



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TWOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.
Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2765.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz
przepisywanie na maszynie przyjmuje b. stud. wydz.
ek. F. Stodolska. Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

Dr Leonard Leszczyński

powrócił z Kijowa.
Chirurgia jamy ustnej. Dentystyka.
Trębacka 4.

CITOBARYUM

**Nowy środek
KONTRASTOWY**
w prześwietlaniu
i
leczeniu
promieniami Roentgena
**kanału żołądkowo-
kiszkowego.**

Znaczne uproszczenie,
Ułatwienie i oszczędzenie czasu
w porównaniu z dotychczasowem
stosowaniem środków kontrastowych.

Literatura na żądanie.

W sprawie sprowadzania zwracać się do
pp. NACHTLICHTA i KAMIENSKIEGO. Warszawa, Tłomackie 1.
E. MERCK — Darmstadt.

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM
STOWARZYSZENIU LEKARZY oświadcza na podstawie badań
chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPINSKIEGO
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej
substancji 4,7 % czystego jodu. Przetwór ten miesza
się z wodą w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy
razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie
wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem
(jodizmu) nawet w dawkach oszpejących i wydzielając
całkowicie w ciągu 3 - 4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1918

Przewodniczący Komisji
Przemysłowo Lekarskiej

Stefan Karpiński
Sekretarz
K. Karpiński

Ogłoszenie powyższe o Jodorolu
zostało zamieszczone w Gazecie
Lekarskiej w dniu 30 listopada 1918 r.
Dr Józef Rostkiewicz
Sekretarz Komisji
Stefan Karpiński

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej.
Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów po-
drażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach
najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3 - 4 dni.
Może być stosowany od 10 - 100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „Fr. KARPINSKI w Warszawie“
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemys-
łowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

Neuronal

**LEK NASENNY, zawierający brom,
znakomity LEK KOJĄCY I USYPIAJĄCY.**

W połączeniu z Amylenhydratem działa znakomicie w zamroczeniu padaczkowym i w stanie padaczkowym.

Neurofebrinum (Neuronal — Antyfebryna aa) Lek przeciwbólowy i kojący.

Opakowania oryginalne: Tabletki neuronalowe po 0,5 g. № X.

Tabletki neurofebrynowe po 0,5 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza **K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE.** Biebrich nad Renem.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytruu
Usuwa szybko napady duszniczy
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Żądać w aptekach i składach aptecznych.



**GONOREIN
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

**Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).**

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W W. P P. Doktorów, iż

„MOTO FER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt wspólnie 14 m., oddzielnie 18 do 30 m. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdują w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.



WIZYB LKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć
Dzieci

Warszawa, d. 30 listopada 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2765.

MIKOŁAJ REJCHMAN.

(Wspomnienie pośmiertne).

W d. 26 października r. b. zmarł w Warszawie ś. p. Mikołaj Rejchman, wybitny lekarz, zasłużony pracownik na polu naukowym i społecznym. Urodzony w roku 1851 w Warszawie, po ukończeniu w roku 1868 gimnazjum III-go, wstąpił na wydział lekarski Szkoły Głównej, ukończył zaś Uniwersytet Warszawski w r. 1873. Po siedmioletnim pobycie w Irkurku na stanowisku lekarza szpitalnego i po odbyciu studiów specjalnych w Paryżu osiadł w Warszawie, obrawszy sobie jako specjalność choroby narządów trawienia. Był to okres rozwoju tej specjalności na zachodzie, u nas natomiast była ona jeszcze bardzo mało znana.

Ś. p. Rejchman przez swe liczne badania i prace stał się obok Jaworskiego i Gluzińskiego twórcą naukowych podstaw badania chorób żołądka i w krótkim czasie zastąpił jako powaga w tej dziedzinie pracy lekarskiej, którą później mianem „gastrologii” nazwano. Obdarzony zaufaniem szerokich kół pacjentów, wskutek czego przeciążony pracą zawodową ś. p. Rejchman ani na chwilę nie ustawał w działalności naukowej. Dowodem tego około 80 prac, drukiem ogłoszonych, a dotyczących rozmaitych dziedzin w granicach Jego specjalności: fizjologii, chemii lekarskiej, mikroskopii, statystyki, etyologii, dyagnostyki i terapii. Poza dwoma dziełami o charakterze podręczników („Niestrawność” 1882 r.

i „Nauka o chorobach organów trawienia” r. 1890), inne prace ś. p. Rejchmana są monografiami, opartymi na badaniach własnych i wnoszącymi do nauki szereg nowych myśli i ciekawych spostrzeżeń. Wspomnimy np. pracę „O sposobach powstawania t. zw. nawykowego zaparcia stolca”, gdzie autor wyraził poglądy, na których znacznie później oparł swe badania Schmidt i inni, lub pracę „O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia”, w której pierwszy zwrócił uwagę na powstające po stosowaniu głodzenia zapalenie ślinianek.

W szeregu prac Rejchman opisał wpływ bezpośredni środków leczniczych, używanych w chorobach przewodu pokarmowego, jak chlorek sodu, kwas solny, dwuwęglan sodu, środki gorzkie, przetwory trzustki i t. p. W innej znów seryi prac Rejchmana znajdujemy szereg samodzielnych poglądów i wskazań leczniczych, dotyczących dróg żółciowych. Uważając kamieć żółciową za jedną z postaci zaburzeń w ogólnej przemianie materii, Rejchman zwrócił uwagę na czynności żołądka w czasie i między napadami kolki żółciowej i zalecał stosowanie oliwy i błękitu metylenowego (w sprawach zakaźnych). Prace Rejchmana, dotyczące badań kału oraz chorób kiszek (biegunki, zaparcia), jakkolwiek odnoszą się do lat 1884 — 1900, do dziś nie

straciły aktualności, gdyż zawierają szereg cennych spostrzeżeń i wskazówek. To samo da się powiedzieć o dwu nader ciekawych spostrzeżeniach „*Oesophagitis exfoliativa*“.

Jakkolwiek różne części przewodu pokarmowego miały w ś. p. Rejchmanie spostrzegawczego i sumiennego badacza, jednak najliczniejsze i najkapitałniejsze prace Jego dotyczą żołądka. Opracował On dokładnie metody leczenia wrzodu peptycznego i „niestrawności kwaśnej“, zwrócił uwagę na nowe i charakterystyczne cechy rozpoznawcze w niezycie zanikowym, opisał „niestrawność nerwową“, podając metody rozpoznawania różniczkowego i leczenia, wykazał niezbędne warunki powstawania zgagi, wyróżnił sokotok okresowy i sokotok stały i dał ściśle podstawy do leczenia i rozpoznawania tej choroby (1886), udoskonalił metody prześwietlania żołądka, ustalił wskazania do przepłukiwań żołądka i opisał specjalny przyrząd w tym celu. Badania Rejchmana, dotyczące sztucznego trawienia, udowodniły, wbrew twierdzeniu Brückego, że włóknik przechodzi do rozczy-nu, a nie jest zawieszony w postaci drobnych cząsteczek i że parapepton i metapepton są produktami przejściowymi. Prace nad trawieniem mleka wykazały, że trawienie mleka surowego kończy się po trzech godzinach, największa kwasność występuje w 1 g. m. 15, największa ilość peptonu wykrywa się w 30 minut do 2 godzin, nadto że trawienie w mleku gotowanym kończy się później i peptonizacja zaczyna się później, niż w surowym, alkalia zaś dodane do mleka usuwają wpływ peptonizujący soku żołądkowego ¹⁾).

Ze wszystkich tych prac, dotyczących żołądka, dominujące miejsce zajęły prace, dotyczące wydzielania soku żołądkowego: „Przypadek wzmożonego wydzielania soku żołądkowego“, „O sokotoku żołądkowym“. Wynikiem prac tych było wyodrębnienie nowej formy chorobnej, uznanej przez cały świat lekarski jako „choroba Rejchmana“. Prócz tego z nazwiskiem Jego jest jeszcze związany t. zw. „trójobjaw Rejchmana“, spostrzegany

przez Niego w niezycie zanikowym, a przez nikogo przed Nim nie opisany.

