



Nº 13.

Warszawa, d. 27 Marca 1920.

Rok LIV

GAZETA LECZARSKA

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘT-
NOŚCI LECZARSKICH.

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2826.

SANTALOL
SALOL
UROTROPINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY

MOCZOPĘDNY

KOJĄCY

PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

ZAPALENIE PĘCHERZA
MOCZOWEGO

ZAPALENIE NEREK



ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ROPOMOCZ

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.

Dla osób wrażliwych przy zastrzykiwaniu na
ukłócia i z tego powodu nie mogących przejść
kuracyi iniekcjami „Triplex I, II, III Gessner”
proponuje te środki stosować

do wewnętrznego użycia pod postacią

Dragées TRIPLEX Gessner

(ARSEN—FOSFOR - STRYCHNINA).

Pudełko zawiera 108 sztuk drażetek odpowiadających zawartością środków działają-
cych całemu cyklowi kuracyi Inj. Triplex I, II, III Gessner”.

Dla dogodniejszego dawkowania każda pigułka zawiera połowę działających sub-
stancji, jakie znajdują się w ampułce „Inj. Triplex I”

POLECA

Apteka Mag. Farm. JANA GESSNERA

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco.



Algorhin Spiess Antiseptic. ad tract. respirator. Skład Chloreton, kamfora, mentol, olej cynamonowy i płynna parafina. Sposób użycia: Smarować lub wkraplać, a najlepiej zapomocą rozpylacza do płynów tłuszczowych wdmuchiwać w nos i krtani kilka razy dziennie. Pojemność flakonu 50 gm.

Digitol Spiess Essentia digitalis titrata. Standardyzowana esencja naparstnicy, posiadająca pewne działanie. Sposób użycia: dla dorosłych po 15—30 kropli 3 razy dziennie. Pojemność flakonu 15 gm.

Epilepsin Spiess Sal bromatum rubrum compos. Przedstawia połączenie związków mineralnych i roślinnych, których zadaniem jest zmniejszenie chorobliwej pobudliwości mózgu i usuwanie przyczyn, mogących wywołać napady epilepsji. $\frac{1}{1}$ pudełko zawiera 60 proszków. $\frac{1}{4}$ pudełko zawiera 15 proszków.

Ferrosan Spiess. Złożona nalewka żelaza.

Ferrosan-Arsen Spiess. Złożona nalewka żelaza z arsenem. Łatwo strawny preparat żelaza o smaku przyjemnym, bez wpływów ubocznych, zalecany w **blednicy, niedokrwistości** i t. p. Sposób użycia: przed lub po jedzeniu dla dorosłych 3 — 4 razy dziennie po łyżce stołowej i dla dzieci odpowiednio do wieku od $\frac{1}{2}$ łyżeczki tyleż razy dziennie. Pojemność flakonu około 250 gm.

Fructalein Spiess. Pastilli laxantes. Owocowy środek czyszczący, posiadający formę miękkich pastylek, zawierający jako czynnik działający fenoltaleinę i agar-agar, działający pewnie, bez objawów ubocznych. Dawka 1 — 2 sztuki w razie potrzeby. Pudełko zawiera 20 pastylek.



WIZYBNA LECZNIKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · VMIĘJ ·
TNOŚCI · LECARSKICH ·

Dziesięć
Dzieci długie-

Warszawa, d. 27 marca 1920 r.

Ogólnego zbioru № 2826

Rzuty korowe siatkówki.

Podał

Kazimierz Noiszewski.

Rzecz wygłoszona w d. 20 września 1919 r. w sekcji neurolog. Warsz. Tow. Lek.

„Eine sichere Kenntniss von der Organisation des Sehcentrums ist die unabweisliche Vorbedingung eines weiteren Fortschreitens zu einer tieferen Auffassung der Tätigkeit des Gehirns“¹⁾.

Zasadnicza różnica kliniczna pomiędzy pseudohalucynacją wzrokową a halucynacją prawdziwą polega na tem, że od pseudohalucynacji niepodobna się odwrócić, bo obraz omamu przesuwają się wraz z ruchami oka i głowy i zachowuje się, jak powidok. Przeciwnie omamy wzrokowe prawdziwe zachowują się jak przedmioty realne i od omamów prawdziwych nie tylko można się odwracać, ale i uciekać. Porównajmy np. dwie halucynacje: jedną z nich podaje Kraft-Ebing w swym podręczniku, a drugą spostrzegałem osobiście u jednego z chorych w Tworkach i opisałem w Postępie Okulistycznym. Chory Kraft-Ebinga widział na obłoku Madonnę olbrzymich rozmiarów, a w kilka dni później widział ten sam obraz Madonny, ale bardzo drobnych rozmiarów, latający koło swego piątego palca.

Mój chory ujrzał również obraz Matki Boskiej naturalnej wielkości przed sobą w odległości kilku metrów i jednocześnie usłyszał głos: nie patrz! nie patrz! Więc upadł na kolana i spuścił oczy. A gdy po chwili znów spojrział, ujrzał ten obraz ponownie, ale już bardzo daleko i bardzo mały. Jeżeli teraz po-

równamy obie halucynacje, spostrzeżemy różnice. Halucynacja chorego Kraft-Ebinga zachowywała się, jak powidok: była drobną zbliska, a olbrzymią zdaleka; przeciwnie halucynacja mojego chorego miała wszystkie pozory przedmiotu realnego, była naturalnej wielkości zbliska i bardzo mała zdaleka. Chory cierpiący na prawdziwą, powiedzmy już teraz, halucynację korową, widzi ją zawsze tylko w zależności od ściśle oznaczonego zwrotu oczu i głowy.

Ze względu na podobieństwo zachowania się pseudohalucynacji do powidoku, a halucynacji prawdziwej do przedmiotu realnego, należy rozpatrzyć, na czym polega różnica między obrazem przedmiotu a jego powidokiem.

Na wyobrażenie przestrzenności przedmiotu składają się dwa czynniki: obraz przedmiotu na siatkówce i ujęcie przedmiotu. Tak np. na wyobrażenie wielkości przedmiotu wzrokowego składa się wielkość obrazu na siatkówce i wielkość jego ujęcia. Im większy jest obraz przedmiotu na siatkówce, tem większym wydaje się nam przedmiot, im mniejsza jest inercja akomodacji, tem większy wydaje się nam przedmiot.

I odwrotnie mały obraz na siatkówce

¹⁾ Wilbrand u. Saenger. Die Verletzungen der Sehbahnen u. s. w. Wiesbaden. 1918.

i wielka inercja akomodacji dają nam wyobrażenie przedmiotu o małym wymiarze.

Różnica między ujęciem przedmiotu, a ujęciem jego powidoku jest zwodnicza. Gdy patrzę na przedmiot zbliżony, mam wyobrażenie wielkiego przedmiotu, ten sam przedmiot widziany z daleka wydaje się małym; przeciwnie, powidok zbliżony wydaje się małym, ale przybiera rozmiary olbrzymie, gdy go rzutuję na odległość obłoku na niebie.

Jeżeli leżąc na boku prawym, spojrzmy na okno i, po otrzymaniu powidoku od okna, obrócimy się na wznak, to powidok zmieni swe położenie i z pionowego staje się poziomym. Oczywiście, że powidok nie mógł zmienić swego położenia na siatkówce, więc zmiana w jego położeniu zależy od odmiennego jego ujęcia w porównaniu z uprzednim.

