko, ze względu na stosunkowo małą wartość odżywczą. W razie

wość wywołania u wrażliwych osobników wzmożonych ruchów przewodu pokarmowego, które odruchowo mogą przenieść się i na żołądek. Część autorów atoli stosuje je chętnie.

Ewald np. podaje w ławatywie 250 cm.³ 20% cukru gronowego oraz 2 jajka. Boas — 250 cm.³ mleka, szklanke wina, łyżkę mączki odżywczej oraz 2 żółtka; Strauss — 250 cm.³ śmietany i 25 gr. peptonu, 5 pankreatyny i 30 gr. cukru gronowego. Inni autorzy dają ławatywy o składzie mniej lub więcej podobnym.

Od chwili ustania krwotoku leczenie pokrywa się z leczeniem wrzodu żołądka niekrwawiącego. A więc chorych na ostry, niekrwawiący wrzód żołądka należy bezwzględnie kłaść do łóżka. Poza spokojem w leczeniu wrzodu żołądka na pierwszy plan wysuwa się leczenie djetetyczne, które teraz omówimy.

Większość autorów nawet w przypadkach ostrych wrzodu niekrwawiącego zaleca 1-2 dniowy post zupełny, zaczynając odżywianie *per os* dopiero na 2-gi, względnie trzeci dzień. Inni od razu przystępują do odpowiedniego djetetycznego odżywiania. Należy jednak dla ścisłości zaznaczyć, że niektórzy autorowie amerykańscy trzymają chorego na głodowce do 5, nawet do 7 dni, odżywiając go tylko za pomocą ławatyw odżywczych i zastrzykiwań są to jednak wyjątki.

Schematów postępowania djetetycznego jest bardzo wiele, dają się one jednakże sprowadzić do kilku typów, które tutaj z kolei omówimy.

Nastarszą i najbardziej rozpowszechnioną djetą jest od czasów Cruveillera djeta mleczna. Mleko, jako pokarm najbardziej naturalny, stanowi też najważniejszą część wszelkich schematów djetetycznych. Poza mlekiem rozmaici autorzy podają jeszcze inne pokarmy. A więc np. Bergmann daje już od 2 dnia leczenia począwszy 5% rozczyń cukru w ilości 200 cm.³, a dopiero na czwarty dzień mleko, na 5 dzień kleik, potem stopniowo dodaje jaja, kaszki, roztarte kartofle. Na 13 dzień daje on surową szynkę w postaci skrobanej (nie-słona), mięso białe na 18 dzień, a jarzyny (prócz grubszych gatunków) od 23 dnia począwszy.

Penzoldt i Leube już od początku dają chorym rosół, wyciągi mięsne i herbatniki (bez cukru); zaś na 10 dzień mięso, co jest sprzeczne z dzisiejszym pojęciem diety niedrażniącej i niepobudzającej wydzielania soku żołądkowego.

Ewald podaje mięso surowe (szynkę skrobaną) oraz cielęcinę już na 8 dzień. Zweig — od początku choroby galaretkę z kurzego mięsa. Lenharz daje szczególnie obfitą kaloryjnie djetę: jaja stopniowo coraz więcej od 2 do 8 (na 7 dzień), surowe mięso na 7 dzień, natomiast mało masła.

Senator, Strauss i Ehrmann opierają swoje diety (poza mlekiem) głównie na śmietance, maśle i jajach.

Cohnheim daje oliwę do 100 gr. i to nawet naczno.

Brugsch podaje obok zwykłego mleka krowiego w tychże ilościach także mleko migdałowe.

Ostatnio, ze względu na tworzenie się w żołądku, szczególnie przy nadkwaśności, dużych skrzepów mleka ściętego, dodaje sięuprzednio do mleka podpuszczki, cytrynianu sodu (ok. 1%) lub też soku żołądkowego zwierzęcego; otrzymuje się

wówczas skrzepy bardzo drobne. Podobny wynik można osiągnąć przez zmieszanie mleka ze śmietanką, która działa jako środek emulgujący. Takie specjalnie przygotowane rodzaje mleka są w użyciu przede wszystkim w Ameryce, lecz ostatnio zaczynają wchodzić w użycie i u nas.

W przypadkach nieznoszenia mleka zostaje ono zastąpione zupełnie lub częściowo przez kleiki.

W myśl doświadczalnych badań szkoły Pawłowa, białko jaja kurzego ma najmniej obciążać żołądek a zarazem dobrze wiązać wolny kwas; podobnie ma się zachowywać masło. Na tem założeniu opiera się djeta Jarockiego, który podaje choremu naprzemian białko jaja kurzego surowe oraz masło. Rozpoczyna się od 1 białka rano i 1 łyżki masła popołudniu i stopniowo w ciągu 8-10 dni dochodzi się do 8 białek i 120 gr. masła dziennie. Odstęp czasu pomiędzy białkiem a masłem winien wynosić najmniej 2 godziny, aby wpływ masła nie opóźniał wydalenia strawionego białka z żołądka. Do diety Jarockiego bardzo zbliżona jest djeta Colemana, który masło zastępuje częściowo przez oliwę, śmietanę lub żółtka jaj, przy uwzględnianiu procentowej zawartości tłuszczu w porównaniu z masłem oraz z 2 godzinną przerwą pomiędzy obydwojma rodzajami pokarmów.

Odrębne stanowisko co do diety zajmuje Loeper, który podaje już przez pierwsze kilka dni stężone rozczyń cukru gronowego (20%), cukier bowiem ma przyspieszać gojenie się ran.

W ostatnim czasie Salomon podał djetę, którą nazwał „cogodzinną“, przy której chory co godzinę otrzymuje pokarm w niewielkiej ilości. Djeta ta opiera się w zasadzie na: mleku, śmietance, maśle, lodach i galaretkach owocowych.

Do grupy diet cogodzinnych należy djeta Sippyego, która zyskała sobie ostatnio wielki rozgłos.

Chory dostaje od 7-ej rano do 7-ej wieczorem co godzinę około 90 cm.³ mieszaniny mleka ze śmietanką. Pół godziny po każdym jedzeniu alkaliczny proszek: 1 gram mieszaniny dwuwęglanu sodowego z magnezją paloną lub też węglanem wapnia naprzemian. Kolejność soli magnezu i wapnia jest względna i uwarunkowana chęcią uregulowania wypróżnień chorego. Sole magnezowe działają bowiem rozwalniająco, wapniowe zaś zapierająco i zależnie od przypadku skreślamy częściowo lub zupełnie jeden czy drugi rodzaj soli.

Od 3-go dnia dodaje się choremu 2 surowe jajka oraz zastępuje niektóre porcje mleka kleikiem.

Co wieczór opróżnia się żołądek z ewentualnie zalegającej treści zapomocą zgłębnika cienkiego, co wpływa dodatnio na samopoczucie chorego, gdyż noc ma wolną od bólów.

Einhorn proponuje odżywianie przez zgłębnik dwunastniczy—po 300 cm.³ mleka rano i wieczór i stopniowo zwiększając tę ilość i dodając inne płynne pokarmy.

Ten sposób odżywiania ma wprawdzie tę zaletę, że wcale nie wymaga wysiłku trawiennego ze strony żołądka, lecz za to ma tę wadę, że zgłębnik samą obecnością swą drażni żołądek i to, według Rehfussa, może nawet doprowadzić do krwotoków.

Carnot proponuje wlewanie przez zgłębnik dwunastniczy mleka i t. p. sposobem kropłowym

Murphyego, aby zapobiec ewentualnej kolce i bieguncce, dość częstym w tych razach.

Podczas całego czasu stosowania płynnej i półpłynnej djety (z wyjątkiem okresu krwawienia) należy dbać o to, by chory miał regularne wypróżnienia, tembardziej, że składniki płynnej djety same przez się często usposabiają do zaparcia.

Już same alkalja magnezowe działają lekko przeczyszczająco, w razie silniejszego zaparcia podaje się olej rycynowy, kalomel i t. p. środki.

Posuwanie się z djeta według schematu takiego czy innego jest ściśle uwarunkowane brakiem bólów silniejszych oraz krwi utajonej w stolcu. W razie zjawienia się bólów lub krwi należy się zatrzymać z posuwaniami, a nawet cofnąć się o kilka dni wstecz.

Po przebyciu okresu ostrego można pozwolić choremu na takie czy inne modyfikacje djety dla

odmiany. Są jednak potrawy, które na długi czas muszą być usunięte z jadłospisu chorego. Do tych rzeczy należą wszelkie ostre przyprawy, żytni chleb, surowe owoce, grubsze jarzyny, jak kapusta, brukiew, rzodkiew, ogórki, cebula, chrzan oraz czarna kawa i napoje wyskokowe.

Djeta zawierająca mało mięsa, tłuszczów byłaby jeszcze o tyle wskazana, że według niektórych autorów białka i tłuszcze miałyby sprzyjać przesunięciu równowagi jonów w stronę kwaśną.

Ciekawą również z tego punktu widzenia byłaby rola etjologiczna alkoholu, któremu przypisują własności zakwaszające.

Są to jednak rzeczy jeszcze nie ustalone, i djetetyka w chorobie wrzodowej dotychczas opiera się jeszcze na podstawach czysto empirycznych, modyfikowanych zaleźnie od autora w mniejszy lub większy sposób.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Higiena.

∞ D. ROSENBERG. *Podręcznik gimnastyki*. Warszawa 1928. Nakład Zakładu „Gloria”, str. 168.

Wszelkie odmiany gimnastyki leczniczej — a jest ich legion — są lub winny być oparte na gimnastyce normalnej. A podręczników gimnastyki, w nowoczesnym duchu traktowanej, posiadamy zaledwie jeden i to tłumaczony. Jestto przekład prof. Piaseckiego i pułkow. Sikorskiego szwedzkiego „Podręcznika gimnastyki” Törnrena (Warszawa 1926).

Powitać przeto należy z wielkim uznaniem, że D. Rosenberg, uprzednio poznawszy przez dłużejletnie studia w Danji najnowsze i najracjonalniejsze metody (u prof. Illerisa, któremu poświęca swoją książkę), zdecydował się napisać oryginalny podręcznik o 170 blisko stronicach, potoczny polskim językiem, z wyrozumowaną terminologią, obficie ilustrowany, na dobrym papierze. Autorowi, którego liczne artykuły w tej materji ogłaszały w ostatnich latach pisma specjalne, chodziło głównie o to, aby w formie najwięźlejszej zapoznać czytelnika z nowymi prądami nauczania gimnastyki zarówno w zakresie teorii, jak i jej zastosowania praktycznego, ku czemu służyć tu i owdzie dołączone wskazówki i uwagi, dotyczące metodyki wykładania.

Przy wprowadzaniu całego szeregu zmian w dotychczasowej nauce gimnastyki odgrywa ważną rolę zarówno podział zasobu materiału ćwiczebnego, jak i układanie oraz przeprowadzanie osnów lekcyjnych. Rzeczą najbardziej znamioną jest zwrot od „gimnastyki postaw” (pracy statycznej mięśni) do „gimnastyki ruchów” (pracy dynamicznej mięśni). Jako pierwsze wzory, na których się opierał, posłużyły mu najnowsze dzieła o gimnastyce u mężczyzn prof. Lindharda z Kopenhagi, w mniejszym stopniu artykuły i wykłady Agnety Bertram, znanej reformatorki duńskiej na polu gimnastyki kobiecej.

Względnie małą liczbę zdjęć, przedstawiających dzieci, rozpoczynające naukę gimnastyki, co stanowi pewną usterkę, Rosenberg usiłuje usprawiedliwić tem, że mu chodziło o wskazanie zasadniczej istoty postawy i ruchu, nie zaś o ich indywidualizowaną formę.

Bibliografię polską i zagraniczną dotyczącą gimnastyki, gier i zabaw ruchowych, sportów, anatomji, fizjologii i higieny w zastosowaniu do gimnastyki, podał autor nader szczegółowo.

Ze względu na nowość wielu kwestyj podręcznik ten nie-

wątpliwie wywoła obszerną dyskusję w gronie specjalistów i nauczycieli gimnastyki i lekarzy-ortopedystów.

H. Higier.

ZIMMERMANN. *O przepuszczalności różnych gatunków szkła dla promieni pozafioletkowych*. (Klin. Woch. Nr. 50, r. 1927).

Wobec ukazania się w handlu gatunków szkła, jakoby przepuszczającego promienie pozafioletkowe, autorka zbadała 2 rodzaje tego szkła za pomocą metody jodowej Meyer-Beringa. Metoda ta polega na niebieszczeniu roztworu jodu pod wpływem promieni pozafioletkowych. Odczynnik, przykryty szkłem zwykłym, nie wykazał żadnej zmiany barwy; szkło „przenikliwe” z pewnej huty dawało zaniebieszczenie odczynnika dopiero po 2 — 3 godzinnym naswietlaniu lampą kwarcową; jest zatem bez wartości praktycznej. Natomiast szkło, pochodzące z innej huty, dało już po 20 minutach ślad barwy niebieskiej, a po upływie 25 min. — zupełne zniebieszczenie. Autorka zamierza przeprowadzić dalsze badania biologiczne nad tym gatunkiem szkła, które nadawać się będzie do wyrobienia szyb okiennych, zwłaszcza dla zakładów dla dzieci.

Z. Świder.

Bakterjologia i Serologia.

SURANYI i FORRO. *O obecności we krwi paciorkowców, zwłaszcza w gościcu wielostawowym*. (Klin. Woch. 1928 r. Nr. 10.).

Wielokrotnie już podnoszono sprawę występowania paciorkowców we krwi oraz w płynie stawowym w gościcem zapaleniu stawów. Ponieważ niezawsze udaje się wykryć te drobnoustroje, przeto ich rola chorobotwórcza wydawała się wątpliwą — przynajmniej niektórym badaczom. Przyczyny tak częstych ujemnych wyników badania bakterjologicznego należy szukać w błędach samej techniki badania.

Autorowie posłużyli się metodą pierwszego z nich, która w zasadzie polega na zmieszaniu pobranej jałowo krwi z roztworem cytrynianu sodu, dalej na niezwłocznym odwirowaniu osocza i dokonaniu posiewów z osadu, składającego się z krwinek czerwonych i ewent. drobnoustrojów. S. i F. zbadali kilkadziesiąt przypadków gościca stawowego oraz różnych zakażeń ogólnych. Jako pierwszy konkretny rezultat swych poszuki-

wań, podkreślają autorowie duży, bo wynoszący 68, procent wyników dodatnich, otrzymanych w goścu stawowym już przy pierwszym badaniu. Wyhodowany paciorkowiec należał wyłącznie do typu pac. zieleniejącego, a nie do typu paciorkowca hemolizującego.