Poza pracą naukową, prowadzoną osobiście, ś. p. Rejchman starał się o przysporzenie piśmiennictwu naszemu wyrobionych pracowników w obranej przez siebie specjalności. Z pracowni Jego wyszło kilkadziesiąt prac, wykonanych przez młodszych kolegów pod Jego kierownictwem, a nieraz z czynnym Jego udziałem. (Prace kol. Grundzacha, Mintza, Goldbauma, Róbina, Janczurowicza, Wejnerta). Gdy przed dziewięciu laty w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim powstała sekcja „gastrologów“, ś. p. Rejchman jednomyślnie powołany został na przewodniczącego. Dzięki trafnemu doborowi tematów umiejętnie prowadzonym dyskusjom i ciekawym demonstracjom, posiedzenia te pod Jego przewodnictwem ściągały licznych uczestników nie tylko „gastrologów“, lecz i lekarzy innych specjalności. Od r. 1906 ś. p. Rejchman był prezesem Komitetu Polskiego do badania i zwalczania raka i na tem stanowisku nie małe położył zasługi, przyczyniając się do rozwoju tej instytucji zarówno swem energicznym współpracownictwem, jak i ofiarnością na cele Komitetu. Wyrazem uznania dla działalności ś. p. Rejchmana był uroczysty obchód jubileuszu Jego czterdziestoletniej pracy lekarskiej (r. 1913) oraz wydanie przez pisma lekarskie (Gazetę Lekarską oraz Medycynę i Kronikę Lekarską) specjalnych numerów, Jemu poświęconych. Niestety, nie spełniły się życzenia, składane przed pięcioma laty Jubilatowi—zeszedł ze świata, nie doczekawszy 50-lecia pracy lekarskiej.

Bronisław Wejnert.

Dokładny wykaz prac dra Rejchmana podaliśmy w numerze jubileuszowym (№ 51 r. 1913).

W ostatnich latach życia ogłosił:

1. Kilka słów o dwóch sposobach leczenia nawykowego zaparcia stolca (Gaz. Lek. r. 1915).
2. O rozstrzeni dwunastnicy (Gazeta Lek. r. 1916).
3. W sprawie leczenia chorych na czerwone (Gaz. Lek. 1917).
4. Opukiwanie a rentgenoskopia dla określenia położenia, wielkości i kształtu żołądka (Gaz. Lek. 1918).

¹⁾ Bardziej drobiazgowa ocena prac ś. p. Rejchmana pióra Jana Pruszyńskiego była pomieszczona w Gazecie Lekarskiej № 51, r. 1913.

Nagłe zadania na polu zdrowia publicznego.

Napisal

dr Stanisław Ciechanowski,
profesor Uniw. Jagiell.

Z wielkiego kompleksu pilnych zadań, które Państwo polskie musi pod grozą nieobliczalnych szkód i strat w materiale ludzkim rozwiązać na polu sanitarnem, wyłoniło się w ciągu kilku ostatnich dni, wprost błyskawicznie, olbrzymie zagadnienie, które musi na siebie ściągnąć najbaczniejszą uwagę nie tylko Rządu i władz sanitarnych, ale całego społeczeństwa.

Gwałtowny koniec wojny wywołał w dniach ostatnich groźne i nagłe niebezpieczeństwo wybuchu epidemii w Polsce, którego opanowanie jest najpilniejszym dziś zadaniem, wymagającym niezwłocznego działania z wciągnięciem do pracy całego społeczeństwa. Wobec tego zadania muszą wszystkie inne ustąpić czasowo na plan drugi.

Źródłem niebezpieczeństwa są żołnierze b. armii austriackiej i niemieckiej, powracający do domów zwłaszcza do Galicyi z Włoch, Albanii, Ukrainy w znacznej części bezładną i niekarną falą, dalej robotnicy, którzy byli wywiezieni do Niemiec, powracający do kraju jeńcy Polacy, dalsze partie uchodźców, które zdołają przedrzeć się z Rosyi i cofać się będą z kresów wschodnich przed bolszewizmem, wreszcie jeńcy obcy, zdążający do swych krajów przez Polskę.

Ponieważ liczbę samych żołnierzy Polaków, wracających do Galicyi, szacować można na ćwierć miliona; liczbę robotników polskich zatrzymanych w Niemczech podawano na 700.000, a liczba jeńców wchodzących tu w rachubę, przekraczała milion; przeto można przypuścić, że cały ruch przekroczy liczbę dwu milionów osób.

Ruch ten może wzmóc z panujących już w kraju epidemii przede wszystkim tyfus plamisty, dalej tyfus brzuszny, czerwone i jaglicę oraz świerzb, przynieść zaś do kraju ospę, cholere, choroby weneryczne i ciężkie formy zimnicy, na którą zapadało bardzo wielu żołnierzy na froncie serbsko-albańskim i włoskim. Tyfus powrotny zdaje się mniej wchodzić w rachubę, ponieważ w ostatnich czasach nie było o nim słyhać w armiach. Wielkie niebezpieczeństwo wzmożenia się przedstawia srożąca się już w Polsce gruźlica, je-

dnakże zwalczanie jej na wielką skalę nie może z natury rzeczy wejść w program koniecznej teraz natychmiastowej walki z epidemiami chorób ostrych.

Cała obecna akcja rozpada się na trzy działy: akcja zapobiegawcza na granicach Państwa, na punktach wejścia fali ludzkiej, powracającej do kraju, powtórę akcja zapobiegawcza wewnątrz kraju, oparta o istniejącą organizację służby zdrowia w powiatach przy współpracy czynników obywatelskich, wreszcie tłumienie ognisk epidemii, które w kraju wybuchną.

Akcyja zapobiegawcza na granicach i po powiatach musi być natychmiast rozpoczęta. Natomiast tłumienie wybuchających już epidemii organizować się będzie stopniowo w miarę ich wybuchania, można więc mieć nadzieję, że da się organizować systematyczniej, niż tamta akcyja doraźna.

W tej pierwszej, natychmiastowej akcyi zapobiegawczej należy się liczyć z wielu trudnościami. Leżą one przede wszystkim w tem, że organizacyja publicznej służby zdrowia nie jest jeszcze we wszystkich częściach Państwa ujednolajniona i wykończona, że w Galicyi wskutek odcięcia Lwowa zabrakło chwilowo centralnego organu kierowniczego, w byłej okupacyi niemieckiej obejmują lekarze polscy dopiero teraz właściwą czynność po lekarzach powiatowych okupacyjnych, dalej, że część stanowisk lekarskich jest nieobsadzona, zwłaszcza w Galicyi, że tym lekarzom powiatowym, którzy są na stanowiskach, zabrakło nagle niższych organów pomocniczych, a cała administracyja kraju (nie tylko sanitarna) działa słabo, gdzieniegdzie jeszcze się nie skonsolidowała, a gdzieniegdzie nawet się rozpręga, wreszcie, że brak w kraju środków technicznych, transportowych, leków i środków odkażających — nie mówiąc nawet o braku żywności, odzieży, opału i mieszkań. W tych warunkach skuteczność akcyi zależy w wielkiej mierze od tego, czy Rząd zdoła rychło złagodzić grożącą powszechną klęskę społecznoekonomiczną, a przede wszystkim zapobiedz zaostreniu się panującego już od początku wojny półgłodu. Dalszym warunkiem

skuteczności akcji jest ze stanowiska polityki sanitanej oparcie akcji na istniejących na razie podstawach administracyjnych i ustawowych, gdyż wprowadzanie jakiegokolwiek nowych urządzeń administracyjnych byłoby jedynie źródłem zamętu. Nie należy też na razie zmieniać przepisów i ustaw sanitarnych, obowiązujących dotychczas w różnych częściach naszego państwa, do których urzędy i ludność jest wzwyczajona, a jedynie uzupełnić te przepisy pewnemi tymczasowemi zarządzeniami.

Akcya zapobiegawcza na granicach Państwa.