Jeżeli położymy się na wznak, a okno będzie się znajdowało w nogach, to przy obracaniu się na stronę prawą lub lewą obraca się powidok i z pionowego staje się poziomym, a gdyby to był powidok stojącego człowieka, człowiek ów wydawałby się obecnie leżącym. Oczywiście, że nie powidok się obraca, ale zmienia się ujęcie powidoku podczas obracania się na strony.

Wyobrażenia góry, dołu, strony prawej i lewej, wielkości przedmiotu zależą od jakości i wielkości jego ujęcia.

Od pewnego czasu w mianownictwie anatomicznym oka i mózgu zaczęto używać miana „rzuty“, raz oznaczając tem mianem linie kierunkowe oka, to znów włókna korony promienistej w mózgu.

W tem ostatnim znaczeniu szczególnie lubił używać miana rzutów Meynert.

Istotnie układy włókien podkorowych niby promienie biegną z ośrodków podkorowych do kory mózgu.

Włókna skroniowe i potyliczne mają tak uderzające podobieństwo do promieni, że już Vieussenne oznaczył je mianem „*grand soleil rayonnant*“, a Gratiolet nazwał promieniami wzrokowymi, sądząc, że promienie te pochodzą bezpośrednio z nerwu wzrokowego, ale, jak wykazał już Meynert, liczba włókien w nerwie wzrokowym jest zbyt niewystarczająca do wytworzenia rzutów korowych do obrębu wzrokowego mózgu.

Anatomia i fizjologia zapożyczyły miana „rzuty“ z geometrii wykresłnej, gdzie liniami rzutów oznaczają dwie linie prostopadłe, poprowadzone z punktu przedmiotowego w przestrzeni na dwie płaszczyzny, ustawione pod danym kątem.

Nie ulega wątpliwości, że nasze wyobra-

żenia wzrokowe utworzone są podług zasad geometrii wykresłnej. Nie optyka bowiem, ale geometria wykresłna daje możność wyobrażania ciał trójwymiarowych z taką dokładnością, że z tych wykresłań można odtworzyć postać, wielkość i miejsce przedmiotu w przestrzeni; gdy przeciwnie optogramy przedmiotów, utworzone na siatkówce przez załamanie promieni, odbitych od przedmiotu w przestrzeni, nie dają nam żadnego jeszcze wyobrażenia o własnościach przestrzennych przedmiotu. W geometrii wykresłnej płaszczyznami rzutów nazywają się dwie płaszczyzny: pozioma i pionowa; oczywiście, że powierzchnia siatkówki nie może być uważana za płaszczyznę, ale możemy wziąć część siatkówki dowolnie małą 1^0-2^0 , t. j. taką, jaka pozostaje nietknięta przy obustronnej hemianopsji u podstawy fiksacyjnej oka i uważać ją za płaszczyznę prostopadłą do tej linii.

Zamiast płaszczyzny pionowej i poziomej mamy tu płaszczyznę prawą i lewą, ustawione wzajemnie pod danym, ale coraz to innym kątem.

Różnica między płaszczyznami w geometrii wykresłnej a płaszczyznami prawą i lewą polega i na tem, że tu tylko jeden punkt przedmiotowy w przestrzeni w każdym danym momencie fiksacji jest rzutem przedmiotowym, ten mianowicie, który jest na przecięciu obu linii fiksacyjnych prawej i lewej. W geometrii wykresłnej płaszczyzny, pozioma i pionowa, są nieruchome i ciągną się w nieskończoność, żeby każdy przedmiot, chociażby największy, mógł być na nie nasuwany. Płaszczyzny prawa i lewa są bardzo małe, ale, dzięki zmianie fiksacji przez linię fiksacyjną, mogą być mnożone, a więc i powiększane do nieskończoności, bo przez jeden i ten sam punkt przecięcia prawej linii fiksacyjnej z lewą wykresła się wszystkie możliwe punkty, płaszczyzny i powierzchnie.

Każdy z kolei punkt przedmiotowy zostaje rzucony podwójnym rzutem zawsze na te same punkty osiowe prawej i lewej siatkówki, ale na coraz to inne punkty korowe obrębów wzrokowych półkul mózgu w zależności od kierunków fiksacyjnych oczu.

Na tem polega różnica między obrazem, odbitym na siatkówce, a obrazem fiksacyjnym na korze mózgu.

Korę obrębu wzrokowego możemy sobie przedstawić jako nieskończony układ rzutów linii fiksacyjnej, z których każdy jest środkiem coraz to innego pola widzenia, bo

każdej fiksacyi odpowiada pole widzenia, właściwe tej tylko fiksacyi.

Kora obrębu wzrokowego odpowiada nie siatkówce, lecz niezmiernej liczbie pól widzenia, ułożonych w kierunku biegu linii fiksacyjnej oka.

Do uzmysłwienia wyobrażeń, utworzonych z rzutów korowych siatkówki, mogą nam służyć kroje w tygodnikach miod. Jest rzeczą zadziwiającą, jak wielka liczba krojów mieści się na jednej stronie arkusza. Linie te krzyżują się wzajemnie i na pierwszy rzut oka wyglądają jak płatanina bezładna, lecz nie zabłądzi wśród nich krojczyni, fiksując bowiem punkty kolejne tej lub innej linii, otrzymuje krój odpowiedni dla tej linii.

Odmienny jest pogląd Munka i jego szkoły; uważa on obręb wzrokowy kory za rodzaj ekranu, na którym ponownie odbija się przedmiot, odbity pierwotnie na siatkówce. Usuwając z obrębu wzrokowego kory ten uczaśtek, Munk utrzymuje, że i w siatkówce odpowiedni uczaśtek staje się wzrokowo nieczynny. Jako dowód podaje Munk fakt, że pies, któremu wycięto uczaśtek kory, odpowiadający plamce żółtej w siatkówce, nie jest w stanie dojrzeć kęsa mięsa, leżącego na podłodze, częścią środkową swej siatkówki, ale tylko jej obwodem i dlatego, szukając go, obraca głowę na strony, i dopiero w ten sposób znajduje ów kęs mięsa. Myśliwi zupełnie inaczej tłumaczą te obroty głową psa przy poszukiwaniu leżącego na podłodze kęsa. Psy myśliwskie, tropiące zwierzynę, wciągają nozdrzami płynącą w powietrzu woń zwierzyny, ażeby wydechami nie odpędzać tej woni, wydychają na strony. Pies, operowany przez Munka, nie umie już rozpoznawać przedmiotów wzrokiem, więc dlatego obraca głowę, że szuka ich powonieniem.

Kamieniem obrazu dla hipotezy o siatkówce korowej jest zachowanie się plamki żółtej w wypadkach hemianopsyi. Zachowanie czynnościowe plamki żółtej w hemianopsyi Wernicke chciał wytłumaczyć podwójnem rzutowaniem włókien plamkowych do prawego i lewego obrębu wzrokowego kory. Pomysł Wernickego okazał się jednak najzupełniej niesłusznym już chociażby ze względu na fakty obustronnej hemianopsyi wskutek ognisk rozmiękczenia w obu półkulach: widzenie ukośne i w tych przypadkach zostaje zachowane, jakkolwiek zajmuje zaledwie 2^o do 3^o u podstawy linii fiksacyjnej. I nie tylko że widzenie ukośne pozostaje, ale pozostaje i prawidłowa ostrość wzroku.