Należy przypuścić, że badanie bakterjologiczne, wykonane w warunkach lepszych, t. j. po uprzednim zastrzyknięciu adrenaliny lub siarki, dałoby jeszcze większy procent dodatnich wyników. Nasuwa się też pytanie, czy obecność we krwi paciorkowca zieleniejącego świadczy faktycznie o istniejącem zakażeniu ogólnem, czy czasem przy pobieraniu krwi, a zatem przekłuwaniu skóry nie dostaje się do próbki paciorkowiec, wegetujący na skórze. Przypuszczenie to odrzucają jednak stanowczo Morawitz i Bogendorfer na zasadzie dokładnych spostrzeżeń klinicznych.

Z. Świder.

P. COURMONT i H. GARDÈRE. O właściwościach bakterjobjęczy surowicy gruźlików w stosunku do prątków Kocha. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 33 — 1927).

Autorzy badali i obliczali ilościowo zdolność bakterjobjęczą surowicy krwi ludzi chorych na gruźlicę i gruźliczego płynu wysiękowego z jam opłucnowych. Okazuje się, że oba te płyny posiadają w stosunku do prątków Kocha wyraźne własności bakterjobjęcze, przejawiające się w hamowaniu rozwoju hodowli prątków, przyczem potrzebne stężenie surowicy lub płynu wysiękowego różniło się dość znacznie w poszczególnych przypadkach. Badania porównawcze zdolności bakterjobjęczej surowicy konia, zwierzęcia tak mało wrażliwego na gruźlicę, wykazało, że normalna surowica końska posiada odpowiednią zdolność bakterjobjęczą w stopniu znacznie większym, niż surowica gruźlików.

J. Typograf.

Radjologia.

HUBERT. O zachowaniu się poziomu cholesteryny w surowicy krwi po naświetlaniach promieniami Roentgena. (Kl. W. Nr. 5, 1928 r.).

Badania nad poziomem cholesteryny we krwi po naświetlaniach promieniami X. są nader nieliczne i rozbieżne co do wyników. Podjęte w tym kierunku na chorych rakowatych kliniki ginekologicznej badania autora wykazały, że poziom cholesteryny, wynoszący od 111 do 219 miligramoprocentów, wykazuje wyraźny spadek po naświetleniu, zwiększając się w ciągu 2 — 5 dni następnych. Naogół otrzymał autor obniżenie poziomu cholesteryny we krwi, wynoszące od 17 do 47 proc. wartości początkowej. W drugiej serii doświadczeń zbadał autor zachowanie się tego poziomu ch. u chorych z rakiem szyi macicznej, już zoperowanych (przed paru tygodniami lub miesiącami). Z reguły otrzymał tu wzrost zawartości cholesteryny — podobnie jak i po naświetlaniach rentgenowskich, zastosowanych w innych, łagodnych schorzeniach narządów rodnych kobiecych (krwawienia pochodz. jajnikowego). W jednym, pozornie zupełnie w sensie klinicznym wyleczonym przypadku zoperowanego raka otrzymał autor spadek cholesteryny zamiast wzrostu — i oto wkrótce wystąpił u chorej nawrót choroby — jako wy tłumaczenie odmiennego odczynu biologicznego. Z badań swych wyciąga autor, lubo z pewnem zastrzeżeniem, wniosek, że określanie poziomu cholesteryny we krwi po naświetlaniach rentgenowskich może być ważnym czynnikiem rozpoznawczym dla odróżniania łagodnych schorzeń żeńskich narządów rodnych od spraw nowotworowych złośliwych, a również dla kontroli biologicznego, a nie jedynie klinicznego wyleczenia przypadków zoperowanych.

Z. Świder.

LAZARUS. Operacja czy naświetlanie? (Wraczebn. Obozr. 1928 Nr. 3).

Leczenie promieniami (rad, Roentgen) w ostatnich czasach rozpowszechniło się do tego stopnia, że w niektórych dziedzinach daleko w tyle pozostawiło za sobą zabiegi operacyjne. W gruźlicy np. leczenie promieniami zawojsowało sobie stanowisko już nie kwestjonowane przez nikogo.

Kwestja postępowania w przypadkach nowotworów nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Pod tym względem należy oddzielić przypadki, nadające się jeszcze do operacji od guzów, nie nadających się już do interwencji chirurgicznej. Dla grupy drugiej rad lub Roentgen są conajmniej hamulcami, zwalniającymi tempo wzrostu guza, wzgl. łagodzącymi przynajmniej bóle chorych. A przecież naświetlanie może zmniejszyć objętość guza lub spowodować jego uruchomienie, przez co guz staje się dostępny dla zabiegu. A wreszcie wyłączone z pod noża i wyłącznie poddane naświetlaniu muszą być guzy, powikłane jakimś innym poważnym schorzeniem wewnętrznym, lub przypadki, w których chory odmawia swej zgody na zabieg.

Zakwestjonowane tedy mogą być tylko przypadki, które nadają się do operacji.

Co do raka skóry, dostępnych zzewnątrz błon śluzowych, warg, języka, macicy i t. p., stwierdza autor przynajmniej takie dodatnie wyniki po naświetlaniu, jak po operacjach. Krönig a za nim bardzo liczni ginekolodzy zarzucili ostatnio leczenie raka macicy na drodze operacyjnej, stosując jedynie rad. Obecnie statystyka, opierająca się na tysiącach przypadków wykazuje, że w raku macicy głównie stosować należy energję promienistą.

Doskonałe wyniki dają promienie w leczeniu raka tarczycy i języka. W raku piersi promienie nie dają jeszcze wyników pewnych, choć i tu opisane są już przypadki wyleczenia chorych, których chirurg nie chciał już operować.

Wielkie znaczenie przypisuje autor zapobiegawczemu naświetlaniu (na 6 — 8 tygodni przed zabiegiem), gdyż guzy, które przedtem np. nie nadawały się do operacji, po naświetlaniu mogą być operowane; a — rzecz główna — naświetlanie jakby wyjaławia pole operacyjne i chroni chorą przed nawrotem raka w okolicy rany. Naświetlanie zaś po operacji uważa autor za grę w „ślepią babkę“, tembardziej, że promienie atakują wtedy tkankę i ustroj, osłabione zabiegiem i nie reagujące w dostatecznym do wyleczenia stopniu.

B. Rozentall.

Choroby płuc.

∞ F. KLEWITZ. Das Bronchialasthma. Wyd. T. Steinkopff. Drezno i Lipsk. 1928, str. 81. RM. 4,80.

Praca profesora królewieckiej kliniki wewnętrznej, stanowiąca 3-ci tom wydawnictwa „Aerztliche Praxis“, zajmuje stanowisko pośrednie między wyczerpującą monografią a zwykłym wykładem dokszałcającym, w jednakowym stopniu uwzględniając stronę teoretyczną i praktyczną tematu. Jest to owoc trzechetniej nieprzerwanej obserwacji chorych oraz pracy nad istotą dychawicy w Prusach Wschodnich, nieco izolowanych w swoim materiale od pozostałych Niemiec.

Autor we wstępie uważa dawną nazwę (*Asthma bronchiale*) za lepszą i słuszniejszą od nowszych (*Asthma nervosum s. constitutionale*). Autor naliczył przy zaludnieniu 2.368.750 w Prusach Wschodnich 1137 astmatyków, czyli nieco mniej niż $\frac{1}{2}$ pro mille z przewagą naogół mężczyzn (57%) w wieku młodzieńczym i dziecięcym. W 35% własnych obserwacji choroba dziedziczna była się, w 6% kojarzyła się z migreną, w 6% z zaburzeniem w przemianie materji.

K. uznaje dychawicę nerwową, psychopochodną oraz odruchową, zwłaszcza w chorobach nosa ($\frac{1}{3}$ przypadków). Praktycz-

nie ważniejsza jest dychawica przeczulicowa czyli alergiczna nabyta: przez zwierzęta (koń, królik), pokarmy (mięso, ser, jaja), leki (ipeka), pasorzyty, rośliny, klimat. Jak widać, różni się ten podział od popularnej klasyfikacji Van der Veera, który uznaje dychawicę inhalacyjną, kiszkową, drobnoustrojową, surowiczą.

Co się tyczy stosunku do innych chorób, to zasługuje na uwagę, że K. stwierdził wśród chorych 76% neuropatów i 52% nieżytych.

Po omówieniu kliniki, etjologii i mechanizmu napadu autor rozprawia się szczegółowo z dajnozą i rozpoznaniem różniczkowym. Przejrzyście opracowany jest rozdział o preparowaniu wyciągów (głównie według Storm v. Leeuwena) i technice szczepienia, na które około 60% pacjentów reaguje specyficznie. Szczepienia są nieszkodliwe, ambulatoryjnie wykonywalne, Kupne i zleżałe wyciągi są o wiele mniej wartościowe od własnych świeżych.

Schemat ankietowy, częściowo według Kammerera ułożony, jest wielce praktyczny.

Aczkolwiek w napadzie nie umiera prawie nikt, to jednak nieprawdą jest, że dychawica jest tylko przykrą, a nie niebezpieczną chorobą.

Własnym materiałem sekcyjnym nie rozporządzając, autor odsyła do dużej monografji Grimma, gdzie zebranych jest 24 autopsyj.

W dziale terapii Klewitz omawia oprócz leczenia napadu samego: 1) leczenie antyalergenowe (ogólne, klimatyczne, djetetyczne, kamerowe według Storm v. Leeuwena), 2) leczenie desensybilizacyjne (swoiste i nieswoiste za pomocą promieni Roentgena, tuberkuliny, peptonu), 3) leczenie farmaceutyczne, 4) leczenie psychiczne, 5) leczenie chirurgiczne, 6) leczenie zabiegowe (kamera pneumatyczna, liczenie, wydechowe i t. d.).

Wszędzie się wyczuwa osobiste duże doświadczenie autora.

H. Higier.

P. GIBERT. O leczeniu dychawicy promieniami Roentgena. (Paris médical 1928 Nr. 5).

Zestawiając badania rozmaitych autorów oraz swoje własne, autor przychodzi do wniosku, że w pewnej części przypadków dychawicy oraz niezytu kurczowego nosa (coryza spasmodyque) daje się zauważyć zupełna poprawa, w innych przypadkach poprawa była mniej wyraźna, wreszcie w jeszcze innych żadnego polepszenia nie stwierdzono.

Wynik leczenia nie daje się zgóry przewidzieć. Technika była następująca: 1 pole 12×12 cm. 30 cm. odległości ogniskowej, promienie średniej przenikliwości, dawka 500 R, 1 — 2 sesje tygodniowo, aż do łącznej liczby dziesięciu.

Co się tyczy miejsca naświetlań, to w przypadkach niezytu kurczowego nosa najlepiej jest naświetlać śledzionę, w przypadkach dychawicy czystej—śledzionę i okolicę wnęk płucnych.

Jeżeli promienie Roentgena nie mogą wyleczyć wszystkich przypadków dychawicy, to w każdym razie zasługują na poważne miejsce wśród arsenału leczniczego tego cierpienia.

B. G.

Choroby serca i naczyń.

E. MOSCHCOWITZ. O dusznicy bolesnej nikotynowej (Journ. of. the Amer. Med. Ass. 1928 № 10).

Na zasadzie własnych przypadków oraz piśmiennictwa autor stwierdza, że bóle w dusznicy nikotynowej są silniejsze i dłużej trwające, aniżeli w innych dusznicach, powstają też podczas zupełnego spokoju, nawet podczas snu. Często samo zapalenie papierosa wywołuje napad (przedmiotowych zmian w układzie krążenia można zupełnie nie stwierdzić). Żadne

środki nie pomagają, o ile nie ustanie palenie tytoniu. Pacjenci którzy już mieli napady dusznicy tytoniowej, są szczególnie wrażliwi na tytoń i skłonni do nawrotów. Co do zmian w układzie krwionośnym, to albo ich wcale nie ma, albo stwierdza się jedynie zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego, współistniejące z cierpieniem naczyń wieńcowych lub tętnicy głównej. Ograniczenie palenia w przypadkach dusznicy tytoniowej nie wystarcza, należy zupełnie zaprzestać używać tytoniu. Napady po zaprzestaniu palenia nie ustają od razu, czasem trwają jeszcze przez szereg miesięcy. Mechanizm dusznicy tytoniowej nie jest znany, zależy on, prawdopodobnie, od działania kurczowego na naczynia krwionośne. Przypomina także bóle w prawdziwych neuralgjach.

B. G.

SWIFT i KITCHCOCK. Bóle sercowe w przebiegu gorączki gościcowej. (Journ. Am. Med. Ass. 1928 № 9).

Zespół objawów bólu sercowego i tkliwości okolicy serca występuje dość często w przebiegu gorączki gościcowej. Częstość tego objawu jest do pewnego stopnia równoległa do natężenia zakażenia gościcowego. Podczas drugiego i następnych napadów gościca częstość objawów sercowych jest większa, aniżeli podczas pierwszego napadu. Około 2/3 chorych z objawami bólu sercowego wykazywało także inne objawy zajęcia serca — u reszty takie objawy występowały później. U chorych z objawami bólu serca znajdujemy znacznie większy odsetek schorzeń zastawkowych, aniżeli to ma miejsce w innych przypadkach gościca.

W razie wystąpienia bólów w okolicy serca w przebiegu gościca stawowego należy myśleć zawczasu o środkach ochronnych i zapobiegawczych.

B. G.

GRIBNER i BROUN. Cukier we krwi w chorobach serca. (Wracz. Gaz. Nr. 5 1928 r.).

1. W pewnej liczbie przypadków organicznych schorzeń serca autorzy stwierdzili zwiększoną ilość cukru we krwi, wziętej naczno.

2. Częściej notowano mniejsze ilości cukru we krwi w schorzeniach serca z obrzękami i powiększoną wątrobą.

3. W niektórych przypadkach po ustąpieniu obrzęków i zmniejszeniu wątroby ilość cukru we krwi wracała do normy.

Sz. T.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

∞ N. PENDE. Wątroba i tarczycza. Nadczynność wątroby w chorobie Basedowa. (Endokrinologie, T. I, Z. 3, 1928.).

Blizsze stosunki fizjologiczno-czynnościowe między tarczyczą a wątrobą zwracały na siebie uwagę klinicystów i endokrynologów oddawna zwłaszcza zajmował się niemi Leopold Lévi.

