

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28. tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XIV

WARSZAWA, 8 KWIETNIA 1937 R.

Nr. 14

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Oddziału Anatomopatologicznego Szpitala Starozakonných na Czystem w Warszawie.
(Kierownik: Dr. M. Płoński.)

O rozpoznawaniu nowotworów złośliwych na podstawie odczynu cytologicznego Ernsta Freunda i Gisy Kaminer.

Podali

M. PŁOŃSKI i R. CYTERMAN-KONOWA (Warszawa).

(Dokończenie — patrz: Nr. 13).

2. Kontrole. W celu ustalenia wartości odczynu F. K. należało stwierdzić, jakie wyniki uzyskamy w przypadkach kontrolnych, — t. j. w takich przypadkach, w których niema nowotworu złośliwego. Ogółem zbadaliśmy 281 przypadków kontrolnych.

a) W pierwszym rzędzie należało stwierdzić, jak wypada odczyn F. K. w przypadkach nowotworów łagodnych. Ogółem zbadano 34 przypadki nowotworów łagodnych.

		F. K. (—) zgodny	F. K. (+) błędny
Ogółem nowotworów łagodnych	34	30 = 88,3%	4 = 11,7%
Stwierdzonych histologicznie	7	6 = 85,8%	1 = 14,2%
Stwierdzonych sekcyjnie	5	5 = 100%	

Poniżej podajemy szczegółowe wyniki odczynu F. K. w przypadkach nowotworów łagodnych.

Nowotwory łagodne nieleczone.

	ogółem	Stwierdzone histologicznie przy życiu		stwierdzone sekcyjnie	
		F. K. (—) zgodny	F. K. (+) błędny	ogółem	F. K. (—) zgodny
Fibroadenoma mammae	3	2	1	2	2
Fibromyoma uteri	12	12		1	1
Papilloma vulvae	1	1		1	1
Adenoma renis	1	1			1
Fibroma cutis	1	1			1
Polypus uteri	1	1			
Cysta ovarii	5	5		1	1
Cysta maxillae	2	2			
Struma thyreoideae	3		3	1	1
Fibroma ventriculi	1	1			1
Cylindroma Highmori	1	1			
Epulis gingivae	1	1		1	1
Degener. cyst. renum	2	2			1
	34	30	4	7	6
					1
					5
					5

W grupie nowotworów łagodnych wynik odczynu był błędny w jednym przypadku włókniako-gruczolaka sutka; jak się okazało, chora była w ciąży. Poza tym błędne wyniki otrzymaliśmy w przypadkach wola.

W przypadku brodawczaka dużej wargi sromowej u 56-letniej kobiety obraz kliniczny przemawiał za rakiem, tym bardziej, że gruczoły pachwinowe po odpowiedniej stronie były powiększone, twarde i niebolesne; odczyn F. K. wypadł ujemnie, przy zabiegu ograniczono się tylko do usunięcia guza; badanie histologiczne nie wykryło w guzie rozplemu złośliwego. W przypadku dziąsłaka (*epulis gingivae*) gruczoły szyjne były również powiększone, i klinicznie podejrzewano nowotwór złośliwy; odczyn F. K. był ujemny; badanie histologiczne potwierdziło wynik odczynu. Tak samo klinicznie podejrzany w kierunku złośliwości był jeden z przypadków gruczolako-włókniaka sutka.

b) W pozostałych przypadkach kontrolnych badaliśmy najróżnorodniejsze choroby nienowotworowe, posługując się w tym celu bieżącym materiałem szpitalnym spośród chorych wszystkich oddziałów. Ogółem zbadaliśmy 247 przypadków nienowotworowych.

		F. K. (—) zgodny	F. K. (+) błędny
Ogółem przypadków nienowotworowych	247	214 = 86,7%	33 = 13,3%
Leczonych	10	6 = 60%	4 = 40%
Nieleczonych	237	208 = 87,8%	29 = 12,2%
Nieleczonych bez ciąży	197	178 = 90,4%	19 = 9,6%
Badanych histologicznie	17	17 = 100%	
Badanych sekcyjnie	38	35 = 92,2%	3 = 7,8%

W następnym tabelicy podajemy szczegółowe zestawienie przypadków nienowotworowych, nieleczonej, zbadanych na odczyn F. K.

Przy rozpatrywaniu poniższej tabelicy przede wszystkim rzuca się w oczy duża liczba błędnych wyników odczynu F. K. w przypadkach ciąży: z 40 zbadanych przypadków w 10 odczyn wypadł dodatnio, co stanowi 25%. Według Freunda, odczyn rozprowadzania może wypadać dodatnio w ciąży, jednakże odczyn ochronny, który ma wykrywać obecność substancji swoistej (kwasu rakowego), powinien w ciąży wypadać ujemnie, tak samo, jak w innych przypadkach nienowotworowych. Jak widać jednak, twierdzenie to

Kontrole (przypadki nienowotworowe).

	ogółem			Badane histologicznie			Badane sekcyjnie		
	F. K. (-) zgodny	F. K. (+) błędny		ogółem	F. K. (-) zgodny	F. K. (+) błędny	ogółem	F. K. (-) zgodny	F. K. (+) błędny
Sani (zdrowi)	14	13	1						
Graviditas	40	30	10						
Lues	25	23	2						
Tbc.	12	12							
Actinomycosis	1	1		1	1		9	9	
Endocarditis	6	6					2	2	
Myocarditis	1	1							
Appendicitis	5	3	2						
Bronchopneumonia	1	1							
Anthrax	2	1							
Sepsis	3	2	1				2	1	1
Polyarthritus	3	3							
Colitis	1	1		1	1				
Pyelocystitis	1	1					1	1	
Pyonephrosis	1	1	1						
Parotitis	1	1		1	1				
Abscessus pulmonis	4	4					3	3	
Cholecystitis	14	14		2	2		2	2	
Osteomyelitis	2	2							
Orchitis	2	2		1	1				
Lymphadenitis	2	2		2	2				
Abscessus cerebri	1	1					1	1	
Endometritis	2	2		1	1				
Nephritis	2	2							
Myelitis	2	2							
Meningoencephalitis	1	1							
Leptomeningitis	3	3					2	2	
Radiculitis	2	1	1						
Polyneuritis	1	1							
Sclerosis multiplex	3	3							
Tabes dorsalis	4	3	1						
Migraena	1	1							
Chorea minor	1	1							
Degeneratio nm. optic.	1	1							
Epilepsia	1	1							
Ischias	1	1							
Parkinsonismus	2	2							
Hydrocephalus	2	2					1	1	
Haemorrhagia cerebri	2	2					1	1	
Cystis cerebri	1	1		1	1				
Syringomyelia	1	1					1	1	
Cholelithiasis	13	12	1				3	3	
Ulcus ventriculi	14	13	1	2	2		3	2	1
Arteriosclerosis	3	2	1						
Anaemia pernicioza	4	4		2	2		1	1	
Varices haemoroid.	1	1							
Stricturea oesophagi	1	1							
Erythema nodosum	1	1							
Haemorrhagia abdominis	1	1					1	1	
Mola hydatidosa	2	2		2	2				
Hypertrophia prostatae	5	4	1	1	1		1	1	
Intoxicatio acid. acet.	2	1	1						
Hysteria	3	2	1						
Hernia	1	1					1	1	
Stricturea urethrae	1	1					1	1	
Occlusio	2	2							
Hypertensio	1	1							
Cirrhosis hepatis	1	1	1				1	1	
Fractura ossium	3	3							
Trauma	1	1							
Endarteriitis obliterans	1	1	1						
Stricturea pyolri	1	1							
Razem	237	208	29	17	17		38	35	3

nie jest zupełnie słuszne, i ciąża daje dość często wyniki dodatnie w odczynach F. K., — tak samo zresztą, jak i w całym szeregu innych odczynów. Jeżeli idzie o sprawy zapalne, to tutaj wyniki błędne otrzymywaliśmy przede wszystkim u chorych z wysoką gorączką (*Appendicitis*, *Anthrax*, *Pyonephrosis*). W przypadku wrzodu żołądka, który był sekcjonowany, nie mogliśmy przy badaniu histologicznym stwierdzić żadnych objawów rozplemu nowotworowego: odczyn F. K. był jednak dodatni. Tak samo ujemnie wypadło szczegółowe

badanie pośmiertne przypadku marskości wątroby, w którym odczyn był również dodatni. W przypadkach miażdżycy i przerostu gruczołowego, w których odczyn F. K. wypadł dodatnio, badania dotyczyły chorych w wieku ponad 70 lat.

Przechodzimy obecnie do zestawienia ogólnego wyników odczynu F. K. we wszystkich przypadkach zbadanych. Z zestawienia tego musimy wyłączyć grupę nowotworów złośliwych nierakowych (mięsaków i innych); ponieważ w naszych badaniach odczyn ochronny był wykonywany na zawiesinach z komórek rakowych, to zgodnie z twierdzeniami autorów powinien być wypadać dodatnio tylko w przypadkach raków. (Ściśle rzecz biorąc, należało by w każdym przypadku badanym nastawiać odczyn ochronny co najmniej dwa razy — i z komórkami raka i z komórkami mięsaka; w ten sposób można byłoby na podstawie odczynu odróżnić raki od mięsaków). Poza tym wyłączamy z zestawienia ogólnego przypadki z pogranicza spraw nowotworowych oraz sprawy układowe. Pozostają więc przypadki raków, nowotworów łagodnych oraz przypadki nienowotworowe, — ogółem 442 przypadki.

	Wyniki od- czynu F. K. zgodne	Wyniki od- czynu F. K. błędne
Ogółem przypadków zbadanych	422	383 = 86,7%
Przypadków nieleczonych	422	374 = 88,7%
Przypadków zbadanych histolog. przyż.	89	84 = 94,4%
Przypadków zbadanych sekcyjnie	74	70 = 94,6%

Z zestawienia powyższego, obejmującego 422 różne przypadki (rakowe i nierakowe), widać, że liczba błędnych wyników odczynu F. K. wynosi 11,3%: w grupie przypadków, w których rozpoznanie było ustalone na podstawie badania histologicznego przyżyciowego lub też na podstawie sekcji, liczba błędów zmniejsza się do 5,6 lub 5,4%. We wszystkich prawie uprzednio podanych zestawieniach spostrzec można to samo zjawisko: w przypadkach z rozpoznaniem klinicznym liczba błędnych wyników odczynu F. K. jest znacznie większa, aniżeli w przypadkach z rozpoznaniem histologicznym lub sekcyjnym. Wydaje się bardzo prawdopodobnym, że podstawą tej różnicy w liczbie błędów odczynu F. K. w dużej części przypadków są błędne rozpoznania kliniczne. W naszym materiale szpitalnym błędne rozpoznania kliniczne w zestawieniu z rozpoznaniem sekcyjnym wynoszą około 15%. Musimy więc przyjąć, że wśród przypadków, badanych na odczyn F. K. i nieskontrolowanych ani histologicznie, ani sekcyjnie, liczba błędnych rozpoznań klinicznych jest mniej więcej taka sama. Jeżeli idzie specjalnie o nowotwory złośliwe, to liczba błędów klinicznych jest jeszcze większa. Odsetek raków, stwierdzonych na sekcji, a nierozpoznanych klinicznie, wynosi w naszym materiale około 20%. Toteż mamy prawo przypuszczać, że wśród przypadków, w których klinicznie nie stwierdzono raka, a w których odczyn F. K. wypadł dodatnio, były raki nierozpoznane: niestety, nie mamy na to bezpośrednich dowodów i musimy się zadowolić wywodami statystycznymi. Przemawiają one jednakże za tym, że odsetek błędnych wyników odczynu F. K. w przypadkach nieskontrolowanych histologicznie lub sekcyjnie, jest mniejszy, aniżeli by to wynikało z zestawień powyższych.

Przy rozpatrywaniu tej grupy błędnych wyników odczynu F. K., w których odczyn ten wypadł dodatnio,

a klinicznie raka nie stwierdzono, musimy wziąć pod uwagę jeszcze inne okoliczności. Odczyn ochronny F. K. ujawnia, według zdania autorów, istnienie w ustroju badanym substancji patologicznej (kwasu rakowego), która stwarza stan dyspozycji do raka. Przypadki, o których tu mowa, należało by więc bacznie obserwować przez czas bardzo długi, właściwie do końca życia, sprawdzając od czasu do czasu odczyn F. K. Udałoby się wtedy stwierdzić, jak dalece słuszne są rozważania Freund'a i Gisy Kaminer, czy rzeczywiście odczyn ochronny ujawnia dyspozycję do raka, i chorzy ci zapadają na raka, i wreszcie, czy stany owej dyspozycji są stanami odwracalnymi, czy ustępują one samoistnie, względnie pod wpływem jakiegoś leczenia. W razie potwierdzenia hipotezy autorów sprawa, powyżej poruszona, nabrałaby niesłychanej wagi w zagadnieniu walki z rakiem: mielibyśmy bowiem w ręku odczyn, ujawniający z pewnością stan dyspozycji rakowej, i cała walka szłaby w kierunku jak najwcześniejszego wykrywania i usuwania tych stanów.

Powracając teraz do bardziej konkretnych rozważań, dotyczących błędnych wyników odczynu F. K., musimy zatrzymać się nad sprawą czynników ubocznych, które mogą wpływać na zmianę odczynu, tym bardziej, że przypadki, w których odczyn F. K. wypadł błędnie, staraliśmy się badać kilka razy, w różnych odstępach czasu.

Sprawę wpływu ciąży na odczyn F. K. poruszaliśmy przy rozpatrywaniu zestawienia przypadków kontrolnych; odczyn F. K. w ciąży dość często wypadł dodatnio; dotyczy to zarówno wczesnych, jak i późnych okresów ciąży; żadnej regularności w występowaniu tego rodzaju błędów, ani też żadnej zależności od ogólnego stanu ciężarnych, względnie od przebiegu ciąży ustalić nie mogliśmy.

U chorych gorączkujących odczyn F. K. jest bardzo często błędny, zarówno w przypadkach nowotworowych, jak i nienowotworowych; dotyczy to przede wszystkim chorych z gorączką powyżej 38°. W parę dni po ustąpieniu gorączki odczyn powraca do normy i wypada prawidłowo. U chorych ze stanami podgorączkowymi odczyn F. K. wypadł na ogół prawidłowo.

W stanach daleko posuniętego ogólnego wyniszczenia, niezależnie od istoty choroby, powodującej to wyniszczenie, odczyn F. K. wypadł przeważnie błędnie: w jednym przypadku raka krtani z ciężkim charłactwem — odczyn wypadł ujemnie; u młodej dziewczyny, bardzo znacznie wyniszczonej po zatruciu kwasem octowym, odczyn wypadł dodatnio.

U chorych po operacji odczyn F. K. bywa często błędny. U chorych nierakowych z odczynem ujemnym przed operacją odczyn natychmiast po operacji często się zmienia i wypadł dodatnio; stan ten trwać może nieraz parę tygodni, po czym odczyn znów wypadł ujemnie. Odwrotnie, u chorych z rakiem i z dodatnim odczynem natychmiast po operacji odczyn często staje się ujemny; u tych chorych jednak w dalszym przebiegu zachowanie się odczynu F. K. może być różne; nieraz odczyn F. K. pozostaje ujemny przez czas bardzo długi (np. u jednej chorej po operacji raka piersi jeszcze po roku odczyn był ujemny; klinicznie bez nawrotu); w innych przypadkach odczyn F. K. już po upływie kilku tygodni staje się znów dodatni, nieraz staje się dodatni dopiero po kilku miesiącach (w kilku przypadkach tego rodzaju zjawiała się wczesne nawroty raka).

U chorych, leczonych promieniami R o e n t g e n a, odczyn F. K. dość często wypadł błędnie: wpływ promieni R o e n t g e n a na odczyn jest taki sam, jak wpływ operacji, z tą może różnicą, że wpływ promieni R o e n t g e n a jest bardziej długotrwały, aniżeli wpływ operacji. Nie stwierdziliśmy natomiast, ażeby prześwietlanie promieniami R o e n t g e n a w celach rozpoznawczych zmieniało odczyn F. K.

Ponieważ w naszych badaniach odczyn był wykonywany na kale chorych, to musimy dodać, że ani konstytucja kału, ani zapach, ani zabarwienie nie miały żadnego wpływu na wynik odczynu; żadnego również wpływu nie miały obfite nawet nieraz domieszki śluzu lub krwi. Tak samo nie mogliśmy stwierdzić, ażeby zasadnicze rodzaje diety (mleczna, mięsna) zmieniały w jakimkolwiek sensie wynik odczynu.

Wnioski ogólne.

Na podstawie badania 700 różnych przypadków na odczyn ochronny Freund'a i Gisy Kaminer, dochodzimy do wniosków następujących:

1. odczyn ochronny F. K. może mieć duże znaczenie dla wczesnego rozpoznawania raków wszystkich narządów: liczba błędów odczynu F. K. w naszych zestawieniach waha się od 9 do 12%; przy uwzględnieniu stałego odsetka błędnych rozpoznań klinicznych należy przypuścić, że liczba błędów odczynu F. K. jest jeszcze mniejsza, — tym bardziej, że w naszych zestawieniach w przypadkach, skontrolowanych histologicznie lub sekcyjnie, liczba błędów odczynu F. K. wynosi około 6%.

2. istotna wartość odczynu F. K. powinna być ściśle ustalona na bardzo dużym materiale sekcyjnym; wykonywanie odczynu na kale, pobranym w czasie sekcji, nie wpływa na zmianę wyniku odczynu,

3. odczyn ochronny F. K. często daje wyniki błędne w przypadkach ciąży, u chorych z wysoką gorączką, u chorych wyniszczonych, w ciągu pierwszych kilku tygodni po operacji oraz po naświetlaniach leczniczych promieniami R o e n t g e n a,

4. w przypadkach raków operowanych (po upływie kilku miesięcy od chwili operacji) dodatni wynik odczynu F. K. może wskazywać na możliwość powstania nawrotu lub też na nawrót już istniejący, często jeszcze nieujawniony klinicznie,

5. możliwość wykonywania odczynu F. K. na kale chorych jest bardzo dogodna i z punktu widzenia laboratoryjnego i z punktu widzenia chorego: odczyn może być wykonany prawie w każdej chwili (nawet na kale, oddanym po latatywie) i może być wielokrotnie powtarzany u jednego i tego samego chorego,

6. odczyn F. K. powinien być wykonywany jak najczęściej we wszystkich przypadkach klinicznie niejasnych: jest to narazie jedyny odczyn na raka, który prawie w 90% przypadków daje wyniki trafne i zgodne z istotnym stanem rzeczy.

PIŚMIENNICTWO.

E. Freund i G. Kaminer: Biochemische Grundlagen der Disposition für Karzinom. Wien. J. Springer. 1925. — Benda i Kretz: Wien. klin. Woch. 1936, Nr. 6. — Kretz i Pellegrini: Wien. klin. Woch. 1935, Nr. 47. — Peracchia: Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 23, Nr. 6.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze szpitala Anny Marii dla dzieci w Łodzi.

(Dyr.: Dr. T. Mogilnicki).

