

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: *Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.*

ADRES ADMINISTRACJI: *Marszałkowska 71, tel. 334-48.*

Rok VII

WARSZAWA, 3 kwietnia 1930 R.

Nr. 14

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

*Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu  
Warszawskiego.*

(Kierownik: Prof. Dr. med. L. Paszkiewicz)

#### Pięć przypadków samorodnego pęknięcia serca.

Podąa

D-r. N. AMBASZÓWNA, asyst. wolontariuszka\* (Warszawa).

(C. d. p. № 13)

Jaki jest obraz kliniczny tych przypadków? Właściwie charakterystycznego obrazu tej sprawy nie mamy, i za życia nigdy albo prawie nigdy nie bywa ona rozpoznawana. Według Nuzuma i Hagen a z pośród 325 przypadków — w 25% samorodne pęknięcie serca występowało u ludzi z objawami niedomogi serca. W momencie pęknięcia mogą być objawy niepokoju, strachu, omdlenia, bólu w lewej połowie klatki piersiowej lub poza mostkiem i inne. Tarcie osierdzia oraz nagłe zwiększenie stłumienia sercowego mogą czasem nasunąć myśl o pęknięciu. Często występują objawy żółdkowe: wymioty, ucisk, wzdęcie brzucha (Engelhardt); czasem duszność, bóle w dolnych kończynach. Niekiedy chory podaje, że mu "coś pękło w piersi". Śmierć może nastąpić od razu (w/g Krumbhaara i Crowella w 72%) lub po pewnym czasie: po kilku godzinach i więcej. Spostrzegano przypadek, w którym ciężkie objawy wystąpiły 17 dni przed śmiercią. Ale te wszystkie objawy spotykamy również w miażdżycy naczyń wieńcowych bez pęknięcia serca, a zatem nie są one znamienne (*signa pathognomonica*). Czynniki takie, jak wysiłek fizyczny czy też psychiczny, są tylko momentem sprzyjającym, nie zaś wywołującym pęknięcie. Znanne są przypadki śmierci z powodu samorodnego pęknięcia we śnie lub w zupełnym spokoju (Müller). Różni autorzy (Engel, Beadles, Nuzum i Hagen) podkreślają duży odsetek przypadków umyślowo chorych, co może pozostawać w pewnym związku z ich sposobem życia.

\*) Stypendystka Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

#### Przypadek I.

Pierwszy mój przypadek pochodzi z oddziału neurologicznego d-ra Bregmana w szpitalu Starozakonnych na Czystem.

Dotyczy on 59 letniego mężczyzny, który przybył do szpitala 1.XI—1927. Z wywiadów, zebranych od żony, wynika, że chory przed 2 dniami nagle utracił mowę, a prawdopodobnie i przytomność. Przed dwoma tygodniami obrzmiała mu prawa kończyna dolna do kolana; lekarz internista rozpoznał sprawę zakrzepową. Chory jednak chodził i pracował, ale potykał się. Przed tygodniem przestał dobrze władać ręką. Alkoholu używał niewiele. W chwili przyjęcia chory mówił, ale zleceń nie rozumiał. Tętno 92 na minutę.

Rozpoznanie kliniczne: *Hemiparesis. Aphasia.* Sekcję wykonał dr. Płoński 21.XI—1927.

Rozpoznanie anatomopatologiczne: *Ruptura cordis spontanea parietis posterioris ventriculi sinistri. Haemopericardium. Encephalomalacia in regione lobi frontalis et occipitalis sinistri. Hydrocephalus externus. Endocarditis verrucosa valvulae mitralis. Thrombi parietales ventriculi sinistri cordis. Infarctus multiplices pulmonum, lienis, renis dextri, infarctus myocardi. Cystitis chronica. Cholelithiasis. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Infiltratio adiposa simplex hepatis.*

Po otwarciu klatki piersiowej rzuca się w oczy duży trójkąt sercowy. Napięty worek osierdziowy prześwieca się barwą; zawiera około 200 cm<sup>3</sup> płynnej krwi oraz nieco skrzepów.

Wymiary serca: 11,5; 11,5; 6. Koniuszek zaokrąglony, pod nasierdziem znaczna ilość tkanki tłuszczowej. Naczynia wieńcowe o przebiegu naogół prostym; w błonie wewnętrznej tętnic delikatne wysepki żółtawe.

Serce lewe. Na tylnej ścianie komory lewej nieco nazewnątrz od lewego brzegu serca, w odległości 5 cm. od podstawy znajduje się szczelina podłużna, o brzegach szarpanych, długości 1 cm., wypełniona skrzepami krwi. Mieści się ona w obrębie bardzo rozległego ogniska, zajmującego ścianę boczną oraz przylegającą do niej część ściany tylnej.

Kształt ogniska odpowiada w przybliżeniu dwóm klinom, złożonym podstawami, przyczem wierzchołek dolnego klina znajduje się w odległości około 2 cm. od koniuszka serca, wierzchołek zaś górnego — prawie przy ujściu gałązki okalającej tętnicy wieńcowej lewej. Obie podstawy znajdują się na wysokości górnego bieguna szczeliny. Barwa ogniska w częściach, poniżej szczeliny leżących, bardziej wiśniowa

w obrębie górnego bieguna szczeliny i powyżej bladożółta. W miejscu tych zmian przez nasierdzie prześwieca mięsień blado-różowy z licznymi żółtawymi ogniskami. W obrębie szczeliny od wewnątrz, pomiędzy mięśniami beleczkowymi znajdują się okrągłe twory szarobiaławe, wielkości ziarnka grochu, ściśle przylegające do ściany. Na płatkach zastawki dwudzielnej widać brodawkowe dość wyniosłe skrzepliny szare, mniej lub bardziej ściśle przylegające. Zastawki tętnicy głównej bez zmian. W jej błonie wewnętrznej nad zastawkami drobne, podłużne blaszki żółtawe, nieznacznie wystające ponad powierzchnię. Szerokość tęnicy głównej nad zastawkami 7 cm. Mięśnie brodawkowe komory lewej zgrubiałe, o wierzchołkach zaokrąglonych. W przednim mięśniu brodawkowym na przekroju drobne ognisko ciemnowiśniowe, otoczone białawą obwódką; w tylnym mięśniu brodawkowym kilka punkcikowatych ciemnowiśniowych ognisk. Cała górna część komory lewej od wewnątrz bardziej blade, niż dolna, z odcieniem żółtawym. Mięśnie beleczkowe zgrubiałe. W mięśniu przedniej komory lewej, bliżej wierzchołka, szarawe delikatne pasemka tkanki łącznej. Grubość mięśnia k. l. — 1,5 cm.

Serce prawe w rozkurczu. Zastawka trójdzielnia oraz zastawki tętnicy płucnej bez zmian. Mięsień na przekroju jakby zgotowany. Grubość jego 0,3 cm.

Badanie mikroskopowe wycinków z miejsca pęknięcia i równoległych do nich, zarówno bliżej podstawy, jak i koniuszka położonych, prostopadłych do powierzchni serca, dało obraz następujący. Już przy oglądaniu gołym okiem i pod lupą skrawków, barwionych hematoksyliną i eozyną, widzimy ognisko, oddzielone od otoczenia wyraźnym pasem, intensywnie fioletowo zabarwionym. Pod mikroskopem na bardzo dużej przestrzeni, przedewszystkiem w podścielisku, między włóknami mięsnymi znajdują się bardzo obfite nacieki z leukocytów obojętnochłonnych. Sprawa ropna z podścieliska przechodzi częściowo i na mięsień, niszczy włókna, przedstawiając się w tych miejscach w postaci strzępków lub też cienkich pasm, które zatraciły prążkowanie poprzeczne a czasem i barwność jąder, w niektórych — zaródź ulega rozpadowi na oddzielne grudki, barwiące się eozyną. Miejscami włókna są jeszcze stosunkowo dobrze zachowane, ale porozsuwane przez skupienia krwinek białych, które wnikają nawet pomiędzy poszczególne włókienka mięsne. W obrębie nacieków widzimy drobne naczynka z bardzo licznymi leukocytami, znajdującymi się czasem i w samej ścianie naczyń; ściana naczyń niekiedy zatraci swój normalny rysunek i przedstawia się w postaci obumarłej tkanki, barwiącej się na brudnofioletowo lub sinawo. Pośród skupień leukocytów znajdują się odcinki tkanki obumarłej (martwica z rozpadem jąder). Na obwodzie tych ognisk ropnych mięśnie również są zmienione: włókna są najczęściej znacznie ściętałe, często biegną falisto; prążkowanie poprzeczne jest zatarte, włókna są pooddzielane większą ilością wiotkiej tkanki łącznej. W mięśniu dookoła jąder skupia się złocisty barwnik (lipofuscyna). W wiotkiem podścielisku znajdujemy bardzo liczne leukocyty. Są one, choć w mniejszej liczbie, i w naczynkach. W większych naczyniach naogół zmian nie spostrzegamy. Między beleczkami mięsnymi tuż pod wsierdziem widoczne są skrzepliny, które również zawierają leukocyty. Poza to wśród mięśni znajdujemy nieliczne i niezbyt rozległe pasma tkanki łącznej z większą lub mniejszą liczbą komórek (fibroblastów i limfocytów), przyczem w licznych z nich znajduje się dużo hemosyderyny. W skrawkach z miejsc makroskopowo niezmiennych, mięsień znacznie odchylił od normy nie przedstawia, z wyjątkiem drobnych blizenek z komórkami, wypełnionymi hemosyderyną; nacieków z leukocytów niema.

Mamy więc w tym przypadku do czynienia z bardzo rozległym zawałem, wtórnie zakażonym,

powstałym na tle zaczopowania (*embolia*) gałązki lewej tętnicy wieńcowej w następstwie brodawkowego zapalenia wsierdzia. Cała sprawa miała przebieg ostry, tak, że nawet tkanka mięsna w obrębie zawału nie obumarła całkowicie: prawie we wszystkich włóknach mięsnych widzimy brak prążkowania poprzecznego, natomiast tylko gdzieś tam daje się stwierdzić brak jąder.

#### Przypadek II.

Pochodzi on z oddziału wewnętrznej Doc. D-ra Klejna (Szp. Staroz. na Czystem) i dotyczy 56 letniej kobiety, która przybyła na oddział 3 II 1928.

Chora skrzyżowała się na bóle w okolicy serca, duszność, obrzęk nóg oraz bóle pleców. Przed kilku dniami miała napad sercowy o charakterze ściskania i klucia, który trwał 3 dni. Bóle w okolicy serca zjawiają się od ½ roku. Od r. 1913 chora cierpi na nerki, w tym też roku miała duże obrzęki twarzy i nóg. Moczu oddawała sporo. Na jesieni r. b. na ulicy chora nagle straciła mowę przy zachowanej przytomności i ruchach. Po 2 tygodniach stan ten minął.

Rozpoznanie kliniczne. *Nephritis chronica. Vitium cordis.*

Sekcję wykonał d-r Płoński (9 II—1928). Przypadek ten był pokazywany przez D-ra Płońskiego na posiedzeniu klinicznym Szpitala Starozakonnych na Czystem w dn. 10 lutego 1928. r.

Rozpoznanie anatomiczne. *Ruptura cordis spontanea parietis anterioris ventriculi sinistri. Arteriosclerosis aortae totius. Arteriosclerosis renum. Adhaesiones pleurae dextrae. Hyperplasia lienis.*

Trójkąt sercowy duży 19,0:19,0 cm. W worku sercowym około 300 cm<sup>3</sup> płynnej krwi oraz olbrzymi czerwony skrzep, stanowiący odlew worka.

Wielkość serca: 13 (dł.) 15 (szer.). Pod nasierdziem dużo tkanki tłuszczowej w obrębie obu komór, szczególnie prawej, w okolicy dużych naczyń. Przegroda serca przesunięta na prawo. Lewy brzeg serca zaokrąglony. Koniuszek wybitnie zaokrąglony, utworzony przez lewą komorę.

Naczynia wieńcowe o przebiegu wężykowatym, sztywne, twarde.

Serce lewe. Na przedniej ścianie tuż przy przegrodzie, w odległości 10 cm. od nasady tętnicy głównej i 4 cm. od koniuszka biegnie szczelina dł. 2,3 cm. z góry i zprawa ku dołowi i wlewo. W górnej jej części znajduje się otwór, w którym widoczne są skrzepy krwi. Na przekroju przez miejsce pęknięcia widzimy szparę, biegnącą skośnie i nieco pod kątem przez całą grubość mięśnia. Brzeg jej, podobnie jak i otoczenie przepojone są krwią; krew na pewnej przestrzeni wnika między mięśnie. Pęknięcie znajduje się w obrębie ogniska zawałowego, obejmującego w tym miejscu całą grubość ściany. Pod nasierdziem w tkance tłuszczowej w tym miejscu przebiega naczynie, całkowicie zatłane, twarde, sztywne (gałązka zstępująca tętnicy wieńcowej lewej), obok inne naczynka, dość duże, również całkowicie zatłane. Zawał szarawy z czerwawą obwódką zajmuje dużą część przedniej ściany komory lewej; na wysokości pęknięcia sięga na prawo — do przegrody, na lewo — nie dochodzi na odległość około 3 cm. do lewego brzegu serca; dolna granica jego znajduje się 3 cm. powyżej koniuszka serca, górna — 3 cm. poniżej nasady dużych pni naczyniowych. Całe to ognisko ma kształt prawidłowego klina, wierzchołkiem zwróconego ku górze, a podstawą ku koniuszkowi; u samego wierzchołka klina tkwi całkowicie zaczopowane naczynie (gałązka zstępująca tętnicy wieńcowej lewej). Również i prawa tętnica wieńcowa w jej odcinku poziomym jest prawie całkowicie zatłana. W błonie

wewnętrznej pozostałych gałęzi tętnicznych wszędzie bardzo liczne grube blaszki miażdżycowe, miejscami rozpadające się. Pojemność lewej komory jest zwiększona. Aparat zastawkowy poza blaszkami miażdżycowymi w płatku aortalnym zastawki dwudzielnej bez zmian. Mięśnie brodawkowate grube, ale owierzołkach nieco wyciągniętych, mięśnie beleczkowe przyplaszczony. Grubość mięśnia — 2.5 cm. Granica pomiędzy tkanką tłuszczową podnasierdziową a mięśniem niewyraźna. Pod wsiardziem, szczególnie przy przegrodzie, niezbyt liczne białe i żółte plamy; są one widoczne i wśród mięśni komory lewej. Wsiardzie ogólnie zgrubiałe, zastawki półksiężycowe tętnicy głównej u podstawy grube, sztywne. W błonie wewnętrznej całej tętnicy głównej liczne i rozległe blaszki grube, twarde, żółte lub białawe.

Serce prawe. Pojemność komory prawej nieco powiększona. Aparat zastawkowy bez zmian. Mięśnie brodawkowe i beleczkowe są nieznacznie przyplaszczony, pod wsiardziem znajdują się rozległe plamy szarawe i żółte, jak w komorze lewej, tylko znacznie liczniejsze; wsiardzie jest znacznie zgrubiałe. Granica między tkanką tłuszczową podnasierdziową a mięśniem zupełnie jest zatarta. Grubość mięśnia 0.1 cm.

Badanie mikroskopowe. Do badania wzięto wycinki z miejsca szczeliny prostopadle do powierzchni przez całą grubość mięśnia oraz równoległe, położone bliżej podstawy.

Miejsce pęknięcia: szczelina, biegnąca skośnie i nieco pod kątem przez całą grubość mięśnia, wypełniona częściowo skrzepami krwi, znajduje się w obrębie tkanki przeważnie bliznowatej, wśród której są wysepki mniejsze lub większe tkanki mięsnej, przepojonej krwią. W tkance tłuszczowej pod nasierdziem znajduje się większa tętnica o znacznie zgrubiałej błonie wewnętrznej, miejscami rozpadającej się, pozatem żyła oraz drobniejsze tętniczki również o zgrubiałych ścianach; często w świetle widoczny jest złuszczonej śródbłonek. Naczynia wśród tkanki bliznowatej mają też grube ściany i wąskie światło. Dookoła tych naczyń, podobnie jak i pod wsiardziem, w bezpośrednim otoczeniu szczeliny gromadzi się tłuszcz w postaci dużych kul. Pozatem w całym preparacie znajdują się nadzwyczaj rozległe blizny, ciągnące się nieraz przez całą grubość mięśnia, rozgałęziające się, wnikałające pomiędzy włókna mięsne. Tkanka pod nasierdziem zawiera tylko nieliczne włókna mięsne pośród tkanki łącznej i tłuszczowej. Mięsień sercowy w obrębie tych zmian przedstawia się w sposób różny: miejscami włókna nie zawierają jąder, bardzo słabo barwią się eozyną, lub też zaródź ich rozpada się na oddzielne grudki czy też ziarenka; inne są znacznie ścięćcałe o przebiegu falistym, a czasem odwrotnie — jakby napęczniałe o zatartych obrysach. Barwliwość nie wszędzie jednakowa, prążkowanie poprzeczne bardzo słabo zachowane lub wcale niewidoczne; miejscami w zarodź zmiany wodniczkowe. W grubszych skrawkach widać segmen-

tację i fragmentację. Dookoła jąder dość obficie gromadzi się lipofuscyna. Tkanka bliznowata albo przedstawia się w postaci zbitej tkanki łącznej z licznymi włóknami, albo też jest to bardziej luźna tkanka (zwłaszcza pod wsiardziem) z dużą liczbą naczyń włosowatych, często rozszerzonych i wypełnionych wylugowanymi krwinkami czerwonymi. Wszędzie jednak tkanka łączna zawiera dużo elementów komórkowych: fibroblastów, limfocytów, leukocytów obojętnochłonnych i eozynochłonnych. Dość liczne komórki z hemosyderyną.

W skrawkach z innych odcinków serca zmiany są analogiczne: rozległe blizny, szczególnie w pobliżu wsiardzia, gromadzenie się tkanki tłuszczowej pod wsiardziem oraz skupianie się jej w większej ilości między włóknami mięsnymi pod nasierdziem.

W skrawkach z gałązki zstępującej tętnicy wieńcowej lewej (bliżej podstawy serca) widzimy prawie całkowite zamknięcie światła przez wybitnie zgrubiałą błonę wewnętrzną, przyczem pozostałe warstwy naczynia są znacznie ścięćcałe. Barwienie włókien sprężystych ujawniło stosunkowo małą ich liczbę; tylko w zewnętrznych warstwach błony wewnętrznej jest ich nieco więcej w postaci oddzielnych drobnych odłamków. Błona sprężysta wewnętrzna ma podwójne obrysy.

Przypadek ten pod względem etiologii i przebiegu jest typowy dla samoistnego pęknięcia serca. Mamy tu do czynienia z nadzwyczaj rozległą miażdżycą naczyń wieńcowych, która w ciągu dłuższego czasu powodowała zaburzenia w odżywianiu mięśnia sercowego, doprowadzając do wiądu włókien mięsnych i następczego bujania tkanki łącznej. Rozległość blizn przemawia za długotrwałą sprawą. Na tle tak znacznej miażdżycy przednia gałązka lewej tętnicy wieńcowej prawie na całej przestrzeni uległa zatknięciu przez wybitnie zgrubiałą błonę wewnętrzną. Naskutek zamknięcia tętnicy wytworzył się rozległy zawał, w którego obrębie serce samoistnie pękło. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że pomimo tak przewlekłej sprawy, jaka tu się toczyła, nie wytworzył się uprzednio tętniak serca. Autorzy prawie zgodnie podają, że przypadki przewlekłe najczęściej przebiegają z tworzeniem się tętniaków. Prawdopodobnie w naszym przypadku brak tętniaka pozostaje w związku ze znacznie rozległym i równomiernym zbliznowaczeniem w całym sercu, powstanie zaś tętniaka jest nietyle zależne od stopnia ogólnego zmniejszenia oporności ściany, ile od niestosunku między opornością zmienionego miejsca i pozostałej ściany serca.

(dok. nast.)

## Z klinik, szpitali i pracowni

*Z oddziału chirurgicznego Szpitala Storożakowych na Czystem.*

(Ordynator: Dr. Sołowiejczyk).

**Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc na podstawie ostatnich prac i własnego doświadczenia.**

Podał

Paweł GOLDSTEIN (Warszawa).

Jeżeli znów zabieram głos w sprawie leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc, to czynię to dla dwóch względów:

1. Sprawa ta ześrodkowuje na sobie obecnie uwagę większości chirurgów i ftizjologów, zwłaszcza europejskich. Wspomnę tylko dla przykładu, że była omawiana na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich; na Zjeździe lek. i przyrodn. polskich w Wilnie, jak również na ostatnim Zjeździe (38-m) Towarzystwa chirurgów francuskich leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc było tematem programowym. W Wilnie referował sprawę Prof. Rutkowski z Krakowa, a w Paryżu Prof. Bérard z Lyonu.

2. Pomimo tak wielkiego zainteresowania teoretycznego, a nawet wybitnego znaczenia prak-

tycznego i społecznego tego zagadnienia, u nas<sup>s</sup> w Polsce ta dziedzina leży jeszcze prawie odłogiem. Wyjątek niejaki stanowi Kraków. U nas, w Warszawie, pomimo wysiłków, wielokrotnie ponawianych, aby sprawę tę spopularyzować wśród lekarzy ftizjologów, bo od nich przecież zależy przede wszystkim decydowanie o potrzebie operacji, dotychczas niewiele udało się osiągnąć.

Posiadam, bodaj, że największy materiał na terenie Warszawy, a mogę się poszczycić zaledwie 14-ma torakoplastykami i 45 operacjami wyrwania nerwu przeponowego.