Pende na wielu chorych z Basedowem i hipertyreozą dowodzi istnienia hyperhepatyzmu czyli patologicznej nadczynności wątroby. Przypuszcza też wobec wielkiej analogji między innerwacją tarczyczy a wątroby, że łącznikiem jest tu układ roślinny, opierając się głównie na badaniach Ashera i Cannona nad nerwami wydzielniczymi tarczyczy i Stefaniego nad działaniem n. błędnego na czynność glikogenu utrwalającą komórek wątrobowych. Jak n. błędny działa na te ostatnie w roli nerwu gromadzącego cukier gronowy (glikogenezę), zaś n. współczulny w roli n. wyładowującego go (glikomobilizacja), tak działa n. współczulny na komórkę tarczycy, jako wyładowujący czyli spławiający hormon jej do krwiobiegu, zaś n. błędny jako nerw odżywczy, dbający o wytwarzanie i gromadzenie wydzieliny.

Klinika i eksperyment będą tu miały ostatni i decydujący głos.

∞ W. LANGE. Rozwój części rodnych i wzrost ciała u niedorozwiniętych umysłowo. (Endokrinologie. T. I, Z. 3, 1928).

Na blisko 1/2 tysiąca niedorozwiniętych wychowanków zakładu dla idiotów w Chemnitz stwierdził autor, że dzieci powyżej 10 lat mają w równej części narządy płciowe rozwinięte i niedorozwinięte, przyczem tej ostatniej kategorii dziatwa zdaje się być mniej odporna na działanie chorób zakaźnych. Niedorozwinięte dzieci wykazują też często cofanie wzrostu i wagi. 30% ma normalny obwód czaszki, 7% hydrocefalię, 63% mikrocefalię, przyczem, im wybitniejsza jest mikrocefalia, tem poważniejsze hamowanie wzrostu, a im wybitniejsza jest hydrocefalia, tem poważniejsze jest potęgowanie się wzrostu.

H. Higier.

KUPICA. Przypadek choroby Addisona z dodatnim odczynem Wassermannna. (Wrac. Gaz. Na. 3 1928 r.).

Na podstawie dodatniego odczynu Wassermannna autor rozpoznawał chorobę Addisona o etiologii kiłowej. Anatomopatologiczne i histologiczne badanie nie wykazało śladów przebytego zakażenia kiłowego; stwierdzono rozpadową gruźlicę nadnerczy.

Sz. T.

ALPERN i BESUGLOW. Spostrzeżenia nad nadczynnością aparatu wysepkowego trzustki. (Kl. Woch. 1928 Nr. 13).

Z badań, przeprowadzonych przez autorów na psach, wynika, że przewiązanie przewodu trzustkowego (*d. pancreat*) lub też przewiązanie samego miąższu, t. j. jakiegoś odcinka trzustki, wywołuje szereg trwających w ciągu wielu miesięcy zaburzeń w gospodarce węglowodanowej, tłuszczowej i mineralnej,

Zmiany te, jak wynika z ich rodzaju, są następstwem wzmoczonego wydzielania wewnętrznego aparatu wysepkowego trzustki i są identyczne z objawami, jakie spostrzegamy zwykle, przy stosowaniu insuliny. O nadczynności wysepek Langerhansa wolno nam wnioskować nie tylko na podstawie spostrzeżeń ogólnych, ale również na zasadzie wyników badania histologicznego, które wykazuje przerost różnych morfologicznych elementów trzustki oraz zmiany w innych gruczołach dokrewnych, będących w stosunku antagonistycznym do trzustki. Wobec tego, że operacja nakładania przewiązki na przewód trzustkowy jest zabiegiem nieszkodliwym, a nawet sprzyjającym przyrostowi wagi zwierząt zoperowanych — zwracają autorowie uwagę na tę metodę wywoływania przewlekłej nadprodukcji insuliny,

Z. Świder.

BRITANISZKI. W sprawie leczenia choroby cukrowej syntaliną. (Wrac. Gaz. Nr. 3, 1928 r.).

1. Insulina nie może być zastępowana przez syntalinę.
2. Posługując się w cukrzycy o przebiegu nie bardzo ciężkim, syntaliną, można zmniejszyć dawkę insuliny, a w przypadkach o przebiegu lekkim zupełnie zastąpić insulinę.
3. W ciężkich przypadkach cukrzycy można ostrożnie dodawać syntalinę, zwłaszcza wtedy, gdy zmuszeni jesteśmy uchronić chorego od ubocznego działania insuliny (obrzęki).
4. U chorych z wrażliwym układem roślinnym i w razie skłonności do dyspepsji syntaliny nie powinno się stosować
5. W cukrzycy, skomplikowanej czynną gruźlicą płuc, syntalina nie może i nie powinna konkurować z insuliną

Sz. T.

Wskazówki praktyczne.

— Burwinkel miał dobre wyniki leczenia *pokrzywkę przewlekłą* za pomocą *ubogiej w sól diety wegetariańskiej* w połączeniu z dużymi dawkami *dwuwęglanu sodu*. Jeszcze lepsze wyniki daje jednoczesny upust krwi 300—400 cm.³ krwi. Śwędzenie zwalcza B, wcieraniem następującej mieszanki: *Acid. Salicyl* 3.0, *Spir. Menthol.* 150.0, *Glycerin.* 30.0.

(D. m. W. 1928, Nr. 17).

— Singer przypisuje *chininie* działanie dodatnie na *ruch robaczkowy kiszek*, podobne do działania *cholin*. Najlepiej stosować w tym celu *chininę* przez *odbytnicę*. S. poleca ją głównie w porażeniach jelit *pooperacyjnych* w postaci *lawatywy* z 25 cm.³ 2% roztworu.

(W. Kl. W. 1927, Nr. 40).

— Lindquist opisuje przypadek *krwawienia z pępka noworodka*, skutecznie opanowany przez *zastrzyknięcie* krwi, wziętej z żyły matki, do *zatoki podłużnej* dziecka.

(Ztbl. f. Gynäk. 1928, Nr. 15).

— Według W. Richtera leczenie *kiły* we wszystkich jej okresach za pomocą wywoływania *gorączki* stanowi wielki postęp w zwalczaniu tej choroby. Wskazanie do leczenia *malarją* nie powinno ograniczać się do późnych powikłań nerwowych, lecz należy je rozciągnąć i na okresy wczesne, gdyż *napad gorączkowy* sprzyja lepiej przepuszczalności naczyń, opoń i t. d. dla *środków leczniczych*, które w ten sposób łatwiej dostają się do ognisk, dotychczas niedostępnych dla tych leków. Na zastosowanie *malarji* już we wczesnym okresie *kiły* nie tak łatwo jednak się zdobyć, jest to bowiem, bądź co bądź, zarazek nieobojętny. Posiadamy atoli *środek niewinny*, który bez żadnego ryzyka może być użyty w każdym okresie *kiły*. Jest nim *Dephagin* (*Natrium nucleicum* fabr. Boehringer). Stosując ten *środek*, możemy dowolnie zmieniać dawkę i dowolnie przedłużać okres *gorączkowy*. Samo przez się rozumie się, że nie sam *środek gorączkowy*, lecz w kombinacji ze zwykłymi lekami przeciwkiłowymi dać może wyniki dodatnie.

(D. m. W. 1928, Nr. 6 i 7).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

SEKCJA KLINICZNA.

Posiedzenie z dn. 10.II. 1928 r.

Odczyt programowy:
W. Czarnocki. *Patologia układu śródbłonkowo-siateczkowego*. (Wydrukowane w „Warsz. Czasop. Lek.” № 3 i 4 r. 1928).
Dyskusja:
Goebel uważa, iż układ śródbłonkowo-siateczkowy odgrywa poważną rolę w przemianie cholesterynowej. Przema-

wiają za tem doświadczenia z usunięciem śledziony (Goebeli Gnoiński), prowadzące do obniżenia się poziomu cholesterolu we krwi.

Posiedzenie z dn. 23.II. 1928 r.

Pokazy:

1. Goldman M. sen. *Ciężkie objawy naczyniowe po stosowaniu ergotaminy w przebiegu choroby Basedowa*.
20-letnia wieśniaczka z chorobą Basedowa, objawiająca się powiększeniem objętości szyi, znacznym przyspieszeniem tętna, oraz zwiększeniem przemiany podstawowej o 50% była zakwalifikowana do operacji. W celu przygotowawczym

zastosowano ergotaminę. W piątym dniu stosowania tego środka wystąpiła błądź, drętwienie i bolesność w stopie prawej, sięgająca do połowy podudzia. Po odstawieniu tego środka i zastosowaniu odpowiedniego leczenia objawy te stopniowo ustępowały, jednak pewne dolegliwości utrzymywały się przez czas dłuższy. Systematycznie przeprowadzane badania oscylometryczne pozwoliły ujawnić, że cierpienie naczyń dotyczyło obu kończyn dolnych.

Dyskusja:

Jelenkiewicz podkreśla znaczenie praktyczne pokazu jaskrawo dokumentującego, jak ostrożnym należy być w stosowaniu ergotaminy, która w dawkach, przez niektórych autorów szeroko stosowanych, może wywoływać długotrwałe zmiany w naczyniach. J. przytacza też doniesienie Hoehne na zjeździe ginekologów w Wiedniu w r. 1925 o przypadku śmierci po wstrzyknięciu 1 cm.³ gynergeny, zastosowanego u chorej po dokonaniem cięcia cesarskim. Jelenkiewicz ma zastrzeżenia, co do pomyslnego działania ergotaminy na chorobę Basedowa, gdyż działanie jej jest przemijające i wyłącznie objawowe; polega ono na farmakodynamicznie ergotaminy, zwalniającej tętno i podnoszącej ciśnienie. O antagonizmie między ergotaminą i tyroksyną, o którym piszą Adlersberg i Porges, myśleć nie można. Jeżeli rozchodzi się o działanie na przewód pokarmowy, to ergotamina może tylko nasilić objawy Basedowa, gdyż prawdopodobnie działa ona w zakresie przewodu pokarmowego pobudzając na nerw błędny, o czym świadczy występowanie czasem wymiotów, podobnie, jak to ma miejsce przy stosowaniu pilokarpiny.

Landsberg podnosi spostrzeżenie Goldmana sen, o braku działania *natrii nitrosi* na angiospazmy, pomimo obniżenia ciśnienia. Zwraca uwagę, że ogólnie stosowane *natrium nitrosum* w *endarteritis obliterans* jest bez wyraźnego działania.

Higier przytacza 2 własne przypadki choroby Basedowa, kilkanaście lat trwającej w których ergotamina spowodowała dosyć dużą i długotrwałą poprawę.

2. Prussakowa i Lubelski, *Pokaz chorych z dziedziny chirurgji rdzenia*. (Ukaże się w druku).

Odczyt:

Bychowski Z. *Zagadnienia współczesnej organoterapii* (Ukaże się w „Warsz. Czasop. Lek.”).

Jelenkiewicz.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu lutowym Tow. Internistów i Pedjatrów w Berlinie omówił Bernhardt 2 przypadki *moczówki prostej w następstwie nagminnego zapalenia mózgu*. Chodziło tu o chłopców w wieku 1. 15, którzy chorowali na śpiączkę przed 4, względnie 3 laty; przed rokiem zachorowali po raz drugi — wkrótce wystąpiło silne pragnienie. Ilość dobowa moczu dochodziła do 10 — 15 litrów. U pierwszego chorego moczówka miała cechę hiperchloremiczną, u drugiego — hipochloremiczną. Stosowanie insuliny oraz przestrzeganie diety nie przyniosło żadnej ulgi, natomiast skutkowały dobrze preparaty przysadki, jak pituitryna. Rentgenografia siodła tureckiego oraz badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazały żadnych patologicznych odchyśleń od normy.

Zondek wygłosił na posiedzeniu Berl. Tow. Lek. w dniu 1 lutego r. b. ciekawy odczyt p. t.: *Praktyczne i teoretyczne*

zagadnienia z dziedziny nauki o wydzielaniu wewnętrznym. Schorzenie „endokrynnie” jest w przeważającej liczbie przypadków, ale niezawsze, objawem zachorzenia samego gruczołu dokrewnego, obraz kliniczny, typowy dla pewnej choroby, może powstać, gdy zostaje zakłócony związek fizjologiczny między ośrodkami roślinnymi międzymózdzia, gruczołem dokrewnym i jego narządem wykonawczym. Z. podaje przykład, dotyczący przypadku klasycznej tężyczki, która wystąpiła wskutek utworzenia się ogniska chorobowego (*encephal. epidem*) w *hypothalamus*. U chorej tej wystąpiły wyraźne zaburzenia w mineralnej gospodarce ustroju, których wyrazem były znaczne wahania zawartości we krwi różnych substancji mineralnych. Jako przykład powstawania endokrynozy wskutek zaburzeń obwodowych przytacza Z. chorobę Basedowa. W dość znacznym odsetku przypadków pierwotna przyczyna choroby tkwi nie w samym gruczole tarczycowym, lecz w narządzie wykonawczym (t. j. w danym przypadku w mięśniach; wskutek wzmoczonego zapotrzebowania przez mięśnie tlenu, zarówno podczas pracy, jak i w okresie spoczynku, — następuje przerost tarczycy oraz jej nadczynność, jako wyraz przystosowania się organizmu). Występujące nieraz u otwłych objawy nadczynności tarczycy ujmuje Zondek, jako odczyn obronny ustroju, zdążający do wzmoczenia spalania tkankowego. Ta koncepcja pozwala nam zrozumieć, dlaczego tak różne zmiany anatomiczne znajdujemy w tarczycy w poszczególnych przypadkach choroby Basedowa, dlaczego często występuje sprzeczność między ciężkimi objawami klinicznymi, a minimalnymi zmianami gruczolowemi. W niektórych, spostrzeganych przez Z. przypadkach chorzy zginęli wśród objawów ostrej, nadzwyczaj gwałtownej tyreotoksykozy, natomiast zupełnie nie wytworzyło się w nich wole. Rozumie się, że w podobnych przypadkach wykonanie zabiegu operacyjnego jest bezcelowe i nielogiczne. — Co się tyczy leczenia choroby Basedowa, to zaleca Z. przede wszystkim spokój cielesny i umysłowy, nie obawiając się stosowania w tym celu nawet narkotyków. Chodzi o to, jak wynika z badań na zwierzętach, iż podawanie narkotyków zmniejsza wrażliwość komórek tkankowych na działanie hormonów.