Z drugiej strony jest faktem uderzającym, że jeżeli uszkodzenia okolicy potylicznej kory pozostawiają rzuty korowe plamki żółtej w siatkówce nieuszkodzonemi, to zostają te rzuty uszkodzone przy uszkodzeniach zakrętu kąтового, jak podaje Ferrier¹⁾, i okolicy czołowej, jak donosi Chatelin²⁾, na podstawie badania nad uszkodzeniami kory mózgu w ostatniej wojnie wszechświatowej. Okazuje się więc, że ośrodek korowy wzroku mieści się nie wyłącznie tylko w obrębie potylicznym.

Doświadczenia Luciani'ego i Tamburini'ego, a następnie Luciani'ego i Lepilli'ego wykazały, że zaburzenia wzrokowe powstają po uszkodzeniach nie tylko obrębów potylicznych kory, ale i po uszkodzeniach obrębów ciemieniowych, skroniowych i nawet czołowych, a Lannegrace³⁾ utrzymuje, że zastępstwo korowe siatkówki zajmuje całą powierzchnię półkul.

Ale jeżeli nie może być mowy o siatkówce korowej w znaczeniu Munka, to jak wytłumaczyć zaburzenia korowe wzroku, a przytem nie tylko obrębu potylicznego, ale i ciemieniowego, skroniowego, a nawet i czołowego?

Jest rzeczą doniosłego znaczenia, że w tych samych obrębach mieszczą się i ośrodki korowe dla ruchów oczu, głowy, kończyn górnych i dolnych. Jak wiadomo, Fritz i Hitzig wykryli ośrodek okoruchowy w tych miejscach kory, gdzie się znajduje ośrodek ruchowy dla nerwu dotwarzowego.

Później Ferrier wykrył ośrodki okoruchowe w innych miejscach kory, mianowicie w końcu obrębu ciemieniowego i w początku obrębu potylicznego. Ośrodki te wykrył Ferrier u psów; u małp zaś wykrył ośrodki okoruchowe w tylnej połowie zakrętu czołowego górnego i w tylnej połowie zakrętu czołowego środkowego, oraz w zakręcie kątowym (*plie courbé*), a więc tam, gdzie umiejscowił i ośrodek korowy dla rzutów plamkowych siatkówki.

Zachowanie wzroku ukośnego w hemianopsyi obustronnej i obecność włókien plamkowych siatkówki w różnych obrębach korowych, przytem w tych samych miej-

¹⁾ Ferrier. The function of the brain. London. 1886.

²⁾ Chatelin. Blessures du crâne et du cerveau. Paris. 1917.

³⁾ Lannegrace. Influence des lésions corticales sur la vue. Archive de médecine experim. et anat. pathol. 1889.

scach, gdzie jednocześnie znajdują się ośrodki dla ruchów gałek ocznych i głowy, przemawia za tem, że kora jest miejscem syntezy rzutów plamkowych w korze mózgu nie tylko z rzutami oko-

ruchowymi, ale wogóle z rzutami ruchów porządku wzrokowego, t. j. z ruchami, znajdującymi się w syntaktyce z poruszeniami linii fiksacyjnej oka.

Walka z epidemią grypy, jej najważniejsze zadania i środki.

Podał

Karol Rozenfeld.

Odczyt wygłoszony w Częstochowskim Towarzystwie Lekarskim w d. 17. Stycznia r. b.

(Dokończenie — patrz № 12).

Ale usiłowania nasze tylko wówczas osiągną cel zamierzony, jeżeli znajdą poparcie władz sanitarnych i szerszych kół społeczeństwa. Pod tym względem wzorem dla nas powinna być Anglia. W Lutym 1919 r. z powodu epidemii hiszpanki wydano okólnik, zalecający lekarzom obowiązkowe meldowanie zapalenia płuc, tak pierwotnego jak rozwijającego się w następstwie grypy. Wydaniu okólnika przyświecała nadzieja, że zanotowanie każdego przypadku zapalenia płuc zachęci lekarzy do zbadania przyczyn i warunków, w jakich ono powstaje, oraz ułatwi „rozumienie jego naturalnego rozwoju“. Ramy tego przepisu, który i u nas corychlej powinien być wprowadzony w życie, można nieco rozszerzyć. Nietylko zapalenie płuc, ale każdy przypadek hiszpanki, będącej w obserwacji lekarskiej, powinien być odnotowany w miejscowym Urzędzie Zdrowia. Wprawdzie zebrane w ten sposób daty nie odtworzą całości obrazu epidemii, albowiem przypadki lżejsze, nieleczone, znajdują się poza nawiasem wszelkiej statystyki, sądzę jednak, że przy należytem uświadomieniu społeczeństwa i odpowiednio zorganizowanej kontroli sanitarnej liczba tych przypadków będzie coraz mniejsza. Największych korzyści możemy spodziewać się od rejestracji chorych w tych środowiskach, które pozostają pod stałą opieką lekarską. Należą tu szkoły, internaty, koszary, więzienia, przytułki i t. p.

Żeby pracy lekarskiej nadać więcej jednolity kierunek, byłoby pożądane opracować szereg pytań, obejmujących najważniejsze zagadnienia epidemiologiczne, ująć je w formę kwestyonariusza i rozesłać wszystkim praktykującym lekarzom. Gdyby urzeczywistnienie tej myśli z tych lub innych względów mogło być podjęte przez naczelne władze sanitarne, akcję na tem polu mogłyby zapoczą-

tkować i szerzej rozwinąć nasze Towarzystwa Lekarskie.

Najważniejszy postulat profilaktyki chorób zakaźnych — ścisła i zolacya chorych — w walce z epidemią hiszpanki będzie napotykać na poważne trudności. Słaby rozwój szpitalnictwa, wieczne przepełnienie szpitali masą chorych i inwalidów wszelkiego rodzaju, obawy i przesady, nurtujące niestety dotychczas szerokie koła publiczności, z drugiej zaś strony bardzo krótki okres wylegania hiszpanki i niezwykle szybkie szerzenie się zarazy, wszystko to są czynniki, utrudniające w najwyższym stopniu walkę z epidemią. Mimo to jednak, zwłaszcza w początkach epidemii, kiedy ukazują się jej pierwsze zwiastuny i kiedy celowość tego zarządzenia nie może podlegać dyskusji, winniśmy dążyć do możliwej izolacji chorych. W dzielnicach uboższych, gdzie z powodu dużego skupienia i nędzy zaniedbane są najelementarniejsze przepisy higieny, izolacja będzie miała znaczenie nie tylko profilaktyczne, ale i lecznicze. Podczas dwóch ostatnich epidemii przekonałem się, że małe mieszkanka, gęsto zaludnione, były często prawdziwymi rozsadanikami zarazy. Pamiętam przypadek, w którym z ośmiu osób, zamieszkujących dwa małe pokoje, jedna zmarła, a u czterech były ciężkie powikłania płucne. W tych razach wczesne usunięcie z domu pierwszego chorego, rozciągnięcie nad resztą rodziny kontroli, udzielenie rad i wskazówek higienicznych przez odpowiednio wyszkolonych funkcyonariuszy sanitarnych staje się wprost obowiązkiem społecznym.