Wyniki leczenia zakażeń paciorkowcowych u niemowląt związkami sulfamidowymi (prontosilem i antistreptiną).

Podaje

H. FRENKLOWA, ordynator oddziału niemowlęcego (Łódź).

Jedną z najcięższych chorób zakaźnych, wywołanych przez paciorkowce u niemowląt, jest bez wątpienia róża. Jak wynika ze statystyk różnych autorów, odsetek śmiertelności w róży niemowląt waha się od 50 do 90% (zależnie od wieku); rokowanie jest tym gorsze, im dziecko jest młodsze. Najciężej przebiega róża noworodków: Trousseau nie widział ani jednego przypadku; wyleczonego w 1-ym miesiącu życia, a Finkelstein w podręczniku swym mówi, iż „większość umiera po kilku dniach lub po 1 do 2-tych tygodni ciężkiej choroby; niektóre tylko udaje się wyleczyć“.

Większość autorów podaje jako przeciętny odsetek śmiertelności w róży w 1-ym roku życia 80%, w drugim — 40%. W naszych przypadkach odsetek ten był również przerażająco wysoki, jak wynika z zestawienia przypadków róży, leczonych na oddziale niemowlęcym w latach 1926—1936.

	Liczba przyp.	Wylecz.	Zm.	% śmiert.
1-y miesiąc	24	2	22	91,7
1—2 mies.	9	2	7	82
2—3 mies.	5	1	4	80
3—6 mies.	15	6	9	60
6—12 mies.	15	7	8	53,3
1—2 lat	7	3	4	57
	75	21	54	72

Odsetek śmiertelności do 6 miesięcy wynosił 80%.

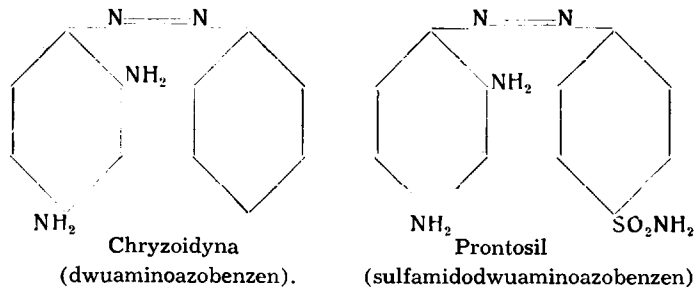
Tego wysokiego odsetka śmiertelności nie zdołaliśmy obniżyć pomimo stosowania bardzo energicznego leczenia w postaci surowicy swoistej, naświetlań lampą kwarcową, przetaczań krwi, okładów z przesączów bakteryjnych i t. d.

W lutym roku ubiegłego (1936), zachęcona pomyslnymi wynikami autorów niemieckich i francuskich, zastosowałam po raz pierwszy Prontosil, preparat firmy Bayer, którego pewną ilość otrzymałam do wypróbowania. Związek ten, którego nazwa chemiczna brzmi: sulfamidodwuaminoazobenzen, należy do t. zw. barwników azowych, które oddawna już były wytwarzane przez firmę Bayer do celów przemysłowych. W r. 1909 kierownik działu chemicznego tej firmy, Hörlein, w poszukiwaniu ulepszonych sposobów barwienia tkanin odkrył związki azowe z grupą sulfamidową, odznaczającą się większą trwałością, niż barwniki bez tej grupy.

Odkrycie własności bakteriobójczych związków sulfamidowych zawdzięczamy Domagkowi z Leverkusen, ale pierwsze badania w tej dziedzinie zostały dokonane przez Eisenberga w Krakowie. W r. 1913 Eisenberg stwierdził, iż chryzoidyna (barwnik azowy, dwuaminoazobenzen) posiada własności bakteriobójcze *in vitro*; w doświadczeniu na zwierzęciu barwnik ten nie okazywał działania. Inne związki azowe, które w następnych latach różni autorzy próbowali stosować w zakażeniach bakteryjnych (m. in. *pyridium*) okazały się również bezskuteczne, dopiero, gdy w r. 1932 Klarer i Mietsch w pracowni Hörleina

na zsyntetyzowali szereg nowych związków azowych z grupą sulfamidową, została zapoczątkowana nowa era w leczeniu zakażeń bakteryjnych, a przede wszystkim — zakażeń paciorkowcowych.

Stosunek tych związków do chryzoidyny widoczny jest w następujących wzorach ich budowy:



Prontosil wykazał w doświadczeniach na zwierzętach, przeprowadzonych początkowo przez Domagka, a następnie przez Levaditiego i Vaismana (z identycznym preparatem francuskim, rubiazolem), zdumiewające własności bakteriobójcze w stosunku do paciorkowców hemolizujących. Podczas gdy myszy, zakażone dootrzewnowo zjadliwymi szczepami, ginęły po 24—48 godzinach, zwierzęta, którym podawano prontosil podskórnie lub doustnie, pozostawały przy życiu, a te, które otrzymały dawkę prontosilu niedostateczną do utrzymania ich przy życiu, umierały, lecz nie tak prędko, jak zwierzęta kontrolne. Króliki, u których doświadczalnie wywoływano przewlekłe ogólne zakażenie paciorkowcowe z obrzękiem stawów i schorzeniem wsierdza, wracały do zupełnego zdrowia pod wpływem prontosilu. W doświadczeniach Levaditiego i Vaismana autorzy otrzymywali wyniki pomyślne, stosując rubiazol nawet w 16 godzin po zakażeniu, jak również na 1, 2 lub 3 dni przed zakażeniem.

Pierwotny prontosil nie nadawał się do leczenia dożylnego, gdyż był słabo rozpuszczalny; dopiero, gdy udało się otrzymać związek, który rozpuszczał się w 4%-owym stężeniu, t. zw. *prontosil solubile*, osiągnięto lepsze wyniki zarówno u myszy, jak i u królików.

Działanie bakteriobójcze prontosilu można prześledzić, badając pod mikroskopem wysięk z otrzewnej zakażonego zwierzęcia. U nieleczonych wysięk ten po 24 godzinach roi się od paciorkowców, podczas gdy u leczonych nie stwierdza się zupełnie drobnoustrojów.

Związki sulfamidowe działają zupełnie wybiórczo i swoiście na paciorkowce*) i działanie to następuje tylko przy zetknięciu się preparatu z ustrojem: *in vitro* nie wykazują one żadnych własności bakteriobójczych. Sposób działania prontosilu nie jest dotychczas wyjaśniony; Levaditi przypuszcza, że bakteriobójczość tych związków polega na hamowaniu zdolności paciorkowców do wytwarzania otoczki obronnej przeciwko fagocytom.

W r. 1936 wyżej omówione badania doświadczone zostały potwierdzone przez autorów angielskich (Colebrook i in.), i jednocześnie zaczęły się zjawiać sprawozdania kliniczne. Sam Domagka, jako jeden z pierwszych, zastosował prontosil w ciężkim przypadku ropowicy dłoni u swojej 5-letniej córki z bardzo pomyślnym wynikiem: poprawa bardzo ciężkiego stanu

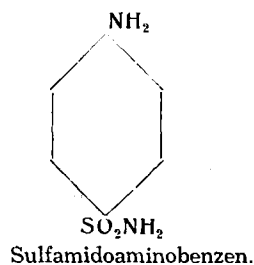
*) Podług niektórych autorów również na gronkowce.

ogólnego nastąpiła już nazajutrz po zastosowaniu prontosilu *per os*.

Cały szereg autorów z klinik i szpitali niemieckich, francuskich i angielskich potwierdził wyniki, osiągnięte u zwierząt, przy czym okazało się, iż bezwzględnie najlepsze działanie osiągano w róży. W róży niemowląt i dzieci starszych wyleczenie następowało tak szybko, jak w doświadczeniu na zwierzętach; wyniki te nie dały się zupełnie porównać z wynikami dawniej stosowanych metod (Meyer z u Hörste, Püschel i in.). W polskim piśmiennictwie ogłosił Wolfstein w r. 1936 przypadek ciężkiej róży u 6-tygodniowego niemowlęcia, wyleczony rubiazolem.

Obok róży spostrzegano pomyślne wyniki działania związków sulfamidowych w ropnych schorzeniach dróg moczowych (niezależnie od rodzaju zarazka) i skóry, w ropowicach i ciężkich septycznych anginach paciorkowcowych; mniej pewne wyniki osiągnięto w posocznicach ogólnych, jakkolwiek ze statystyk niektórych autorów wynika, że i w tych przypadkach można osiągnąć działanie pomyślne (Schranz, Ley i in.).

Wszystkie wyżej omówione badania doświadczały i spostrzeżenia kliniczne dotyczyły związków, zawierających grupę azową, i wydawało się, iż z grupą tą związane jest działanie bakteriobójcze prontosilu i rubiazolu. Jednakże prace francuskich autorów pod kierunkiem Fourneau z instytutu Pasteura wykazały, iż własności przeciwpaciorkowcowe związane są z „jądrem czynnym“ (jądro F 1162) o wzorze, nie zawierającym grupy azowej, i że nie grupa azowa, lecz grupa sulfamidowa, znajdująca się w pozycji „para“ pierścienia benzenowego, nadaje tym ciałom własności przeciwbakteryjne.



Prontosil
album
Antistreptina.

Ze związków tego typu okazał się bardzo dobry w doświadczeniu klinicznym preparat bezbarwny, wyrabiany przez firmę Bayer p. n. *Prontosil album*, a w Polsce przez firmę Geo p. n. *Antistreptina*. Jest to paraaminobenzenosulfamid o wzorze wyżej podanym (p. „jądro czynne“).

W przeciwieństwie do prontosilu czerwonego i rubiazolu preparaty te są białe, bez zapachu i smaku, równie nietoksyczne, jak i tamte. Wypróbowany na 180 przypadkach róży w szpitalu Claude Bernard w Paryżu prontosil biały dał bardzo dobre wyniki (spadek ciepłoty następował w ciągu 2-ch dni).

Wspomnieć jeszcze należy o nowym związku sulfamidowym, zawierającym grupę karboksylową COOH, który w doświadczeniu na zwierzętach ma dawać jeszcze lepsze wyniki, lecz klinicznie nie jest wypróbowany.

Moje własne spostrzeżenia nad działaniem związków sulfamidowych u niemowląt dotyczą zarówno prontosilu czerwonego, jak i białej antistreptiny. Preparaty te stosowane były w 37 przypadkach różnych zakażeń, przeważnie paciorkowcowych, jak to wynika z następującego zestawienia:

Rozpoznanie	Liczba	Wyl.	Zm.
<i>Erysipelas</i>	19	16	3
<i>Arthritis purul. streptoc.</i>	1	1	—
<i>Nephritis</i>	1	1	—
<i>Pyopneumoth. spont. streptoc.</i>	1	—	1
<i>Pleuritis purul. streptoc.</i>	2	—	—
<i>Phlegmone</i>	3	—	3
<i>Pyodermia</i>	1	—	1
<i>Pyuria</i>	5	5	—
<i>Septis staphylococcica</i>	4	—	4

37

Z zestawienia naszego wyniku, iż najlepsze wyniki osiągnięto w róży i ropnych schorzeniach dróg moczowych. W róży obniżenie się odsetka śmiertelności w porównaniu z dawniejszym (p. poprzednie zestawienie) było wprost zdumiewające:

<i>Erysipelas.</i>				
	Liczba przyp.	Wylecz.	Zm.	% śmiert.
1-y mies.	2	2	—	} 16,6
1—2 mies.	1	1	—	
2—3 mies.	1	—	1	
3—6 mies.	2	2	—	
6—12 mies.	8	6	2	
1—2 lat	5	5	—	
	19	16	3	15,8

Odsetek śmiertelności do 6 miesięcy wyniósł 16,6% (dawniej 80%).

Jak wynika z naszego zestawienia, ogólny odsetek śmiertelności wyniósł u dzieci, leczonych prontosilem i antistreptiną, tylko 15,8% zamiast dawnych 72%. Odsetek ten można uważać za jeszcze pomyślniejszy, gdyż 2 przypadki, w których nastąpiło zejście śmiertelne, były zupełnie wyleczone, jako róża, a zgon nastąpił na skutek zapalenia płuc; trzeci przypadek o zejściu śmiertelnym dotyczył 5-tygodniowego niemowlęcia, które zostało oddane do szpitala w 3-im tygodniu choroby i w bardzo ciężkim stanie (*e. gangraenosum scroti et femoris*). Niepomyślne zejście należy przypisać zbyt późnemu rozpoczęciu leczenia. W analogicznym przypadku, opisanym przez Lereboullet w r. 1936, osiągnięto wynik pomyślny, lecz leczenie trwało 3 miesiące, gdyż każdorazowe przerywanie podawania rubiazolu wywoływało nawrót.

Na ogół w naszym materiale przeważały przypadki ciężkie, o wysokiej temperaturze, gdyż tylko takie bywają kierowane do szpitala, mimo to poprawa następowała bardzo szybko. Przy dawnych metodach w przypadkach o zejściu pomyślnym leczenie trwało 2 do 3-ch tygodni, obecnie sprawa chorobowa likwidowała się w ciągu kilku dni. Temperatura obniżała się do normy w większości przypadków już 2-go dnia po rozpoczęciu leczenia:

2-go dnia opadła w 9 przypadkach,
3-go dnia opadła w 8 przypadkach,
4-go dnia opadła w 1-ym przypadku.

Spadek temperatury następował najczęściej krytycznie. Zaczerwienienie i obrzęk skóry trwały trochę dłużej; w 3-ch przypadkach przerwa w leczeniu wywołała nawrót objawów skórnych, które jednak po ponownym podaniu preparatu szybko ustąpiły.

Przypadki róży z oddziały niemowlęcego leczone były wyłącznie prontosilem, wzgl. antistreptiną, i żadnych innych środków nie stosowano; wyleczenie następowało tak szybko i było tak pewne, iż wszelkie, dawniej stosowane metody dodatkowe uważaliśmy za zupeł-

nie zbyt skuteczne. Na uwagę zasługuje natomiast jeden przypadek róży u dziecka 2-letniego z oddz. chirurgicznego naszego szpitala, w którym w ciągu 2-tygodni stosowano wszelkie metody lecznicze bez najmniejszego wyniku i bez wpływu na temperaturę. Po zastosowaniu prontosilu w 3-tygodniu choroby już nazajutrz temperatura spadła krytycznie, objawy skórne od razu ustąpiły; w ciągu kilku dni osiągnięto zupełne wyleczenie.

Dawkowanie: Prontosil i antistreptinę stosowaliśmy doustnie w ilości 1½ do 3-tych tabletek dziennie (zależnie od wieku), a po ustąpieniu objawów skórnych i spadku ciepłoty w zmniejszonej dawce jeszcze w ciągu kilku dni dla uniknięcia nawrotu. W żadnym przypadku róży nie stosowano *P. solubile* w iniekcjach; preparat ten wstrzykiwaliśmy do opłucnej w ilości 1 ampułki (5 ccm.) co kilka dni w przypadkach ropniaków opłucnej oraz — domięśniowo — w posocznicach. Jednocześnie z *P. solubile* stosowano jednak zawsze i preparat doustny w zwykłej dawce.

Działania uboczne tych preparatów nie spostrzegaliśmy w żadnym przypadku; nawet najmłodsze niemowlęta znosiły doskonale prontosil i antistreptinę w ilości 1½ do 2-tych tabletek dziennie.

Na podstawie naszych spostrzeżeń uważamy związki sulfamidowe za ogromną zdobycz w leczeniu róży u niemowląt**). Nie było dotychczas środka o tak szybkim i idealnie pewnym działaniu, tak łatwego w użyciu i tak dobrze znoszonego. Trudno sobie dziś wyobrazić przypadek róży u niemowlęcia, w którym nie zastosowanoby od razu prontosilu lub antistreptiny: byłby to błąd terapeutyczny, niczym nieusprawiedliwiony.

Z innych schorzeń, w których stosowaliśmy związki sulfamidowe, spostrzegaliśmy pomyślne działanie w ropomoczu, niezależnie od tego, czy sprawa była wywołana przez paciorkowce, czy przez inne drobnoustroje. Na 5 przypadków o pomyślnym zejściu w 3-tych uprzednio były stosowane inne metody lecznicze bez wyniku. Mała liczba odnośnych przypadków nie upoważnia nas jednak do dalej idących wniosków o działaniu tych preparatów w schorzeniach dróg moczowych.

Na oddzielną wzmiankę zasługują nasze 3 przypadki ropniaków opłucnej paciorkowcowych (w których stosowano *p. solubile* do opłucnej i antistreptinę doustnie) o zejściu niepomyślnym; z wysięku opłucnej hodowano paciorkowce pomimo wlewań prontosilu.

Bez wyniku również były preparaty sulfamidowe w 4-tych przypadkach posocznicy, wywołanych przez gronkowce; pozostałe nasze przypadki nie nadają się do omówienia, gdyż prontosil i antistreptina były stosowane obok innych metod leczniczych, i działanie ich nie mogło być krytycznie ocenione.

Wnioski: na podstawie działania związków sulfamidowych w róży uważamy metodę tę za olbrzymi postęp w lecnictwie pediatricznym.

** Wyniki leczenia róży u dzieci starszych w innych oddziałach naszego szpitala są również pomyślne.

Z oddziału 3a chorób wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ordynator: Dr. med. Antoni Stefanowski).

Znaczenie badania szybkości krążenia w rozpoznawaniu nieprawidłowych połączeń pomiędzy prawą i lewą częścią serca.

Podał

Ignacy PINES (Warszawa).

Próba eterowo-decholinowa jest jedną z metod

znaczania szybkości krążenia, wprowadzoną przed niedawnym czasem do badań naukowych. Polega ona na dożylnym podaniu odpowiednich ilości eteru i decholinu i na określeniu czasu, który upływa od zastrzyknięcia do chwili wyczucia przez chorego zapachu eteru, względnie gorzkiego smaku decholinu.

Chociaż, jak wynika z wielu artykułów, ogłoszonych w prasie polskiej i zagranicznej, badanie to odgrywa doniosłą rolę w rozwiązywaniu zagadnień teoretycznych, związanych z niedomogą narządu krążenia, to jednak praktyczne zastosowanie tej próby w celach diagnostyczno - prognostycznych dotychczas prawie się nigdzie nie przyjęło. Jest to przede wszystkim następstwem braku prac, opartych na dostatecznie obfitym i różnorodnym pod względem klinicznym materiale. Studiując (wraz z kol. Czesławem Słomskim) sprawę od dłuższego czasu, mieliśmy sposobność przekonania się o wartości metody zarówno w sensie rozpoznawczym, jak i rokowniczym w licznych stanach chorobowych. Studium to stanie się podstawą obszernej pracy, która już wkrótce będzie zakończona i ogłoszona.

W dotychczasowych naszych badaniach natknęliśmy się jednak na zagadnienie, które wartoby ze względu na jego doniosłość omówić osobno. Pewną rolę w opracowaniu niniejszego doniesienia odegrał również fakt, że żadna z uprzednich prac nad szybkością krążenia, o ile nam wiadomo, nie uwzględniła przydatności tego rodzaju próby dla rozpoznawania wrodzonych, nieprawidłowych otworów, łączących prawą część serca z lewą.