Jako wrota, w których możnaby uchwycić i zatrzymać wkroczenie epidemii, wchodzi w Galicyi w rachubę na razie 3 punkty graniczne na 3 głównych do kraju wiodących liniach kolejowych: północnej przez Bogumin od Moraw i Wiednia, tarnowsko-lełuchowskiej i przemysko-stryjskiej od Węgier. Od wschodu wobec teraźniejszej zawieruchy wrota oznaczyć się nie dają: wrzawy uspokojenia się jej wchodzi w rachubę głównie linia Lwów—Podwołoczyska i Lublin—Kowel. Od północy i północo-wschodu wchodzi w rachubę przede wszystkim również główne linie kolejowe. Wobec tego do zabezpieczenia wszystkich granic wystarczy obsadzić niewiele więcej ponad dziesięć punktów. W tych punktach trzeba starać się uchwycić fale powracających do kraju zapomocą stacyi pogranicznej kontroli sanitarnej. Już teraz można napewno przewidzieć, że stacje te zdołają uchwycić tylko część tej fali, ponieważ na razie albo brak wszelkich potrzebnych urządzeń (odwyszarni, baraków szpitalnych, łazienek, kuchni) na tych punktach granicznych, albo są one niewystarczające na tak znaczną liczbę ludzi, jaka powracać będzie, a stworzenie nowych urządzeń na czas jest niepodobieństwem. Mimo to należy wyżyć wszystkie siły, aby przynajmniej część powracających przeszła przez graniczne stacje sanitarne, bo nie jest obojętne, czy w kraju powstanie mniejsza czy większa liczba ognisk zarazy, a liczbę ich przecie będzie można zmniejszyć, jeśli choć część chorych lub roznośców zarazków uczyni się u wstępu do kraju nieszkodliwymi.

Potrzebny na pograniczne [stacje] personel lekarski, a zwłaszcza pomocniczy (techniczny, jak dezynfektorzy, sanitaryusze, maszyniści, kucharze) oraz strażnicy (wartownicy) może być dostatecznie prędko i w karbach dobrej organizacji poczerpnięty tylko z kadr wojskowych.

W granicznych stacjach sanitarnych powinny znajdować się (oprócz dużych kuchni do wydawania posiłków), wielkie urządzenia kąpielowe (natryski), w ten sposób połączone z poczekalniami i odwyszarnią, aby odzież mogła być w odpowiednich przyrządach odwyszona (najlepiej gorącym powietrzem) w czasie kąpieli, dalej pomieszczenie (baraki) do badania lekarskiego i szczepień ochronnych, aparat dezynfekcyjny, dom izolacyjny, prowizoryczny szpital zakaźny. Urządzenia takie na wielką skalę (choćby jeszcze niedostateczne dla spodziewanej liczby przejezdnych) są w Galicyi, w Oświęcimiu i Tarnowie.

W granicznych stacjach sanitarnych może akcja zapobiegawcza objąć tylko dwie choroby, t. j. tyfus plamisty i ospę, mianowicie tyfus zapomocą odwyszania, ospę zapomocą szczepień krowianką. Pozatem może się powiedzieć przy badaniu transportów wykryć część przypadków już rozwiniętej choroby zakaźnej, zwłaszcza chorych gorączkujących lub dotkniętych biegunką i tych odrazu zatrzymać w domu izolacyjnym, ewentualnie w miejscowym tymczasowym szpitalu zakaźnym. W pomyślnym razie może się powiedzieć wykryć także przypadki weneryczne — przynajmniej ich ostre okresy — jaglicę i świerzb; tych chorych należałoby odrazu skierować do odpowiednich szpitali. Prawdopodobnie jednak odesłanie tych chorych odrazu do szpitali powiedzie się tylko w nieznacznej mierze, raz dlatego, że niema podstaw prawnych do zastosowania przymusu (ponieważ prócz Galicyi nie obowiązuje jeszcze ustawa ogólna o zwalczaniu chorób zakaźnych, przygotowana przez Ministerstwo, a wogóle nie mamy nawet w projekcie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych), a powtóre dlatego, że w obecnych warunkach nie rozporządzamy nawet środkami dostatecznymi do wywarcia przymusu i przed końcem napływu powracających napewno nimi jeszcze nie będziemy rozporządzali. Wobec tego trzeba by przynajmniej w granicznych stacjach sanitarnych stworzyć ewidencję chorych na choroby weneryczne, jaglicę i świerzb, spisując ich nazwiska, powiat i miejscowość, do której dążą, i spisy te przysyłać niezwłocznie odpowiednim powiatowym władzom sanitarnym.

Akcya zapobiegawcza wewnątrz kraju.

Ponieważ w danej chwili niema podstaw prawnych do przeprowadzenia koniecznych zarządzeń administracyjnych, wymagających niejednokrotnie przymusu, przeto należy podstawy te niezwłocznie stworzyć przez oktro-

jowanie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, przygotowanej już w projekcie przez Ministerstwo Zdrowia. Temu projektowi należy nadać tymczasową moc obowiązującą na obszarze obu byłych okupacji; w Galicyi obowiązuje tymczasem austriacka ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. Niezbędne poprawki i uzupełnienia ustawy polskiej można odłożyć do czasu wniesienia ustawy w Sejmie.

Byłoby pożądanę również wprowadzanie drogą rozporządzenia tymczasowych przepisów o zwalczaniu chorób wenerycznych. Za wzór przyjąłby można najnowszą ustawę szwedzką z 20 czerwca r. b., jednakże nie można by zastosować w Polsce tej jej części, która przepisuje donoszenie władzy o źródle zakażenia wenerycznego z imieniem podaniem podejrzanej osoby, gdyż to mogłoby w naszych warunkach prowadzić do nadużyć.

Jednakże wykonanie wszelkich przepisów natrafiałoby obecnie na wielkie trudności z powodu braku lub rozprzężenia najniższych organów wykonawczych (policyi gminnej) i nieufności ludności do wszelkich władz. Trzeba więc koniecznie i niezwłocznie stworzyć podstawę do akcji przez powołanie do współdziałania wszystkich światlejszych i rozważniejszych czynników w społeczeństwie. Zadaniem ich byłoby przede wszystkim uświadamianie jaknajszerszych warstw ludu wiejskiego i miejskiego o groźącym niebezpieczeństwie i pouczanie o najważniejszych środkach obrony, jakie każdy sam we własnym interesie stosować i propagować powinien. W tym celu należy wydać odpowiednie odezwy i krzewić je z ambon przez duchowieństwo, przez szkoły, nauczycielstwo, przez zwierzchności gminne i sołtysów oraz na specjalnie w tym celu urządzanych zebraniach wszystkich mieszkańców dorosłych, przez wszystkie dzienniki i przez rozrzucenie po kraju w setkach tysięcy odbitek. Do współpracy należy wezwać przez dzienniki wszystkich ludzi dobrej woli. W odezwie należy podkreślić, że wszyscy powracający do kraju powinni się sami zgłaszać do lekarzy, przede wszystkim do władz sanitarnych powiatowych; jeżeli tylko są dotknięci lub obawiają się u siebie jakiejś choroby.

Następnie należy wezwać ludność do tworzenia miejscowych komitetów zdrowia, któreby swoim wpływem, dozorem i namową zapewniły, że zarządzenia władz sanitarnych będą istotnie wykonane. Organizacja tych komitetów zdrowia powinna się opierać o powiatowe urzędy zdrowia i pozostawać z nimi w ścisłym stosunku.

Równocześnie należy przygotować i uzu-

pełnić cały aparat sanitarny, mianowicie personel lekarski, służbę sanitarną, zakłady izolacyjne i lecznicze, leki.