Nasi lekarze płucni chcieliby widzieć najpierw szereg dobrych wyników, aby móc z czystym sumieniem swoich pacjentów do operacji namówić, ale bez chorych wyniki jakiegokolwiek są niemożliwe.

Dlatego też postanowiłem jeszcze raz sprawę tę poruszyć, oprzeć swój pogląd nie tylko na własnym doświadczeniu, ale na wielkich statystykach obcych autorów, dających możność zorientowania się w wartości rozmaitych zabiegów i w pięknych rezultatach, otrzymywanych przy pomocy operacji w odpowiednich przypadkach.

Nie będę szczegółowo powtarzał historycznego rozwoju poglądów na tę sprawę. Wspominałem o tem w odczycie, wygłoszonym przed 4-ma laty na przedostatnim Zjeździe Lek. i Przyrodn. polskich w Warszawie. Zaznaczę tylko, że podział gruźlicy na tak zwaną „wewnętrzną” i „chirurgiczną” już dawno upadł. Brzmi to cokolwiek paradoksalnie, że gruźlicę t. zwaną „chirurgiczną”, a więc skórną, gruczołową, kostną, leczymy prawie wyłącznie zachowawczo, natomiast tak zwaną gruźlicę wewnętrzną (płuca, nerki) atakujemy radykalnie nożem.

Próby chirurgicznego otwierania jam gruźliczych w płucu i przemywania ich rozmaitemi lekami, czynione już w wieku 17 (Willis), a następnie powtarzane w wiekach 18 i 19, dawały wyniki jaknajgorsze i kończyły się prawie bez wyjątku zejściem śmiertelnym.

Również śmiałe pomysły Tuffiera i innych wycinania chorych wierzchołków płuc nie znalazły naśladowców.

Teoria A. W. Freunda o zależności rozwoju gruźlicy od skostnienia chrząstek I-go żebra nie ostała się przed poważną krytyką, i dlatego pomysł przecinania tych chrząstek został wkrótce zaniechany.

Dopiero wprowadzona przez Forlaniniego w r. 1882 odma sztuczna pchnęła sprawę naprzód. Odtąd właściwie całe leczenie gruźlicy płuc opiera się na tej teorii uciskowej czyli na tak zwanej „Kollapstherapie” Brauera.

Wszystkie później pomyślane zabiegi operacyjne sprowadzają w ostatecznym wyniku częściowe lub całkowite zapadnięcie się chorego płuca. Wynik otrzymujemy tem lepszy, im dokładniej uda się ucisnąć chore płuco. Nie wolno tylko ucisku spotęgować ponad miarę elastyczności samego płuca, gdyż wywoła to szkodliwe następstwa; zjawisko takie możliwe jest jednakże tylko przy stosowaniu odmy sztucznej, a nie przy innych zabiegach operacyjnych.

Naturalnie, że miejsce przodujące w trakto-

waniu spraw gruźliczych zajmuje zawsze jeszcze leczenie klimatyczne i ogólne wzmacniające.

Co osiągamy przez spowodowanie uciśnięcia chorego płuca?

1. Zmniejszenie przekrwienia czynnego i powstanie przekrwienia biernego płuca chorego.
2. Zmniejszenie krążenia limfy i zastój jej w chorym odcinku, a więc zmniejszenie wysysania się jądów gruźliczych.
3. Spowodowanie i ułatwienie wydalania płwociny z jamy rozpadowej poprzez oskrzela i tchawicę.

Pierwsze dwa czynniki wpływają niezmiernie korzystnie na: a) odgraniczenie chorych ognisk, b) pobudzenie do rozrostu tkanki łącznej, a tem samem ułatwienie zablźnienia się chorego odcinka; innemi słowy, wpływają na zmianę gruźlicy wysiękowej (*TBC exsudativa*) na gruźlicę rozrostową (*Tuberculosis proliferans*).

4) Znaczne unieruchomienie, a przynajmniej wybitne zmniejszenie ruchów oddechowych chorego płuca. Ma to, jak wykazało wieloletnie doświadczenie, olbrzymie znaczenie lecznicze w myśl starej zasady, że każdy chory organ wymaga spokoju.

5) Wspomaganie istniejącej już tendencji kurczenia się płuca w pewnych postaciach chorobowych gruźlicy.

6) Zmniejszenie mechaniczne jam rozpadowych lub odcinków zserowaciałych.

7) Zabezpieczenie sąsiednich odcinków przed rozszerzaniem się mas chorobowych drogą limfatyczną lub oskrzelową.

Korzyści więc dla chorego, wynikające z postępowania uciskowego, są olbrzymie.

W jaki sposób osiągamy uciśnięcie płuca?

Najprostszym i najłagodniejszym dla chorego sposobem jest odma sztuczna, zastosowana, jak już wspominałem, w roku 1882 po raz pierwszy przez genialnego lekarza włoskiego Forlaniniego. Stała się ona już dobrodziejstwem ludzkości i jest tak ogólnie znana, że niema potrzeby o niej tu mówić obszerniej.

Leczenie odma sztuczną ma, niestety, swoje wady i granice zastosowania. Przez częste wpuszczanie powietrza do jamy opłucny drażnimy ją, nakłucia powodują drobne wylewy, wszystko to razem sprowadza, prędzej czy później, wysięk opłucny, lub tworzenie się zrostów, mniej lub więcej rozległych. Sama sprawa chorobowa rozszerza się nieraz na odcinki podopłucne lub nawet obejmuje opłucną, czego wynikiem są znowu sprawy zapalne specyficzne i zrosty między obydwojma listkami opłucny.

Następuje więc moment, uniemożliwiający dalsze stosowanie odmy. Próby rozrywania zrostów przez powiększenie ciśnienia wpuszczanego powietrza nie tylko nie prowadzą do celu, ale są nawet niebezpieczne.

Badacze zaczęli wysilać swoją wynalazczość, aby pomimo tych trudności osiągnąć zamierzony cel.

Posiadamy obecnie cały szereg metod, prowadzących do większego lub mniejszego zapadnięcia się płuca chorego, jednakże tylko na drodze chirurgicznej.

Najwcześniejszym chronologicznie sposobem była zastosowana przez Tuffiera, a później Bæra operacja zwana „*Pneumolysis*”, połączona z plombowaniem.

Polega ona na usunięciu zrostów pomiędzy górnym płatem płuc drogą operacyjną i założeniu pomiędzy odepchnięty wierzchołek płuca a ścianę klatki piersiowej plomby celem niedopuszczenia do tworzenia się ponownego zrostu. Plomby stosowane bywają dwojakie: albo składające się z masy parafinowej w połączeniu ze środkami odkażającymi lub też tworzone z większych płatów tłuszczowych albo mięśniowych.

Pomimo to, że postępowanie to jest dość łagodne i bezpośrednio działające na chory odcinek płuca, nie daje ono jednak wyników zadawalających. Plomby z tkanki żywej dość szybko się wssysają, tracąc w ten sposób swoją własność uciskową, natomiast parafinowe zostają najczęściej po krótszym lub dłuższym czasie wydalane z organizmu, jako obce ciało, pozostawiając po sobie uporczywe, niegojące się przetoki.

Sposób ten został więc z małymi wyjątkami całkowicie zaniechany. (Gruźlica obustronna „Hauke” i przypadki, w których ze względu na ogólny stan zdrowia torakoplastyka jest niewykonalna).

Najczęściej obecnie stosowanym zabiegiem chirurgicznym u chorych gruźliczych, poza odną sztuczną, stało się przecinanie lub wrywanie nerwu przeponowego (*phrenicotomia* lub *phrenico-exhairesis*). Operacja ta opisana została przez Stürtza w r. 1911.

Polega ona na przecinaniu lub, jak obecnie, najczęściej wrywaniu nerwu przeponowego, pochodzącego z 4-go, a częściowo 3 i 5 nerwu szyjnego. Wynikiem tego jest porażenie mięśni przeponowych po stronie operowanej i podniesienie się przepony od 3—11 ctm. ku górze, przyczem, przestaje ona brać czynny udział w ruchach oddechowych płuca. Dzięki temu otrzymujemy zmniejszenie pojemności klatki piersiowej po stronie operowanej, a tem samem i ucisk na chore płuco. Działanie to najbardziej się uwydatnia w schorzeniach, umiejscowionych w dolnym płacie płuc.

W ostatnich czasach operacja ta, wykonywana w znieczuleniu miejscowem w ciągu kilku minut i będąca zabiegiem naogół b. łatwym, stała

się jakgdyby *panaceum* większości schorzeń gruźliczych klatki piersiowej.

Zaczyna się ją bodaj że bez wyboru stosować, jak w swoim czasie sympatektomję we wszelkich schorzeniach naczyń krwionośnych. Nawet przy doskonale udanej odmie niektórzy lekarze celem jakoby spotęgowania jej działania stosowali frenikotomję, co jest wręcz przeciwwskazane: porażenie przepony, a więc odpychanie jej odną ku dołowi.

Jest to zabieg świetnie pomysłany i mało niebezpieczny (pomimo, że opisane już są pojedyncze przypadki śmiertelne: zatory, krwotoki i t. p.), ale znaczenia samodzielnego właściwie nie posiada. Zdania specjalistów są w tym punkcie rozbieżne. Większość, a z nimi Sauerbruch, Denk i inni przyznają frenikotomji tylko działanie pomocnicze w odmie sztucznej, plombowaniu, torakoplastyce, następnie uważają ją za operację próbną celem sprawdzenia wydolności drugiego płuca przed większym zabiegiem. Samodzielne znaczenie ma frenikotomja, zdaniem autorów, na początku rozwoju choroby. następnie wrazie umiejscowienia jamy w dolnym płacie płuc lub w przypadkach ciężkich schorzeń innych organów i ogólnego ciężkiego stanu chorego, nie pozwalającego na jakikolwiek większy zabieg. Wskazania do tej operacji są bardzo częste, i tem się tłumaczy odnośne wielkie statystyki zachodnio i północno-europejskie.

Niejednokrotnie przy stosowaniu odmy sztucznej zdarza się, że odnośne płuco nie może się należycie zapaść dzięki istnieniu jednego tylko lub kilku wąskich pasemek zrostowych. W przypadkach takie doskonałe usługi oddaje torakokautyka Jakobæusa. Polega ona na wprowadzeniu do jamy opłucny przyrządu, przypominającego cystoskop, a zwanego torakoskopem, dzięki któremu można pod kontrolą oka przy pomocy pętli galwanokaustycznej przepalić odpowiednie pasemka zrostowe. Jest to metoda dość skomplikowana, wymaga subtelnej i specjalnej techniki i kryje w sobie pewne niebezpieczeństwo (krwotoki). Poza tem dość rzadko zdarzają się te wąskie zrosty w postaci pasemek lub powrózków. Tem niemniej w ręku dobrego specjalisty otrzymywano wielokrotnie w odpowiednich przypadkach piękne, a nawet i świetne wyniki. Przypadki takie stanowią, niestety, tylko mały ułamek ogólnej liczby chorych gruźliczych. (Dok. nast.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### Współczesne poglądy na leczenie tocznia zwykłego (*lupus vulgaris*).

Podał

Stefan HIRSZBERG (Warszawa).

*Lupus vulgaris* jest najczęstszą postacią gruźlicy skóry, a jednocześnie najuporczywszą i naj-

bardziej beznadziejną z tytułu licznych niemal nieprzerwanych nawrotów. Zwykle umiejscowienie na twarzy utrudnia wielce postępowanie lecznicze, które winno dążyć do usunięcia objawów z minimalną szkodą dla estetyki, zatem z możliwie najmniejszymi deformacjami. Te przesłanki, jeśli nie powstrzymują lekarza od stosowania środków heroiczych, to zawsze jednakże miarkują w praktyce jego postępowanie lecznicze.

Troska o leczenie ogólne odgrywa wielką rolę w sensie podtrzymania sił obronnych chorego, przeszkodzenia szerzeniu się infekcji i ograniczenia jej intensywności. Cel ten osiągamy przez środki farmakologiczne, odpowiednią dietę i higienę ogólną. Odżywianie winno być obfite, lecz lekko strawne, z przewagą pokarmów bogatych w azot. Funkcje pokarmowe muszą być ściśle regulowane i wraz z zaburzeń starannie usuwane. Higiena ogólna chorego winna być troską lekarza; zatem obfity dopływ powietrza, umiarkowane ćwiczenia cielesne, unikanie nadmiernych wysiłków fizycznych, obmywania pobudzające całego ciała, naświetlania ogólne lampą kwarcową i t. d. Tran można stosować w dawkach najwyższych, tolerowanych przez chorych. Przerwę w podawaniu tranu należy czynić tylko w porze gorącej. Wskazane są również wszelkie syropy, zwłaszcza z zawartością jodu i żelaza, preparaty arseniku (*liq. Fowleri*, *pill. asiaticae*, zastrzykiwania kaksodylatu), fosforowe (glicerofosfaty, hiposulfity). Przy stosowaniu tych preparatów zawsze musimy uwzględnić stan temp., płuc i dróg trawiennych. Zalecać należy pobyt na świeżym powietrzu i spanie przy otwartym oknie. Przestrzec trzeba tylko przed wysyłaniem chorych toczniowych nad morza północne, które z reguły pogarszają stan chorego. Najodpowiedniejszymi wydają się być kąpieliska z wodami siarczanymi, jodowymi i solankami; zatem u nas w kraju Busko, Ciechocinek, Inowrocław, Truskawiec i t. d.

Nim przystąpimy do omówienia metod leczenia miejscowego, musimy udzielić trochę miejsca środkom, które miały lub mają sławę specyfików przeciwgruźliczych, zarówno w sprawach zewnętrznych jak i wewnętrznych.

Zastrzykiwania wyciągów glicerynowych z hodowli laseczek, wprowadzonych przez Kocha do leczenia gruźlicy, próbowane były przedewszystkiem w toczniach. Metoda intensywnego leczenia tuberkulinami dała rezultaty opłakane: gwałtowne reakcje miejscowe, spowodujące szybkie, lecz przedwczesne bliznowacenie, częste nawroty, lecz, co ważniejsze, ogólne pogorszenie z zaostrzeniem objawów płucnych, jelitowych i t. d. To też tuberkuliny zostały wkrótce przez dermatologów zarzucone. Dopiero po dłuższym czasie powrócono do tej metody, lecz w dawkach znacznie słabszych od wskazanych przez Kocha; rozpoczyna się zatem od rozczyńców 1/ miljon, powtarzając iniekcje pod — lub doskórne co 3—4 dni, w dawkach powoli wzrastających. Przy tym sposobie postępowania osiąga się niekiedy poprawy względnie szybkie i trwałe. Operować tuberkuliną należy z wielkimi ostrożnościami, ze ścisłym uwzględnieniem ciepłoty i stanu ogólnego pacjenta. Leczenie tuberkuliną trzeba stosować raczej w tych przypadkach, gdzie rozległość sprawy jest b. niewielka, i gdzie metody lokalne nie dają się przeprowadzić.

Prócz tuberkuliny próbowano wprowadzić do lecznictwa inne specyfiki, jak: antygen metylowy B o c q u e t a, sole metali rzadkich. Niestety, odczyny ogólne i oporne gojenie się owrzodzeń przyczyniły się do małej sławy tych preparatów. Z całkiem empirycznych przesłanek stosują niektórzy iniekcje kalomelu. Ma on jakoby wpływać na

zmniejszenie się nacieków, zatem wywoływać poprawę w stanie miejscowym.

Wszystkie wyżej wspomniane metody mogą być uznane, tylko jako środki pomocnicze obok zasadniczego leczenia miejscowego. To ostatnie otwiera szerokie pole do wyboru metody. Każda z nich odpowiada indywidualnym wskazaniom, lecz wybór metody jest b. trudny i wymaga dużej znajomości rzeczy oraz doświadczenia. Dość często konieczne jest posiłkowanie się kilku metodami jednocześnie. Niestety, w b. wielu przypadkach przy najlepszej woli zarówno ze strony lekarza, jak i chorego, leczenie posuwa się z beznadziejną powolnością i naraża pacjenta na częste nawroty, niekiedy o nasileniu większym, aniżeli sprawa pierwotna, lub na złudne wyleczenie.

Pomyślne wyniki metod lokalnych zależne są w pierwszym rzędzie od dokładnego i umiejętnego ich wykonania. Zgóry musimy sobie powiedzieć, że bliznowacenie tocznia wcale jeszcze nie jest synonimem jego wyleczenia. To samo da się powiedzieć o znikaniu guzków gruźliczych. Nie mamy prawa mówić o wyleczeniu wcześniej, niż po miesiącach, a właściwie latach obserwacji, gdy nabierzemy pewności, że wreszcie przestały się tworzyć guzki w tkance bliznowatej i w jej otoczeniu. Szybkie formowanie się powierzchownych blizn nie tylko nie świadczy o wyleczeniu, lecz, przeciwnie, staje się przeszkodą do stosowania środków czynniejszych.

Mówiąc o metodach leczenia miejscowego, z całym naciskiem należy podkreślić konieczność ścisłej antyseptyki; nieprzestrzeganie tego warunku b. łatwo może spowodować infekcję wtórną, która z reguły pogarsza sprawę i grozi przeniesieniem zakażenia w inne miejsce. Skóra, będąc stale wystawiona na wpływy świata zewnętrznego, może być utrzymana w stanie aseptyki tylko pod szczelnym opatrunkiem, Troska o czystość chorej skóry oraz stosowanie środków odkażających już same przez się wystarczają niekiedy, by nastąpiło bliznowacenie starych i uporczywych owrzodzeń toczniowych.

Przystępując do leczenia, przedewszystkiem musimy zacząć od usunięcia strupów z owrzodzeń, gdyż inaczej niepodobna sądzić o ich rozległości i głębokości. Jeśli strupy są cienkie i nie bardzo rozległe, można je usunąć łyżeczką. W przeciwnym wypadku należy zmiękczyć je i oddzielić od podłoża obojętnymi maściami z dodatkiem środków dezynfekcyjnych, kataplazmami, kompresami i t. p. Do tego samego celu prowadzą przylepce, jak *Diachylon*, *Empl. acidi borici*, *Empl. Vidala*, trzeba jednakże przed ich zastosowaniem b. dokładnie oczyścić wykwitę eterem lub azotanem srebra, gdyż w przeciwnym razie pod plasterem szybko rozpoczyna się ropienie i cel zostaje chybiony. Niekiedy już samo zastosowanie plastra może spowodować bliznowacenie owrzodzeń toczniowych. Jeżeli toczeń nie jest otwarty, należy chronić go od infekcji codziennymi obmywaniami słabym rozczyńcem środków dezynfekcyjnych.

Środki żrące chemiczne już oddawna stanowią podstawę leczenia miejscowego i mają wielu zwolenników wśród dermatologów. W rzeczywistości ich rola jest bardzo ograniczona i sprowadza się raczej do środków pomocniczych



w leczeniu chirurgicznym lub fototerapeutycznym.

Próbowano najrozmaitszych środków żrących; między innymi wymienimy tu tylko najważniejsze, jak: arsen, chlorek cynku, chlorak antymonu (10% zielona maść Unny), kw. azotowy, solny, mleczny, octowy, pirogallusowy, chryzofanowy, naftole, rtęć, nadmanganian potasu i t. d. W miarę rozwoju środków fizykalnych maści żrące są powoli eliminowane z lecznictwa, łącznie nawet z temi, które mają specjalną sławę działania elektrycznego na tkankę gruzliczą. Niszczą one bowiem w sposób niewidoczny dla oka zarówno chorą, jak i zdrową tkankę, pozostawiając po sobie blizny nieforemne, działając zatem znacznie gorzej, aniżeli środki żrące płynne.

Pośród kwasów—mleczny jest najczęściej stosowany w zmianach toczniowych na błonach śluzowych. Na guzki skórne działa on znacznie słabiej. Cieszący się specjalną sławą kwas pirogallusowy w postaci 10% maści Finsena posiada jakoby wybiórcze działanie na tkankę toczniową. Jest on bolesny w użyciu i niszcząc zarówno zdrową, jak i chorą tkankę, prowadzi do powstawania niekształtnych blizn, nawet w warunkach dokładnej i częstej kontroli jego działania. Niektórzy autorzy zachwalają 1—2% *Kali hypermanganicum*, którym nasycają waciki i przykładają na przeciąg 10—20 minut do owrzodzeń. Podobnie ma działać naftol kamforowy. Chlorek cynku w czystej postaci, lub *aa* z wodą oszczędza prawie całkowicie skórę zdrową, pod warunkiem, że jego działanie nie będzie trwało dłużej, aniżeli godzinę, poczem miejsce kauteryzowane należy pokryć wilgotnym kompresem. Blizny, jakie pozostawia po sobie, są również dalekie od ideału, jednak foremniejsze i czystsze od blizn, powstających po innych środkach pokrewnych,

Naogół trzeba stwierdzić, że środki żrące chemiczne działają szybko i sprowadzają bliznowacenie w czasie krótkim. Jednak, przez wzgląd na charakter blizn, nie mają zastosowania na częściach ciała odkrytych. To też najczęściej stosowane są na tułowiu i kończynach. Na twarzy, a zwłaszcza w okolicy oczu, są one przeciwwskazane. W drodze wyjątku można je stosować tam, gdzie, wskutek specjalnej wrażliwości i nerwowości pacjenta, żaden zabieg na twarzy nie może być dokonany. Ból jednakże, jaki sprowadza używanie maści kaustycznych, wcale nie jest słabszy, a może nawet silniejszy od bólu po stosowaniu metod chirurgicznych,

Niektórzy autorzy zachwalają stosowanie chlorku miedziowego, chcąc widzieć w nim działanie specyficzne na prątki Kocha. Rezultaty jednak nie są lepsze, aniżeli od innych środków. Azotan srebra, polecany znowu przez innych, sam przez się stanowi zbyt słaby środek, by mógł wchodzić w rachubę. Niektórzy dermatolodzy, bezpośrednio po użyciu azotanu srebra, tuszują ołówkiem cynkowym. Wskutek reakcji chemicznej wydziela się czysty kwas azotowy, który potęguje działanie lapisu.