Jest rzeczą znaną, że rozpoznawanie wrodzonych wad serca napotyka niejednokrotnie poważne trudności. O ile jednak nabyty lub wrodzony charakter wady może często nie mieć większego znaczenia dla chorego, o tyle sam typ wady i związane z nią przeszkody mechaniczne w czynności serca, jako pompy ssąco-tłoczącej, odgrywają doniosłą rolę w rokowaniu. Dla rozpoznawania nieprawidłowych wrodzonych połączeń serca lewego z prawym podany został szereg oznak różniczkowo-diagnostycznych. Mimo to, jak łatwo można się przekonać, w odpowiednich przypadkach, nawet uwzględnienie całokształtu obrazu chorobowego i logiczne rozumowanie nie chronią od poważnych pomyłek rozpoznawczych. W tych warunkach próba, mogąca w sposób niesłychanie prosty i elegancki w ciągu kilku chwil rozstrzygnąć o rozpoznaniu, winna zająć, przynajmniej jeśli chodzi o wzmiankowane schorzenia, należne jej miejsce pomiędzy innymi metodami badania klinicznego.

Koncepcja nasza oparta jest na następujących przesłankach.

W przypadkach, przebiegających z niedomogą serca prawego, stwierdzamy zawsze przy pomocy próby eterowej i decholinowej przedłużenie czasu krążenia. Stosunki zmieniają się radykalnie, jeżeli sinica, która jest objawem kierowniczym, zależna jest od mieszania się krwi żyłnej z krwią tętniczą poprzez otwór, łączący prawą część serca z lewą. Pewna ilość wstrzykniętej dożylnie decholinu zamiast pójść dłuższą drogą płucną przedostaje się przez istniejący otwór wprost do serca lewego (przedsiionka lub komory lewej) i dalej do aorty, tętnicy szyjnych i tętniczek językowych. Stąd to próba decholinowa wykazuje w tych razach prawidłowy albo nawet skrócony czas krążenia, amplituda decholinowo-eterowa maleje. Wynik ten w porównaniu z tym, co stwierdzamy za pomocą próby decholinowej w

niedomodze serca prawego, jest tak uderzający, że sam jeden skierowuje rozpoznanie na właściwą drogę. W konkretnym przypadku niezarośnięcia otworu owalnego rozumowanie nasze zostało całkowicie potwierdzo-

ne. Przypuszczamy, że sprawa przedstawiać się będzie podobnie, ze zrozumiałych przyczyn, w chorobie Roger i w niezarośnięciu przewodu tętniczego Botala.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O patogenie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Podał

E. ROZENBERGOWA (Warszawa).

Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przedstawia największe niebezpieczeństwo, jakie grozi gruźliczo zakażonym dzieciom. We wczesnym dzieciństwie jest to choroba b. częsta. Steinmeyer oblicza, że u dorosłych gruźlica kończy się gruźliczym zapaleniem opon m.-rdz. w 5,6%, u dzieci w 37%, a więc stosunek wynosi 1:6. Kment podaje, że przy ogólnym wysiewie prątków w ustroju gruźlicze zapalenie opon występuje u dzieci w połowie przypadków, podczas gdy u dorosłych w jednej piątej przypadków.

We współczesnej literaturze w okresie ostatnich lat ostro zarysowały się 2 poglądy, dotyczące sposobu powstawania gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Jeden z tych poglądów, na razie dominujący i reprezentujący większość autorów współczesnych, głosi, że gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. jest tylko częściowym wyrazem ogólnego schorzenia ustroju. Im dziecko jest młodsze, tym trudniej ściśle rozgraniczyć gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. i ogólną prosówkę (*t. b. c. miliaris*), a w klinicznym obrazie gruźliczego zap. opon bardzo rzadko brak zmian w innych narządach, jak w płucach, wątrobie, śledzionie i t. d.

Im dziecko jest starsze, tym częściej spotykamy się z izolowanym gruźliczym zapaleniem opon m.-rdz., względnie z ogólną prosówką, bez zajęcia opon, chociaż ogólna prosówka późniejszego wieku nie rzadko łączy się z gruźliczym zapaleniem opon m.-rdz.

Huebschmann podaje, że w 75% przyp. gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. stwierdzał ogólną prosówkę. Engel na swoim materiale w $\frac{3}{5}$ wszystkich przypadków stwierdził ogólną prosówkę. Przy tym prosówka narządów jest wyrażona w średnim stopniu. Jest to rzeczą zrozumiałą, ponieważ przebieg gruźliczego zapalenia opon m.-rdzeniowych trwa krótko (3—4 tyg.), co uniemożliwia dalszy rozwój prosówki ogólnej.

Tak samo jak wysiewy w różnych narządach, tak i gruźlicze zapalenie opon powstaje na drodze krwionośnej. Istnieje rozbieżność zdań, czy wysiew w gruźliczym zapaleniu opon występuje tylko do spłotów naczyńniastych, czy też prątki drogą krwionośną dostają się jednocześnie do spłotów naczyńniastych i na opony.

Gorącym zwolennikiem pierwszej tezy jest Lewkowicz, który na podstawie badań całego szeregu skrawków ze spłotów naczyńniastych w różnych stanach zapalnych opon twierdzi kategorycznie, że w gruźliczym zapaleniu opon m.-rdz., tak samo, jak i w nagminnym, najpierw zostają zaatakowane spłoty naczyńniaste. Przy tym największe znaczenie mają przerzuty, umiejscowione w kosmkach naczyńniastych, które to przerzuty prędko ulegają rozpadowi, podczas gdy w gruzełkach, umiejscowionych w innych narządach, jak w wątrobie, śledzionie i t. d., raczej obserwujemy procesy wytwórcze. Ta skłonność do rozpadu tłumaczy się tym,

że gruzełek, mając zamknięte własne naczynie i będąc otoczony zmienioną tkanką, nie jest wcale odżywiany; z drugiej strony macerujące działanie płynu m.-rdz. na warstwę komórek nabłonka i wiotką tkankę podścieliskową, oddzielającą gruzełek od światła komór, uwarunkowuje szybkie przebicie rozpadłego gruzełka do światła komory. Z prądem płynu wszystkie produkty rozpadu gruzełka dostają się do przestrzeni podpajęczynówkowej, wywołując ostry stan zapalny opon.

Według Lewkowicza w przypadkach świeżych nie stwierdzamy gruzełków na oponach miękkich, tylko ostre rozlane zapalenie, które może być nawet w pierwszym okresie ropne, z przewagą komórek wielojądrazastych. W dalszym przebiegu choroby mogą powstać gruzełki w oponach, lecz nie mają one takiej tendencji do rozpadu, jak w spłotach naczyńniastych, i są zawsze świeższe (pod względem zmian) od gruzełków kosmkowych spłotu. Do powstania gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. nie jest potrzebna wielka liczba przerzutowych ognisk do spłotów, wystarczy jedno takie ognisko kosmkowe, które przebija się do światła komory i, zakażając płyn mózgowo-rdzeniowy, wywołuje u osobnika pozornie zdrowego gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Lewkowicz uważa, że rozrzucone po spłocie gruzełki, b. często nieliczne, nie wpływają szkodliwie na czynność wydzielniczą spłotów naczyńniastych, lecz z drugiej strony wskutek rozlanych zmian zapalnych w oponach miękkich i w ich naczyniach zostaje utrudnione wchłanianie płynu. To zaburzenie równowagi pomiędzy wydzieleniem a wchłanianiem płynu mózgowo-rdzeniowego jest przyczyną wzmożonego ciśnienia, które obok toksycznych zmian wybitnie wpływa na przebieg gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Mniej więcej do tych samych wniosków, co Lewkowicz, doszli w r. 1924 Kment, a w r. 1928 Huebschmann.

Ujęcie tych autorów różni się w niektórych szczegółach od ujęcia Lewkowicza, lecz te różnice nie są istotne.

Nie wszyscy jednak badacze zgadzają się całkowicie z ujęciem tej sprawy przez Lewkowicza, uważając, że zmiany w oponach bardzo często są tej samej daty co w spłotach i nie można wyłączyć, że prątki gruźlicy drogą krwionośną zostają przeniesione bezpośrednio jednocześnie i na spłoty naczyńniaste i na opony m.-rdz. (Jonscher).

Autorzy ci, którzy przyjmują, że gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. powstaje drogą krwionośną, uważają, że tylko w pojedynczych przypadkach punktem wyjścia dla gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. jest *tuberculum solitarium* lub konglomeraty gruzełków w mózgu (v. Wangerheim 12%) lub gruźlicze schorzenie kości czaszki oraz kręgow. W tych rzadkich przypadkach, gdzie sprawa chorobowa ma za punkt wyjścia *tuberculum solitarium* lub konglomerat gruzełków w mózgu, rozwija się obraz z początku *meningo-encepha-*

litis tuberculosa circumscripta—, „menigite en plaques“ a w dalszym rozwoju procesu powstaje obraz ogólnego schorzenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Przedstawiciele drugiego poglądu patogenetycznego najliczniej są reprezentowani w literaturze amerykańskiej i angielskiej.

Autorzy ci utrzymują, że gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. nie powstaje na drodze krwionośnej z przebiegu ogólnej prosówki. Według tych autorów, stara koncepcja krwiopochodna nie wyjaśnia przypadków gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. bez objawów prosówki w innych narządach, ani też, dlaczego w niektórych przypadkach gruźlicy prosówkowej opony pozostają wolne.

Rich i Mac-Cordock wskazywali, że iniekcja doświadczalna dużej dawki prątków do krwi, nawet, jeśli wywołuje ogólną prosówkę, nie powoduje jednak nigdy powstania gruźliczego zapalenia opon m.-rdz., podczas gdy wprowadzenie prątków do przestrzeni podpajęczynowej zawsze powoduje gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. Autorzy ci uważają, że gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. powstaje jedynie wskutek rozpraszania się w przestrzeni podpajęczynowej wielkiej liczby prątków, wypływających z ogniska encefalitycznego, uległego zserowaceniowi. W rzadkich przypadkach gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. powstaje z ogniska kostnego czaszki lub kręgu.

Na badaniach sekcyjnych, wykonanych w szpitalu John-Hopkinsa w 40 autopsjach przypadków z gruźliczym zapaleniem m.-rdzeniowych opon znaleziono we wszystkich przypadkach gruzełki serowaciejące w mózgu o średnicy od 1 do 10 mm. W 7-iu z tych przypadków nie skonstatowano ogólnej gruźlicy.

Również, i odwrotnie, autorzy ci znajdowali często na sekcjach ogólną gruźlicę bez zajęcia opon i z ogniskami gruźliczymi w mózgu.

Rich i Mac-Cordock porównują gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. z gruźliczym zapaleniem opłucnej, które powstaje z małych ognisk płuc, leżących podopłucnowo.

Agnes, Mac Gregor, Korpatrick i Graig również uważają, że gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. jest zwykle skutkiem zakażenia przestrzeni podpajęczynowej, przy tym za punkt wyjścia należy uważać istniejące już dawniej zlokalizowane ognisko w mózgu lub w splocie naczyniastym. Takie ogniska powstają przez zakażenie ośrodkowego układu nerwowego pewną liczbą prątków w okresie bacillemii. Klinicznie może powstać obraz schorzenia układu nerwowego przejściowego charakteru z możliwością wyleczenia, lub też dać obraz, przy niepomysłnym przebiegu i dalszym szerzeniu się procesu, gruźliczego zapalenia opon m.-rdz.

Zdaniem Peretza, mózg dziecięcy przedstawia *locus minoris resistentiae* dla gruźlicy, i konglomeraty gruzełków są tym nowotworem, który najczęściej spotyka się w mózgu dziecięcym.

Tłumaczono to zjawisko tym, że bardzo żywy rozwój ośrodkowego układu nerwowego u dzieci wywołuje silne ukrwienie tego narządu, co stwarza lepsze warunki dla osiadania zarazków.

Wyżej wymienieni autorzy amerykańscy znaleźli na sekcji w 27 przypadkach *men. tbc.* 24 razy ogniska gruźlicze w mózgu, w 25-m zaś przypadku ognisko kostne w kręgu lędźwiowym.

W kilku przypadkach, gdzie śmierć nastąpiła w krótkim czasie od początku choroby, autorzy znajdowali na sekcji wysięk gruźliczy w oponach, nie u podstawy mózgu, lecz w polach, ograniczonych do powierzchni płatów czołowych lub ciemieniowych. Pod

tymi uszkodzonymi odcinkami opon znajdowała się masa zserowaciąca, która była przyczyną wysięku gruźliczego w oponach.

Warrington opublikował serię prac, w których opisał objawy, wywołane przez zlokalizowane gruzełki w mózgu, i które to przypadki zakończyły się śmiercią z powodu *men. t.b.c.*

Gsell i Hellinger, pisząc o gruźlicy mózgu w przebiegu krwiopochodnej gruźlicy, stwierdzili specjalne usposobienie gruźlicze u dzieci do podstawowych części mózgu. Wielkość tych gruzełków w mózgu była od 3 do 25 mm w zależności od stopnia rozwoju.

Na podstawie powyżej przedstawionych poglądów widzimy, że droga przenikania zarazka do opon nie jest jeszcze zupełnie wyświetlona; lecz w obecnej chwili dominujący jest pierwszy pogląd, t. j. przenikanie zarazka do opon na drodze krwionośnej.

Gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. może powstać w każdym okresie gruźlicy, lecz najczęściej powstaje z zespołu pierwotnego.

W przypadkach, gdzie doszło już do wytworzenia wtórnych lub trzeciorzędnych ognisk, gruźlicze zapalenie opon powstaje rzadziej, najrzadziej zaś, kiedy już wytworzyła się postać włóknisto-wrzodziejąca.

Debré i Senoz znaleźli 7% przypadków gruźliczego zapalenia opon tam, gdzie doszło do powstania ogniska w kościach, stawach, gruczołach, skórze; na ogólną liczbę gruźlicy chirurgicznej znajdowano gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. w 2% przypadków.

Jeśli te wtórne ogniska zostają brutalnie zaatakowane mechanicznie, jak podczas operacji, to wtedy, jako groźna komplikacja, może powstać gruźlicze zapalenie opon m.-rdz.

Langer na 41 autopsji przyp. gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. znalazł tylko 1 przypadek gruźliczego zapalenia opon, który miał za punkt wyjścia wtórną gruźlicę jednego z narządów. Wallgren i Nilsson na 166 autopsji gruźl. zapalenia opon tylko w 2 przyp. stwierdzili jako punkt wyjścia gruźl. zapalenia opon przewlekłą gruźlicę narządów.

Co się tyczy izolowanej gruźlicy płuc, to według Fowler i Galee, powikłanie końcowym gruźliczym zapaleniem opon m.-rdz. występuje tylko w 3,3% przypadków (materiał 531 przyp.).

Widzimy, że klinika i materiał sekcyjny pouczają nas, że większość przypadków gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. jest ściśle związana z okresem wystąpienia zespołu pierwotnego. Lecz tylko nieznaczna liczba zespołów pierwotnych doprowadza w dalszym przebiegu do gruźliczego zapalenia opon m.-rdz.

Powstaje pytanie, czym ten pierwotny zespół, doprowadzający do powstania gruźliczego zapalenia opon m.-rdz., różni się od zespołu pierwotnego, nie dającego takich ciężkich komplikacji.

Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają, że zespół pierwotny w gruźliczym zapaleniu opon m.-rdz. znajduje się w okresie świeżej infekcji.

W pierwszych dwóch latach życia ta cecha zespołu pierwotnego nie jest może tak charakterystyczna, jak później, ponieważ w tych latach w ogóle chodzi o świeże procesy. Jeśli jednak wyliczyć ze statystyki pierwsze 2 lata, to otrzymane liczby są b. przekonywujące. Engel na podstawie swego materiału i Ghona stwierdził w 28 przyp., gdzie pierwotne ognisko było wykryte przypadkowo, że było ono świeże tylko w 3 przypadkach, a w 25 zupełnie cofnięte lub z niezupełnie jeszcze zakończonym procesem cofania się; zaś w 32 przypadkach gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. stwier-

dził 22 razy świeży proces, a w 10 przyp. cofający się lub z nielicznymi śladami cofania się. Z 6-ciu przyp. od lat 10—14 w 5-ciu stwierdził świeży zespół.

Wallgren i Nilson stwierdzili na 166 przyp. sekcyjnych gruźl. zap. opon m.-rdz. 9 razy (5,4%) ognisko pierwotne zwapniałe, 20 razy (12%) proces w pierwotnym zespole ze śladami rozpoczynającego się cofania i śladami wapnienia, natomiast ogniska świeże serowaciejące lub rozpadowe 137 razy (82,6%).

Badania rentgenologiczne tych autorów z 46 przypadków gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. wykazały w 34 świeży zespół pierwotny, w 3-ch przyp. były ogniska zwapniałe, w 2-ch ślady cofania się. W 7-iu zaś nie stwierdzono zmian w obrębie klatki piersiowej. Brak zmian może być tłumaczony dwojako: albo te zmiany były b. dyskretne i rentgenologicznie nie udało się tych zmian uchwycić, albo ognisko pierwotne znajdowało się poza klatką piersiową. Możemy przyjąć na podstawie danych z piśmiennictwa, że gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. w lwiej części przypadków powstaje ze świeżego zespołu pierwotnego, w b. małej części przypadków z pierwotnego zespołu w okresie cofania się i tylko w wyjątkowych przypadkach w okresie, kiedy ten zespół pierwotny jest zupełnie już zagojony.

Gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. jest dlatego takie rzadkie w drugo- i trzeciorzędowym okresie, bo pierwotne ognisko w tych okresach jest b. stare i zagojone.

Oprócz świeżości infekcji taki zespół pierwotny, który doprowadza do uogólnienia i do zajęcia opon, ma jeszcze pewne cechy, różniące go od zespołu, który ma tendencję do gojenia się.

Największą śmiertelność z powodu gruźliczego zapalenia opon stwierdza się w pierwszych latach życia dziecka, właśnie w tych latach życia, kiedy jest najmniej zakażonych gruźlicą dzieci. W pierwszych dwóch latach życia znajdujemy najwyżej 5—10% dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym, w następnych okresach życia 60—80% dzieci reaguje na tuberkulinę. W tych właśnie okresach liczba przypadków gruźl. zapalenia opon znacznie się zmniejsza. De Villa i Genoesse na podstawie swego materiału stwierdzili, że 93% gruźliczego zapalenia opon powstaje przed 7-ym rokiem życia. Neal u dzieci do 5-go roku życia stwierdził 74,5% wszystkich gruźliczych zapaleń opon m.-rdz. Oroc na podstawie 2.500 przypadków (swoich i z piśmiennictwa) skonstatował, że $\frac{1}{5}$ ogólnej liczby przypadków gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. przypada na 2 rok życia, a $\frac{4}{5}$ na okres do 6 roku.

