

# 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, 15 KWIEŃNIA 1937 R.

Nr. 15

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

Z oddziału wewnętrznego A Szpitala fund. Matł. Poznańskich w Łodzi.

(Ordynator: Dr. L. Szyfman)

#### Gruźlica płuc a kiła.

Podał

Dr. L. POZNAŃSKI (Łódź).

Częstość występowania gruźlicy płuc i kiły w ogóle z konieczności doprowadza do zetknięcia się tych schorzeń nieraz w tym samym ustroju. Poza sprawą częstości wspólnego występowania i wzajemnego wpływu na przebieg — w zakresie poruszonego tematu wchodzi zagadnienia różnicowania gruźlicy i kiły płuc i wpływ leczenia przeciwkiłowego na gruźlicę płuc.

Różnicowanie kiły płuc i gruźlicy płuc u kiłowego posiada duże znaczenie praktyczne. Z jednej strony przypuszczenie gruźliczego podłoża schorzenia, niby usprawiedliwionego brakiem jakichkolwiek zmian kiłowych w ogóle, zwłaszcza przy ujemnym odczynie Wassermana, może pociągnąć za sobą ewentualne leczenie uciskowe z pominięciem leczenia przeciwkiłowego, z drugiej zaś — w razie stwierdzenia kiły ustroju zmiany płucne mogą przy braku laseczników w płwocinie być wzięte za kiłę, i leczenie tylko w tym kierunku prowadzone.

Poglądy, dotyczące częstości kiły płuc, są bardzo rozbieżne. W ciągu ostatnich lat mnożą się kliniczne spostrzeżenia kiły płuc. Kacmān, Kuźniecowa i Załkind z Gruźliczego Instytutu w Leningradzie przytaczają 11 przypadków kiły płuc, Dienst z Kolonii 4 przypadki, Frisch z Wiednia 5 przypadków. W przypadkach pierwszych dwóch autorów leczenie przeciwkiłowe doprowadziło prawie do całkowitego zniknięcia zmian w obrazie rentgenowskim. H. Schlesinger uważa, iż zbyt często rozpoznaje się kiłę płuc. Na ogół rzadko, jego zdaniem, badanie patologo-anatomiczne potwierdza rozpoznanie kliniczne. Nawet w razie obecności zmian kiłowych w ustroju, dodatnim Wassermanie lub obciążającym wywiadzie i zmianach płucnych, swym umiejscowieniem i rodzajem zazwyczaj uważanych za typowe dla kiły płuc, rozpoznanie *lues pulmonum* musi pozostać tylko przypuszczalnym ze względu na podobieństwo do zmian gruźliczych i brak bezpośrednich dowodów kiły płuc. W płwocinie nigdy jeszcze nie stwierdzono krętków błędnych lub jakichkolwiek typowych składników. Na-

wet sekcja nieraz nie jest w stanie wyświetlić etiologii zmian (Frisch, Schlesinger). Wnioskowanie *ex juvantibus*, wprost rozstrzygające w przypadkach, gdzie zmiany rentgenowskie, przez dłuższy okres czasu pozostające niezmiennymi, zaczynają się szybko cofać, może zawieść; a to dlatego, że z jednej strony zmiany gruźlicze u osobnika kiłowego mogą po leczeniu przeciwkiłowym, o czym później, ulec wydatnej poprawie, a z drugiej strony zmiany marskie na tle kiłowym nie mogą się cofnąć. Frisch przytacza kilka przypadków, z których widać, że mimo dobrego ogólnego działania kuracji zmiany płucne zachowały stan pierwotny.

Prawie wszyscy autorzy najnowszych prac zwracają uwagę na brak typowego obrazu klinicznego i rentgenowskiego w kile płuc. Sprawa bynajmniej nie przedstawia się tak, jak podawał w r. 1903 syfilidolog I. Neumann w swojej monografii „Kiła narządów wewnętrznych“, że przy braku zmian fizykalnych nad szczytami, a obecności ich nad dolnym i środkowym płatem płuca prawego i stałej nieobecności laseczników w płwocinie można nawet przy braku danych anamnestycznych i jakichkolwiek objawów kiły w ustroju rozpoznawać kiłę płuc. Na podstawie wyżej wymienionych najnowszych badań należy stwierdzić, iż kiła płuc daje identyczne z gruźlicą objawy podmiotowe (kaszel, krwioplucie, duszność, bóle) i przedmiotowe. Te ostatnie są spowodowane przewlekłym nieżytem oskrzeli, nacieczeniowymi, rozpadowymi lub włóknistymi zmianami płuc; mogą mieć najróżnorodniejsze umiejscowienie. Zarówno Frisch, jak i Kacmān nie widzieli nic typowego w obrazach rentgenowskich kiły płuc. Zmiany te imitowały zmiany gruźlicze płuc wytwórczo-wysięgowe lub włókniste, zbite lub mniej lub więcej rozsiane. Nie było wśród nich wyraźnej przewagi zmian okołounękowych, szczególnie w środkowym płacie prawym, jak to było przez wielu autorów wysuwane. W jednym z dwóch obserwowanych przez nas przypadków przypuszczalnej kiły płuc zmiany umiejscowione były w górnych częściach obydwu płuc, w drugim więcej przywnękowo. Podział kiły płuc według zmian anatomicznych na kilakowe, rozstrzeniowe, płatowe i marskie jest dla kliniki, zdaniem Frischa, zbędny, gdyż czyste postaci spotykają się rzadko. Stwierdzenie zmian kiłowych w jamie ustnej, gardzieli lub krtani ma duże znaczenie rozpoznawcze, nie decyduje jednak o kiłowym charakterze zmian płucnych

tak samo, jak obecność laseczników Kocha w płwocinie nie wyłącza obecności zmian kiłowych płuca obok gruźliczych.

Duże znaczenie dla rozpoznawania kiły płuc posiada odczyn tuberkulinowy. O ile wobec rozległych zmian w płucach, nie postępujących przy dłuższej obserwacji, stale brak laseczników w płwocinie, i odczyn Wassermann jest dodatni, prawdopodobieństwo kiły płuc jest znaczne mimo wymienionych wyżej zastrzeżeń. Prawdopodobieństwo graniczy już z pewnością, o ile do trzech powyższych objawów dochodzi całkowicie ujemny odczyn tuberkulinowy. W obserwowanych przez Frischa 5 przypadkach kiły płuc brak było odczynu ogólnego nawet po podaniu 10 mg. podskórnie; w dwóch z nich był tylko zaznaczony odczyn śródskórny z rozcieńczeniem 1 na 100, w innych i ten ujemny. Natomiast we wszystkich przypadkach z zupełnie pewnym rozpoznaniem gruźlicy płuc (Koch+) u kiłowego — аллергия była wyraźna. Frisch wnioskuje z tego, iż kiła doprowadza do anergii tylko u osobnika, który nie jest jednocześnie chory na gruźlicę. Anergia potwierdzać ma więc charakter kiłowy istniejącego schorzenia płuc. Na anergytyzujący wpływ kiły zwrócili już przedtem uwagę Lelong, Rozeller i Arton; specjalnie silnie anergytyzująco ma wpływać kiła drugorzędowa, mniej trzeciorzędowa, nie wpływać zupełnie — kiła utajona. Wśród naszych przypadków gruźlicy u kiłowych nie było ani jednego, któryby był na tuberkulinę niewrażliwy. W jednym przypadku właśnie odczyn ogniskowy w postaci wysięku opłucnowego i odczyn ogólny przy ujemnym podskórnym dobitnie świadczyły o gruźliczym schorzeniu płuc. W jednym z obserwowanych przypadków przypuszczalnej kiły płuc u dorosłego odczyn tuberkulinowy był całkowicie ujemny nawet po podaniu 10 mg. podskórnie, w drugim — 1 mg.

Wysięki opłucnowe w kile płuc nie należą do częstych. W Neumann nigdy ich nie stwierdzał. W przypadkach zaś kiły z wysiękami te ostatnie były pochodzenia gruźliczego, jak potwierdziła sekcja. Anatomicznie jednak zostały wysięki pochodzenia kiłowego stwierdzone z całą stanowczością (I. Neumann). Badanie wysięku na odczyn Wassermann ma znaczenie rozpoznawcze. Przy podejrzeniu kiły płuc z ujemnym lub niepewnym Wassermannem we krwi może wyraźny odczyn wysięku potwierdzić rozpoznanie kiły płuc. Odwrotnie — słabszy lub ujemny odczyn Wassermann w wysięku pozwala w kile ustroju podać w wątpliwość istnienie kiły płuc. W jednym z naszych przypadków, który dotyczył chorej z kiłą wrodzoną i zmianami płucnymi, mieliśmy stały brak laseczników w płwocinie i wybitnie dodatni odczyn Wassermann we krwi. Podejrzenie kiły płuc zostało obalone przez stwierdzenie ujemnego odczynu Wassermann z 0,25 cm.<sup>3</sup> płynu z opłucnej i dodatniego odczynu tuberkulinowego.

Badanie odczynów surowicy krwi ma wybitne znaczenie w rozpoznawaniu tak kiły płuc, jak i kiły u gruźlików. W Neumann podaje, iż w kile płuc odczyn Wassermann prawie zawsze jest dodatni. We wszystkich 11 przypadkach Kacmana i 5 Frischa — był odczyn dodatni. Podane są jednak spostrzeżenia niewątpliwiej kiły płuc przy ujemnym Wassermannie, czego właściwie należy oczekiwać przez analogię z kiłowymi schorzeniami innych narządów. Dienst podaje jeden taki przypadek, potwierdzony anatomicznie. Sergent podaje trzy przypadki kiły płuc, rozpoznawane jako nowotwory, gdzie wynik le-

czenia przeciwkiłowego potwierdził rozpoznanie kiły płuc przy ujemnym Wassermannie.

Dopiero systematyczne przeprowadzenie badania odczynu Wa u wszystkich gruźlików wogóle pozwoliło rozejrzeć się dokładniej we wzajemnym stosunku, zachodzącym pomiędzy tymi schorzeniami, gdyż dopiero w ten sposób został właściwie wykryty materiał, podlegający obserwacji. Wobec tego, że w przeważającej liczbie przypadków gruźlicy płuc rozpoznawanie współistniejącej kiły utajonej zostaje ustalane jedynie na podstawie dodatniego odczynu Wa, jest rzeczą bardzo ważną ustalić, czy w gruźlicy podobnie do niektórych innych schorzeń, nie spotyka się odczynów surowicy nieswoistych. Dünner i Meyer podają kilka przypadków, gdzie w miarę pogarszania się sprawy płucnej występował dodatni odczyn Wassermann; spotykali nieraz w przypadkach rozległych zmian dodatni odczyn tam, gdzie ani wywiad, ani badania anatomiczne nie przemawiały za kiłą. Meinicke zwraca uwagę na występowanie nieswoistego odczynu kłaczkowania w gruźlicy płuc. Schlesinger twierdzi, iż nie można mówić o nieswoistości odczynu Wassermann w gruźlicy płuc: 1) nie spotyka się częściej w przypadkach rozleglejszych zmian; 2) spotyka się częściej u osobników starszych; gdyby odczyn miał być nieswoisty, spotykałby się jednakowo często u młodych i starych ludzi; częstsze występowanie w wieku starszym znajduje swe wytłumaczenie w nabywaniu kiły z biegiem lat; 3) przy dodatnim odczynie udaje się prawie zawsze wykryć pewne subtelne objawy kiły lub obciążający wywiad; 4) fakt znikania odczynu po kuracji przeciwkiłowej, co potwierdza jej kiłowe pochodzenie. Poelmann jest zdania, iż w obecnym stanie techniki badania surowicy na odczyn Wassermann nie spotyka się nieswoistych odczynów w gruźlicy płuc. Odczyn kłaczkowania wobec skłonności białek surowicy gruźlików do wypadania ze strącającymi białko-odczynnikami, winny być oceniane bardzo ostrożnie. Łatwość wykonania odczynów kłaczkowania skłania Ernsta do zalecania tej metody w celach orientacyjnych w sanatoriach. Na naszych materiale nie stwierdzaliśmy zupełnie nieswoistych odczynów Wassermann w gruźlicy. Prawie we wszystkich przypadkach, w których odczyn Wassermann był dodatni, udawało się stwierdzić w wywiadach zakażenie kiłowe. Z dodatnimi odczynami kłaczkowania przy ujemnym Wassermannie spotkaliśmy się w bardzo nieznacznej liczbie przypadków gruźlicy płuc (zaledwie kilka na kilkaset) i wobec braku innych danych uważaliśmy je za nieswoiste.

Wyjaśnić wpływ kiły na powstawanie, przebieg i zejście gruźlicy płuc można przez 1) ustalenie odsetka, w jakim współistnieje z gruźlicą kiła; 2) porównanie odsetka śmiertelności gruźlicy płuc z odsetkiem w gruźlicy i kile i 3) przez ustalenie liczebnego stosunku poszczególnych postaci gruźlicy, spotykanych w kile w różnych jej okresach.

Na ogół zostaje zgodnie potwierdzone, iż częstość występowania kiły w gruźlicy płuc odpowiada ogólnej zachorowalności ludności na kiłę. Schlesinger podaje tłumaczenie niezgodności różnych statystyk, a w szczególności o wiele wyższego odsetka kiły u gruźliczych w jego materiale. Odsetek kiły w statystykach sanatoryjnych waha się od 1 do 5. Najwyższy u Orshaga — 9,7% dla mężczyzn i 5,7 u kobiet. Schlesinger na swoim materiale szpitalnym, obejmującym ponad 1100 chorych przeważnie w wieku powyżej lat 30, otrzymał 8,1% kiły; przy uwzględnieniu jedynie

osobników powyżej lat 30 — 11,3%, a tylko powyżej lat 50 — 14,2%. Tłumaczy liczyby te tym, że w sanatoriach przebywa dużo osobników młodych, którzy dopiero później nabywają infekcję kiłową. Współistniejącą kiłę ustalał nie tylko na podstawie dodatniego Wassermann'a, ale i danych z wywiadu, subtelnych objawów klinicznych, szczególnie kiły układu nerwowego, i badania pośmiertnego. Nario z Montevideo podaje na 5.779 gruźlików 16,14% kiły przy odsetku zachorowalności ludności 15,1%. W ten sposób zostaje obalone mylne przypuszczenie rzadkiego współistnienia gruźlicy płuc z kiłą. Na materiale naszego oddziału szpitalnego stwierdziliśmy 2,4% kiły (pośród 370 przypadków gruźlicy płuc 9 razy kiła). Nasz materiał składał się prawie w 95% z osobników poniżej 30 lat, i tym można wytłumaczyć niski odsetek kiły. Pośród 18 osobników powyżej 30 lat mieliśmy 2 razy kiłę, t. j. 11%.

Z występowania kiły u gruźlików w odsetku, w każdym bądź razie nieprzekraczającym ogólnej zachorowalności na kiłę, można by wysnuć wniosek, iż kiła nie usposabia do zachorowania na gruźlicę. Tego zdania są: Fraenkel, Staechelin, Scherer, Samson, Nario, Czekałow. Inni zaś — Fournier, Sergent, Sokołowski, Schöder i W. Neumann zwracają uwagę na względnie częste występowanie gruźlicy u osobników z kiłą wrodzoną, jak też u potomków kiłowych bez objawów kiły. W. Neumann wskazuje na powstawanie zmian gruźliczych w lewym płucu na skutek ucisku rozszerzonej, kiłowo zmienionej aorty na lewe oskrzele główne. Wysoki odsetek kiły u starych gruźlików zdaje się też przemawiać za predyspozycją, stwarzaną przez kiłę dla gruźlicy. Wpływ kiły na przebieg gruźlicy płuc jest różnie oceniany. Rindfleisch, Sergent, Pierry i Mignot widzą w kile czynnik, sprzyjający zwłóknieniu zmian gruźliczych. Zdaniem Sergenta, zmiany włókniste u starych osobników gruźliczych spotykają się przeważnie przy współistnieniu kiły; w 70% obserwował dodatniego Wassermann'a. Temu pogładowi ostro przeciwstawili się na zjeździe w Strasburgu w r. 1923 Besançon i Chevalley. Rzeczywiście, o ile uwzględnić, iż odsetek śmiertelności gruźlików z kiłą i bez niej jest prawie jednakowy, a u Czekałowa w gruźlicy z kiłą jest nawet nieco większy, to nie należy oczekiwać dodatniego wpływu kiły na przebieg gruźlicy. Fournier, Schöder, W. Neumann, Frisch, Orshagh uważają, iż dołączająca się kiła sprzyja postępowaniu sprawy gruźliczej w płucach. W. Neumann zwraca uwagę na częste występowanie krwiopochodnych postaci gruźlicy w kile, tak dalece, że przy stwierdzeniu *polyserositis*, *tbc fibrosa densa* wzgl. *phthisis ulcerofibrosa* doradza poszukiwania kiły, której stwierdzenie może mieć decydujące znaczenie dla leczenia wymienionych postaci gruźlicy Ernst na materiale sanatoryjnym, dotyczącym 66 przypadków spośród 6.000 gruźlików stwierdzał jedynie zmiany wytwórczo-włókniste, nie spotykał postaci naciekowych, ani wysiękowych; jednak te przewlekłe postaci wykazywały znacznie słabsze tendencje ku cofaniu się, niż u osobników niekiłowych. Schlesinger w następujący sposób ujmuje wpływ kiły na gruźlicę płuc. Stare, dotyczące niewielu narządów zmiany kiłowe przy nieupłodzonem stanie ogólnym nie zmieniają przebiegu świeżych, względnie zaostających się zmian gruźliczych. Wszelkie zaostżenia starej kiły (ropienia, kiła wątroby i t. d.) i świeże zakażenie kiłowe źle wpływają na wymienione sprawy

gruźlicze. Te sprawy kiłowe na sprawy gruźlicze nieczynne u młodych osobników z dobrym stanem ogólnym nie wpływają. Jednak u osobników młodych osłabionych, a u osobników starych wogóle kiła czynna daje ostre pogorszenia spraw gruźliczych, oddawna nieczynnych. Z tego ujęcia widać, jak duże znaczenie dla ewentualnego przebiegu gruźlicy płuc ma stadium kiły i gruźlicy, wiek i ogólny stan chorego. Nario jednak na podstawie swego dużego materiału 800 przypadków gruźlicy i kiły przypisuje mniejszy wpływ kile: nie stwierdzał innego procentowego stosunku różnych postaci gruźlicy u kiłowych, aniżeli u niekiłowych, i nie uważa, by kiła w jakikolwiek sposób zmieniała przebieg gruźlicy; jedynie zetknięcie się początkowych okresów kiły i gruźlicy powoduje niekorzystny przebieg tej ostatniej. W naszym materiale ze względu na to, że byli do nas kierowani prawie wyłącznie młodzi osobnicy ze sprawami postępującymi, nie obserwowaliśmy wogóle zmian czysto włóknistych, mieliśmy do czynienia z jednym przypadkiem dużego nacieku wczesnego, poza tym ze zmianami wytwórczo-włóknistymi. Nieobecność przypadków nieczynnych zależna jest od rodzaju naszego materiału, i byłoby błędem chcieć wnioskować z naszych obserwacji, iż kiła zawsze sprzyja pogorszeniu sprawy płucnej. Na dwóch przypadkach pozaszpitalnych, dotyczących osobników 50-letnich, mogliśmy się przekonać, iż mimo występujących zmian kiłowych stare zmiany gruźlicze nie uległy pogorszeniu. Ściśle więc mówiąc, opiniowanie o rodzaju i przebiegu zmian gruźliczych w kile możliwe jest jedynie na podstawie badania całych warstw ludności tak, jak to zrobił Nario w Montevideo. Dopiero takie statystyki będą w stanie potwierdzić lub obalić jego wyniki, świadczące na ogół o braku wpływu kiły na przebieg gruźlicy płuc.

Również zajmującym zagadnieniem jest wpływ gruźlicy płuc na kiłę, a mianowicie kiłę układów nerwowych i krążenia. Scherber zwrócił uwagę na rzadkość występowania w ogóle i łagodność przebiegu kiły ośrodkowego układu nerwowego u gruźlików. Schlesinger, dysponujący dużym materiałem schorzeń kiłowych ośrodkowego układu nerwowego, zwraca uwagę na fakt bardzo rzadkiej koincydencji ciężkich postaci kiły ośrodkowego układu nerwowego z gruźlicą płuc. I odwrotnie — chorzy na gruźlicę płuc nie tylko że zapadają w mniejszym odsetku, niż ogół ludności na kiłę ośrodkowego układu nerwowego, ale w razie zachorowania sprawa pozostaje małoobjawowa, łagodna, niepostępująca; schorzenie może zdradzać się np. tylko objawem Argyll — Robertsona, lub zniknięciem odruchów ścięgowych, albo zniesieniem czucia głębokiego i t. d.