Do środków żrących można zaliczyć również plastry z kwasu salicylowego, z kreozotu, rezorcyny, rtęci. Wywołują one szybkie i głębokie ropienie chorej tkanki i, co zatem idzie, nieforemne

bliznowacenie i z tego tytułu mogą się nadawać tylko do leczenia skóry tułowia.

Przechodząc do omówienia metod chirurgicznych, musimy wspomnieć tutaj o operacjach całkowitego wycięcia tkanki toczniowej. Daje się to osiągnąć tylko w miejscach, gdzie skóra i tkanka podskórna mają dostateczną grubość i są łatwo przesuwalne. Charakter skóry na twarzy już zgóry wyłącza możliwość zastosowania tej metody. Zabieg egzerezy całkowicie należy do dziedziny chirurgii i jest często łączony z plastyką.

Skrobanie, wprowadzone do lecznictwa przez Volkmana, było przez dłuższy czas w modzie. Metoda ta składała się właściwie z dwóch następujących po sobie czynności, a mianowicie: zeszkrobywania i łyżeczkowania. Zeszkrobywanie dokonywa się za pomocą ostrej łyżeczki Volkmana, pionowo ustawionej do chorej tkanki. Przy pewnej wprawie wykonawca zabiegu doskonale wyczuwa opór tkanki zdrowej, co chroni ją od uszkodzenia. Jako etap następny — dużą łyżeczką typu Besniera wyskrobuje się pozostałe guzki z brzegów tkanki toczniowej. Ranę kauteryzuje się 50 proc. *arg. nitr.* lub 10 proc. *zinc. chlor.*, poczem robi się szczelny opatrunek, pozostający przynajmniej 3—4 dni. Słabą stroną tej metody jest b. silny ból podczas zabiegu i, co za tem idzie, konieczność znieczulenia miejscowego lub ogólnego. Natomiast rezultaty są niezwykle szybkie i efektowne; w ciągu 12—15 dni, na miejscach rozległych zmian tworzy się blizna mniej lub więcej kosmetyczna, pozbawiona guzków toczniowych. Niestety, metoda ta jest daleka od doskonałości i może być zastosowana tylko w niektórych przypadkach. Blizna nawet w przypadku najlepszym jest gładka, jednorodna i całkowicie odbarwiona, zatem nadaje się dla toczni, umiejscowionych wyłącznie na tułowiu. Co gorsze, po jakimś czasie, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie zabieg był dokonany niedostatecznie, zjawiają się ponownie guzki toczniowe i zaczynają się zlewać ze sobą, o ile, oczywiście, nie ulegną natychmiastowemu zniszczeniu. Reasumując powyższe, możemy stwierdzić, że metoda Volkmana niekiedy już po jednym zabiegu daje rezultat korzystny, lecz nie można wymagać od niej zbyt wiele. Można ją uważać za przygotowanie do dalszego leczenia na drodze czysto fizykalnej, jeśli chcemy osiągnąć wyniki trwałe.

Do niszczenia drobnych guzków toczniowych rozsianych w skórze zdrowej lub w starych bliznach, najlepiej nadaje się łyżeczka okienkowata typu Squirea. Miejsce usuniętego ogniska przyżega się lapisem, siarczanem cynku lub najlepiej galwanokauterem. poczem pokrywa się plastrzem de Vigo.

Metody łyżeczkowania posiadają dziś, przy udoskonalonych elektrokauterach, mało zwolenników i naogół znajdują zastosowanie bardzo ograniczone.

Natryski nitkowate, wprowadzone przez Verriera, polegają na cienkim strumieniu wody, średnicy od pół do jednego milimetra bijącym w skórę pod ciśnieniem 7—8 atmosfer. Skutek jest zbliżony do łyżeczkowania zwłaszcza w przypadkach guzków b. drobnych. Dobrą stroną tej metody jest szybkość samej operacji i względna kos-

metryczność blizn; natomiast dużą niewygodę stanowi konieczność posiadania kosztownej aparatury.

Metoda skaryfikacji, wprowadzona przez Volkmana, początkowo była dokonywana w ten sposób, że za pomocą igielki, używanej do zdejmowania zaćmy, rozrywano każdy guzek osobno. Dopiero Squire zmodyfikował ją w tym sensie, że zaproponował dokonywanie cięć podłużnych i równoległych.

Skaryfikacji nie wolno wykonywać bisturami; najlepiej nadaje się do tego celu specjalna igła skaryfikacyjna Widala. Przed zabiegiem odkaża się dokładnie skórę eterem i jodyną. Zadaniem asystującego jest dokładnie napiąć i naciągnąć skórę, gdyż wówczas operujący lepiej dostrzega guzki toczniowe, i krwawienie następcze jest mniejsze. Igłę należy trzymać tak, jak pióro do pisania, ruchy skaryfikacyjne winny się odbywać tylko w stawie nadgarstkowym, nigdy zaś w łokciu i ramieniu. Skaryfikator musi być ustawiony możliwie najprostopadlej do skóry; unika się w ten sposób nadmiernego uszkodzenia naskórka, co ma ważne znaczenie dla kosmetyczności tworzących się później blizn. Po dokonaniu serji nacięć równoległych robimy drugą — pod kątem ostrym do pierwszej; w ten sposób staramy się uzyskać siateczkę możliwie jaknajbardziej równoległoboczną. W chwili, kiedy igła natrafia na guzek toczniowy, ręka operatora wyczuwa substancję bardziej miękką i niestawiającą oporu, w przeciwstawieniu do twardszej spistości skóry zdrowej. Odpowiedni nacisk w tych momentach, który jest tylko kwestją wprawy operatora, decyduje o skuteczności dokonanego zabiegu. Odstęp pomiędzy liniami skaryfikacyjnymi należy normować zależnie od gęstości wysiania się guzków. Im bliżej guzki są usadowione, im więcej się zlewają, tem mniejsze należy czynić odstępy. W przypadkach szczególnej gęsto-

ci guzków skaryfikację linią można jeszcze uzupełnić cięciami w rozmaitych kierunkach. Naogół odstępy nie powinny być mniejsze od 1 — 2 młm. Jeżeli toczeń jest bardzo rozległy, należy zaczynać skaryfikację od brzegów, posuwając się powoli odcinkami wielkości 4—5 cm. ku środkowi. Ponieważ zabieg skaryfikacyjny powtarza się zwykle co 5—7 dni, nie można zatem stosować tu ani ogólnego, ani miejscowego znieczulenia. U osobników ze specjalną wrażliwością uciekamy się niekiedy do zamrażania chlorkiem etylu; cięcia należy wykonywać w chwili, kiedy skóra wraca do normalnej barwy, to znaczy w przerwach między dwoma natryskami chlorkiem. Znieczulenie, jakie istnieje w tym momencie, wystarcza do spokojnego wykonania zabiegu.

Wyniki skaryfikacji są tem szybsze, im częściej powtarzane są seanse. Skaryfikacja przerywa w wielu miejscach przebieg naczyń krwionośnych; po zbliżnowaceniu światło naczynka jest znacznie węższe, co zmienia zasadnicze warunki odżywiania guzka toczniowego. Powtarzając często skaryfikację, otrzymujemy blizny, przewyższające swoją gładkością i kosmetycznością wyniki, osiągnięte za pomocą środków żrących chemicznych. Niestety, czas leczenia tą metodą jest nieokreślony i w dużej mierze zależy od indywidualnego reagowania pacjenta; to też obowiązkiem lekarza jest uprzedzić go o tem. Bezwzględnie wskazana jest skaryfikacja w toczniach otworów na twarzy, a zwłaszcza w bliznach przerosłych, powstałych po stosowaniu leków kaustycznych. Istniejąca zawsze obawa uogólnienia i wysiania się gruźlicy po zabiegu skaryfikacyjnym skłoniła dermatologów do poszukiwania nowych metod, dających większą gwarancję bezpieczeństwa i lepsze wyniki lecznicze. To też sława skaryfikacji znacznie zmalała z chwilą wprowadzenia do terapii kaustyki cieplnej.

(Dok. nast.)

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Zagadnienia ogólne.

∞ Dr. B. GRYNKRAUT. O czynniku świetlnym w powstawaniu, w życiu i leczeniu nowotworów. — Odbitka z „Nowotworów” Tom IV. Nr. 3. Warszawa 1930.

Swoją teorię „aktywną” raka uzasadnia autor na podstawie bogatego snać doświadczenia własnego oraz na materiale, umiejętnie zaczerpniętym z literatury. Co prawda, z literaturą roboty dużej niema, albowiem dotychczas w kierunku, jaki nadaje swoim pomysłom kol. Gr., pracowano skąpo i niewydajnie. Praca warta stanowczo uważnego przestudjowania; świadczy bowiem nietylko o pomysłowości autora, lecz nadto znać w niej te przebliski oryginalnej intuicji, bez której żadna teoria obyć się nie może, jeśli ma istotnie stanowić poważny dorobek w twórczości naukowej.

M. F.

∞ ACHELIS, HAEBERLIN, KOCH, SCHWARZ, TEMKIN. — *Philosophische Grenzfragen der Medizin*. G. Thieme Lipsk. 1930.

Jest to trzeci z kolei tomik wykładów Instytutu historii medycyny uniwersytetu lipskiego. Po przedmowie wydawcy następują wykłady o tytułach następujących: „pojęcie medycyny” (Koch), „nauki humanistyczne w medycynie” (Tem-

kin), „pojęcie lekarskie organizmu” (Achelis), „problematyka ciała i ducha w medycynie” (Schwarz) i „związek pomiędzy indywidualnością chorego i lekarza” (Haebelin). Przedmioty wszystkie interesujące w wysokim stopniu, wykład wszakże nierównomiernie i nie dość jasno we wszystkich odczytach przeprowadzony. Zapewne, zapatrywania indywidualne dostatecznie przygotowanego czytelnika rozstrzygają o tem, co mu więcej, a co mniej „do serca” przemówi. Ref. najłatwiej pogodzi się z wykładem Haebelina, choć przyznać musi, że i Temkin przystąpił do swojego zadania ze strony nader interesującej i przedstawił przedmiot z możliwie przejrzystą jasnością.

Wogóle o tomie tym powiedzieć należy, że wszystkie wykłady doskonale nadają się za punkt wyjścia do obszernej i płodnej dyskusji i tylko z tej strony ujęte być powinny. Wymagania, stawiane czytelnikowi, czy słuchaczowi, są dosyć wysokie, z czem liczyć się należy tym razem więcej, aniżeli przy dwu tomach poprzednich.

M. F.

∞ Dr. C. HAEBERLIN. *Die Bedeutung leib-seelischer Zusammenhänge für ärztliches Handeln*. — Berliner Klinik. Lipsk. 1930

Temat na czasie, zestawienie bardzo zręczne, sposób



wysławiania się autora dostatecznie przystępny, aby móc zachęcić i takiego czytelnika, który dotychczas mało interesował się omawianą tu sprawą związku pomiędzy objawami cielesnymi i duchowymi. Autor najwidoczniej doskonale panuje nad literaturą przedmiotu. Z autorem spotykamy się też w najnowszym tomie wykładów instytutu historii medycyny w uniwersytecie lipskim. Wykład, o którym tutaj mowa, również nadaje się raczej jako punkt wyjścia do dyskusji lub do zapoczątkowania studjów pilniejszych u źródeł. Lekarz z dużym pożytkiem zapozna się nie tylko ze stanem aktualnym omawianej sprawy, lecz i z jej rozwojem historycznym.

M. F.

## Biologia

Rudolf SIEGEL. Wpływ hormonów na rozmieszczenie cukru i przepuszczalność komórek w ustroju zwierzęcym. (Kl. Woch. 1929 № 36).

Rozmieszczenie cukru w ustroju zachodzi dzięki przechodzeniu cukru z krwi do tkanek z jednej strony i uzupełnieniu jego ilości we krwi przez rozkład glikogenu w wątrobie z drugiej strony. Proces ten jest jednokierunkowy, t. j. jedynym miejscem pochodzenia cukru w ustroju jest wątroba, a przepuszczalność błon komórkowych dla cukru odbywa się jedynie w kierunku od krwi do komórki. Ta przepuszczalność nie opiera się tylko na prawie dyfuzji, gdyż między zawartością cukru we krwi i w tkankach niema żadnej równowagi.

Insulina wpływa na przepuszczalność błon komórkowych w ten sposób, że przepędza cukier z krwi do tkanek. O ile stosunek cukru we krwi do cukru w mięśniach jest normalnie większy od jedności, o tyle po insulinie staje się on mniejszy od 1. Na wątrobę działa insulina w ten sposób, że hamuje rozkład glikogenu i zatrzymuje go w wątrobie. Inne paradoksalne wyniki, otrzymywane przez niektórych autorów, tłumaczone są niefizjologicznym dawkowaniem insuliny. Tyroksyna, jeżeli chodzi o działanie jej na wątrobę, jest prawdziwym antagonistą insuliny, t. j. wzmacnia rozkład glikogenu, za czem przemawiają, oprócz doświadczeń, i dane kliniczne. Natomiast nie daje się zauważyć żadnego działania tyroksyny na przepuszczalność komórek ustroju.

Adrenalina, stosowana w dawkach fizjologicznych działa, wbrew mniemaniu większości autorów, na wątrobę synergetycznie z insuliną, t. j. wpływa na zatrzymanie glikogenu. Natomiast na tkanki działa adrenalina odwrotnie niż insulina, t. j. zmniejsza przepuszczalność cukru z krwi do tkanek. W dawkach większych dopiero działa adrenalina, dzięki podrażnieniu n. współczulnego, na wątrobę w ten sposób, że obniża jej zapasy glikogenu.

J. Konoński.

Leon ASHER i Pierin RATTI. Wpływ grasicy na wzrost w normalnych i nienormalnych warunkach. (Kl. Woch. Nr. 44 rok 1929).

Badania wykonano na młodych szczurach. Dwie serie zwierząt karmiono tem samym pożywieniem, prócz tego jednej z tych seryj w określonych odstępach czasu wstrzykiwano śródmięśniowo wyciąg z grasicy, jak również podawano grasicę w pożywieniu. Po pewnym czasie stwierdzono, że wzrost tej ostatniej serji był znacznie prędszy i mocniejszy.

W drugiej grupie doświadczeń, zwierzęta były utrzymywane w niekorzystnych warunkach, mianowicie, przebywały stale w ciemności i były karmione pożywieniem, powodującym krzywicę. Okazało się, że te spośród nich, które otrzymywały grasicę, na krzywicę nie zapadały.

J. K.

VERSEN. O odczynie doskórny z żelazocjankiem potasu według Brugscha. (D. m. W. Nr. 34 1929).

Kontrolując odczyn doskórny z żelazocjankiem potasu, podany przez Brugscha w żółtaczkach, zarówno u żywych jak i zmarłych, stwierdzał autor stale odczyn dodatni niezależnie od pochodzenia żółtaczek. Próby wykrycia żelaza w skórze przy pomocy odczynów chemicznych (wstrzykiwania do skóry roztworu HCl i żelazocjanku potasu oraz rodanku potasu) i badanie skóry pod drobnowidzem wypadły ujemnie. Wobec tego autor popiera pogląd Dietricha z II-iej kliniki, iż odczyn, podany przez Brugscha, jest odczynem na bilirubinę w skórze, a nie na żelazo.

Wanda Franzówna.

BRUGSCH. Odpowiedź (na artykuł Versena) (D. m. W. Nr. 34. 1930)

Według Brugscha stanowisko Versena oparte jest na fałszywych przesłankach. W tkankach znajduje się żelazo dwuwartościowe (czynne) i trójwartościowe (zmagazynowane). Badaniem histochemicznym wykrywa się żelazo zmagazynowane przy odpowiednim stężeniu (10—15 mg. na 100 gr. skóry). W skórze w żółtaczce ilość żelaza czynnego jest daleko mniejsza. Odczyn Turnbulla, jako znacznie czulszy od poprzednich, pozwala wykryć te małe ilości żelaza.

Wanda Franzówna.

## Radjologia.

∞ Teaching and Training in Medical Radiology. Acta radiologica, Supplementum IV. (Stockholm 1930).

Programowym tematem II-ego Międzynarodowego Zjazdu Radjologów była sprawa nauczania i wyszkolenia radjologów.

Ze wszystkich krajów, gdzie kwestja nauczania rentgenologii traktowana jest naukowo, złożone zostały dokładne sprawozdania o dotychczasowych zdobyciach i wskazane wytyczne na przyszłość.

Takich sprawozdań dostarczono 23. Zebrane są one w jedną całość wraz z uwagami dyskusyjnymi.

Walka o zdobycie równouprawnienia wśród poszczególnych działów medycyny klinicznej cełuje przemówienia wszystkich mówców, bez względu na to, czy są to przedstawiciele krajów, gdzie rentgenologia, traktowana po macoszemu jest tylko kopciuszkim poszczególnych dyscyplin klinicznych i wykładana jest przez przedstawicieli danego fachu, czy jest to tolerowana przez uniwersytet inicjatywa prywatna, czy też wykładana, oczywiście nieobowiązkowo, przez poszczególnych docentów przy uniwersytecie. Wszędzie widzimy jednakże starania i jednakowe prawie sposoby ich zwalczania.

Tezy, wysuwane przez samych radjologów, sprowadzają się do tego, czy należy podzielić rentgenologję na dwie części: 1) podstawową teoretyczną, wykładaną przez odpowiedniego fachowca, 2) klinicznie praktyczną, połączoną z wykładami klinicznymi i prowadzoną czy to przez szefów kliniki, często przez przydzielonych do kliniki specjalnych docentów rentgenologów, czy też należy wydzielić rentgenologję, jako jedną całość (teoretyczną i praktyczną), i stworzyć dla niej specjalną katedrę, oczywiście obowiązkową.

Urobienie odpowiedniej opinii w kraju i ujednostajnienie wspólnych dążeń—jest zadaniem najbliższej przyszłości.

B. Kryński.

G. RONNEAUX. Znaczenie metodyki w rentgenologii przewodu pokarmowego. (Paris Médical, Nr. 5. 1 luty 1930 roku).

Naogół panuje obecnie pogląd, że należy w jaknajkrótszym czasie wykonać jak najwięcej badań rentgenologicznych. Klinicy ta żąda zazwyczaj od rentgenologa zdjęcia ręki,

kl. piersiowej i t. d. nie podając bliższych wyjaśnień. W rentgenologii przewodu pokarmowego postępowanie tego rodzaju nie wystarcza.

W przeciwieństwie do przypadków powyższych brak tu stałości obrazów. Zmienność ich wymaga powolnego i systematycznego badania. Nie wolno poprzestawać na prześwietleniu lub zdjęciach: jedno i drugie wzajemnie się uzupełniają.

Dla niektórych klinicystów rentgenologia jest zwykłym badaniem laboratoryjnym. Inni znowu żądają natychmiastowego postawienia rozpoznania i dziwią się, że rentgenolog nie może odpowiedzieć jasno i stanowczo: przecież zagłada do brzucha, jak do otwartej szafy.

Obecnie jednak większość klinicystów uważa rentgenologię za współpracownika. Informuje go o swoich wrażeniach, skierowuje jego badania na odpowiednie tory.

W dziedzinie schorzeń jamy brzusznej rentgenolog może dostarczyć trojakiego rodzaju wiadomości, tyczących się morfologii, strony czynnościowej i umiejscowienia bólu.

Ścisłe rozpoznanie i wskazania operacyjne należą wyłącznie do klinicysty. Rentgenolog nie może powiedzieć, czy ubytek cieniowy na jednej z krzywizn żołądka powstał naskutek raka, kily lub nowotworu łagodnego.

Klinicysta powinien podać rentgenologowi główne objawy, rozpoznanie kliniczne i kwestje, jakie powinny być rozstrzygnięte.

Przykład: chory miewa codziennie nudności, częste wymioty, bolesność w okolicy dołka podsercowego, pęcherzyka żółciowego i podbrzusza prawego. Czy istnieje zmiana organiczna odźwiernika, czy tylko skurcz? Jak się zachowuje wyrostek rob. i pęcherzyk żółciowy?

Przed badaniem rentgenologicznym, pacjent powinien się wstrzymać od brania lekarstw przez 2 doby i być zupełnie naczczo. Przed wlewanką kontrastową musi być zastosowany środek przeczyszczający i 2 godziny przed badaniem lawatywa. Inaczej pozostały kał może wywoływać najrozmaitsze odchylenia od normy. Należy obserwować posuwanie się kontrastu w okrężnicy, gdyż inaczej interpretacja obrazów staje się rzeczą niemożliwą.

Należy prześwietlać jamę brzuszną (lepiej zrobić zdjęcie) przed podaniem kontrastu. Wykrywamy czasami zwapniałe gruczoły kręzkowe, kamieć nerkową lub żółciową, zmiany w kręgach i t. d.

Autor na szeregu bardzo ciekawych przykładów wykazuje konieczność uzupełnienia rentgenoskopji przez rentgenografję.