Statystyka m. Warszawy za lata 1925—28 wykazuje, że 72,6% przyp. gruźliczego zapalenia opon przypadało na wiek od 0—4 lat, a od 0—9 lat 86,5% (Jonescher). Materiał Kliniki Uniw. Warsz. z lat 1921—34 wykazuje największą liczbę przypadków w 2-m r. życia

(122), następnie w drugim półroczu pierwszego roku (84) oraz w trzecim roku życia (81).

Przy analizowaniu zespołu pierwotnego, doprowadzającego do gruźliczego zapalenia opon, szczególną uwagę naszą zwracają duże zserowaciełe gruczoły śródpiersia, tchawiczne, tchawiczno-oskrzelowe. Przy tym te gruczoły zawsze są obecne. Zdolność do wytwarzania takich dużych guzów gruczołów przeważnie posiadają młodsze dzieci. W przypadkach dużych, przylegających do naczyń zserowaciałych gruczołów, powstają doskonałe warunki do przejścia sprawy chorobowej na ściany naczyń, do wdrażenia jego światła i uogólnienia sprawy.

Ku końcowi wczesnego dzieciństwa tracą gruczoły oskrzelowe skłonność do wytwarzania dużych guzów, i w wieku szkolnym są te gruczoły z reguły znacznie mniejsze. Dlatego świeża infekcja wówczas ma mniejszą skłonność do generalizacji, rzadziej powoduje gruźlicze zapalenie opon, chociaż co rok nowy duży zastęp dzieci zostaje zakażony.

Nie wolno również odrzucać poglądu, że znacznie większa skłonność wieku niemowlęcego i małych dzieci do gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. tłumaczy się brakiem sił odpornościowych i złym wytwarzaniem przeciwciał w tym wieku.

Co się tyczy predyspozycji płci w stosunku do gruźliczego zapalenia opon, to, według Engla, częściej chorują chłopcy. Oroc oraz Erik Vollmond z Kopenhagi podają na podstawie dużego materiału, że tej różnicy płci w stosunku do zachorowania na gruźlicze zapalenie opon nie obserwuje się (50,5% chłopców, dziewcząt zaś 49,5%). Ustalić konstytucję w gruźliczym zapaleniu opon w tym stanie dziecka jest rzeczą trudną i niepewną. Dopiero od niedawna zaczęto interesować się tym zagadnieniem. Jedni autorzy, jak Stefko, stwierdzili konstytucję hipoplastyczną, inni zaś, jak Klare, limfatyczną. Nie może być mowy o jakimś czynniku dziedzicznym w razie stwierdzenia kilku przypadków gruźliczego zapalenia opon w tej samej rodzinie, nawet w tych latach, w których gruźlicze zapalenie opon jest znacznie rzadsze, jako przyczyna śmierci. Najprawdopodobniej w tych przypadkach istnieje źródło rodzinne. Tak Oskar Herz opisuje 2 rodziny: w jednej z 5 dzieci 3 zmarło z powodu gruźliczego zapalenia opon, w drugiej rodzinie z trojga dzieci — 2 zmarło — w obu rodzinach było zakażenie wewnątrzrodzinne. Koch znalazł w swoim materiale jedną rodzinę, w której 4 dzieci zmarło z powodu gruźliczego zapalenia opon m.-rdz.

Dawno zwrócono uwagę na częste występowanie gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. we Włoszech. Herben i Asserson stwierdzili, że najbardziej są dysponowani do gruźliczego zapalenia opon Włosi, Irlandczycy, Żydzi, Murzyni. (C. d. n.)

Oceny książek.

H. HIRSZFELDOVA. Z zagadnień dziedziczności i eugeniki. Nakładem „Naszej Księgarni“, Sp. Akc. Związku Nauczycielstwa Polskiego, Warszawa, 1937, str. 79, ryc. 17.

Praca niniejsza, stanowiąca cykl odczytów, wygłoszonych na kursie dokształcającym dla nauczycieli przyrody szkół średnich w Państwowej Szkole Higieny, składa się z 2 części, z których pierwsza poświęcona jest najważniejszemu zagadnieniu genetyki, druga — eugeniki. Niektóre z zagadnień genetyki były omawiane przez autorkę również na posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Skomplikowane zagadnienie

genetyki ujmuje autorka w nader przystępny i jasny sposób, ilustrując je dobrze dobranymi przykładami i rycinami, tak, że nawet człowiek, zupełnie nieobeznany z tymi zagadnieniami, łatwo je zrozumie. W części, poświęconej eugenicie, omawia autorka zagadnienia chorób wenerycznych, prostytucji, małżeństwa, dziedziczenia rozmaitych chorób, alkoholizmu, sterylizacji, typów konstytucyjnych, istoty rasizmu, wykazując nie tylko głębokie podejście naukowe, lecz również wnikliwy zmysł społeczny. Z książką powinien zapoznać się nie tylko każdy lekarz, lecz każdy człowiek inteligentny, któremu propaganda niektórych

ugrupowań politycznych stara się obecnie podsunąć pewne tendencje społeczne za pomocą teorii i publikacji pseudonaukowych. Książka zasługuje na jak najrozleglejsze rozpowszechnienie, autorka jej dobrze się zasłużyła prawdziwej nauce i społeczeństwu.

H. L.

RAAB Ernst. *Kurzwellentherapie in der Praxis*. Nakładem George Thieme, Leipzig, 1937. Stron druku 173, ilustracji 97.

R a a b, jeden z pionierów leczenia krótkimi falami, narówni z Liebesnym i Schliephake był przez długi okres czasu zasadniczym zwolennikiem aparatów iskiernikowych. Czyny on w książce swej pewne koncesje na rzecz aparatów lampowych, podkreślając jednak, iż z punktu widzenia biologicznego nie widzi tu zasadniczej różnicy w działaniu obydwu typów aparatów. Aparaty lampowe są mniej ekonomiczne w użyciu, i kupno ich jest tylko kwestią „gospodarczą”. Dalszym logicznym rozwojem tych zapatrywań jest obrona tezy, iż długość fali w granicach 4—15 metrów nie różni się w swym efekcie leczniczym. Rolę odgrywa tylko „wielkość dawki”. R a a b nie wierzy w działanie atermiczne ultrakrótkich fal i tłumaczy sobie obserwację Schliephakego o działaniu selekcyjnym poszczególnych fal na drobnoustroje przy temperaturze, nie przekraczającej 37 st., powstawaniem t. zw. punktowego ciepła (Punktwaerme), jako jednej z właściwości tychże promieni. Ta sama teoria działania promieni krótkofalowych zmusza R a a b a do wybierania niewielkiej odległości elektrod od powierzchni ciała. Najchętniej stosuje R a a b elektrodę czynną z odległości 1—2 cm, zaś elektrodę bierną z odległości 3—4 cm. Same elektrody muszą być idealnie, zdaniem jego, dopasowane do powierzchni ciała, i w tym celu posługuje się on wyłącznie elektrodami elastycznymi (elektroda filcowa jego własnego pomysłu). Spotykanie w literaturze różnice wyników w poszczególnych postaciach chorobowych wynikają, zdaniem autora, z nie-

dociągnięć natury czysto technicznej. Technika bowiem stosowania promieni ultrakrótkich jest bardzo trudna i mocno indywidualna. R a a b, jak i większość autorów w Niemczech, stoi na stanowisku, iż pacjent musi odczuwać przyjemne wrażenie ciepła na skórze. Całokształt dawkowania ujmuje on w 3 następujących punktach: 1) dawkowanie słabe czyli słabe odczucie ciepła na skórze znajduje zastosowanie w nerwobólach, zadziałaniu na gruczoły wewnętrznego wydzielania i powierzchniowych sprawach zapalnych. Dawkowanie silniejsze prowadzić może do pogorszenia stanu chorobowego; 2) dawkowanie średnie, czyli przyjemne uczucie ciepła na skórze, stosuje we wszystkich sprawach zapalnych głębokich; 3) nieco silniejsze dawkowanie stosuje się w przewlekłych sprawach zapalnych. Punkt ciężkości działania leczniczego fal krótkich polega na wchłanianiu energii wewnątrz komórki „*status nascendi*” ciepła i bezpośrednim działaniu na układ nerwowy (reakcja nerwowa). Druga część książki poświęcona jest omawianiu techniki stosowania fal krótkich w poszczególnych postaciach chorobowych.

B. Kryński.

Fr. KOPSCH. *Die Nomina anatomica des Jahres 1895 (B. N. A.) nach der Buchstabenreihe geordnet und gegenuebergestellt den Nomina anatomica des Jahres 1935 (I. N. A.)*. Georg Thieme-Verlag. Leipzig, 1937. Str. 103 + IV. Cena RM. 2.50.

Jest to zestawienie nazw anatomicznych z r. 1895 i 1935. Jest to więc encyklopedia nomenklatury anatomicznej *sui generis*, obejmująca z górą 5.000 nazw. Terminologia anatomiczna uległa w ciągu 40 lat pewnym zmianom, dlatego też dla starych lekarzy, przyzwyczajonych do starej terminologii, posługiwanej się nowymi podrażnikami, zaś dla młodego pokolenia lekarzy — starymi dziełami może nastęrczać pewne trudności terminologiczne. Praca autora usuwa te trudności i mogące wyniknąć nieporozumienia.

H. L.

Wskazówki praktyczne.

W leczeniu guzów krwawniczych postępuje Doerfler w sposób następujący: W razie zakrzepu w guzkach zewnętrznych lub wewnętrznych dwa razy dziennie kąpiel nasiadowa, często zmieniane ciepłe okłady z rumianku lub z wody goulardowej oraz regulowanie stolca za pomocą oleju rycynowego lub soli karlsbadzkiej — taka kuracja odnosi zupełny skutek w ciągu 8—10 dni. Przeciwno uciskowi guzków ze strony mas kałowych w ciągu nocy — lawatywa z 1 litra ciepłej wody. Mocno krwawiące guzki wymagają zabiegu operacyjnego; jako metodę wyboru poleca D. przyżeganie nad założonymi kleszczami *Langenbecka*. Przeciwno świądowi odbytu: *Rp. Liqu. carb. deterg.* 15,0; *Alcohol. absol.* 150,0; *Glycerin.* 50—100; *Menthol.* 4,0 — albo: *P. Mitigal.* 20,0; *Zinc. oxydat.* 40,0; *Ol. olivar. ad* 100. *M. fiat emulsio*. Przeciwno *fissura ani* 2—3-krotne przyżeganie azotanem srebra w odstępach 14-dniowych; w przypadkach uporczywych żegadło i późniejsza tamponada gazą vioformową. (M. m. W. 1936, Nr. 49).

—o—

Worthmann poleca w leczeniu czyraków czysty ichtiol, który na wacie nakłada się na sam środek czyraka. Po upływie ½ godziny zamienia się czyrak na rodzaj twardego

strupa. Jeżeli po 2 dniach strup taki usunąć, to zwykle na nim wisi zmartwiały czop. W razie potrzeby należy to leczenie kilka razy powtórzyć. Obok tego parenteralne leczenie bodźcowe: 1-go dnia ½ cm³ yatren-kazeiny domięśniowo, 3 dnia 1 cm³. W razie głębokiego ogniska ropnego nacięcie jest nieuniknione. W rozpoczynających się zastrzałach i grożącym zapaleniu naczyń chłonnych — leczenie zastoinowe: nakłada się na palec, względnie na staw dłoniowy wąski pasek plastra lepkiego i poleca się częste w ciągu dnia kąpiele mydlane. Zwykle już nazajutrz zapalenie naczyń chłonnych ustępuje, ognisko ropne umiejscawia się i zostaje przecięte. (M. m. W. 1936, Nr. 45).

—o—

Epsztejn (Wilno) proponuje, aby w przypadkach usunięcia *wyrostka robaczkowego* przy okazji dokonania innego zabiegu chirurgicznego w jamie brzusznej „piętnować” chorych przez nakłucie punktu *M. c. Burneya* igłą, zwilżoną zawiesiną węgla zwierzęcego, jak to czyni *Fernet* po pierwszorazowym zastrzyknięciu surowicy. Uzyskany tą drogą sprawdzian obiektywny dokonanego wycięcia wyrostka robaczkowego ułatwi rozpoznanie i uchroni od niewskazanego zabiegu operacyjnego. (Z rękopisu nadesłanego do Redakcji).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 14 stycznia 1937 r.

Obecnych 48.

Przewodniczył Kacprzak.

Odczyt: P. Macewicz. *Psychotechnika jako gałąź wiedzy lekarskiej*. (Było drukowane w „W. Cz. L.” pod tytułem: Kto jest powołany do orzekania o przydatności do zawodu?).

Dyskusja:

Dr Hozer zgadza się zasadniczo z prelegentem, który się ograniczył tylko do poradnictwa zawodowego. Lecz lekarz-higienista musi również poznać warunki pracy osób badanych. Musi brać udział w pracy, jako jeden z elementów produkcji. Musi później obserwować pracowników już w czasie wykonywania pracy. Nastawienie pracowników do badań psychotechnicznych jest albo nieufne, albo pełne zaufania, przejawiające się w dążeniu do poddania się tym badaniom. Pracowników należy

badac i obserwować podczas wykonywania pracy, gdyż czasami zakwalifikowany do pracy na podstawie badań wstępnych może się okazać do niej nieprzydatnym przy pracy, np. należy zbadać wpływ tlenku węglowego na maszynistę kolejowego (z grupy a), zachowanie się jego przy konkurencji naturalnych odruchów i t. p. Ze spostrzeżeń tych można wyciągnąć praktyczne wnioski np. co do ochrony oczu, barwy i rozmieszczenia sygnałów kolejowych i t. p. Poradnictwo lekarskie stanowi doskonały środek przeciwko obniżeniu cenzusu zawodowego, do czego przyczyniło się bezrobocie, gdyż angażuje się do pracy nie najodpowiedniejszych robotników, tylko jak największą ich liczbę. Mówca domaga się skojarzenia dochodzenia przyczyn nieszczęśliwych wypadków: dotychczas lekarz i psychotechnik (nielekarz) pracują zazwyczaj niezależnie od siebie. Mówca uważa psychotechnikę za wiedzę paralekarską, wobec czego psychotechnikiem powinien być tylko lekarz, który zna fizjologię. W obecnym stanie rzeczy należy dążyć do zbliżenia do siebie lekarzy i psychotechników. W kolejnictwie badania przeprowadzają w razie wypadku lekarz, psychotechnik i organa fachowe. Pojęcie „pechowców“ i „wypadkowców“ uważa za mistyczne: każdy wypadek ma swoją przyczynę. Wymogi bezpieczeństwa pracy należy przystosować nie do największej przydatności do pracy, lecz do znacznie niższej.

Dr A. Szwarz jest zadowolony, że poruszono ten temat, gdyż znowu pewna gałąź wiedzy i pracy lekarskiej przeszła w ręce nielekarskie, jak to miało miejsce w kasach chorych, współdzielniach zdrowia i t. p. Psychotechnika wymaga znajomości doświadczalnej psychologii, jest więc nauką ściśle lekarską, a nie paralekarską. Testy psychotechników, nie dające żadnych wyników, powinny zupełnie zniknąć. Psychotechnicy postępują analitycznie, nie dążą do syntezy, lekarze postępują odwrotnie, czego dowodem jest próba badania kandydatów na lotników Stefana Knappego. Lecz lekarze muszą się w tej dziedzinie wyspecjalizować. Tak ważna dla przemysłu i handlu naukowa organizacja pracy niezawsze pokrywa się z tawem barwnikowego zapalenia siatkówki (*retinitis pigmentosa*), loryzmem, który nie uwzględnia zmęczenia i ujemnego wpływu na wydajność monotonnej pracy; dr Zieliński był z tego względu przeciwnikiem taylorizmu. Kurza ślepotą (hemeralopia), o której wspominał jeden z przedmówców, może być objawem barwnikowego zapalenia siatkówki (*retinitis pigmentosa*), wyłączającego na całe życie możliwość pracy, albo awitaminozy, powodującej przejściową tylko niezdolność do pracy. Sprawy takie rozstrzygnąć może tylko lekarz, nigdy zaś psycholog. Ważną dla psychotechniki sprawą jest narząd równowagi i stonunek jego do barw, który nie jest dotąd wyjaśniony. Pracował nad tym zagadnieniem lekarz rosyjski Stein. Dr Szwarz zgadza się z przedmówcą co do sprawy refleksów. W dziedzinie psychotechniki konieczna jest współpraca inżyniera z lekarzem.

Dr Paluch uważa, że określenia przydatności do zawodu nie można załatwić przy jednorazowym badaniu, gdyż jest zmienny, należy obserwować przy pracy, badać wielokrotnie, pamiętając, że człowiek ma możliwość przystosowawcze. Mówca podkreśla konieczność opieki higieniczno-lekarskiej nad człowiekiem pracy. W dużych przedsiębiorstwach, jak kolej, istnieje cały personel, w fabrykach — lekarz fabryczny, który musi pilnować, by przedsiębiorstwo nie poniosło uszczerbku, a robotnik — szkody na zdrowiu. Niewolno zapominać o tym, że taylorizm i psychotechnika cobyły ludzkości duże usługi, należy tylko rozszerzyć i pogłębić badania psychotechniczne i przyciągnąć do współpracy lekarza. Lekarz-higienista nie może znać metod badania wszystkich dziedzin medycyny, wobec czego powinien często uciekać się do pomocy specjalistów.

Prof. Szmurło stwierdza, że psychotechnika jest starą nauką, którą zawsze się zajmowali lekarze, czego dowodem są testy Laparède'a, Bineta i innych, mające na celu wydzielenie z ogółu dzieci, które wymagają szkół specjalnych. Testy te powinny znać każdy lekarz szkolny. Instytucja lekarzy fabrycznych nosi obecnie niewłaściwy charakter, gdyż lekarze ci tylko leczą, nie zajmują się zaś higieną pracy. Lekarze dotychczas nie zastanawiali się nad tymi sprawami, w odczycie prelegenta widzi pierwszą próbę poruszenia tych spraw w gronie lekarskim. Wpływ lekarza na dobór pracowników posiada swe ujemne strony, jeżeli chodzi o lekarza; jest to ciężkie zadanie zwłaszcza w dzisiejszych czasach bezrobocia, gdyż czasami dyskwalifikowani maszczą się na lekarzach. Pod tym względem należy się wzorować na Ameryce: pracę robotnika danej fabryki powinien oceniać lekarz z innej fabryki. „Pechowcy“ są to ludzie, wolniej myślący niż inni, nie mający lotnego umysłu; ludzie ci spełniają dobrze swą pracę w zwykłych warunkach, w nadzwyczajnych — orientują się zbyt wolno, nie posiadają inicjatywy. Możliwe, że badania psychotechniczne pozwolą wykrywać tych ludzi, którym wówczas nie będzie należało powierzać odpowie-

dzialnych stanowisk. Uważa, że dobrze się stało, iż inżynierowie zajęli się psychotechniką. Obecnie pora jest na lekarzy, lecz dbać należy o to, by higieniści byli należycie wykształceni.

Dr Hozer stawia wniosek, by uchwalić utworzenie katedry medycyny pracy z docenturą psychotechniki na którymś z Wydziałów lekarskich.