Co do personelu lekarskiego, to należy niezwłocznie obsadzić wszystkie wakujące jeszcze stanowiska lekarzy powiatowych, okręgowych, gminnych, fabrycznych, przede wszystkim przez uwolnienie z wojska wszystkich tych, którzy takie stanowiska przed wojną zajmowali, a teraz jeszcze w wojsku pozostają. O ile mi wiadomo, wakansów takich jest najwięcej stosunkowo w Galicyi. Natomiast w obu byłych okupacjach są lekarze powiatowi prawie wszędzie. Wszystkim lekarzom powiatowym należy dodać (przynajmniej po jednym) lekarzy asystentów. Jest rzeczą prawdopodobną, że znajdzie się dostateczna liczba lekarzy na te stanowiska z pośród młodszych lekarzy wojskowych, teraz do kraju powracających, którzy przed wojną jeszcze nigdzie nie byli osiedli, lecz uzupełniali swe studia w szpitalach stołecznych. Tych lekarzy powinno wojsko, które ich w tak znacznej liczbie już nie potrzebuje, wprost odkomenderować do dyspozycji Ministerstwa Zdrowia. Zadaniem tych powiatowych asystentów lekarskich będzie służba o b j a z d o w a od wsi do wsi, i badanie w s z y s t k i c h, którzy teraz do wsi powrócili, celem wykrycia przypadków zakaźnych. Powodzenie tej akcji zależy jednak bezwarunkowo od przygotowania gruntu wśród ludności miejscowej przez stosowną propagandę i zwłaszcza miejscowe komisje zdrowia, jak również w tym celu, żeby ci lekarze udzielali (oczywiście tylko badanym p r z y b y s z o m) od razu porady ambulatoryjnej oraz bezpłatnych leków. W tym celu muszą ci lekarze mieć ze sobą przewoźne apteczki. Do pomocy dodany być musi tym lekarzom objazdowym służący sanitarny, obznajmiony z odwszaniem i dezynfekcją i zaopatrzony w przybory do najprostszej dezynfekcji.

Oprócz tych lekarzy objazdowych powinny być w każdym powiecie w urzędach sanitarnych powiatowych potworzone poradnie (dyspensatoria) stałe, również z bezpłatnem rozdawnictwem leków, do których to poradni powinny gminy skierowywać chorych przybyśków, zanim będą zbadani przez lekarzy objazdowych, bo ci z natury rzeczy będą mogli działać tylko stopniowo. Prowadzenie poradni powinni objąć, według stosownej instrukcji, którą należy opracować, lekarze będący na miejscu, a tylko wtedy lekarze powiatowi, gdyby innych lekarzy w tej miejscowości nie było. Poradnie stałe miałyby za zadanie głównie leczenie chorób wenerycznych: świerczy, zimni-

cy, jaglicy—w późniejszym okresie także zwalczanie gruźlicy. Poradnie te powinny być wyposażone w odpowiednie urządzenia, do nich powinien być przyłączony mały zakład dezynfekcyjny i o ile możliwości mały szpitalik, na wypadek konieczności zatrzymania chorego na kilka dni.

Konieczne jest jaknajrychlejsze zorganizowanie pomocniczego personelu sanitarnego, to jest służby sanitarnodezynfektorskiej, przydzielonej do lekarzy powiatowych, okręgowych, do lekarzy objazdowych i do poradni stałych. Ile możliwości nie powinni być do tego używani felczerzy, stanowiący, jak obecnie, kadry partaczy lekarskich, oczywiście nie bez wyjątku. Istniejących felczerów możnaby użyć raczej jako pomocników szpitalnych w szpitalach stałych. Zadaniem służby sanitarnej byłaby tylko dezynfekcja i kontrola, czy zlecenia lekarzy zostały wykonane, oraz wykonywanie pewnych grubszych robót sanitarnych, zarządzanych przez lekarzy. Ponieważ służba ta musi być wyćwiczona, przeto konieczne są osobne kursa tygodniowe lub nieco dłuższe. Aby tę służbę wykształcić i uzyskać, byłoby drogą najprostszą, a może w obecnych warunkach jedyną, odkomenderowanie jej z wojska; przed odejściem na prowincję przesliby odkomenderowani sanitariusze jeszcze przy swej komendzie kursa wykształcenia.

Uzyskanie dostatecznej ilości leków może być załatwione tylko drogą bezzwłocznych układów z państwami ościennymi i z państwami koalicji. Najpilniejsze jest uzyskanie środków dezynfekcyjnych, przeciwkifowych i przeciwwirowych, a w ciągu zimy—chininy. Na pierwszą potrzebę musi być też z zagranicy uzyskana znaczna ilość krowianki, niezwłocznie zaś należy zwiększyć znacznie produkcję krowianki w zakładach istniejących w państwie, jak również założyć dalsze zakłady krowiankowe państwowe. Wyrób szczepionek i surowic leczniczych powinien niezwłocznie przejść w ręce państwa i należy stworzyć centralny zakład w Warszawie.

Wreszcie należy już teraz rozpatrzyć i przygotować podstawy do wielkiej akcji zapobiegawczej w całym kraju, która jednak niestety nie da się jeszcze w czyn wprowadzić w czasie najbliższym. Akcja ta polegałaby na przeprowadzeniu wśród całej ludności, od wsi do wsi, szczepienia krowianką, odwszania, a w razie, gdyby zagrażała cholera, szczepień przeciw cholerze. Przeprowadzenie akcji polegałoby na rozesłaniu po kraju kilkuset grup szczepiących, wykształconych na osobnym kursie, na wzór akcji, za-

inicjowanej przez Wydział lekarski krakowski w r. 1915 i przeprowadzonej co do szczepienia krowianką przez Książęco-Biskupi Komitet krakowski z pomocą trzystu kilkudziesięciu słuchaczy i słuchaczek Uniwersytetu Jagiellońskiego. W podobny sposób możnaby zorganizować akcję odwszania, a akcję tę możnaby połączyć z ustnem pouczeniem ludności w sprawach zdrowia publicznego i higieny.

Tłumienie wybuchłych już ognisk epidemii.

Wykrywanie i tłumienie wybuchających w kraju ognisk epidemii zapomocą wspomnianych powyżej lekarzy powiatowych, lekarzy objazdowych i specjalnych epidemi-cznych przy użyciu istniejących w kraju szpitali stałych nie potrzebuje omawiania.

Oparte by było na wspomnianem już okrojowaniu ustawy przeciwepidemicznej i współpracy społeczeństwa zapomocą komitetów zdrowia i pouczenia ludności.

Jednakże wobec niedostatecznej w naszym państwie liczby szpitali, a zwłaszcza dla chorób zakaźnych, jak również wobec tego, że tworzenie dalszych stałych szpitali zakaźnych jest w pewnym stopniu rzeczą niepraktyczną, a w naszych obecnych warunkach ekonomicznych wogóle bardzo trudną, należy rozwinąć system, jaki z inicjatywy lekarzy galicyjskich wprowadzony miał być w Austrii zapomocą nowej ustawy o chorobach zakaźnych, mianowicie organizacja szpitali ruchomych czyli lotnych kolumn szpitalnych. System ten wprowadzony jednak został w życie dopiero w czasie wojny dzięki twórczej inicjatywie i pełnej poświęcenia pracy prof. dra Emila Godlewskiego z Krakowa w postaci t. zw. kolumn sanitarnych Książęco-Biskupiego Komitetu Krakowskiego.

Kolumny te, działające pod kierunkiem prof. dra Godlewskiego od szeregu miesięcy także w obu byłych okupacjach i oddające niezmierne usługi, rozporządzają wielkiem już doświadczeniem i znakomitą personelem. Powinny one więc stanowić kadry dla dalszych kolumn sanitarnych, w ten sam sposób zorganizowanych, możliwie licznych i podanych dotychczasowemu kierownictwu, a utrzymywanych kosztem Państwa jako instytucja stała. Wyposażenie kolumn, materiał potrzebny do zakładania szpitali i ich przenoszenie powinny być znacznie wzmożone i udoskonalone (automobile, przenośne baraki), a personel dopełniony technicznym personelem transportowym i rzemieślniczym (do stawiania baraków, montowania urządzeń).