Dochodzi do wniosku, że tylko dokładne i systematyczne badanie przewodu pokarmowego daje wyniki dobre.

M. Orłowski.

## Choroby zakaźne

W. H. GENTT i A. W. PONOMAREW. O mechanizmie rozprzestrzeniania się zarazka wścieklizny w organizmie. (Archiw Biol. Nauk. T. XXIX zes. III 1929 r.)

Zarazek wścieklizny szerzy się w ustroju drogą cylindrów osiowych nerwów obwodowych. Zachodzi to przy pomocy: 1<sup>o</sup> cieczy tkankowej włókien osiowych, której prąd dąży do ośrodkowego ukl. nerw. — to jest główny sposób przeniesienia się zarazka od obwodu do ośrodka;

2<sup>o</sup> rozmnażanie się zarazka we włóknie osiowym.

O istnieniu pierwszego z powyższych mechanizmów wnioskowano z następujących danych: Virus fixe, którego używano do doświadczeń, nie wywoływał objawów wścieklizny u psów, szczepionych nim podskórnie i dożylnie. U psów, szczepionych domięśniowo, wywoływał wściekliznę tylko wtedy, gdy przez wypuszczenie płynu mózgowo-rdzeniowego zaraz po szczepieniu, *ex vacuo* przyspieszano prąd cieczy tkankowej włókien osiowych, dążący do ośrodków,

U psów, szczepionych do nerwu kulszowego, samo odciągnięcie płynu m.—rdz. nie wystarczało do wywołania objawów wścieklizny. Objawy te występowały dopiero wtedy, gdy po zastrzyknięciu jadu przecięto pień nerwowy, umożliwiając w ten sposób jadowi dostęp do włókien osiowych. Łatwiejsze zarażenie się psów, szczepionych domięśniowo, aniżeli szczepionych donerwowo. tłomaczy się dużą liczbą zakończeń nerwowych w mięśniach, które w przeciwieństwie do włókien, biegnących w sformowanym nerwie, są pozbawione otoczek, nie dopuszczających do włókna osiowego.

S. Miller.

FRIEDEMANN i DEICHEZ. Kontrola bakterjologiczna ozdowieńców po szkarlatynie. (D. m. W. Nr. 36. 1929).

Obecność paciorkowców hemolizujących w gardzieli ozdowieńców po szkarlatynie sprzyja szerzeniu się tej choroby, nie pozwala jednak ustalić etiologii tego cierpienia. Przy badaniu wydzieliny z gardła u większej liczby osób otrzymuje się często błędne wyniki, jakich należy się dopatrywać w statystyce Seligmanna, który w 34 proc. nie stwierdził paciorkowców hemolizujących u osobników po przebiegu szkarlatyny. Autorzy i inni badacze w 100 pr. znajdowali te paciorkowce. Te różnice należy tłomaczyć inną techniką badania. Jednorazowe badanie wydzieliny z gardła, jak to czynił Seligmann, jest niewystarczające; dopiero trzykrotne badanie w odstępach 48 godzin ma znaczenie decydujące. Nalot z gardła winno się badać w dniu pobrania, badanie bowiem po 24 godzinach lub po dłuższym upływie czasu zmniejsza liczbę dodatnich posiewów. Obok wydzieliny z gardła należy również badać i wydzielinę z nosa, gdyż często paciorkowce gnieźdzą się jedynie w nosie. Szybsze znikanie drobnoustrojów z gardzieli miało miejsce u ozdowieńców, przebywających na świeżem powietrzu.

Wanda Franówna.

A. HOLLENBERG. Przypadek „choroby papuziej”. (Med. Klinik Nr. 7. 1930).

Papuga, kupiona przez pacjenta, okazuje się chora na rozwolnienie i zdycha po 8 dniach. Właściciel, który się wyłącznie nią opiekował, zachorował po tygodniu nagle z objawami wysokiej ciepłoty, dreszczy, kaszlu, bólu głowy, rozwolnienia. Po kilku dniach stan ogólny ciężki, zamroczenie.

Klinicznie stwierdzono zapalenie płuc płatowe. Krzywa ciepłoty z litycznym spadkiem, względnie zwolnione tętno, obraz krwi i leukopenja—przemawiały za dudem. Jednakowoż kilkakrotne badanie bakterjologiczne krwi, kału, moczu i treści dwunastniczej wypadły ujemnie. Zapalenie płuc przebiegało bez silnego kaszlu, i odpluwania. Cały ten przebieg choroby, brak pewnych danych dających, wystąpienie schorzenia w związku ze sprowadzeniem importowanej z Ameryki papugi, przebieg kliniczny analogiczny do znanych i opisanych przypadków tego schorzenia upoważniają autora do rozpoznania i w tym przypadku „choroby papuziej”.

M. Segal.

CHAUTRIOT. Reaktywacja zimnicy. (Par. Med. Nr. 48 1929 rok).

Zimnica, będąca w stanie utajonym, nie dająca żadnych objawów klinicznych, nie pozwalającą się wykryć nawet zapomocą badania krwi, może być wyprowadzona ze stanu utajenia dzięki działaniu czynników chemicznych, białkowych, wywołujących gorączkę. Odpowiedni wstrząs gorączkowy lub chemiczny może reaktywować zimnicę i pozwolić na otrzymanie dodatniego wyniku badania krwi. Ta metoda dająca opiera się na danych biotropizmu i przedstawia dużą analogję do istoty odczynu Herxheimera, prowokacji utajone kily za pomocą zastrzyknięć salwarsanu. Do prowokacji używa

autor zastrzyknięcia 0,15—0,3 neosalwarsanu, 1 cm.<sup>3</sup> cjanu rąci, 2 ampulki arrenalu lub kakodylanu sodowego, 0,5—0,75—1 cm.<sup>3</sup> dmeicosu. Wstrząs powoduje zaburzenia równowagi humoralnej. Działanie może być bezpośrednie i pośrednie. Czynniki chemiczne, jak związki arsenobenzolowe, nasycają wątrobę i sprzyjają prawdopodobnie bezpośredniemu uwolnieniu pierwotniaków, dotąd zatrzymanych w komórkach wątrobowych, oraz przedostawaniu się ich do krwi. Przy użyciu ciał białkowych, szczepionek, wstrząs jest pośredni: przesącze bakteryjne powodują wznesienie temperatury, działające na stan kolloidalny naszych płynów; wywołana w ten sposób gorączka sprzyja wtórnej migracji pasorzytów i rozpoczyna się cykl schizogeniczny. Jeśli powtarzane kilkakrotnie w ciągu paru tygodni prowokacje nie wywołują reakcji, należy uważać to za dowód wyleczenia zimnicy. Należy odróżniać wznesienia temperatury, zależne od środka leczniczego, służącego do prowokacji, od cyklicznych wznesień temperatury, zależnych od obecności pierwotniaków we krwi,

Henryk Landau.

### Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

J. M. MORA. Próba skórna w nadczynności tarczycy. (Am. J. Med. Sc. tom 177. Nr. 2.)

Autor badał zachowanie się odczynu skórno wodochłonności w 42 przypadkach t. zw. tyreotoksykozy, i to zarówno przed, jak i po zabiegu operacyjnym.

U większości tych chorych wodochłonność tych tkanek jest zwiększona, i to w stopniu tem większym, im większa jest przemiana podstawowa.

Po zabiegu operacyjnym, w miarę powrotu metabolizmu do normy, wodochłonność się zmniejsza, dochodząc stopniowo do szybkości normalnej.

B. G.

M. MARTENS. O rozpoznawaniu i leczeniu wola, znajdującego się wewnątrz klatki piersiowej. (Ther. der Gegenw. Grudzień, 1929).

Jeśli stwierdza się stłumienie wypuku na mostku lub pod obojczykiem, jeśli istnieje *stridor*, którego nie można wytłomaczyć obecnością wola na szyi, należy podejrzewać istnienie wola pozamostkowego. Wątpliwości rozstrzyga zazwyczaj badanie rentgenowskie, które należy przeprowadzać nie tylko w przednio-tylnem, lecz i skośnem ustawieniu badanej osoby. Czasem jednak zdjęcie rentgenowskie nasuwa trudności dżagnostyczne (tętniaki aorty, torbiele oskrzelowe, guzy płuc i t. d.), tak, że trzeba uciekać się do innych metod pomocniczych badania klinicznego. Każdy przypadek wola, prowadzącego do uciśnięcia lub odepchnięcia tchawicy, a powodującego dolegliwości oddechowe i *stridor*, powinien być operowany. Operacja, wykonana w miejscowem znieczuleniu, daje nadzwyczaj pomyślne wyniki.

Henryk Landau.

L. BERARD i R. PEYCELOW. Współczesne zasady chirurgicznego leczenia nadczynności tarczycy. (Monde Méd. 761/1929).

Pomimo prac Plummera i szkoły anglo-saskiej, którzy ściśle odróżniają wole wytrzeszczowe typowe (choroba Basedowa) od wola gruczolakowatego (*struma basedowiflata*, *adenoma toxicum*), uważają autorzy, że niema podstaw ani anatomicznych, ani klinicznych do ścisłego odgraniczania tych postaci. Nawet przemiana podstawowa nie może służyć do różniczkownia między obu zespołami. Proponują oni, aby ująć wszystkie objawy tego zespołu pod nazwę *hyperthyreoidismus* lub tyreotoksykozy i odróżniać hipertyreoidyzm pier-

wotny, zjawiający się u osób wolnych pozornie od zmian tarczycznych, i wtórny, występujący u osób ze zmienioną już uprzednio w sensie nowotworowym tarczycą. Należy zaczynać leczenie od środków wewnętrznych i spokoju, leczenia swistego u osób kilowych, chininy i zwłaszcza chinidyny w dużych dawkach (1,5-2 gr. na dzień) celem zwalczania przyspieszonej i niemiarowej akcji serca, podawania jodu (*Rp. Jodii puri 5,0, Kali iod. 10,0, Aq. dest. 100,0* w dawkach wzrastających od 10, później 20 i 30 kropel na dzień), który obniża przemianę podstawową. Leczenie to sprowadza poprawę, ale ma ona tylko przemijający charakter i dlatego leczenia nie należy zbyt długo przeciągać i uważać je raczej za przygotowanie do zabiegu operacyjnego. Leczenie fizykalne (elektryczność, rad, R o e n t g e n) daje tylko przejściowe poprawy, a sprowadza zmiany w tarczycy i jej otoczeniu, utrudniające późniejszy zabieg. Wchodzi ono w rachubę tylko tam, gdzie leczenie wewnętrzne zawiodło, a zabieg operacyjny jest niemożliwy wskutek charakteru lub ciężkich zmian w narządach wewnętrznych. Seanse winny być krótkie, powtarzane 1-2 razy tygodniowo, dawki słabe. Najlepsze wyniki daje leczenie chirurgiczne. Za najodpowiedniejszą metodę operacyjną należy uważać usunięcie możliwie dużej części obu płatów gruczołu. W lekkich postaciach z nieznacznie zmniejszoną przemianą podstawową, dobrze reagujących na jod, gdzie intoksykacja jest świeża, należy wykonywać właśnie tę operację. W postaciach cięższych, starych, z wychudnięciem, podnieceniem psychicznem, z niedomogą serca należy zaczynać od leczenia wewnętrznego, a po przygotowaniu robić zabiegi ograniczone i nie wywołujące wstrząsu — podwiązanie tętnic tarczycznych, a po pewnym czasie (2 miesiące), gdy stan chorego się poprawi, przystąpić do zabiegu na samym gruczole. Śmiertelność operacyjną udało się obniżyć do 3-4,4 proc. dzięki wczesnemu operowaniu i przygotowaniu zapomocą płynu Lugola. Rezultaty operacyjne wyrażają się w 85 proc. jako dobre i 50 proc. jako świetne (zupełne wyleczenie bez recydyw).

Henryk Landau.

A. KRECKE. W sprawie leczenia choroby Basedowa. (Münch. med. Woch. Nr. 7 — 1930)

Celem wprowadzenia jednolitości do statystyk rozmaitych sposobów leczenia choroby B. jakoteż dla usystematyzowania wskazań do tego lub innego sposobu leczenia proponuje K. następujący podział schorzeń tarczycy:

1 grupa: nadczynność lekkiego stopnia. Wole zmiennej wielkości i kształtu.

Podmiotowe dolegliwości sercowe. Nieznaczne przyspieszenie tętna.

Lekkie objawy nerwowe. Brak wychudnięcia. Brak wytrzeszczu. Przemiana podstawowa zwiększona do 30%.

2 grupa: Tętniące wole. Znaczne dolegliwości sercowe. Tętno do 120. Zaburzenia nerwowe. Czasami wytrzeszcz. Przemiana podstawowa zwiększona do 50%.

3 grupa: Wola ze szmerami naczyńowemi. Ciężkie objawy sercowe. Tętno powyżej 120. Znaczne zaburzenia nerwowe. Wychudnięcie. Wytrzeszcz. Przemiana podstawowa zwiększona przeszło 50%.

W grupach 2 i 3 należy zaznaczać obecność lub brak zespołu ocznego.

Przypadki grupy 1 i częściowo 2 należy leczyć konserwatywnie (R o e n t g e n), zwłaszcza u osób młodych. O ile po 8-miu tygodniach leczenia nie następuje poprawa, należy operować.

Przypadki cięższe grupy 2, o ile po naswietlaniu nie ulegają szybkiej i wyraźnej poprawie, należy operować, aby nie stracić odpowiedniego ku temu momentu.

W przypadkach z grupy 3 nie należy oczekiwać poprawy od naświetlania, należy odrazu kierować je do chirurga.

Nie należy spieszyć z operowaniem chorych, których stan pogorszył się po leczeniu konserwatywnym. Czekać należy z chorymi, o ile ich tętno nawet w spokoju przekracza 120. K. odradza operowanie chorych podnieconych nerwowo zwłaszcza psychicznie. Uwzględnić należy stopień wzmożenia przem. p. i stan serca. Wobec nadmiernego wzmożenia p. p. i objawów niedomogi serca należy czekać z operowaniem. Dalsze przeciwwskazania: silne wychudnięcie i uporczywe biegunki.

Przygotowanie do operacji polega na spokoju fizycznym i psychicznym, zimnych okładach na serce i wole, bromo Roentgen, jod. K. chwali awertynę, jako narkotyk w tych operacjach.

F. Turyn

P. KOENIG I E. STAHNKE. Znieczulenie miejscowe lub narkoza przy zabiegach na tarczycy. (Therapie der Gegenwart. Z. 6. str. 250. 1929).

Kwestja leczenia konserwatywnego i zabiegów operacyjnych w przypadkach wola i choroby Basedowa nie schodzi z porządku dziennego. Jeszcze mniej zdecydowana jest sprawa metodyki znieczulania. Według powyższych autorów, rozporządzających obfitym materiałem operacyjnym kliniki chirurgicznej w Würzburgu, zwykle wole wymaga znieczulenia miejscowego, zaś wole toksyczne uspienia eterowego z przedwstępem wprowadzeniem pernoktonu. Co do narkozy prostniczej i gazowej, ostatnio gorąco zalecanych, nie posiadają własnego doświadczenia.

H. Higier.

## Choroby dróg moczowych

PILLET. Częstość występowania prątków okrężnicy w cewnikowanym moczu osób ze schorzeniami dróg moczowych. (Par. Méd. № 45/1929).

U 40 chorych ze zmianami w zakresie dróg moczowych (10 zwężeń cewki, 6 kamieć, 10 przerostów gruczołu krokowego, 3 nowotwory pęcherza, 3 zapalenia miedniczek nerkowych i nerek, 5 przewlekłych zapaleń pęcherza moczowego) znaleziono w moczu, pobranym jałowo, w 27 przypadkach prątki typu okrężnicy, w 13 gronkowce, w 7 enterokoki. Z 16 przypadków, w których przeprowadzono identyfikację prątków, stwierdzono w 14 — *bacterium coli*, w 2 — *pneumobacillus Friedlandaeri*. *Proteus* nie został stwierdzony w żadnym przypadku, co dowodzi, że przechodzi on rzadko przez filtr nerkowy. *Bac. pyocyaneus* znajdowano tylko w otwartych ranach, a więc po nefrostomji i cystostomji.

Zatrzymania przewlekłe moczu rozwijają się w dwóch okresach: a) jałowy i utajony okres zatrucia (wodonercze, przerost pęcherza u osób z przerostem gruczołu krokowego), b) okres zakażenia: bez gorączki, jeśli ropny moczu wydala się częściowo; z gorączką, gdy moczu ulega zatrzymaniu pod ciśnieniem. Jeśli ropa gromadzi się w zamkniętej jamie (ropień gruczołu krokowego, roponercze), następuje okres chirurgiczny. Jeśli drobnoustroje przenikną do krwi, powstaje posocznica; posiew ze krwi, pobranej w okresie gorączkowym, wykazuje prątki okrężnicy, gronkowce, paciorkowce i t. d.

Jałowy ropomocz każe podejrzewać gruźlicę, choć bywa też w guzach i kamicy nerkowej. Gruźlica dróg moczowych daje tylko na początku choroby jałowy moczu.

Wobec kolosalnej przewagi spotykania prątka okrężnicy w moczu, pobranym jałowo, szczepionki tego typu nabierają specjalnego znaczenia w urologji.

Henryk Landau

KLEIN O leczeniu przetok moczowodowych przez wyłączenie nerki za pomocą naświetlania promieniami Roentgena. („Der Chirurg“ № 6 1929).

Wskutek specjalnej topografji moczowodu następują często podczas operacji uszkodzenia, przecięcia i nawet podwiązania moczowodu, szczególnie przy zabiegach ginekologicznych. Moczowód zostaje też często samoistnie uszkodzony w przypadkach zmian patologicznych małej miednicy wskutek ucisku naprz. nowotworu lub wysięku, i wtedy zmienia się też jego położenie. Skutki uszkodzenia moczowodu są różne. Celem naprawienia uszkodzenia podaje Latzko następujące sposoby: 1) przywrócenie drożności moczowodu drogą usunięcia podwiązki lub nałożonego szwu moczowodowego; 2) wszczęcie uszkodzonego moczowodu do pęcherza, kiszki lub do moczowodu drugiej strony; 3) wyluszczenie nerki po stronie uszkodzonego moczowodu; 4) wtórne zaszcycie przetoki moczowodowej. Najlepszym sposobem jest wszczęcie moczowodu do pęcherza, gdyż prowadzi to do stworzenia normalnych warunków; ostatni sposób możliwy jest tylko wtedy, gdy uszkodzenie nastąpiło w dolnym odcinku moczowodu, w przeciwnym razie należy pomyśleć o zupełnym wyłączeniu moczowodu czyli o założeniu przetoki nerkowej lub o wyluszczeniu samej nerki. Autor jednak celem zaoszczędzenia powtórnej operacji proponuje naświetlanie nerki promieniami Roentgena po stronie uszkodzonego moczowodu i tym sposobem doprowadza do zupełnego wypadnięcia czynności nerki, a tem samem i istniejącej przetoki moczowodowej. Doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach, u których uprzednio założono przetokę moczowodową, potwierdzają słuszność i celowość naświetlania promieniami Roentgena nerki z przetoką moczowodową.

H. Datyner.

## Choroby oczu.

∞ SOCIÉTÉ des NATIONS. Organisation d'Hygiène. Rapport sur la protection des aveugles dans différents pays d'après les réponses á un questionnaire de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations. Genève 1929.

Jeśli działalność Ligi Narodów na terenie „wielkiej polityki“ może wzbudzać u niektórych zastrzeżenia lub nawet pewien sceptycyzm musimy być wszyscy z całym uznaniem dla jej prac, podjętych w dziedzinie społecznej, a tu bodaj czy nie na miejscu naczelnem postawić należy jej poczynania na polu higieny, medycyny zapobiegawczej i opieki społecznej nad tak lub inaczej upośledzonymi członkami społeczeństw.

Leży przed nami dość dużych rozmiarów (str. 320) zeszyt pod powyższym nagłówkiem. Jak poucza nas wstęp do tego sprawozdania, działalność Ligi Narodów w kierunku opieki nad ociemniałymi zapoczątkowana została przez Rząd Wielkiej Brytanji w r. 1927. Do Rządu Brytyjskiego od dłuższego czasu zwracały się rządy rozmaitych państw z prośbą o dostarczenie im wiadomości o sposobach opieki, jaką rozciąga nad swymi ociemniałymi państwo brytyjskie, z drugiej zaś strony rząd angielski chciałby otrzymać informacje o stanie tej opieki u innych narodów. Stąd zwróciła się Angja do Ligi Narodów z prośbą wzięcia na siebie trudu rozpisania ankiety w sprawie stanu obecnej opieki nad ociemniałymi w rozmaitych państwach. Uchwała Komitetu Higieny została zatwierdzona przez Radę Ligi, i ankieta w postaci, przedłożonej przez rząd Brytyjski, została rozesłana do 57 państw. Odpowiedzi na pytania, zawarte w tej ankiecie, jakie wpłynęły od 26 państw, stanowią treść niniejszego sprawozdania.