W czasie epidemii letnich, jeżeli brak miejsca w szpitalach nie pozwalałby na przeprowadzenie izolacji chorych, można zaradzić złemu przez umieszczanie ich w skleconych prowizorycznie szopach, barakach, namiotach, wprost na świeżem powietrzu. Zdaniem kilku autorów angielskich i amerykańskich (L. Hill,

A. Brooks), świeże powietrze ma wielkie znaczenie w zapobieganiu i leczeniu hiszpanki. W *New York Medical Journal* (1919) znajdujemy ciekawe opowiadanie o marynarzach, którzy tak byli przeświadczeni o swoim zahartowaniu i odporności, że poddali się próbom rozpylania w gardle i nosie żywych hodowli laseczników grypy bez szkody dla zdrowia. Lazaret Brooksa, przeznaczony dla ciężko chorych, składał się z namiotów (*tent hospital*). W dni zimne i dżdżyste chorzy leżeli w namiotach, w dni pogodne byli wynoszeni na otwarte powietrze. Butelki z gorącą wodą oraz cegły rozgrzane i zawinięte w papier dostarczały im ciepła. Wyniki leczenia były o wiele lepsze, niż w zwykłych szpitalach (*American Journal of Public Health*). Tak więc dość prosty i względnie łatwy do skutecznego sposobu może oddać ważne usługi w walce z epidemią. Nie potrzebuję dodawać, jak czynnik ten mało oceniany jest i uwzględniany przez nas w leczeniu pacjentów.

Osoby bliskie lub pielęgnujące chorych powinny w celach zapobiegawczych przepłukiwać gardło i przemywać nos płynem odkażającym. Przepis ten jest bardzo pilnie przestrzegany w Ameryce i Anglii. Stosują tam roztwór soli kuchennej—łyżeczka na szklanke wody—z dodatkiem nadmanganianu potasu do zaróżowienia płynu. Kol. Korybut-Daszkiewicz poleca wkraplania do nosa protargolu (7). Zresztą wybór środka jest rzeczą obojętną, chodzi tylko o to, żeby płyn stosowany nie posiadał własności drażniących, nie wywoływał zbytniego przekrwienia błon śluzowych, gdyż łatwo mógłby stać się mieczem obosiecznym. Dlatego właśnie Reiff (8) przeciwny jest przemywaniu nosa, radzi natomiast wdychanie kamfory. Gregor (9) zauważył zdumiewającą odporność na grypę pracowników zakładów przemysłowych, którzy zmuszeni są oddychać powietrzem, nasyconym bezwodnikiem kwasu siarkowego (SO_2) lub kwasem podazotnym (AzO_2). Po przeprowadzeniu całej seryi badań bakteriologicznych autor wnioskuje, że gazy te wywołują zmianę chemiczną i biologiczną śluzu, która powstrzymuje rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych. To też, jego zdaniem, spostrzeżenie to należałoby umiejętnie wykorzystać dla zapobiegania grypie.

Wprowadzenie masek ochronnych (*face masks*), mających zabezpieczać usta i nos od wdychania jadu grypowego, wywołało żywą dyskusję w prasie lekarskiej i nawet codziennej. Jedni, wychodząc z założeń teoretycznych, odmawiali maskom poważniejszej wartości, inni natomiast upatrywali w nich główny śro-

dek obrony przed grypą. W niektórych miastach amerykańskich radykalizm posunięto tak daleko, że zastanawiano się nad tem, czy nie należałoby wprowadzić ogólnego i przymusowego noszenia masek we wszystkich miejscach publicznych. Ale tak krańcowy projekt nawet w społeczeństwie amerykańskim nie mógł liczyć na urzeczywistnienie. Niemniej jednak w Ameryce i w Anglii utrwalił się zwyczaj, mocą którego personel lekarski, sanitariusze, pielęgniarki, służba szpitalna, słowem całe otoczenie chorego, spełniając przy nim jakiekolwiek czynności, wkłada na twarz maski. Sprawa ta stała się wreszcie przedmiotem badań doświadczalnych. Dr Lauterburg (10), którego badania podjęte zostały z inicjatywy prof. Sahli'ego, wykazał, że maska, będąca w obiegu w Szwajcarii¹⁾, jest najzupełniej przepuszczalna dla tych najdrobniejszych kropelek, które uważamy za źródło zarazy. Rozpylona zawiesina prątka krwawego (*b. prodigiosus*) swobodnie przechodziła przez maskę. To też Sahli jest na tym punkcie sceptykiem. Przyznaje wprawdzie, że maska zatrzymuje większe cząsteczki rozpylonej płwociny, dodaje jednak, że szybko opadając ku ziemi cząsteczki te nie grają w powstawaniu zakażenia tej roli, co najdrobniejszy pyłek, długo zawieszony w powietrzu.

Ciekawe i zasługujące na bliższą uwagę prace doświadczalne dra M. Leete (11) z Edynburga miały na celu określenie stopnia przepuszczalności różnych materiałów, proponowanych do zabezpieczenia twarzy. Zapomocą odpowiedniego przyrządu autor rozpylał w postaci widzialnego i bardzo delikatnego strumienia zawiesinę gronkowca złocistego (*staphylococcus pyogenes aureus*) w stężeniu 1000 milionów na 1 cm. sz. Strumień ten z odległości 9 cali kierował na ustawioną pionowo płytkę Petri'ego, przykrytą gazą chirurgiczną lub muslinem. Zwiększając liczbę warstw materiału, poddanego próbom, Leete śledził każdorazowo rozwój hodowli gronkowców na płytce. Po wykonaniu wielu badań otrzymał on następujące wyniki. Najmniej przepuszczalnym i najodpowiedniejszym materiałem do zasłony twarzy jest muslin; złożony we czworo nie zabezpiecza bezwzględnie, ale znacznie zmniejsza szanse zakażenia; po zwilżeniu staje się więcej przepuszczalny i dlatego nie może być noszony zbyt długo. Zasłona wówczas odpowiada celowi, jeżeli składa się z 6 — 8

¹⁾ Wiadomość tę czerpię nie z oryginalnej pracy Lauterburga, lecz z referatu w *Lancet* i dlatego konstrukcji tej maski na razie nie mogę opisać.

warstw muślinu i bardzo silnie przylega do twarzy. Zasłona ta powinna znaleźć zastosowanie we wszystkich chorobach, które powstają pod wpływem zakażonych i zawieszonych w powietrzu kropelek.