Dr Knappę prosi o złożenie umotywowanego wniosku na piśmie do zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej.

W odpowiedzi stwierdza Dr Macewicz, że jest zadowolony, iż wszyscy mówcy są z nim zgodni. Potrzeba psychotechniki została postawiona przez lekarzy. Wszystkie próby badawcze pochodzą od lekarzy (Kraepelin, Binet, Rossolimo i t. d.). Badania narządu równowagi zapoczątkował prelegent i stworzył ze Stefanem Knappem przyrząd do badania jego sprawności.

Posiedzenie plenarne z dnia 25 lutego 1937 r.

Obecnych 14.

Przewodniczył Kacprzak.

Odczyt:

Prof. Dr Z. Szymanowski: *W sprawie zdrowia ludności wiejskiej.*

Prelegent wrócił przed 10 laty z Jugosławii z entuzjazmem pod wrażeniem dzieła, dokonanego tam dla zdrowia ludności wiejskiej przez Stampara. Założone przez niego w Macedonii i innych prowincjach Jugosławii ośrodki zdrowia, prowadzące pracę zapobiegawczą wśród ludności wiejskiej, przekształciły się następnie w kooperatywy zdrowia, zwłaszcza w stojącej na wyższym poziomie kulturalnym Chorwacji. Prelegent próbował wraz ze ś. p. Dziubińską wszcząć podobny ruch u nas. Założono kursy dla pielęgniarek, któreby pracowały na wsi, pracy tej jednak staręła na przeszkodzie biurokracja. Jeden kurs pielęgniarstwa doszedł do skutku, lecz absolwentki jego zostały dyskwalifikowane przez władze z powodu braku świadectw szkolnych i t. p. Departament Opieki Społecznej nie kwapił się do współpracy w tej dziedzinie z Państwowym Zakładem Higieny. Próba więc całkowicie zawiodła poczęści z winy władz, poczęści z powodu kosztowności pewnych lekarzy, którzy potraktowali te sprawy, podobnie jak swego czasu kasy chorych, jako swego rodzaju pomoc filantropijną dla ubogich. Również przy tworzeniu kas chorych zupełnie zapomniano o wsi. Jest u nas pod tym względem gorzej nawet niż w Rosji carskiej, gdzie t. zw. ziemstwa dużo zrobiły dla zdrowia wsi. Później rozpoczęły się narzekania na kasy chorych, przyszedł kryzys, i znowu zapomniano o zdrowiu wsi. Do złego stanu zdrowotnego wsi przyczyniły się ograniczenia w przyjmowaniu na wydział lekarskie, do wprowadzenia których dążyli lekarze praktykujący. Ograniczenia te wprowadzono, chociaż Polska ma o 50% za mało lekarzy, a z praktykujących $\frac{1}{3}$ zamieszkuje Warszawę. Powstało zagadnienie, jak zdobyć 4.000 lekarzy, których należy tak rozmieścić w Polsce, by pacjent nie miał więcej niż 10 km. drogi do najbliższego lekarza. W naszych warunkach komunikacyjnych nie jest to bynajmniej zbytekiem. Zdaniem Stampara, lekarze są przeciwnikami higieny, gdyż odbiera im ona chorych. Na szczęście nasi lekarze są bardziej uświadomieni społecznie, niż jugosłowiańscy. Dalej skończyć należy z fikcją selekcji przy przyjmowaniu kandydatów na wydział lekarski, która stała się komedią. Im więcej będzie lekarzy, tym więcej będą się ludzie leczyli, bo będą mieli bliżej do lekarza. Ministerstwo Opieki Społecznej stara się o zwiększenie liczby przyjmowanych na wydział lekarskie w kraju o 125 rocznie; nie jest to dużo, lecz i to by zwiększyło nieco liczbę potrzebnych lekarzy. Wskutek zubożenia wsi coraz mniej dzieci chłopskich studiują medycynę i weterynarię, a przecież ci słuchacze ze wsi stanowiliby w pierwszym rzędzie kontygent przyszłych lekarzy wiejskich. Ażeby uprzystępnic studia uboższej młodzieży, należy wydatnie obniżyć opłaty uniwersyteckie. Wysokie opłaty obniżają frekwencję i sprowadzają się ostatecznie do fikcji, gdyż studenci zalegają z opłatami, a poza tym wydaje się bardzo dużo odroczeń od opłat na przeciąg czasu do 10 lat. Jest to tylko samooszukiwanie się. Dla umożliwienia wreszcie studiującym prawidłowej nauki należy zaprowadzić porządek, ciągle zakłócany przez burdy, na uniwersytetach. Ważne jest zagadnienie, czy lekarz po ukończeniu studiów jest przygotowany do pracy na wsi, jak i kiedy. Już Zweifel uczył swych słuchaczy, by nie jeździli pojedynczo do patologicznego porodu, lecz po dwóch. U nas wychodzi lekarz z uniwersytetu bez przygotowania do samodzielnej pracy, jest jedynie naszpikowany teoretycznymi wiadomościami. Prelegent uważa, że powinno być mniej klinik, a więcej ambulatoriów. Studia przeciągają się u nas nadmiernie tak, że lekarz przeciętnie dopiero w 10 lat po uzyskaniu świadectwa dojrzałości, a więc w wieku około 30 lat, może zacząć zarobkować. Przez ten długi czas student, pochodzący ze wsi, odzwyczaja się od niej i nie

chce wracać na wieś. Drugi ofiarnik społeczny — nauczyciel — idzie wcześniej w życie. Konieczne wobec tego staje się skrócenie czasu studiów. Jest to kwadratura koła, której nie może w żaden sposób rozwiązać komisja reformy studiów. Konieczne staje się przegrupowanie przedmiotów na wydziale lekarskim i zwrócenie większej uwagi na specjalizację. Radykalnie załatwiła tę sprawę Rosja Sowiecka. Prelegent nie będzie się spierał, czy lekarze sowieccy dużo umieją, lecz, zamiast nic w tej dziedzinie nie robić, lepiej zrobić coś, choć niedoskonałe. Przy załatwianiu sprawy higieny na wsi należy się liczyć z prądami, panującymi na wsi, z dążeniem jej do oświaty, zdrowia, samodzielności politycznej i t. d. Widzimy na wsi dążność do tworzenia spółdzielni zdrowia, choć początki są jeszcze niedoładne. Minusem ich jest fakt, że grupują się one tylko koło bogatych gospodarzy, lecz obawy tutaj byłyby płonne, gdyż nam kulać to jeszcze szybko nie grozi. Jednak spółdzielnie zdrowia nie zwalnają Państwa z obowiązku troszczenia się o zdrowie ludności. Państwo musi zapewnić każdemu obywatelowi taką organizację służby zdrowia, by nikt nie umierał bez lekarza. Pod tym względem istnieje analogia do Funduszu Opłat Studenckich, na który przerzuciło Państwo obowiązek popierania nauki. Fundusz Opłat Studenckich przynosi 9.000.000 zł, z czego tylko 40% idzie na naukę (choć powinno iść całych 100%), podczas gdy Państwo daje na nią tylko 100.000 zł. właściwie więc naukę utrzymują studenci. Wprawdzie i za granicą opłaty akademickie są wysokie, lecz, jeżeli porównać to, co daje za granicą Państwo i studenci na naukę, z tym, co się dzieje u nas w tej dziedzinie, to zestawienie to będzie źle świadczyło o trosce naszego Państwa o naukę. Wpływy Funduszu Opłat Studenckich są jedną z przyczyn, dlaczego się nie zamyka wyższych uczelni pomimo ciągłych awantur. Państwo musi dbać o podniesienie ogólnego poziomu kulturalnego wsi i nauki wogóle. Nauka higieny jest traktowana po macoszem; trzy katedry higieny w Polsce wakuują i nie ma nawet kandydatów do obsadzenia ich, na innych uniwersytetach komasuje się bakteriologię z higieną. Uniwersytety nie dają w tej dziedzinie przychówku, którym może tylko się poszczycić Państwowy Zakład Higieny, chociaż to nie jest jego obowiązkiem. Cel nauczania i jego technika muszą się zmienić. Naukę stawia się u nas na szarym końcu, chociaż w innych krajach (np. w Rosji Sowieckiej) przywiązuje się do niej pierwszorzędą wagę. W Rosji jest pełno wyższych uczelni i mnóstwo ludzi pracujących naukowo. U nas traktuje się naukę, jak ubogą krewną. Uposażenie docentów, asystentów jest bardzo niskie, a ich sytuacja materialna tak opłakana, że nikt nie chce się poświęcić pracy naukowej. A przecież obrona Państwa zależy nie tylko od liczby karabinów i armat, lecz też od nauki, kultury i higieny.

Dyskusja:

Dr A. Szwarz przypomina, że niedawno odbył się zjazd Instytutu Spraw Społecznych, poświęcony sprawom zdrowia wsi; również Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej poruszało te sprawy. Bezrobocie lekarzy zostanie rozwiązane przez rozwiązanie zagadnienia zdrowia wsi. Przyczynę obecnych patologicznych stosunków upatruje w brakach socjologicznego wykształcenia lekarzy, którzy liczą się tylko z medycyną indywidualną. Lekarze nie brali zupełnie udziału w organizacji ubezpieczeń społecznych, które zostały wadliwie skonstruowane. Krótkotrwałe ubezpieczenia społeczne, a więc przede wszystkim chorobowe, mogą istnieć tylko przy rozkwicie przemysłu, dlatego postarały się one u nas szybko pozbyć robotników rolnych. U nas pracownicy dobrze uposażeni posiadają zapewnioną pomoc lekarską, podczas gdy biedni są jej pozbawieni. Chłop jest tak ubogi, że na zaspokojenie potrzeb kulturalnych (w tym i pomoc lekarską) pozostaje mu np. na Wileńszczyźnie zaledwie kilka złotych na rok. Wobec tego Państwo musi mu zapewnić pomoc lekarską. Złe jest również rozmieszczenie lekarzy w Państwie: są okolice, gdzie jeden lekarz wypada na 300 km². Konieczne stają się wobec tego ruchome kolumny zdrowia. Całokształt tych zagadnień może załatwić tylko restytuowane Ministerstwo Zdrowia. Spółdzielnie zdrowia rozwijają się w Jugosławii i Japonii, w Polsce są zaledwie trzy takie spółdzielnie. Konieczna jest zorganizowana pomoc lekarska Państwa dla ludności wiejskiej. Cytuje projekt D-ra Cieszyńskiego, uwzględniający stronę materialną zagadnienia; wymaga on 10.000 lekarzy i tyleż położnych. Mówca uważa, że czasu trwania studiów nie można skrócić, lecz podczas odbywania stage'u przez młodych lekarzy należy zwracać uwagę na praktyczne ich przygotowanie. I teraz by wielu lekarzy wyjechało na wieś, lecz nie mają oni po temu warunków materialnych. Rozwiązanie tego zagadnienia jest możliwe w każdym ustroju społecznym, niekoniecznie socjalistycznym. Państwo powinno jedynie dopłacać lekarzom, wyjeżdżającym na wieś.

Dr Narkiewicz podkreśla ogrom zagadnień, poruszonych przez prelegenta. O tym, że na wsi jest źle, najlepiej świadczą komisje poborowe, dyskwalifikujące do 50% poborowych.

Zagadnienia kulturalno-techniczne i sanitarne zależą od warunków ekonomicznych. Zagadnienia te powinien rozwiązać nie rząd, lecz samorząd terytorialny. Lekarze nie chcą jechać na wieś, bo warunki życia na wsi są bardzo trudne. Gdyby były posady samorządowe, znalazłoby się wielu lekarzy, którzyby się osiedlili na wsi. Na wsi panuje wielka tragedia z powodów podatkowych: mieszczańin płaci pewien odsetek swych dochodów, chłop nie powinien płacić pieniędzy, lecz odsetek swych zbiorów rolnych: ceny produktów rolnych spadły, a chłop płaci podatki w tej samej wysokości, co przed tym. Niesprawiedliwy jest również podział wpływów z podatków pobranych od chłopów: np. na meliorację przeznaczono tylko 2.000.000 zł, na budownictwo wiejskie — 2.000.000 zł, podczas gdy do budownictwa miejskiego Państwo ma dopłacać 711.000.000 zł. Komasje wymagają wzmożonej rozbudowy wsi w związku z przenoszeniem zagród, na co chłop otrzymuje 300 zł. W tych sprawach upatruje mówca przyczynę złego stanu ekonomicznego i zdrowotnego ludności wiejskiej. Tworzenie ośrodków przemysłowych na wsi jest może celowe, lecz tymczasem podstawą dobrobytu Państwa jest dobrobyt ludności rolniczej (liczba chłopów stanowi 72% ludności). Przy rozwoju samorządu terytorialnego i spółdzielczości można będzie rozwiązać zagadnienie zdrowia wsi. Na najwyższym poziomie stoi u nas spółdzielczość wśród Rusinów i Niemców. Spółdzielczość stoi w Polsce na ostatnim planie, Litwa np. wywozi dwa razy więcej masła za granicę niż Polska. Konieczny jest rozwój samorządu terytorialnego bez udziału władz administracyjnych (samorząd 0) dla podniesienia dobrobytu wsi. Jeśli chodzi o Rosję Sowiecką, to nędra inteligencji moskiewskiej dowodzi niskiego jej poziomu kulturalnego. Brak książek lekarskich w księgarniach dowodzi niskiego rozwoju medycyny.

Dr Kacprzak stwierdza, że komisje poborowe dyskwalifikowały przed tym 60%, a obecnie tylko 40% poborowych. Średni wzrost i waga poborowych w Polsce ostatnio wzrosły (np. wzrost o 1,8 cm). W poszczególnych okręgach może się sytuacja pogorszyła, w całym Państwie — poprawiła się. Umieralność w Polsce stale się zmniejsza, dochodząc ostatnio do 14 na 10.000. Robotnicy rolni byli ubezpieczeni tylko w Poznańskim, poza tym nigdzie i nigdy. W Rosji Sowieckiej starają się obecnie przedłużyć czas studiów lekarskich, same władze zaś twierdzą, że krótkokursistów prawie nigdy nie mieli. Podział na lekarzy sanitarnych i terapeutów nie jest zupełny, przy tym lekarz sanitarny może się stać terapeutą po roku uzupełniających studiów, przyczem poziom jego nie jest wyższy od poziomu dawnego felczera. Projekt dr. Cieszyńskiego nie jest miarodajny. Zarobki lekarzy rejonowych nie są niższe od 700 zł. miesięcznie, na co się składa 200 zł. pensji, 200 zł. z opłat jednozłotowych i co najmniej 300 zł. z prywatnej praktyki. W miastach o ludności powyżej 10.000 mieszkańców 1 lekarz przypada na 700 mieszkańców (ogółem 10.000 lekarzy), podczas gdy w mniejszych miasteczkach (poniżej 10.000) i na wsi przypada 1 lekarz na 9.000 mieszkańców (ogółem 2.000 lekarzy). Idea spółdzielni zdrowia jest ładna, lecz dotąd mamy w Polsce tylko jedną taką spółdzielnię w środowisku bardzo wyrobionym społecznie; dysponuje ona jednym tylko lekarzem, emerytem kolejowym, który pracuje na bardzo złych warunkach materialnych. Praca lekarska na wsi mogłaby dać bardzo dobre wyniki, nie ma tylko kandydatów na apostołów. Czynnione są próby zorganizowania spółdzielni zdrowia w Sochaczewie i wśród Rusinów, których inteligencja chętnie zgadza się pracować w ciężkich warunkach na wsi. W Rosji Sowieckiej księgarnie często nie mają książek, chociaż drukuje się ich bardzo dużo, gdyż konsumpcja książek jest tam olbrzymia. Zdaniem mówcy, sukcesem w dziedzinie zdrowia w Rosji jest opieka nad dzieckiem, w dziedzinie ogólnej — oświata. Pod względem ilościowym zrobiono w Rosji w dziedzinie nauki bardzo dużo, pod względem jakościowym — niewiele.

Dr Knappe uważa za ważne podniesienie kultury wsi. Niemożna jednak mówić: „lekarze, jedźcie na wieś“, gdyż wielu, którzy to zrobili, musieli szybko wracać, nie mając tam możliwości pracy. Trzeba tam najpierw coś zorganizować, a później dopiero można angażować lekarza. Przytacza przykład lekarza, zaangażowanego do szpitala, w którym zastał tylko gołe ściany. W Jugosławii lekarz spółdzielni otrzymuje z górą 2000 zł. miesięcznie, więc może się poświęcić całkowicie tej pracy. W tych warunkach i u nas wyjeżdżałoby lekarze na wieś.

W odpowiedzi prof. Szymanowski stwierdza, że nie dawał żadnych recept, mówił tylko o drogach prowadzących do poprawy obecnych stosunków. Dzisiejszy samorząd nie rozstrzygnie tych zagadnień, konieczna jest przebudowa społeczna z niezależnym od władz administracyjnych samorządem zarówno wiejskim, jak i miejskim. Lekarze muszą jechać na wieś i być tam organizatorami. Przyczynę niechęci do osiedlenia się lekarzy na wsi upatruje w różnicy poziomów kulturalnych miast i wsi. Na wieś może wrócić ten, kto krótko mieszkał w mieście, w przeciwnym razie odczuwa niechęć do powrotu na wieś. W Ro-

si Sowieckiej ujawnia się dbałość o zdrowie całej ludności. Drukuje się bardzo dużo książek, poziom ich jest coraz wyższy, a ilość coraz większa. U nas nie widać tej troski o naukę, którą ujawniają inne kraje.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 22 stycznia 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 5/1937) K. Singer pokazywał kobietę z zespołem Plummera-Vinsona. Cierpienie pacjentki datuje się od 11½ roku, a manifestuje się dolegliwościami połykowymi w środku gardła, pieczeniem języka i pęknięciami (ragadami) kącika ust. Pacjentkę uważało wielu lekarzy za histeryczkę. Badanie krwi wykazało niedobarwną niedokrewność (4 miliony czerwonych ciałek krwi, 50% hemoglobiny). Zespół ten jest dobrze znany w Ameryce: stałymi jego składnikami są *glossitis*, zaburzenia połykania i niedokrewność, niestałymi—pęknięcia kącików ust i tyżeczkwate wklęsnięcia w paznogiach. Podawanie żelaza usuwa powyższe objawy w ciągu 6—8 tygodni. Cofają się również zaburzenia w połykaniu (własne spostrzeżenia). Susmann stwierdził za pomocą gastroskopii, że błona śluzowa żołądka takich chorych znajduje się w stanie daleko posuniętego zaniku i wykazuje ciężkie zmiany zapalne, t. j. stan, uważany przez anatomów za przedrakowy.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 22 stycznia 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 5/1937) O. Frisch pokazywał 48-letniego rzeźnika, którego operowano z powodu ostrej niedrożności jelit, spowodowanej przez

obrzęk błony podśluzowej. Chorego przyjęto przed sześciu tygodniami do szpitala, ponieważ zachorował trzy dni przed tym wśród silnych bólów brzucha. Został on skierowany do szpitala z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Przy przyjęciu wyczuwało się wyraźnie między punktem Mac Burneya a wątroba nieostro odgraniczony opór. Ciepłota 38° C., tętno 90. Rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego w okresie pośrednim, w którym, jak wiadomo, niechętnie się operuje. Tutaj jednak musiano operować, gdyż wystąpiły napady bólów, podczas których spostrzegano wzmoczone ruchy robaczkowe, tak że należało myśleć o niedrożności jelit. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem środkowym znaleziono guz większy niż pięść, który łatwo udało się wyjąć, a który robił wrażenie ostro obrzmiałego i pokrytego włóknikiem i ropą wyrostka robaczkowego, który na wierzchołku był zmieniony martwiczo i przepuszczał cuchnący kał. Krezka była silnie nacieczona. Wycięto ½ metra jelit cienkich. Wyleczenie nastąpiło bez powikłań. Chorego wypisano ze szpitala w 12 dni po operacji. Badanie preparatu wykazało, że w uchyłku Meckela odbył się ten sam proces, jaki się rozgrywa w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego. Odprowadzająca pętla jelit cienkich była tak silnie obrzmiała, jak gdyby wypełniona żelatyną, że światło jelita zostało zamknięte. Prelegent nigdy nie widział podobnego obrazu, nie znalazł również wzmianki w piśmiennictwie o analogicznym przypadku. Przyczyną niedrożności był silny obrzęk między śluzówką a mięśniówką. Płyn obrzękowy wypłynął po otwarciu światła jelita, tak że zachowany preparat nie daje należytego pojęcia o tym co znaleziono przy operacji.