To samo, według Schlesingera, dotyczy układu krążenia, specjalnie aorty, najczęstszego kiłowego schorzenia narządów wewnętrznych, w ogóle. Schorzenia aorty występują dwukrotnie rzadziej u gruźlików, niż ogólnie; zupełnie wyjątkowo spotyka się dławicę piersiową, dychawicę sercową, a więc schorzenia naczyń wieńcowych, i niedomykalność zastawek półksiężycowych; schorzenie aorty jest u gruźlików na ogół małoobjawowe, niepostępujące. Ten wyraźnie dodatni wpływ na przebieg kiły później próbuje Schlesinger tłumaczyć 1) albo wpływem gorączki analogicznym do leczniczego działania szczepienia zimnicą lub tuberkuliną; 2) nieswoistą odpornością w stosunku do krętka bladego, zdobytą przez zadziaływanie infekcji gruźliczej.

W końcu sprawa leczenia przeciwkiłowego w gruźlicy płuc. Według przytoczonego poprzednio nie można

jedynie na podstawie cofania się zmian płucnych po leczeniu swoistym rozpoznawać kiły płuc lub jej współistnienia z gruźlicą płuc, gdyż zmiany czysto gruźlicze mogą u osobnika kiłowego ulec poprawie po tym leczeniu. W. Neumann obserwował ustąpienie stanów gorączkowych, spowodowanych gruźliczymi zmianami płuc, i znikanie gruźliczych wysięków opłucnowych (stwierdzonych sekcji nie jako takie) pod wpływem leczenia przeciwkiłowego. Zdaniem Schlessingera, Neumanna i innych, poprawę uzyskuje się dzięki uzdrowieniu podłoża z podniesieniem sił obronnych ustroju. Prócz tego jod jest środkiem od czasu do czasu zalecanym do leczenia wytwórczych zmian gruźliczych i poza kiłą. Beck podaje przypadki gruźlicy jamy ustnej i nosowej, zweryfikowane anatomicznie, u osobników kiłowych, wyleczone za pomocą kuracji swoistej. Przypadki te potwierdzają z całą pewnością wybitny wpływ kuracji przeciwkiłowej na zmiany gruźlicze u osobnika kiłowego i zachęcają do jej stosowania również w gruźlicy płuc i kile. O ile Scholtz doradza stosowanie kuracji przeciwkiłowej tylko tam, gdzie są kliniczne objawy kiły, o tyle Schlessinger, W. Neumann, Giraud i Piery leczą w każdym przypadku stwierdzonego współistnienia kiły chociażby tylko na podstawie dodatniego Wassermann'a. Schlessinger i Roussel widzieli dobre działanie terapii i w świeżych sprawach gruźliczych. Przy wyraźnie postępujących zmianach gruźliczych należy, zgodnie z opinią wszystkich autorów, wstrzymać się z kuracją swoistą: organizm, uszkodzony przez obydwaj zarazki, nie może reagować na bodźce terapii swoistej, i stan może ulec pogorszeniu. Należy mieć na względzie, że jednak nie we wszystkich przypadkach, nadających się do leczenia przeciwkiłowego, udaje się osiągnąć wynik pomyślny i że tylko część spośród nich reaguje dodatnio. O ile Gallant na podstawie porównawczej analizy leczonych i nieleczonych swoiście spośród 346 przypadków gruźlicy płuc i kiły stwierdza dodatnie działanie leczenia, zwłaszcza wobec mniej rozległych zmian, o tyle Nario na jeszcze większym materiale nie stwierdza wpływu tego ani na sprawę płucną, ani też na stan ogólny.

Głównym środkiem przeciwkiłowym w gruźlicy płuc jest bismut. Schlessinger podaje także jodek sodu w dawce 0,5 do 1,0 dziennie, przerywając podawanie w razie nasilenia się kaszlu i objawów nieżyłotowych. Inni unikają jodu z powodu jego działania przekrwieniowego. Preparaty salvarsanowe w zwykłych dawkach mogą przyczynić się do szerzenia sprawy w ułucach lub do rozsiania do krwi, spowodować krwotoki. Należy je przeto stosować bardzo ostrożnie. Schlessinger zaleca używanie stovarsolu: rozpoczynając od pół tabletki dziennie, dochodzi stopniowo do 3-ch dziennie, po każdym 3-ch dniach używania 3 dni przerwy; jedna kuracja wynosi 30 tabletek; powtórzenie kuracji po 2-ch miesiącach. W razie stosowania neosalvarsanu radzi Schlessinger rozpoczynać od 0,075 i nie przekraczać przy stopniowym zwiększaniu dawki 0,3; dawka ogólna nie powinna przekroczyć 3,5 neosalvarsanu.

U gruźlików należy więcej, niż zazwyczaj, kierować się stanem ogólnym we wskazaniach do kontynuowania lub powtórzenia leczenia: decyduje stan ogólny, a nie odczyn Wassermann'a. Nie należy w dążeniu do ujemnego odczynu surowicy przez zbyt forsowne leczenie osłabiać sił obronnych chorego i w ten sposób przyczynić się nie tylko do postępu sprawy gruźliczej, ale nawet i kiłowej.

#### PIŚMIENNICTWO.

1. Kaeman, Kuźniecowa, Zalkind. Zentralblatt Bd. 39. 2. Dienst. Roentgenprax. 4. 3. Frisch. Beitr. zur Klin. der Tbc. Bd. 84. 4. H. Schlessinger. Beitr. Bd. 79. 5. Neumann — Klinik der Tbc. 6. I. Neumann — Syphilis innerer Organe 1903. 7. Sergent — Presse Med. 1933. 8. Dünner i Meyer — Med. Klin. 1933. 9. Poelmann — Münch. Med. Woch. 1933. 10. Ernst — Med. Klin. 50, 1934. 11. Meinicke — Klin. Woch. 7, 1934. 12. Nario — Zentralblatt Bd. 41. 13. Czeakałow — Sowietkaja Klinika 18, 1933. 14. Orshagh — Zentralblatt 38. 15. Giraud — Podręcznik gruźlicy 1933. 16. Beck — Zentralblatt Bd. 40. Scholtz — Zentralblatt 66. Piery i Mignot — Revue de la Tuberculose 4, 1923. 19. Sergent — ibidem. 20. Roussel — ibidem. 21. Bezançon i Chevalay — ibidem.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z II oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. M. Fejgin).

### O odrębnej postaci ostrego krwotocznego zapalenia nerek z niedoborem chloru i azocią nerkowo-pozanerkową.

Podali

M. FEJGIN, A. ZUNDELEWICZ, A. STÜCKGOLD  
i J. GOLDBAND (Warszawa).

Pacjent lat 38 na tydzień przed przybyciem do szpitala doświadczył dreszczów i bólu w prawym boku. Jednocześnie wystąpiło podniesienie się ciepłoty do 40°, utrzymujące się w ciągu trzech następnych dni na tym poziomie, potem na poziomie 38°, ale złe samopoczucie, łamanie kończyn i bóle głowy trwały nadal. W ciągu ostatnich kilku dni miał dwukrotnie krwawienie z nosa, odczuwał mdości, kilkakrotnie wymiotował, uskarżał się na pewną trudność oddawania moczu, zauważył zjawienie się obrzęków na twarzy. W 1920 roku przebył zapalenie płuc, w 1922 roku — dur brzuszny, od tego czasu kaszle i pluje obficie, przed rokiem stwierdzono obecność prątków Kocha w płwocinie i zakwalifikowano go do sanatorium przeciwgruźliczego, dokąd

ma niebawem wyjechać. Żona i dwoje dzieci zdrowe, żona nie roniła.

Przy badaniu stwierdziliśmy wyraźne objawy zajęcia górnego płata prawego płuca (stłumienie, oddech oskrzelowy, miejscami z odcieniem dzbanowym, nieliczne rżęzenie dźwięczne), z lewej strony od tyłu stłumienie do grzebienia łopatki, oddech nieoznaczony, trochę rżężeń w lewej linii pachowej; w sercu I-y ton koniuszka nieczysty, u podstawy dwa tony głucho, wątroba wystaje na 1—2 palce z pod łuku żebrowego, układ nerwowy bez zmian wyraźnych.

W moczu — przy c. gat. 1.006 było 1,05 *pro mille* białka, po kilkadziesiąt krwinek świeżych i wyługowanych i po kilkanaście leukocytów w p. w., odczyn Biernackiego 30' p-g Linzenmayera, tętno 88/min., miarowe, ciśnienie 170/100 mm. Hg, we krwi Hb=94%, czerw. krwinek 4.300.000, białych — 17.000 w 1 mml., w tym obojętn. podzielonych 72%, pałeczkowatych 5%, ly 20%, kwasochł. 1%, mono 2%, mocznika w surowicy 2,44 *pro mille*, kw. moczowego 193 mg. w litrze, bilirubiny 0,6 jednostek v. d. Bergha, białka w osoczu 7,42%, zasób zasad osocza 38,1 ccm. p-g V. Slycka, chloru w osoczu 2,84 *pro mille*, w krwinkach 1,74 *pr. mille*, odczyn Wassermann'a w surowicy ujemny. Prześwietlenie i zdjęcie klatki

piersiowej wykazało plamiste i smugowate nacieki w obrębie prawego płuca z dużą jamą pod obojczykiem, większe ognisko naciekowe w obrębie dolnego płata lewego płuca z dość licznymi średnio-plamistymi naciekami dookoła.

W płwocinie wykryto prątki gruźlicy, w cewnikowanym moczu natomiast zarówno w badaniu bezpośrednim, jak i na pożywkach zarazków gruźlicy nie wykazano, ani żadnej flory bakteryjnej poza gronkowcem białym, pochodzącym zapewne z zanieczyszczenia przy pobieraniu moczu. Zdjęcie nerek i okolicy moczowodów zmian nie wykryło.

Stan ogólny chorego w pierwszym i drugim dniu pobytu w szpitalu ciężki: bóle głowy, osłabienie, mdłości, niemożność oddawania moczu (cewnikowaniem wydobyto następnego dnia po przybyciu 500 ccm. moczu, potem pacjent już samoistnie oddawał mocz, w miarę, jak stan ogólny ulegał poprawie).

Reasumując tedy, mieliśmy do czynienia z banalnym na pozór przypadkiem ostrego krwotocznego zapalenia nerek ze znaczną azocicą, kwasicą, podniesionym ciśnieniem i dość ciężkim stanem ogólnym u osobnika, dotkniętego jamisto-serowatą podostro postępującą gruźlicą płuc. Wybitny jednak niedobór chlorowy osocza i krwinek, dla którego nie mieliśmy wytłumaczenia ani w znaczniejszych wymiotach, ani w biegunkach u naszego chorego, zwrócił uwagę w kierunku dokładniejszego zbadania bilansu chloru i azotu w dalszym przebiegu schorzenia i zmusił do bliższego zastanowienia się nad niektórymi zagadnieniami, dotyczącymi przemiany tych składników w ostrych schorzeniach nerek. W zakresie nauki o stanach zapalnych nerek i ich klasyfikacji z punktu widzenia fizjologii i anatomii patologicznej panują poglądy, ustalone przez prace Volharda i Vidala. Jednakże wprowadzenie w ciągu lat ostatnich do kliniki szczegółowych badań nad zachowaniem się i przemianą chloru w różnych stanach chorobowych nie pozostało bez wpływu i na sprawę ujmowania i komentowania wielu zjawisk i objawów z dziedziny schorzeń nerek, szczególnie ostrych, o które w opisywanym tu przypadku specjalnie chodzi. Otóż, badając w każdym przypadku ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek poziom chloru w surowicy i krwinkach, mogliśmy się łatwo przekonać, iż poziom ten zachowuje się rozmaicie. W przeważającej większości przypadków stwierdzić się daje bądź wyższą od normy zawartość chloru zarówno w surowicy, jak i w krwinkach — i to niezależnie zupełnie od istnienia, czy braku obrzęków („*rétention sèche du chlore*“ autorów francuskich), bądź też przesunięcie chloru z osocza do krwinek (hipochloremia osocza przy hiperchloremii krwinek). Od kilku lat jednak zwróciliśmy uwagę, iż spotyka się przypadki ostrych krwotocznych zapaleń nerek nieraz o b. ciężkim przebiegu, pozornie niczym nie różniące się od tamtych pod względem objawów klinicznych, w których jednak badanie zawartości chloru pozwala stwierdzić, tak, jak w opisywanym tu przypadku, wyraźną hipochloremię osocza i krwinek przy b. wysokiej zwykle azocicy. Dalszy przebieg tych przypadków w sposób zupełnie typowy uwidacznia właśnie nasz obecny przypadek.

Rozpoczęliśmy leczenie od zwykłej w tych razach Volhardowskiej głodówki (chory otrzymuje w ciągu kilku, nieraz kilkunastu dni tylko soki owocowe i cukrzoną herbatę, wzgl. lemoniadę), ale wobec znacznego niedoboru chloru podawano pacjentowi sól kuchenną z początku dożylnie tylko, potem i doustnie, przeprowadzając jednocześnie możliwie częste badania krwi na zawartość mocznika, kw. moczowego, chloru, zasób zasad, azotu niebiałkowego i wielopeptydów oraz codziennie określając ilość wydalanego chloru, mocznika i azotu w moczu. Jak wynika z otrzymanych w ten sposób danych, pacjent nasz w cią-

gu 4-ch dni w okresie od 17.II do 20.II włącznie, pozostając na diecie ściśle bezbiałkowej otrzymał 50 g soli kuchennej, a wydalil z moczem w tymże czasie 32,0 gramy soli i 56,4 g mocznika, przy czym koncentracja mocznika w moczu dochodziła do 9,9 g na litr, a chloru do 3,9 g. W okresie tym początkowo niska diureza (około 500 ccm. na dobę) wzrosła do 2.000 ccm. — 2.500 ccm. na dobę, zawartość mocznika we krwi z 2,62 *pro mille* obniżyła się do 0,8 g, a kwasu moczowego — ze 194 mlgr. — do 88 mlgr. na litr. Jednocześnie zaś chloremia osocza z 2,84 *pro mille* podniosła się do 3,18, a w krwinkach — z 1,74 — do 2,03

Zawartość białka w osoczu z 7,42% podniosła się do 8,3%, a zasób zasad z 38,1 ccm.%CO<sub>2</sub> wzrósł do 65,2 ccm.%, waga zaś utrzymywała się w tym okresie prawie na jednym poziomie — około 59,5 kg, wskazując na brak znaczniejszych zaburzeń w bilansie wodnym naszego chorego. Jednocześnie nastąpiła kolosalna poprawa stanu ogólnego, tak, że w ciągu dalszych 10 dni pacjent mógł opuścić szpital, jako wyleczony z zapalenia nerek, które na początku robiło wrażenie niezmiernie ciężkiej, niemal że beznadziejnej sprawy. Tak więc w okresie intensywnego chlorowania chory potrafił wydzielić z moczem ogromną ilość składników azotowych i b. dużo soli, które 18,0 g jednak uległo zatrzymaniu w ustroju — i dopiero po nasyceniu można było stwierdzić wzrost zawartości chloru we krwi. Gdzie została związana ta stosunkowo znaczna ilość chloru — nie wiadomo na razie. Równoległe do zatrzymania soli nastąpiło wyrzucenie z ustroju nadmiaru mocznika i innych produktów azotowych i ustąpienie kwasicy. Zastanawiający jest fakt, iż w stanie pozornie znacznej niedomogi nerek — próba fenoltaleinowa, wykonana pod koniec okresu chlorowania (dn. 19.II.) wypadła fatalnie — pacjent wydalil w ciągu pierwszej godziny zaledwie 4% wstrzykniętego barwnika, w ciągu następnej zaś jeszcze 19% — zdolność stężania zarówno w stosunku do mocznika, jak i do soli kuchennej była bardzo dobra, jak to wynika z wyżej wspomnianych ilości i stężeń tych substancji w moczu. W jak szybkim tempie następowała poprawa, wynika i z tego, iż próba fenoltaleinowa, powtórzona 25.II, wypadła już zupełnie nieźle, a mianowicie, chory w ciągu 1-ej godziny wydalil 18%, a w ciągu następnej 24% barwnika, razem więc w ciągu 2 godzin 42%.

Z powyższych danych wynika, że istnieją przypadki ostrego krwotocznego zapalenia nerek z hipochloremią osocza i krwinek i z kolosalną azocicą, w których energiczne chlorowanie powoduje zatrzymanie sporej ilości soli kuchennej w ustroju chorego. Jednocześnie stwierdza się znaczny wzrost diurezy i szybkie i sprawne wyrzucanie nadmiaru składników azotowych ze krwi pomimo pozornie b. ciężkiego uszkodzenia nerek. Nasuwa się tu zupełna analogia do przebiegu i stosunków w przypadkach ostrego zatrucia podrymatem, opisanych przed kilku laty z oddziału d-ra A. L. A. L. A. przez J. Glassa, w których również występowała b. znaczna hipochloremia obok ciężkiej azocicy, i w których zachowanie się bilansu chlorowego i azotowego pod wpływem podawania soli kuchennej kształtowało się tak samo, jak w przytaczanym tu przypadku.

Analogia ta uprawnia do postawienia hipotezy, iż istnieją co najmniej dwie zupełnie odrębne pod względem patogenety i cech chemiczno-biologicznych postaci ostrego krwotocznego zapalenia nerek. Jedna — zwykle spotykana, zakaźnego, czy, jak niektórzy twierdzą — anafilaktycznego pochodzenia, towarzysząca tak często szkarlatynie, anginie i t. d., w której zachowanie się składników azotowych i chloru we krwi jest typowe — to jest występuje mniej lub więcej wysoka azocica przy hiperchloremii osocza i krwinek, lub z przesunięciem chloru z osocza do krwinek (p. wyżej), i w której podawanie chloru wywołuje raczej ujemny skutek i jest przeciwwskazane: druga postać o zupełnie odmiennym obliczu humoralnym, a zapewne i odmiennym

patogenezie, której typowy przykład stanowi opisany tu przypadek. Tę drugą postać ujmemy, jako postać czysto toksyczną, podobnie właśnie do zatrucia sublimatem. Tu na pierwszy plan wysuwają się objawy ogólnoustrojowe, związane ze znacznym rozpadem białka i towarzyszącą hipochloremią. Objawy nerkowe stanowią czynnik drugorzędny i nieistotny, czym tłumaczy się nadzwyczaj szybka poprawa tych objawów i powrót czynności nerek do warunków normalnych w ciągu kilku dni przy odpowiednim postępowaniu leczniczym, pomimo niezmiernie ciężkich i alarmujących objawów na początku. Oczywiście, że, o ile nie nastąpi dość szybko racjonalna interwencja terapeutyczna, powstać może trwałe uszkodzenie nerek albo i zejście niepomysłne — i to w bardzo szybkim czasie. W naszym przypadku, być może, zakażenie gruźlicze stanowiło moment, decydujący o charakterze toksycznym całej sprawy. Widzimy więc, jak ważne znaczenie praktyczne posiada określanie zachowania się chloru i w przypadkach ostrych schorzeń nerkowych, na co na ogół nie zwraca się jeszcze należytej uwagi w piśmiennictwie. Nasuwa się tu poza tym jeszcze szereg innych zagadnień bardzo ważnych i zasadniczych. Nie mówiąc już o teoretycznej sprawie znaczenia chloru w procesach patologicznych, związanych z rozpadem białka w ustroju, powstaje kwestia czysto praktyczna, czy działanie soli kuchennej w tych przypadkach nie może być zastąpione przez wyciągi wątrobowe, których wpływ na azocice pozanerkowe jest oddawna znany i uznany, jak i korzystne działanie we wszelkich stanach zatrucia. Bo, że tu o azocicę przeważnie pozanerkową chodzi — w takich przypadkach, jak powyższy, to nie może chyba ulegać wątpliwości. W związku z tym właśnie zagadnieniem azocicy pozanerkowej pozostaje kwestia zachowania się w

podobnych przypadkach związków wielopeptydowych, których wielką rolę w zatruciach resztkami azotowymi podkreśla ostatnio cały szereg autorów z Cristolem i Puechem, Fiessigerem, Pierre Duvallem, Nonnenbruchem i innymi.