Sprawę masek ochronnych omówiłem obszerniej, może więcej z obowiązku referenta, niż z przeświadczenia o ich praktycznej istotnej wartości. O noszeniu ich przez chorych, co zapewne byłoby najwięcej korzystne dla najbliższego otoczenia, nie może być mowy. Pomijając wszystkie inne względy, stoi temu na przeszkodzie duszność, będąca jednym z ważniejszych objawów choroby. Łatwo przewidzieć, że projekt noszenia masek ochronnych spotka się w naszym społeczeństwie z oporem. I nie tylko właściwości naszego charakteru, niski poziom kultury, ale i względy praktyczne będą utrudniały przeszczepienie na nasz grunt tak niezwykłego i przykrego środka. Czy można wyobrazić sobie liczniejszą rodzinę, która, krzątając się bez ustanku przy chorym, zgodziłaby się po całych dniach i nocach nie rozstawać się z maską lub zasłoną na twarzy. Nawet gorący obrońca masek nie upierałby się w analogicznych przypadkach przy swojej doktrynie. A zatem zakres stosowania ich będzie zawsze dość wąski. Z zasłon muślinowych powinny korzystać tylko te osoby, które krótko obcują z chorymi. Zapewne mniej skutecznem, ale o wiele łatwiej wykonalnem będzie żądanie, żeby chorzy podczas kichania i kaszlu zasłaniali nos i usta chusteczką. Żądanie to w równej mierze powinno obowiązywać wszystkich kaszlących, zwłaszcza w miejscach publicznych. Chcąc zawczasu wdrożyć naszą publiczność do przestrzegania tego elementarnego przepisu higieny, trzeba, nie czekając na ponowny wybuch epidemii, umieścić odpowiednie napisy w gmachach i lokalach publicznych.

Mówiąc o epidemiologii grypy, nadmieniałem, że nie wyłączona jest możliwość szerzenia się zarazy za pośrednictwem osób trzecich, ozdrowieńców, przypadków lekkich i poronnych. Płyne stąd konieczność bacznego zwrócenia uwagi na wszelkie zbiorowiska ludzkie. Kinematografy, teatry — ciasne, brudne i źle przewietrzane — zaraz na początku epidemii powinny być bezwarunkowo zamknięte. O ponownem ich otwarciu orzekać powinien miejscowy Urząd Zdrowia, kierując się charakterem i przebiegiem epidemii miejscowej. Jak daleko sięga pod tym względem praktyczny zmysł Amerykanów, świadczy rozporządzenie, wydane w New Yorku, na mocy

którego praca w różnych zakładach i instytucjach publicznych zaczyna się i kończy w rozmaitych godzinach. Tym sposobem unika się tłoku i ścisku w omnibusach, tramwajach, wagonach.

Sprawa szkół, wobec licznych ofiar młodzieży w epidemii 1918 r., wymaga szczególnej uwagi władz państwowych, lekarzy i społeczeństwa. Niewątpliwie szkoły w warunkach nieodpowiednich łatwo stać się mogą rozsadnikami zarazy, jednakże wzorowa organizacja kontroli lekarskiej niebezpieczeństwo to zmniejszyć może do minimum. Mimo wielkiej przezorności i zapobiegliwości Amerykanów, których dowody przytoczyłem wyżej, szkoły w Chicago i New Yorku były nietylko czynne w czasie epidemii, ale, co więcej, traktowano je, jako ważny i pożyteczny czynnik kontroli sanitarnej. Ponieważ znaczna część uczniów szkół New Yorku rekrutuje się z ubogich sfer miasta i zamieszkuje dzielnice, pod względem higienicznym, pozostawiające wiele do życzenia, wyrażono opinię, że przy odpowiedniej kontroli szanse zakażenia w szkole mogą być nawet mniejsze, niż w złych warunkach domowych. Zasługują również na wzmiankę zarządzenia profilaktyczne, podjęte z inicjatywy dr Frienda (12) w szkole publicznej w Horsham (Christ's Hospital School), liczącej 800 wychowalców. Wraz z rozpoczęciem zimowego semestru zostało przerwane wydawanie urlopów i w miarę możliwości wszelka łączność z sąsiednim miastem, oddalonym o 2 $\frac{1}{2}$ mili, w którym epidemia na dobre zaczęła się szerzyć. Zwiększono rację żywnościową i sen o jedną godzinę, natomiast zmniejszono liczbę godzin, poświęconych nauce i ćwiczeniom fizycznym. Uczniowie 2 razy dziennie byli zmuszeni przepłukiwać gardło i przemywać nos płynem odkażającym. Wreszcie u 633 uczniów (77%), których rodzice wyrazili zgodę, były wykonane szczepienia ochronne. W tym celu stosowano wielowartościową szczepionkę grypową Hunt'a, nie zmieszaną z innymi drobnoustrojami. Chłopcy powyżej lat 14 dostawali 70 milionów, poniżej — 30 milionów. W czasie semestru zachorował na zdeklarowaną hiszpankę tylko jeden uczeń i w dodatku ten, który zmuszony był udać się do miasta na pogrzeb swej matki, zmarłej z powodu grypy. W 36 przypadkach wystąpiły dreszczyki i objawy lekkiego niedomagania, które klinicznie trudno było uważać za grypę. W tym samym czasie 18 osób z personelu zakładowego zapadło na grypę, w 3 przypadkach powikłaną zapaleniem płuc. Wszystkie te osoby podda-

no natychmiast ścisłej izolacji. Tak szczęśliwy wynik środków zapobiegawczych, zastosowanych u wychowalców szkoły, zwrócił na siebie uwagę prasy lekarskiej i nawet codziennej.

Widzimy zatem, że chociaż zamknięcie szkół na czas epidemii wydaje się *a priori* zarządzeniem najwięcej celowym, jednakże nie możemy traktować go, jako ogólną zasadę. Jeżeli szkoła odpowiada wszelkim wymaganiom higienicznym, jeżeli podlega bardzo ścisłej kontroli sanitarnej i lekarskiej, może być czynną bez większego ryzyka dla swych wychowalców. W przeciwnym razie powinna być beżwarunkowo zamknięta. W każdym bądź razie uczęszczanie do szkoły powinno być wzbronione uczniom tych rodzin, które chorują na gripę oraz ozdrowieńcom aż do czasu zupełnego ustąpienia nieżyty dróg oddechowych. Zmniejszenie pracy dziennej, ograniczenie ilości wykładów, zastosowane przez Frienda, może istotnie zapobiegać przeciążeniu uczniów i zwiększać odporność.

Nadmieniłem wyżej, że zabiegi i usiłowania nasze tylko wówczas osiągną cel zamierzony, jeżeli wywołają żywy oddźwięk w samem społeczeństwie. Każdy człowiek powinien zdawać sobie sprawę, czym jest właściwie hiszpanka, jaką drogą się szerzy, i co trzeba zrobić, żeby uniknąć zarazy. Uświadomić społeczeństwo, zbudzić w tym kierunku czujność i zainteresowanie możemy drogą odczytów popularnych, broszur i odpowiednich odezwo do ludności. Konieczną tylko jest harmonijna współpraca Urzędów Zdrowia, Zrzeszeń, Towarzystw Lekarskich i pracy. W lutym ubiegłego roku w Anglii naczelny Urząd Zdrowia w porozumieniu z Królewskim Kolegium Lekarzy Londyńskich wydał do ludności odezwe (memorandum), (13), której treść, jako wzór, pozwolę sobie przytoczyć w dosłownym przekładzie:

1. Najważniejszą zasadą (the golden rule) jest szanować się i możliwie unikać zakażenia.

2. Szanować się znaczy prowadzić systematyczny tryb życia, odżywiać się odpowiednio, unikać zmęczenia, przeziębienia i alkoholu. Życie higieniczne nie zabezpiecza wprawdzie od choroby, ale zwiększa odporność i zmniejsza szanse powikłań zabójczych.