Los ludzi, dotkniętych jakimkolwiek kalectwem, zawsze wzbudzał współczucie bliźnich, lecz najbardziej ogarnia nas litość na widok człowieka, pozbawionego wzroku. Jest to

uczucie najzupełniej usprawiedliwione, gdyż utrata wzroku nie tylko pozbawia człowieka możności postrzegania świata otaczającego w jego tak bogatej szacie, lecz nadmiar wszystkiego sprowadza nań klęskę materialną, pozbawiając możności zarobkowania w wielu dziedzinach pracy ludzkiej. Z tego względu zagadnienie opieki nad ociemniałymi rozpada się na 2 rodzaje:

1) Opieka charakteru ogólnego: polegać ona winna na pomniejszaniu i łagodzeniu tego upośledzenia, jakie jest udziałem ślepeca. Do tego rodzaju opieki należeć będzie udostępnienie ociemniałemu nauki czytania książek, drukowanych metodą Brailla (druk wypukły), zakładanie księgozbiorów i wypożyczalni takich książek, szkół dla działy ociemniałej, szkół średnich, a nawet wyższych dla bardziej uzdolnionych, tworzenie stowarzyszeń, mających na celu pokrzepianie ducha i kojenie rozpacz, w jaką nierzadko ludzie, wzrok tracący, wpadają, drogą przedstawienia im, że los ich nie jest zupełnie beznadziejny, gdyż jeszcze bardzo wiele zajęć i sposobów wypełniania sobie życia stoi dla nich otworem, poznawanie ich zdolności i upodobań celem kierowania na drogę właściwą, dostarczanie ociemniałym, niezgodnym do pracy zarobkowej, zajęć rozrywkowych, odwiedzanie ślepców w miejscach ich zamieszkania, zakładanie dla ociemniałych stowarzyszeń, klubów, ognisk, kolonij, gdzieby spotykać się i wspólnie czas spędzać mogli i t. d.

2) Opieka, mająca na celu umożliwienie i dostarczenie pracy zarobkowej ociemniałemu: zakładanie szkół zawodowych dla ociemniałych, a następnie dostarczanie pracy i zatrudnienie możliwie największej liczby tych nieszczęśliwych dla okazania im, że sami mogą zarabiać na swoje, a nawet swych rodzin utrzymanie.

Niepodobna w tem krótkim streszczeniu podać, co uczyniły dla swych ociemniałych takie kraje, jak Anglja i Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, i ile dobrej woli, starań, pracy i pieniędzy wkładają w to, by opiekę tę coraz bardziej udoskonalić i objąć nią coraz to większe rzesze osób niewidomych.

Ze względu na różnorodność warunków, istniejących w rozmaitych krajach, byłoby niedorzecznością ustanowienie jakichś wskazań, które mogłyby znaleźć zastosowanie powszechne: to, co jest odpowiednie dla jednego państwa, nie może znaleźć zastosowania w drugiem, odmiennem pod względem politycznym, ustroju społecznego, zasobów finansowych i t. d.

Mimo to nie ulega wątpliwości, że narody mogą i powinny korzystać wzajemnie z nabytego doświadczenia w dziedzinie opieki nad ociemniałymi. Musimy jednak przyznać, że np. u nas uczyniono w tym względzie nader niewiele. Należy się spodziewać, że przykłady, jakich mamy aż ponadto w powyższym sprawozdaniu, tego, co uczyniły inne kraje dla swych niewidomych, pobudzą nasze władze i nasze społeczeństwo do większego i serdeczniejszego zajęcia się tą zaniedbaną dziedziną opieki społecznej.

Leon Endelman

**BIRNBAUM. O leczeniu nieżyty spojówek targesiną.** (Annales d'Oculistique, Sierpień 1929).

Leczenie nieżyty spojówek siarczanem cynku nie zawsze daje dodatnie wyniki, gdyż w słabym roztworze jest on mało skuteczny, w roztworze zaś silnym wywołuje podrażnienie spojówek. Preparaty srebrne, dotychczas używane, wywołują również podrażnienie spojówek oraz srebrzycę. Autor zaleca nowy preparat srebrny Targesin, użyty poraz pierwszy

przez Siberta i Rena w leczeniu rzeżączki. Targesina, posiadając własności dezynfekujące i ściągające, nie wywołuje ani srebrzycy, ani podrażnienia. Autor używa jej w roztworze 5 proc. Działa ona bezpośrednio po wkropleniu. W nieżytych ostrych należy wkraplać ją kilka razy dziennie, gdyż w kilka godzin po wbropleniu, wydzielanie śluzu powraca. W nieżytych zwykłych autor poleca dotknięcie śluzówki nosa watą zwilżoną w Targesinie co wpływa także dodatnio na katar. W jaglicy targesinę zaleca się w I okresie, celem zmniejszenia wydzieliny i w ostatnim, gdy spojówka jest stale podrażniona. Ag NO<sub>3</sub> posiada dużo wolnych jonów srebra, ścina białko, t. z. iż wraz z mikroorganizmami niszczy tkankę powierzchowną. Pod tym strupem znajduje się tkanka przekrwiona, która stanowi dobry grunt dla rozmnażania się bakterji. Aby temu zaradzić, zalecono preparaty srebra, ubogie w wolne ony Ag. Targesina jest połączeniem chemicznym diacetylaniny i srebra. Zawiera b. mało wolnych jonów srebra. Targesina odpowiada następującym warunkom: 1) wsiąka do tkanek, nie ścinając białka, 2) nie drażniąc spojówek, ma działanie ściągające, 3), stwarza grunt mało podatny do rozmnażania się bakterji i przytem posiada własności dezynfekcyjne.

E. B e r m a n ó w n a

**TOWBIN i OKUNEW. W sprawie eozynofilji w jaglicy i sposobu jej powstawania.** (Gr.Arch. f. Ophth. Tom 120 1928).

Autorzy często stwierdzali we krwi osobników jagliczych eozynofilję, przyczem była ona wyraźniej zaznaczona we krwi pobranej z powiek (z palca 7 proc., z powiek do 10 proc.) Objaw ten jednak nie miał żadnego związku z przebiegiem schorzenia. Prócz tego stwierdzano u większości jagliczych zwiększoną limfocytozę, która sięgała do 47%. Liczba czerwonych ciałek we krwi powieki jest mniejsza u tego samego osobnika, niż liczba ich we krwi palca. Według autorów eozynofilja powstaje prawdopodobnie wskutek chemotaktycznego przyciągania eozynofiliów do końcowych naczyń powiek, przyczem objaw ten nie może być uważany za swoisty jedynie dla jaglicy, gdyż występuje również u ludzi, którzy mają inne schorzenia, umiejscowione w okolicy powiek.

W. A r k i n.

**DANTRELLE. Chirurgiczny sposób leczenia jaglicy „zimną iskrą“.** (Annales d'Oculist. XII 1928 r.)

Autor ma na myśli wyłącznie jaglicę spojówek. Chodzi o otrzymanie najdelikatniejszych i najmniejszych bliznek na spojówce po usunięciu jagiel. Wszystkie dotychczasowe sposoby, jak wygniatanie, masaż, przypalanie, skaryfikacja, elektroliza i inne, pozostawiały dość grube blizny na spojówce. Autor podaje lepszy sposób: diatermiczną koagulację, którą już przed nim stosowali Worms, Blanchard, Monbrun. Ten sposób wytwarza w spojówce najmniej tkanki bliznowatej. Autor przed zabiegiem ucieka się do kompletnego znieczulenia worka spojówkowego, wstrzykując powyżej tarczki pod śluzówkę 2 c. e. 4 proc. nowokainy. Koagulację diatermiczną autor uważa jednak za sposób trochę brutalny, z długotrwałymi (do 3 tygodni) objawami pooperacyjnego odczynu zapalnego spojówek, wobec czego proponuje zimną iskrę jako zabieg skuteczny, dość delikatny, ze stosunkowo małym odczynem zapalnym. Zdaniem autora, ten sposób warto stosować też w gruźlicy spojówek i katarze wiosennym.

H i n d e s.

## Wskazówki praktyczne.

Kiłę wrodzoną leczy Kiss z dobrym skutkiem *spiro-sidem*. W pierwszym tygodniu otrzymuje dziecko codziennie  $\frac{1}{4}$ , w drugim — 2 razy dziennie po  $\frac{1}{4}$ , w trzecim — 3 razy dziennie po  $\frac{1}{4}$  pastylki. Ostatnią dawkę stosuje się w ciągu 3-ch miesięcy, poczem — 2 miesięczna pauza, a po niej leczenie kombinowane neosalwarsanem i bizmutem. (Jahr. f. Kindhlk. T. 126. Z. 3—4).

— o —

Ze wszystkich przetworów przysadki, mających na celu *pobudzenie bólów porodowych*, najskuteczniejsza i najniezawodniejsza jest zdaniem Glasera, *bipofizyna*. (Therap. Berichte. 1930 N. 1).

— o —

Przeciwko bólom przy *łykaniu*, towarzyszącym gruźlicy krtani, radzi Wotzilka stosować krótkie naświetlanie promieniami Roentgena. Trzykrotnym naświetleniem małymi dawkami ( $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$  HED) można osiągnąć zupełne zwalczenie bólu. Prócz tego działają dobrze *zastrzykiwania alkoholu* do nerwu krtaniowego górnego, zasypywanie owrzodzeń *anestezyną* przed jedzeniem oraz pastylki *dysphaginy*, zawierające tutokainę. (Med. Klin. 1929 N. 27).

W celu *pobudzenia ruchów robaczkowych* po operacjach stosuje M. Ehrlich z powodzeniem *Magnesium—Perhydrol*. Na drugi dzień po operacji chory otrzymuje 2 pastylki, na 3 dzień — 2—3 pastylek ze skutkiem zadawalającym. (Med. Klin. 1929 N. 50).

— o —

Przeciwko *swędzeniu, towarzyszącemu żółtacze*, poleca Rosenthal: kąpiele ciepłe, brom, lobelinę, antypirynę i sole wapnia; zewnętrznie, — alkoholowe roztwory mentolu i tymolu, mitigal i kalomel. Bardzo skuteczna ma być soda, podnosząca rezerwę alkaliczną (Ther. d. Gegew. 1929 N. 7)

— o —

Moro bardzo poleca *„djetę jabłkową Heislera przeciwko biegunkom u dzieci*. Stosuje się jabłka w postaci purée w ciągu 2-ch dni po 100 — 300 gr. 5 razy dziennie z wyłączeniem wszelkiego innego jedzenia, najwyżej trochę herbaty. W ciągu następnych 2-ch dni djeta bezmleczna i bezjarzynowa, potem pożywienie zwykłe. Nawet w czerwonce wypróżnienia szybko stają się prawidłowe, i bóle ustają. (Klin. Wochschr. 1929 N. 52).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dn. 28. I. 1930 r.

Przewodniczący: Wiceprezes L. Paszkiewicz.

Obecnych członków T-wa 41.

Wprowadzonych gości 12.

1. Wiceprezes odczytał zaproszenie przysłane od dziekanatu Lekarskiego Uniwers. Węsz. na akademję w dniu 11-tego r. b. ku uczczeniu zasług prof. D-ra Kazimierza Nołszewskiego, ustępującego ze stanowiska kierownika kliniki chorób ocznych Uniwers. Warsz.

2. Kol J. Ślaski wygłosił odczyt z przezrociami: *Sprawozdanie z 1-go Międzynarodowego Kongresu Atlantic City* oraz ze zwiedzenia szpitali Ameryki. (Streszczenie własne).

W dniu 13 czerwca r. z. odbył się w Atlantic City (Ameryka półn.) pierwszy międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa — na którym było 44 reprezentantów państw zagranicznych. — Delegatami m. stoł. Warszawy był niżej podpisany oraz architekt miasta Wł. Borawski. Zanim Kongres został otwarty, uczestnicy Kongresu zostali zaproszeni do zwiedzenia na koszt komitetu najważniejszych miast St. Zjedn. jak Bostonu, Rochesteru, Montrealu, Waszyngtonu, Baltimore, Filadelfji, New Jorku, z uwzględnieniem przedewszystkiem urzędzeń szpitalnych i sanitarno-higienicznych. Zarówno wspomniane urzędzenia, jak i najmniejsze momenty i okazy ze słynnej amerykańskiej organizacji pracy, były przez autora sfotografowane i w postaci udatnych przezroczy pokazane na zebraniu Towarzystwa. Co się tyczy referatów i prac wygłoszonych i przedyskutowanych podczas seansów Kongresu to najważniejsze z nich były:

- Referat prof. Johna Hartwella „istota działalności szpitali“.
- Dra Goldwata z New-Jorku „Gospodarczo-administracyjne względy przy budowie szpitali nowoczesnych“.
- Prof. Grobera z Jenny „Gospodarka a dochody szpitalne“.
- Prof. Gauchon i Brisona o „narodowych stow. szpitalnych i utworzeniu stow. między narodowego“.

Trzeba wyznać, że referaty tak Hartwella, jak Goldwata, a w szczególności prof. Grobera poruszają najżywotniejsze tematy z życia codziennego szpitalnictwa

doby ostatniej — nieraz kiedy autor naprz. mówi o Kasach Chorych lub o stosunkach partyjnych, panoszących się w szpitalnictwie, wydawać się może, że to mowa jest o nas i o naszych oplakanych stosunkach. Ujęcie tych spraw jest tak realne, szczere i proste, że każdemu, kto interesuje się stanem współczesnym szpitali i poszukuje sposobu wyjścia z fatalnego położenia — radzimy przeczytać te prace *in extenso!*

Na zakończenie panowie Brison i Gauchon nawołują do energicznego i natychmiastowego tworzenia stowarzyszeń narodowych szpitalnych — skąd delegaci w liczbie 2-ch wedle uchwalonego regulaminu wchodzi w skład Tow. międzynarodowego.

Następny II Kongres międz. odbędzie się w roku 1931 w Wiedniu (czerwiec) pod przewodnictwem prof. Tandlera. Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny:

W. Kosiński

Wiceprezes:

L. Paszkiewicz.

Posiedzenie z dnia 4 lutego 1930 r.

Przewodniczący: prezes Kol. W. Orłowski.

Początek o godz. 8-jej punktualnie. Obecnych czł. Tow' 46, gości 32.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 21 stycznia 1930 r. przyjęto bez zmian.

2. Kol. W. Czarnocki przedstawił *preparaty makro i mikroskopowe z przypadku ostrego zaniku wątroby* (Streszczenie własne).

Wątroba, którą przedstawiam, pochodzi od 22 letniego mężczyzny. Choroba, według słów zmarłego, rozpoczęła się nagle m dreszczami w dniu 23/XI-29. Po kilku dniach zjawily się: bóle brzucha, zwłaszcza w nadbrzuszu po obu stronach; powiększenie brzucha i obrzęk kończyn dolnych.

Klinicznie w dniu przyjęcia 1/1 stwierdzono puchlinę brzuszną, rozszerzenia naczyń żylnych na przedniej ścianie brzucha i klatki piersiowej, znaczne obrzęki dolnej połowy ciała.

3/1 cięciem chirurgicznym wypuszczono 6 litrów płynu jasno żółtego surowiczego.

Ciepłota ciała — podgorączkowa do 37, 4, C, parę ostatnich dni normalna. Obrzęki po zabiegu operacyjnym ustąpiły.

Początkowo zabarwienie żółtaczkowe białkówek oczu, w końcu pobytu na oddziale stan podżółtaczkowy.



Przez cały czas pobytu chory jakby lekko zamroczone, wybitne pogorszenie świadomości 9.I. Śmierć 11.I.

Rozpoznanie kliniczne wahało się między sprawą zakrzepową w żyłce wrotnej a ostrym żółtym zanikiem wątroby.

Sekcyjnie stwierdzono: 1) Miernego stopnia skazę krwotoczną w postaci wybroczynek podopłucnowych i przeobrażonej krwi w zawartości żołądka.

2) Nieżyt przewlekły całego przewodu pokarmowego, w śluzówce żołądka i jelit wyraźne szaro-lupkowe zabarwienie po przebytych wylewach krwawych.

3) Puchlinę brzuszną.

4) Podostre obrzmienie śledziony (410 gr).

5) Największe zmiany dotyczyły wątroby. Ważyła ona 830 gr.

W całości uległa znacznemu zmniejszeniu. Płat prawy o brzegu przednio dolnym, jakby stoczonym, płat lewy stanowił niewielki dodatek do płata prawego, gdyż on przedewszystkiem uległ zmniejszeniu. Powierzchnia płata prawego jest nierówna, guzowata. W odcinkach tylnych widoczne są zapadnięte czerwone ogniska. Na przekroju: płat lewy i przylegające do niego wieszadłowe odcinki prawego płata są czerwono-szare, zupełnie pozbawionym zwykłego rysunku. Pozostała część płata prawego jest podzielona na szereg pólek różnej wielkości, przeważnie okrągłych lub owalnych. Półka te sterczą ponad przekrój i są zabarwione szafrańcowo.

Badanie mikroskopowe skrawków wykazuje w płacie lewym zupełny brak utkania właściwego wątrobie; natomiast olbrzymią liczbę kanalików rzekomych, znaczną liczbę naczyń krwionośnych poroszerzonych i wypełnionych krwią, liczne nacieki limfocytowe, spadniętą sieć włókien kratkowych.

W płacie prawym — miąższ wątrobowy jest względnie dobrze zachowany, grupy zrazików są otoczone pasemkami tkankolącznymi, w których znajdują się obficie limfocyty. Znaczną zastój żółci.

Badanie makro- i mikroskopowe pozwala mi rozpoznać 1) marskość wątroby, 2) przewlekający się zanik żółty.

Zestawiając z danymi klinicznymi, należy przypuścić, że puchlina była spowodowana marskością, powiększyła się ona wskutek dołączającego się ostrego zaniku wątroby, który w danym przypadku doprowadził do zejścia śmiertelnego.

3. Kol. Tomasz Wiśniewski przedstawił 2 przypadki znaczących zniekształceń kończyn pochodzenia krzywiczego, leczonych drogą konserwatywno-ortopedyczną (streszczenie własne).

Jakkolwiek większość wykrzywień krzywiczych leczy się sama przez się, lub też w wyniku samej krzywicy, to jednak nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, kiedy nastąpi wyrównanie wykrzywień bez naszej pomocy, a kiedy się one utrwalą. Utrwalone zaś wykrzywienie możemy prostować tylko przez takie lub inne przecięcie kości, zabieg łatwy, ale co do wyniku nie zawsze pewny, gdyż, jak wiadomo, w pewnym odsetku otrzymujemy opóźnienie wzrostu kostnego, a czasami nawet, chociaż b. rzadko, jego brak, t. j. staw wrzekomy. Nic więc dziwnego, że pomimo mody krótkich sukien, rzadko mamy możliwość stosowania przecięcia kości.

Dlatego, kiedy dowiedział się, że Rohl i inni stosowali parokrotnie z pomyślnym wynikiem prostowania kończyn po uprzednim ich odwapnieniu i rozmięczeniu, spróbowałem tego postępowania u tych dwóch dziewczynek.

Przypadek I. Jadzia R. liczy 4 lata i 10 miesięcy i wykazuje b. ciężkie zmiany krzywicze, zaczęła chodzić w 13 miesiącu życia, wkrótce jednak przestała i od 3 lat nie chodzi. Warunki życia ciężkie, leczona dorywczo, dostawało tylko tran. Z wywiadów wiemy tylko, że od trzech lat nie chodzi. Psychicznie dziecko dobrze rozwinięte, fizycznie: głowa duża, klatka piersiowa szeroka, tułów krótki, kończyny powykrzywiane do tego stopnia, że stanąć nawet na nóżkach nie może, i, by móc dziecko sfotografować, trzeba je było zawiesić na rękach. Zdjęcia rentgenowskie wykazują b. duże odwapnienie, rozcięcie nasad i liczne złamania kończyn dolnych i górnych. W tak ciężkim przypadku *Osteoporosis rachitica*, przeprowadzenie leczenia przeciwykrzywiczego byłoby równoznaczne z utrwaleniem wykrzywienia — a prostować wykrzywienia przy pomocy przecięcia kości nie miałem ochoty ze względu na stan układu kostnego. Pomimo więc tak ciężkich zmian postanowiłem najpierw przez odpowiednią dietę i leżenie wywołać rozmięczenie kości i dopiero je prostować. Postępowałem w myśl przepisów, jakie znalazłem u Rohla t. j. zastoso-wałem dietę bezjarzynową bez soli, lub mało solną, mięsną chudą. Do wewnątrz dla większego zakwaszenia ustroju podałem *Ammonium chloratum* 0,2 na kilo wagi *pro die*, a na obie dolne kończyny założyłem opaskę elastyczną — dla umiejscowienia działania zakwaszającego. Takie postępowanie trwało

3 tygodnie. W uspieniu pierwsza próba prostowania na klinie i w osteoklaście. Wygięcia mało się poddają. Nałożono opatrunek gipsowy i dalej stosowano poprzednie leczenie przez 2 tygodnie. Wreszcie gips zdjęto w uspieniu; prostowanie już udaje się łatwiej, kość rzeczywiście poddaje się łatwiej, chociaż jeszcze nie gnę się jak guma, o czym mówi Rohl. Po 3 tygodniach trzecie prostowanie i teraz już zupełnie oprócz pewnego wygięcia grzebienia kości pierszelowej ku przodowi. Ostatni gips i usilne leczenie przeciwykrzywicze: dieta, naświetlanie lampą kwarcową i t. p. — Wreszcie kąpiel i mięsienie.

Zdjęcie rentgenowskie wykazuje lepsze zwapnienie. Wprawdzie chora zaczęła chodzić dopiero w pół roku od rozpoczęcia leczenia, ale trzeba wziąć pod uwagę specjalnie ciężką postać cierpienia i fakt, że przez 3 lata naogół nie chodziła. Obecnie chodzi swobodnie. Kończyny dolne, może nie idealnie proste, ale czynność swą wykonywują dobrze i oczu nie rażą.