Na posiedzeniu tegoż Tow. z dnia 8-go lutego r. b. mówił V. Schilling o *Guttadiaphocie*, nowej, ciekawej metodzie klinicznego badania krwi. Twórcami tej metody są dwaj lekarze z Hildesheimu, Fritz Meyer i W. Bierrest. Sposób ten badania krwi został wypróbowany i zmodyfikowany przez Schillinga. Zasada metody polega na puszczaniu badanej krwi kroplami na bibułę i obserwowaniu szerzenia się powstających plam. Dają się w ten sposób wykryć pewne różnice między krwią ludzi zdrowych a chorych. Zastosowanie praktyczne znalazła ta metoda jednak dopiero z chwilą, gdy zabarwiano papierki na różne kolory (czerwoną, jasno-zieloną, niebieską); własności chemiczne użytych barwników wpływają wybitnie na obraz kropli i pozwalają wykryć wyraźne różnice w zachowaniu się pod tym względem krwi, pochodzącej od różnych chorych. — Oglądanie tych plamek na napiętym na ramce papierze (w świetle przechodzącym) wykazuje zmiany we krwi, które dotychczas można było stwierdzić za pomocą złożonych metod serologicznych w specjalnych pracowniach. Metoda ta pozwala wykryć zmiany ilościowe we krwi: daje ona wynik dodatni nie tylko we wszystkich przypadkach z dodatnim Wassermannem, ale również w 27% przypadków, w których odczyn Wassermanna był ujemny! Ta prosta próba jest zatem o wiele czulszą od klasycznej metody Wassermanna! Z Św.

Przegląd terapeutyczny.

Z oddziału Chorób Wewn. „B” Szpitala Św. Łazarza w Warszawie. (Ordynator: Doc. Dr. M. SEMERAU—SIEMIANOWSKI).

Spostrzeżenia kliniczne nad nowym lekiem przeciwożarączkowym i przeciwbólowym.

(*Phenylum acetylo-salicylicum*).

Podał

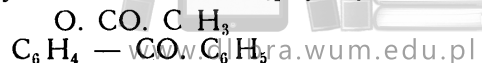
ZDZISŁAW ŚWIDER (Warszawa).

Przed pół rokiem zwróciło się Warsz. Tow. „Motor” do oddziału naszego z prośbą o wypróbowanie nowego, przygotowanego przez to T-wo środka:

Phennin — „Motor” (*Phenylum acetylo-salicylicum*). Z polecenia Szefa swego, P. Docenta Semerau Siemianowskiego, przeprowadziłem dokładne badania nad tym lekiem przeważnie na chorych szpitalnych, częściowo zaś — prywatnych.

Przed przedstawieniem jednak właściwych wyników mych spostrzeżeń uważam za konieczne opisać pokrótce własności fizyczne i chemiczne tego środka.

Fenina (*phenylum acetylo-salicylicum*) jest związkiem chemicznym o budowie następującej:



Jest to więc ester fenolowy kwasu acetylo salicylowego: otrzymuje się przez acetylowanie salolu.

Fenina wyglądem swym (połyskujące, śnieżno-białe kryształki) przypomina aspirynę czyli kwas acetylo-salicylowy; w wodzie prawie się nie rozpuszcza, natomiast bardzo łatwo w wysokoku. Ze względu na obojętny prawie smak i brak zapachu jest chętnie przyjmowana przez chorych. Fenina, podobnie do salolu, rozpuszcza się w soku żołądkowym o wiele słabiej, niż aspiryna. Dlatego też przechodzi przez żołądek w stanie niezmiennym, ulegając rozkładowi dopiero w jelicie cienkim. W tym środowisku alkalicznym następuje zmydlenie feniny, jako estru. Powstają przytem sole sodowe fenolu, kw. octowego i salicylowego. Jednak nie należy się obawiać toksycznego działania fenolu, który wywiera w przewodzie pokarmowym pożądane działanie odtruające: powstające tu kwasy fenolowo-sulfonowe są szybko wydalone przez ustrój. Z powyższego wynika, że działanie feniny jest połączeniem działania leczniczego fenolu i salicylu. Zestawienie wzoru feniny z budową salolu i aspiryny wskazuje, że fenina jest połączeniem niejako tych 2 środków:

Salol: *Phenylum salicylicum*.

Aspiryna: *Acidum acetylo-salicylicum*.

Fenina: *Phenylum acetylo-salicylicum*.

Badania nad lekiem tym były przeprowadzone prawie na 50 osobnikach; materiał składał się z następujących chorych: 10 przypad. duru brzuszego, 16 przypad. gruźlicy płuc, 5 przypad. grypy, 4 przypad. ostrego i podostrego reumatyzmu stawowego, 2 przypad. rwy kulszowej natury reumatycznej, 2 przypad. migreny, 1 przypad. samozatrucia pochodz. jelitowego, 2 przypad. reumatyzmu mięśniowego i 3 przypad. chronicznego zniepodbijającego zapalenia stawów.

Stosowanie feniny u gruźlików nie dało wyraźniejszych wyników przy dawkowaniu: 3 razy dziennie po 0,3 do 0,5 gr.; w dużej mierze należy tłumaczyć sobie tem, że materiał gruźliczy (głównie szpitalny) składał się przeważnie z przypadków z dość znacznie posuniętą sprawą chorobową. Po kilku dniach stosowania leku otrzymałem wprawdzie u większości tych chorych obniżenie ciepłoty wieczornej przeciętnie o jeden stopień, jednak często zjawiały się nowe wzniesienia ciepłoty, przypuszczalnie nie wskutek przyzwyczajania się do leku, lecz wskutek zaostrzenia się czy to sprawy zasadniczej, czy jako wyraz nasilenia — wtórnego, a tak częstego w gruźlicy zakażenia mieszanego. Z tego też względu trudno wypowiedzieć w tej kwestji zdanie ostateczne: należałoby przeprowadzić jeszcze badania na materiale nie tak ciężkim, z którego głównie składają się wszak choroby szpitalni. Co się tyczy duru brzuszego, to z obawy przed wystąpieniem zapaści stosowałem niewielkie dawki feniny: 3 razy dziennie po 0,15 do 0,2; wrażenie ogólne było takie, że chorzy czuli się nieco lepiej, t^o wykazywała przeciętnie obniżenie o 1/2 stopnia.

Natomiast wyniki wyraźne, i to przeważnie b. dobre, dało stosowanie feniny u pozostałych chorych. A zatem w przypadkach ostrego gościa stawowego (dawka dzienna 3-4 gramy) powodowała fenina dość szybko, bo przeciętnie po 1-2

dniach, znaczne zmniejszenie się bólów stawowych oraz spadek temperatury o jakie 1—1 1/2 stopnia bez ubocznego działania na układ krążenia: również podnieść należy brak skarg ze strony chorych na jakiś silny szum w uszach, czy zaburzenia dyspeptyczne; jak to bywa przy dawaniu salicylu.

Po 3-4 dniach przechodziłem stopniowo do dawek mniejszych, podając jeszcze przez jakiś tydzień po ustąpieniu wszelkich objawów 2-3 razy dziennie po 1/2 grama feniny. W przypadkach influenzy (3 przyp. infl. cięższej z temperaturą prawie do 40 stopni, 2 przypadki lżejsze w postaci „przeziębienia“ z katarem, bólem gardła, rozłamaniem i temperaturą do 38 stopni) przynosiła fenina chorym szybką ulgę, powodując obniżenie ciepłoty ciała, przy dawkowaniu: 3-4 razy dziennie po 0,5 gr., w ciągu 2 dni o 1 1/2 st. bez objawów osłabienia. Zasługuje na uwagę spostrzeżenie, że ani razu nie zanotowałem po przebyciu leczonej feniną influenzy tak często spostrzeganego u ozdrowieńców po tej chorobie dość długo jeszcze utrzymującego się ogólnego „rozbicia“.

Miało się zatem wrażenie, że fenina przyczynia się tu zasadniczo do definitywnego wyleczenia, usuwając przewlekłe toksyczne zmiany aparatu nerwowo-mięśniowego, które niewątpliwie stanowią przyczynę rozłamania i osłabienia chorych już w okresie zdrowienia. Ze faktycznie fenina wywiera na ustrój działanie korzystne, utrzymujące się jeszcze przez dość długi czas po zaprzestaniu podawania tego leku, za tem przemawiają również spostrzeżenia inne. Ze spostrzeżeń tych przytoczę 2 najbardziej charakterystyczne.

N. K., lat 32, cierpi na rwę kulszową od r. 1920, t. j. od czasu przebytego podczas służby wojskowej „przeziębienia“. Z początku miał ostre napady bólowe, trwające jakie 2 dni i stopniowo przechodzące. Napady rwy występowały wtedy co parę tygodni. Z biegiem czasu sprawa chorobowa przeszła w fazę przewlekłą: napady straciły wprawdzie na nasileniu—(gdy dawniej chory był podczas nich przykuty do łóżka, obecnie mógł chodzić, jednak z dużym wysiłkiem i chromając)—trwały zato po 4-5 dni i dłużej i występowały ostatnio w dość krótkich odstępach czasu, bo co 7-8 dni mniej więcej. Tylko zastrzykiwania dożylnie atofanilu przynosiły ostatnio choremu ulgę, umożliwiając mu chodzenie.—Chory ten zażył w ciągu jednego dnia tylko, na początku rozpoczynającego się okresu bólowego, 3 gramy feniny w dawkach po 1 gr. Już pod wieczór czuł się o wiele lepiej, nazajutrz nie miał żadnych dolegliwości. Najbardziej zasługuje tu na uwagę fakt, że od dnia tego chory miał 2 miesiące zupełny spokój. Również ponowna kuracja feniną (3 gramy w ciągu dnia) wystarczyła do przerwania nowego okresu bólowego i odsunięcia go na czas dłuższy. Dzięki więc temu lekowi chory, który z powodu trapiących go ustawicznie bólów, nie mógł swobodnie chodzić, a przeto i zarobkować, uważa się obecnie za zupełnie wyleczonego i jest nim z praktycznego punktu widzenia. To energiczne zadziałanie feniny wystarczyło więc do stłumienia na dłuższy czas przewlekłego zapalenia gościcowego nerwu kulszowego.

Również w 2-gim przypadku zaobserwowałem trwające dość długo działanie feniny. Chodziło tu o chorego A. K. lat 24, który już od roku miewa stany podgorączkowe do 37,3^o wieczorem. Podejrzenia, skierowane początkowo w kierunku sprawy płucnej, okazały się nieuzasadnione. Przemawiały przeciwko temu zarówno muskularna, koścista budowa chorego ze znamionami skazy dnawej, jak i dłuższa obserwacja w sanatorium dla chorych płucnych, dokąd pacjent był skierowany przez

innego lekarza. Już podczas pierwszego badania chorego przed rokiem zwróciłem uwagę na to, że chroniczne zaparcie, na które chory cierpi od dłuższego czasu, może być przyczyną tych stanów podgorączkowych.

Do otrzymanych wówczas odpowiednich zaleceń, mających na celu uregulowanie czynności mechanicznej jelit, chory się nie zastosował, brał tylko przez szereg dni (do 2 tygodni) salol bez najmniejszego wyniku. Obecnie, po przebyciu ciężkiej grypy, która ustąpiła po 4 dniach bez jakichkolwiek objawów następczych pod wpływem leczenia feniną, chory zauważył, że stracił zwykłą gorączkę na dni 10. To go skłoniło do zwrócenia się do mnie o zapisanie mu tego środka. Zazywanie feniny (3 razy dziennie po 0,5 gr.) przez 3—4 dni wystarczało tu do ustąpienia stanów podgorączkowych na 7—10 dni; jednocześnie chory spostrzegł uregulowanie się wypróżnień, ustępowanie wzdęć brzucha i nadmiernego wytwarzania się gazów. Mielśmy więc do czynienia z przypadkiem autointoksykacji jelitowej na tle niewątpliwie wzmoczonego procesu gnilnego [D e s c h w a n d e n].

Odrzuwające działanie fenolu + salicyl tłumaczy tu nam dodatni wynik terapii. Byłoby rzeczą pożądaną, aby gastrologowie, rozporządzający odpowiednim materiałem klinicznym, przeprowadzili w tym kierunku badania systematyczne.

W 2-gim przypadku rwy kulszowej ostrej otrzymałem dobre wyniki po połączeniu feniny z piramidonem:

Rp. Phennini 0,5
Pyramidoni
Coff. n. benz. aa. 0,05
Mfp. dta Nr. XII in. obl.
S. 6 proszków dziennie.

W jednym przypadku zniekształcającego zapalenia stawów w następstwie przewlekłego gościa stawowego fenina, stosowana *per se*, dała dobre wyniki; w pozostałych 2 przypadkach zapalenia zniekształcającego samoistnego, będącego wynikiem nieznanymi bliżej zaburzeń w biochemizmie ustrojowym, dobre działanie objawowe otrzymałem dopiero po zastosowaniu powyższej recepty.

W przypadkach ostrego gościa mięśniowego fenina, stosowana sama w dawkach dziennych do 2—3 gramów, dawała wyniki dobre. W migrenie wyniki zadawalające otrzymałem po dodaniu do feniny niewielkiej dawki piramidonu i kodeiny:

Rp. Phennini 0,5
Pyramidoni 0,1
Codeini phosphor. 0,01
Mfp. dtd. Nr. VI in. obl.
S. 1 2 proszki w razie potrzeby.

Stosując feninę, nie zauważyłem ani razu ujemnego oddziaływania na krążenie (brak objawów zapaści, niemiaryowości tętna) i oddychanie. Nie wywołuje lek ten również podrażnienia nerek; zwrócić tylko należy uwagę na to, że fenina jest związkiem fenolowym: w przewodzie pokarmowym odszczepia się fenol, który, wchłaniając się w jelitach, zostaje wydalony z ustroju przez nerki. Obecność fenolu w moczu nadaje mu często ciemną (zielonkawą) zabarwienie; stojąc przez dłuższy czas na świetle, mocz taki ciemnieje coraz bardziej.

Odkazujące oddziaływanie feniny na drogi moczowe podnosi wartość tego leku w zwalczaniu powyższych stanów gorączkowych.

Co się tyczy dawkowania feniny, to, jak widzieliśmy wyżej, przeciętna dawka dzienna w przypadkach lżejszych pod względem nasilenia bólowego oraz w grypie wynosi: 1½ do 2 gr. [3 4 razy dziennie po 0,5 gr.]; w przypadkach ostrego gościa stawowego lub mięśniowego, w rwie kulszowej, w uporczywych przewlekłych zapaleniach stawów dajemy 2 3—4 gr. dziennie. I tu najlepiej jest naogół stosować maksymalną dawkę jednorazową 0,5 gr., t. j. dawać feninę raczej częściej, niż rzadziej, i w dawkach większych. Chodzi o to, że według badań szkoły B ü r g i e g o [G o r d o n o f f, B e i n a s c h e w i t z] ogólne działanie lecznicze bywa intensywniejsze przy pierwszym sposobie podawania leków, niż przy drugim.