3. Choroba zaczyna się od dreszczu i gorączki. Chociaż pierwotna przyczyna grypy nie jest jeszcze ściśle wyjaśniona, wiemy jednak, że działa gwałtownie, zakaża najwięcej we wczesnych okresach, szerzy się przez wydzielinę jamy ustnej i nosa, jest zabójcza z powodu powikłań. Każdy chory, dotknięty

grypą nawet w najłżejszej postaci, jest niebezpieczeństwem dla swego otoczenia.

4. Niezawsze można uniknąć zakażenia, ale niebezpieczeństwo zmniejszają następujące czynniki:

- a) higieniczny tryb życia,
- b) praca i sen w dobrze przewietrzonym pokoju,
- c) unikanie tłumnych zebrań i ciasnych źle przewietrzanych pomieszczeń,
- d) ciepła odzież,
- e) płukanie gardła i przemywanie nosa,
- f) noszenie masek i okularów w czasie pielęgnowania chorych na gripę.

5. Lekarstwa nie zabezpieczają wcale od wybuchu choroby.

Chorzy powinni: a) pozostawać w domu, leżeć w łóżku, okrywać się ciepło, b) zawezwać lekarza, c) mieć, o ile można, osobny pokój albo łóżko, oddzielone parawanem od reszty pokoju, d) podczas kichania i kaszlu—zasłaniać usta i nos chusteczką płócienną, którą po użyciu gotować, papierową—spalić, e) płukać gardło, f) zachować ostrożność w okresie zdrowienia, żeby uniknąć nawrotu albo powikłań, g) unikać zebrań i rozrywek przy najmniej przez tydzień po spadku ciepłoty.

Treść tej odezwy mówi sama za siebie. Nie obiecuje za wiele i daje tylko to, do czego upoważnia obecny stan naszej wiedzy lekarskiej. Niemniej jednak zawiera tak dużo pożytecznych rad i wskazówek, że musimy być dla niej z uznaniem. Sądzę, że odezwe analogicznej treści z niewielkimi zresztą zmianami, dotyczącymi okularów i masek, należy ogłosić w prasie, umieścić we wszystkich urzędach, biurach i lokalach publicznych, wreszcie wydrukować w tysiącach egzemplarzy w celu rozdania najszerszym warstwom ludności.

Pozostaje do omówienia sprawa szczepień ochronnych, bardzo aktualna w Ameryce i Anglii. Zwraca ona tem większą uwagę świata lekarskiego, że wszelkie dotychczasowe próby i metody leczenia hiszpanki, nie wyłączając surowic, zawiodły. Faktycznie nie mamy środka, który mógłby powstrzymać rozwój ciężkiej toksemii i zapobiedz groźnym powikłaniom płucnym. Niestety ocena wartości szczepień ochronnych, jeżeli chcemy ją oprzeć na ścisłej i krytycznej podstawie, jest niemniej trudna, niż ocena skuteczności tego lub innego środka leczniczego. Różnogatunkowość flory bakteryjnej w rozmaitych krajach i okręgach, czasami nawet w różnych okresach epidemii miejscowej, niejednakowy stopień złośliwości choroby w miejscowościach nie-

zbyt od siebie odległych, jak również zmienność obrazu klinicznego w przebiegu i rozwoju epidemii miejscowej, — wszystko to są fakty, które utrudniają orjentację i wpływają na wynik spostrzeżeń.

Zpośród licznych badań, poświęconych szczepionkom, że wymienię znane mi prace Eagletona i Butcher'a, Eyre i Lave, Minaker'a i Irvine, Cadhama, Russel'a, Rose i Cantara, na bliższą uwagę zasługuje duża i sumienna praca prof. Eyre (14), opatrzona licznymi tablicami. Badania były wykonane podczas ciężkiej epidemii jesiennej 1918 r. w kilku obozach armii nowozelandzkiej, liczącej 21759 żołnierzy. W celach zapobiegawczych stosowano szczepionkę kataralną mieszaną (*mixed catarrhal vaccine*) o następującym składzie.

Drobnoustroje	1 dawka	2 dawka	Drobnoustroje	1 dawka	2 dawka
w 0.5 c. cm.	Miliony		w 0.5 c. cm.	Miliony	
Pneumococcus	50	100	M. catarrhalis	25	75
Streptococcus	10	50	B. pneumoniae	50	100
B. influenzae	10	30	B. septus	50	100
Stap. aureus	200	500			

Na 21759 osób 16104 otrzymało pełną dawkę szczepionki. W przybliżeniu 5700 osób było nie szczepionych. Zachorowało na grypę ogółem 3366 osób, co stanowi 15%. Wyniki obserwacji, dotyczącej obydwóch kategorii chorych, autor podaje w następującej tablicy:

	Szcze- pieni	Nie- szcze- pieni
Ogólna liczba żołnierzy 21759	16.104	5700 (w przybliż.)
Liczba zachorzeń na grypę (3366)	1,3%	4,1%
Śmiertelność we wszystkich przypadkach	0,26%	2,2%
Śmiertelność w przypadkach ciężkich powikłań	8%	23%

Z tablicy tej widzimy, że osoby nieszczepione chorowały i w przypadkach ciężkich umierały 3 razy częściej od osób szczepionych. Stosunek śmiertelności tych ostatnich do osób szczepionych we wszystkich przypadkach grypy równał się 0,26% : 2,2%, czyli 1 : 9. Daleki jestem od wysnuwania z pracy Eyre szerszych uogólnień, muszę jednak przyznać, że badania, oparte na tak dużym materiale ludzkim, wykonane w warunkach identycznych na dwóch grupach ludzi, mają dużą siłę przekonującą.

Bardzo ciekawa jest praca Cadhama (15). Autor stosował własną szczepionkę, zawierającą w 0,5 cm. sz. średnio: 300 milionów pa-

ciorkowców, 200 milionów prątków grypowych i 150 milionów pneumokoków. Drobnoustroje te otrzymywano z jamy nosowogardłowej chorych, z krwi, wysięków i z ognisk zapalnych płuc. Na 7600 żołnierzy dokonano 4842 szczepienia; w połowie przypadków po upływie tygodnia wykonano szczepienie powtórne. Do szpitala zgłosiło się 520 chorych na grypę. Wyniki szczepień ilustruje tablica:

	Liczba chorych	Zapalenie płuc	Śmierć
Szczepieni	282	17. 6,05%	5. 1,7%
Nieszczepieni	238	41. 17,1%	17. 7,1%

W dalszym ciągu swej pracy Cadham przytacza daty statystyczne, obejmujące 52999 osób szczepionych i 85941 osób nieszczepionych. Tak olbrzymie liczby zebrane były za pomocą kwestyionariusza od 108 lekarzy, praktykujących wśród ludności cywilnej. Wyniki różnią się niewiele od podanych poprzednio w pierwszej tablicy Cadham'a i Eyre'go.