II przypadek dotyczy dziewczynki 5 letniej Honorci S., która także przebywała ciężkie warunki życiowe. Nóżki chorej zaczęły się krzywić w 3 roku życia i jakoby wykrzywają się coraz bardziej. Przy przyjęciu stwierdzono wykrzywienie obu goleń, prawej nieco mniejsze, lewej b. duże, głównie w części obwodowej 1/3; esowate wykrzywienie kręgosłupa. Stan ogólny stosunkowo niezły. Zdjęcie rentgenowskie kończyn dolnych wykazuje brak złamań, znaczne zgrubienie nasad, rozrzedzenie kości umiarkowane. I tu zastosowałem dietę prokrzywiczą, *ammonium chloratum*, opaskę E s m a r c h a — przez 3 tygodnie. Przy pierwszej próbie prostowania kości jednak prawie zupełnie się nie poddały — wobec czego zastosowano dalej opatrunek gipsowy i dalszy ciąg diety prokrzywicznej. Po 2 tygodniach drugie prostowanie; wtedy prawą goleń udało się zupełnie wyprostować, chociaż wykonano przytem złamanie podkostnowe, lewą nie zupełnie, więc gipsowy opatrunek pozostawiono jeszcze na 2 tygodnie. Przy 3-cim prostowaniu prawa goleń prosta, lewa poddała się łatwiej, ale i tu wykonano złamanie obu kości, bez przemieszczenia, jak wykazało prześwietlenie promieniami Roentgena. Ostatni gipsowy opatrunek i intensywne leczenie przeciwykrzywicze.

Podkreślić należy, że w jednym i drugim przypadku, pomimo diety i postępowania prokrzywiczego, dzieci czuły się dobrze i przybierały na wadze. Nic dziwnego, gdyż warunki pobytu szpitalnego, pomimo naszych, przeciwnych starań były dużo lepsze, niż domowe.

Obecnie Honorcia zaczęła chodzić — i zdaje się z nóżek być zadowolona.

Sposób ten, jak go nazwałem konserwatywno-ortopedyczny leczeniem wykrzywienia kończyn, można tylko zalecić, gdyż jakkolwiek dosyć długo trwa, to jednak nie mamy żadnych obaw co do wytworzenia się stawu wrzekomego lub opóźnienia wzrostu, jak po przecięciu kości, a rozmięczenie kości rzeczywiście ma miejsce. Wskazanie do takiego leczenia ogranicza jednak wiek, powyżej 5 — 6 lat rozmięczenie nie udaje się.

4. Kol. Prezes odczytał tytuły nadesłanych prac, poczem złożył życzenia kol. Ludwikowi Z e m b r z u s k i e m u z powodu otrzymania przez niego tytułu docenta. W odpowiedzi kol. L. Z e m b r z u s k i składa podziękowanie.

5. Kol. L. K a r w a c k i wygłosił odczyt p. t. „Saprofityczne prątki gruźlicze w związku z zagadnieniami szczepień ochronnych i bakterioterapii gruźlicy”. (Streszcz. własne).

Za pomocą odpowiedniej techniki hodowania można przeprowadzić prątki gruźlicze w typ, zbliżony do rzekomo gruźliczych, to znaczy w typ, rosnący na zwykłych podłożach laboratoryjnych w ciepocie niższej 30° i pozbawiony swoistej chorobotwórczości dla świnek. Prelegent zwał sprawę ze swych paroletnich doświadczeń nad hodowaniem prątków gruźliczych na podłożach z żółcią. Wyniki, otrzymane przez niego, różnią się pod wieloma względami od twierdzeń Calmette'a i Guerina.

W końcowej części przemówienia Karwacki zwraca uwagę na konsekwencje saprofityzmu gruźliczego w dziedzinie diagnostyki bakteriologicznej i w dziedzinie szczepień ochronnych przeciw gruźlicy (które powinny być wieloszczepowe) oraz w dziedzinie swoistej bakterioterapii gruźlicy.

Żywe hodowle prątków gruźliczych — saprofitów, zastrzyknięte chorym w gruźlicę, dają słabsze odczyty miejscowe i ogólne, niż odpowiednio rozcieńczona tuberkulina.

Szczepionka ta przeto nadaje się do prób bakterioterapii swoistej w gruźlicę.

W dyskusji: zabrał głos kol. Z d z. M i c h a ł s k i (streszcz. własne).

Stanowisko Karwackiego co do poszukiwań szczepionki odpornościowej przeciwgruźliczej jest stanowiskiem bakteriologa, a nie klinicysty, gdyż prelegent bierze pod uwa

gę tylko rodzaje szczepu gruźliczego, nie biorąc wcale pod uwagę drogi wprowadzenia szczepionki.

Z punktu widzenia immunologii nie tyle jakość szczepu, ile sposób wprowadzenia szczepionki do ustroju uodparnianego (*resp.* lezonego) odgrywać winien rolę w wytwarzaniu ciał odpornościowych, i tego nas uczyć obserwacje kliniczne nad dodatnim wpływem wtórnych ognisk gruźliczych w gruczołach chłonnych, przyjądrzach i t. p. na przebieg gruźlicy płucnej.

Z tego punktu widzenia w szczepieniach ochronnych Calmette'a — droga wprowadzania szczepionki — doustnie — jest niewątpliwie drogą najgorszą. Obecnie i sam Calmette przyznaje, iż najlepsze wyniki u bydła rogatego otrzymano drogą szczepień (B. C. G.) podskórnych, o wiele lepszą, niż drogą szczepień doustnych.

Michalski przypuszcza, iż powstanie miejscowego ropnia jest rzeczą dużej wagi przy pobudzeniu ustroju do wytwarzania ciał odpornościowych, co jego własne doświadczenia, przedstawione w Towarzystwie jesienią r. ub., zdają się potwierdzać.

Co się tyczy szybkiego przygotowywania szczepionki gruźliczej o cechach małej jadowitości, to najkrótszą drogę stosują Japończycy w przygotowaniu swej szczepionki A O., otrzymanej drogą hodowli złośliwych prątków gruźliczych na podłożach z dodatkiem pewnych saponin, co powoduje usunięcie złośliwych cech danego szczepu gruźliczego i to w stosunku do zwierząt wrażliwych na gruźlicę.

Żałować należy, iż polskie oficjalne badania nad przeciwgruźliczymi szczepieniami ochronnymi dzieci oparte są wyłącznie na badaniach nad szczepionką B. C. G., i pominięta została zupełnie, niewątpliwie lepsza, szczepionka japońska A O., oparta dziś już na bardzo wielkim materiale doświadczalnym, gdyż dotycząca spcstrzeżeń nad 40-ma tysiącami dzieci w Japonii.

7. Kol. L. Karwacki w odpowiedzi zaznacza, iż nie umował sprawy ze stanowiska bakterjologa; interesuje go bowiem również odczyn ogólny i miejscowy ustroju po szczepieniu. Prelegent nie widzi wyraźnego związku pomiędzy przemówieniem kol. Michalskiego a swoim odczytem.

8. Kol. J. Węgiérko wygłosił odczyt p. t. „Wpływ białka i tłuszczu na krzywą glikemiczną po podaniu cukru gronowego u chorych na cukrzycę”. (Streszcz. własne). Prelegent podawał doustnie chorym na cukrzycę w porządku kolejnym w odstępach trzydniowych cukier gronowy w ilości 50 gr., 50 g. masła i 50 g. białka ściętego jaja kurzego. Badał zachowanie się cukru we krwi u tych chorych w przeciągu 4-ch godzin po podaniu wyżej wspomnianych substancji. Wreszcie badał zachowanie się cukru we krwi po podaniu równocześnie 50 g. cukru gronowego i 50 g. masła, oraz po podaniu równocześnie 50 g. cukru gronowego i 50 g. białka ściętego jaja kurzego. Okazało się, że zarówno, masło, jak i białko jaja kurzego wyraźnie wzmagały hiperglikemję po cukrze gronowym, aczkolwiek podanie samego masła nie wywiera żadnego wpływu na poziom cukru we krwi, a białko wywiera wpływ nieznaczny. Należy dodać, że według prelegenta, wzmaganie się hiperglikemji po cukrze gronowym dzięki równoczesnemu podaniu białka lub tłuszczu występuje najprawdopodobniej z powodu cukrobodźczego, a nie cukrotwórczego

działania białka i tłuszczu. Badania powyższe posiadają wybitne znaczenie faktyczne, dowodzą bowiem, że, im więcej podaje się wraz z cukrem ciepłostek, tem gorsze jest zużytkowanie podanego cukru. Wprowadzając do ustroju mniejszą ogólną liczbę ciepłostek, wzmagamy tem samem tolerancję względem wprowadzonych równocześnie węglowodanów.

9. Na tem posiedzenie zamknięto o godz. 9.37.

Sekretarz doroczny.

J. Roguski.

Prezes:

W. Orłowski.

## Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

O leczeniu przewlekłych spraw stawowych solami złota komunikował Forestier na posiedz. lutow. tow. lek. szpitali paryskich. Stosował on w 48 przypadkach przewlekłych zapaleń stawów zastrzykiwania domięśniowe allochryzyny. Sprawy trwały od jednego do 15 i więcej lat. Zastrzykiwania robiono co 5-7 dni. Otrzymano 16 popraw znacznych i 18 wyników doskonałych. Działanie zależy, zdaniem F., prawdopodobnie od zawartości złota i siarki. (Pr. méd. Nr. 19)

Przypadek moczówki prostej po ciężkiej anginie, trwającej miesiąc, omawiali na tem samym posiedzeniu Labbé, Boulin i Justin-Besançon. Po upływie roku od początku cierpienia chora zwróciła się do szpitala. Nie stwierdzono ani kily, ani zmian w siodło tureckiem, ani jakichkolwiek objawów guza mózgu. Wstrzyknięcie wyciągu z przysadki wywołało spadek wydzielania moczu. 14 miesięcy od początku choroby wystąpiły zaburzenia w sferze płciowej: ustalo miesiączkowanie, macica przyjęła postać dziecięcą. Następnie zauważono otłuszczenie, zwłaszcza na brzuchu, na biodrach i piersiach. Ciepłota nie przekraczała 37,5. Przemiana podstawowa znacznie wzmożona.

Autorom udało się nie tylko stwierdzić wybitne działanie wyciągu z tylnego płata przysadki na diurezę, lecz, co więcej, wyosobnić tę substancję, która w ilości 2 miligr. jest w stanie obniżyć diurezę z 15 litrów na 450 cm. sz.

Anafilaksję pokarmową, zależną od rozmaitych przyczyn wyleczył skutecznie insuliny Langeron (tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 19). Szło o uporczywy wyprysk na twarzy, wywołany początkowo spożyciem dużych ilości wina, lecz powracający po spożyciu nawet soli lub cukru, chleba, mleka, ryby i jarzyn. Żadne środki nie prowadziły do wyleczenia, dopiero zastrzykiwania insuliny usunęły wspomnianą wrażliwość na cały szereg pokarmów. Na uwagę zasługuje tu jeszcze i ten fakt, że w przypadku powyższym nawet sól i cukier powodowały wystąpienie objawów uczulenia.

Ninni komunikował na posiedzeniu marcowem paryskiej Akademii Nauk o szybkiej metodzie stwierdzenia zarodka przesączalnego gruźlicy (Pr. méd. Nr. 23). Zastrzyknięcie dogruczowe przesączu hodowli gruźliczych lub zarzków, przeprowadzonych przez zwierzęta, daje wynik dodatni nawet przy użyciu słabych dawek. Zgodnie z tem, co stwierdzili Calmette i Valtis, w ciągu 15 dni od chwili zastrzyknięcia udaje się wyleczyć obecność prątków, które po tym terminie mogą zniknąć.

## Przegląd terapeutyczny.

Z Oddziału VI Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. Józef Luxemburg.)

### O stosowaniu kardiazolu w durze brzuszny.

Podali:

Dr. WINER-BEZBERGOWA (Warszawa)

i Dr. PENSON (Warszawa)

asystenci Oddziału.

Naczynia krwionośne i serce stanowią układ, który w chorobach zakaźnych ulega bardzo znacznemu zajęciu. Szkodliwe działanie toksyn, krążących w ustroju, ujawnia się przede wszystkim uszkodzeniem, względnie porażeniem ośrodka naczynioruchowego. Wskutek tego porażenia wystę-

puje przewaga nerwów, rozszerzających naczynia nad nerwami zwężającymi, co powoduje gromadzenie się krwi w obrębie naczyń nerwu trzewiowego i ogólne obniżenie ciśnienia w całym układzie krwionośnym. Porażenie ośrodka naczynioruchowego może być tak znaczne, że wywołuje niekiedy zejście śmiertelne, jako skutek t. zw. „skrwawienia do własnych naczyń”. W przypadkach, w których mamy tylko upośledzenie czynności ośrodka naczynioruchowego, dochodzi do ostrej niedomogi mięśnia sercowego i zaburzeń, ze stanem tym związanych.

We wszystkich sprawach infekcyjnych, poza właściwym leczeniem, dążymy do tego, by odpowiednio do danej chwili podtrzymać czynność serca i naczyń. Osiągamy to za pomocą całego sze-

regu środków, działających na naczynia i na serce.

Środek nasercowy, odpowiadający idealnym wymaganiom kliniki, winien posiadać następujące własności:

- 1) musi być dokładnie dawkowany,
- 2) mieć szybkie i długotrwałe działanie,
- 3) nie dawać objawów ubocznych i — co jest również ważne — nie być nieprzyjemny w użyciu.

Kamfora była dotychczas środkiem nasercowym, najdłużej i najczęściej stosowanym w chorobach zakaźnych. Działanie jej jest wprawdzie niezawodne w większości przypadków, ma jednakże swoje strony ujemne.

Doustne podawanie kamfory wywołuje przedewszystkiem bardzo często sprzeciw ze strony chorego ze względu na przykrą woń i smak. Osłabienie tych własności przez podawanie w opłatku opóźnia jej działanie, albowiem w ten sposób zwalnia się wchłanianie w przewodzie pokarmowym, co nie jest pożądane w nagłych przypadkach. Długotrwałe stosowanie kamfory drogą doustną jest przeciwwskazane poza tem ze względu na podrażnienie śluzówki żołądka i obniżenie i tak już upośledzonego łaknienia chorego.

Podskórne podawanie kamfory daje naogół najlepsze wyniki. Wobec tego jednak, że kamfora rozpuszcza się tylko w olejach, wchłanianie jej pod skórą jest utrudnione i prowadzi niekiedy do powstawania bolesnych nacieków, a nawet i ropni. Ropnie te są przeważnie jałowe i tylko niekiedy zawierają drobnoustroje danego schorzenia przez wytworzenie w miejscu zastrzyknięcia *locus minoris resistentiae*.

Dożylne podawanie kamfory jest utrudnione na skutek obawy wywołania zatoru tłuszczowego.

A więc, jak wynika z powyższego, sposób podawania kamfory sprowadza się przeważnie do zastrzykiwań podskórnych, zaś czas działania ich jest krótki, gdyż, wprowadzony do ustroju środek ten przechodzi szybko w nie działający kwas kamfoglikuronowy.

Do liczby środków nasercowych, których własności mają przewyższać kamforę, należy w pierwszym rzędzie Kardiazol.

Jest to pentametylentetrazol, posiadający w swej budowie chemicznej wspólny z kamforą układ dwucykliczny (Schmidt, Engelhard). Kardiazol nie posiada smaku, ani woni, rozpuszcza się łatwo w wodzie, dzięki czemu szybko się wchłania i może być stosowany doustnie, podskórnie, domięśniowo i dożylne (Hildebrandt).

Według badań Beutla działanie Kardiazolu przy podawaniu doustnem występuje już po 7—10 minutach, natomiast czas działania jest prawie dwukrotnie dłuższy, niż po zastrzyknięciu podskórnem lub domięśniowem. Jest to bardzo dogodny sposób stosowania w schorzeniach długotrwałych, zwłaszcza dlatego, że Kardiazol w odróżnieniu od kamfory nie wywołuje podrażnienia śluzówki przewodu pokarmowego.

Przy podaniu Kardiazolu podskórnie i domięśniowo działanie występuje już po 5—7 minutach, przy podaniu dożylnem — po 3—5 minutach. Działanie to osiąga swoje *maximum* po 15 minutach i

trwa, jak stwierdzili Pichler i Schoen, od 1—3 godzin.

Opierając się na powyższych własnościach Kardiazolu, przystąpiliśmy do stosowania go na jednym z pododdziałów Dr. Luxemburga podczas epidemii tyfusu brzuszego na jesieni 1928 r.

Badania przeprowadziliśmy na 54 przypadkach, z których 11 miały przebieg bardzo ciężki, 19 — średni, 8 — zwykły i 13 lekkie. We wszystkich przypadkach podawaliśmy Kardiazol doustnie, a oprócz tego w 31 przypadkach również i podskórnie. Podawanie domięśniowe i dożylne uważaliśmy za zbędne, przekonawszy się, że po podaniu podskórnem skutek występuje bardzo szybko, bo już po 5—8 minutach.

Po podaniu doustnem Kardiazolu, chorzy nigdy nie skarżyli się na żadne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, aczkolwiek czynność tego układu jest upośledzona przez stan chorobowy. Zastrzykiwanie pod skórę powodowało nieznaczny ból, który jednak ustępował zawsze po kilku minutach. Ani razu nie spostrzegliśmy bolesnych nacieków lub ropni, nawet u chorych z daleko posunięciem wyniszczeniem, gdzie warunki wessania są niepomyślne.

Z bogatego materiału oddziałowego wybraliśmy przypadki w pierwszym okresie chorobowym.

Jest to okres, odpowiadający bakterjemji, na który ustrój reaguje wysoką ciepłotą i upośledzeniem czynności serca i naczyń. Chory jest wówczas zazwyczaj odurzony, tętno jest zwolnione i źle napięte, niekiedy stwierdza się *extrasystole*. Tętno serca są głuchawe. Oddech powierchowny, przyspieszony, ciśnienie krwi obniżone.

Stosowanie środków pobudzających i nasercowych jest w tym okresie najbardziej wskazane. Umożliwia ono podtrzymanie prawidłowej czynności układu naczyniowo-sercowego.

Z szeregu spostrzeżeń przytoczymy poniżej przebieg choroby kilku najbardziej ciężkich przypadków.

Przypadek I. Chora G. W., lat 39, przybyła na oddział 23/IX. Odczyn zlepek Widala we krwi 1:500. W chwili przybycia stwierdzamy:  $t_0$ —38,2, P—80, średnio napięty i wypełniony, Tętno serca głuchawe. Liczba oddechów 24'. Ciśnienie krwi RR. 90/65. W płucach świsły i firczenia. Śledziona wyczuwa się na dwa palce poniżej łuku, niebolesna. Wątroba niemacalna. Chora przytomna. Samopoczucie niezłe. Skarży się na bóle głowy.

W ciągu 5 dni stan chorej bez zmian.

28/IX. Chora nagle straciła przytomność. Wystąpiła duszność i sinica. Tętno serca głuche, P—130' słabo wypełniony, źle napięty. Liczba oddechów 36'. Ciśnienie krwi RR 90/95,  $t_0$ —39,5'. Stan ogólny ciężki.

Zastrzyknięto 2 cm.<sup>3</sup> Kardiazolu 10 proc. podskórnie. Po 10 minutach stwierdziliśmy: P—120', bardziej napięty i wypełniony. Liczba oddechów 28', oddechy głębsze. Ciśnienie krwi RR 105/70. Chora nadal nieprzytomna.

Dane te sprawdzaliśmy co 10 minut i stwierdziliśmy, że utrzymują się one na tym poziomie od 1½—2 godzin. Po 2½ godzinach: P—130', liczba oddechów 38', ciśnienie krwi RR 90/65, a więc powrót do stanu, jaki był przed podaniem Kardiazolu.

Opierając się na powyższych danych, stosowaliśmy w przypadku tym 10 proc. Kardiazol podskórnie 2 cm.<sup>3</sup> co 3 godziny w ciągu 6 dni.

3 X. Stan chorej poprawił się, P — 104'. Liczba oddechów 25'. Ciśnienie krwi RR 105/75. Tony serca dzwiczniejsze. Temperatura 38°. Chora lekko zamroczona.

6/X. Chora przytomna. Liczba oddechów, tętno i ciśnienie krwi bez zmian. Ogólne samopoczucie lepsze.

Zastrzykiwanie podskórne Kardiazolu zastąpiono 10 proc. roztworem Kardiazolu, podawanym *per os*, 3 razy dziennie po 20 kropeł, w przeciągu 4-ch dni. Dalszy przebieg choroby nie wymagał stosowania środków nasercowych.

Przypadek II. Chora B. F. lat 20. 15 dzień choroby. W dniu przybycia, t. j. 8. XI., stwierdziliśmy: chora przytomna, skarży się na bóle głowy 10-400, P — 120' średnio wypełniony i napięty, tony serca głuchawe, liczba oddechów 28', ciśnienie krwi RR 100/70. Śledziona wyczuwalna na 2½ palca poniżej łuku żebrowego, twardawa. Odczyn zlepnny. Widala w krwi 1:200.

11/XI. Chora bardzo niespokojna, nieprzytomna. P—132', słabo wypełniony i napięty. Tony serca głuche. Liczba oddechów 36', oddech powierzchowny. Ciśnienie krwi RR — 90/70 Stan chorej ciężki.

Chorej zastrzyknięto podskórnie 2 cm<sup>3</sup> kardiazolu i mierzone co 10 minut w ciągu 2-ch godzin tętno, oddech i ciśnienie krwi.

Po 10 minutach: P — 120, lepiej wypełniony i napięty, liczba oddechów 28', oddech głębszy. Ciśnienie krwi RR — 105/75. Tony serca dzwiczniejsze.