Otóż Nonnenbruch odróżnia 3 rodzaje azocicy — azocica czysto nerkowa z powiększeniem zawartości mocznika, bez wzrostu polipeptydemii; azocica pozanerkowa z normalnym, wzgl. niskim poziomem mocznika we krwi, a z wysoką polipeptydemią, jaka spotyka się w stanach niedomogi wątroby przeważnie; azocica typu mieszanego — z wysoką mocznicą i znaczną polipeptydemią, spotykana np. w końcowych okresach stanów niedomogi nerek, kiedy i wątroba odmawia posłuszeństwa. Otóż, nie przesądzając słuszności tego podziału, jak i w ogóle poglądów Nonnenbrucha na tę sprawę, musimy stwierdzić, że w naszym przypadku od początku była kolosalna polipeptydemia, aczkolwiek nie było tu absolutnie żadnych danych, przemawiających za współistnieniem niedomogi, czy choćby schorzenia wątroby. Polipeptydemia ta, zresztą, ustępowała równie szybko w okresie chlorowania, jak i mocznica, drogą wydalania nadmiaru polipeptydów w moczu. Kwestii tej nie będziemy szerzej omawiali w ramach niniejszej pracy, gdyż wymaga ona specjalnych badań i szczegółowego opracowania w przebiegu różnych ostrych schorzeń nerek i w związku z przemianą azotu i chloru w tych przypadkach w ogóle. Pozwoli to, być może, na głębsze wniknięcie w istotę procesów patologicznych, zachodzących w ustroju w tych stanach chorobowych, i na wyzyskanie zdobytych informacji w leczeniu, tak, jak badania nad zachowaniem się chloru doprowadziły do tak rozległego stosowania metody chlorowania w całym szeregu stanów patologicznych, jako niezwykle cennej metody leczniczej.

## Kartki kliniczne.

Z Miejskiego Domu Opieki.

(Lekarz Naczelny: Dr. M. Mayzner).

### Przypadek posocznicy o niezwyklej przebiegu.

Podali

B. HELLER-HERMELINOWA i J. TONENBERG (Warszawa).

Przypadek dotyczy 8-letniego chłopca, opuszczonego przez rodzinę i przyjętego do zakładu dn. 6.III.1934 r. Wywiadów z okresu życia przedzakładowego brak było; chłopiec był zdrow i czuł się dobrze. Dnia 22.IX.1934 r. wystąpiła nagle gorączka 38,8° bez uchwytanych zmian chorobowych poza małym owrzodzeniem prawej stopy, pochodzącym prawdopodobnie od nieznanego skaleczenia lub obtarcia obuwem. Po zastosowaniu leczenia miejscowego i po dwudniowym pozostawieniu chłopca w łóżku ciepłota wróciła do normy. Dnia 27.IX dziecko ponownie zagorączkowało i zaczęło skarżyć się na bóle w prawym udzie. Nazajutrz stwierdzono bardzo bolesne na dotyk zgrubienie wzdłuż przebiegu żyły odpiszczelowej wielkiej w dolnej połowie uda na przestrzeni 8 cm. Pomimo unieruchomienia i okładów zgrubienie w postaci sznura posuwało się wyżej i zajęło 2/3 uda przy ciepłocie, utrzymującej się wieczorami na poziomie ok. 38°; wystąpił obrzęk całego uda, a po kilku dniach ropnie podskórne na lewym ramieniu, lewym podudziu i na uwłosionej części głowy wielkości od orzecha włoskiego do jaja kurzego. Ropnie nakłuto, wydobytą ropę oddano do zbadania i przygotowania autoszczepionki; jamy ropni przepłukano kilkakrotnie 1% roztworem Rivanolu, poczem wygoiły się bez potrzeby nacięcia. Wynik badania: z ropy wyhodowano w Państwowym Zakładzie Higieny słabo hemolizującego gronkowca złocistego.

Mieliśmy, oczywiście, do czynienia z ropniami przerzutowymi, a więc z posocznicą, co potwierdzał ciężki stan ogólny dziecka, ciepłota, wahająca się od 38 do 40 stopni, apatia, niemiarowość tętna (120—130 na minutę), powiększenie granic serca w wymiarze poprzecznym, głuche tony z akcentuacją 2-go nad tętnicą płucną.

W międzyczasie stwardnienie w przebiegu żyły odpiszczelowej na prawym udzie ustąpiło miejsca głębokiej, międzymięśniowej ropowicy, którą próbowano opanować nakłuciami i przepłukiwaniem 1% roztworem Rivanolu, co też dało niespodziewanie dobry wynik. Z ropy wydobytej wyhodowano w Państwowym Zakładzie Higieny, tak samo jak i z ropy ropni przerzutowych, o których wspomniano wyżej, słabo hemolizującego gronkowca złocistego.

Musimy zaznaczyć, że posiew z krwi był przez cały czas jałowy w narządach wewnętrznych uchwytanych zmian nie stwierdzono. Co się tyczy obrazu krwi, to podczas największego nasilenia choroby leukocytoza wynosiła 30.000, jednak bez toksycznego uszkodzenia jąder i zarodki.

Jak wyżej wspomniano, ropnie przerzutowe lewego ramienia, lewego podudzia i uwłosionej części głowy zagoiły się szybko po jedno- lub kilkakrotnym nakłuciu i przepłukaniu. Nieco później, gdy ropowica na prawym udzie jeszcze niezupełnie była opanowana, wystąpił ropień międzymięśniowy wielkości mniej więcej jaja kurzego na wewnętrznej stronie lewego uda. Również i ten ropień został szybko zlikwidowany nakłuciami. Najdłuższą utrzymywała się ropowica prawego uda, jednakże już 20.X, t. j. w 4 tygodnie od początku choroby pozostało po niej jedynie niebolesne, głębokie stwardnienie i lekki przy-

kurcz w stawie kolanowym. Przykurcz ten w odurzeniu eterowym zniesiono przez zupełne wyprostowanie kończyny i kilkudniowe unieruchomienie. Chłopiec już wtedy nie gorączkował, zaczął coraz lepiej poruszać chorą kończyną i w ciągu dalszych 3 tygodni powrócił do zdrowia.

Niezależnie od zabiegów chirurgicznych zastosowano u dziecka, poza leczeniem objawowym, zastrzykiwania mleka, Propidonu, dożylne wstrzykiwania Hemthysalu, a nieco później autoszczepionkę w dawkach od 100 milionów do 2 miliardów.

Przypadek ten nie należy do codziennych. Postanowiliśmy podać go do wiadomości ogólnej z kilku względów:

Przed wszystkim rzadko spotykamy u dzieci, zarówno i u dorosłych, opisany przebieg zakażenia rany na stopie. Przeważnie rany takie goją się szybko, o ile kończyna w ciągu kilku dni pozostaje w spokoju; w przeciwnym razie najczęściej dochodzi do zapalenia naczyń chłonnych i gruczołów pachwinowych (rzadziej podkolanowych) bez dalszych powikłań, poza ewentualnym zropieniem. W naszym przypadku doszło do zakrzepowego zapalenia żyły odpiszczelowej, ropowicy śródmięśniowej uda i ropni przerzutowych. Aczkolwiek posiewy z krwi okazały się jałowe, to jednak mieliśmy

niewątpliwie do czynienia z ogólnym ciężkim zakażeniem ustroju, z którego dziecko wyszło obronną ręką.

Pomyślnie zejście posocznicy nie należy bynajmniej do zjawisk zwykłych. Szczęśliwym trafem nie mieliśmy tu do czynienia z głębszymi zmianami w narządach wewnętrznych.

Wreszcie z punktu widzenia chirurgii operacyjnej odstąpiono w naszym przypadku całkowicie od zwykłego postępowania, polegającego na sakramentalnych rozległych cięciach ropni podskórnych, a tym bardziej głębokich ropowic. Okazuje się, jak już, zresztą, z piśmiennictwa wiadomo, że takie zbiorowiska ropne dają się wyleczyć za pomocą nakłuwania, opróżniania z ropy i przepłukiwania rozczynek środkami przeciwnieżylnymi. Jeden z nas od wielu lat stosuje ten sposób używając 1‰-go rozczyntu Rivanolu i osiąga znakomite wyniki.

W danym przypadku napróżno doszukiwanoby się jakichkolwiek śladów przebytych zabiegów operacyjnych; zaś po zwykle praktykowanym głębokim nacięciu ropowicy międzymięśniowej prawego uda, dokonaniu przeciwotworów i sączkowaniu nie obszłoby się bez zbliznowacenia mięśni, a może i trwałego upośledzenia czynności kończyny, nie mówiąc już o szpetnych śladach zbytecznej interwencji chirurgicznej.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### O patogenezie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Podąła

E. ROZENBERGOWA (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 14).

Jest rzeczą ogólnie znaną, że najwięcej przypadków gruźliczego zapalenia opon spotykamy na wiosnę. Drugi skok, lecz znacznie mniejszy, obserwujemy na jesieni: w okresie pomiędzy sierpniem a październikiem.

Wallgren uważa, że krzywa częstości występowania gruźliczego zapalenia opon wykazuje zależność od gruźlicy dorosłych, która również wykazuje największe nasilenie podczas wiosny i w sierpniu. Ten skok jesienny jest nieznaczny; na skok wiosenny (III, IV i V m.) przypada okragło  $\frac{1}{3}$  przyp. gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. (Koch, Oroc). To samo zjawisko obserwuje się pod wszelkimi stopniami geograficznymi.

Statystyka w Polsce w latach 1925—28 wykazuje największe nasilenie gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. w maju (Joncher).

Różnica w miesiącach kulminacyjnego punktu występowania gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. zależy od wcześniejszego lub późniejszego występowania wiosny w danym kraju.

Istnieje b. dużo teorii bez ostatecznego rozstrzygnięcia, które starają się w sposób zadawalający wytłumaczyć ten skok wiosenny gruźliczego zapalenia opon m.-rdz.

Engel utrzymuje, że ponieważ gruźlicze zapalenie opon występuje najczęściej na wiosnę, w tym okresie czasu, kiedy najczęściej występuje krzywica, względnie tężyczka, to jest rzeczą możliwą, że te same czynniki szkodliwe i tutaj działają, tym bardziej, że w większości przypadków gruźliczego zapalenia opon chodzi o młode dzieci, które jeszcze mogą mieć te schorzenia. Możliwe jest, że ten punkt najwyższy krzywej wy-

stępowania gruźliczego zapalenia opon zależy od małej zawartości witamin w pokarmach podczas zimy, wskutek czego naturalna odporność organizmu zostaje zmniejszona.

Huebschmann uważa, że większe znaczenie mają złe warunki higieniczne, brak światła i powietrza w zimie.

Najprawdopodobniej odgrywa tu rolę dużo czynników, lecz najważniejszym czynnikiem w tej sprawie jest, zdaje się, większe skupienie ludzi w zimie w ciasnych dusznych pomieszczeniach, co stwarza doskonałe warunki do zakażenia niemowląt i małych dzieci, które zimą większą część dnia spędzają w zamkniętych pomieszczeniach. Brak słońca i powietrza, złe warunki higieniczne, brak witamin w pożywieniu, częste przeziębienia — są to czynniki, osłabiające siły odpornościowe ustroju.

Podczas zimy infekcja w organizmie się rozwija, a na wiosnę dochodzi do ogólnych wysiewów i do zajęcia opon m.-rdz. Również w zimie w czasie trzymania krów w oborze rozszerza się gruźlica wśród zwierząt, a mleko zawiera prątki (Blackbrock i Griffin).

Joncher uważa, że wiosna wywołuje pewne przestrojenie organizmu, które się wyraża w zmianie równowagi kwasowo-zasadowej w kierunku zasadowym, w zmianie czynności gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, w większej intensywności odczynów tuberkulinowych.

Moro nazwał ten okres wiosną biologiczną.

Wszystkie te czynniki powodują zwiększone podrażnienie układu nerwowego, co można wywnioskować z częstości przestępstw seksualnych, samobójstw, chorób psychicznych na wiosnę (Alblinger).

Według Wallgrena, pierwsze zakażenie gruźlicze na wiosnę jest znacznie mniej złośliwe od zakażenia zimowego, czym się tłumaczy, że drugi skok krzywej gruźl. zapalenia opon na jesieni jest znacznie słab-

szy. Trudno ostatecznie rozstrzygnąć, czy ma tu znaczenie to, że zima powoduje osłabienie sił odpornościowych organizmu i tym samym wytwarza lepsze warunki do generalizacji na wiosnę, czy też wiosna sama wywołuje pewne zaburzenie w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu oraz podrażnienie układu wegetatywnego.

W każdym razie mniejszym niebezpieczeństwem grozi dziecku zarażenie się na wiosnę, niż w zimie. Najniebezpieczniejszy okres dla powstania gruźliczego zapalenia opon stanowią pierwsze 4 miesiące w roku, i dzieci niezarażone należy specjalnie chronić przed infekcją w tym czasie.

Chcąc określić czasowy związek pomiędzy gruźliczym zapaleniem opon a zakażeniem pierwotnym, wkraczamy już w dziedzinę zagadnienia inkubacji gruźliczego zapalenia opon. Specjalnie tą kwestią interesowali się Wallgren i Oroc.

Najdokładniej można spostrzegać okres ukazania się objawów zakażenia gruźliczego oraz okres inkubacji gruźliczego zapalenia opon u niemowląt i u małych dzieci, które mają słaby kontakt ze światem zewnętrznym, i dlatego u nich łatwiej określić źródło infekcji. Lecz tych spostrzeżeń jest b. niewiele, i związane są one z wielkimi trudnościami. Klasyczne są obserwacje Reicha z r. 1878, t. j. okresu przed odkryciem prątka gruźlicy.

Dotyczy to spostrzeżenie 10 noworodków, pochodzących od zdrowych rodziców, które znalazły się potem w otoczeniu wolnym od gruźlicy. Te dzieci od razu po urodzeniu zostały zakażone gruźlicą przez ciężko chorą na gruźlicę akuszerkę, która wdmuchiwała im powietrze. Z tych dzieci jedno zmarło na *m. tbc* po 2½ m., 3 — po 3½ mies., 2 — po 4 mies., 1 — po 6 miesiącach, 1 dziecko — po 8½ m., jedno — po 15½ mies.

Ostatnio Pollak przytacza przypadek gruźl. zap. opon m.-rdz. u 11-miesięcznego dziecka, które zetknęło się z źródłem zakażenia w ciągu kilku godzin i po 6-ciu tyg. zachorowało na gruźlicze zapalenie opon. Na podstawie tego przypadku autor wyprowadza wniosek, że gruźlicze zapalenie opon powstaje po kilku tyg. od chwili zakażenia się. Blau na podstawie 2-ch przyp. twierdzi, że pierwsze objawy gruźl. zapalenia opon występują w 4 miesiące od początku zakażenia. Wallgren i Nilson przytaczają przypadek 3-letniego dziecka, które przez 4 godziny przebywało w towarzystwie osoby gruźliczej.

Rodzice zdrowi, innych źródeł infekcji nie było. Po 6-ciu tyg. od chwili zetknięcia wystąpiły: gorączka i dodatnie odczyny tuberkulinowe, a radiologicznie duży naciek w prawej wnęce. Po następnych 6½ tygodniach wystąpiły u tego dziecka objawy gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. Okres pomiędzy zakażeniem a wystąpieniem gruźliczego zapalenia opon trwał 12½ tyg.

Oroc na podstawie swego materiału mógł tylko w pojedynczych przypadkach oznaczyć okres inkubacyjny gruźl. zapalenia opon. Tak w jednym przypadku dziecko po urodzeniu przez parę dni znajdowało się razem z kobietą chorą na płuca; dziecko to w wieku 2-ch miesięcy kaszłało, w wieku 4-ch miesięcy zmarło z powodu gruźliczego zapalenia opon. Czas okresu infekcyjnego trwał parę dni. W drugim przypadku trzymiesięczne niemowlę dostało się do obcego otoczenia, gdzie zostało zainfekowane. Po 3-ch miesiącach dziecko zmarło z powodu gruźliczego zapalenia opon.

Okres inkubacyjny może być tym ściślej oznaczony, im wcześniej dziecko umiera z powodu gruźliczego zapalenia opon. W pierwszych 3-ch miesiącach życia spostrzegamy rzadko przypadki gruźliczego zapal. opon.

Tak Neal na 623 przypadki gruźl. zapalenia opon stwierdził w 5-iu przyp. *m. tbc* w pierwszych 3-ch miesiącach życia. Rosyjscy autorzy Lowönstam i Prochin również podają, że najmłodsze dziecko z gruźliczym zapaleniem opon miało 3 miesiące.

Emmelt, Holt i John Howland spostrzegali w swoim materiale 3 przypadki gruźl. zapalenia opon m.-rdz. poniżej 3 miesięcy. Oroc kwestionuje wystąpienie gruźliczego zapalenia opon przed trzecim miesiącem życia, i nawet wtedy, kiedy gruźlicze zapalenie opon występuje w IV miesiącu, to powinno było nastąpić zakażenie w pierwszych dniach po urodzeniu. To ujęcie zgadza się z obserwacją Reicha, który widział pierwsze gruźlicze zap. opon w 3-m miesiącu życia dziecka zakażonego bezpośrednio po urodzeniu.

Z tych obserwacji można wyciągnąć wniosek, że gruźlicze zapalenie opon m.-rdz. b. prędko dołącza się do zespołu pierwotnego, i że dolna granica inkubacji wynosi około 2 miesięcy. Jak w ogóle długo trwa ten okres inkubacyjny, trudno powiedzieć; w pojedynczych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z b. młodymi niemowlętami, górna granica odpowiada ich wiekowi.

Spostrzeżenia Hamburgera, Kocha i Dietla dowiodły, że okres inkubacyjny gruźlicy u człowieka w odróżnieniu od okresu inkubacyjnego gruźlicy u zwierząt nie zależy od ilościowych i jakościowych cech zarazka, niezależny jest również od wieku osobnika i wynosi do czasu wystąpienia objawów alergii (próba tuberkulinowa) mniej więcej 4—6 tyg., inni zaś przyjmują czas od 3 do 8 tyg.

Liczba dzieci, które były poddane okresowym próbom tuberkulinowym aż do dnia zjawienia się pozytywnej reakcji tuberkulinowej, jest nieznaczna. Zjawienie się w tej grupie przypadku gruźl. zapalenia opon m.-rdz. może być zupełnie wyjątkowym wydarzeniem. Dlatego jest b. mało spostrzeżeń, pozwalających określić czas, który upłynął od chwili, kiedy dziecko stało się wrażliwe na tuberkulinę do chwili wybuchu gruźliczego zapalenia opon m.-rdz.

Jeden taki przypadek opisał Schloss, który obserwował u 4-miesięcznego dziecka wystąpienie pozytywnej reakcji tuberkulinowej w przeciągu 6 dni (źródło infekcji siostra). Dziecko to zmarło w wieku 5½ m. na gruźlicze zapalenie opon. Oroc również przytacza przypadek chorego niemowlęcia, obserwowanego przez dłuższy czas w klinice. W 4 tyg. po pierwszej dodatniej reakcji tuberkulinowej wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia opon m.-rdz.

Są to jedyne obserwowane przypadki, w których ściśle udało się ustalić okres, dzielący wystąpienie alergii od chwili wystąpienia gruźliczego zapalenia opon. Wobec tego, że praktycznie jest tak trudno określić termin wystąpienia reakcji tuberkulinowej, Oroc wskazuje jeszcze na inne objawy kliniczne alergii, jak gorączka, *conjunctivitis phlyctenulosa* oraz *erythema nodosum*. Świeże pryszczycowate zapalenie spojówek, jako objaw pierwszy alergii, jest jednak objawem zawodnym, ponieważ recydywuje i występuje w późniejszych wahanach alergii. Również gorączka, jako objaw pewny, zawodzi. Lecz objawem pewnym powstałej alergii jest rumień guzowaty, który w przeważającej liczbie przypadków występuje przy pierwszej alergii, b. rzadko daje późne nawroty.

Fakt, że nie wszystkie przypadki rumienia guzowatego są pochodzenia gruźliczego, nic nie zmienia w przyjęciu tezy, że *erythema nodosum* występuje w okresie alergii w tych przypadkach, gdzie później zjawia się gruźlicze zapalenie opon, w tych bowiem przypadkach



*erythema nodosum* jest napewno pochodzenia gruźliczego.

Stosunkowo rzadko spotykamy się w anamnezie przypadków gruźliczego zapalenia opon z rumieniem guzowatym. Tłumaczy się to zjawisko tym, że gruźlicze zapalenie opon jest udziałem najczęściej niemowląt i małych dzieci, a *erythema nodosum* najczęściej spotyka się u starszych dzieci.