Jeśli obecnie streścimy wyniki naszych badań, to dadzą się one przedstawić w postaci następujących wniosków:

1) Fenina jest lekiem dla ustroju zupełnie nieszkodliwym, gdyż nie wywiera ujemnego działania na krążenie i oddychanie. Nie wywołuje ona również podrażnienia nerek.

2) W porównaniu z preparatami salicylowymi posiada fenina tę wyższość, że działanie jej jest bardziej energiczne, a zarazem pozbawione w dużej mierze właściwego salicylowi ujemnego oddziaływania ubocznego — czy to ogólnego, czy specjalnie na żołądek.

3) W przypadkach grypy, ostrego gościa stawowego i mięśniowego, dalej w rwie kulszowej pochodzenia gościcowego daje fenina wyniki dobre w sensie szybkiego, a definitywnego powrotu chorych do zdrowia. Przypisać to należy w dużej mierze działaniu, poza salicylem, drugiej jej części składowej, t. j. fenolu.

4) W przypadkach przewlekłego zapalenia stawów pochodzenia niegościcowego oraz w migrenie wywiera fenina działanie korzystne w połączeniu z niewielkimi dawkami innych środków (kodeiny i piramidonu). Stosowanie jej, jako podstawy mieszanek lekowych o własnościach przeciwbólowych, zasługuje tu na specjalną uwagę.

5) Doskonałe jej działanie w jednym przypadku przewlekłego samozatrucia pochodzenia jelitowego winno być zachętą do systematycznego jej wypróbowania w odpowiednich przypadkach zaburzeń żołądkowo-jelitowych.

6) W obserwowanych przypadkach duru brzuszego i gruźlicy płuc działanie jej było wątpliwe.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) L o e w e. „Die Mischarznei.—Versuch einer allgemeinen Pharmakologie der Arzneikombinationen“. *Klin. Woch* 1927, Nr. 23, str. 1076.—2) B ü r g i. „Über die pharmakologische Bedeutung von Arzneimischungen“. *Posiedz. Berl. Tow. Lek.* z dnia 10 lutego 1926 r. 3) L o e w e. „Antineuralgische Mischpulver“. *Dtsch. med. Woch.* 1927, Nr. 14, str. 559.—4) S a n t e s s o n. „Einiges über Additionsverbindungen“. *Arch. für exp. Pathol. u. Pharmakol.* t. 118, z. 5, 6, str. 313, 1926. 5) D e s c h w a n d e n. „Beitrag zur Frage der Darmfäulnis, speziell bei chronischer Obstipation“. *Arch. f. Verdauungskrankh.*, t. 36, z. 1/2, str. 34, 1926.—6) G o r d o n o f f. „Über die Zeitpotenzierung“. *Klin. Woch.* 1926, Nr. 7, str. 273.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych.

Podał

W. KNAPPE (Warszawa).

(Dokończenie).

Sprawą odkażania w gruźlicy zajmowali się już oddawna lekarze praktycy i teoretycy. Robert Koch zabrał się do badań sposobów odkażania zaraz po wykryciu lasecznika gruźlicy w r. 1882. Jasnym jest, że walka z gruźlicą będzie skuteczna, gdy wynajdzie się środek, zabijający laseczniki w ustroju i nazewnątrz ustroju.

Niestety, sprawa ta dotąd nie została jeszcze rozstrzygnięta, gdyż dotychczasowe środki odkażające, które okazały się doskonale względem innych bakterij, w gruźlicy jednak zawiodły, a to z tego powodu, że laseczniki, dzięki swojej otoczce woskowej, są daleko bardziej odporne, niż inne drobnoustroje; otoczka ta chroni je nawet od wysychania; gdy inne drobnoustroje (jak cholery, grypy) giną po wyschnięciu, laseczniki gruźlicy mogą zdala od światła opierać się wysychaniu całymi tygodniami. Z drugiej strony, śluz płwociny chroni je także od działania środka odkażającego. Większość środków odkażających działa w ten sposób, że ścina białko bakterij. Jeżeli bakterje otoczone są śluzem, to w zetknięciu ze środkiem odkażającym ścina się białko śluzu i tworzy nieprzenikloną otoczkę, która chroni zawarte wewnątrz bakterje. Daleko większe jeszcze trudności istnieją, jeżeli chodzi o zabicie drobnoustrojów w samym organizmie. Wszystkie środki, zalecane przeciw gruźlicy, okazują się całkowicie nieskuteczne.

Lewenstein dodawał do hodowli surowicoglicerynowych 2% kreozotu: całą cieplarkę czuło było kreozotem, ale na rozwój laseczników gruźlicy nie miało to żadnego wpływu. Jodoform, znany jako doskonały środek w gruźlicy kostnej, nie posiada własności bakterjobjęczych nie tylko względem laseczników gruźlicy, ale nawet gronkowców, które w jego obecności rozwijają się doskonale. Daleko skuteczniejszy jest airol. Działanie jodoformu i kreozotu na ustrój gruźliczy ma, widać, inne wytłumaczenie: prawdopodobnie środki te działają pobudzająco na organizm w walce jego z gruźlicą.

Sublimat, tak chętnie stosowany przez lekarzy w praktyce z powodu swych wysokich własności odkażających i braku wszelkiego zapachu, nie odkaża płwociny, ponieważ tworzy on właśnie najłatwiej ową otoczkę białkową, której sam już nie może przeniknąć. Po dłuższym pozostawianiu płwociny w sublimacie można zawsze jeszcze wewnątrz wykryć żywe laseczniki gruźlicy. Nawet rozczyn 5 na 1000 po 6 godzinach nie daje jeszcze gwarancji zupełnej dezynfekcji.

Kwas karbolowy, używany do odkażania w 2% roztworze, wymaga w roztworze 5% działania przy-

najmniej 24 godzin na płwocinę, a 10% roztwór 6 godzin, przyczem ilość roztworu musi być 2 razy większa od ilości płwociny.

Krezole działają w podobny sposób, jak karbol; o tyle jednak silniej, że wystarcza koncentracja nawet dwa razy słabsza. Krezole, znajdujące się w handlu, są mieszaniną orto-meta i para krezolów; działanie ich jest równie dobre, jak krezolów. Daleko częściej używa się mieszaniny krezolów z mydłem — lizolu, który zawiera 50% krezolu, i z dobrym skutkiem może być używany do dezynfekcji w koncentracji 5% w ciągu 12 godzin. Lizoform jest preparatem mydłano formaldehydowym; niema nic wspólnego z lizolem prócz podobnej nazwy, a działanie jego jest znacznie słabsze; nawet 10% roztwór lizoformu jest bezskuteczny po 4 godzinnem działaniu, według Uhlenhuta i Jöttena.

Jeszcze lepszy od lizolu jest alkalizol, który ma odkażać płwocinę gruźliczą w 5% roztworze po 4 godzinach. Jest to krezol, zalkalizowany skoncentrowanym ługiem. Ług homogenizuje płwocinę, wskutek czego środek może swobodnie przeniknąć do bakterij. Uhlenhut już dawniej wprowadził 75% roztwór ługu potasowego z 10% roztworem podchlorynu potasu pod nazwą antiformin, jako środek do odkażania płwociny. Okazało się że 5% roztwór antyforminy rozpuszcza wprawdzie wszystkie bakterje i elementy tkankowe, lecz bakterje gruźlicy i ich zarodniki pozostają nietknięte. Antyformina przeto niema zastosowania w odkażaniu płwociny; natomiast jest znakomitym środkiem, ułatwiającym badanie płwociny na laseczniki. W tym celu dodajemy do większej ilości płwociny antyforminy na 2 godziny, odwirowujemy mieszaninę, przemywamy osad i badamy go zwykłą metodą na laseczniki gruźlicy. Zwłaszcza we wczesnych okresach gruźlicy antyformina wyświadcza dobre usługi w wykrywaniu laseczników w płwocinie. Jako środka odkażającego, musianooby użyć 10% antyforminy w ilości 25 razy większej niż płwocina, i przy ciepłocie 50 do 60°; nie posiada przeto ona żadnego znaczenia praktycznego.

W ostatnich czasach wyróżniły się preparaty chlorowe. Laubenheimer dowiódł, że chlorowane krezole mają daleko silniejszą wartość odkażającą, niż krezole. Również i ksylenele, które są wyższym stopniem krezolów, działają lepiej od krezolów, lecz cena ich jest wysoka z powodu kosztów produkcji. Z czasem ksylenele i chlorowane krezole będą stanowiły najlepsze środki odkażające. Chlormetakrezol, wprowadzony do handlu pod nazwą grotan, dezynfekuje płwocinę w 2% roztworze po 4 godzinach. Sagrotan, który jest mieszaniną chlorkrezolu i chlorksylenolu, odkaża płwocinę w roztworze 2% po 2 godzinach. Schottelius dowodzi, że 1% roztwór wystarcza w praktyce do odkażania. Dobrym środkiem okazał się chloramin Heydena, organiczne połączenie chloru z toluolem (sól sodowa paratoluolsulfochloramidu). 5% roztwór tego związku odkaża płwocinę gruźliczą po 4 godzinach.

T. zw. sputamin jest wprost 80% chloraminem, Desamin jest podobnym preparatem chlorowym. Wszystkie te preparaty mają tę wyższość, że są bez zapachu, mają postać proszku, mogą być przeto łatwo przenoszone, są trwałe w szczelnem opakowaniu i względnie tanie. Roztwory tracą swą skuteczność po 8 dniach.

Do dezynfekcji rąk używa się chloraminu w odpowiedniem rozcieńczeniu. W czasie wojny Francuzi używali płynu Dakina (200,0 calc. chlorati; 140,0 natr. carbonici; 25,0—40,0 acidi borici; 10 litrów Aq.; płyn taki zawiera 10,0% natr. hypochlorosi) do odkażania ran i rąk. Simon i Wolf zaprowadzili chlorek wapnia do odkażania płwociny, mianowicie 1 cz. chlorku wapnia i 2 cz. soli strasfurckiej po 3 godzinach płwocina ma być odkażona. Inni kwestjonują skuteczność tego sposobu (Kirstein).

Oddawna wiadomo, że wysoka ciepłota zabija laseczniki gruźlicze; mianowicie: laseczniki giną w 60° ciepłocie po 15 minutach, a w 85° C już po jednej minucie. Najlepiej jest przeto spluwaczki wygotowywać — to samo łyżki, noże i widelce. Dla zakładów leczniczych istnieją specjalne aparaty do wygotowywania naczyń. Spluwaczki kieszonkowe nie noszą gotowania; należy je przeto zanurzyć w 2% roztworze mydła krezolowego i po 2 godz. przepłukać wodą gorącą. Wylewania spluwaczek do zlewów bez odkażenia a probować nie można. Tekturowe spluwaczki, które po zużyciu spalano, wyszły z użycia, ponieważ koszt ich był za duży. Każdy chory powinien mieć spluwaczkę kieszonkową własną. Spluwaczki ogólne na podłodze powinny być unikane, ponieważ chorzy nie trafiają do nich przy spluwaniu. Swoją drogą stawiać je trzeba. Napełniać je należy trocinami lub fusami z kawy, z dodatkiem 2% lizolu, dla odpędzania much.

Serwetki i chustki moczy się przez 12 godzin w 2% lizolu, dopiero po tem się je pierze. Papierowe serwetki są o tyle lepsze, że można je spalać po zużyciu. Bieliznę chorych gruźliczych należy oddzielać od bielizny zdrowych. Bieliznę, zanieczyszczoną ropą z ran, pęcherza lub kiszek, wkłada się naprzód na 2 godziny do 2% roztworu lizolu, gdyż w gotowaniu bez tego ropa wgrzyza się w tkaninę i nie da się następnie wyprać na czysto.

Pokoje odkaża się w ten sposób, że ściany wybiela się nanowo, a sprzęty i podłogę zmywa się 2% lizolem. Odkazanie formalinowe jest kłopotliwsze i kosztowniejsze.

Ubrania i materace wymagają odkażania w aparatach parowych. Książki i papiery, o ile nie można ich spalić, należy poddać suchemu ogrzewaniu wprost w piecu kuchennym na drzewie pod stałą kontrolą, żeby nie zżółkły lub nie zwęgliły się.

Mleko powinno być poddawane pasteryzowaniu, ponieważ gotowanie niszczy witaminy.

Wszystkie zabiegi nie wystarczą, jeżeli chory nie będzie się zachowywał we właściwy sposób. Płwocina i ślina jego, a głównie kropelki, wyrzucane z ust podczas kaszlu i mowy, stanowią niewyczerpane źródło zarazy dla otoczenia. Łóżko chorego na gruźlicę otwartą powinno być zastawione parawanem, żeby na nim osiadały kropelki śliny, wyksztuszone podczas kaszlu i kichania i nie roznosiły się po mieszkaniu.

Dur osutkowy, który nawiedził nas epidemicznie w czasie wojny, sporadycznie zjawia się dotąd. Sprawozdanie z roku 1925 wykazuje w całym Państwie 4196 przypadków zachorowań z 338 zgonami (t.j 8%). Najwięcej przypadków stwierdzono w okręgu administracyjnym wileńskim, mianowicie 447, w tem tylko 6 zgonów; najmniej w województwie poznańskim 1 przypadek, który zakończył się śmiercią. W województwie śląskim wcale w tym roku przypadków duru osutkowego nie było.

Zarazek jest przesączalny. Czytawcy, dostrzeżone przez Prowazekę w nabłonku przewodu pokarmowego wszy zakażonej, ohrzczone nazwiskiem dwóch badaczy, którzy najbardziej przyczynili się do wyjaśnienia zagadki duru wysypkowego: *Rickettsia Prowazeki* (Ricketts i Prowazek), potwierdzone przez badania Polaka Rudolfa Weigla są zarazkiem duru osutkowego, dokładnie jeszcze niewiadomo. Niektórzy utrzymują, że *Rickettsia Prowazeki* jest właściwie *proteus X₁₉*, dający znaną próbę Weil-Feliksa, wprowadzoną do rozpoznania duru osutkowego w r. 1916—1917 przez tych uczonych w Małopolsce. Weigel stanowczo temu zaprzecza, ponieważ *proteus* nie daje się wyhodować z zakażonej wszy. Najprawdopodobniej jednak przyczyną duru osutkowego jest owa *Rickettsia Prowazeki*, którą w durze osutkowym znajduje się w ustroju ludzkim w ścianach drobniutkich tętniczek, w wątrobie, mózgu i białych ciąłkach krwi.