Dane powyższe, sprawdzane co 10 minut, utrzymują się w ciągu 1½ godziny, poczem stopniowo wracają do stanu przed zastrzyknięciem. Po 2-ch godzinach działanie kardiazolu ustąpiło. Chora otrzymywała następnie zastrzykiwania kardiazolu podskórnie co 2 godziny po 2 cm<sup>3</sup>.

15/XI, a więc w 4 dni po pierwszym zastrzyknięciu, chora odzyskała przytomność. t° — 39,0, P — 120, średnio wypełniony i napięty. Tony serca dzwiczniejsze. Liczba oddechów 24'. Ciśnienie krwi RR — 110/75. Stan ogólny znacznie się poprawił.

Chora otrzymywała Kardiazol podskórnie jeszcze w ciągu 2-ch dni, poczem już podawano 10 procentowy roztwór Kardiazolu *per os* 5 razy dziennie po 20-kropeł w przeciągu 5 dni.

22/XI, 10-380, P-96' dobrze wypełniony i napięty, tony serca dzwiczne. Liczba oddechów 20', ciśnienie krwi RR—115/75. Samopoczucie chorej dobre. Do chwili wyzdrowienia chora nie otrzymuje więcej środków nasercowych.

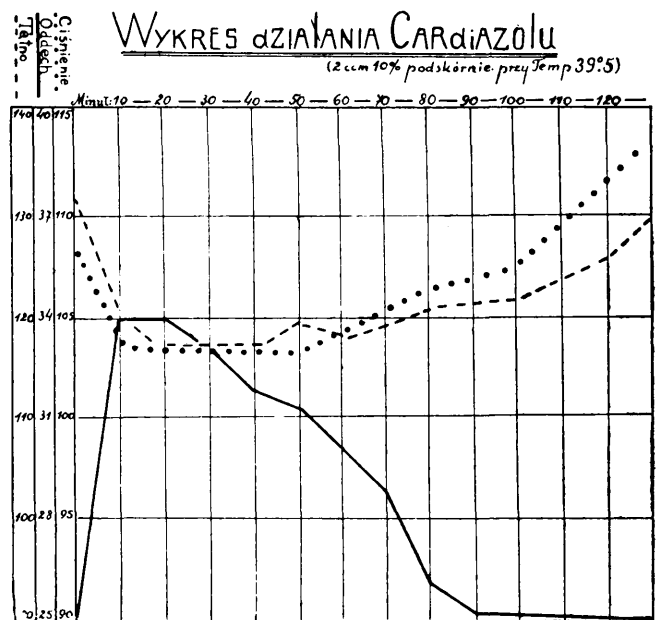
Przypadek III. Chora B. F. lat 33. Trzynasty dzień choroby. W dniu przybycia 9 IX chora przytomna, t° — 39,2', P—120', słabo wypełniony i napięty. Tony serca mało dzwiczne. Ciśnienie krwi RR—95/70. Liczba oddechów 32'. W płucach liczne firczenia i świsty, Śledziona macalna na dwa palce pod łukiem żebrowym.

12/IX, t°—39,2, P—130', słabo wypełniony i napięty, tony serca głuchawe. Ciśnienie krwi RR—90/70. Liczba oddechów 38'. Chora nieco zamroczona. Stan ogólny ciężki.

Chorej zastrzyknięto 2 cm<sup>3</sup> Kardiazolu podskórnie i po 10 minutach stwierdzono: P—120'. Liczba oddechów 30', ciśnienie krwi RR—100/75. Tony serca nieco dzwiczniejsze. Dane te, utrzymywały się w ciągu 2½ godzin.

Chorej zastrzykiwano 10 proc. Kardiazol podskórnie co 3 godziny po 1½ cm<sup>3</sup> w ciągu 5 dni. Po tym czasie ustąpiły groźne objawy niedomogi ze strony serca i układu naczyniowego, i mimo wysokiej ciepłoty nie stosowano środków nasercowych podczas dalszego niepowikłanego przebiegu choroby.

Z powyższych badań przekonał się, że działanie Kardiazolu, podanego podskórnie, osiąga



IMIĘ i NAZWISKO D..... S...			WIEK: 47 ROZPOZNANIE: <i>Typhus abdominalis</i>													
DATA			10/11	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
DZIEŃ CHOROBY:			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Oddech	Puls	Ciepłota (carnal)	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.	R. W.
66	164	0,2														
64	160	41°														
62	156	0,8														
60	152	0,6														
58	148	0,4														
56	144	0,2														
54	140	40°														
52	136	0,8														
50	132	0,6														
48	128	0,4														
46	124	0,2														
44	120	39°														
42	116	0,8														
40	112	0,6														
38	108	0,4														
36	104	0,2														
34	100	38°														
32	96	0,8														
30	92	0,6														
28	88	0,4														
26	84	0,2														
24	80	37°														
22	76	0,8														
20	72	0,6														
18	68	0,4														
16	64	0,2														
14	60	36°														

swoje *maximum* po 10 minutach i utrzymuje się na tym poziomie od 1½—2½ godzin.

Podany doustnie, nie wywołuje przykrych sensacyj ze strony przewodu pokarmowego. W ciągu okresu swego działania daje poprawę w tętnie, oddechu i ciśnieniu krwi.

Podane powyżej tablice wykazują: I. wpływ jednokrotnego zastrzyknięcia dwóch cm.<sup>3</sup> Kardiazolu 10 proc. na tętno, oddech i ciśnienie krwi; II. wpływ Kardiazolu na serce i układy naczyniowy i oddechowy w przebiegu choroby przy stosowaniu zastrzykiwań stale co 3 godziny.

Streszczając się, możemy stwierdzić, iż Kardiazol nietylko w zupełności zastępuje kamforę, ale nawet przewyższa ją, gdyż nie ma działań ubocznych, a przytem może być stosowany zarówno w postaci doustnej, jak i w zastrzykiwaniach.

Jako środek, pobudzający układ oddechowy i sercowo-naczyniowy, nadaje się szczególnie do stosowania w chorobach zakaźnych.

#### PIŚMIENNICTWO.

Reichert i Szermerówna, Warsz. Czasop. Lek. Nr. 25 26, 1928. Parfanowicz Zofja, Polska Gazeta Lekarska, Nr. 29 30, 1929. Serafiński, Nowiny Lekarskie, Nr. 4 1928. Turyn, Nowiny Lekarskie, Nr. 8, 1928. Beutel, Med. Klin. N. 19 27. Dawid, Die Tägliche Praxis N. 1:29. Dawid Med. Klin. N. 21:29. Hofmann, Kerap. d. Gegenw. N. 7 27. Stross, Med. Klin. N. 32 27. Trendelenburg, Munch Med. Woch. N. 27/29. Trautmann, Deutsche, Med. Woch. N. 50/28. Krell, Klin. Woch. 1925, N. 35. Goldscheider, Fachbucher für Ärzte. Bd. XIII. Morawitz, Deut. Med. Woch. 1929, N. 48. Romberg, Munch. med. Woch. 1929 N. 19. Curschmann, Med. Klin. 1929, N. 47.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Samorządy a ustawa szpitalna.

Podał

Dr. Bolesław ZMIGRÓD (Poznań)  
Inspektor Lekarski Wojew. Pozn.

(Dokończenie — p. Nr. 13)

Nie ulega wątpliwości że tego rodzaju stan rzeczy, przy którym czynnik lekarski w zakładzie leczniczym niewątpliwie najważniejszy, nie miał dostatecznego wpływu na rządzącego zakładem, narażał go na wstrząsy, nie bardzo korzystne dla sprawnego funkcjonowania zakładu. Lekarza przy tym stanie rzeczy interesował tylko chory, szpital zaś w mniejszym stopniu. Ustawodawca zmienił ten stan rzeczy gruntownie. Pełnię władzy oddaje w ręce dyrektora lekarza, daje mu zupełną samodzielność, czyniąc go przedstawicielem szpitala na zewnątrz, zwierzchnikiem służby lekarskiej, pielęgniarskiej, administracyjnej i gospodarczej. Za to jednak składa na jego barki całą odpowiedzialność za sprawne funkcjonowanie szpitala.

Organizacja służby lekarskiej w szpitalu polega na tem, że na czele oddziałów stoją ordynatorowie, na czele pracowni i zakładów pomocniczych kierownicy, do pomocy zaś tymże są dodani asystenci. Funkcjonariusze szpitali samorządowych zrobiła ustawa urzędnikami komunalnymi i, jako tacy, podlegają oni odpowiedzialności dyscyplinarnej i korzystają z opieki prawa narówni z urzędnikami publicznymi. Posiadają więc prawo do emerytury, do dodatku komunalnego, podobnie jak i inni funkcjonariusze komunalni.

Dla uzyskania stanowiska lekarza ordynującego winien kandydat wykazać się dwuletnią praktyką szpitalną, wzgl. dłuższą, zależnie od postanowień statutu, który określić może także kwalifikacje specjalne lub warunki dla uzyskania stanowiska dyrektora lub innego stanowiska lekarskiego. Ważnem jest, że wszystkie stanowiska lekarskie, prócz pomocniczych, obsadzać należy w drodze konkursu publicznego, przyczem funkcje sądu konkursowego obejmie rada szpitalna. Na

pewne odchylenia od tej zasady zezwala ustawa zezwalając statutowi na ustanowienie fachowego sądu konkursowego. Przeciwno mianowaniu proponowanej przez związek samorządowy osoby na stanowisko dyrektora szpitala może wojewoda po wysłuchaniu opinii Izby Wojewódzkiej założyć umotywowany sprzeciw, przez co następuje wstrzymanie nominacji.

Ogólnie znanem jest, że sfery lekarskie województwa poznańskiego zajęły wrogie stanowisko w stosunku do postanowień ustawy, dotyczących przemianowania lekarzy szpitalnych na urzędników komunalnych i dotyczących sprawy opłat dziennych szpitali. Słysz się głosy, ze sfer lekarskich, że, to etatyzowanie lekarzy w szpitalach wyjdzie tylko na niekorzyść szpitali, gdyż na stanowiska lekarzy szpitalnych, opłacanych pensją urzędniczą, zgłaszać się będą najmierniejsze jednostki lekarskie, i że na tem ucierpi znacznie leczenie szpitalne, a podobne głosy odzywają się także ze stron kierowników związków samorządowych, przypuszczalnie jako echo głosów tamtych. Nic podobnego. Podstawą bytu lekarza jest praktyka lekarska, do jej powiększenia dąży każdy lekarz, a praktykę tę zwiększyć może jedynie szpital, jako jego przyrodzony wasztat pracy. O odciążeniu najlepszych sił lekarskich od pracy w szpitalach, a zastąpieniu ich miernotami nie może być mowy. Wiadomą bowiem rzeczą jest, że właśnie kierownicze stanowiska w szpitalach, jako warsztatach pracy lekarskiej, są główną podstawą dla wyrobienia prywatnej praktyki lekarskiej. Przecież w miastach uniwersyteckich prawie ze wszystkich dzielnic Państwa stanowiska naczelnych lekarzy szpitali zajmują najwybitniejsi lekarze i profesorowie uniwersytetów, mimo, że pracują na warunkach, przewidzianych w ustawie szpitalnej, jako funkcjonariusze Państwa i samorządów, i że klasy szpitalne nie są dla nich domeną i źródłem częstokroć zawrotnych dochodów.

Lekarze szpitalni pobierali dotychczas na ziemiach zachodnich znikome wprost płace od związków samorządowych. Za czasów pruskich mieli

w zamian za to w umowach swych zawarowane prawo pobierania honorarjum od wszystkich pacjentów I klasy i od zamiejscowych pacjentów II klasy, za czasów polskich prawo to związki samorządowe nawet rozszerzyły przez zgodę na pobieranie przez lekarzy honorarjów w klasie II i od miejscowych chorych, a nawet od zamiejscowych w klasie III-ciej.

Ustawa szpitalna stosunki te porządkuje. W myśl jej postanowień lekarz szpitalny staje się funkcjonariuszem samorządowym o ustalonej płacy i ze wszystkimi prawami, jednakże bez prawa pobierania jakiegokolwiek wynagrodzenia od chorych. Ustawa zezwala jednak związkom komunalnym, utrzymującym szpitale, na przyznawanie funkcjonariuszom dodatków funkcyjnych za sprawowanie czynności kierowniczych albo szczególnie odpowiedzialnych lub niebezpiecznych. W tym ostatnim przypadku rozchodzi się o przyznawanie dodatku funkcyjnego lekarzom, pracującym na oddziałach zakaźnych.

Przy każdym szpitalu samorządowym lub pozostającym pod zarządem związku samorządowego czynna jest rada szpitalna, której przewodniczącym jest każdorazowy przewodniczący Wydziału Powiatowego. W skład tej rady wchodzi lekarz urzędowy odpowiedniej instancji, jako członek, i dyrektor szpitala, jako referent. W innych zaś szpitalach publicznych, nie będących pod zarządem komunalnym, wchodzi conajmniej jeden przedstawiciel organu wykonawczego związku samorządowego, jako członek, dla strzeżenia interesów samorządu. Rada szpitalna jest ciałem opiniodawczym w sprawach budżetu i gospodarki szpitalnej, przebudowy i rozszerzenia szpitala, opłaty za leczenie i należności specjalnych oraz ewent. dodatków za kierownictwo lub funkcyjnych dla personelu szpitalnego.

Drugą sprawą zasadniczą, w której ustawa wprowadza daleko idące zmiany w stosunkach szpitalnictwa ziem zachodnich, to sposób obliczenia kosztów leczenia.

Dotychczas koszty leczenia nie stanowiły równoważnika świadczeń szpitala na rzecz chorego. Ustanawiana przez organy wykonawcze związku samorządowego, a zatwierdzana przez związek samorządowy, taryfa szpitalna obejmowała w zasadzie jedynie koszty żywienia, mieszkania, oprania i obsługi chorego. Wszelkie inne świadczenia: jak pomoc lekarska, lekarstwa, opatrunki, środki wzmacniające, kąpiele, naświetlania, prześwietlania Roentgenem, leczenie fizykalne i t. d., obliczał szpital choremu osobno.

Wyjątek stanowili chorzy III klasy, i to chorzy miejscowi, dla których opłata dzienna obejmowała pewną część świadczeń dodatkowych. Pod tym względem nie istniała jednolitość w szpitalach samorządowych, były nawet daleko idące różnice. Jedynie w zakładach wojewódzkiego związku samorządowego zawierała opłata dzienna odszkodowanie za wszystkie świadczenia w klasie III i II, w I-szej jednak już się za leczenie fizykalne i t. p. płaciło osobno. Zaznaczyć należy, że koszty utrzymania obliczało się przez zesumowanie odnośnych wydatków, do czego się doliczało we wszystkich klasach 15 proc. od wartości urządzeń leczniczych i technicznych i 10 proc. od wartości budynków rocznie.

Ustawą szpitalna zmieniała ten sposób udzielenia świadczeń i obliczania według indywidualnych potrzeb chorego. Koszty leczenia obliczane na podstawie opłaty dziennej, stanowią równoważnik świadczeń szpitala, który choremu zobowiązany jest dać wszystko, a więc pomoc lekarską, potrzebną opiekę, lekarstwa, pożywienie i pomieszczenie, a nawet w razie śmierci zwykły pogrzeb, w braku innych osób do tego zobowiązanych. Ubogim zaś chorym winien szpital także dostarczyć niezbędnych i najprostszych przyrządów, wzgl. opatrunków, jeśli bez nich chory nie może opuścić szpitala.

Opłata dzienna, jednakowa dla wszystkich chorych w tej samej klasie, a więc nie indywidualizowana, może być o 20 % wyższa na oddziałach chirurgicznych, i 15 % dla chorych poza okręgiem szpitala, niższa zaś na oddziałach zakaźnych. W klasie I-szej można obliczać osobno opłaty na specjalne zabiegi lecznicze, do których należą: stosowanie się w sposobie utrzymania do życzeń chorego (drogie potrawy i napoje, odrębne opiekowanie się nim, osobny służący, dyżurowanie przy chorym lekarzy i t. p.)

Opłatę dzienną w klasie najniższej oblicza się na podstawie przeciętnych wydatków własnych, położonych na normalne prowadzenie i utrzymanie szpitala bez kosztów na jego budowę, rozbudowę i inwestycje. Do wydatków tych przeto należą: pobory personelu szpitalnego w gotówce i w naturze, lekarstwa i opatrunki, żywienie, pomieszczenie chorych — w postaci dostarczania wody, światła, opału, czyszczenia — następnie niezbędne i najprostsze przyrządy, wzgl. opatrunki, o ile bez nich chory nie może opuścić szpitala, pogrzeb (o czem była mowa wyżej), dalej utrzymanie inwentarza szpitalnego, narzędzia lekarskie, czyszczenie materaców, pranie i naprawa bielizny, normalne uzupełnianie inwentarza, zniszczonych przyrządów, narzędzi, bieżący remont pokoi szpitalnych, normalne uzupełnianie przedmiotów inwentarza gospodarczego i koszty kancelarji. Na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny przewiduje ustawa jedynie dodatek 10%-owy do opłaty dziennej w klasach wyższych.

Na jedno postanowienie ustawy należy zwrócić uwagę, a mianowicie, że nie można od zapłaty z góry czynić zawisłym przyjęcia chorego do szpitala. Niestety, niezawsze przestrzegano dotychczas tej kardynalnej zasady ludzkiego postępowania w stosunku do chorych, dlatego to postanowienie należy powitać z radością.

Co się tyczy przyjęcia chorego do szpitala, to może samorząd interesować szczegół, zawarty w ustawie, że urząd komunalny winien, wysyłając chorego, zaopatrzyć go w świadectwo ubóstwa, jeśli chory sam nie jest w stanie, ani nikt za niego nie jest obowiązany do ponoszenia kosztów szpitalnych, ściąganie kosztów szpitalnych odbywa się w szpitalach samorządowych na podstawie przepisów, dotyczących danin komunalnych.

Zatwierdzanie opłat następuje przez tę władzę, która powołana jest do zatwierdzenia budżetu związku komunalnego. Wobec przekazania przez postanowienie art. 36 i 37 ustawy o tymczasowym uregulowaniu finansów komunalnych z dnia 11 sierpnia 1923 r. (Dz. Ust. nr. 94 poz. 747) osta-



tecznego zatwierdzenia II-giej instancji, zatwierdza opłaty dzienne wojewoda.

W stosunku do szpitali bez prawa publiczności istnieje ważne dla związków samorządowych postanowienie, którego mocą może Minister Spraw Wewnętrznych oddać w zarząd organom samorządowym na rachunek zarządzającego szpitala bez prawa publiczności w przypadku zaniechania prowadzenia szpitala przez właściciela lub zamknięcia z urzędu, i to aż do ostatecznego załatwienia sprawy wyłączenia tego zakładu z przeznaczeniem na publiczny zakład leczniczy.

Drugie postanowienie ustawy dotyczy przyjmowania chorych do szpitala bez prawa publiczności, a mianowicie, że szpital tego typu, pobierający opłaty za leczenie, nie może odmówić przyjęcia osoby, przysłanej przez władzę komunalną, o ile ta zobowiąże się do zapłaty należności za leczenie, i jeśli istnieją dla tego warunki, wymienione w ustawie.

Prócz zakładów leczniczych, o których dotychczas była mowa, a które są przeznaczone dla osób, potrzebujących stałego pomieszczenia celem leczenia i pielęgnowania, wzgl. obserwacji lekarskiej, przewiduje ustawa jeszcze zakłady lecznicze dla osób przychodzących czyli przychodnie.

Mogą je zakładać między innymi związki samorządowe, obowiązek zaś związków komunalnych do zakładania przychodni określa ustawy szczegółowe, których ukazanie się w ten sposób ustawa zapowiada. Jedną z tych ustaw już się ukazała, a jest nią rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. Ust. nr. 36 poz. 333). Na mocy tego rozporządzenia winny związki samorządowe zakładać i utrzymywać: a) specjalne przychodnie przeciwjaglicze, b) oddziały jaglicze przy szpitalach publicznych, c) zakłady lecznicze dla chorych jagliczych, d) inne pomocnicze instytucje, dla zwalczania i zapobiegania szerzeniu się jaglicy. Wojewódzkie zaś związki komunalne obowiązują ustawa ta do tworzenia i utrzymywania, wzgl. subwencjonowania specjalnych zakładów leczniczych dla chorych jagliczych po stwierdzeniu przez Ministra Spraw Wewnętrznych ich potrzeby.

Parę słów należałoby poświęcić nadzorowi nad zakładami leczniczymi. Nadzór nad zakładami związków komunalnych i międzykomunalnych należy do właściwych władz nadzorczych w odniesieniu do wykonywania obowiązków, wynikających z ustawy. Nadzór zaś ze stanowiska policji sanitarnej wykonywują władze administracji ogólnej z reguły za pośrednictwem swoich fachowych funkcjonariuszów sanitarnych. Należy zaznaczyć, że ustawa orzeka „władze administracji ogólnej”, a nie odnośna władza administracji ogólnej. To postanowienie, jest ważne ze względu na zakłady, utrzymywane przez wojewódzki związek samorządowy, gdyż dotychczas zakłady te rozporządzeniem cesarskim z dnia 12.V.1897 (zb. ust. pr. str. 227) i rozp. min. z dnia 15.XI.1897 r. pozostawały pod tym względem pod nadzorem Naczelnego Prezesa,

a więc II instancji. Funkcjonariusz fachowy najniższej instancji miał dostęp jedynie celem stwierdzenia choroby zakaźnej. Obecnie może lekarz powiatowy wykonywać nadzór policyjno-sanitarny nad Zakładem Wojewódzkiego Związku Komunalnego.