Wallgren i Nilson spostrzegali tylko czworo dzieci poniżej lat 3-ich, u których rumień guzowaty poprzedzał gruźlicze zapalenie opon. Autorzy ci obserwowali w szpitalu w Gothemburgu od 1922 r. 25 przyp., w których rumień guzowaty poprzedzał gruźlicze zapalenie opon. Wobec tego, że w wywiadach u tych chorych nie było żadnych objawów gruźlicy przed zjawieniem się rumienia, oraz że dzieci te w momencie wystąpienia gruźliczego zapalenia opon nie wykazywały żadnych objawów starej gruźlicy, należałoby przyjąć, że w tych przypadkach rumień guzowaty zjawiał się w momencie wystąpienia alergii.

Na podstawie swojego materiału obserwacyjnego autorzy przyjmują, że gruźlicze zapalenie opon występuje po rumieniu guzowatym najczęściej w ciągu 8 tyg., zaś czas zjawienia się gruźliczego zapalenia opon od początku pierwotnego zakażenia wynosi 2—3 miesiące.

Pierwsze półrocze po zakażeniu jest najgroźniejsze w życiu dziecka, i w tym okresie profilaktyka może najwięcej zdziałać. Po tym okresie możliwość wystąpienia gruźliczego zapalenia opon jest stosunkowo mniejsza.

Ten okres inkubacyjny gruźliczego zapalenia opon może częściowo wytłumaczyć fakt, że gruźlicze zapalenie opon jest przede wszystkim chorobą, zjawiającą się na wiosnę, podczas gdy pierwotne zakażenie występuje najczęściej w czasie zimy.

Jaki zachodzi stosunek pomiędzy gruźliczym zapaleniem opon a gruźliczym zapaleniem opłucnej? Wallgren, opierając się na materiale szpitala w Gothemburgu, stwierdził, że *pleuritis tbc* występuje od 3 do 6-tych miesięcy po zjawieniu się alergii, przy czym krzy-

wa częstości wystąpienia gruźliczego zapalenia opłucnej osiąga swój punkt kulminacyjny w 3-im miesiącu, trzyma się na tej wysokości do 6-go miesiąca po zjawieniu się alergii, a później stopniowo opada.

Wiemy, że gruźlicze zapalenie opon występuje w 5—6 tyg. po wystąpieniu alergii, a więc krzywe wystąpienia gruźliczego zapalenia opon i gruźliczego zapalenia opłucnej są od siebie ostro oddzielone. Ten fakt pozwala wyciągnąć pewne praktyczne wnioski: że dzieci w pierwszych miesiącach po powstałej alergii skłonne są do gruźliczego zapalenia opon, a skłonność do gruźliczego zapalenia opłucnej powstaje dopiero wtedy, kiedy mija ten niebezpieczny okres. Innymi słowy, możemy powiedzieć, że dzieci, które przechodziły lub przechodzą gruźlicze zapalenie opłucnej, już prawie nie są narażone na gruźlicze zapalenie opon, i w rzeczywistości w wywiadach dzieci z gruźliczym zapaleniem opon b. rzadko notujemy gruźlicze zapalenie opłucnej.

Wallgren i Nilson stwierdzili na 395 przyp. surowiczego gruźliczego zapalenia opłucnej od r. 1924—1934 tylko 2 przypadki, które później zachorowały na gruźlicze zapalenie opon, a na 240 przyp. gruźliczego zapalenia opon tylko w 2 przypadkach występowało uprzednio zapalenie opłucnej.

Rzadkość występowania w wywiadach dzieci chorych na gruźl. zap. opon gruźliczego zap. opłucnej potwierdza regułę, że dziecko, które przechodziło gruźl. zapalenie opłucnej, z wielkim prawdopodobieństwem już nie zachoruje na gruźl. zap. opon.

Również b. rzadko spotykamy się z kombinacją równoczesną obu tych schorzeń.

Te wnioski potwierdzają stare kliniczne doświadczenie, że rokowanie gruźliczego zapalenia opłucnej jest dobre.

Wallgren tłumaczył późniejsze wystąpienie zapalenia opłucnej od zapalenia opon tym, że po hiperergii skóry dopiero po jakimś czasie występuje kolejno wrażliwość błon surowicznych.

(Dok. nast.)

## O c e n y k s i ę ż e k .

Dc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI. *Chirurgia tom 2 i 3.* (P. W. L. Ars Medici, Warszawa).

Leżą przed nami dwa dalsze i ostatnie tomy chirurgii Rutkowskiego. Nie będziemy powtarzać słów uznania, jakie wyraziliśmy, oceniając tom I. Te dalsze, szczególnie III-ci, posiadają zalety godne jeszcze większego podkreślenia. Oba ostatnie tomy obejmują chirurgię szczegółową wraz ze wskazówkami leczniczymi. T. II w rozdziale 1-szym podaje opis chorób chirurgicznych głowy, w 2-im choroby szyi, w 3-im schorzenia chirurgiczne klatki piersiowej; w 4-tym choroby kręgosłupa i miednicy. W tomie III w rozdziale 1-szym skreślono opis chorób chirurgicznych brzucha; w 2-gim choroby narządów moczopłciowych; w 3-cim choroby odbyticy i krocza; w 4-ym kończyn; w 5-ym technikę operacyjną. W wymienionych rozdziałach autor najpierw opisuje dokładnie poszczególne postaci chorobowe, ilustrując je bogato rycinami (719 rycin na 1.194 stronach). Należy zaznaczyć, że ryciny pochodzą ze zbiorów własnych autora, bądź z zakładów, w których pracował lub pracuje. Mała tylko część rysunków jest zaczerpnięta z dzieł autorów niepolskich. Prócz rycin, ilustrujących wygląd poszczególnych schorzeń, autor podaje bardzo wiele rentgenogramów i obrazów anatomo-patologicznych, które przyczynią się w znacznej mierze do ściślejszego rozpoznania schorzeń i dokładniejszego skontrolowania wyników operacyjnych. Zrozumiałe jest, że niektóre rozdziały wypadły w ujęciu lepiej — inne słabiej.

Szczególnie te ulubione przez autora n. p. nerwobóle lub różne postaci nowotworów są rozbudowane bardzo pięknie i szeroko. Pewne zastrzeżenia wywołują wyrażenia: „zamknięta kornzanga“ zamiast kulociąg, dren zamiast rurka gumowa, infekcja zamiast zakażenie, „parcie krwi“, przyzwyczajaliśmy się mówić ciśnienie, jakkolwiek „parcie krwi“ znajduje się w Słowniku Lek. Polskim. W leczeniu ropniaków opłucny należałoby wymienić nacięcie opłucny międzyżebrowe, które u dzieci znajduje duże zastosowanie. Niezrozumiałe jest określenie opróżniania jamy brzusznej z ropnej wydzieliny za pomocą wysysacza jako „bardziej brutalne“, niż gazikami. Chyba przeciwnie. Nie można zgodzić się z autorem, by „chorzy po operacji z powodu wrzodu żołądka lub dwunastnicy powinni przez dłuższy okres czasu stosować dietę, jak również wyrzec się niemal na zawsze spożywania pewnych pokarmów i napoi“. Zdanie cytowane można odnieść ewentualnie do stanu chorych po założeniu zespolenia żołądkowo-jelitowego, ale nie znajduje ono zastosowania po wykonaniu wycięcia czynnej części żołądka. W tym celu przecież robi się wymienione wycięcia, ażeby chorzy stali się pełnowartościowymi ludźmi, nie zachowującymi żadnej diety. W różniczkowym rozpoznaniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego należałoby podkreślić ogromną rolę określenia tętna, szczególnie u dzieci. To samo dotyczy odróżnienia zapalenia wyrostka robaczkowego od ostrego zapalenia przydatków kobiecych. (Ustęp o nakłuwaniu zatoki Douglasa jest powtórzony dwukrotnie).

Wymienienie powyższych wątpliwości w ocenie 3-tomowego dzieła nie ma w zamierzeniu umniejszania w niczym jego wartości. Przeciwnie, podkreśla, jak mało można zarzucić tej pracy. Dlatego jeszcze raz należy podnieść zasługę autora w napisaniu dzieła i wydaniu go w całości, co się nie udało wielu poprzednim polskim autorom.

J. Zaorski.

Rudolf THIEL. *Atlas der Augenkrankheiten*. Georg Thieme, Verlag. Leipzig. 1937.

Pięknie wydana księga, która prawdziwy zaszczyt przynosi znanemu zresztą wydawnictwu, jest nie tyle atlasem, ile podręcznikiem chorób oczu, o czym w przedmowie pisze sam autor. Zdaniem naszym, może ona służyć za wzór, jak układać należy podręczniki dla studentów lub lekarzy, którzy, nie mając ani możliwości, ani czasu na gruntowne zaznajomienie się z jakąś gałęzią wiedzy lekarskiej, muszą przyswoić sobie z niej działu nieodzownie potrzebne czy to lekarzowi, zajmującemu się praktyką ogólną, czy też specjalście w innej dziedzinie, zważywszy na t. zw. pogranicza różnych specjalności. Umiejtność posługiwania się wzornikiem oczyńnym i z grubsza choćby orientowanie się w obrazie dna ocznego stanowi przykład może najbardziej jaskrawy pod tym względem: zbadanie dna ocznego jest nieodzownie konieczne nie tylko w przypadku choroby nerwowej, co jest już od lat wiadome neurologowi, lecz często internście (stany chorobowe, związane z ogólnym nadciśnieniem krwi, choroby nerek) i otologowi (powikłania mózgowie w zapaleniach ucha środkowego). Wprawiają niemal w podziw zdolności, jeśli już nie talent dydaktyczny Thiela, od niedawna profesora okulistyki na uniwersytecie we Frankfurcie n. M.: na niespełna 190-u stronicach, których lwią część zajmuje 420 głównie kolorowych rycin, zdołał on przeważnie w tekście, objaśniającym te rysunki, zawrzeć całokształt okulistyki, nie wyłączając nawet jej części operacyjnej i leczenia ocznego. Lekarz ogólny, zwłaszcza praktykujący na prowincji, znajdzie w książce tej cały szereg doskonałych obrazów, według których łatwo mu będzie rozpoznać najczęściej spotykane choroby przedniego odcinka gałek ocznych (powieki, narządy łzowe, oczodół, spojówki, rogówka, białkówka, tęczęwka, dalej soczewka i ciało szkliste), a po rozpoznaniu zastosować zalecone tuż obok leczenie. Celem oddania stnu rzeczy jak najbardziej odpowiadającego rzeczywistości, posiłkuje się Thiel przeważnie fotografiami, jedynie w przypadkach, gdy zmiany charakterystyczne nie uwydatniają się dobitnie, zastępuje je rysunkami. Najbardziej imponująco przedstawia się dział, zawierający obrazy dna ocznego w chorobach nerwu wzrokowego, siatkówki i naczyńki. Wobec tego, że fotografia dna ocznego, zwłaszcza barwna, nie może się dotychczas jeszcze poszczycić takimi wynikami, by na niej uwydatnić się mogły wszystkie szczegóły charakterystyczne dla pewnej jednostki chorobowej, atlas w tej części składa się z wykonanych bez zarzutu i nader plastycznie rysunków kolorowanych dna ocznego przy użyciu wzornika stereoskopowego Gullstranda. Okulistyka ma w dorobku całe szeregi, nawet już przed laty kilkudziesięciu wykonanych, bardzo dobrych atlasów dna ocznego, lecz tak wzorowo, z taką precyzją, a jednocześnie tak ściśle odpowiadających prawdzie obrazów, jakie nam daje atlas Thiela, nie spotykaliśmy dotąd. Niewątpliwie jest to w dużej mierze zasługą olbrzymich postępów, jakie się dokonały w latach ostatnich w sztuce reprodukcyjnej. Jeśli lekarz starszej generacji przypomni sobie, z jakich podręczników, z jakich rycin korzystał podczas swoich studiów, jak zmuszony był wczytywać się w opisy stanów chorobowych, by utrwalić w wyobraźni swej jednostkę kliniczną, i zajrzy do takich podręczników współczesnych, jak atlas Thiela, przekona się, jak ułatwione zadanie ma obecnie student medycyny lub lekarz, chcący się zapoznać z jakąś specjalnością, mało mu znaną, której okrucy pozostały mu w pamięci z czasu studiów uniwersyteckich. Atlas Thiela gorąco polecić należy nie tylko studentom, lecz i wielu lekarzom, którzy muszą uzupełnić swe wykształcenie kliniczne

znajomością dna ocznego, zwłaszcza, że cena książki tej jest zupełnie dostępna (24 marki w pięknej oprawie).

Leon Endelman.

Prof. Dr. Kurt SCHNEIDER. *Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte*. 1936. Georg Thieme, Verlag. Leipzig.

Na całość książki Schneidera składa się 15 wykładów na temat aktualnych zagadnień klinicznej psychiatrii. Autor wytknął sobie przede wszystkim cele różniczkowo-rozpoznawcze. Dlatego też rozpoznaniu psychoz endogenicznych — schizofrenii i psychozy maniako-depresyjnej — poświęca 3 wykłady. W kilku wykładach omawia pod względem rozpoznawczym psychopatie, narkomanie, reakcje psychopatyczne. Większy rozdział traktuje o systematyce i klasyfikacji psychiatrycznej. Zbyt pobieżnie przedstawione zostało natomiast leczenie psychiatryczne. — Jeżeli chodzi o stosunek do problematyki nozograficznej, to autor wprowadza jako podstawę swych rozważań przyjmuje wyodrębnione przez Kraepelina dwa kręgi psychoz endogenicznych, jednak zakreśla schizofrenii bardzo szerokie granice, zaliczając do niej nie tylko hebefrenię, katatonię i schizofrenię paranoidalną, lecz również parafrenię, paranoję inwolucyjną, jak również „każdą przyczynowo niewyjaśnioną paranoję“ oraz większość psychoz „brzeżnych i obocznych“ (Rand- und Nebenpsychosen) Kleista. Autor opowiada się za koncepcją symptomatycznych schizofrenii, zaprzecza jednak istnieniu symptomatycznych postaci psychozy maniako-depresyjnej. Co się tyczy systematyki, to poglądy autora odpowiadają na ogół założeniom diagnostyki strukturalnej Birnbauma i wielowymiarowej Kretschmera. Uznając doniosłość niektórych zdobyczy szkoły konstytucjonalistycznej Kretschmera, występuje jednak autor przeciw pojęciu schizofrenii i przeprowadza ścisłą linię demarkacyjną między psychopatią a schizofrenią, nie dopuszczając istnienia przejść między nimi. Pod tym względem zgadza się Schneider raczej z Jaspersem i Gruhlem. Warto podkreślić kilka modyfikacji terminologicznych Schneidera. A więc zamiast ogólnie przyjętego terminu psychozy maniako-depresyjnej mówi autor o cyklotymii, która wszak ma znacznie węższe znaczenie. Dla neuropatii proponuje nazwę somatopatii, akcentując w ten sposób udział czynników cielesnych w tym cierpieniu. Autor uważa za niefortunny wyraz „nerwica“, pomimo że wyraz ten już zdobył sobie prawo obywatelstwa w psychiatrii. Słusznie dąży autor do ściślejszego sprecyzowania terminologicznego pojęcia hysterii. Książkę swą Schneider przeznacza dla lekarzy-praktyków, którzy w niej znajdą istotne i podstawowe wiadomości, potrzebne do orientacji kliniczno-psychiatrycznej.

Wł. Matecki.

Percival BAILEY. *Die Hirngeschwülste*. (Guzy mózgu). Seiten 415 mit 157 Abbildungen. F. Enke, Stuttgart 1936. Cena 32 RM., w oprawie 35 RM.

Za zasługę poczytać wypada Schaltenbrandowi z Würzburga i Weissowi z Hamburga, że dokonali przekładu na język niemiecki, bardziej od angielskiego dostępny dla ogółu lekarzy europejskich, klasycznej, obficie rysunkami ozdobionej pracy z kliniki i chirurgii guzów mózgu Bailey'a, profesora chicagowskiej kliniki Uniwersyteckiej. Bailey jest znany ze swojej klasyfikacji guzów mózgu jako poważny przedstawiciel neuropatologii amerykańskiej i jako współpracownik słynnego neurochirurga Cushinga. Praca ta, poświęcona prof. Foersterowi, pierwszemu chronologicznie i najbardziej głośnemu z prac podstawowych pionierowi neurochirurgii Europy, ukazała się w oryginale o kilka lat wcześniej od przekładu, i jedynie z recenzji jest znana większości neurologów kontynentu. — Dobrą stroną tej 400 z górą stronic obejmującej książki stanowi to, że dość przystępnie przy pomocy ścisłych metod badania i wzorowych radiogramów poucza czytelnika o praktycznie najważniejszej sztuce rozpoznawania, umiejscawiania, stawiania wskazań i rokowania poddających się operacji nowotworów jamy

czaszkowej. Przez tłumaczy zostały uzupełnione dział patofizjologiczny i arteriograficzny w ogólności oraz dział pewnych rzadzych guzów w szczególności. — Skromnie pisał Bailey przed kilku laty w przedmowie: osobiście mam jeszcze żywo w pamięci grube księgi, które zmuszony byłem jako student nabywać, ucząc się neurologii. Jeszcze do dziś dnia ozdabiają one moją bibliotekę, stercząc poważnie z nierozciągniętymi stronicami. Usiłowałem przeto, jak mogłem, dać swoim słuchaczom teraz krótki podręcznik, który studenci czytać już będą... I dał tę księgę *in quarto* na 415 stronicach. Może ona jest krótka, ale, gdyby każdy lektor tyle wymagał ze swojej specjalności, mielibyśmy w początkujących aplikantach medycyny znakomitych klinicystów we wszystkich domenach, a zwłaszcza młodych neurologów, którzy zdążyli przeczytać czterysta kilkadziesiąt bitych dużych stronic nie o ogólnej neurologii, nie o nowotworach, nie o układzie ośrodkowym, nie o mózgu, lecz jedynie i wyłącznie „o guzach mózgu“, a już co najmniej pięciokrotnie tyle z pozostałej neuropatologii. *Quantum satis!*—Trudno streścić książkę w jej szczegółach klinicznych, zgodnych z klasyfikacją histo-patologiczną guzów Baileya. Dość powiedzieć, że zawiera ona w części ogólnej: 1) problem nowotworów, 2) zagadnienie budowy czaszki, mózgu, opon i płynu, 3) topografię i angiografię mózgu, jego kanalizację i lokalizację. W części szczegółowej dyskutowane są na obserwacjach własnych: 4) ze-

spóły mostowo-mózdzkowe (*neurinoma acustici*), 5) zespoły przy-sadkowe (*adenoma hypophyseos*), 6) zespoły podwzgórkowy (*craniopharyngeoma*), 7) guzy tkanki łącznej wewnątrzczaszkowej (*sarcoma, melanoblastoma*), 8) oponiaki (*meningioma*) w zespołach *Rolanda, tuberculia sellae, alae ossis clinoides, regionis olfactoriae*, 9) naczyniaki (*haemangioblastoma, teratoma veneticum, angioma racemosum*), 10) guzy międzyodnogowe (zespoły czwartej komory, *ependymoma*, histogeneza, klasyfikacja), 11) zespoły robaka mózdzku (*medulloblastoma*), 12) zespoły półkuli mózdzku i zespoły czolowy (*astrocytoma*), 13) zespoły wzgórkowy, ciemienny, afatyczny (*oligodendroglioma*), 14) *glioblastoma multiforme*, 15) *spongioblastoma, pinealoma*, 16) przerzuty mózgowo, 17) diagnostyka ogólna, 18) rozpoznanie różniczkowe, 19) leczenie i wyniki terapii. — Wydanie książki staranne, obfituje w rysunki, encefalogramy i wentrikulogramy. Bibliografia bardzo szczegółowa. samej angielsko-amerykańskiej 421 prac. Z autorów polskich w całym dziale neurochirurgii mózgu znalazłem, niestety, tylko dwa nazwiska: prof. Minkowskiego i Higiera, prac dawnych z okresu wojny wszechświatowej, a jednak u nas zajmowano się guzami mózgu w ostatnim ćwierćwieczu nie mało, i mam wrażenie, że poważnie skrzywdzono piśmiennictwo nasze, dokładnie zreferowane w ostatnich latach kilkunastu w pismach zagranicznych.

H. Higier.

## Wskazówki praktyczne.

Leipner poleca w niektórych chorobach skóry leczenie hormonami płciowymi mężczyzn: *Androsteronbenzoatem* i *Erugonem* (*Testiculin*). Doskonałe wyniki dały zastrzykiwanie domięśniowe androsteronbenzoatu i stosowanie doustne erugonu w przypadkach *świądu starczego* i *wyprysku*. (Derm. Wochschr. 1937, Nr. 27).