Dur osutkowy przenosi się przez wszy, które śsały krew chorego na dur w okresie najwyższej gorączki aż do 5-go dnia po ustąpieniu gorączki. Dopiero po 4-6 dniach wesz staje się zdolna do szerzenia zakażenia, i zachowuje tę zdolność przez całe swoje życie, które w tym stanie trwa przeciętnie 25 dni. Zdolność zakażenia przechodzi i na drugie pokolenie wszy przez gnidy. Badania nad wszami zakażonymi wykonywał w Warszawie w czasie okupacji, w szpitalu Ujazdowskim lekarz niemiecki z Instytutu Higieny zwrotnikowej w Hamburgu, brazylijczyk Da Rocha Lima.

Dokładnie odwieszony chory z dorem wysypkowym nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Przenoszenie jest możliwe tylko tam, gdzie są zakażone wszy.

Zapobieganie polega na dokładnem odwieszaniu chorego, jego odzieży i wszelkich przedmiotów, do niego należących. Najlepiej będzie umieścić go w szpitalu. Szczególnie ważne jest tępienie gniid we włosach. Włosy należy krótko ostrzyć, głowę na 24 godziny owiazać chustką, zmoczoną w occie sabadylowym, zarost na twarzy golić, włosy na innych częściach ciała usuwać za pomocą *pasta depilatoria* (siarczku strontu 50, krochmalu i tlenku cynku po 20) przez 15 minut, zmywając ją potem wodą gorącą. W ostatnich czasach wprowadził Merck preparat miedzi pod nazwą *Cuprex* do odwieszania. Smaruje się tym płynem włosy na 2—4 godzin, potem zmywa się je wodą ciepłą. Lekarze i pielęgniarze powinni nosić fartuchy. Nie należy osłuchiwać chorego gołym uchem. Przyjezdnych z miejscowości zakażonej oraz przesyłki odzieży, gałganów, bielizny, pierzy i t. p. należy poddawać odkażaniu w piecach.

Największą pracę w tępieniu duru osutkowego mają władze sanitarne www.dlibra.wum.edu.pl

Niemiecka ludność podczas wojny światowej uchroniła się prawie zupełnie od duru wysypkowego; u nas nie dało się opanować epidemii całkowicie, dopóki sama nie wygasła, pomimo współdziałania władz wojskowych okupacyjnych i następnie własnych.

Wszystko, co powiedziano o durze wysypkowym, dotyczy również duru powrotnego, którego zarazek, krętek *Obermeiera* przenosi się za pośrednictwem wszy.

Do walki z chorobami zakaźnymi należy i leczenie swoiste. Im prędzej chory wyzdrowieje, tem bardziej skraca się okres jego zaraźliwości, tem mniejsze są szanse rozszerzenia się choroby. Każdy lekarz dąży do tego, żeby wyprowadzić chorego jaknajprędzej z choroby; różne są jednak metody leczenia, różne zapatrywania na wartość leczniczą środka zalecanego, a *last not least* — różny jest stopień wykształcenia lekarzy.

Otóż, co się tyczy leczenia chorób zakaźnych, to powinno być nakazem dla lekarza korzystanie z surowicy swoistej, o ile taka surowica istnieje, i w dawkach, po których można się spodziewać dobrego wyniku. Sam byłem świadkiem w Wiedniu, jak znakomity prof. chorób dziecięcych *Kassowitz* przekonywał audytorjum, że surowica przeciwbłonicza nie ma żadnej wartości; obecnie znów zdania są podzielone co do wartości surowicy przeciwbłoniczej i szczepień ochronnych.

Ażebym dopomóc organizmowi skutecznie walczyć z zakażeniem, należy wprowadzić doń gotowe antytoksyny, ściślej mówiąc, gotowe chwytniki, które otrzymuje się z surowicy krwi zwierząt, najodporniejszych przeciwko danemu zarazkowi. Niestety wielu takich surowic dotąd nie posiadamy.

Na pierwszym planie stoi wśród nich, jako tryumf wiedzy lekarskiej, potężny środek leczniczy — surowica przeciwbłonicza. Przez wprowadzenie do arsenału leczniczego tego środka znikło niemal zupełnie niebezpieczeństwo błonicy. Po ustaleniu rozpoznania drogą bakterjologiczną lub prosto kliniczną — zastrzykujemy odpowiednią dawkę surowicy, którą po 2 dniach niekiedy powtarzamy, i uważamy, że wszystko jest zrobione, czego choroba wymaga dla jej zwalczania. Sam prowadziłem duży oddział błonicy w okresie wojny światowej, i zajmował on mi najmniej czasu, gdy dawniej, każdy chory błonicy walczył ze śmiercią, a dzieci w 90% przypadków na błonicę umierały.

Tylko chyba niekorzystaniem z surowicy można sobie wytłumaczyć, że w r. 1925 na 5888 przypadków błonicy w całym państwie było aż 567 zgonów, t. j. 9.5%*), odsetek wyższy niż na dury brzuszny i plamisty, przeciw którym surowicy nie posiadamy. Zresztą wszystkie cyfry statystyczne sprawozdań urzędowych należy traktować z wielką rezerwą; kto się w te sprawozdania wczytuje uważnie, musi nabrać przeświadczenia, że meldowane były władzy nie wszystkie przypadki, lecz głównie przypadki śmiertelne lub też przesyłane do szpitali. Wiele przypadków w domach prywatnych, po wsiach i t. d. nie zostało zupełnie ujawnionych.

*) Według niektórych autorów odsetek śmiertelności ma zależeć nie od stosowania surowicy, lecz od charakteru epidemii błonicy.

nionych. Odsetek śmiertelności w takich warunkach jest bardzo niekorzystny. Statystyki w Państwach zachodnich posiadają te same błędy.

Dawki lecznicze surowicy są różne w zależności od wieku chorego, od natężenia objawów zatrucia jadem błonicy, od sposobu wprowadzania surowicy, podskórnice, śródmięśniowo czy dożylnie, i wynoszą od 2 do 40 tysięcy jednostek. Jednostką przeciwjadową nazywamy najmniejszą ilość surowicy, która, zmieszana z najmniejszą dawką śmiertelną jadu dla świnki morskiej wagi 250 gr., dawkę tę zobojętnia. Surowica przeciwjadowa jest dobra, jeżeli zawiera w 1 cm³ minimum 200 - 250 jednostek. Jeden flakon zawiera zwykle 5 ccm — czyli 1000 jednostek. Dawki, stosowane w Polsce, są zbyt małe (lekarze ograniczają się zwykle do 2 flakonów, gdy tymczasem łagodny przypadek dziecka do lat dwóch wymaga 2 - 3 tysięcy jednostek, a bardzo ostry przypadek — 10 tysięcy jednostek. Dzieci powyżej lat 2 do lat 15 wymagają od 3 do 20 tysięcy jednostek.

Surowica płonicza antytoksyczna zastrzykuje się w ilości 40 ccm. śródmięśniowo; w przypadkach ciężkich można dawkę podwoić lub zastrzykiwać dożylnie.

W odrze stosujemy surowicę ozdrowieńców, pobraną w 7 dni po spadku ciepłoty. Leczniczo zastrzykuje się 10, 15, 20 ccm.

W krztuścu stosujemy leczniczo surowicę z koni, uodpornionych zabitemi i żywymi hodowlami kilkunastu szczepów prątka *Bordeta* i *Genbou*, wykrytego w r. 1906. Dawka lecznicza wynosi 10 - 50 ccm surowicy podskórnice lub śródmięśniowo, zależnie od wieku chorego, oraz natężenia objawów chorobowych, i w razie potrzeby bywa powtarzana po 24 - 48 godzinach.

W zapaleniu nagminnem opon mózgowo-rdzeniowych, stwierdzonem klinicznie i na podstawie wyników badania płynu mózgowo-rdzeniowego (obecność meningokoków, leukocytozy i białka), stosujemy surowicę swoistą względem meningokoków *Weichselbauma* typu A, B, lub wieloważną w dawkach 30 - 50 ccm. wprost do kanału rdzeniowego. Zastosowana wcześniej, 1-go lub 2-go dnia choroby, surowica często przerywa chorobę i daje wyleczenie w ciągu kilku dni. Zastrzykiwano ją również wprost do komór (*Lewkowitz* 1910) i śródżylnie kilka razy. Stosowana podskórnice, wywiera słabsze działanie lecznicze.

W grypie stosuje się surowicę przeciwgrypową z koni, uodpornionych hodowlami prątka grypowego *Pfeiffera* (1892), pneumokoków, paciorkowców i gronkowców z przypadków grypy. Surowicę zastrzykuje się śródmięśniowo, względnie podskórnice w ilościach od 50 do 100 ccm. Surowica, wstrzyknięta na początku choroby, zapobiega powikłaniom i skraca przebieg sprawy chorobowej.

Surowica czerwona trwania choroby nie skraca, znaczenia przeto w walce z chorobą niema, natomiast posiada wartość, jako sprawiająca ulgę choremu w jego cierpieniach.

Zimnica szerzy się za pośrednictwem komarów, z którymi walka należy do władz sanitarnych państwowych, i polega na asenizacji wodnych terenów. U nas praca ta jest już zapoczątkowana. Chory na zimnicę bezpośrednio dla otoczenia niebezpieczeństwa nie przedstawia, natomiast niebez-

pieczny jest pośrednio przez komary. Lekarz powinien wcześniej sprawę rozpoznać i doszczętnie chininą ją wyleczyć, nie zaś zaleczyć kilkoma dawkami chininy, i przez cały czas obserwacji chorego chronić go od dostępu komarów, nietylko w tym celu, żeby komary nie zaszczyły mu świeżych hemosporidij, lecz głównie, żeby nie zakażał komarów.

Pokoje w miejscowościach, nawiedzonych przez komary, powinny mieć okna zaopatrzone w siatki; chorzy nie powinni się wydalać z mieszkań na spacer w porze fruwanania komarów o zmierzchu i t. d. U nas szczególnie dużo zakażonych komarów znajduje się w okolicach Łazienek i Wilanowa.

W celu zwalczania chorób skórnych i chorób włosów, władze nasze wydały już przepisy dla fryzjerów. Mają oni dbać o czystość rąk, dezynfekować instrumenty, szczotki i grzebienie. Chorzy skórni powinni mieć swoje własne szczotki, grzebienie, brzytwy, ale wogóle nie powinni być wpuszczani do zakładów fryzjerskich, lecz strzyż się w domu. Używanie wspólnych pendzli do namydłania jest wzbronione; fryzjerzy powinni namydlać twarz ręką, szczotki wygotowywać w sodzie, a nożyczki i t. p. myć w 70% spirytusie lub spirytusie mydlanym.

PIŚMIENNICTWO.

1) Berhardt E. Zur Dauer der Uebertragungsgefahr des Scharlachs. D. Med. Wochenschr. Nr 49, 1926. 2) Biehler Matylda. Porażenie rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medina z uwzględnieniem epidemji, jaka nawiedziła Królestwo Polskie w 1911 r. Przegląd Pedjatryczny. Zeszyt I—V. 1913. r. 3) Ciagliński Adam. Naczelnik Wydziału Statystycznego. Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności Władz i Instytucji Zdrowia Publicznego w r. 1925. Dodatek: Sprawozdanie o przebiegu chorób zakaźnych w r. 1925. 4) Dłuski K. Walka z gruźlicą. 5) Eugling M. Ueber die Desinfektionsfragen bei der Tuberkulose. Die ärztliche Praxis, Heft 8. 1927. 6) Friedemann U. und Deicher K. Die Uebertragung des Scharlachs. D. Med. Wochenschr. Nr. 51. 1926. 7) Gärtner A. Die Verhütung der Uebertragung und Verbreitung ansteckender Krankheiten. Handbuch der gesamten Therapie, Pentzold und Stintzing. Erster Band. Fünfte Auflage, 1914. 8) Kleinschmidt H. Prof. Das Isolierungsproblem in der Prophylaxe der akuten Infektionskrankheiten. D. Med. Wochenschr. Nr. 45. 1926. 9) Mering J. Podręcznik chorób wewnętrznych. Tom pierwszy; zeszyt pierwszy. Choroby zakaźne, przetłumaczył Dr. B. Handelsman. 10) Nitsch prof. Kurs bakterjologii w Uniw. Warsz. Notatki. 11) Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie. Surowice i szczepionki. 1927. 12) Przesmycki F. Surowice i szczepionki. Warsz. Kalendarz Lek. 1926. 13) Rocznik Statystyczny Warszawy. 1925. Skład główny w Wydz. Stat. Magistratu. Krakowskie Przedm. Nr. 1. 1927. 14) Sparrowa H. O szczepieniach przeciwbłoniczych według metody Dick'ów. Warsz. Kalendarz Lek. 1926. 15) Trenkner H. Tablica chorób zakaźnych. Warsz. Kalendarz Lekarski, 1926.

Zyciorysy.

S. p. prof. Paweł Kuczera.

Doszły nas wieści żałobne z Pragi Czeskiej o zgonie prof. Kuczery.

Był to uczony wielkiej miary i człowiek niepospolity, którym szczyć się może zarówno Czecho-Słowacja, jak i Polska.

Czech z pochodzenia, przybył On do Polski z prof. Andrzejem Obrzutem; powołanym na katedrę anatomji patologicznej we Lwowie. Słynny ten uczony polski, który w Pradze miał katedrę anatomji patologicznej, na pierwsze wezwanie Ojczyzny stanął się we Lwowie, by dać podwaliny zakładowi anatomji patologicznej w nowopowstałym Uniwersytecie Jana Kazimierza. Prof. Obrzut przywiózł ze sobą jednego z najzdolniejszych swych uczniów — młodego Czecha, Pawła Kuczere.

I tak samo jak polak Obrzut poświęcił swój talent pedagogiczny Uniwersytetowi w Pradze, tak również Czech Kuczera całym sercem i duszą oddał się pracy w Uniwersytecie Lwowskim.

Z początku, jako asystent zakładu anatomji patologicznej, potem jako docent kierownik działu bakterjologicznego tego zakładu, bierze On czynny udział w utworzeniu Zakładu Higjeny i bakterjologii, obejmuje jako profesor katedrę tych przedmiotów i pracuje we Lwowie na tem stanowisku przez lat kilkanaście.