Krótko zebrane wnioski z powyższego są następujące:

1. Niezwłocznie wysłać, najlepiej odkomenderować z wojska, na wszystkie ważne przejścia na granicach Państwa po kilku lekarzy (wśród nich także ile możliwości specjalistów syfilidologów) z personelem pomocniczym (sanitariuszami) i strażniczym celem urządzenia stacyi kontroli sanitarnej, odwszania, szczepienia ochronnego przynajmniej od ospy. Chorych na ostre choroby zakaźne lub podejrzanych o nie zatrzymać na tych stacjach w domu izolacyjnym lub w szpitalu zakaźnym tymczasowym. Chorych wenerycznych, przypadki jaglicy i świerzbu od razu skierować do odpowiednich szpitali; o ile to niemożliwe, to przynajmniej stworzyć ich ewidencje celem niezwłocznego zawiadamiania odpowiednich władz sanitarnych powiatowych.

2. W powiatach, najbardziej zwłaszcza zagrożonych, stworzyć niezwłocznie bezpłatne, oparte o istniejącą organizację sanitarną, poradnie (dyspensatoria, ambulatoria) z bezpłatnem wydawaniem leków na wszelkie choroby zakaźne, w pierwszym rzędzie na choroby weneryczne, jaglicę, zimnicę, świerzbę. Poradnie te objęłyby później także walkę z gruźlicą.

3. Lekarzom powiatowym dodać odkomenderowanych z wojska objazdowych lekarzy asystentów, badających od wsi do wsi osoby, powracające z zagranicy, zaopatrzonych w apteczki.

4. Wykształcić na krótkim kursie sanitaryszy-dezynfektorów i rozesłać ich po powiatach do pomocy lekarzom powiato-

wym i objazdowym lekarzom-asystentom; ludzi tych przydzielić z wojska.

5. Z kadrów ruchomych kolumn sanitarnych Biskupiego Komitetu Krakowskiego utworzyć większą liczbę takichże kolumn, jako lotnych szpitali zakaźnych pod dotychczasowem kierownictwem i z dotychczasową organizacją, ale utrzymywanych przez Państwo. Wyposażenie kolumn zwiększyć i udoskonalić, zarówno co do materiału (automobile, baraki przenośne), jak i personelu (służba transportowa, rzemieślnicy i monterzy).

6. Niezwłocznie pouczyć i ostrzedz ludność z ambon, przez szkoły, przez zarządy gminne, przez dzienniki, ulotne druki i w ogóle wszystkimi możliwymi sposobami o wszelkich epidemiach, o najważniejszych środkach ostrożności i wzywać do leczenia się przybyśków w poradniach i szpitalach. Wezwać do tworzenia miejscowych komisji zdrowia, opartyh o powiatowe urzędy sanitarne.

7. Nadać tymczasową moc obowiązującą projektowi ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, przygotowanemu już przez Ministerstwo.

8. Rozpatrzyć sprawę wydania przepisów o zwalczaniu chorób wenerycznych.

9. Przygotowywać wielką akcję ochronną w postaci masowego szczepienia krowianką, odwszania, ewentualnie szczepienia przeciwcholerycznego całej ludności miast i wsi.

10. Uzyskać jaknajrychlej z zagranicy zapas leków, rozwinąć działalność zakładów krowiankowych, utworzyć państwowy zakład szczepionek i surowic.

O uleczałnej postaci zespołu Brown-Sequarda

podał

S. Goldflam.

(Ciąg dalszy—patrz № 47).

Następuje mianowicie we wszystkich prawie spostrzeżeniach stałe, jakkolwiek przez nawroty przerywane, ustępowanie objawów, trwające miesiące, a nawet lata. Niektóre objawy znikają całkowicie, jak zaburzenia pęcherzowe, odbytnicze, inne redukują się do minimum, jak niedowład ruchowy, tak iż nie dochodzą do świadomości chorych. I subiektywne skargi, głównie parestezye termiczne, błędna znacznie; zresztą mogło to nastąpić już w okresie stacyonarnym. Jedynie potencja zdaje się nie wracać w większości przypadków.

Po upływie tego okresu pacjent czuje

się, można powiedzieć, zdrowym, zżył się z drobnymi swemi dolegliwościami, przestał się leczyć. Gdy po wielu latach, w jednym przypadku po 15, ma się okazać go zbadać, jest się zdumionym, że rezultat badania okazuje się prawie taki sam, jak na początku, zarówno co do rozszerzenia czuciowego, jak i spastycznych odruchów z objawem Babińskiego właściwie, jednakże w stopniu słabszym; również i zboczenia w odruchach brzusznych ewent. niedowład mięśni brzusznych mogą trwać w dalszym ciągu.

Poprawa wydaje się trwałą, mogłem

ją stwierdzić po 11, 13 (w 2 przyp.) i 15 latach; brak danych, by jej za ostateczną nie uważać. Wolno przecież mówić o wyzdrowieniu, w praktycznym tego słowa znaczeniu, skoro osobnik, ignorując nieznaczące dolegliwości, ochoczo oddaje się swemu zawodowi. Sprawy nie zmienia fakt, że pewne, niewinne objawy kliniczne przebytej choroby, zwłaszcza zaś spastyczne odruchy, trwają jako jej pozostałość. Z równie słusznym prawem mówi się przecież o wyleczeniu gruźlicy płucnej, pomimo istnienia nieokreślonego, a nawet oskrzelowego szmeru oddechowego w szczycie, gdy wszystkie inne objawy ustąpiły i chory odzyskał swoją sprawność.

Wahania w przebiegu są, jak to i Oppenheim zaznacza, cechą charakterystyczną tego typu zespołu Brown-Sequarda. Występują one we wszystkich okresach choroby; gdy w pierwszym okresie postępu choroby, wahania ku poprawie usprawiedliwiają nadzieję trwałego ustąpienia objawów, to w okresie regresyjnym z jego nasileniami, trudno oprzeć się obawom przed nawrotem, aż wreszcie, przez stałe powracanie zjawiska, przychodzi się do wniosku, że wahania są istotną właściwością choroby. Różnią się one od wahań zwykłych w każdej chorobie, nie tylko swym stopniem ale i tem, że trwają dnie i tygodnie. Najwybitniej występowało to zjawisko w przypadku V, zwłaszcza w okresie regresyjnym, w którym chory wydaje się jeszcze pozostawać. Były to formalne nawroty cierpienia: wśród zupełnego prawie zdrowia rozwija się, w ciągu paru tygodni, nasilenie objawów, zwłaszcza w dziedzinie ruchowej, które cofa chorego prawie w okres szczytu choroby; nawet potencja, którą ten jedyny chory odzyskiwał, wygasa podczas takiego nawrotu, trwającego parę tygodni i ustępującego za każdym razem pod wpływem leczenia enesolem; nasilenia te zjawiają się parę razy w ciągu roku—raz jeden upłynął cały rok bez nich — jakoby na skutek przepracowania lub trosk, a właściwie bez uchwytnej przyczyny.

Wahania te są zaznaczone w większości znanych spostrzeżeń, zarówno jak i w wyżej podanych, choć nie we wszystkich występuje tak wybitnie, jak w przypadkach V i III.

Charakterystyczną więc cechą omawianej tu odmiany zespołu Brown-Sequarda stanowi nieznacznym, powolnym, stopniowym, w ciągu miesięcy postępujący rozwój objawów, bez wiadomej przyczyny, u mężczyzn w średnim wieku. Nawet na szczycie rozwoju choroby objawy dosięgają słabego tylko natężenia, jednakże badanie kliniczne wykrywa więcej, niżby się te-

go ze stopnia zaburzeń czynnościowych spodziewać można było, a mianowicie wyraźne, choć słabo zaznaczone oznaki niedowładu połowiczego typu spinalnego. Brak bez wyjątku objawów ze strony kończyn górnych oraz mózgowych. Drugi stacyonarny okres trwa miesiące, nawet lata. Potem następuje cofanie się objawów, które również obejmować może miesiące i lata. Wszystkim tym okresom najczęściej wspólne są wahania w natężeniu objawów. Po leczeniu nie swoistem, prawie obojętnym, następuje wyzdrowienie w powszednim znaczeniu tego słowa. Nieznaczące pozostałe dolegliwości są ignorowane i nie zakłócają sprawności życia. A jednak, po wielu latach takiego zdrowia, odnajduje się ten sam, jakkolwiek jeszcze słabiej wyrażony, zespół Brown-Sequarda. Wyzdrowienie jest trwałe.