—o—

W *Raynaudowskiej zgorzeli ucha* stosował Findeisen z doskonałym wynikiem zastrzykiwanie podskórne lub domięśniowe *Padutiny* z początku 2 razy dziennie; już w 3 dni po rozpoczęciu leczenia miejsca, dotknięte zgorzelą, pokrywają się zdrową ziarniną, dającą początek zupełnemu zabliznieniu. (Med. Klin. 1937, Nr. 14).

—o—

Capuani i Secondi doprowadzili do wyleczenia przypadki *gruźlicy krtani* przy pomocy *Sanocryzyny* w dawkach 10—30 cg. i *Solganalu* B. w dawkach 2—10 cg., stopniowo po-

większanych. Na schorzenie płucne wpływu dodatniego leczenia to nie miało. (Arch. ital. Otol. 1935. Z. IV).

—o—

Martin stosował w *cierpieniach gośćcowych mięśni i stawów Rheumichthol* z bardzo dobrym wynikiem. *Rheumichthol* jest to jasny spirytus ichtiolowy (fabr. Cordes-Hermanni i Sp. P. Unna). Lek ten należy wcierać aż do zniknięcia jego śladów. Wystarczy trzy- lub czterokrotne wtarcie. Podrażnienia skóry nie spostrzegano. (M. m. W. 1937, Nr. 5).

—o—

Zapobieganie nawrotom róży za pomocą *długotrwałego leczenia Prontosilem* propaguje J. Frankl. Autorem tej metody jest prof. Borde, który utrzymuje, że nie należy ograniczać się do stosowania prontosilu tylko podczas okresu gorączkowego, takie postępowanie bowiem nie chroni przed nawrotami. Należy co najmniej w ciągu 3 miesięcy dawać choremu 2 razy dziennie po 1 tabletkę 0,3 g. Na 7 przypadków róży nawrotowej Frankl ani w jednym nie doznał zawodu i uważa postępowanie to za jedynie skuteczne w zapobieganiu nawrotom róży. (Derm. Wchsch. 1936, Nr. 49).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Protokół Walnego Zebrania Członków Towarzystwa, odbytego w dniu 11 marca 1937 r. w drugim terminie.

Po zagajeniu zebrania przez Dra Knappego na przewodniczącego powołano dra L. Knastrę, na asesora — dr. St. Zamenhofa, na sekretarza — dr. H. J. Landaua.

Przewodniczący stwierdza prawomocność zebrania, jako odbywającego się w drugim terminie, a więc ważnego bez względu na liczbę obecnych.

Po przyjęciu porządku dziennego przez zebranych uczczono przez powstanie pamięć zmarłych w ciągu ubiegłego roku członków Towarzystwa, ś. p. dr. Justyny Budzyńskiej-Tylickiej i b. p. dr. Mieczysława Goldbauma.

Protokół poprzedniego Walnego Zebrania odczytał dr. Knappe. Protokół został przyjęty bez zmian.

Sprawozdanie z działalności Zarządu Towarzystwa za rok 1936 złożył Dr. Knappe.

Sprawozdanie kasowe złożył skarbnik ustępującego Zarządu dr. Szwarca.

Protokół Komisji Rewizyjnej i jej wniosek o udzielenie absolutorium ustępującemu Zarządowi odczytał Dr. Szwarca.

W dyskusji wyjaśnia dr. Szwarca, że pracami Sekcji Odczytowej kierował nie tylko on, lecz również dr. Knappe, dzięki któremu odbyło się wiele odczytów.

Zebranie uchwaliło jednogłośnie absolutorium dla ustępującego Zarządu.

Na miejsce ustępujących dr. A. Szwarca, dr. Z. Srebrnego, dr. M. Bornsztajna, oraz dr. St. Higiera obrano jednogłośnie ponownie dr. A. Szwarca, dr. Z. Srebrnego, dr. M. Bornsztajna oraz prof. Szmurłę, jako zastępców dr. J. Hozera, dr. W. Odrzywolskiego i dr. St. Higiera.

Do Komisji Rewizyjnej obrano jednogłośnie prof. M. Kopackiego, dr. J. Weisblata i dr. P. Rudzkiego. Wolnych wniosków nie zgłoszono.

Posiedzenie plenarne z dnia 11 marca 1937 r.

Obecnych 13.

Przewodniczył dr. Szwarca.

Odczyt:

Dr. A. Pietrasiewicz. *Nowa organizacja sądownictwa dyscyplinarnego Izby Lekarskiej.*

Nowa ustawa o Izbach Lekarskich, gwarantując niezawisłość ich sądów dyscyplinarnych, przyczyniła się do wzmocnienia autorytetu lekarskiego. Dla lekarzy ważne są nie tylko wyroki skazujące, lecz również uniewinniające, np. w sprawach o zapisywanie środków odurzających. W ustawie o sądach dyscyplinarnych odpadł cały balast biurokratyczny, obarczający niepotrzebnie ustawę, a przeniesiony obecnie z ustawy do rozporządzenia p. Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Ma to tę dodatnią stronę, że o wiele łatwiejsze jest znowelizowanie rozporządzenia, niż ustawy. Najważniejsza część ustawy stwierdza, że co lekarze mogą być pociągani do odpowiedzialności, a mianowicie za wykroczenia przeciwko etyce, honorowi i sumiennemu spełnianiu swych obowiązków. Do odpowiedzialności przed sądami dyscyplinarnymi Izby Lekarskiej mogą być pociągani również lekarze urzędowi, samorządowi, kolejowi, Ubezpieczalni za przekroczenia służbowe po uzyskaniu pozwolenia p. Ministra Pracy i Opieki Społecznej oraz wojskowi za zgodą p. Ministra Spraw Wojskowych. (art. 21). Kary są czterech stopni: napomnienie, nagana, czasowe odebranie prawa praktyki, skreślenie z listy członków Izby Lekarskiej. Wyroki mogą być obostrzone grzywną do 500 zł. Odpadła więc najłżejsza kara poprzedniej ustawy, jaką było ostrzeżenie. Możliwe jest zawieszanie prawa praktyki na okres czasu dłuższy niż rok, czego nie było w poprzedniej ustawie. Ferowanie wyroku nie jest ograniczone liczbą członków sądu, a wyroki nie muszą być zatwierdzane przez Radę Dyscyplinarną przy Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej. Stosując zasady humanitaryzmu, ustawa nie pozbawia skreślonych z listy lekarzy na podstawie prawomocnego wyroku Sądu Dyscyplinarnego praw członków instytucji ubezpieczeniowych. Sądy Okręgowe Izby Lekarskiej liczą 18—24 członków w zależności od wielkości Izby, Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej — 18 członków, z czego 9 lekarzy jest wybieranych przez ogół lekarzy, 5 lekarzy mianuje p. Minister Pracy i Opieki Społecznej oraz 4 sędziowie zawodowi, przytym zawsze będzie przewodniczącym jeden z sędziów. Pod względem formalno-prawnym sądy niewątpliwie zyskują na tej inowacji, godzi ona jednak w niezawisłość i samorząd lekarski, zwłaszcza wprowadzenie do Sądu Naczelnej Izby Lekarzy nominatów dowodzi braku zaufania do lekarzy. Komplet Sądzący Okręgowych Izby Lekarskiej są trzy osobowe, komplety Naczelnej Izby Lekarskiej — pięcioposobowe, przyczym przewodniczący sędziowie zawodowi, wotantami są dwaj lekarze z wyboru i dwaj mianowani. Dzięki temu zmniejszą się koszty postępowania sądowego. Ustawa znosi również Radę Dyscyplinarną przy Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej. Nową ustawę ogłoszono w r. 1934, sądy Izby Lekarskiej działały na podstawie starej ustawy jeszcze przez rok 1935 r., poczym zawiesiły swe czynności wobec braku rozporządzenia wykonawczego do ustawy, które ukazało się dopiero w r. 1936. Rozporządzenie zawiera sześćdziesiąt kilka paragrafów i dzieli się na sześć części. Postępowanie dyscyplinarne toczy się niezależnie od sprawy przed sądem państwowym. Członek Sądu nie może być jednocześnie członkiem Zarządu Izby. Prezesem Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej może być tylko lekarz, który będzie jednak pełnił wyłącznie czynności administracyjne, a nie sądowicze. Najważniejszy jego obowiązek polega na prowadzeniu ewidencji zasadniczych orzeczeń Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, co będzie stanowiło podstawę orzecznictwa sądów dyscyplinarnych Izby Lekarskiej. W przeciwnieństwie do sądów państwowych sędzi Sąd tej Izby Lekarskiej, do której należy obwiniony lekarz, a nie na terenie której popełniono wykroczenie. Obrońcą przed sądem dyscyplinarnym może być tylko lekarz. Stroną przed sądem dyscyplinarnym jest zawsze Zarząd Izby Lekarskiej, delegujący rzecznika dyscyplinarnego, a nie lekarz, wnoszący skargę, który może być tylko świadkiem. Oskarżenie może popierać w ważniejszych sprawach rzecznik władz administracyjnych (wojewody, względnie p. Ministra Pracy i Opieki Społecznej), o ile uznają one to za potrzebne. Rzecznik ten ma te same prawa, co rzecznik dyscyplinarny Izby, nie musi on być lekarzem. Postępowanie w sądach dyscyplinarnych jest zawsze tajne. Obwiniony ma prawo delegować na rozprawę swych dwóch mężów zaufania. Wniosek o ukaranie obwinionego stawia Zarząd Izby. Jeżeli oskarżenie wpłynęło ze strony władz, Zarząd Izby nie ma prawa sprawy umorzyć, lecz obowiązany jest skierować do sądu. W razie nieuwzględnienia skargi przez Zarząd Izby Okręgowej skarżący ma prawo się odwołać do Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej, a następnie do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Prawomocne wyroki Sądów Dyscyplinarnych nie wymagają zatwierdzenia władz administracyjnych. Koszty postępowania sądowego w razie wyroku skazującego ponosi obwiniony, w przeciwnym razie — Izba. Nie udało się niestety osiągnąć tego, by sądy państwowe były zobowiązane do ściągania zeznań w

drodze rekwizycji na prośbę Sądów Dyscyplinarnych Izby Lekarskiej. Sprzeciwił się temu p. Minister Sprawiedliwości, obawiając się nadmiernego obciążenia sądów grodzkich, a byłoby to znacznym utrudnieniem pracy Sądów Dyscyplinarnych. Sędziowie zawodowi i rzecznicy władz administracyjnych otrzymują diety. Zaległe sprawy będą rozpatrzone według nowej ustawy, kary będą jednak nakładane według starej. Izba Lekarska opracowała regulamin postępowania przed sądami Izby Lekarskiej oraz regulamin rzeczników dyscyplinarnych. Rzecznicy dyscyplinarni biorą udział w posiedzeniach Zarządu Izby Lekarskiej, są mianowani na przeciąg jednego roku, lecz kadencja ich będzie zapewne przedłużona, by nabrali oni rutyny. Postępowanie polupowne w sprawach cywilnych między lekarzami oraz między lekarzami a pacjentami może się dotyczyć przed sądami dyscyplinarnymi na zasadzie pisemnej zgody. Przyszłość pokaże, czy ustawa czyni zadość wymaganiom życia.

Dyskusja:

Dr. Odrzywolski zapytuje, czy w ustawie najwyższy wymiar kary nazywa się „zawieszeniem w prawie wykonywania praktyki” czy też „skreśleniem z listy członków Izby”. Nie jest to równoznaczne, gdyż w drugim wypadku skazany może się przenieść na teren innej Izby Okręgowej, gdzie ewentualnie postępowanie dyscyplinarne będzie musiało być ponowione. Co się dzieje, jeżeli sędzia z jakiegoś powodu (np. choroby, wyjazdu) nie może brać udziału w rozprawie? Czy wchodzi sędzia z innego kompletu sądownego czy też odracza się sprawę? Czy władze administracyjne muszą być zawiadamiane o każdej sprawie, do rzecznik pomocniczy jest wyznaczony przez nie według ich uznania?

Dr. Błay zapytuje, jak są mianowani członkowie Sądu nominaci. Czy każda sprawa, skierowana do Zarządu Izby Lekarskiej przez władze, musi być przekazana Sądowni.

Dr. H. J. Landau uważa, że tajemnica lekarska nie zostaje zachowana w gronie, w którym poza lekarzami znajdują się sędziowie zawodowi i rzecznik władz administracyjnych — nie lekarz. Nadmiernie duże komplety sądowne oczywiście utrudniają przeprowadzenie postępowania sądowego, lecz zbyt małe (3—5 osób), jakie wprowadza obecna ustawa zwiększają znacznie możliwość pomyłki sądowej, które przecież nie należą do rzadkości, a orzeczona wysoka kara może zadecydować o całym życiu obwinionego. Dwutorowość sądownictwa, tj. jednoczesne toczenie się postępowania przed sądem państwowym i przed sądem dyscyplinarnym Izby w razie sprzeczności wyroków musi wywoływać poczucie niesprawiedliwości, krzywdy wobec niesłuszności jednego z wyroków. Zarząd Izby, kierując wniesione skargi do sądu, względnie nie nadając im biegu, stanowi właściwie sąd pierwszej instancji nie orzekającej wprawdzie o karze, lecz prejudykująco o winie; odwołanie się do Zarządu Naczelnej Izby, ewentualnie do Sądu Izby Naczelnej w przedmiocie postępowania sądowego stanowi duże utrudnienie dla skarżącego. Mowca nie rozumie, dlaczego w obronie obwinionego nie może występować w sądach dyscyplinarnych adwokat; przecież obwinionemu należy zapewnić jak największe możliwości obrony. To, że rzecznik, występujący z ramienia Zarządu Izby, jest lekarzem, a nie adwokatem, niczego nie dowodzi.

Dr. Knaster zapytuje, czy mężowie zaufania obwinionego są obecni na naradach sądu w sprawie wyroku. Porusza sprawę utrudnień, czynionych lekarzom przy zapisywaniu środków odurzających (np. w przypadkach nieuleczalnych nowotworów).

Dr. Odrzywolski uważa za słuszne, że postępowanie przed sądami państwowymi i dyscyplinarnymi toczy się niezależnie jedno od drugiego, wyroki mogą się nawzajem uzupełniać. Np. sąd państwowy może skazać lekarza w sprawie o zapisywanie środków odurzających, a sąd dyscyplinarny go uniewinni. W sprawie o szantaz sąd państwowy może uniewinnić z powodu braku dowodów, a sąd dyscyplinarny skazać za nieetyczne postępowanie. Decyzja Zarządu nie jest obowiązująca dla sądu.

Dr. H. J. Landau wyjaśnia, że odmienne wyroki sądu państwowego i dyscyplinarnego mogą wyplwać nie tylko z rozmaitej interpretacji zarzucanych wykroczeń, lecz sam fakt wykroczenia może inaczej się przedstawiać w świetle przewodu sądowego w sądzie państwowym i sądzie dyscyplinarnym, a wtedy musi powstać poczucie niesprawiedliwości jednego z wyroków nie tylko u obwinionego, lecz i wśród ogółu lekarzy. Decyzja Zarządu Izby nie jest obowiązująca dla sądu dyscyplinarnego, lecz w razie nieskierowania skargi do sądu, ten ostatni nie może się w ogóle w tej sprawie wypowiedzieć, a wtedy decyzja Zarządu Izby posiada charakter wyroku uniewinniającego, odwołanie się od którego następcza skarżącemu duże trudności.

Dr. A. Szwarz uważa za plus wyroki uniewinniające sądów dyscyplinarnych, np. w sprawach o zapisywanie środków odurzających. Ważna jest możliwość rozstrzygnięcia sporów mię-

dzy lekarzami ordynującymi w instytucjach pomocy lekarskiej a lekarzami administracyjnymi tych instytucji.

W odpowiedzi wyjaśnia dr. Pietrasiewicz, że wyrok sądu dyscyplinarnego, orzekający skreślenie z listy praktykujących lekarzy, jest ważny w całym Państwie. Kompletzy sądzące nie są zafiksowane, przewodniczący może w razie choroby lub wyjazdu jednego z sędziów wyznaczyć innego sędziego; gorzej będzie oczywiście, gdy zachoruje lub wyjedzie sędzia — referent. Zasadniczo o każdej sprawie w sądzie dyscyplinarnym zawiadamia się wojewodę. W sprawie mianowania lekarzy, członków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, p. Minister Pracy i Opieki Społecznej nie jest niczym skrępowany. Sprawy, skierowane przez władzę administracyjną, muszą być zawsze skierowane przez Zarząd Izby do Sądu dyscyplinarnego, inne — niekoniecznie (jednakże po przeprowadzeniu dochodzenia dyscyplinarnego przez rzecznika dyscyplinarnego). Rozpatrywanie skarg przez Zarząd Izby jest konieczne z tego względu, że często wpływają sprawy błahe, urojone (np. ze strony umyślowo chorych), których nie można kierować do sądu, a więc muszą one przejść przez sito Zarządu, który ustosunkowuje się do nich przez swego rzecznika dyscyplinarnego. Tajemnica rozprawy sądowej jest zagwarantowana. Możliwość pomyłek sądowych przy mniejszych kompletach sądczych jest taka sama, jak przy większych. Sąd państwowy kierować się musi kodeksem karnym, sądy dyscyplinarne — sumieniem lekarskim i kodeksem deontologicznym, uchwalonym przez samych lekarzy. Dwutorowość w sądownictwie jest korzystna dla lekarzy. Obróncę adwokata, dobrego mówcy, Izby cię obawiały, zwłaszcza, że, przeciwnikiem jego, rzecznikiem dyscyplinarnym, może być nie adwokat, tylko lekarz, któryby mu nie dorównał krasomówstwem, ani doświadczeniem sądowym. Mężowie zaufania obwinionego nie mogą brać udziału w naradach sądu nad wyrokiem. Wyroki Sądów Dyscyplinarnych w sprawach o narkomanii wpływają, być może, na zmianę przepisów o środkach odurzających.

## Posiedzenia kliniczne w Szpitalu dla dzieci im. Bersowów i Baumanów.

Posiedzenie z dn. 5.II r. 1937.

Kol. Jaroszewiczowa omawia przypadek *gruźliczego zapalenia opon mózgowych u niemowlęcia 11-miesięcznego*, którego poza objawami oponowymi stwierdzono objawy zapalenia płuc w prawym dolnym płacie. Badanie rentgenowskie wykazało obecność rozstrzeni oskrzeli, zapalenia płuc oraz zmiany na opłucnej podstawowo-międzypłatowej.

Dodatni odczyn tuberkulinowy u niemowlęcia nasuwał przypuszczenie swoistej sprawy w płucu.

Badanie pośmiertne wykryło prócz gruźliczego zapalenia opon serowaciejące zapalenie płuc, rozstrzenie oskrzelowe i zmiany zapalne na opłucnej.

W przypadku powyższym zasługuje na uwagę współistnienie gruźliczego zapalenia opon z serowaciejącym zapaleniem płuc, podczas gdy zazwyczaj w przypadkach swoistych zapaleń opon u niemowląt, nie spostrzega się w płucach już tak posuniętych zmian. Rozstrzenie oskrzelowe były prawdopodobnie zmianami wrodzonymi.

Kol. Kolski przedstawił przypadek ujmowany jako *rheumatismus tuberculosis* (Poncet). Chłopiec 10 letni, ze środowiska gruźliczego, zagorączkował wysoko przed dwoma laty i zaczął uskarżać się na bóle w stawach biodrowych, a potem i w pozostałych stawach kończyn górnych i dolnych. Bóle te utrzymywały się przez 6 tygodni, poczyniły wystąpiły deformacje w stawach biodrowych, łokciowych i kolanowych, które utrzymują się dotychczas i ulegają coraz większemu nasileniu (całkowite zeszytnienie, ruchów czynnych ani biernych wykonać nie można).

Za chorobą Ponceta przemawiają: obarczenie rodzinne, dodatnie odczyny tuberkulinowe, obecność zmian swoistych w płucach, limfocytoza we krwi oraz brak poprawy pomimo dłuższego podawania salicylu.

Kol. Kirszbraun przedstawia przypadek *żółtaczki wrodzonej*. Niemowlę 5-miesięczne zostało skierowane do szpitala z powodu odoskrzelowego zapalenia płuc. Żółtaczka wystąpiła w drugim tygodniu życia dziecka i utrzymuje się bez przerwy; stolce odbarwione, w moczu obecne barwniki żółci. Wątroba wystaje spod łuku na 3 palce, jest twarda, gładka; śledziona wyczuwa się na 2 palce pod łukiem. Odczyn WaR u rodziców i dziecka ujemny. Najprawdopodobniej mamy do czynienia z wadą rozwojową w postaci wrodzonego zamknięcia przewodów żółciowych. Rokowanie jest złe, gdyż dzieci te giną w I-ym roku życia z powodu rozwijającej się marskości wątroby (*cirrhosis biliaris*), często zaś jeszcze wcześniej padają ofiarą choroby zakaźnej.