Szybko opanowawszy język polski, prof. Kuczera całym sercem ukochał nową swą Ojczyznę i jej kulturę i poświęcił Polsce wszystkie swe siły naukowe.

Doskonały wykładowca, wyśmienity organizator i kierownik Zakładu, sumienny i ścisły uczony,

zyskał prof. Kuczera nietylko imię w nauce pracami swemi, zwłaszcza o meningokokach, o czerwonce u obłąkanych, o cholery i inn. lecz przede wszystkim zasłynął jako znakomity profesor, który wychował kilkanaście roczników uczniów, rozproszonych po całej Polsce.

Ciesząc się wielkiem uznaniem wśród profesorów wydziału lekarskiego, zwłaszcza z pośród młodszej, żywszej generacji, oprócz innych godności piastował On również godność dziekana. Prawdziwy przyjaciel i starszy kolega dla asystentów, szanowany, kochany i wielbiony przez nich i przez całą młodzież akademicką za swój serdeczny, życzliwy i wysoce kulturalny stosunek do nich, — pozostał prof. Kuczera we Lwowie pamięć nieskazitelnego człowieka, o wielkiej odwadze cywilnej i głębokiej kulturze duchowej.

Wybitny esteta i myśliciel interesował się On wszystkimi przejawami życia kulturalnego zarówno Polski, jak Czech i całego Zachodu, daleki będąc od tak rozpowszechnionego w Czechach wielbienia Wschodu.

Przez cały okres wojny światowej prof. Kuczera pozostał na stanowisku swem, jako kierownik Zakładu Higjeny we Lwowie i przeszedł tu gehennę okupacji rosyjskiej i walk zbrojnych z Ukraińcami o polskość Lwowa. Przez cały ten czas występował prof. Kuczera z godnością i odwagą, jako profesor polskiej uczelni, jako obywatel polak.

Skończyła się wojna, na gruzach rozpadniętych państw zaborczych obok Polski powstała Czecho-Słowacja.

Oba te odrodzone państwa z gorączkową szybkością tworzyć zaczęły nowe placówki naukowe. Polska skupiła u siebie szereg rodaków swych,

którzy w państwach ościennych lub nawet dalej na zachód położonych zasłynęli jako uczeni, profesorowie lub organizatorzy nauki.

Również Czecho-Słowacja z takim samym apelem zwróciła się do swoich rodaków, rozproszonych po innych Państwach.

Zaszczytną propozycję objęcia naczelnego stanowiska w higienie naukowej swej pierwotnej ojczyzny otrzymał również prof. Paweł Kuczera.

Po pewnym wahaniu pomiędzy macierzą swą a przybraną Ojczyzną, uważał prof. Kuczera za obowiązek swój wrócić do Czecho-Słowacji, w której ujrzał światło dzienne i której—po odzyskaniu niepodległości musiał oddać resztę swego życia.

Wierny uczeń i przyjaciel Obrzuta, poszedł w ślady swego mistrza, który wrócił ongiś do Polski, by ofiarować Jej swe doświadczenie, w Czechach zdobyte.

Prof. Kuczera w Czecho-Słowacji był profesorem higieny i rektorem Uniwersytetu Masaryka w Bernie Morawskim, a potem naczelnym dyrektorem Państwowego Zakładu Zdrowia Publicznego Republiki Czeskosłowackiej.

Na tem najwyższym stanowisku zastała Go śmierć z powodu choroby płucnej, na którą cierpiał od wielu lat. Zmarł prof. Kuczera w sile wieku, gdy nauka wiele jeszcze mogła po nim oczekiwać.

Współ z Czecho-Słowacją żegna Go bólem i zalem głębokim również i Polska.

Po prof. Pawle Kuczercie pozostaje w Polsce wspomnienie człowieka o kryształowym charakterze, wielkiego uczonego i pedagoga, który najlepsze swe męskie lata poświęcił pracy w polskim uniwersytecie i dla Polski.

Dr. Stefan Rudzki (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	29/IV — 5/V	6/V — 12/V
Dżuma	0	0
Ospa	2 (zg. 0)	0
Cholera	0	0
Dur brzuszny	179 (zg. 13)	210 (zg. 16)
Dur rzekomy	0	0
Dur osutkowy	82 (zg. 0)	90 (zg. 7)
Dur powrotny	1 (zg. 0)	0
Czerwonka	5 (zg. 3)	7 (zg. 1)
Płonica	400 (zg. 23)	348 (zg. 38)
Błonica	161 (zg. 7)	146 (zg. 13)
Zapal. op. mózgu	31 (zg. 12)	32 (zg. 7)
Odra	577 (zg. 14)	883 (zg. 12)
Róża	65 (zg. 3)	56 (zg. 5)
Krztusiec	158 (zg. 11)	165 (zg. 18)
Malarja	21 (zg. 0)	31 (zg. 0)
Posoczn. połog.	22 (zg. 8)	22 (zg. 14)
Trąd	0	0
Jaglica	354 (zg. 0)	357 (zg. 0)
Wąglik	0	1 (zg. 1)
Nosaczna	0	0
Włośnica	6 (zg. 0)	1 (zg. 0)
Wścieklizna	0	0
Zatrucie jad. kiełb.	3 (zg. 0)	5 (zg. 1)
Choroba Heine-Medina	2 (zg. 0)	1 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne	355 (zg. 40)	173 (zg. 44)

— Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego nadesłał nam, z prośbą o wydrukowanie, pismo następujące:

W sprawie szerzenia się chorób zakaźnych w Ambulatorjach dla dzieci.

1. Drugi Zjazd Pedjatrów Polskich w Poznaniu w czerwcu 1924 r. stwierdził, że sprawa gruntownej reformy Ambulatorjum chorób dziecięcych stała się w ostatnich czasach palącą ze względu na system leczenia ambulatoryjnego przyjęty w kasach chorych. Ogromna większość ambulatorjów źle urządzonych i źle prowadzonych przynosi dzieciom bardzo wielką szkodę, przyczyniając się w znacznej mierze do szerzenia chorób zakaźnych przez wzajemne zarażanie się dzieci w poczekalniach, gabinetach lekarskich (szczególniej kokluszem i odrą).

Dlatego Zjazd powziął uchwałę, ażeby zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z wezwaniem, aby jaknajrychlej zarządziła Komisijną Rewizję stosunków, panujących w przychodniach dla dzieci.

2. Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, jako wykonawca uchwał zjazdowych, przesłał powyższą uchwałę wraz z motywami do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, która następnie zwróciła się do Tow. Pedjatrycznego z prośbą „o opracowanie wzoru, wskazującego minimum wymagań sanitarnych w poczekalniach i sposobu grupowania w nich chorych.“ Przepisy powyższe miały posłużyć za „podstawę do wdrożenia przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych odpowiedniej akcji“.

3. W czerwcu 1925 r. Tow. Pedjatryczne przesłało do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia „Projekt przepisów, zapobiegających szerzeniu się chorób zakaźnych wśród dzieci w Ambulatorjach“, zawierający: a) przepisy ogólne, b) przepisy w sprawie pomieszczenia i urządzenia ambulatorjum, c) przepisy normujące sposób czynności w Ambulatorjum dziecięcym.

4. Wobec braku wszelkiej akcji w tym kierunku ze strony Ministerstwa, Zarząd Polskiego Tow. Pedjatrycznego zwracał się pismem odpowiednim do Ministerstwa jeszcze kilkakrotnie w ciągu 1926 i 1927 r.

5. W czerwcu 1927 r. zebrał się trzeci Zjazd pedjatrów polskich w Wilnie, który, wobec ważności poruszonych sprawy powziął powtórnie szereg uchwał w sprawie urządzenia i prowadzenia Ambulatorjów dziecięcych. Uchwały te były w czasie właściwym przesłane przez Zarząd Polsk. Tow. Pedjatrycznego do Ministerstwa.

6. Z powyższego przedstawienia wynika, że upływają już cztery lata od chwili, kiedy Tow. Pedjatryczne rozpoczęło systematyczną akcję w celu zwalczania zakażeń wśród dzieci w Ambulatorjach dziecięcych, wobec jednak zupełnej obojętności miarodajnych czynników akcja ta dotąd, niestety, nie dała żadnego wyniku.

Dlatego Zarząd Polskiego T-wa Pedjatrycznego zwraca się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą, aby dla dobra dzieci chorych polecił podwładnym sobie organom zająć się sprawą koniecznych reform w przychodniach dla dzieci, w myśl postulatów nauki i higieny społecznej.

— Kurs bakterjologii, serologii i chemji dla celów djagnostyki lekarskiej zorganizowany przez Państwowy Zakład Higjenu.

Kurs ten ma za zadanie zaznajomienie słuchacza z całością badań w zakresie bakterjologii, serologii, mikroskopji i chemji klinicznej, potrzebnych dla djagnostyki lekarskiej, przyczem główna uwaga będzie zwrócona na wyszkolenie praktyczne.

Program kursu będzie obejmował:

a) z bakterjologii: djagnostykę bakterjologiczną chorób

zakaźnych (błonicy, gruźlicy, duru brzuszego, czerwonki, choroby i t. p.);

b) z serologii: serodjagnostykę chorób zakaźnych (reakcja Widala, Weil-Felixa), serodjagnostykę kiły i t. p. (reakcja Bordet-Wassermann, Sachs, Kahna);

c) badania na grupy krwi;

d) z mikroskopji klinicznej: hematologję, badania na zimnicę, krętkowicę, robaki, grzybki chorobotwórcze, badania chemiczne i mikroskopowe moczu, kału, treści żołądka, płynu mózgowo-rdzeniowego, wsięków i t. p.;

e) z chemji klinicznej: badania ilościowe moczu i krwi, (oznaczanie azotu, mocznika, kwasu moczowego, cukru i t. p.), oznaczanie ph. (steżeń jonów wodorowych).

Czas trwania kursu będzie od 1 października do 1 kwietnia. Zajęcia trwałyby kilka godzin dziennie w tem 1 i 1/2 godziny wykładów, reszta zajęcia praktyczne. W czasie trwania kursu colloquia po skończeniu działu. Na końcu egzamin komisji urzędowej. Kończący kurs będzie obowiązany praktyka w jednej pracowni, z zaaprobowanych przez Państwowy Zakład Higjeny.

Uczniowie będą otrzymywać odpowiednie świadectwa, na podstawie których będą mogli ubiegać się o pozwolenie do samodzielnego prowadzenia pracowni analiz lekarskich w wymienionym zakresie.

Kwalifikacje potrzebne do przyjęcia na kurs: ukończone studia wyższe, przede wszystkim lekarskie, następnie przyrodnicze, farmaceutyczne, chemiczne na uniwersytetach i politechnikach.

Kierownictwo kursu zastrzega sobie prawo wymagania od uczniów przerobienia dodatkowo niektórych przedmiotów, jak np. histologii i fizjologii przez farmaceutów i chemików.

Kandydaci nie posiadający wymienionych kwalifikacji mogliby być przyjmowani wyjątkowo, jako wolni słuchacze, nie będą jednak mieli prawa samodzielnego prowadzenia lekarskiej pracowni rozpoznawczej.

W wyjątkowych wypadkach kandydaci mogą być przyjmowani nie na cały kurs, lecz na poszczególne jego części: bakterjologję, serologję, chemję i mikroskopję kliniczną.

Opłata za kurs wynosić będzie około 100 zł. miesięcznie, wliczając w to naukę, urządzenia, odczynniki, podłoża, zwierzęta doświadczalne i t. p.

— Kursy dokształcenia sanitarnego dla nauczycielstwa szkół powszechnych.

Wzorem lat ubiegłych odbędą się w Państwowej Szkole Higjeny (Warszawa, Chocimska 24) dwa kursy wakacyjne: I-szy od 9 do 28 lipca, drugi od 6 do 25 sierpnia r. b.

Każdy kurs będzie obejmował 4 działy: 1) nauk przyrodniczych (biologję, anatomję i fizjologję, bakterjologję i naukę o odporności, higienę odżywiania, higienę pracy umysłowej), 2) metodyki nauczania higieny i wychowania higienicznego, 3) higieny publicznej (uzdrowotnienia miast i wsi (higienę budynku szkolnego i jego otoczenia), 4) higieny społecznej (zwalczanie ostrych chorób zakaźnych, gruźlicy, alkoholizmu i innych klęsk społecznych, higiena dziecka i pielęgniarstwo społecznie.

Dla pewnej liczby (do 60) słuchaczy(ek) każdego kursu, którzy nie będą mogli znaleźć pomieszczenia w lokalach prywatnych w Warszawie, Dyrekcja Państwowej Szkoły Higjeny rezerwuje lokale burs. gdzie pobyt całodzienny w warunkach bardzo dogodnych, łącznie z żywieniem, wynosić będzie 5,50 gr. dziennie. Nauczanie na kursach jest bezpłatne.

Zgłoszenia na formularzach kart wpisowych na kursy wakacyjne kandydaci winny przysłać przed dniem 10 czerwca roku 1928 za pośrednictwem Inspektorów Szkolnych do Dyrekcji Państwowej Szkoły Higjeny, zaznaczając na który z tych kursów reflektują i czy proszą o zapewnienie im bursy.

Wraz z kartą wpisową kandydat winien złożyć w biurze Inspektora Szkolnego 10 (dziesięć) złotych wpisowego.

O zakwalifikowaniu na kurs oraz o ewentualnem przyjęciu do bursy kandydaci zostaną powiadomieni za pośrednictwem Inspektoratów Szkolnych do dnia 20 czerwca roku 1928.

— D. 12 b. m. odbyło się w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem uroczyste posiedzenie, poświęcone pamięci Andrzeja Ciechomskiego i Władysława Janowskiego. O ś. p. Ciechomskim wygłosili przemówienia profesorowie Kryński i Leśniowski, o ś. p. Janowskim — Krauze i Saski.

— W Siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23) w piątek dnia 8 czerwca r. b. o godz. 8 1/2 wiecz. odbyło się posiedzenie dyskusyjne, na którym dr. A. Przyborowski wygłosił odczyt p. t. „Międzynarodowe Stowarzyszenie zawodowo-lekarskie“.

— W Klubie Lekarzy Polskich (Nowy Świat 67) w dniu 13/VI r. b. o godz. 8 1/2 wieczorem odbyło się zebranie, na którym Prof. Dr. Modrakowski wygłosił odczyt p. t. „Obchód trzystoletnia odkrycia krwiobieg przez W. Harveya w Londynie.