Nie uważam za możliwe zatrzymywać się dłużej na pracach Minaker'a i Yrvine'a (16), wykonanych na marynarzach w San Francisco, ani na ciekawych badaniach Eagleton'a i Butcher'a (17) tem więcej, że wszystkie zgadzają się na jedno. Szczepionki nie zabezpieczają bezwzględnie od ciężkich powikłań, wpływają jednak o tyle na przebieg choroby, że śmiertelność w tych najcięższych przypadkach jest znacznie mniejsza. Obawy szkodliwego wpływu szczepionek z powodu możliwej fazy negatywnej były nieuzasadnione.

Ale sprawa racjonalnego stosowania szczepionek jest kwestią przyszłości. Wybór poszczególnych składników, ich wzajemny stosunek ilościowy powinien wpływać nie z jakiegoś wzoru, ułożonego zawczasu, ale być jaknajściślej przystosowany do okoliczności. W razie ponownego wybuchu epidemii trzeba niezwłocznie z możliwą skrupulatnością określić wszystkie rodzaje drobnoustrojów, wywołujących powikłania wtórne i na tej podstawie przygotowywać odpowiednie szczepionki. I nie dosyć jest stwierdzić, że w zapaleniu płuc bierze udział pneumokok, trzeba jeszcze określić jego biologiczną odmianę. Niejednokowy obraz zapalenia płuc pod względem klinicznym i anatomicznym może być następstwem przewagi tej lub innej odmiany pneumokoków. Tak samo i prątek grypowy, podług Fleming'a i Clemenger'a (18) nie przedstawia jednolitej biologicznej postaci. Jak dowodzą próby z aglutynacją, istnieje kilka

odmian prątków grypowych, które powinny być brane w rachubę przy przygotowywaniu szczepionek.

Uważam za zbytczne rozwodzić się nad tem, że szczepienia ochronne nie znajdują szerzego zastosowania u nas wprost ze względów technicznych. O masowem szczepieniu ludności wiejskiej nie może być mowy. Na przeszkodzie stoi nietylko szybki rozwój epidemii, ale, co więcej, mała liczba lekarzy i brak personelu sanitarnego, który mógłby podjąć się tak wielkiego zadania. Natomiast w miastach, zwłaszcza w instytucjach, pozostających pod stałą opieką lekarską, szczepienia łatwo wprowadzić się dadzą.

W szkicu niniejszym starałem się ująć i wyłożyć w zarysie ogólnym całokształt zagadnień i zadań, które nasuwają się umysłom lekarzy w walce z epidemią grypy. Plon dotychczasowych usiłowań, jak widzimy, jest jeszcze bardzo skromny. Akcja obronna zaczyna stawiać dopiero pierwsze kroki chwiejne i niepewne. Miejmy jednak nadzieję, że szybki rozwój nauki lekarskiej zdoła uporać się i z tą plagą ludzkości.

Pozwolę sobie zakończyć słowami Astora, sekretarza Naczelnego Urzędu Zdrowia w parlamencie angielskim. Zapytywany w Izbie Gmin, co jego departament zamierza przeciw epidemii grypy, Astor między innymi powiedział: „Grypę zwalczyć mogą dalsze trwałe badania i rozumna praca“.

Już po odesłaniu referatu niniejszego do druku otrzymałem najnowszy zeszyt Lanceta z d. 31 Stycznia b. r., który w artykule „*Preparations for an influenza epidemic*„ podaje szereg zarządzeń, podjętych przez Angielskie Ministerium Zdrowia wobec spodziewanego wybuchu epidemii grypy. Większość tych zarządzeń nie różni się od znanych już nam i opisanych poprzednio. Zasługują jednak na uwagę dwa fakty nowe: 1) utworzenie Komitetu przeciwgrypowego (*Influenza Committee*) i usystematyzowanie badań, oraz 2) akcja w sprawie szczepień ochronnych. Komitet przeciwgrypowy przy Ministerium Zdrowia zajmuje się zbieraniem i opracowywaniem dat statystycznych i faktów naukowych. W tym celu odbywa częste posiedzenia z przedstawi-

cielami różnych wydziałów lekarskich. Poza tem urzędnicy lekarscy Ministerium Zdrowia mają polecone badać przyczyny epidemii i sposób szerzenia się jej w poszczególnych okręgach. Kwestya odporności, wpływ skupienia ludności, wieku mają być przedmiotem szczególnej uwagi. Lekarze powinni pracować w ścisłym kontakcie ze sobą i z Wydziałem Badań lekarskich (*Medical Research Committee*).

Co się tyczy szczepień ochronnych, Ministerium nie ręczy wprawdzie, żeby zabezpieczyły one bezwzględnie od napadu grypy, jednakże kierując się opinią najwybitniejszych bakterjologów i powag wojskowo-lekarskich, ma prawo sądzić, że szczepionka w wielu przypadkach zmniejsza istotnie szanse zakażenia i ryzyko ciężkich powikłań (*the use of this vaccine will in many cases actually protect from attack, and should such attack occur the person who has been vaccinated beforehand will be less exposed to the risk of complications*). Dlatego też Ministerium zaopatrzyło wszystkie Urzędy Zdrowia w szczepionkę, wyrabianą w Królewskim Instytucie wojskowo-lekarskim. Szczepionka ta ma być dostarczana bezpłatnie wszystkim lekarzom, którzy chcieliby ją stosować w praktyce. Ci ostatni proszeni są o szczegółowe prowadzenie notatek, uwzględniających: nazwisko osoby szczepionej, adres, obwód sanitarny, wiek, płeć, datę poprzedniego napadu grypy, datę szczepienia i późniejszy stan zdrowia. Opierając się na tym materiale, Ministerium będzie mogło wydać sąd wiarogodny o wpływie i wartości szczepień ochronnych w walce z epidemią grypy.

W końcu muszę nadmienić, że Angielskie Ministerium Zdrowia przywiązuje wielką wagę do organizacyi wyszkolonych kadrów pomocników lekarskich, sanitaryuszy i pielęgniarek, których zadaniem jest nieść pomoc cierpiącym na gripę. Ministerium ma głębokie przeświadczenie, że odpowiednia organizacya tej pomocy zmniejszy znacznie śmiertelność. Sprawa istotnie bardzo ważna. Pominąłem ją jednak w swoim odczycie milczeniem dlatego, że stanowi ona przedmiot innego zagadnienia, a mianowicie leczenia chorych i opieki nad nimi.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. Abrahams, Hallows and French. A further investigation into influenzo-pneumococcal and influenzo-streptococcal septicaemia. Lancet. I. 1919. 2. Selter. Deutsche med. Woch. 1918, ref. w Lancet. 3. Prof. Yamanouchi, dr Sasaka-

mi and Iwashima. The infecting agent in influenza, an experimental research. Lancet. VI. 1919. 4. W. Brandt. Zur Epidemiologie der Grippe. Münch. med. Woch. № 50, XII, 1919. 5. Kayser-Petersen. Zur Epidemiologie der Grippe. Münch.

med. Woch. № 25, VI, 1919. 6. Art. Preventive vaccines for influenza. Lancet. IV. 1919. 7. Korybut-Daszkiewicz. Protargol jako środek zapobiegawczy przeciw influency. Gaz. Lek. № 49. XII, 1918. 8. Dr A. Riff. Prophylaxie des affections grippales. Presse médicale № 1, I, 1920. 9. Gregor. Du rôle de certains désinfectans gazeux dans la prophylaxie de la grippe. Ref. w Presse médicale. № 1, I, 1920. 10. Lauterburg. Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aertzte. II. 1919. 11. H. Mason Leete. Some experiments on Marks. Lancet. III. 1919. 12. Dr Friend. Apparent immunity from influenza at a public school. Lancet. I. 1919. 13. Art. redakc. The prevention

of influenza. Lancet. III. 1919. 14. W. H. Eyre and E. C. Lawe. Report upon the autumn influenza epidemic (1918). Lancet. IV. 1919. 15. F. T. Cadham. The use of a vaccine in the recent epidemic of influenza. Lancet. V. 1919. 16. A. J. Minaker and R. S. Yrvine. Journal of the American Medical Association, III. 1919. 17. A. J. Eagleton and H. Butcher. Some points in the treatment of complicated influenza. Lancet. IV. 1919. 18. Fleming et Clemenger. Recherches expérimentales sur la spécificité des agglutinines produites par le bacille de Pfeiffer, ref. w Presse médicale, № 8, I, 1920.