## Posiedzenie kliniczne z dn. 12.II.

Kol. Kirszbraun omawia dalsze losy niemowlęcia z żółtaczką wrodzoną, przedstawionego na poprzednim posiedzeniu.

Dziecko zmarło po 4 dniach pobytu w szpitalu. Na autopsji stwierdzono obustronne zapalenie płuc, które było bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Wątroba duża, twarda; powierzchnia drobnoziarnista, zielona (*cirrhosis biliaris, hepar crocatum*). Pęcherzyk żółciowy mały, wypełniony przezroczystą śluzową treścią; przewód pęcherzykowy zarośnięty. Przewód żółciowy wspólny rozszerzony, w miejscu brodawki Vater'a całkowicie zarośnięty (*atresia ductus choledochi*).

Kol. Kahanova omówiła przypadek *duru brzuszego*, który nasuwał duże trudności rozpoznawcze.

Chłopiec 11 letni przybył do szpitala 9-ego dnia choroby z powodu wysokiej temperatury i kaszlu z rozpoznaniem *bronchitis et bronchopneumonia sin.* Temperatura utrzymywała się na poziomie 39°—39,7°. Tętno słabo napięte, miarowe, 120 na minutę, oddechów 36 na 1'. Język suchy, obłożony; stan ogólny ciężki. W płucach obustronnie objawy silnego nieżyty oskrzeli i oskrzelików. Tętno serca bardzo głucho. Śledziona macalna tuż pod łukiem żebrowym. Badanie krwi: Biał. ciałek 8.400. Eos 0,5% Pał. 13% Sg. 59% Limf. 19,5% Mo 8%. Posiew ze krwi jałowy. Widal XIII dn. choroby dodatni 1 : 50. Ogólny stan chorego oraz wybitnie głucho tętno serca nasuwały jednak podejrzenie duru, pomimo ujemnych badań serologicznych. XVIII dnia choroby temperatura spada. Widal powtórzony wówczas wypadł dodatnio w rozcieńczeniu 1 : 800. Obecnie tętno serca znacznie głośniejsze, objawy oskrzelikowe ustąpiły.

Kol. Wolfstein przedstawił *niemowlę 6 miesięczne*, które przybyło do szpitala 9-ego dnia choroby z powodu utrzymującej się temperatury oraz drgawek, które wystąpiły poprzedniego dnia. W oddziale ponownie wystąpiły drgawki kloniczno-toniczne. Przy badaniu rozpoznano *prawostronne zapalenie odoskrzelowe płuc*, objawów oponowych nie stwierdzono. Chwostek ++, Lust ++.

Dziecko zostało pokazane ze względu na objawy tężyczkowe w przebiegu sprawy zakaźnej tym bardziej, że w ostatnim tygodniu zaobserwowano w oddziale kilka przypadków tężyczki.

## Posiedzenie z dn. 19.II.

Kol. Hufnagel przedstawiła *niemowlę 9 tygodniowe (z bliźniąt) odżywiane przez pierwsze 3 tygodnie życia wyłącznie pierśią, następnie pokarmem i klejem z mlekiem (1:1)*. Od 2 tygodni dziecko cierpiało na katar nosa, wymioty po jedzeniu oraz upośledzone łaknienie. W dniu przybycia do szpitala wystąpiły nagle drgawki toniczne, połączone z utratą przytomności; źrenice były szerokie, leniwie oddziaływały na światło. Podczas pierwszych 2 dni pobytu w oddziale drgawki powtarzały się dość często. W czasie między napadami stan ogólny dziecka niezły, temperatura normalna, objawów oponowych brak, objaw Chwostka niestale dodatni, Lust ujemny. Wyraźna bolesność uszu na dotyk, zwłaszcza po stronie prawej. Naktucie łądźwiowe: płyn wodojasny pod dużym ciśnieniem, bez zmian patologicznych. Wobec utrzymującego się niepokoju dziecka oraz wystąpienie temperatury 38°—38,5° dokonano obustronnej paracentezy (prawa błona przekrwiona). Po tym zabiegu dziecko uspokoiło się.

Należy różniczkować między tężyczką (pora roku, *craniotabes*, niestały Chwostek, mieszane odżywianie), późnymi objawami wylewu poporodowego w mózgu, oraz banalną infekcją (uszy), która spowodowała drgawki.

Kol. Kirszbraun przedstawił przypadek *odoskrzelowego zapalenia płuc z szczególnym zespołem objawów*. 12-miesięczne niemowlę zachorowało przed 2 tygodniami: wystąpił kaszel, chrypka, po tygodniu zaczęło gorączkować, tchnąć; rozpoznano zapalenie płuc. Na oddziale uderzyło zachowanie się dziecka, które wykazywało niesłychany niepokój ruchowy (*jactatio*), uniemożliwiający niemal badanie, wykonanie zdjęć, tak że musiano je stale uspakajać narkotykami. W płucach stwierdzono obustronne ogniska zapalne. Odczyn tuberkulinowy ujemny. Dziecko otrzymało dwukrotnie transfuzję; objawy zapalne cofnęły się w ciągu 10 dni, temperatura opadła do normy, dziecko zaczęło przybierać na wadze, ale niepokój dziecka, może nieco mniejszy, utrzymuje się w dalszym ciągu. Zadnych zmian dla wytłumaczenia tego niepokoju w ustroju nie znaleziono. Najprawdopodobniej niepokój ma tło neuropatyczne. Wykonano paracentezę podejrzanego ucha, ale bez wyniku.

Kol. Hufnagel pokazała *niemowlę 8 miesięczne*, które przybyło do szpitala VII-ego dnia choroby z objawami *obustronnego odoskrzelowego zapalenia płuc*. Dziecko spokojne, objawów oponowych nie stwierdzano, Chwostek — Ciemię nie było

ani wypięte ani napięte, jedynie zwracało uwagę mocne odrzucanie głowy w tył.

Czwartego dnia pobytu w szpitalu wystąpiły w nocy drgawki. Wykonano nakłucie łądźwiowe; płyn mętny pod dużym ciśnieniem. Odczyn zapalny dodatnie, pleocytoza 1130 ciałek w mm<sup>3</sup> ze znaczną przewagą wielojądrowych; posiew z płynu jałowy. Do kanału podano 18 cm<sup>3</sup> surowicy meningokokowej. Codzień robiono dziecku nakłucie łądźwiowe oraz zastrzykiwano do kanału 20 cm<sup>3</sup> surowicy meningokokowej. Po trzecim nakłuciu pleocytoza 48 ciałek w mm<sup>3</sup>, stosunek wiele do jednojądrzastych (1:1). Temperatura przez cały czas utrzymuje się na poziomie 37°—38,5° (*in recto*), objawy płucne bez zmian, natomiast wystąpiła wyraźna sztywność karku.

Rozpoznanie waha się między *odoskrzelowym zapaleniem płuc*, w którego przebiegu wystąpiło pneumokokowe zapalenie opon mózgowych, — a *meningokokowym zapaleniem opon mózgowych*, któremu towarzyszyły objawy płucne. Przebieg kliniczny raczej przemawia za ostatnim.

Kol. K o l s k i zademonstrował przypadek *ziarnicy złośliwej* u dziewczynki 9-cio letniej, która po raz drugi zgłosiła się do szpitala. Przed trzema laty stwierdzono na oddziale po lewej stronie szyi guz wielkości pięści, niebolesny, skóra na powierzchni niezmienniona, przesuwalna; po stronie prawej szereg gruczolów wielkości fasoli. Śledziona macalna na 3 palce, wątroba na 1 palec. Diazo w moczu dodatnie; odczyn Pirqueta ujemny; OB—45 minut. We krwi 4.500.000 cz. ciał, Hb 32%. Białych ciałek 8.700. Wzór: S—74% L—19% E—0%. Mon. 2% Pał 5%.

Podejrzewano *lymphogranulomatosis maligna*. Biopsja potwierdziła rozpoznanie. Leczone naświetlaniami promieniami R<sub>0</sub> (4 serie w odstępach 6 tygodni). Przez 3 lata dziecko było zdrowe, dobrze wyglądało, uczęszczało do szkoły. Od 3 miesięcy leży, gorączkuje, skarży się na ból brzucha w okolicy pępka; skóra bardzo bleda z odcieniem szarawożółtawym, gruczoły obwodowe niewyczuwalne, śledziona twarda wystaje spod łuku żebrowego na 3 palce, wątroba na 1 palec. Gruczolów w jamie brzusznej nie wyczuwa się, natomiast powierzchnia powłoki brzusznej jest jakby nierówna. W płucach i śródpiersiu brak zmian patologicznych. W sercu nad wierzchołkiem szmer skurczowy. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny. Odczyn tuberkulinowy ujemne OB—15 minut. W kale jaj pasorczytów nie stwierdza się. Bad. krwi; cz. ciał 2.260.000; Hb 32%; biał. ciał. 8.500. S—82, % L—10,5% E—0% Mon. 3% Pał. 4%.

Wobec braku powiększenia gruczolów obwodowych i wyniku badania klinicznego i histologicznego rozpoznano wewnątrzno-narządową postać ziarnicy złośliwej.

Kol. S z t a j n b o k przedstawił *przypadek zespołu Raynaud*. U dziewczynki lat 14-tu stwierdzono objawy t. zw. skazy naczyniowo-nerwicowej w postaci skłonności do zaczerwienienia, zblednięcia, zaburzeń nerwicowych serca, nadmiernej pobudliwości psychicznej, *dermographismus* i t. p. W sercu stwierdzono niedomykalność zastawki dwudzielnej. Wada ta, którą stwierdzono jeszcze przed 7 laty, jest całkowicie wyrównana. Odczyn W a. ujemny. Wyraźna sinica palców I—IV ręki lewej oraz 3, 4 i 5-ego palca ręki prawej. Sinica ta chwilami się zmniejsza, niekiedy zaś nasila się. Na palcu wskazującym ręki lewej zmiany troficzne w postaci strupa przylegającego do skóry, poprzednio w tym miejscu był podobno pęcherzyk. Zmiany wyżej opisane wystąpiły przed 4-ma miesiącami i stopniowo nasilają się. Dziecko narzeka na bóle w palcach, uniemożliwiające wszelką pracę ręczną. Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z postacią na-

czyniowo-nerwicową zespołu Raynaud, t. zw. postacią samoistną w odróżnieniu od postaci objawowej, towarzyszącej pewnym chorobom.

### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 29 stycznia 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 6/1937) W. S c h l o s s mówił o leczeniu *raka języka radem i elektrokoagulacją*, pokazując jednocześnie odpowiedni przypadek. Chory, którego prelegent przedstawiał już w tym samym Towarzystwie w r. 1932, zachorował na płaskokomórkowego raka środkowej trzeciej części języka w r. 1931. Leczone go zrazu radem, lecz powierzchowne naświetlanie radem dało tylko przemijającą poprawę. Prelegent widział chorego po raz pierwszy w marcu 1932 r., kiedy stwierdził miejscowy nawrót, zaś gruczoły okoliczne wydały mu się podejrzane. Za pomocą wśródguzowego leczenia radem i odległego naświetlania radem udało się całkowicie zniszczyć tkankę rakową. Przez 2 lata chory nie wykazywał żadnych objawów; następnie w związku z lekkim urazem powstała *leukoplakia*, która w krótkim czasie przekształciła się w nowotwór, wrastający w mięśniówkę języka. Aby uniknąć ciężkich zaburzeń czynnościowych, wykonano najpierw w tkance nowotworowej tunele za pomocą elektrokoagulacji. Następnie w kanałach tych umieszczono rurki z radem, gdyż przypuszczano, że zbiegnie się martwica wskutek naświetlania z martwicą wskutek elektrokoagulacji. Po 6 tygodniach tkanka nowotworowa znikła. Pacjent nie wykazuje żadnych objawów po tym leczeniu nawet obecnie, prawie po upływie roku. Mowa chorego nie wykazuje zaburzeń, pacjent pracuje zawodowo. Ogółem wśród chorych z guzami, leczonych przez prelegenta tą metodą w latach 1929 — 1932, w liczbie 29 (w tym 21 z guzami pierwotnymi) stwierdza się 7 trwałych wyleczeń (33%) nowotworów pierwotnych i 2 (25%) nawrotów nowotworowych, ogółem 9 trwałych wyleczeń (31%).

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 5 lutego 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 7/1937) F. M a n d l mówił o *leczeniu uszkodzeń stawowych wstrzykiwaniami własnej krwi*. Prelegent zastosował z początku tę metodę (pobieranie 10—20 cm<sup>3</sup> krwi z żyły i wachlarzowate obstrzykiwanie nią okolicy stawu) w nawykowym zwichnięciu stawu barkowego. Do wstrzykiwania używa prelegent igły, której model podał Guetre (z Morawskiej Ostrawy), a w której krew nie może krzepnąć. Jeszcze ważniejszą okazała się ta metoda w naderwaniach i pęknięciach więzadeł krzyżowych i uszkodzeniach więzadeł obocznych stawu kolanowego. Od 1935 r. autor leczył 60 chorych z takimi uszkodzeniami wstrzykiwaniami własnej krwi zamiast stosowania rozmaitych ciężkich zabiegów, które podali Perthes, W i t t e k i inni, operacji, bardzo dowcipnie pomysłanych i mających na celu przywrócenie ubytków tkankowych, które mają naśladować położenie i czynność więzadeł krzyżowych, lecz czasami powodują ciężkie zakażenia, a nawet śmierć. Wstrzykiwania własnej krwi wywołują marszczenie się torebki stawowej, t. j. ten sam skutek, który wywoływał Seemen po naderwaniu więzadeł krzyżowych w ten sposób, że spalał elektrycznie duży płat tkanki podskórnej i przez to doprowadził do marszczenia się torebki stawowej. Uszkodzenia więzadeł krzyżowych wymagają 8—10 wstrzykiwań własnej krwi. W starszych uszkodzeniach otrzymuje się pomyślne wyniki mniej więcej w 70% przypadków. Bardzo często można więc uniknąć za pomocą tej metody, wolnej od niebezpieczeństw i nie wymagającej wprawy, złożonych i trudnych zabiegów operacyjnych. Od czasu, gdy sport się związał ściśle z państwem, również państwo jest w tym zainteresowane, by zachować mu sportowców.

## Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Podstawy walki z chorobami zakaźnymi\*).

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 14).

Oprócz przypadków łagodnych w przenoszeniu chorób zakaźnych coraz większą wagę przywiązujemy do nosicieli, t. j. osób, które, przebywszy chorobę lub

\* ) 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.

nawet nie przebywszy jej, noszą w sobie zarazki bez jakichkolwiek objawów, czy to obiektywnych, czy subiektywnych, i mogą zakażać inne osoby. Od roku 1892, kiedy K o c h wskazał na nosicielstwo w cholerze, lista chorób, w których nosicielstwo stwierdzone jest bakteriologicznie lub pewne epidemiologicznie, wciąż rośnie. Spośród chorób, panujących nagminnie, w bardzo nielicznych tylko, jak np. ospie lub odrze, nie podejrzewamy, że nosiciele odgrywają większą rolę. W niektórych zaś z tych chorób zagadnienie nosicieli dominuje.

Częstość występowania nosicielstwa w poszczegół-

nych chorobach jest bardzo niejednakowa, a nawet dla tej samej choroby liczby, podawane przez różnych badaczy, wykazują znaczne wahania. Różnice te zależą od rozpowszechnienia choroby, od tego, czy badania dotyczą ogółu ludności, czy tylko osób, które chorobę przeniosły, lub z chorymi się stykają, wreszcie od pory roku i innych przyczyn. W niektórych chorobach nosicielstwo jest na ogół krótkotrwałe, np. w cholerze, w czerwonce bakteryjnej, w nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. W innych chorobach, jak np. w błonicy, a szczególnie w durze brzusznej u osób, które dotknięte są schorzeniami woreczka żółciowego, nosicielstwo może trwać długo, bo lata całe. Nosicielstwo przy tym może być przemijające, t. j. okresowo zjawiać się i znikać, i spotyka się nie tylko u osób, które przebyły chorobę, lecz i u tych, które nigdy nie chorowały.

O rozpowszechnieniu nosicielstwa w błonicy istnieją liczne i dość dokładne materiały. Z badań angielskiego Medical Research Council wypływa, że w otoczeniu chorych nosiciele tworzą od 8—15%, spośród nich zaś 7—15% przypada na nosicieli zarazków zjadliwych. W Berlinie wśród dzieci szkolnych Pieper stwierdził maczugowca w 1,1%, Ławrynowicz w tych samych warunkach 2,9%, Bohdanowiczówna i Walęcki — 3,4%, z czego zjadliwych 12,0%, w otoczeniu zaś chorych Ławrynowicz znalazł pafeczkę Loefflera w 8,24%, z czego 35% nosieli pafeczek zjadliwych.

W durze brzusznej nosicielstwo jest bardzo rozpowszechnione. Park oblicza, że długotrwałe nosicielstwo (więcej niż 3 miesiące po chorobie) w durze brzusznej wynosi 20%, Ledinham twierdzi, że 25%, Brückner — 28%, Kayzer — 30%, Havens — 103% (!), u nas Bogacka — 43%. W otoczeniu chorych Ławrynowicz znalazł w Warszawie 12 nosicieli na 1000 zbadanych. Wśród ogółu ludności liczba nosicieli wynosi według Alberta 1:1000, według Chapina 2—4 na 1000, według Owczarewicza 3:1000, według Ławrynowicza na podstawie materiału sekcyjnego 5:1000.

Legendarna już jest amerykańska „Tyfusowa Marysia“.

Zimą 1906 roku Dr Soper był wezwany do domu zamężnego bankiera w miejscowości Oyster Bay, gdzie w ciągu ubiegłego lata z jedenastu mieszkańców sześciu zapadło na dur brzuszny. Warunki mieszkaniowe, woda, mleko były bez zarzutu. Zachorowań w okolicy nie było, mieszkańcy w okresie choroby nigdzie nie wyjeżdżali i nie mieli żadnego kontaktu ze znanymi przypadkami duru brzusznej. Uwagę doktora Sopera zwróciła kucharka, która wstąpiła na służbę do domu na 3 tygodnie przed wybuchem choroby u pierwszej ofiary — córki gospodarza. Wobec tego, że kucharka pracowała czasowo tylko jako zastępczyni trzeba było ją odnaleźć. Wyszukano ją i zmuszono do badania w szpitalu. W wydalinach jej stwierdzono bardzo duże ilości zarazków. Badanie wykazało, że w ciągu 10 lat służby, pracując w 8 rodzinach, w 7 spowodowała zakażenie, powodujące nowych przypadków 51. Pozbawiona wolności, Mary Mallon, gdyż takie było jej nazwisko, w ciągu trzech lat pędziła życie spokojne bez pracy. Niezadowolona z tego stanu rzeczy wystąpiła ona na drogę sądową, żądając zwolnienia i odszkodowania w sumie 50.000 dolarów. Sprawę przegrała, gdyż sąd uznał postępowanie nowo-yorskiego departamentu zdrowia za słuszne. Wtedy na prośbę pacjentki w roku 1910 zwolniono ją ze szpitala na podstawie zobowiązania, że nie podejmie się nigdzie pracy kucharki i że pewien przeciąg czasu będzie zjawiała się do kontroli. Słowa jednak nie dotrzymała i zniknęła zupełnie na przeciąg lat pięciu. Kiedy w 1915 roku wybuchła epidemia du-

ru brzusznej (25 przypadków wśród personelu Sloan Hospital w Nowym Yorku), i przeprowadzono badania, okazało się, że winowajczynią jest też sama Mary Mallon pod przybranym nazwiskiem Mrs Brown. Aresztowano ją więc po raz wtóry i umieszczono przymusowo w szpitalu.

Przypadków podobnych, choć mniej bogatych pod względem barwności epizodów, jest w literaturze bardzo dużo.

I w innych chorobach nosiciele są bardzo liczni. Nosicielstwo paciorkowca hemolizującego jest tak rozpowszechnione (30—40%), że można go uważać za zarazek wszechobecny. Jest bardzo prawdopodobne, że tak obecnością paciorkowca w gardle lekarzy i personelu pomocniczego należy tłumaczyć liczne zakażenia połogowe w zakładach leczniczych.

W nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych najrozleglejsze badania amerykańskie wykazują wśród ogółu 3% nosicieli, a w otoczeniu chorych znajdowano do 50%. Od 20—50% nosi dwoinki zapalenia płuc. W cholerze w środowiskach epidemicznych znajdowano wśród ogółu ludności 6—7% nosicieli (McLoughlin). W czerwonce bakteryjnej rola nosicieli jest dość znaczna.

Znane jest też nosicielstwo w zimnicy, w żółtej febrze, śpiączce afrykańskiej i w *tripanosomiasis*. Istnieją również dość liczne przykłady nosicielstwa robaków (robaczyca).

Bardzo wysokie odsetki ludności, posiadającej w niektórych środowiskach ludzkich przeciwciała swoiste przeciw żółtej febrze, porażeniu dziecięcemu albo błonicy, zdają się wskazywać na częstość zakażeń niewidocznych, czy to przez przypadki łagodne nierozpoznawane, czy to przez nosicieli. Zresztą, między nosicielem a przypadkiem łagodnym jest równie trudno ustalić granicę, jak między chorobą klinicznie wyraźną a przypadkiem atypowym. Ta ogromna rzesza nosicieli jest bardzo trudna do uchwycenia i prawie zupełnie niemożliwa do radykalnego unieszkodliwienia. O izolacji setek tysięcy nosicieli nie może być mowy, a leczyc ich nie umiemy zupełnie. Można tylko wprowadzić pewne ograniczenia w ich działalności i nauczyć takiego zachowania się, żeby ryzyko zakażenia dla osób z otoczenia nosicieli zmniejszyło się do *minimum*.

Zakażenie bezobjawowe (*les formes frustes*, *infection inapparente*, *stumme Infektion*, *Subinfection*) wysuwa się obecnie na czoło zagadnień epidemiologicznych. W chorobach, panujących endemicznie, wobec dużej gęstości zaludnienia i łatwości komunikacji, zarazki wielu chorób stały się wszechobecne. Zetknięcie się z zarazką jest nieuniknione i częściej drogą naturalną uodparnia, niż wywołuje chorobę, która w tych okolicznościach jest wyjątkiem, nie regułą. To zakażenie utajone w każdej chwili jednak może wywołać chorobę u osoby wrażliwej, może w organizmie tej samej jednostki, u której nie dawało przez dłuższy przeciąg czasu żadnych objawów, pod wpływem jakiegoś urazu, czy choroby zakaźnej przekształcić się w chorobę klinicznie wyraźną (Zuelzer, Szontagh, Lewis). Nosiciele mogą być niebezpieczni dla siebie samych w zapaleniu płuc, grypie, zakażeniach paciorkowcowych i innych schorzeniach. Ciekawe pod tym względem są uwagi Jonschera, dotyczące płonicy, oparte na własnych obserwacjach autora:

„Osobnik, który przebył płonicę lub równoważne zakażenie zarazką płoniczym, może być utajonym roznosicielem tego zarazka przez czas bardzo długi, miesiące, a nawet lata. W tym czasie nie przedstawia on żadnego niebezpieczeństwa dla otoczenia, w przeciw-

stawieniu do znanego i uznanego ogólnie roznosicielstwa zarazków bezpośrednio po przebyciu płonicy lub po przebywaniu w otoczeniu chorych na płonicę.

Każda choroba zakaźna z zajęciem nosogardzieli może jednak spowodować przejście z tego stanu roznosicielstwa utajonego w roznosicielstwo jawne, i z tą chwilą osobnik ten może się stać źródłem zakażenia „płonicą”.

Powstaje jednak pytanie, czy te przypadki łagodne, nosiciele i wszelkie postacie zakażenia utajonego tworzą równie niebezpieczne ogniska chorób zakaźnych, jak przypadki, klinicznie wyraźne. Jest prawdopodobne, że nosiciele posiadają na ogół zarazki mniej zjadliwe. Niektórzy badacze idą o wiele dalej, twierdząc, że zakażają tylko nosiciele rekonwalescenci i ci, co się stykają z obłożnie chorymi. Jest możliwe, że zarazek, przeszedłszy przez kilka osób niewrażliwych, traci na zjadliwość; istnieją spostrzeżenia, które potwierdzają tę pogląd.

Doull i Lara w wyniku starannie przeprowadzonych badań dochodzą do wniosku, że kliniczny przypadek błonicy jest dziesięciokrotnie bardziej zakaźny, niż nosiciel. Być może, tak jest i w innych chorobach, choć prawdopodobnie nie we wszystkich. W paraliżu dziecięcym nosiciel prawdopodobnie nie mniej wydziela zarazków na zewnątrz i nie jest mniej niebezpieczny klinicznie, niż chory.

W ostatecznym wyniku jednak nosiciele (i przypadki nierozpoznawane) tworzą bardzo wielkie niebezpieczeństwo z paru względów. Najpierw nosiciele mogą być o wiele liczniejsi, niż przypadki choroby, jak to ma miejsce w nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (dwudziestokrotnie lub więcej!), następnie, nosiciele, biorąc udział w normalnym życiu, mają do czynienia z kontyngentem coraz to innych osób. Możliwość więc zetknięcia się z jednostką wrażliwą na zarazek dla nosiciela jest o wiele większa, niż dla wyraźnego przypadku choroby, który przedstawia niebezpieczeństwo dla niewielkiego tylko koła osób otaczających. Jeżeli więc nawet słuszny jest pogląd, że indywidualnie nosiciel jest mniej niebezpieczny, niż człowiek chory, w sumie nosiciele tworzą o wiele większe niebezpieczeństwo, niż chorzy. Stąd też, według przypuszczalnych obliczeń niektórych autorów, jak np. Friedemana i Doulla, w błonicy 93% przypadków ma za źródło nosiciele, a 7% chorych. W innych chorobach nie mamy tak dokładnych obliczeń. Prawdopodobnie jednak w całym szeregu chorób społeczna rola nosicieli jest również bardzo ważna.

Wartość izolacji osłabia również znane zjawisko, że największy okres zakaźności w niektórych chorobach przypada na okres zwiastunów, kiedy rozpoznanie choroby poza okresem epidemii jest niemożliwe. Do tych chorób należą przede wszystkim odra i krztusiec. Zakażenie odrą następuje zwykle w ciągu pierwszych 3—4 dni przedwysypkowych, kiedy jeszcze nie wiado-

mo, z jaką chorobą mamy do czynienia; zakażenie krztuscem także z reguły ma miejsce w ciągu pierwszych tygodni okresu kataralnego, kiedy brak jeszcze charakterystycznego objawu — piania koguta. Mniej wyraźnie występuje to zjawisko w wielu innych chorobach, np. w błonicy, w śwince, nawet w durze brzuszonym, ale prawdopodobnie również istnieje. Nie jest wreszcie wyłączona możliwość zakażenia w okresie wylegania, przynajmniej na krótko przed wystąpieniem objawów. Szereg autorów wskazuje na takie możliwości w chorobach, w których jest rozpowszechnione nosicielstwo, np. w durze brzuszonym, w błonicy, w odrze, choć w tym ostatnim przypadku nosiciele większej roli nie odgrywają. Na ogół izolacja w wielu chorobach zakaźnych jest spóźniona, gdyż praktycznie mamy możliwość przeprowadzenia izolacji dopiero po przejściu okresu największej zakaźności.

Doświadczenie potwierdza w zupełności teoretyczne rozważania co do efektu izolacji. Chapin przytacza ciekawe materiały, wskazujące na nieskuteczność izolacji w miastach amerykańskich (Providence) w stosunku do błonicy, a więc i do chorób, w których na izolację pokładano największe nadzieje. W Anglii przed kilkudziesięciu laty zaczął się duży rozwój szpitalnictwa. Szpitale były wyzyskane w niektórych schorzeniach, np. na płonicę dla izolacji, obejmującej do 90% chorych. Obecnie można już z tego dużego doświadczenia wyprowadzić wnioski konkretne. Nie można powiedzieć, żeby w płonicy ta izolacja wpłynęła cokolwiek na zmniejszenie zapadalności lub umieralności. Dr H. Woods podaje tablicę, dotyczącą płonicy w 48 angielskich miastach i 46 hrabstwach.

Przekonywający jest tenże materiał w innym ugrupowaniu, a mianowicie z podziałem na miasta według odsetka izolowanych. Wziąwszy dwa okresy czasu, dość od siebie odległe, autor wskazuje, że nie ma różnicy w spadku między miastami, które izolowały powyżej 80% chorych, i tymi, w których izolacja nie osiągnęła 50% (H. M. Woods).

Holst na podstawie dość szczegółowych badań w Norwegii nad skutecznością izolacji w płonicy dochodzi również do wniosków, że izolacja nie może być traktowana, jako skuteczna metoda walki z tą chorobą.

Przytoczone motywy ograniczają wartość izolacji. obrońcy tej metody w zwalczaniu chorób zakaźnych uzasadniają swoje poglądy przykładami z historii, twierdząc, że szereg chorób opanowano na tej drodze. Najjaskrawszym przykładem ma być trąd. Twierdzenia te nie są dostatecznie uzasadnione, znikanie bowiem lub spadek chorób zakaźnych może występować zupełnie niezależnie od tego, czy była stosowana izolacja, czy nie. Znacznie prawdopodobniejszy jest pogląd Chapina, który twierdzi, że dzięki izolacji płonicy choroba ta znacznie osłabła pod względem zjadliwości. W zakładach leczniczych umieszczamy przypadki ciężkie, wywołane przez zarazki bardziej zjadliwe, które tą drogą

Korelacja pomiędzy współczynnikiem		1906—1910	1911—1915	1919—1923
Izolacji i zapadalności . . . . .	Płonica . . . . .	- 0,043 ± 0,069	+ 0,049 ± 0,069	- 0,108 ± 0,069
	Błonica . . . . .	+ 0,427 ± 0,063	+ 0,290 ± 0,069	
Izolacji i umieralności . . . . .	Płonica . . . . .	- 0,156 ± 0,068	+ 0,010 ± 0,070	+ 0,063 ± 0,069
	Błonica . . . . .	+ 0,153 ± 0,075	- 0,012 ± 0,075	
Izolacji i śmiertelności . . . . .	Płonica . . . . .	- 0,290 ± 0,064	- 0,194 ± 0,067	+ 0,149 ± 0,068
	Błonica . . . . .	- 0,509 ± 0,057	- 0,534 ± 0,054	



	Londyn	Hrabstwa i miasta			
		Odsetek izolowanych			
		Powyżej 80%	70—80%	50—70%	Poniżej 50%
Liczba miast		(31)	(21)	(22)	(19)
Przeciętna izolowanych w %	1911—1915	1911—1915			
Zapadalność na 1000.	89,2	86,8	74,5	60,9	19,6
Śmiertelność „ „	3,47	3,81	5,93	3,98	4,04
Umieralność „ „	15,1	17,9	16,4	17,7	19,2
	5,3	7,2	7,7	7,1	7,2
	1923—1926	1919—1923			
Przeciętna izolowanych w %	83,0	85,4	78,4	66,2	32,5
Wzrost lub spadek w %	— 7,0	— 1,6	+ 5,2	+ 8,7	+ 66,0
Współczynnik zachorowań na 1000	2,5	2,7	2,7	3,0	2,7
Wzrost lub spadek w %	— 28,0	— 29,1	— 32,2	— 24,6	— 32,2
Śmiertelność na 1000.	9,4	12,3	10,9	12,3	9,6
Wzrost lub spadek w %	— 37,7	— 31,3	— 33,5	— 30,5	— 50,0
Umieralność na 100.000	2,39	3,43	3,06	3,55	3,02
Wzrost lub spadek w %	— 54,6	— 52,4	— 60,3	— 50,0	— 58,0

są stopniowo wyeliminowywane. Ta hipoteza jest możliwa do przyjęcia, opierając się też na niej, możnaby domagać się izolacji, jeśli nie dla wykorzenia choroby, to dla zmniejszenia jej zjadliwości.

Izolacja daje najlepsze wyniki w chorobach, zalewanych z zewnątrz, egzotycznych, w których ogniska zakażenia są nieliczne i uchwytne. Można również oczekiwać dobrych wyników od zastosowania izolacji na samym początku epidemii, dopóki źródeł zakażenia jest niewiele i odosobnienie większości chorych możliwe. Dotyczy to w szczególności chorób, w których zakażenie przybiera zwykle postać choroby wyraźnej, łatwo rozpoznawalnej (ospa, choć w ospie zakażenie następuje często jeszcze przed rozpoznaniem choroby), to znaczy rzadko przejawiającej się w postaci zakażenia utajonego, w której przypadki łagodne, nierozpoznawane i nosiciele nie istnieją lub są bardzo nieliczni. I odwrotnie — w chorobach, panujących endemicznie, których trwanie tłumaczy się istnieniem zakażeń łagodnych, nie podpadających pod kontrolę służby zdrowia, niewielka jest możliwość całkowitego stłumienia choroby drogą najsurowszej izolacji, stosowanej nawet w okresie zacięcia, t. j. w przerwach między wybuchami epidemicznymi.

W chorobach przewlekłych izolacja jest utrudniona ze względu na czas jej trwania. Izolacja ma tu stonkowo największe znaczenie w przypadkach, kiedy zakaźność wzrasta z postępem choroby, co np. widzimy w gruźlicy w przeciwstawieniu do trądu, w końcowych stadiach mniej zakaźnego. W stosunku do gruźlicy jednak wchodzi w grę uleczalność, która jest tym większa, im wcześniej chory jest wzięty pod stałą opiekę. Dlatego, mając obie sprawy w względzie, staramy się o izolację najwcześniejszą.

Izolacja zakładowa wszystkich chorych na gruźlicę, niebezpiecznych dla otoczenia, jest jednak niemożliwa do przeprowadzenia ze względu na rozpowszechnienie choroby. Dotychczasowe wyniki izolacji gruźlicy otwartej w zakładach nie są przekonujące. Z konieczności działalność ta najczęściej obejmuje środowiska miejskie i to przypadki, które są groźne dla najbliższego otoczenia.

W chorobach ogólnie rozpowszechnionych, przepisy, dotyczące izolacji, mogłyby być złagodzone bez szkody dla zdrowia publicznego. Mniej może byłoby wówczas skrywania ze strony chorych, mniej kompromisów ze strony lekarzy, stąd nadzór nad izolacją sku-

teczniejszy. Większe uprawnienia i większa odpowiedzialność lekarza-praktyka w tej sprawie mogłyby być z korzyścią dla zdrowia publicznego. Większego efektu można oczekiwać od izolacji dzieci, gdyż wśród dzieci ryzyko zakażenia jest większe, a szkoda, wypływająca z izolacji, mniejsza, niż u osób dorosłych.

Przymus izolacji szpitalnej jest bardzo uciążliwy z racji kosztów pobytu osób izolowanych w zakładzie. Słuszny jest pogląd, że izolacja powinna obciążać raczej fundusze publiczne, niż osób chorych, gdyż ma na względzie dobro ogółu, nie jednostki, poza tym w razie dłuższej choroby lub kilku osób chorych w tej samej rodzinie może przekraczać możliwości nawet rodziny w zupełności zaspokajającej swoje normalne potrzeby, na wsiać może być powodem ruiny gospodarstwa. Egzekwowanie kosztów na leczenie szpitalne często również prowadzi do ukrywania chorych, co przyczynia się do rozpowszechnienia choroby.

W przypadkach chorób o przebiegu najczęściej łagodnym, jak odra, przymus izolacji szpitalnej jest rzadko stosowany. Najczęściej ma to miejsce w rodzinach biednych, w mieszkaniach przeludnionych, gdzie istnieje duże ryzyko zakażenia dla pozostałego rodzeństwa, gdzie jednocześnie trudno oczekiwać racjonalnej pielęgnacji. Umieszczenie chorego w szpitalu ma tu częściej na względzie interesy jednostki lub rodziny, niż społeczeństwa. Ogólnie rozpowszechnione twierdzenie, że w tych chorobach izolacja szpitalna jest niepożądana z racji cięższego przebiegu choroby wskutek dużego nagromadzenia przypadków, jest słuszne tylko w szpitalach ciasnych, wadliwie urządzonych, źle prowadzonych.

Izolacja domowa prawie nigdy nie może być przeprowadzona równie skutecznie, jak szpitalna, ma jednak duże zastosowanie tam, gdzie szpital jest niedostępny, gdzie rodzina nie chce się zgodzić na umieszczenie chorego w szpitalu, a prawo nie pozwala na zastosowanie przymusu, wreszcie w chorobach stosunkowo łagodnych, jak odra lub krztusiec. Izolacja domowa ma dopiero wtedy rację bytu, jeżeli warunki mieszkaniowe umożliwiają całkowite oddzielenie chorego od pozostałych członków rodziny. Chory zakaźny powinien mieć dla siebie oddzielny pokój, jak również wszystkie naczynia stołowe, bieliznę i t. p. i powinien być doglądany przez osobę, jeśli nie fachową, to nauczoną, jakie ostrożności należy zachować, żeby nie dopuścić do zakażenia pozostałych osób w rodzinie i nie wynieść za-

każenia na zewnątrz. Ogłoszenia ostrzegawcze, umieszczone na drzwiach mieszkań, w których pozostały osoby, dotknięte chorobami zakaźnymi, mają dużą rację bytu.

Szczególną uwagę należy zwrócić na przypadki chorób zakaźnych w mieszkaniach, łączących się ze sklepami lub wytwórniami produktów spożywczych, szkołami i wszelkimi instytucjami użyteczności publicznej, odwiedzanymi przez dużą liczbę osób. Naprzykład, pozostawienie chorego na dur brzuszny w mieszkaniu, łączącym się ze sklepem, lub w mieszkaniu osoby, mającej do czynienia z produktami spożywczymi — przy ich przetwarzaniu lub sprzedawaniu — jest niedopuszczalne.

Odosobnienie osób z otoczenia chorego winno być rozwiązywane dla każdej choroby z osobna i dla każdego indywidualnego przypadku, mając na względzie z jednej strony zakaźność choroby i sposób jej szerzenia się, z drugiej — warunki zewnętrzne, w jakich znajduje się chory.

## Wiadomości bieżące.

— Zwiększenie liczby łóżek w szpitalach. W okresie najbliższego roku budżetowego stolicy 1937/38, zarząd miejski przewiduje zwiększenie liczby łóżek w miejskich szpitalach. Ogólna liczba łóżek, znajdujących się obecnie w szpitalach, zakładach położniczych oraz sanatoriach dla gruźlików, będących pod zarządem miasta, wynosi ogółem 5.823. Liczba ta w następnym roku budżetowym zwiększona będzie o 233, mianowicie: w szpitalu Przemienienia Pańskiego o 50 łóżek, gdzie zorganizowany będzie specjalny oddział położnictwa septycznego, co odciąży zakłady położnicze, stale przepełnione chorymi i umożliwi swobodniejszy przydział łóżek dla położnic; poza tym w szpitalu Wolskim przy ulicy Płockiej uruchomionych będzie 80 łóżek, przeznaczonych dla chirurgii kostnej oraz w tymże szpitalu 75 łóżek dla gruźlików. Również zwiększona będzie liczba miejsc w sanatorium w Otwocku o 30 łóżek, czyli dla leczenia gruźlicy ilość łóżek zwiększona będzie przez zarząd miejski w następnym roku budżetowym ogółem o 105 łóżek. W związku z powiększeniem liczby łóżek w szpitalach dla położnic preliminuje się zmniejszenie w następnym budżecie dni zakładowych w miejskich zakładach położniczych do 78.800, t. j. o 750 dni mniej, aniżeli w bieżącym roku budżetowym. Jednocześnie w związku z zwiększeniem się liczby łóżek w szpitalach preliminuje się zwiększenie dni szpitalnych, mianowicie z 10.907.939 w bież. r. budżetowym, do 11.147.435 dni w następnym roku budżetowym, t. j. o 139.496 dni szpitalnych więcej.

— Opieka nad niemowlętami. Pod opieką miejskich poradni niemowlęcych przebywa około 10.000 niemowląt. Niemowlęta te są systematycznie badane przez lekarzy, ponadto znajdują się pod stałą obserwacją specjalnych pielęgniarek, które odwiedzają je w domu. Ponieważ wielka liczba niemowląt, korzystających z poradni są to dzieci nieodpowiednio karmione przy poradniach czynne są kuchnie mleczne, z których wydaje się bezpłatnie lub za minimalną opłatą mieszanki, bądź mleko. W ostatnim miesiącu kuchnie mleczne wydały ogółem 38.000 butelek, w tym około 14.000 litrów mleka i 5.000 mieszanek.