Przeгляд terapeutyczny.

Z IV Oddziału Wewnętrznego Szpitala na Czystem.
(Ordynator: Dr. M. Landsberg).

O nowym przeciwbólowym środku produkcji krajowej.

Doniesienie I.

Podał
Stanisław RAWICZ (Warszawa).

W związku z zaostreniem przepisów o obrocie środkami odurzającymi chcielibyśmy zwrócić uwagę na związek, który od dłuższego czasu stosujemy w naszym oddziale we wszelkiego rodzaju bólach, zamiast używanej dawniej morfiny.

Sól sodowa kwasu fenylodwumetylopyrazolometyloaminometanosulfonowego należy, według podziału Gottlieba-Meyera, do grupy pochodnych antypiryny o działaniu przeciwbólowym i przeciwzapalnym; wiązanie sulfonowe nadaje związkowi własność przeciwbólowe i uspokajające bez równoczesnego działania nasennego. Celem naszym było zapoznanie się z przeciwbólowym działaniem powyższego związku. Podawaliśmy go w roztworze 50%-ym w ilości 1—2 cm³ dożylnie lub domięśniowo. Preparatu dostarczyła nam w ampułkach fabryka Ap. Kowalski pod nazwą zastrzeżoną Propalgon.

W materiale naszym stosowaliśmy preparat bez wyboru w różnego rodzaju bólach, obserwując przede wszystkim jego działanie przeciwbólowe. Zastrzyknięcie dożylnie działa bardzo szybko, zazwyczaj ból ustępował po 5—10 minutach; działanie zastrzyknięcia domięśniowego ujawnia się po 20—30 minutach. Zastrzykiwania są bezbolesne, chorzy znoszą je dobrze, bez żadnych objawów ubocznych. Działanie przeciwbólowe, zwłaszcza przy podaniu domięśniowym, jest bardzo przedłużone i utrzymuje się szereg godzin. Dla ilustracji przytaczamy kilka spostrzeżeń.

A. N. Gruźlica piuc rozpadowa obustronna. Lewostronne suche zapalenie opłucnej. Chory skarży się na gwałtowne bóle przy każdym wdechu, nie pozwalające od 24 godzin na usnięcie. Kodeina i morfina są źle znoszone i wzmagają duszność. Po podaniu 1 cm³ preparatu dożylnie bóle ustąpiły po upływie około 8 minut.

Drugie zastrzyknięcie otrzymał chory domięśniowo na noc; spał dobrze. Chory przez 3 dni otrzymywał 2 razy dziennie po 1 cm³ domięśniowo, po czym bóle zupełnie ustąpiły, jakkolwiek tarcie opłucnowe otrzymywało się jeszcze dłuższy czas.

Cz. A. Gruźlica włóknistorozpadowa jednostronna o przebiegu bezgorączkowym. W czasie pobytu chorego w szpitalu wystąpił gwałtowny postrzał w okolicy krzyża (*lumbago*); każdy ruch sprawiał choremu nieznosny ból. Po pierwszym zastrzyknięciu w ilości 2 cm³ domięśniowo bóle znacznie się zmniejszyły, umożliwiając choremu poruszanie się w łóżku, a nawet siadanie. Następnego dnia otrzymał chory znowu 2 cm³ domięśniowo, po czym opuścił łóżko i mógł chodzić po sali. Po trzecim zastrzyknięciu bóle ustąpiły zupełnie. Oprócz zastrzykiwań żadne inne lekarstwa, nacierania ani nagrzewania nie były stosowane.

A. S. Zapalenie woreczka żółciowego. Kamica nerkowa w anamnezie. W czasie pobytu w szpitalu wystąpiła lewostronna kolka nerkowa. Po zastrzyknięciu 2 cm³ dożylnie ból ustąpił po upływie 5 minut. Napad kamicy nerkowej nie powtórzył się więcej.

P. Ch. Zapalenie woreczka żółciowego, wywołane zakażeniem przywrą kocią (*opistorchis felineus*). Co kilka dni dostaje chora gwałtownych napadów bólowych w dołku podsercowym i w prawym podżebrzu, utrzymujących się przez szereg godzin. Ze względu na przewlekłość schorzenia i złe rokowanie *quoad sanationem*, morfiny nie stosowaliśmy. Atropina nie przynosi żadnej ulgi. Zastrzyknięcie Propalgonu domięśniowe szybko usuwa ból, przy czym w ciągu tego dnia nie zachodzi już potrzeba stosowania innych środków przeciwbólowych.

L. S. Guz mózgu w okolicy lewego płata czołowego. Chora skarży się na silne bóle głowy, nudności i wymioty, podniecenie nerwowe. Zastrzyknięcie Propalgonu 2 razy dziennie domięśniowo po 1 cm³ przynosi wybitną ulgę i uspokojenie.

O. A. Zapalenie żył udowych obu kończyn. Rwące bóle w obu kończynach, nie pozwalające choremu usnąć. Stosowanie Propalgonu 2 razy dziennie po 1 cm³ domięśniowo zmienia przebieg na zupełnie bezbolesny.

Wyciągając z powyższego wnioski, możemy stwierdzić, że:

1) Propalgon posiada wybitne działanie przeciwbólowe.

2) Po zastrzyknięciu dożylnym ból ustępuje w ciągu kilku minut, po domięśniowym po upływie około $\frac{1}{2}$ godziny.

3) Chcąc uzyskać działanie szybkie i przedłużone, należy podać 1 cm³ dożylnie i 1 cm³ domięśniowo.

4) Dawka dzienna wynosi 2 cm³ dożylnie, a 3 — 4 cm³ domięśniowo.

5) Preparat jest pozbawiony działania ubocznego i nie ma żadnych przeciwwskazań.

6) Preparat nie daje przyzwyczajenia.

W Propalgonie zyskuje lekarz-praktyk nowy środek o szybkim i pewnym przeciwbólowym działaniu, zastępujący morfinę, a w niczym nie ustępujący podobnym preparatom zagranicznym.

O d c i n e k.

Powstanie Zakładów szczepień przeciwko wścieklicznie w Warszawie i Krakowie.*)

Podał

Odo BUJWID (Kraków).

(Dokończenie — patrz Nr. 13).

Szczepienia rozpocząłem w Warszawie 29 czerwca 1886 r. w moim prywatnym mieszkaniu przy ul. Wilczej Nr. 12. W pierwszych początkach pracy pomagał mi kol. Franciszek Grodecki, a potem i moja żona.

Trudno było ze środkami finansowymi, bo leczenie prowadziłem bezpłatnie, otrzymując tylko nieznaczne wynagrodzenie od osób zamożniejszych, które nie chciały korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej. Wielką pomocą była dla mnie zapomoga, uzyskana z Kasy Pomocy Naukowej Imienia Mirowskiego, tudzież opłata za leczonych kolejarzy z kolei Nadwiślańskiej, uzyskana na wniosek Naczelnego Lekarza Kolei, Wacława Lasockiego.

Coraz częściej jednak zaczynały zjawiać się artykuły w prasie niemieckiej, rosyjskiej, ba, nawet we francuskiej, gdzie przodował znany klinicysta Peter, że metoda nie tylko nie pomaga, ale wywołuje wścieklicznę. Najsilniej może w tym kierunku oddziaływał artykuł znanego wiedeńskiego prof. chirurgii Billrotha, ogłoszony w tymże roku w Neue Freie Presse. Billroth, opierając się na poszukiwaniach wiedeńskiego profesora Frischa, potępia metodę Pasteura, uważając ją za szkodliwą, nie mającą w dodatku żadnych podstaw naukowo-lekarskich, gdyż uczony chemik Pasteur nie był lekarzem i nie umiał należycie wykonać doświadczeń, które należy dopiero wykonać Frisch, i dodał w ten sposób do wieńca sławy wiedeńskiego Uniwersytetu nowy liść wawrzynu, obalając teorię Pasteura.

Artykuł ten w dosłownym tłumaczeniu podałem w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“ w n-rze 47 ubiegłego roku.

Gdy w dodatku zmarł na wodowstręt jeden z moich leczonych, muszę stwierdzić, że zostałem zachwiany w mojej wierze w doskonałość metody, i postanowiłem zrobić prawdziwe *experimentum crucis*, wprowadzając do szczepienia rdzenie od 14 do 7-dniowego, t. j. takie, które nie wywoływały choroby u królika, szczepionego przez trepanację.

Wyniki były fatalne, gdyż z 260 szczepionych zmarło 8, co zbliży się do liczby śmiertelności u nieleczonych.

*) Wspomnienia poniższe wielce zasłużonego dla nauki polskiej autora drukujemy w 80-ą rocznicę Jego urodzin, a 52-ą płodnej działalności naukowej, życząc Mu jeszcze wielu lat zdrowia i owocnej pracy. (Redakcja)

Gdy na podstawie własnych doświadczeń i idąc za radą Pasteura, zastosowałem natomiast metodę wzmocnioną, wprowadzając szczepienia częstsze i rdzenie świeższe aż do dwudniowego, wówczas otrzymałem na 1644 osoby leczone, w tym 130 ukąszonych w twarz — 4 osoby przez wilki wściekłe — wynik bardzo korzystny, gdyż odsetek śmiertelności wyniósł niepełna 0,4%.

W ten sposób została udowodniona skuteczność szczepienia metodą wzmocnioną, którą też zastosowałem odtąd do dalszego prowadzenia szczepienia.

Wielkie trudności były w początkach prowadzenia mego zakładu z umieszczeniem pokasanych. Użytkowałem umieszczenie dla nich w szpitalu Wolskim, gdzie musiałem chodzić 2 razy dziennie dla wykonywania szczepień. Byli to po większej części ludzie niezamożni, których przysyłał urząd gminny. Udało mi się wyrobić u władz, że za leczenie płaciły gminy po 15 rubli. Nieraz trzeba było czekać na tę zapłatę miesiące i lata. Gdy po dwu latach przeniosłem zakład szczepienny na ul. Bednarską, utworzyłem tam internat dla leczonych niezamożnych. Opłatę za leczenie i utrzymanie płaciły również gminy.

W pracy mojej pomagał mi z początku, jak już wzmiankowałem, najpierw kol. Fr. Grodecki, potem kol. Wł. Palmirski, pracowali również kol. W. Orłowski i kol. A. Żurkowski.

Niestrudzoną moją współpracowniczką była żona Kazimiera.

Nie od rzeczy może będzie wspomnieć, w jaki sposób stało się, że po moim wyjeździe do Krakowa, gdzie w r. 1892 zostałem przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jag. zaproszony na profesora Higieny i Bakteriologii, zakład pozostał w polskich rękach, jakkolwiek wszystko składało się na to, ażeby go objął jakiś lekarz Rosjanin.

Trzeba sięgnąć o parę lat wstecz do czasów pierwszej Polskiej Wystawy Higienicznej w Warszawie, urządzonej przez niestrudzonego bojownika na polu higieny, d-ra J. Polaka w r. 1877 (?). Miałem wówczas możność zademonstrowania w Warszawie nowo wstępującej w szranki — młodej nauki — bakteriologii. Dzięki dzielnej pomocy D-ra Wacława Lasockiego, jako konsultant Kolei Nadwiślańskiej, otrzymałem bogato urządzone pawilon osobny, gdzie mogłem urządzić model pracowni bakteriologicznej i pokazać stosowania metody Pasteura. Codziennie miewałem tam wykłady z dziedziny nowej nauki — demonstratorką była moja żona. Wykłady były tłumnie uczęszczane przez wszystkie sfery ludności warszawskiej, od robotnika polskiego do najwyższych urzędników rosyjskich, pomiędzy którymi znalazł się nawet nasz ówczesny Wielkorządca, Generał-Gubernator Hurko wraz ze swą małżonką, osławioną Marią Andrejewną i synami. Pani Maria Andrejewna tak się zainteresowała moimi wykładami, naturalnie musiałem dla niej wy-

głaszać je w języku rosyjskim, że prosiła o powtórzenie ich dla swej szerszej rodziny.

Może stało się to dlatego, że przed niedawnym czasem moja skromna pracownia została zaszczycona odwiedzinami z Petersburga cesarskiego kuzyna, księcia Aleksandra Oldenburskiego, który z zamiłowaniem uprawiał dentystykę i był protektorem różnych instytutów naukowych. a miał też zamiar urządzić w Petersburgu Instytut Medycyny Doświadczalnej i otworzyć w nim oddział szczepień pasteurowskich.

Bardzo był to ciekawy człowiek, który pomiędzy dziwactwami okazywał wysokie zrozumienie dla postępów nauki. Dzięki jego zaproszeniu mogłem jakiś czas pracować w nowo utworzonym jego instytucie nad działaniem tuberkuliny i wykonać szereg prac nad gruźlicą, niestety, nieogłoszonych drukiem, gdyż przeszkodziło temu moje przeniesienie się do Krakowa.

Niezapomniane chwile spędziłem tam w towarzystwie naszego kochanego prof. Marcelego Nenckiego, fizjologa Pawłowa, Dzierżgowskiego, Rekowski, Martina Hahna (potem prof. w Berlinie) i innych badaczy.

A żywot mój wówczas był bardzo ruchliwy. Zostałem bowiem zaproszony do kierowania po Miecznikowie Zakładem Bakteriologii w Odessie. Wszędzie prowadziłem prace doświadczalne i wykłady, przebywając tydzień w Warszawie w moim zakładzie, tydzień w Petersburgu i tydzień w Odessie.

W Odessie, nie mogąc być tam stale i kierować Instytutem bakteriologicznym i szczepiennym, zostawiłem na zastępstwie kol. Palmirskiego. W Warszawie zastępował mnie w sprawach lekarskich kol. Żurkowski, po wyjeździe na prowincję kol. Grodeckiego.

Przed niedawnym czasem otrzymałem zaproszenie z Wydz. Lek. Uniw. Jag. na katedrę Higieny do Krakowa, ale sprawa szła powoli z powodu paru kandydatów ludzi miejscowych, bliskich sferom krakowskim, tak, iż nawet na jakiś czas utknęła.

W r. 1892 dawno przepowiedana przez Chałubińskiego epidemia cholery nawiedziła Europę, przybывая z południa i wschodu. Koch niedawno odkrył bakterie właściwe tej chorobie, ja zaś, pracując nad zarazkiem, miałem sposobność dostrzec ciekawe zabarwienie w hodowli tego zarazka pod wpływem kwasów mineralnych. Spostrzeżenie moje obiegło szybko sfery naukowe. Ehrlich z entuzjazmem podniósł owo ciekawe „Bauweise der Entdeckung“. Pokazało się później, że prawie w tym samym czasie spostrzegł to zabarwienie prof. Pöehl, chemik z Petersburga.

Spostrzeżenie moje posłużyło mi do wykrycia epidemii cholery w Biskupicach pod Lublinem. A stało się to w ten sposób, że zostałem zawiadomiony przez lekarza kolejowego w Lublinie, że pojawia się w okolicy dziwna biegunka, po której zaszło parę przypadków śmierci. Natychmiast zbadałem wypróżnienia jednego z chorych i znalazłem bakterie podobne do tych, jakie widziałem u Kocha, ale zupełnie odmienne z kształtu od tych, jakie stale po przywiezieniu od Kocha hodowałem na żelatynie. Bakterie te dały mi jednak typową reakcję czerwieni cholery i na tej podstawie zdecydowałem, że mam do czynienia z prawdziwą cholera azjatycką. Z przeprowadzonej korespondencji mogłem stwierdzić, że epidemia została

przywieziona z Baku nad morzem Kaspijskim. Sposób przedostania się cholery był bardzo ciekawy. Kobieta uciekła z Baku z obawy przed cholera, która szerzyła się u mieszkańców naokoło. Przybyła z dwójkiem dzieci do Rostowa nad Donem, miasta wolnego od cholery. Zaraz po jej przybyciu mieszkańcy domu, gdzie zamieszkała, zaczęli chorować i umierać na cholera. Na skutek zażalenia mieszkańców domu do władz policyjnych wydane zostało natychmiast zarządzenie, ażeby tak niebezpieczna osoba została wydalona „do miejsca urodzenia“, co też nastąpiło. Wynikiem było przywiezienie cholery z dziećmi, chorymi na lekką biegunkę, do Biskupic pod Lublinem.

Cholera po upływie kilku dni zjawiała się w Lublinie. Zawiadomiłem o tym władze sanitarne i prócz tego, nie wiem, co mnie skłoniło do zawiadomienia osobiście Generał-gubernatora Hurki o groźącym niebezpieczeństwie epidemii. Efekt był niespodziewany. Hurko przyjechał osobiście do Lublina i w okropny sposób zwymyślał władze miejscowe, że wpuściły do Lublina cholera. Pamiętam go na zebraniu u Gubernatora Lubelskiego Tchorzewskiego, gdy wystąpił ze słowami: Tutaj nie ma być cholery: ja nie chcę żeby w Lublinie była cholera!

Ale cholera nie posłuchała tak wyraźnego wezwania i zaczęła się powoli szerzyć po okolicznych wsiach.

Ze Lwowa przyjechał Dr. Burzycki, wysłaniec Protomedyka Merunowicza, i zwrócił się do mnie z zapytaniem, czy istotnie chodzi o cholera, bo władze miejscowe zaprzeczają. Dopiero potem dowiedziałem się, o co tutaj chodziło: na granicy Królestwa Kongresowego miały się odbyć wielkie manewry Armii Austriackiej. Nietajne to było i Hurce, i zapewne gorąco chciał odbycia się tych manewrów.