Wielkie podobieństwo, bodaj jednogodność podanych spostrzeżeń ze spostrzeżeniami Boettigera i Oppenheima jest niezaprzeczone. Moje przypadki były jeszcze pomyślniejsze, niż rzeczonych autorów, zwłaszcza w stosunku do zaburzeń ruchowych, które były tylko bardzo słabo zaznaczone, w przypadku V wcale przez chorego nie zauważone. Ale i inne objawy, jak zaburzenia pęcherzowo-odbytnicze były w słabym stopniu wyrażone. I przebieg był w moich przypadkach jeszcze powolniejszy, w większości dziesiątki lat trwający. Miałem też sam okazy obserwowania moich chorych w ciągu szeregu lat, do 17; najdłuższa obserwacja Boettigera trwała 10 lat.

Zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia ze szczególnym typem zespołu Brown-Sequarda, który, jak to Oppenheim zaznacza, prawie zupełnie uszedł za równo jego uwagi, jak i większości neurologów. Jest to tem dziwniejsze, że nie należy on wcale do rzadkości, albowiem praca Oppenheima opiera się na 7 spostrzeżeniach, a podanych tu 5 przypadków nie wyczerpuje całego mego materiału, gdyż uwzględniłem tu tylko takie, o trwaniu dłuższem, niż 4 lata. Częstość tej postaci wydaje mi się większa, niż nowotworu rdzenia i ma ona prawo do większej, niż dotąd uwagi ¹⁾. Od innych podobnych cierpień rdzeniowych różni się sposobem rozwoju, słabym natężeniem objawów, powolnym przebiegiem i pomyślnym zejściem przy względnie obojętnym leczeniu. Zdaje się ona być w wielu przypadkach, przy uwzględnieniu pewnych okoliczności, dostępna roz-

¹⁾ O ile mi wiadomo, od czasu pracy Oppenheima, z drugiej połowy 1914 roku, tematu tego nie poruszano.

poznaniu, w każdym zaś razie należy mieć na względzie tę odmianę zespołu Brown-Sequarda, różniącą się tak bardzo od innych cierpień rdzeniowych, zwłaszcza co do rokowania i leczenia, przy stawianiu rozpoznania różniczkowego, specjalnie guzów rdzeniowych, gdy ma zapaść decyzja co do zabiegu operacyjnego. Kierującymi momentami zdają się tu być: niewyraźny początek, wybitnie powolny, chroniczny przebieg, przewaga parestezyi (zwłaszcza termicznych) zazwyczaj w jednej nodze, rzadziej tułowiu, słabe zaznaczenie objawów bólowych, prawie stały brak neuralgicznych bólów korzonkowych, słaba tendencja do postępu, albowiem objawy pozostają miesiące i lata na pewnej nieznacznej wysokości, z drugiej zaś strony pewna niezgodność między nieznacznymi dolegliwościami i zaburzeniami czynności, a rezultatem badania obiektywnego, stwierdzającego cierpienie grzbietowej części rdzenia w postaci zespołu Brown-Sequarda, a wreszcie owe wahania, wielokrotnie już wspomniane. Z natury rzeczy wynika, że im więcej upłynie czasu, tem rozpoznanie staje się łatwiejsze, albowiem wtedy wyraźnie ujawniają się cechy charakterystyczne choroby, jak to: nieznaczne natężenie objawów, zwłaszcza ruchowych, w ciągu miesięcy, a nawet lat, wahania, niezłśliwy charakter cierpienia, trwała dążność do wyzdrowienia.

Przy różniczkowaniu przede wszystkim należy uwzględnić syfilis rdzenia, a mianowicie te jego przypadki, w których sprawa umiejscawia się w grzbietowej części rdzenia (kilak) i występuje w postaci zespołu Brown-Sequarda. W wywiadach stale brakło danych po temu, a i badanie serodyagnostyczne — w przypadkach Oppenheima badano nie tylko krew, ale i płyn mózgoworodzeniowy — dawało wyniki ujemne. I ogólny przebieg omawianej tu odmiany nie odpowiada obrazowi syfilisu rdzeniowego, w którym postęp odbywa się skokami i zwykle w ciągu paru miesięcy sprawa dochodzi do znacznych zaburzeń, zwłaszcza w dziedzinie ruchowej. W syfilisie rdzenia zazwyczaj nie występuje zespół Brown-Sequarda, a w tak czystej postaci, jak tutaj, nie trwa nigdy lata i dziesiątki lat bez domieszki innych objawów, jest tylko krócej lub dłużej trwającym epizodem, który się wkrótce zaciera i przechodzi w obraz poprzecznego zapalenia rdzenia. Leczenie specyficzne tam bywa często uwieńczone dobrym wynikiem, tu zwykle bez skutku. Syfilis rdzenia nieleczoney ma prawie bez wyjątku zejście fatalne, prędzej czy później sprawa dochodzi do zupełnego porażenia, nie wyłączając pęcherza, do ro-

pnego zapalenia jego, do odleżyn i t. p.; tu przeciwnie, dobrotliwość cierpienia i tendencja do samowyleczenia są faktem w oczy bijącym. Syfilis centralnego układu nerwowego bywa tylko rzadko ograniczony do rdzenia, często i mózg jest w sprawę wciągnięty, co najmniej istnieją znane zaburzenia żrenicze. I w rdzeniu sprawa syfilityczna jest rzadko jednoogniskowa, zazwyczaj rozsiana i rozlana, to też obraz kliniczny wykazuje obecność ognisk w rozmaitych okolicach rdzenia (Oppenheim). Tutaj górne kończyny oraz mózg są bezwzględnie pominięte, a objawy wskazują umiejscowienie wyłącznie w grzbietowej części rdzenia.

Jak zaznaczono powyżej, niekiedy stwardnienie rozsiane występuje pod postacią zespołu Brown-Sequarda; jest to tem godniejsze uwagi, że tej chorobie właściwą jest znana skłonność do zwolnień, mogących symulować wyzdrowienie. Mało jest jednak prawdopodobnem, aby w tym względzie mogły powstać jakieś poważniejsze trudności różniczkowodyagnostyczne. Przedewszystkiem wśród „bogactwa form“ stwardnienia wieloogniskowego, ta postać należy do bardzo rzadkich, zwłaszcza w formie zupełnie czystej, a i wtedy występuje tylko epizodycznie, w ciągu stosunkowo krótkiego czasu, najczęściej są już ze strony górnych kończyn, oczu i t. d., lub też wkrótce się przyłączają oznaki, dowodzące rozlanego szerzenia się sprawy. „Nie odpowiada to bynajmniej naturze stwardnienia wieloogniskowego“, mówi Oppenheim, „aby swą pracę życia wyczerpało w wytworzeniu jednego ograniczonego ogniska na pewnej wysokości rdzenia“.