— Polski Związek Przeciwgruźliczy pod protektoratem Pana Prezydenta R. P. Ignacego Mościckiego.

Towarzystwo ku zwalczaniu gruźlicy na województwo Poznańskie.

Zaproszenie na III Zjazd Ogólno-Krajowy Przeciwgruźliczy w Poznaniu w Coll. Min. Uniw. Poznańskiego — Wały Wazów w dniach 29 i 30 czerwca i 1-go lipca 1928 roku. Przewodniczący: Dr. Kazimierz Dłuski.

Porządek obrad: piątek dnia 29 czerwca. Początek o godz. 10-tej, 1. O postaciach nie kwasodpornych jadu gruźliczego ref. Doc. Dr. Leon Karwacki, pułk.-lekarz, Warszawa. Dr. Eisenberg, Kraków. 2. a) Organizacja szczepliń przeciwgruźliczych ref. Dr. Wierzbowska Warszawa. b) Szczepienie przeciwgruźlicze sposobem Calmetta w Poznaniu, ref. Dr. Zeyland, Poznań.

Zakończenie posiedzenia o godzinie 13-tej.

Po południu początek o godzinie 15-tej, 1. a) Ostre postacie gruźlicy płuc u dorosłych ref. Prof. Dr. Żebrowski, Warszawa. b) Ostre postacie gruźlicy płuc wieku dziecięcego ref. Prof. Karol Jonscher Poznań. Zakończenie posiedzenia o godzinie 18-tej. Wieczorem opera o godz. 8-mej.

Sobota dnia 30 czerwca. W związku z 25-cio leciem istnienia lecznicy dla płucno chorych pod Obornikami należącej do Ubezpieczalni Krajowej Poznańsko-Pomorskiej odbędą się dalsze obrady w tejże lecznicy, przy pogodzie na wolnem powietrzu, przy niepogodzie w świetlicy Zakładu. Wyjazd samochodami o godzinie 8.30 rano z przed Collegium minus. Zwiedzenie lecznicy.

Początek obrad o godz. 11-tej. Skoordynowanie organów państwowych, samorządowych, ubezpieczeniowych i społecznych w walce z gruźlicą i finansowanie tej walki. Ref. Dr. Skokowska, Warszawa. Dr. Bogucki, wiceprezydent stoł. m. Warszawa, Dr. Kłuszyński, nacz.-lek. Ogólno-Kraj. Zw. Kas Chorych, Dr. Węgrzynowski, Lwów, Dr. Wroczyński, Prezes Polsk. Zw. Przeciwgruźliczego. Zakończenie o godzinie 14-tej.

Zamknięcie Zjazdu o godz. 16-tej. Powrót samochodami do Poznania i podwieczorek wydany przez Magistrat stoł. miasta Poznania w kawiarni Parku Wilsona. O godz. 18-tej. Zwiedzenie Studium wychowania fizycznego Uniw. Poznańskiego w Parku Wilsona. O godz. 18.20. Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w sali Studium Wychowania Fizycznego. O godz. 21.30. Raut wydany przez pana Prezydenta stoł. miasta Poznania w salach ratusza.

Niedziela 1-go lipca. Zwiedzenie miasta i wycieczki. Oprócz miasta Poznania jest przewidzianem zwiedzenie: 1. Sanatorium Kolejowego przeciwgruźliczego w Chodzieży, (wycieczka całodzienna). 2. Poradni przeciwgruźliczej i izolatorium w Wągrowcu. 3. Sanatorium przeciwgruźliczego Związku Kas Chorych w Ludwikowie (dwie ostatnie wycieczki 1/2 dniowe).

Zgłoszenia przyjmuje sekretarjat III Zjazdu Przeciwgruźliczego: adres: Poznań — Urząd Wojewódzki — Gołębia 1. Biuro kwaterunkowe znajdować się będzie na dworcu głównym, miejsce wskaże plakaty. Kwatery rezerwuje się jedynie tylko za zgłoszeniem do dnia 22 czerwca.

Wstępne dla uczestników Zjazdu wynosi 10 zł. Wstęp na część wyłącznie naukową dla miejscowych bezpłatny. Dla zamiejscowych będzie niższa ceny biletu powrotnej jazdy koleją o 66 2/3 0/0.

Regulamin Zjazdu. Mów powitalnych oprócz przez Komitet poprzednio uchwalonych nie będzie.

Odbędą się tylko w programie wyszczególnione referaty, a żadne dodatkowe nie będą przyjmowane.

Otwarcie i zamykanie poszczególnych posiedzeń będzie się odbywać punktualnie o naznaczonych godzinach bez względu na stan dyskusji.

Referat główny może trwać najwyżej 50 minut, koreferat 20 minut., Zabranie głosu w dyskusji po raz pierwszy 10 minut, po raz drugi 3 minuty. Więcej niż dwa razy w dyskusji na ten sam temat głosu zabierać nie wolno.

Komitet organizacyjny:

C. Ratajski, Przewodniczący. Prof. Dr. Gantkowski, Dr. Górski, Dr. Grossmannówna, Dr. Jankowski, Prof. Dr. Jeziński, Prof. Dr. Jonscher, Krzyżankiewicz, Dr. Żabendiński, Dr. Meysner, Dr. Rcczyński, Dr. Staroniewicz, Dr. Wierusz, Wilczyński, Dr. Zmigród, Dr. Szulc.

— Program VI Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego urządzanego w Rzymie od 24 do 28 września b. r. przez włoski związek przeciwgruźliczy.

15 — 24 września okres wstępny poprzedzający otwarcie Zjazdu. Taryfa ulgowa na kolejach włoskich od granic Włoch do Rzymu i ośrodków organizacji przeciwgruźliczych.

24 września g. 10 — Zebranie Komitetu Wykonawczego Związku Międzynarodowego.

Godz. 16 — Zebranie Rady Związku Międzynarodowego.

Godz. 10 — 17. Rozdanie odznak i dokumentów członkom Zjazdu.

Godz. 21 — Przyjęcie urządzone przez prezesa włoskiego związku przeciwgruźliczego.

25 września godz. 8 — Dalszy ciąg rozdawania znaczków i dokumentów.

Godz. 10 m. 30 — Uroczyste otwarcie Zjazdu na Kapitolu.

Godz. 11 m. 30 — Przyjęcie urządzone przez gubernatora Rzymu

God. 15 — Referat i dyskusja na temat biologiczny: Postaci przesykalne zarazka gruźliczego. Ref. Prof. Albert Calmette (Paryż).

26 września godz. 8 m. 30 — Referat i dyskusja na temat kliniczny: Rozpoznanie gruźlicy dziecięcej. Ref. prof. Rocco Jemma (Neapol).

God. 11 — Odczyt prof. Eug. Morelli z Pawji: C. Forlanini a odma sztuczna w leczeniu gruźlicy płuc.

Godz. 14 m. 30 — Zwiedzanie sanatorium „Cesara Battisti“, Czerwonego Krzyża Włoskiego i instytucji przeciwgruźliczych w Rzymie.

Godz. 19 — Wyświetlanie filmów przeciwgruźliczych Dep. Zdrowia Publicznego we Włoszech.

27 września godz. 8 m. 30 — Referat i dyskusja na temat społeczny: Zapobieganie gruźlicy na wsi. Ref. dr. William Brand (Londyn).

Godz. 11 m. 30 — Odczyt na temat ubezpieczenia obywatelskiego przeciw gruźlicy we Włoszech.

Godz. 14 m. 30 — Ogólne zebranie Związku.

Godz. 15 — Zwiedzanie instytucji przeciwgruźliczych w Rzymie.

Godz. 18 m. 30 — Odczyt na temat: Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc. Prof. L. Brauer (Hamburg).

28 września godz. 8 m. 30 — Wyjazd specjalnym pociągiem do Anzio. Wycieczka do sanatorium wojskowego. Posiłek w „Paradiso sul Mare“.

Godz. 18 — powrót do Rzymu

Godz. 21 — Wyjazd do Medjolanu.

29 września — pobyt w Medjolanie.

Regulamin wewnętrzny VI Zjazdu.

Mówcy zapisani do dyskusji przed 15 września (w P. Z. P. przed 15 lipca) będą mogli mówić 10 minut, mówcy zapisani w dniu wygłoszenia referatu — 5 m.

Streszczenie dyskusji będzie podane po każdym przemówieniu w języku używanym przez głównego referenta.

Każdy mówca biorący udział w dyskusji jest proszony o złożenie do sekretariatu Zjazdu w czasie posiedzenia tekstu lub streszczenia swego przemówienia.

Sprawozdania z posiedzeń i dane statystyczne dostarczone przez związki przeciwgruźlicze z poszczególnych krajów będą zamieszczone w Biuletynie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

Związek Międzynarodowy przyjął zasadę ze względów czysto praktycznych utrzymania języka francuskiego i angielskiego dla wydawnictw i dyskusji, dodania dla dyskusji języka tego kraju, w którym się odbywa Zjazd oraz przyjęcia w dyskusji innych języków, zalecając jednak mówcom wybór jednego z wyżej wymienionych języków, by jaknajwiększa liczba słuchaczy mogła wziąć udział w obradach.

Zapisy na Zjazd, przyjmuje Polski Związek Przeciwgruźliczy (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15-go lipca rb.

W charakterze członków Zjazdu mogą być przyjęte osoby nie należące do Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego (lekarze i działacze społeczni na polu walki z gruźlicą), a polecane przez Departament Służby Zdrowia M. S. Wew. lub Polski Związek Przeciwgruźliczy.

Wpisowe wynosi 50 złotych. Żony członków Zjazdu będą korzystały z tych samych ulg, co i członkowie Zjazdu.

Wycieczka do sanatorjów włoskich odbędzie się po ukończeniu obrad Zjazdu. Program wycieczki jest następujący:

30-go września Medjolan. Sondrio. Sanatorium „Prasomaso“, „Abetina“, „Pinata di Sortenna“, „Bormio“.

1-go października: „Stelvio Passo“, lub Alto Adige. Meran.

2. 3. 4-go paźdz.: Pobyt w Meranie, wyjazd do Bolzano.

5-go października: Sanatorium Griserhof, lub Nressanone. San. „Passo di Mendola“ wyjazd do Arco.

6-go paźdz.: Powrót przez jezioro Garda do Medjolanu.

Koszt wycieczki wynosi 350 lirów, udział należy zgłosić razem z zapisem na Zjazd. Liczba uczestników wycieczki została ograniczona do 300, zapisy będą przyjmowane w kolejności zgłoszeń.

Międzynarodowa Wystawa Przeciwgruźlicza urządzona w Rzymie z okazji Zjazdu trwać będzie od 25-go września do 10-go października r. b. W wystawie przewidziany jest udział 25 Państw, członków Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

P. S. Informacji szczegółowych udziela Polski Związek Przeciwgruźliczy, Warszawa, Chocimska 24.

— Zjazd Lekarzy Kresowych województw północno-wschodnich odbędzie się w Łucku w dniach 30 i 31 sierpnia r. b. Adres Komitetu Organizacyjnego Zjazdu: Łuck, ul. Sienkiewicza 13 Dr. Ludwik Radwański.

Termin zgłaszania tytułów referatów upływa 20 lipca rb. Wszystkie inne pisma lekarskie uprasza się o przedrukowanie

— D. 17 b. m. odbędzie się w Łodzi I Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych Szpitalnych. Przedmiotem obrad będzie: Gospodarka finansowa i organizacja szpitali samorządowych w świetle rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z d. 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych.

— Ukazał się Nr. 1 „Higjenu Pracy“, czasopisma poświęconego fizjologii, patologii oraz bezpieczeństwu pracy. Redaktorem i wydawcą jest kol. Gustaw Raciązek. Zarówno dobór artykułów, jak i nazwiska ich autorów oraz skład komitetu redakcyjnego pozwalają wróżyć nowemu pismu powodzenie, którego mu z całego serca życzymy. Strona zewnętrzna pisma przedstawia się okazale. „Higjena Pracy“ wychodzić będzie raz na kwartał.

— Nr. 10. dwutygodnika „Dziecko i Matka“ odznacza się, jak zwykle, różnorodnym i celowym doбором tematów oraz wysokim poziomem ich opracowania. Na wstępie mamy śliczny dziecięcy prymityw — wiersz Kruszkowskiej p. t. „Rikki-Tikki“. Dalej następują artykuły J. Łada „O widowiskach dziecięcych“, W. Borudzkiej „Problemat pracy i zabawy w życiu dziecka“, Z. Prażmowskiej „Ogródki dziecięce“, M. Miłobędzkiej „Dziecko wsi a dziecko miasta“, Dra W. Piotrowskiej „Jak ustrzec dzieci od gruźlicy“, Dr. Cybulskiego „Zdrowisko Rabka a dzieci“ i szereg rad i wskazówek mających na celu niesienie skutecznej pomocy matkom w ważnej i trudnej sprawie wychowania.

— W czasie od 12 do 15 września r. b. odbywać się będzie w Hamburgu 8-y Zjazd Niemieckiego Towarzystwa Farmakologicznego, na którym pomiędzy innymi wygłoszone zostaną referaty „O pracy serca i naczyń“ (ku uczczeniu pamięci Harveya), oraz „O współczesnych zatruciach w przemyśle“.

ZMARLI. Znakomity bakterjolog japoński Noguchi padł ofiarą żółtej febry, którą zaraził się podczas badań nad tą chorobą w Afryce.

TRĘŚĆ: P. CHEVALLER. Czy kiła jest uleczalna? — A. ZAMENHOF i M. PŁOŃSKI. rzypanie przerzutu gruźliczaka do naczyńki oka. — B. GOLDSTEIN. Leczenie zachowawcze wrzodu żołądka i dwunastnicy (streszcz. bior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z. ŚWIDER. Spostrzeżenia kliniczne nad nowym lekiem przeciwpierwoczkowym i przeciwbólowym. — W. KNAPPE. Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych. (Dokończ.). — ST. RUDZKI, Ś. p. prof. Paweł Kuczera. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: P. CHEVALLIER. Le problème de la guérison de la syphilis. — A. ZAMENHOF et M. PŁOŃSKI. Un cas de métastase d'adéno-carcinome dans la choréie de l'oeil. — B. GOLDSTEIN. La thérapie conservative de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. — Z. ŚWIDER. Observations cliniques sur un nouveau remède antifebrile et antidouleur. — W. KNAPPE. La rôle du médecin praticien dans la lutte contre les maladies infectieuses (fin). — S. RUDZKI. Feu prof. Paul Kuczera.