Barzycki wierzył mi i pojechał z tym do Lwowa. Merunowicz natychmiast dał o tym znać Namiestnikowi ówczesnemu Galicji Kaz. Badeniemu, Badeni w te pędy zawiadomił Cesarza Franciszka Józefa, i manewry zostały odwołane, dzięki czemu epidemia na ten raz nie rozeszła się po Austrii.

Oddziało to gwałtownie na przyspieszenie powołania mnie na katedrę Higieny do Krakowa, tym więcej, że w Zakładzie Browicza w Krakowie nie rozpoznano pierwszego przypadku cholery na stole sekcyjnym. Słyszałem, że Browicz, którego Badeni spotkał na ulicy, usłyszał od niego parę niemiłych epitetów. Badeni zażądał mego natychmiastowego przybycia do Krakowa.

Osobno należałoby omówić to, co się wówczas działo w kołach profesorskich, gdyż nielicznych miałem zwolenników. Ale otrzymałem wezwanie z nominacją, podpisaną przez cesarza. Trzeba było pomyśleć o tym, co zrobić z zakładem Pasteurowskim, na który miał wielki apetyt rosyjski lekarz Grigoriew, ordynator szpitala Ujazdowskiego.

Postanowiłem postawić wszystko na jedną kartę i udałem się do Hurki z pożegnaniem, mówiąc, że jestem proponowany na katedrę w Krakowie.

Musiałem zataić, że zostałem już mianowany przez cesarza, gdyż takie mianowanie nadawało zarazem obywatelstwo austriackie, zaś przyjęcie obcego obywatelstwa bez zezwolenia władz w Petersburgu groziło banicją. Takiemu losowi uległ mój kolega, prof. Cybulski, który miał tę nieostrożność, że nie uzyskał w porę zezwolenia na zmianę obywatel-

stwa i tylko ukradkiem pod obcym nazwiskiem odwiedził swoich krewnym w Królestwie. Tuż po otrzymaniu dekretu na katedrę Higieny zrobiłem podanie do Petersburga o zwolnienie mnie z obywatelstwa rosyjskiego, co w krótkim czasie dzięki staraniom udało mi się uzyskać.

Ekscelencjo, mam zaszczyt przybyć z pożegnaniem, gdyż otrzymałem propozycję objęcia katedry higieny i bakteriologii w Krakowie. Wolałbym, ażeby to mogło być w Warszawie, ale, niestety, warunki na to nie pozwalają.

— Istotnie wielka szkoda, że warunki tak się ułożyły, wolelibyśmy mieć tu pana u siebie.

Chcę prosić Waszą Ekscelencję o opiekę nad Zakładem Pasteurowskim, który w Warszawie prowadzi.

A kogóż pan proponuje na swoje miejsce?

Mego pomocnika i asystenta d-ra Palmirskiego, Ekscelencjo.

Palmirskij. Charasz; a gdzież on pracował, czy tylko tu w Warszawie?

Był również moim zastępcą w Odessie, w tamtejszym zakładzie szczepień.

W Odessie? doskonale. Ja także byłem w Odessie. Czy ma pan przy sobie podanie?

Oto jest, Ekscelencjo.

Dobrze. Palmirski zostanie na pańskim miejscu.

Trudno było wystawić sobie moją radość z takiego załatwienia sprawy.

Na drugi dzień do Hurki zgłosił się Grigorjew.

Nielzia, ja użę obieszcział Palmirskomu.

Wyraz ten, brzmiący nieco trywialnie w języku polskim, znaczy — obiecałem.

Znany rusyfikator Hurko był tym razem polonizatorem.

W ten sposób kol. Palmirski objął po mnie zakład Pasteurowski w Warszawie.

Zaznaczyć należy, że w warszawskiej pracowni prócz szczepień pasteurowskich prowadziłem również i inne prace. Na pierwszym miejscu postawić należy kursy bakteriologii dla lekarzy i słuchaczy medycyny. Nie było tego dużo, ale zapełniały lukę w wykształceniu lekarskim. Prócz tego wprowadziłem na wzór Berlina bakteriologiczną kontrolę wodociągowej wody warszawskiej. Wspólnie z Lindleyami, którzy budowali warszawskie filtry, obmyślaliśmy sposoby tej kontroli. Dokonywane były również badania naukowe. Owocem ich była praca moja o bakterjach powietrza. Nie można też zamilczeć o badaniach teoretycznych nad wściekliczną. Ogłosiłem pracę o wścieklicznie, pierwszą w tym kierunku w polskim języku. Obie prace powyższe zostały nagrodzone przez War. Tow. Lekarskie nagrodą z konkursu Koczorowskiego.

Ogłosiłem sam i wspólnie z Grodeckim, Orłowskim i Żurakowskim szereg prac pomniejszych. Kol. Orłowski wspólnie ze mną w skrawkach zabarwił twory, które przypominają ciałka Negriego. Widać je na tablicy litografowanej w pracy wymienionej o wścieklicznie.

Gdy przyszła epoka tuberkuliny, prowadziłem badania w klinikach i w szpitalach warszawskich wspólnie z Baranowskim, Duninem, Jawdyńskim, Jasińskim, Matlakowskim i in.

Wydałem wówczas pracę, w której wykryłem, co jest czynnikiem działającym jako tuberkulina, i nadałem produktowi nazwę przed ogłoszeniem tej nazwy przez odkrywcę Kocha.

Obok pracowni pasteurowskiej z polecenia policmajstra Klejgelsa urządziłem pierwszy zakład miejski do badania produktów żywności.

Niestety, musiałem go oddać w ręce rosyjskie.

Zakład szczepień utrzymywał się z dochodów od osób leczonych oraz z przyznanej przez magistrat warszawski subwencji w kwocie 2.000 rubli.

W jesieni 1893 roku objąłem wykłady Higieny w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Nie było tu żadnego odpowiedniego gmachu, trzeba było wynająć lokal przy ul. Strzeleckiej, gdzie też zaraz obok innych zwierząt doświadczalnych umieściłem króliki dla stosowania metody Pasteura w Krakowie. Tu zaraz w pierwszych czasach miałem pokąsanego z Wrocławia, poleconego mi przez Kocha jako kuzyna. A jeszcze niedawno na zjeździe w Berlinie, gdy zaproponowałem, ażeby tam urządzono zakład Pasteurowski, znany bakteriolog Petri oświadczył, że w Niemczech taki zakład nie jest potrzebny, gdyż tu wystarczają dla ochrony przed wściekliczną zwykłe środki policyjne, i że wściekliczny w Niemczech nie ma.

Niedługo potem asystent Kocha, wracając z badań na dżumą w Indiach, przejeżdżał przez Kraków i wziął ode mnie zaszczerpione jadem stałym króliki dla urządzenia zakładu w Berlinie.

W Krakowie miałem te same trudności z umieszczeniem pokąsanych, jakie były z początku i w Warszawie. Dzięki uprzejmości Prof. Jakubowskiego o uzyskali oni pomieszczenie w oddziale szpitalnym św. Ludwika, o ile chodziło o dzieci. Osoby dorosłe lokowały się z trudem w ciasnym pomieszczeniu w szpitalu św. Łazarza.

Na wystawie Krajowej we Lwowie w następnym roku miałem możność, jak ongiś w Warszawie, zaprodukować przedstawienie swych prac bakteriologicznych i szczepień Pasteurowskich.

Tutaj szczególnie zainteresował się szczepieniami Cesarz Franciszek Józef, który z wielką ciekawością rozpytywał mnie o szczegóły metody Pasteura. Zdaje się, że wówczas spytał Namiestnika Baderiego, dlaczego w Wiedniu nie ma podobnego zakładu. Jakże miał być, gdy Billroth przed niedawnym czasem tak silnie przemawiał przeciwko Pasteurowi.

Ale w następnym roku Paltaufowi powierzone wprowadzenie w życie Zakładu szczepiennego.

Od Zakładu Higieny Zakład szczepienny został oddzielony dopiero w roku 1905, gdy przeniosłem go do osobnego budynku wraz z utworzonym w r. 1893 zakładem wytwarzania surowic leczniczych.

Na upaństwowienie Zakładów Rząd austriacki zgodzić się nie chciał.

Z Pasteurem pozostawałem w bliskich stosunkach, jako pierwszy propagator jego metody za granicą. Często pisywał do mnie o postępach i pożądanym modyfikacjach metody oraz ogłosił w I N-rze Annales de l'Institut Pasteur wyniki moich doświadczeń na królikach.

Z tego okresu posiadam kilka jego listów, ilustrujących zapatrywania przeciwników metody. Dwa listy dotyczą odpowiedzi na moje zapytanie co do doświadczeń nad tuberkuliną.

Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Podstawy walki z chorobami zakaźnymi*).

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 13).

II. Izolacja.

Zgłaszanie chorób zakaźnych nie jest celem samo w sobie, lecz krokiem wstępnym, umożliwiającym wszczęcie dalszych czynności, zmierzających do opanowania ogniska choroby. Pierwszym zabiegiem profilaktycznym jest izolacja, polegająca na odosobnieniu jednostek, które mogą być traktowane jako źródło i przenosiciele chorób zakaźnych, a więc: a) osób zakażonych (chorych, nosicieli), b) osób, które się stykały z chorymi lub z zakażonymi przedmiotami. Izolacja może być przeprowadzona w domu lub specjalnym zakładzie, mającym na względzie tylko odosobnienie, jak praktykowano w dawnych czasach, albo też odosobnienie i leczenie, jak obecnie.

Trudno nawet ustalić, kiedy człowieka zaczęto traktować, jako źródło choroby nagminnej. Przypuszczalnie najbardziej pierwotnym stosunkiem człowieka do groźnej epidemii jest lęk, jako przed karzącą lub mściwą ręką bóstwa, i ucieczka. Najpierw ucieczka przed złym miejscem, później odgrodenie się od człowieka, niosącego zarazę, przez wyrzucenie go poza społeczeństwo bez troski o jego losy — to dwa etapy w stosunku do człowieka, jako źródła zakażenia.

Stosowanie izolacji sięga głęboko w przeszłość. Odosobnianie chorych już w złagodzonej postaci było stosowane za czasów Mojżeszowych. W Pięcioksięgu spotykamy wielokrotnie wzmianki o izolacji osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, jak również tych, które się stykały z ogniskiem zakażonym (człowiek chory, trup, zakażone przedmioty).

Klasyczny przykład izolacji na dużą skalę spotykamy w wiekach średnich w walce z trędem. W Europie liczono wówczas podobno około 20.000 domów dla trędowatych (leprosoria), a obejmowały one tylko część dotkniętych tą straszną chorobą, olbrzymie bo w masy trędowatych pędziły życie włóczęgów, nie objętych żadną opieką. Po stwierdzeniu choroby trędowaty był usuwany poza granice normalnego życia, musiał nosić specjalne szaty, ustępować każdemu z drogi i grzechotką oznajmiać o swoim stanie. Izolację stosowano również od dawna w walce z chorobami, dziś bardzo rozpowszechnionymi, jak np. w gruźlicy. Obo wiązek zgłaszania i izolowania gruźlicy istniał w wieku XVII i XVIII w wielu miastach we Włoszech, Hiszpanii i Portugalii.

Najbardziej jaskrawe i w szczegółach opracowane metody izolacji spotykamy w postaci kwarantanny i kordonów sanitarnych, istniejących do ostatnich niemal czasów.

Kwarantannę wprowadzono w życie na szeroką skalę w końcu wieków średnich, w latach panowania dżumy w miastach włoskich, następnie francuskich, jak również i w miastach hanzeatyckich. Podobne metody rozpowszechniły się wówczas w całej Europie i stabilizowały się na długi okres czasu, głównie w portach.

*.) Artykuł ten tworzy część rozdziału o zapobieganiu chorobom zakaźnym ze znajdującego się w druku podręcznika „Choroby zakaźne“ pod red. Prof. L. Karwackiego i Prof. F. Malinowskiego. Wyd. Warsz. Agencji wyd. Delta.

Podróżujących zatrzymywano w miejscach odosobnienia, w t. zw. zakładach kwarantannowych na okres dni czterdziestu, stąd pochodzi i sama nazwa (quaranta — czterdzieści). W Wenecji izolowano chorych na wyspie, oddając ich tam pod opiekę zakonników lazarystów. Bardzo ujemną stroną urządzeń kwarantannowych było utrudnienie stosunków międzynarodowych i stąd duże straty materialne. Prócz tego przebywanie większej liczby osób w izolacji kwarantannej, w warunkach antyhygienicznych, było połączone nie tylko z wielkim niebezpieczeństwem dla izolowanych, lecz wytwarzane w ten sposób ogniska zakażenia stawały się groźne dla danych okolic. Przeżycia osób izolowanych opisuje nam Słowa cki (sam przebył kwarantannę w pustyni w drodze do Palestyny), tworząc dramatyczny obraz nieszczęsnego ojca, który trzy razy wieków przeżył czterdzieści, odkąd do jego „płóciennego dworu w tej kwarantannie wszedł anioł pomoru“.

A oto obraz przeżyć grupy emigrantów na statku, zakażonym cholera i niewpuszczanym do portów z racji przepisów kwarantannowych*).

Statek Carlo R. wyruszył w końcu lipca 1893 r. z Genui, w której nie było ani jednego przypadku cholery. W Neapolu, gdzie cholera panowała, wszadło na statek 948 mieszkańców Włoch Południowych z miejscowości, w których cholery nigdy nie było. Emigranci ci nocowali w Neapolu, w gospodach brudnych i prymitywnych, gdzie możliwość zarażenia była duża. W 36 godzin po opuszczeniu Neapolu zaszedł pierwszy wypadek zgonu na cholera. Do czasu przejścia przez cieśninę Gibraltarską było jeszcze kilka zgonów, jednak statek płynął dalej, nie zawiadamiając o tym właściciela i nie pytając o instrukcję. Stopniowo zachorowania stały się coraz częstsze. Izolowanie chorych było niemożliwe, brak było środków dezynfekcyjnych i personelu sanitarnego. Śmiertelność doszła do 13—14 zgonów dziennie. Po przybyciu do portu brazylijskiego statek otrzymał środki dezynfekcyjne, ale po 8 dniach kwarantanny kazano mu wrócić do Włoch. W drodze powrotnej był już tylko jeden przypadek cholery, który skończył się wyleczeniem. Natomiast pojawiła się odra z ciężkimi komplikacjami żołądkowo-jelitowymi, na którą umarło z górą 90 dzieci. 20 września statek zawinął do portu Azinara w Sardynii, gdzie odbył kwarantannę. Po przeprowadzeniu dezynfekcji statek odpłynął do Neapolu, dokąd przybył 12 października. W czasie całej podróży zmarło spośród emigrantów 201 ludzi. Oficerowie, marynarze i lekarz nie chorowali. Nieszczęsna ta epopea trwała przeszło półtora miesiąca.

Kwarantanna była najczęściej stosowana w walce z dżumą, żółtą febrą i cholera. W związku z epidemiami cholery w ubiegłym stuleciu stosowanie kwarantanny osiągnęło największy rozkwit. A w jakich warunkach znajdowali się izolowani chorzy, mówi następujący opis, wzięty z podręcznika higieny L. Fleury.

„Lazaret tworzyło więzienie, otoczone ogrodzeniem z drzewa i żelaza, w którego obrębie znajdowała się specjalna separotka przeznaczona dla nieszczęśliwych chorych lub podejrzanych o chorobę zakaźną. Chorzy pozostawali pod opieką straży. Dozorca, zbliżając się do chorego, przywdziewał drewniaki i ubranie z ceraty; lekarstwo podawał na końcu deski.

*) Müller. „Epidemiologia ogólna“ (Tłumaczenie rosyjskie“).

Lekarz nigdy nie zachodził do celi chorego, odwrotnie — chory winien był stawać w drzwiach swego pomieszczenia. O ile trzeba było przeciąć ropień, chory winien był dokonać tego sam. Lekarz, przed którym niesiono naczynie z wapnem, obchodził cele w dziwnym stroju z ceraty, trzymając w ręku naczynie z wonnymi substancjami. Na otwarciu ropnia lekarz decydował się tylko w ostateczności, używając do tego instrumentu o długiej ręczce“.

Analogiczną do kwarantanny metodą było tworzenie kordonów sanitarnych, oddzielających zupełnie teren zakażony od niezakażonego. Myślą przewodnią ówczesnej walki z epidemiami było odgrodenie się, odseparowanie od niebezpieczeństwa. Zakażone osiedle pozostawiano zwykle jego losowi, nie czyniono nic dla niego, ale wiele przeciw niemu (Gottstein) Jeszcze w r. 1815, kiedy wybuchła dżuma w małym osiedlu włoskim Nopa, otoczono miasteczko dwoma szerokimi, głębokimi rowami, pilnowanymi stale przez wojsko i władze sanitarne, trzeci kordon obejmował całą prowincję, komunikacja morska została przerwana. Pięć osób, które usiłowały przedostać się przez kordon, położono trupem, w tym jednego w malignie.

W okresie panowania cholery takie kordony były również stosowane niejednokrotnie, i, zdaniem ówczesnych, niekiedy z dobrym skutkiem. W roku 1830 np. przez utworzenie podwójnego kordonu wojskowego udało się jakoby zapobiec przeniesieniu cholery z Petersburga do Carskiego Sioła. Skuteczność tych kordonów (kwarantanny) była większa w miastach portowych, niż na lądzie stałym. W czasie panowania wielkiej epidemii cholery we Włoszech w r. 1884 Sycylia podobno obroniła się od zarazy dzięki bardzo surowym zarządzeniom tego rodzaju. W ten sposób miała obronić się parokrotnie przed importem cholery Anglia, podobnie Grecja i inne kraje. Jednak zaprowadzenie kordonu wojskowego w r. 1830 między Rosją a Prusami, w latach 1829—1835 między poszczególnymi guberniami rosyjskimi nie dało, nawet zdaniem obrońców tego systemu, wielkich wyników. Tak samo było w wielu innych podobnych przypadkach.

W drugiej połowie ubiegłego stulecia prowadzono żywe dyskusje na temat kwarantanny i kordonów sanitarnych. W roku 1884 Francuska Akademia Medycyny wypowiedziała się przeciw kwarantannom lądowym, uważając zamykanie granic za niedopuszczalne, a dezynfekcję, której poddawano podróżnych i ich bagaże na dworcach dróg żelaznych, za bezskuteczną i iluzoryczną. Za właściwe natomiast uznała Akademia urządzenie lekarskich posterunków obserwacyjnych na liniach dróg żelaznych celem leczenia i izolowania podróżnych, którzyby na cholere zachorowali. W tym samym duchu postępowały wówczas Niemcy, broniąc się przed zawleczaniem choroby z Francji: ograniczono się do lekarskiej inspekcji podróżnych, do izolacji chorych w odpowiednich pomieszczeniach, do dezynfekcji podejrzanych wagonów.