Najtrudniejszym i najbardziej odpowiedzialnem, albowiem związanem z naszym czynnem zachowaniem się, jest odróżnienie od guza rdzenia. W samej rzeczy, omawiana tu postać najczęściej rozpoznawana bywała jako guz rdzenia. Oppenheim podaje, że te właśnie przypadki były doń kierowane dla zaoпинiowania, czy mają być poddane operacji, i że nie mógł się obronić wrażeniu, że ma się tu istotnie do czynienia z guzem rdzenia, właśnie *meningitis serosa circumscripta*. A jednak, co za różnica w naszym postępowaniu i rokowaniu, pomimo panowania ery operacyjnej. Dzięki wprost świetnym wynikom operacyjnym w przypadkach guzów, torbieli, *meningitis serosa spinalis circumscripta*, wprowadzono do lecznictwa próbną laminectomię, jako zabieg uzasadniony, względnie niewinny. W wielu przypadkach tak bywa, stwierdzano nawet pomyślny wynik w przypadkach, gdzie nic nie wykrywano i tłoma-

czono dobry rezultat zmniejszeniem ciśnienia (*spinal decompression*). Jednakże poza niebezpieczeństwem, związanem z tak wielką operacją, przy najbieglejszej nawet technice, stwierdzano wielokrotnie ujemny, wprost szkodliwy wpływ na rdzeń. Oppenheim, który gorąco występował, jako jeden z pierwszych, w obronie próbnej laminektomii, donosi o pogorszeniu w przypadkach stanów zapalnych i degeneracyjnych rdzenia. Widział parę przypadków, w których *meningitis serosa* zdawała się być przypadkowym powikłaniem pierwotnego cierpienia rdzenia, i przez wypuszczenie płynu oraz usunięcie zrostów zrobiono więcej szkody, niż przysporzono korzyści; zapewne na skutek manipulowania na chorym rdzeniu. Jedyne jego operowane przypadki omawianego tu typu zakończył się śmiertelnie w 3 tygodnie po operacji. Widzimy więc, jak ważnem jest odróżnienie od guza i spraw pokrewnych i uchronienie chorego od czynnego zabiegu.

Trudności nastroczają szczególnie guzy oponowe, ponieważ przeważnie sadowią się w części grzbietowej, gdy nowotwory wewnątrzrdzeniowe powstają głównie w nadržmiach rdzenia. Oczywiście, trudności różniczkoworozpoznawcze dotyczą przeważnie pierwszych okresów obu chorób, a ściślej mówiąc, 2-go, Brown-Sequardowskiego okresu guza oraz 1-go okresu omawianego tu typu. Albowiem z chwilą, gdy wystąpią objawy mniej lub więcej całkowitego, poprzecznego zajęcia rdzenia, nie może już być mowy o tym typie, w którym nigdy sprawa nie dochodzi do tak daleko posuniętych objawów; również upada przypuszczenie guza, gdy choroba, po wielu latach trwania, przedstawia te same, co na początku, nieznaczne objawy porażenia Brown-Sequarda lub też okazuje tak wybitną poprawę, która niemal równa się wyzdrowieniu. Jakkolwiek i w guzach rdzenia zdarzają się i znaczniejsze zwolnienia—tylko wyjątkowo w zewnątrzrdzeniowych, częściej już w wewnątrzrdzeniowych (Oppenheim, E. Flatau)—to jednak na ogół rzadko i nie w tym stopniu, aby można myśleć o samowyleczeniu.

Rzeczne trudności rozpoznawcze nie przytrafiają się chyba w pierwszym okresie typowego guza oponowego części grzbietowej rdzenia, z jego charakterystycznymi newralgicznymi bólami korzeniowymi, które, jakkolwiek podlegają wahanom co do natężenia, a nawet wykazują krótsze lub dłuższe, bodaj i paroletnie zwolnienia, najczęściej jednak są uporczywe i nie poddające się wpływowi leczenia. Tutaj brak ich najczęściej, a w ka-

żdym razie są słabo wyrażone, nie ograniczone do jednego lub paru korzeni rdzeniowych, jak to bywa w guzie, i trwają krótko; tu choroba zaczyna się najczęściej od parestezyi (zwłaszcza termicznych) w nogach, rzadziej w tułowi, gdzie rozprzestrzeniają się w sposób, bardziej rozlany, np. w obrębie jednej połowy brzucha. W dalszym przebiegu błędna one, prawie całkiem ustępują, gdy tymczasem newralgie w guzie niekiedy trwają jeszcze i w 3-im, paralitycznym okresie choroby. Tu najczęściej niema mowy o wyraźnych zmianach uczucia w obrębie dotkniętym newralgią, jak to często bywa w dalszym przebiegu guza. Oczywiście, rozpoznanie różniczkowe będzie trudniejsze w przypadkach nietypowych guza oponowego, w których okres newralgiczny jest słabo wyrażony (tylko bardzo rzadko może go nie być wcale), lub też zastępują go parestezye. Gdy jednak w guzie oponowym w 1-ym okresie cierpienia najczęściej nie występują jeszcze objawy ucisku rdzenia, to w omawianym tu typie stwierdzamy już zespół Brown-Sequard'a w każdym czasie, choćby chory jak najwcześniej, nawinął się naszemu badaniu. Zdaje się, że w guzie rdzenia poprzedzać może krótszy lub dłuższy, nawet lata trwający, okres bez właściwych objawów rdzeniowych (czuciowych, ruchowych), gdy tutaj trwa on chyba bardzo krótko, a może nawet brak go zupełnie. Zespół Brown-Sequard'a nakłada tej odmianie swe piętno. Istnieje on i w większości przypadków guza oponowego, ale nie zawsze występuje tak wyraźnie i wybitnie (E. Flatau), może i nie w tak czystej postaci, jak tu najczęściej. Gdy w guzie objawy ruchowe rozwijają się szybciej, niż czuciowe (E. Flatau), to tutaj oba składniki zespołu Brown-Séquard'a zachowują wzajemną równowagę, a nawet zaburzenia ruchowe są najczęściej słabiej wyrażone niż czuciowe.

Impotencja występuje już tu w 1-ym okresie, może ona być pierwszym objawem, który zwraca uwagę chorego, również wcześniej występują tu zaburzenia pęcherzowe (i odbytnicze); w guzie zaś rdzenia objawy te tylko rzadko zjawiają się wcześniej, zazwyczaj później, najczęściej dopiero w 3-im okresie porażenia.

Objawy porażenia połowiczego mogą trwać w guzie rdzenia dłuższy czas, zwykle jednak stanowią one tylko epizod, choroba postępuje, prędzej czy później sprawa dochodzi do objawów poprzecznego porażenia rdzenia, wtedy jednak giną wszelkie wątpliwości. W istocie guza tkwi postępowość aż

do śmierci (z uwzględnieniem powyższych zastrzeżeń), w naturze omawianego tu typu leży to, że po początkowym postępie, przyczem objawy dosięgają tylko skromnego poziomu, następuje cisza i cofanie się; niekiedy okres postępu przechodzi bezpośrednio w okres wsteczny, jakby z pominięciem okresu

ciszy. Nawet przy jaknajdalej posuniętej poprawie, która w praktycznym znaczeniu równa się wyleczeniu, stwierdza się obiektywnie, nawet po lat dziesiątkach, ten sam, choć zarty zespół Brown - Séquard'a, który zdaje się trwać już do końca życia.

(Dok. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

12. Sir Wiliam Osler Bart. Walka z syfilisem (mowa doroczna, wygłoszona w Londyńskim Tow. Lek. 14 maja 1917 maja).

Wykład Oslera stanowi próbę cyfrowego określenia, chociażby tylko bardzo „*per approximationem*” roli przymiotu, jako przyczyny śmierci. Rola ta w dotychczasowych statystykach naogół jest nader mała. Tak np. w statystyce dra Stevensona, zamieszczonej w błękitnej książce sir Bernarda Malleta na rok 1915 pomiędzy 18 chorobami, wymienionymi jako ważniejsze przyczyny śmierci, syfilis zupełnie nie figuruje, podobnież niema go wcale pomiędzy 11 chorobami, zarejestrowanymi jako przyczyny śmierci dzieci w pierwszym roku życia. W innej statystyce syfilis zajmuje ostatnie miejsce pomiędzy przyczynami zgonów, dając cyfrę 1885, podczas gdy na gruźlicę wypada 54,000, na zapalenie płuc 49,000 i t. d. Autor na podstawie swego długoletniego doświadczenia dochodzi do przekonania, że owe statystyki gwałtownie wymagają poprawek i że liczba wypadków, w których należy oskarżać przymiot o wywołanie zejścia śmiertelnego jest daleko większa. Przedewszystkiem możemy przypuścić, że 25% wszystkich nieżywo urodzonych dzieci śmierć zawdzięcza przymiotowi, któremu też należy przypisać śmierć 16 — 22% dzieci, umierających w pierwszym roku życia. U dorosłych na 562000 zgonów w roku 1915 58000 wypada na różne choroby układu nerwowego, między niemi zaś 735 na paraliż postępowy, a 2265 na wiał rdzenia, to jest choroby prawie bezspornie dziś uznawane za stojące w przyczynowym związku z kiłą. Na 3713 apopleksyi mózgowych pomiędzy 25 a 50-ym rokiem życia winno się zapisać 3000 na debet przymiotu, również 500 na 1472, umieszczonych w przestarzałej już dziś rubryce rozmiękania mózgu, 500 na 2983 „paraliżów bez wymienionej przyczyny”. Dodawszy do tego odpowiednie cyfry, wydzielone z liczby zgonów, spowodowanych przez różne inne choroby nerwowe i umysłowe winniśmy, zdaniem autora, otrzymać cyfrę co najmniej 10000 zgonów spowodowanych przez syfilis na 58000 chorób układu nerwowego.