Związki samorządowe posiadały przez ustawę także prawo do objęcia w swój zarząd za zgodą władz nadzorczych szpitali fundacyjnych na podstawie dobrowolnej umowy, zawartej z fundatorem. Podobnie może Minister Spraw Wewnętrznych przekazać Związkowi samorządowym w zarząd Szpitale fundacyjne za zgodą Związków. Natenczas Związek samorządowy staje się także zawiadowcą majątku fundacyjnego, a w miarę wzrastających dochodów z majątku szpitala fundacyjnego może związek samorządowy szpital rozszerzać i udoskonalać. Może również rozszerzyć go własnym kosztem przez budowę nowych pawilonów, natenczas utrzymanie tychże i prowadzenie odbywać się będzie na rachunek samorządu bez prawa odszkodowania ze strony majątku fundacyjnego, Rada Ministrów ma prawo w przypadku, gdy szpital fundacyjny pozostaje w zarządzie związku samorządowego, oddać mu na własność budynek szpitala wraz z urządzeniem i majątkiem nieruchomości, jeśli fundator nie żyje, szpital nie odpowiada potrzebom miejscowym i jeśli niema możliwości rozszerzenia go z majątku fundacyjnego. Warunkiem jest, że akt fundacyjny, wzgl. statut się temu nie sprzeciwia, że związek samorządowy zabezpieczy wartość nieruchomości i urządzenia szpitala, że urządzi odpowiedni szpital nowy i będzie go stale utrzymywał, przyczem obowiązywać związek będzie wykonywanie zadań, określonych przez fundację.

Interesujące, gdyż dotychczas w prawodawstwie nie spotykane i bardzo ważne dla związków samorządowych są postanowienia ustawy, dotyczące postępowania w czasie wojny. Dla celów obrony Państwa zobowiązane są zarządy wszystkich zakładów leczniczych, a więc i samorządowych oddać z chwilą wybuchu wojny, ogłoszenia mobilizacji lub w interesie obrony Państwa zakłady te w całości lub w części na cele wojskowo-sanitarne. Z tego powodu mogą odnośni Ministrowie już w czasie pokoju nałożyć obowiązek przygotowania tych zakładów do celów wojskowo-sanitarnych ze środków Skarbu Państwa, udzielania wyjaśnień co do budowy, urządzenia, funkcjonowania i wyposażenia zakładów leczniczych właściwym władzom wojskowym, a nawet uzgadniania planów nowych budowli z władzami wojskowymi, i to pod rygorem wykonania zleceń w trybie administracyjnym.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych jest zdecydowanym i ważnym krokiem naprzód w unormowaniu stosunków szpitalnictwa.

A przedewszystkiem konieczna była taka ustawa dlatego, że wprowadza ład i porządek w stosunki szpitalne panujące w tut. dzielnicy, może dobre dla dawniejszych czasów, w których ze szpitali korzystali ludzie rzeczywiście biedni lub mało zamożni, lecz nie nadające się dla czasów obecnych

dla społeczeństwa siłą rzeczy po wojnie zubożającego, zmuszonego prawie w całości do zwracania się po pomoc do szpitali. Ponadto wprowadza ustawa ta jednolitość we wszystkich dzielnicach

Państwa o rozmaitem prawodawstwie szpitalnem i w tym kierunku staje się grudką cementu spajającego nas w jednolity, zdrowy organizm państwowy.

## Wiadomości bieżące.

### Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	16 II-22 II	23 II-1 III	2 III 8 III	9 III-15 III
Dżuma . . . . .	0	0	0	0
Ospa . . . . .	0	0	0	0
Cholera . . . . .	0	0	0	0
Dur brzuszny . . . . .	220(17) *	186 (19)	231 (14)	199 (27)
Dur rzekomy . . . . .	0	0	0	0
Dur osutkowy . . . . .	72 (3)	55 (2)	56 (3)	69 (5)
Dur powrotny . . . . .	0	0	0	0
Czerwonka . . . . .	3 (1)	6 (0)	4 (0)	12 (1)
Plonica . . . . .	457 (22)	450 (26)	489 (34)	560 (25)
Błonica . . . . .	351 (15)	386 (20)	380 (15)	406 (24)
Zapal. op. mózg. . . . .	19 (7)	22 (5)	31 (7)	14 (3)
Odra . . . . .	1777 (15)	1836(19)	1768 (18)	1798 (12)
Róża . . . . .	83 (5)	84 (6)	97 (3)	84 (7)
Krzusiec . . . . .	234 (16)	185 (10)	206 (9)	190 (11)
Malaria . . . . .	1 (0)	2 (0)	5 (0)	4 (0)
Posoczn. połog. . . . .	38 (5)	41 (4)	37 (6)	44 (7)
Trąd . . . . .	0	0	0	0
Jaglica . . . . .	363 (0)	388 (0)	516 (0)	675 (0)
Wąglik . . . . .	0	0	0	0
Nosacizna . . . . .	0	0	0	0
Włośnica . . . . .	3 (0)	0	2 (0)	1 (0)
Wścieklizna . . . . .	0	0	0	0
Zatr. jad. kiełb. . . . .	0	0	0	7 (0)
Chor. Heins-Medina . . . . .	0	0	0	1 (1)
Inne choroby zakaźne	248 (7)	252 (6)	362 (6)	222 (5)

\*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Ruch Służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc styczeń 1930 r.

W Zarządzie Centralnym.

Mianowani:

Dr. Przywieczerski Witold, Radca ministerjalny w VI st. sl., Naczelnikiem Wydziału w V st. sl. dekretem z dn. 13.I.1930 r.

Dr. Grundgand Henryk, referendarz w VII st. sl., Radca ministerjalnym w VI st. sl. dekretem z dnia 13.I.1930 r.

Rolke Roman, prow. sekretarz w IX st. sl., do odwołania asesorem w VIII st. sl. dekretem z dnia 13.I.1930 r.

Majewska Jadwiga, rejestrator w X st. sl., rejestratorem w IX st. sl. dekretem z dnia 13.I.1930 r.

Poradowska Janina, pracownik kontraktowy, do odwołania rejestratorem w X st. sl. dekretem z dnia 8.I.1930 r.

Malinowska Marja, kontraktowy pracownik, do odwołania rachmistrzem w X st. sl. dekretem z dnia 13.I.1930 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia

Mianowani:

Inż. Kozłowski Stanisław, kontraktowy kierownik Państwowego Zakładu Zdrojowego w Ciechocinku, do odwołania Dyrektorem tegoż Zakładu w V st. sl. dekretem z dn. 7.I.1930.

Dr. Sparr-Kügelgen Helena, adjunkt w VII st. sl. w Państw. Zakładzie Higieny w Warszawie, adjunktem w VI st. sl. w tymże Zakładzie dekretem z dnia 31.I.1930.

Dr. Mikulaszek Edmund, prow. adjunkt w VIII st. sl.

w Filji Państw. Zakładu Higieny we Lwowie, adjunktem w VII st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym dekretem z dn. 24.I.1930 r.

Galas Michał, kontr. pracownik w Państw. Zakładzie Higieny w Warszawie, do odwołania kontrolerem w IX st. sl. w tymże Zakładzie dekretem z dnia 25.I.1930 r.

Łopalewski Zygmunt, kontr. pracownik w Państw. Zakładzie Higieny w Warszawie, do odwołania laborantem technicznym w IX st. sl. w tymże Zakładzie dekretem z dnia 24.I.1930 r.

Kamyk Stanisław, prow. asystent rachunkowy w X st. sl. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Krynicy, do odwołania kontrolerem w IX st. sl. w tymże Zakładzie dekretem z dn. 9.I.1930 r.

Merklingier Jan, urzędnik w VIII st. sl. w Państw. Szpitalu Powszechnym we Lwowie, asesorem w VII st. sl. w tymże szpitalu dekretem z dnia 30.I.1930.

Zwolnieni:

Dr. Weil Stanisław, Kierownik Działu w V st. sl. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, z dniem 15.I.1930 na własną prośbę.

Dr. Stetkiewicz Stanisław, prowizoryczny asystent w VII st. sl. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, z dniem 1.II.1930 na własną prośbę.

We Władzach Instancji:

Mianowani:

Dr. Malinowski Władysław, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Ciechanowie, lekarzem powiatowym w VII st. sl. tamże dekretem z dn. 9.I.1930

Dr. Kwarta Ignacy, kontraktowy lekarz powiatowy w VIII gr. upos. w Starostwie powiatowym w Świeciu, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. tamże dekretem z dn. 17.I.1930 r.

Przeniesieni:

Dr. Czepielewski Aleksander, lekarz powiatowy w VI st. sl. w Starostwie powiatowym w Grybowie, na także stanowisko w Starostwie powiatowym w Brzesku dekretem z dnia 17.I.1930 r.

Dr. Jagliński Józef, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie pow. w Makowie, na także stanowisko w Starostwie powiat. we Wrześni dekretem z dn. 30.XII.1929

Dr. Peters Adam, lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Brzesku, na także stanowisko w Starostwie powiatowym w Makowie dekretem z dnia 17.I.1930.

Przeniesieni w stan spoczynku:

Dr. Serwacki Stanisław, lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiat. w Łącutcu, na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej dekretem z dnia 7.I.1930 r.

— Od Zarządu Polskiego Związku Przeciwwgruźliczego otrzymaliśmy pismo następujące:

W wykonaniu uchwał Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwwgruźliczego w Poznaniu w r. 1928, została powołana z inicjatywy Polskiego Związku Przeciwwgruźliczego Stała Komisja Porozumiewawcza mająca za zadanie zrealizowanie współpracy na polu walki z gruźlicą pomiędzy Rządem, związkami samorządowymi, miejskimi i po-

wiatowemi, Kasami Chorych, Zakładami Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i Polskim Związkiem Przeciugruźliczym.

Stałymi członkami Komisji są wydelegowani przez poszczególne instytucje: ze Związku Miast Polskich — Dr. Józef Zawadzki; Biura Zjazdów Samorządów Ziemskich — pp. Józef Bek, Prezes Rady Samorządów Ziemskich, W. Gajewski, Starosta Warszawski i Dr. K. Orzechowski — Lekarz Powiatu Warszawskiego; z Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych — pp. K. Osowski, Dyrektor Związku, Dr. H. Kłuszyński, Naczelny Lekarz Związku i Dr. R. Kunicki, Naczelny Lekarz Okr. Związku Kas Chorych w Krakowie; ze Związku Związków Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych — Dr. J. Bujalski — Naczelny Lekarz tego Związku; z Polskiego Związku Przeciugruźliczego — Dr. E. Piestrzyński, Prezes Związku, Dyrektor Służby Zdrowia, Dr. Cz. Wroczyński, Wiceprezes Związku, Naczelnik Wydziału Zdrowia Mag. m. Warszawy i Dr. M. Roszkowski, Prezes Ligi Szkolnej Przeciugruźliczej.

Oprócz członków stałej Komisji, na posiedzenie przybyli zaproszeni: Dr. W. Chodźko, Prezes Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych, Dr. Skokowska-Rudolfowa, przedstawicielka Min. Spraw. Wewn. Dep. Służby Zdrowia, Dr. T. Milewski, przedstawiciel Min. Pracy i Op. Społ., Dr. Sew. Sterling, Przewodniczący Rady Naczelnej do Walki z Gruźlicą w Łodzi Dr. K. Dłuski i Doc. Sterling-Okuniewski — członkowie Zarządu P. Z. P., oraz Dr. M. Grodecki — Dyrektor P. Z. P.

Na posiedzeniu tem Dr. Miłosz Grodecki, Dyrektor P. Z. P. przedstawił obecnym opracowany przez siebie projekt realizacji współpracy: p. t. „Najważniejsze zadania ruchu przeciugruźliczego w Polsce”, oraz obficie ilustrowane wykresami i tablicami: „Próbę liczbowego ujęcia rozpowszechnienia gruźlicy w Polsce”. „Stan szpitali i sanatoriów w Polsce z uwzględnieniem zaopatrzenia w łóżka dla gruźlicy, oraz leczenie zakładowe chorych gruźliczych w r. 1927”, wreszcie „Projekt rozbudowy urządzeń leczniczo-zapobiegawczych dla zwalczania gruźlicy w Polsce”, wszystkie te prace opracowane przez Dr. M. Grodeckiego i Sielickiego.

Po dyskusji, zebranie doszło do przekonania, że wobec bardzo obfitego materiału, nie jest możliwym rozpatrywać go szczegółowo przez tak liczne zgromadzenie. — Zebranie jednogłośnie powzięło następujące uchwały:

1) Do dalszych prac nad zagadnieniem współpracy wszystkich czynników zainteresowanych w zwalczaniu gruźlicy powołać dwie komisje, składające się z przedstawicieli wszystkich tych czynników z prawem kooptacji.

2) Pierwsza z tych komisji „naukowo-techniczna” opracuje wnioski dotyczące fachowo lekarskich zagadnień zwalczania gruźlicy, oraz potrzeb w tej dziedzinie. — Oddzielna sekcja tej komisji opracuje zagadnienie gruźlicy wśród dzieci.

3) Druga Komisja będzie miała za zadanie ujęcie całości kształtu spraw organizacyjnych, prawnych i finansowych, biorąc pod uwagę obecny stan sprawy, możliwości zainteresowanych, oraz dotychczasowe formy współpracy.

4) Zebranie uchwała popierać — każdy w swej sferze wpływów — skoordynowaną, planową akcję zwalczania gruźlicy tam, gdzie miejscowe czynniki współpracę tę rozpoczęły.

Do komisji wybrano: Do 1-szej — Dr. Cz. Wroczyński, jako przewodniczącego, Prof. Ciechanowski, Dr. K. Dąbrowskiego, Prof. Orlowski, Dr. K. Orzechowski, Prof. Renckiego, Dr. M. Roszkowski, Pułk. Dr. Rudzkiego, Dr. Skokowską-Rudolfową i Dr. S. Sterlinga. — Do drugiej Dr. Jaroszyńskiego, jako przewodniczącego, Dr. Piestrzyńskiego, P. W. Gajewskiego, Dr. J. Bujalskiego, Dr. H. Kłuszyńskiego i Dr. J. Zawadzkiego.

Do obydwóch Komisji z urzędu należy Dyrektor P. Z. P. Dr. M. Grodecki. Komisje mają prawo kooptacji.

Komunikując o powyższym Polski Związek Przeciugruźliczy ma zaszczyt przesłać odbitkę „Projektu zrealizowania współpracy w zakresie walki z gruźlicą w Polsce”.

Dyrektor

Polskiego Związku Przeciugruźliczego

(—) Dr. M. Grodecki,

Sekretarz Dyrekcji P. Z. P.

(—) H. Stypułkowska.

— Od Zarządu Głównego Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce otrzymujemy następujący komunikat.

Wobec licznych zapytań o terminie III-go Zjazdu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, który ma się odbyć w r. b. w Splicie, Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce komunikuje, że na zjeździe Komitetu Centralnego Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, odbytym 18 grudnia 1929 r. w Pradze, było zdecydowane na zaproszenie Lekarzy Jugosłowiańskich, że Zjazd odbędzie się w pierwszej połowie września w Splicie — O bliższym terminie mieliśmy otrzymać zawiadomienie.

Przed paru dniami (15 marca). Zarząd Główny otrzymał pismo od Komitetu Jugosłowiańskiego, że po szeregu posiedzeń organizacyjnych, odbytych w Belgradzie i Zagrzebiu, na wniosek lekarza miejskiego Splitu Dra Racić 'a, termin Zjazdu został wyznaczony na 5 — 7 października r. b.

Motywowano to tem, że wobec pełnego sezonu we wrześniu w Splicie, nie byłoby mieszkań dla gości zjazdowych i dlatego termin przesunęli na październik. Po otrzymaniu tej wiadomości, Zarząd Główny natychmiast odpisał Zarządowi Jugosłowiańskiemu, że termin jest zbyt późny, gdyż wykłady w naszych uniwersytetach zaczynają się 1-go października, wobec czego ani profesorzy, ani docenci, ani asystenci uniwersytetu nie mogliby wziąć udziału, że wobec tego prosi o przesunięcie terminu Zjazdu o 2 tygodnie wcześniej t. j. na 21 — 23 września, a w ostateczności na 28—30 września r. b.

Po otrzymaniu odpowiedzi od Komitetu Jugosłowiańskiego, Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce, poda do wiadomości publicznej członkom Związku Lek. Słow. w Polsce.

Zarząd Główny jednocześnie komunikuje, że organizacja strony naukowej III-go Zjazdu, została powierzona prof. Gjorgji Joanović'owi z Belgradu i prof. K. Radončić'owi z Zagrzebia (medycinska klinika, ul. Draskoviceva 19).

Referaty i streszczenia należy zgłosić do jednego i powyżej wymienionych profesorów, do końca czerwca, a ednocześnie podać tytuł o zgłoszonych referatach Zarządowi Głównemu Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce (Warszawa-Niecała 7).

Tematy programowe są: cierpienia gościcowe i klimatoterapia morza.

Prezes Zarządu Głównego  
Związku Lek. Słow. w Polsce

Dr. med. B. Jakimiak.

— Kol. S. Rubinrot prosi nas o podanie do wiadomości czytelników, że wkrótce wyjdzie z druku jego „Zarys rentgenologii klinicznej” — podręcznik dla lekarzy i słuchaczy medycyny. Książka o objętości około 300 stron zawierać będzie liczne ilustracje.

— W Holandji rozpoczęto próby leczenia zapalenia mózgu poszczepiennego zastrzykiwaniami surowicy. W r. 1928 prof. Aldershoff przygotował surowicę przeciwszczepienną baranią, której wartość rozmalcie była oceniana przez lekarzy. Ostatnio kierownik szpitala w Rotterdamie Hekman uciekł się do wstrzykiwania surowicy

rodziców szczepionego dziecka, o ile sami byli dawniej szczepieni. Na 12 przypadków w 10 otrzymał nagłą i stałą poprawę, w dwu nastąpiła śmierć. Prof. Paschen z Hamburga posilkował się w tym samym celu surowicą zdrowych osób z personelu pielęgniarskiego i otrzymał szybką poprawę w dwu przypadkach. Hekman wstrzykiwał surowicę do żyły. W Niemczech wydano ostatnio rozporządzenie ministerjalne, by w przypadku zapalenia mózgu poszczepionego wstrzykiwać domięśniowo krew rodziców lub osób zdrowych z otoczenia. (D. m. W, 1930 Nr. 12).

— Nr. 6-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka”, przynosi następujące artykuły: „Karność czy opanowanie” J. Hikiertowej, „Chore dziecko” M. Benisławskiej, „Jak układać jadłospis dziecka” M. Morzkowskiej, „Komplikacje przy karmieniu naturalnym” dr. Z. Michejdziny, „Jakich chorób unikać na wiosnę?” dr. M. Kłosińskiej, „Zapalenie płuc”, dr. F. Łuniewskiej, „Wiosenne spostrzeżenia” Ewy-Szelburg, „Jak ubierać dzieci wczesną wiosną?” J. Pisarczykówny. W dziale „Ważne drobności” poruszane są następujące zagadnienia: „Odróżnianie złych od dobrych czynów”, „Zabawa dziecka a wypoczynek”, „Pomoc dzieci w domu”, „Zachęcanie do jedzenia”, „Grymasy”, „Pranie i suszenie pieluszek”, „Konwulsje”, „Żółtaczką”, „Wymioty”, „Dieta matki po położeniu”, —

Numer uzupełniają troskliwie i fachowe „Odpowiedzi redakcji”, dział „Matki między sobą”, dział ubrań, okryć i zabawek oraz liczne fotografie dzieci czytelników.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 29. III. Warszawskie koło Tow. Internistów Polskich.

1. Dr. A. Frejd. Przyp. situs viscerum inversus. 2. Dr. A. W. Kapłan. Przyp. periarteriitis nodosa przebiegający pod postacią przewlekłego zapalenia nerek. 3. Dr. A. Landau i Dr. R. Hermanowa. Przyp. choroby Reynaud z akrocjanozą. 4. Doc. Dr. A. Elektorowicz i Dr. S. Hrom. Wyniki lecznicze mięsaka śródpiersia. 5. Dr. A. Landau. Dr. J. Held i Dr. K. Humiecki. Przyp. linitis plastica luetica. 6. Dr. Wszelaki. Przyp. kily śródpiersia. 7. Dr. J. Grott i Dr. Galinowski. Ciężka anemja pokrwo-toczna u ciężarnej.

TRĘŚĆ: N. AMBASZÓWNA. Pięć przypadków samorodnego pęknięcia serca (C. d.). — P. GOLDSTEIN. Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc na podstawie ostatnich prac i własnego doświadczenia. — St. HIRSZBERG. Współczesne poglądy na leczenie tocznia zwykłego (str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — WINER-BEZBERGOWA i PENSON. O stosowaniu kardiazolu w durze brzuszynym. — B. ZMIGRÓD. Samorzady a ustawa szpitalna (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: N. AMBASZ. Cinq cas de rupture spontanée du coeur (suite). — P. GOLDSTEIN. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire basé sur la littérature et l'expérience personnelle. — St. HIRSZBERG. Les opinions contemporaines sur le traitement du lupus vulgaire (Rev. gén.). — WINER-BEZBERG et PENSON. Sur l'application du cardiazole dans le typhus abdominal. — B. ZMIGRÓD. Les communautés et le statut des hôpitaux (fin).

## WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8ej do 11ej r.

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48