— Pomoc lekarska w ośrodkach zdrowia. W ciągu lutego r. b. w poradniach społeczno-leczniczych 10-ciu miejskich ośrodków zdrowia i opieki udzielono ponad 10.000 porad lekarskich. Największa liczba porad przypadła na poradnię przeciwgruźlicze (ok. 8.000), przeciwgruźlicze (3.500), dziecięce (3.300) i przeciwweneryczne (3.100). W tym samym czasie pielęgniarki ośrodków odbyły około 4.000 wizyt domowych, wyko-

Jeżeli chory pozostaje w domu — osoba pielęgnująca albo stykająca się stale z chorym nie może uczęszczać do zajęć i w miarę możliwości jak najmniej stykać się ze światem zewnętrznym. Wymagania stawiamy tym większe, im poziom środowiska i osoby pielęgnującej jest niższy. Znane są przypadki rozszerzenia choroby wokoło szpitala zakaźnego przez zamieszkującą w bliskości służbę szpitalną. Personel niewykwalifikowany pod tym względem tworzy dość duże niebezpieczeństwo. Inne osoby w razie izolacji w mieszkaniu nie powinny być krępowane.

W razie usunięcia chorego — osoby z jego otoczenia dzielimy na dwie grupy. Te, które już daną chorobę przebyły, po zaprowadzeniu niezbędnej czystości (zmiana bielizny, odzieży), mogą swobodnie uczęszczać do zajęć. Osoby, które choroby jeszcze nie przebyły, mogą być w pewnych warunkach odosobnione na okres wylegania. W pewnych warunkach, jeżeli chodzi o osoby dorosłe, może być wystarczający stały nadzór i udzielenie wskazówek, jak dana osoba ma się zachowywać aż do wyjaśnienia, czy nie nastąpiło zakażenie.

nywając u ciężko chorych rozmaite zabiegi oraz kontrolując, czy zalecenia lekarzy są ściśle przestrzegane.

— Ze szkół wyższych. W roku akademickim 1936/37 było w Polsce 36,731 studentów wyznania rzymsko-katolickiego, 6.207 — mojżeszowego, 1.422 — grecko-katolickiego, 1.343 — prawosławnego, 1.315 — ewangelickiego i 143 — innych. Grupa studentów wyznania mojżeszowego stanowi 13,2 proc. ogółu. Liczba studentek na wyższych uczelniach wynosi 26,9 proc., studentki Żydówki, w stosunku do mężczyzn tej narodowości stanowią 35 proc. Najwięcej studentów obcych wyznań jest na prawie, humanistyce i medycynie.

— Konkurs na pracę naukową z zakresu ziołolecznictwa. Polski Komitet Zielarski ogłasza konkurs na najlepszą pracę naukową z dziedziny ziołolecznictwa z nagrodą 500 (pięćset) złotych, ofiarowaną przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Warunki konkursu: 1. Przedmiotem pracy winny być oryginalne, własne spostrzeżenia nad wpływem stosowania ziół leczniczych pochodzenia krajowego, poparte odpowiednimi badaniami pracownikami z uwzględnieniem istniejącego piśmiennictwa. 2. Zgłaszać należy jedynie prace dotychczas nieogłoszone, w maszynopisie, pod adresem: Polski Komitet Zielarski (Warszawa, ul. Długa 16) do dnia 1 marca 1938 roku. Sąd konkursowy składać się będzie z przedstawiciela Ministerstwa Opieki Społecznej i uproszonych przez Zarząd Polskiego Komitetu Zielarskiego kierowników klinik i zakładów uniwersyteckich J. Piłsudskiego, oraz ordynatorów szpitalnych, z wyłączeniem jednak tych kierowników, z których oddziałów pochodzą zgłaszane prace. Przewodniczący Wydziału Lekarskiego P. K. Z. (—) Prof. dr. W. Orłowski. Prezes P. K. Z. (—) Prof. dr. J. Modrakowski.

— Przy omawianiu w Komisji senackiej budżetu ministerstwa Opieki Społecznej, referent podał, że ubezpieczenia społeczne obejmują obecnie blisko 6 milionów osób. Świadczenia wszystkich ubezpieczeń społecznych od r. 1925 do 1936 wyrażają się cyfrą 3.700 milionów złotych. Zeby ubezpieczenia funkcjonowały sprawnie, powinny one, zdaniem referenta, być obowiązkowe i powszechne. Brak przymusu należenia do ubezpieczalni pracowników rolnych spowodował fatalny stan zdrowotny na wsi.

— Przy omawianiu preliminarza budżetowego funduszu pracy minister Kościałkowski wygłosił dłuższe przemówienie, dotyczące zagadnienia polityki społecznej Polski. Szczególną uwagę minister zwrócił na stosunki zdrowotne kraju, któ-

re pomimo kryzysu nie uległy pogorszeniu. Walka z chorobami zakaźnymi wykazuje dodatnie wyniki. Wobec dotkliwego braku lekarzy w Polsce p. minister zwrócił się do Min. Oświaty z wnioskiem powiększenia liczby studentów na wydziałach lekarskich i podniesienia liczby dyplomów nostryfikacyjnych.

— **Zwiększenie liczby lekarzy.** Odbyło się doroczne posiedzenie Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. W Warszawie przypada jeden lekarz na 489 mieszkańców, w woj. warszawskim na 4.750, w woj. białostockim na 4.654 mieszkańców. Po przyjęciu sprawozdań i udzieleniu absolutorium zarządowi, zatwierdzono preliminarz na r. 1937—38 i dokonano częściowych wyborów do zarządu, do którego weszli ponownie dotychczasowi członkowie. Przyjęto uchwałę, że wobec niedostatecznej liczby lekarzy (stosunkowo do przyrostu ludności) dla należytego zabezpieczenia potrzeb tak państwa, jak i jego obywateli w zakresie opieki nad zdrowiem oraz zbyt powolnego wzrostu liczby lekarzy, Rada Izby wzywa zarząd Izby do wszczęcia starań o takie zorganizowanie studiów lekarskich, by większa liczba młodzieży mogła być przyjmowana corocznie na wydziały lekarskie uniwersytetów polskich. Dziwnie to koliduje z niedawnym ogłoszeniem przez Ministerstwo Opieki Społecznej 50 posad dla lekarzy okręgowych w miejscowościach, pozbawionych pomocy lekarskiej. Posady te miały choć w małym stopniu zmniejszyć bezrobocie lekarzy. Czy zatem wzrost liczby lekarzy nie powiększy zarazem i liczby bezrobotnych? Ważniejsze byłoby zachęcanie lekarzy do osiedlania się po małych miastach i wsiach przez ofiarowanie im pensyj dość wysokich za rezygnację z przywilejów, jakie im daje kulturalne środowisko wielkomiejskie. Wyznaczona przez Ministerstwo Opieki Społecznej dla lekarzy okręgowych pensja 200 zł. miesięcznie daleka jest od takiej zachęty.

— **Naturalny przyrost ludności w Polsce** wzrasta. W pierwszym półroczu 1936 zawarto, według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce — 143.669 małżeństw (w pierwszym półroczu 1935 zawarto małżeństw 138.886), dalej: urodzeń było 454.437 (443.744), zgonów 236.578 (261.846). Zgonów niemowląt notowano 53.990 (59.378). Naturalny przyrost wyniósł przeto w pierwszym półroczu 1936 — 217.859 (181.898). Na 1.000 mieszkańców wypada 8,5 ślubów (8,47), 26,9 (26,7) urodzeń, 14 (15,7) zgonów i przyrost 12,9 (10,9). W r. 1934 naturalny przyrost wyrażał się cyfrą 12,1, a w r. 1933 — 12,6.

— **Zamachy samobójcze w Polsce.** W roku ubiegłym zanotowano w Polsce 4.451 zamachów samobójczych, w tym 2.598 z wynikiem śmiertelnym. W porównaniu z rokiem 1935 liczba samobójstw zwiększyła się o 332. Mężczyźni popełnili 2.576 zamachów samobójczych, kobiety — 1.875 zamachów. Przeciwnie na 100 tys. mieszkańców przypada 13,1 zamachów samobójczych. W miastach targnęły się na życie 2.772 osoby, w tym 1.405 mężczyzn i 1.367 kobiet, na wsi 1.679 osób, w tym 1.171 mężczyzn i 508 kobiet.

— **Z okazji 100-lecia Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego** odbędzie się między 19 a 29 maja r. b. Tydzień Lekarski, podczas którego szereg znakomitych uczonych omówi niektóre aktualne zagadnienia medyczne. Oprócz wielu prelegentów austriackich odczyty wygłoszą i profesorowie zagraniczni: Bergmann i Sauerbruch z Berlina, Lexer, Pfaundler i Wessely z Monachium, Clairmont i Naegeli z Zurychu, Lérique ze Strasburga i inni. Za udział w Zjeździe pobierana będzie opłata w wysokości 25 szylingów. Bliższych informacji udziela Biuro Kursów przy Wydziale Medycznym Uniwersytetu Wiedeńskiego — Wien IX, Allgemeines Krankenhaus.

#### NADEŚLANO DO REDAKCJI.

Wzory układania racjonalnych jadłospisów opracowanych w oddziale biochemii. Nakładem Państwowej Szkoły Higieny.

Samuel Guzman i Tomasz Wertheim. O niektórych

wskazaniach do opoterapii wątrobowej poza niedokrwistością złośliwą. Odb. z „Kwartalnika Klinicznego“ Tom. XV. z. 1—2 r. 1936.

Roman Michałowski. W sprawie tworzenia się czerwonych ciałek krwi w wątrobie u zarodków świni. Odb. ze sprawozdań z posiedzeń Tow. Naukow. Warsz. XXIX. 1936 Wydział IV.

R. Michałowski. Recherches sur le rôle du foie comme organe erythropoïétique chez les embryons du porc. — Extr. des Comptes rendus des séances de la Société de biologie. T. CXXIII. 1936. Wiadomości medyczne N. 6—7. październik — listopad 1936.

Prof. T. Janiszewski i Dr. T. Zdunkiewicz. Trzecie obowiązkowe badanie lekarskie studentów przyjętych na I rok studiów w 5 wyższych uczelniach akademickich warszawskich w r. 1935—1936. Odb. z „Lekarza Polskiego“ 1936 N. 11.

Dr. Piotr Macewicz. O psychotechnice. Wydanie drugie. Warszawa. Nakładem Czasopisma „Lekarz Kolejowy“ 1936.

Dr. Henryk Rabinowicz. Przyczynek do warunków społecznych i stanu zdrowia młodzieży pracującej Warszawy. — Warszawa 1936 Odb. z miesięcznika „Zdrowie Publiczne“. 1936 N. 10.

M. Zachert. Indications pour les praticiens généraux sur le traitement du trachome des enfants au-dessous de dix ans. — Extr. de la „Revue du Trachome“. 1936, N. 4.

Tenże. Kongres okulistyczny w Paryżu. Odb. z „Przeglądu Trachomatologii“ 1936 z. 3.

Tenże. Les principes du traitement du trachome chez les enfants. Société française d'ophtalmologie. 1936. — Extrait.

J. Adamski. Zastosowanie nefelometru Molla do oceny antygenów dla odczynu Kohna Katowice 1937. — Z Śląskiego Zakładu Higieny.

Roman Markuszewicz. Rewizja podstawowego pojęcia Freudyzmu. Odb. z „Kwartalnika Psychologicznego“ T. VIII 1936. Poznań. — Poznańskie Towarzystwo Psychologiczne.

Społeczne obozy wędrownie Koła Medyków S. S. S. M. U. J. P. po Łemkowszczyźnie i Bojkowszczyźnie. 4—25 sierpień 1936. — Warszawa 1937. — Wydane z subwencji Un. J. Piłsudskiego w Warszawie.

Dr. W. Knappe. Wyzysk pracy lekarskiej. Warszawa 1937 Odb. z „Nowin Społeczno-Lekarskich“ 1937 N. 1—2.

Materiały o organizacji i działalności Wydziału Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w M. st. Warszawie — pod redakcją J. Starczewskiego i Dr. J. Konopnickiego. Rok budżetowy 1935/36. Warszawa. 1937. Bibliot. Wyd. Op. Społ. i Zdr. Publ. Miejsk. w M. st. Warszawie N. 2.

Dott. Joseph W. Grott. A proposito della diagnosi della forme latitidella pancreatite cronica. — Estrato dal N. 4. Anno XIV. 1937 — XV.

Dr. Józef Waclaw Grott. W sprawie rozpoznawania utajonych postaci przewlekłego zapalenia trzustki. Odb. z „Nowin Lekarskich“ w Poznaniu. Rok 1937, z. 1.

A. Graber. Guz klepsydrowaty rdzenia kręgowego. Odb. z „Polsk. Przegl. Chirurg.“ 1936 z. V. T. XV.

Tenże. Postępujące wytwórcze zapalenie wyrostka robaczkowego i kątnicy. Odb. z „Polsk. Przegl. Chirurg.“ 1936, z. V. T. XV.

M. Gedroyć i S. Otolski. O właściwościach przeciwkrzywicowych niektórych związków fosforowych mineralnych i organicznych ze szczególnym uwzględnieniem inozytofosforanów. Warszawa 1936. Odb. z Archiwum Chemii i Farmacji, wydawan. staraniem działu Chemii Państw. Zakład. Higieny.

Medycynska literatura CCCR. Systematycznej ukazania knig i żurnalnych statiej 1933.

L. Szyfman et L. Lebowicz. Remarques sur les améliorations spontanées du diabète sucré au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Odb. z „Arch. des Maladies de l'appareil digestif“.

VI Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy. Pamiętnik. Wilno 31.V.—2.VI.1936. Warszawa. Polski Związek Przeciwgruźliczy.  
The Quartz Lamp. Vol. VI. Nr. 2. January 1937.

### KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### 13.IV. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) A. Steinberg: O bronchografii metodą belgijską.  
2) E. Luxenburg: Przypadek dwóch samodzielnych guzów szczękowych, leczonych operacyjnie. 3) odczyty; a) H. Higier: Z dziejów etyki wśród lekarzy Żydów we wczesnym średniowieczu b) Z. Bernstein: Kilka uwag o fizjopatologii i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego.

#### 14.IV. Polskie Tow. Psychiatryczne.

1. Bonawentura Kamiński — Z kazuistyki Szpitala Jana Bożego. 2. L. Rubinraut i A. Krzemieniecka — Objawy katatoniczne u dwu i trzyletnich dzieci kiłowych. 3. J. Nelken — Pamflet psychiatryczny.

#### COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

##### VIII.

#### Odruchy dodatnie czy zachowane?

Dla lepszego poznania przyczyny choroby medycyna sto-

kuje różne odczyny. Jeżeli odczyn wskazuje przyczynę choroby, to mówimy, że wypadł dodatnio, lub że odczyn jest dodatni. Na przykład odczyn Widala, inaczej zwany zlepnym, jest dodatni, jeżeli surowica krwi chorego, rozcieńczona stokrotnie i więcej, zlepią zawieszinę prątków Ebertha; odczyn ten jest wątpliwy, jeżeli zlepienie to występuje pod wpływem surowicy, rozcieńczonej 50-krotnie lecz nie więcej; na koniec odczyn jest ujemny, jeżeli zlepienie to pod wpływem słabo rozcieńczonej surowicy nie występuje. Podobnie rzecz się dzieje z odczynem Bordet-Wassermanna: zupełne rozpuszczenie krwinek baranich świadczy o odczynie ujemnym, a zatem o niekiłowym tle choroby, całkowite zahamowanie rozpuszczenia krwinek świadczy o odczynie mocno dodatnim, a zatem o kile jeszcze nie leczonej lub szczególnie złośliwej, częściowe zahamowanie świadczy o osłabieniu zakażenia pod wpływem leczenia lub, co zresztą jest wątpliwe, samowyleczeniu, i jest odczynem średnio, wzgl. słabo dodatnim. Natomiast odruchy czyli pewne skurcze mięśniowe pod wpływem podrażnień tej lub innej natury nie mogą być dodatnie, czy ujemne, lecz mogą być jedynie zachowane, czy prawidłowe, czy żywe, wzmożone, osłabione, nieobecne lub wręcz zniesione.

Stanisław Justman.

### Résumé des articles originaux.

#### L. POZNAŃSKI. Tuberculose pulmonaire et syphilis.

L'auteur discute les relations entre la tuberculose et la syphilis pulmonaire, les difficultés du diagnostic de la syphilis pulmonaire et le traitement de celle-ci chez les tuberculeux.

M. FEJGIN, A. ZUNDELEWICZ, A. STÜCKGOLD et J. GOLDBAND. A propos du métabolisme de l'azote et du chlore dans la néphrite hémorragique aiguë.

Dans un cas de néphrite hémorragique aiguë les auteurs ont constaté une chloropénie marquée du plasma et des globules à coté d'une forte azotémie avec un état général très touché. L'apport du chlorure de sodium en injections et par voie buccale a amené la régression de l'azotémie, l'amélioration de l'état général, une augmentation du chlore plasmatique et globulaire; l'urine est devenue normale. Le malade a éliminé en quatre jours 32 grammes de NaCl (il en a retenu 18 gr.) et 56 gr. d'urée. L'analyse de l'évolution de cas ci-dessus en connection avec des cas de glomerulonéphrites observés antérieurement permet d'émettre une hypothèse qu'il en existent 2 formes distinctes. 1) Forme simple, le plus souvent observée, qui accompagne les états infectieux, comme l'angine, la scarlatine etc, dans laquelle on constate soit une augmentation du taux de chlore dans le plasma et dans le serum (rétention sèche du chlore), soit une hyperchlorémie globulaire avec hypochlorémie plasmatique (passage du chlore du plasma aux globules). L'apport du chlore est ici contre-indiqué et provoque une aggravation de symptômes objectifs et subjectifs. 2) Forme toxique plus rarement rencontrée, dans laquelle les conditions humorales sont analogues à celles observées dans les intoxications aiguës par le mercure,

c'est à dire une hypochlorémie plasmatique et globulaire très marquées, une forte azotémie à coté des vomissements et de la diarrhée peu accentuées, comme dans le cas ci-dessus décrit. Dans cette forme la chloruration est indispensable et amène très rapidement la régression des symptômes généraux et rénaux. Les signes des lésions rénales, phénomène primitif et primordial dans les cas du I groupe, sont uniquement secondaires et passagers dans les cas du second groupe.

A. P.

M-me B. HELLER-HERMELIN et J. TONENBERG. Un cas extraordinaire de septicémie.

Les auteurs communiquent un cas de septicémie, causé par le staphylocoque doré hémolytique. Au commencement il y avait une ulcération de la plante du pied, qui a causé une inflammation (trombophlébite) des veines avec un état général septique accompagné des abcès intramusculaires profonds de deux cuisses. Les abcès n'ont pas été découpés, mais vidés par ponctions à plusieurs reprises et par rinçements de solution de Rivanol. Le cas a fini par guérison.

#### M. KACPRZAK. Prophylaxie des maladies infectieuses.

Depuis les temps anciens l'isolation a été considérée comme un moyen très efficace de la lutte contre les maladies infectieuses. Grâce à nos connaissances actuelles sur les porteurs des germes et sur l'infection inapparente il faut mettre en doute la pratique contemporaine de l'isolation. On peut considérer comme efficace l'isolation au début des épidémies dans les maladies avec les symptômes francs, maladies dans les quelles l'infection inapparente et les porteurs des germes sont rares. Sa valeur est très limitée dans les maladies endémiques.

TREŚĆ: L. POZNAŃSKI. Gruźlica płuc a kiła. — M. FEJGIN, A. ZUNDELEWICZ, A. STUCKGOLD i J. GOLDBAND. O odrębnej postaci ostrego krwotocznego zapalenia nerek z niedoborem chloru i azocimą nerkowo-pozanerkową. — HELLER-HERMELINOWA i J. TONENBERG. Przypadek posocznicy o niezwykłym przebiegu. — E. ROZENBERGOWA. O patogenie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (Str. pogl. c. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich i szpitalne. — M. KACPRZAK. Podstawy walki z chorobami zakaźnymi (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. POZNAŃSKI. Tuberculose pulmonaire et syphilis. — M. FEJGIN, A. ZUNDELEWICZ, A. STUCKGOLD et J. GOLDBAND. A propos du métabolisme de l'azote et du chlore dans la néphrite hémorragique. — M-me B. HELLER-HERMELIN et J. TONENBERG. Un cas extraordinaire de septicémie. — M-me E. ROZENBERG. Sur la pathogénie de la méningite tuberculeuse (Rev. gén. suite). — M. KACPRZAK. Les bases de la lutte contre les maladies infectieuses (fin).