Na 56000 zgonów z powodu chorób serca i naczyń krwionośnych autor obwinia przymiot także przynajmniej w 1000-u przypadków. Że owe przypuszczalne cyfry nie są za wysokie, za tem przemawiają dokładne badania pośmiertne, przeprowadzone przez amerykańskiego patologa Warthina, który w trzeciej części całego badanego przez siebie anatomo-patologicznego materiału wykazał obecność krętków białych, chociaż na 41 przypadków o wyniku dodatnim tylko w 11 przypadkach przymiot stwierdzono „*intra vitam*”. Zaznaczyć jeszcze wypada, że szpital, dostarczający Warthinowi materiału, chorych swych rekrutował przeważnie ze wsi i małych miasteczek, gdzie naogół syfilis bywa rzadszy, niż w wielkich miastach.

Z drugiej strony inne statystyki wykazują, że u 12—14% wszystkich chorych, wstępujących do głównego szpitala w Toronto, stwierdzić było można dodatni wynik odczynu Wassermann'a. Jeszcze wyższy procent 15% dało serologiczne badanie krwi 4000 chorych Brigham-hospital w Bostonie, a badania George Walkera w Baltimore, przeprowadzone na 1080 pacjentach, dały 10% rezultatów dodatnich.

Wynikałoby z tego wszystkiego, że syfilis i jako przyczyna choroby i jako przyczyna śmierci odgrywa znacznie ważniejszą rolę, niż to się nam doniedawna wydawało.

Sposoby, doradzane przez Oslera w celu walki z groźną plagą przymiotu, mało się różnią od tego, co zwykle się w podobnych razach polecało i poleca. A więc najprzód uświadamianie społeczeństwa i antyweneryczna propaganda drogą literatury, odczytów, ogłoszeń i t. p., a następnie profilaktyka oraz przymusowe leczenie chorych wenerycznych. Że tą drogą można osiągnąć pewne rezultaty, tego dowodzi wojskowa amerykańska statystyka wenerologiczna, wykazująca znaczny spadek cyfry zachorowań po roku 1912, a więc od czasu, kiedy zaprowadzono przymusowe oględziny żołnierzy.

(*The Lancet*. 1917, 26 maja).

S. T.

Wiadomości bieżące.

— Każda zmiana gabinetu Ministrów wywołuje obawę o istnienie Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Zdawałoby się, że od czasu powstania tego Ministerstwa t. j. w ciągu ubiegłych 7-u miesięcy, pod światłem i energicznym kierownictwem kol. Witolda Chodźki, wykazało ono taką żywotność i tak pożyteczną działalność, że potrzeby utrzymania go i nadal nikt chyba kwestyonować nie powinien.

A jednak mimo to egzystencja Ministerstwa Zdrowia podczas ostatniego przesilenia była zagrożona...

Dziś z zadowoleniem stwierdzamy fakt, że na jednym z ostatnich posiedzeń Rady Ministrów postanowiono zmian w tym kierunku żadnych nie wprowadzać i utrzymać samodzielność Ministerstwa Zdrowia. Kandydatem na ministra jest, o ile nam wiadomo, kol. Tomasz Janiszewski, doc. Uniwersytetu Krakowskiego, znany ze swej działalności lekarsko-sanitarnej.

— 12.000 marek, wyznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego na zapomogi i pożyczki dla lekarzy reemigrantów, zostało rozdzielone w ten sposób, że wszyscy lekarze, którzy złożyli podania, otrzymali po 200—650 marek.

Początkowo Ministerstwo zamierzało sumę tę przekazać do podziału Komitetowi Pomocy Koleżeńskiej przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich; wobec tego jednak, że Komitet nie przyjął stawianych przez Ministerstwo warunków, podziału dokonała specjalna Komisja, powołana przez Radę Lekarską Królestwa Polskiego. Komisję stanowili kol.: Jakowski Marian, jako przewodniczący, doc. Jaworski Józef, jako przedstawiciel Ministerstwa, Orzeł Kazimierz, delegowany przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Pieniążek Czesław z ramienia Towarzystwa Medycyny Społecznej, i jako przedstawiciele lekarzy reemigrantów: kol. Gurbiski Stanisław, Jakimiak Bolesław i Zieliński Edward.

Do numeru niniejszego dołącza się ogłoszenie magistra Klawego o zymazie.

Od Administracji.

Gazeta Lekarska jest jedynym pismem lekarskim polskim, które przez cały czas ubiegłej wojny, pomimo rozlicznych przeszkód i strejków, wychodziło bez przerwy. W miarę sił i w miarę tego, jak pozwalały krępujące warunki rządu okupacyjnego, staraliśmy się, obok działów specjalnych, uwzględniać w wiadomościach bieżących to wszystko, co w danej chwili zasługiwało na uwzględnienie.

Pomimo znacznego wzrostu cen druku i papieru, wydawaliśmy pismo na warunkach przedwojennych, t. j. nie podwyższając opłaty prenumeracyjnej. Obecnie jednak, pomimo skończonej wojny, zmuszeni jesteśmy prenumeratę Gazety podnieść, gdyż koszt druku i papieru wzrosły przeszło o 200%, a zasoby materialne Gazety w ciągu ubiegłych lat 4-ech wyczerpały się prawie zupełnie.

Powiększamy natomiast każdy numer o 4 strony i, zależnie od warunków, w jakich pracować będziemy w roku przyszłym, starać się będziemy powrócić do rozmiarów przedwojennych.

Prenumerata Gazety od 1 stycznia 1919 wynosić będzie:

w Warszawie rocznie marek 36, półrocznie marek 18,
na prowincyi " " 40, " " 20.

Wyjątkowo wysoka cena papieru wymaga ustalenia nakładu pisma, zwracamy się przeto z prośbą do wszystkich prenumeratorów prowincjonalnych o nadesłanie prenumeraty przed Nowym Rokiem, miejscowych zaś abonentów prosimy o zawiadomienie, czy życzą sobie nadal pismo otrzymywać.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Bronisław Wejnert. Mikołaj Rejchman.		Brown-Sequarda (c. d.)	395
Wspomnienie pośmiertne	389	Dział sprawozdawczy. 12. Sir Wiliam Osler	
Stanisław Ciechanowski. Nagłe zadania na polu zdrowia publicznego.	391	Bart. Walka z syfilisem	399
S. Goldflam. O uleczalnej postaci zespołu		Wiadomości bieżące.	400

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 4½ do 6-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 1 m. 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-70



Antoni Rejchman

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosaczica. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena m. 12.50, z przesyłką m. 13.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena niższa na **m. 6.25, z przesyłką m. 7.50.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXII.

- № 1, 2, 3. **Seweryn Sterling.** Zapalenie nerek w świetle poglądów tegocześnie-
snych.
 № 4, 5, 6. **J. Szmurło.** Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spo-
strzeżeń.
 № 7, 8, 9, 10. **Władysław Janowski.** Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego
szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu
i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Świeżo wydano:

FELIKS ERBRICH.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych

ilustrowane 30 rysunkami w tekście i 7-a tablicami kolorowymi.

Cena 8 mk.

Nakład autora. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa —
Warszawa, Lublin, Łódź.

Nabywać można we wszystkich księgarniach i w Administracyi Gazety
Lekarskiej.