Według obecnie panujących poglądów kwarantanny, kordony sanitarne są niezmiernie uciążliwe, a nie mają racji bytu, gdyż nie uwzględniają możliwości roznoszenia choroby przez personel, otaczający ognisko zakażenia. Zupełne odosobnienie pewnej grupy ludności do czasu, dopóki ognisko zakażenia drogą naturalną całkowicie nie wygaśnie, może zapobiec rozpowszechnieniu choroby tylko w wyjątkowych okolicznościach. Przykłady takie istnieją z czasów wielkiej wojny, kiedy izolowano np. w ten sposób jeńców, zakażonych dudem plamistym. W chorobach, w których wra-

liwość na zakażenie jest bardzo duża, szczególnie, jeżeli zakażenie przenosi się drogą kropelkową, np. w influency, najsurowsze kordony są bezskuteczne.

Z tych względów, jak również z racji bardzo rozwiniętych obecnie stosunków międzynarodowych, zupełna blokada zakażonej miejscowości nie jest stosowana ani wewnątrz krajów cywilizowanych, ani między nimi. Dążeniem obecnym jest zapewnienie *maximum* bezpieczeństwa obok *minimum* ograniczeń. Współczesna kwarantanna winna działać, jak dobrze przesiewające sito, nie jak tama, winna wyłapywać zakażonych, nie kępując wolności ruchu innych. W praktyce oznacza to, iż jednostka, przybywająca z miejscowości zakażonej, może poruszać się swobodnie wszędzie, podlegając tylko kontroli miejscowych władz sanitarnych przez określony przeciąg czasu.

Należy przy tym podkreślić, że najskuteczniejszą obroną przed zawleczaniem zakażenia stanowi stała dbałość o dobre warunki i opiekę sanitarną na miejscu. I w rzeczy samej nie potrzebuje obawiać się zawleczenia żółtej febry port, w którym zostały wytypowane *Aedes aegypti*, ani dżumy — dobrze odszczurzone miasto. W osiedlach, posiadających dobrą wodę do picia, odpowiednio zabezpieczoną, właściwy nadzór nad produktami spożywczymi i kulturalną ludność, nie ma miejsca na epidemię cholery. Nie przedstawia żadnej grozy zawleczony przypadek ospy dla ludności szczepionej, nie rozszerzy się dur plamisty wśród ludności niezawszonej.

Wykrycie zarazków postawiło izolację na gruncie naukowym i pozwoliło przypuszczać, że racjonalne odosobnienie istotnych przenosicieli zakażenia może w zupełności doprowadzić do wykorzenia chorób nagminnych. Olbrzymi spadek lub zupełne wykorzenie ospy, duru plamistego i duru brzuszkiego przez wielu badaczy było przypisywane głównie izolacji, aczkolwiek błędnie, bo w pierwszym przypadku decydującym czynnikiem były szczepienia, w dwóch pozostałych podniesienie skali bytowania uboższych warstw ludności i w związku z tym higieny otoczenia, tak w węższym, jak i szerszym zakresie. Chociaż nie ulega wątpliwości, że izolacja w chorobach, przenoszonych przez wydaliny, jest nie trudna do przeprowadzenia i ściśle przeprowadzona mogła dać pewne wyniki; w pewnej mierze można to samo powiedzieć i o chorobach, przenoszonych przez owady. W płonicy, błonicy, odrze, krztuścu i innych zakażeniach dziecięcych, jak zresztą we wszystkich prawie chorobach nagminnych, przenoszonych przez śluz z jamy nosowo-gardzielowej i panujących endemicznie, skuteczność izolacji ze społecznego punktu widzenia jest dość wątpliwa, a w niektórych, np. w grypie, najsurowsza nawet izolacja nie ma znaczenia.

W ocenie wartości izolacji należy na czoło wszystkich rozważań wysunąć pytanie, w jakim stopniu możemy „hermetycznie zamknąć“ istniejące ogniska zakażenia, t. j. jaką część osób, roznoszących zakażenie, możemy izolować. Jeżeli z jakichkolwiek względów ta część izolowana może tworzyć tylko drobny ułamek całości, cała izolacja ma wartość niewielką lub żadną.

Skuteczność izolacji jest ograniczona przede wszystkim przez to, że trudno utworzyć tak sprawny aparat, który byłby w stanie wynaleźć i odosobnić wszystkich wyraźnie chorych od pierwszego dnia choroby do ostatniego. Gdyby jednak było to osiągalne w dużym nawet stopniu, pozostaje olbrzymia armia osób zakażonych a nieuchwytnych dlatego, że zakażenie nie powoduje u nich wyraźnych objawów ani obiektywnych, ani subiektywnych

Wiadomo, że wiele chorób może przebiegać bardzo łagodnie z objawami tak dyskretnymi, że nie wywołuje to żadnego podejrzenia co do istoty choroby.

W błonicy przypadki łagodne z bardzo niewielką ciepłotą i z wysypką ledwo widoczną lub wcale niewidoczną (*scarlatina sine exanthemate*) spotyka się bardzo często. Nie należy do rzadkich rozpoznawanie błonicy dopiero w okresie łuszczenia w szkołach i zakładach wychowawczych, dokonywane przez personel nauczycielski.

Nie mniej częste są nierozpoznawane przypadki błonicy, co znane było klinicytom od dawna. J a c o b i już w r. 1884 mówi o tym wyraźnie: „Objawy są nieliczne. Ból mięśniowy i trudności w przełykaniu — oto mniej więcej wszystko, na co w podobnych przypadkach słycać narzekania. Kobiety znoszą to spokojnie, mężczyźni zajmują się nadal swymi interesami... Tyleż błonicy przebiega w łóżku, ile poza łóżkiem, tyleż w domu, ile poza domem. Ileż łagodnych przypadków przechadza się po ulicach, nie troszcząc się, a nawet nie wiedząc, iż niektóre z jego ofiar zostały uniesione przez chorobę, zanim on wyzdrowiał... Błonica jest zakaźna. Zakażenie od chorego na ciężką postać błonicy może wywołać lekki przypadek i odwrotnie“.

Dur plamisty u dzieci najczęściej trwa krótko, zaznacza się słabą wysypką, przebiega zupełnie łagodnie, dzieci „przesypiają chorobę“. Zdaniem wielu badaczy, właśnie w ogniskach endemicznych duru plamistego dzieci tworzą niewygasający rezerwuuar, gotowy w każdej chwili wybuchnąć i dać wielką epidemię. Z punktu widzenia epidemiologicznego dur plamisty dziecięcy z racji swej łagodności tworzy wielkie niebezpieczeństwo.

Dur brzuszny, szczególnie w młodszym wieku, niejednokrotnie się przechorowuje „na nogach“. Od dawna klinicyści wyróżniali krótkotrwałe i niezbyt

ciężkie postacie poronne choroby (*typhus abortivus*), jak również przypadki z gorączką bardzo niewysoką i niewielkim upadkiem sił (*typhus ambulatorius*). Chorzy w tym wypadku prawie nie kładą się do łóżka, spełniają nieraz swoje obowiązki, są tylko osłabieni, skarżą się na ból głowy i brak łaknienia. Zdaniem niektórych klinicystów, *typhus levis* u dzieci w $\frac{1}{3}$ przypadków przebiega niepostrzeżenie. Godne jest również zaznaczenia, że w czasie wielkich epidemii wodnych duru brzuszego istnieją bardzo liczne zaburzenia żołądkowo-jelitowe, które przypuszczalnie są w jakimś związku z zakażeniem swoistym. W Hanowerze w czasie epidemii, która panowała w roku 1926, zarejestrowano na dur brzuszny 2423 przypadki, a zaburzeń żołądkowo-jelitowych liczone 20.000—30.000.

Przypadki lekkich schorzeń w cholery, klinicznie wyrażających się tylko niezbyt obfitą biegunką choleryczną, która nie zmusza chorego nawet do leżenia w łóżku, nie należą do rzadkości.

We wszystkich epidemiach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych spotyka się dość duży odsetek przypadków, które mają jako objawy niewielką gorączkę, ból i zawrót głowy, czasami pewną sztywność karku. Rozpoznanie często jest tu możliwe tylko ze względu na panującą epidemię.

W nagminnym zapaleniu przednich rogów rdzenia przypadki tylko z zakażeniem ogólnym, bez lokalizacji w ośrodkach nerwowych, z lekką gorączką i zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi, przypominające grypę, są bardzo częste. Według W i c k m a n a przypadki bez paraliżu tworzą 25 — 56% ogólnej liczby zachorowań, a V a u g h a n twierdzi, że stosunek zachorowań z porażeniem, a więc jedynie rozpoznawanych, ma się do ogółu zachorowań, jak 1:5. („*Poliomyelitis* jest częsta, porażenie jest rzadkie“). (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

— 20-ta rocznica zgonu ś. p. Józefa Hilarowicza. W dniu 13 ub. m. minęło 20 lat od zgonu ś. p. Józefa Hilarowicza, znakomitego zoologa i anatoma polskiego, profesora Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, prezesa Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika, prezesa honorowego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, członka Akademii Umiejętności w Krakowie. Ś. p. prof. dr. Hilarowicz wywarł wielki wpływ na rozwój nauk przyrodniczych w Polsce i wraz ze swymi uczniami znany był w nauce europejskiej pod nazwą „Szkoły lwowskiej“. Z powodu rocznicy zgonu Polskie Radio poświęciło wspomnienie jego zasługom. Rada Miejska miasta Lwowa uchwaliła niedawno nazwać jedną z ulic na cześć znakomitego biologa, który stworzył we Lwowie ośrodek nauki, promieniujący na całą Polskę. Do najbliższych uczniów ś. p. Hilarowicza należą prof. dr. Rudolf Weigl, prof. dr. Jan Hirschler, rektor prof. dr. Zygmunt Markowski, prof. dr. B. Tuliński, ś. p. prof. dr. Stan. Czernski, prof. dr. Ludwik Jaxa - Bykowski, prof. dr. A. Trawiński, prof. dr. G. Poluszyński (Lwów). ś. p. rektor prof. dr. Jan Grochmalicki, prof. dr. A. Jakubski, prof. dr. Edward Schechtel (Poznań), doc. dr. Piotr Słonimski (Warszawa) i inni.

— Uczczenie pamięci L. Rutkowskiego. W dniu 9 stycznia r. b. minęło 20 lat od śmierci zasłużonego syna ziemi płockiej, ś. p. d-ra Leona Rutkowskiego z Płońska. Dla uczczenia tej rocznicy zawiązał się w Płońsku specjalny komitet, którego staraniem odbyło się w tych dniach w kościele parafialnym w Płońsku nabożeństwo żałobne za ś. p. d-ra Rutkowskiego i wygłoszone zostały dwa odczyty o zasługach ś. p. Rutkowskiego dla Polski i nauki. Odczyty wygłosił p. dr. W. Fięcko z Płońska. Zarówno na nabożeństwo, jak i na odczyty tłumnie

przybyła ludność Płońska i okolicy, czcząc w ten sposób pamięć zasłużonego działacza narodowego i społecznego.

— 25 marca 1937 r. na ulicy Paderewskiego w Krakowie w centrum miasta, naprzeciw gmachu okręgowej dyrekcji kolei państwowych, popełnione zostało zabójstwo na oczach licznych przechodniów, dokonane przez absolwenta medycyny Stanisława Górę na osobie idącego z nim razem ulicą lekarza dr. Eustachego Woytowicza, asystenta Kliniki U. J.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

6.IV Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1. M. Goldman: Przypadek krwimoczu w przebiegu choroby Vaqueza. 2. E. Lubelczyk: Przypadek choroby Junglinga. 3. P. Zarecki: Lipodystrophia insulinica localisata. 4. D. Szenkier: W sprawie błędów rozpoznawczych w kamicy nerkowej. 5. S. Rawicz: Spostrzeżenia kliniczne nad pewnymi grupami schorzeń najczęściej spotykanymi w Morsynie.

12.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja Kliniczna.

Pokaz: E. Herman i I. Merenlender. Uogólniona osutka bromowa u dziecka po przebytych rozlanym zapaleniu mózgu i rdzenia i ospie wietrznej. Odczyt: S. Cunge. Teoria plastycznej fizjologii układu nerwowego.

13.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Kosieradzki K. czł. T-wa. Kilka słów w sprawie wydajności aparatów krótkofalowych (na marginesie referatu kol. Grynbauma z dn. 9.III.1937 r.). 2. Lauber J. czł. T-wa. O znaczeniu pokazów chorych dla życia Towarzystwa Lekarskiego. 3. Z we i b a u m J. Organizacja życia komórki.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

VII.

Czucie powierzchowne czy powierzchniowe?

Czucie powierzchni ciała, a zatem czucie dotyku, bólu, ciepła i zimna jest w myśl wywodów, zamieszczonych w I naszej rozmowie, czuciem powierzchniowym. Przymiotnik „powierzchniowy” ma różne znaczenie, zależnie od rzeczownika, któremu jest przydany: człowiek powierzchniowy to człowiek niezdolny do skupienia, badanie powierzchowne to badanie niedokładne, oparte na pozorach.

P. S. W colloquium, wydrukowanym w N-rze 9, zamiast $\kappa\acute{\iota}\nu\eta\sigma\tau\iota$, powinno być $\kappa\acute{\iota}\nu\eta\sigma\tau\acute{\iota}\varsigma$

Résumé des articles originaux.

M. PŁOŃSKIER et R. CYTERMAN-KON. Sur le diagnostic des tumeurs malignes par la réaction cytolitique d'Ernst Freund et M-lle Gisa Kaminer.

En se basant sur les recherches de la réaction de F. K. faites sur 700 cas différents l'auteur arrive aux conclusions suivantes: 1. La réaction préservative F. K. peut être d'une grande importance pour le diagnostic précoce du cancer; le nombre des erreurs dues à la réaction F. K. dans la statistique de l'auteur oscille entre 9 et 11%; prenant en considération le pourcentage fixe de faux diagnostic cliniques il faut admettre, que le nombre des erreurs dues à la réaction F. K. est moindre, d'autant plus que dans la statistique de l'auteur dans les cas contrôlés histologiquement et sur la table d'autopsie le chiffre des erreurs dues à la réaction F. K. est environ 6%. 2. La valeur réelle de la réaction F. K. doit être strictement fixée sur un vaste matériel d'autopsie; la pratique de la réaction sur les fèces prélevées pendant l'autopsie n'influence pas le résultat de la réaction. 3. La réaction F. K. donne souvent des résultats erronés pendant la grossesse, chez les malades avec une fièvre élevée, chez les malades cachectiques, pendant les premières semaines qui suivent l'opération et après les irradiations thérapeutiques par les rayons X. 4. Dans les cas des cancers opérés (quelques mois après l'acte opératoire) une réaction F. K. positive peut indiquer sur la possibilité d'une rechute, ou d'une rechute déjà existante mais pas encore décelée cliniquement. 5. La possibilité de pratiquer la réaction F. K. sur les fèces des malades est très commode aussi bien du point de vue de laboratoire que pour le malade

lui-même; la réaction peut être pratiquée à tout moment (même sur les fèces obtenues par lavement) et peut être répétée plusieurs fois sur le même malade. 6. La réaction F. K. doit être pratiquée aussi souvent que possible dans tous les cas cliniquement non élucidés. En attendant c'est la seule réaction sur le cancer qui presque dans 90% de cas donne des résultats probants.

A. P.

Mme H. FRENKIEL. Action curative des composés sulfamidés (prontosil, antistreptine) dans les infections streptococciques des nourrissons.

L'auteur rapporte les résultats du traitement de 37 cas de différentes infections chez des nourrissons par le sulfamidoaminobenzène (antistreptine) et le sulfamidodiaminoazobenzène (prontosil). Les résultats les plus remarquables ont été obtenus dans l'érysipèle: sur 19 cas au dessous de 2 ans, 16 guérisons et 3 morts. La mortalité de l'érysipèle chez les nourrissons, très élevée avant la découverte de composés sulfamidés (72%), fut abaissée jusqu'à 15,8%.

Administrés par voie buccale les deux composés furent très bien tolérés par les nourrissons et les nouveaux-nés.

La découverte de composés sulfamidés marque un progrès de toute première valeur pour la clinique pédiatrique.

I. PINES. L'importance de l'examen de la vitesse de la circulation dans le diagnostic des communications anormales entre la partie droite et gauche du coeur.

Communication préliminaire.

St. RAWICZ. Sur un nouvel analgésique — produit indigène.

En se basant sur plusieurs observations, l'auteur conclut, que le nouvel analgésique — Propalgone-administré par voie intraveineuse calme la douleur en quelques minutes, administré par voie intramusculaire en 30 minutes. Une action rapide et prolongée peut être obtenue par injection intraveineuse et intramusculaire d'1 ctm³. La dose journalière est de 2 ctm³ par voie intraveineuse et de 3—4 ctm³ par voie intramusculaire. Le médicament ne provoque pas des symptômes écartés, n'a pas des contre-indications et ne détermine pas de l'accoutumance.

O. BUJWID. L'origine des établissements pour inoculation contre la rage à Varsovie et Cracovie. L'auteur raconte sa première visite chez P a s t e u r, les études faites sous sa direction et la création de premiers établissements pour inoculation contre la rage à Varsovie et quelques années après à Cracovie, où il était nommé professeur de bactériologie.

TREŚĆ: M. PŁOŃSKIER i R. CYTERMAN-KONOWA. O rozpoznawaniu nowotworów złośliwych na podstawie odczynu cytolitycznego Ernsta Freunda i Gisy Kaminer (Dok.). — H. FRENKLOWA. Wyniki leczenia zakażeń paciorkowcowych u niemowląt związkami sulfamidowymi (prontosilem i antistreptiną). — I. PINES. Znaczenie badania szybkości krążenia w rozpoznawaniu nieprawidłowych połączeń pomiędzy prawą i lewą częścią serca. — E. ROZENBERGOWA. O patogenie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. RAWICZ. O nowym przeciwbólowym środku produkcji krajowej. Doniesienie I. — O. BUJWID. Powstanie Zakładów szczepień przeciwko wściekliźnie w Warszawie i Krakowie (Dok.). — M. KACPRZAK. Podstawy walki z chorobami zakaźnymi (C. d.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. PŁOŃSKIER et R. CYTERMAN-KON. Sur le diagnostic des tumeurs malignes par la réaction cytolitique d'Ernst Freund et M-lle Gisa Kaminer (fin.). — M-me H. FRENKIEL. Action curative des composés sulfamidés (prontosil, antistreptine) dans les infections streptococciques des nourrissons. — I. PINES. L'importance de l'examen de la vitesse de la circulation dans le diagnostic des communications anormales entre la partie droite et gauche du coeur. — M-me E. ROZENBERG. Sur la pathogénie de la méningite tuberculeuse (Rev. gén.). — St. RAWICZ. Sur un nouvel analgésique — produit indigène. — O. BUJWID. L'origine des établissements pour inoculation contre la rage à Varsovie et Cracovie (fin.). — M. KACPRZAK. Les bases de la lutte contre les maladies infectieuses (suite).

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 300. — Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście rezerwowane: cała strona złotych 160.—, pół str. zł. 85.—, ćwierć zł. 45.—

Ogłoszenia na miejscach nierezerwowanych: cała str. zł. 140.—, pół str. zł. 75.—, ćwierć str. zł. 40.—, ósma część str. 25.—

Załączenie do całego nakładu wkładki reklamowej do wagi 20 gr. zł. 100.—