Dział sprawozdawczy.

17. Cramer Alec (Genewa). Zapalenie mózgu letargiczne.

Pierwsza wiadomość o tej chorobie sięga 1712 r. Camerarius spostrzegł ją w Tybindze i nazwał chorobą senną. O tego czasu nie mówiono o niej aż do r. 1890, w którym pojawiła się znowu na granicy austrijacko-włoskiej, a także w Niemczech, Danii, Bułgarii i Anglii, a nawet w Ameryce pod nazwą „nona” podczas silnej epidemii influency. Śpiączka nagabywała osoby wycieńczone, które nie mogły oszczędzać się na początku influency i wyrażała się gorączką, sennością, snem letargicznym i objawami nerwowymi, a kończyła się przeważnie śmiercią. W r. 1890 Ebstein daje jej nazwę „*coma grippal*”, aby ją odróżnić od innych śpiączek, jak *coma uremicum* i tych, które towarzyszą zapaleniu opon mózgowych.

Na nowo zjawiała się „nona” w r. 1917 w Wiedniu i tu poraz pierwszy nazwano ją zapaleniem mózgu letargicznym (*encephalitis lethargica*) (Economo). Wystąpiła endemicznie, a nawet epidemicznie. Przypuszczano (Wiesner), że śpiączkę wywołuje mikroby, świeżo właśnie wykryty, kształtu okrągłego, niekiedy owalnego, barwiący się Gramem i mający skłonność do układania się w łańcuszki. Znajdowano go w oponie miękkiej, w przestworach podpajęczynówkowych, ale nigdy w mózgu i mleczu. Wiesnerowi udało się wywołać u małpy te same co i u człowieka objawy senności po zastrzyknięciu pod oponę miękką emulsji z mózgu i mleczu, pochodzących od chorego, który zmarł na zapalenie mózgu letargiczne.

W r. 1918 choroba ta zjawiała się we Francji, a także w Algierze (Netter), następnie w Holandii i Anglii.

Objawy. Trzy są głównie objawy letargicznego zapalenia mózgu: stan gorączkowy, zakaźny, sennaść i porażenia lub niedowłady nerwów śródmózgowia. Najczęściej choroba zjawia się nagle z bólami głowy, dreszczami i gorączką do 39°—40°. Śpiączka występuje przeważnie drugiego dnia choroby. Powieki zaczynają ciężać, zjawia się nieprzewyciężona sennaść, chorzy stają się obojętni

na to co się dzieje dookoła nich. Charakterystyczną cechą śpiączki jest to, że chorych można ze snu obudzić przemówieniem i rozkazem, a wtedy podnoszą powieki i odpowiadają bardzo wolno na pytania albo spełniają rozkazy, lecz prędko potem wpadają na nowo w sen głęboki. Na rozkaz podnoszą się, chodzą automatycznie, chwiejnie, lecz pozostawieni znowu w spokoju, opadają na krzesło lub oparłszy się na pierwszym z brzegu sprzęcie, prędko zasypiają. W ciężkich przypadkach, śmiertelnych sen jest głęboki, chorych można odżywiać tylko zapomocą ławatyw. Sen przechodzi w śpiączkę prawdziwą (*coma*), której towarzyszą zmiany w oddychaniu, dochodzącem do typu Cheyne-Stokesa. W przypadkach kończących się pomyślnie, śpiączka znika stopniowo, mniej więcej w ciągu 1½ miesiąca, chorzy jednak zachowują jeszcze przez kilka tygodni skłonność do nagłego zasypiania.

Porażenia i niedowłady, występujące w zapaleniu mózgu letargicznym, dotyczą prawie wyłącznie nerwów ruchowych oka jako objawy ze strony mięśni zewnętrznych, a mianowicie: opadnięcie obu stronnie powiek, zez zewnętrzny lub wewnętrzny i podwójne widzenie. Charakterystyczną cechą porażenia jest to właśnie, że są niezupełne, częściowe, rozsiane i zmienne. Drżenie gałek ocznych bywa dość częste, przeważnie w kierunku pionowym. Mięśnie wewnętrzne oka rzadko bywają zajęte, jeszcze rzadziej nerwy czaszkowe, np. nerw twarzowy; wyjątkowo spotkać można umiejscowienie korowe z napadami padaczki częściowej, drgawkami, porażeniami i niedowładami członków już to oddzielnymi, już też pod postacią porażenia połowicznego. Niebrak też porażenia nerwów naczynioruchowych.

Miedzy krzywą tętna a krzywą ciepłoty istnieje równobieżność.

Zapalenie mózgu letargiczne występuje przeważnie u ludzi młodych. Istnieje typ jego ostry, śmiertelny, od początku ciężki, przechodzący po kilku dniach w śpiączkę (*coma*) i kończący się wśród wysokiej gorączki śmiercią, i typ podostry, po 6-iu tygodniach uleczalny, pozostawiający jednak ślady po sobie,

jak drżenie głowy i lewej połowy ciała z ruchami bezwolnymi i nierówność źrenic. Bardzo często pozostaje na długi czas stan senności i przytępienia umysłowego.

Obok tych dwu typów zdarzają się jeszcze przypadki skryte i niezupełne zapalenia mózgu letargicznego po influency epidemicznej.

R o z p o z n a n i e. Tyfus, paratyfus, *trypanosomiasis* (u ludzi powracających z krajów podzwrotnikowych), zapalenie szarej substancji rdzenia (*poliomyelitis epidemica*) u dzieci, wreszcie zapalenie opon mózgoworodzeniowych—oto główne postaci chorobne, z którymi łatwo zwłaszcza na początku pomieszać zapalenie mózgu letargiczne. Lecz w dalszym przebiegu choroby prędko daje się ustalić prawdziwe rozpoznanie. W każdym razie ze stanowiska klinicznego trójka objawów, a mianowicie: senność porażenie albo niedowład nerwów śródmózgowia i gorączka, a także ubogi w pierwiastki komórkowe płyn mózgoworodzeniowy zapewniają dostatecznie rozpoznanie letargicznego zapalenia mózgu.

A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a. Najczęściej daje się stwierdzić różnica między małymi zmianami makroskopowymi, znajdowanymi na stole sekcyjnym a ciężkością objawów za życia. Pewien stopień przekrwienia opon mózgowych i zawojów mózgu, niekiedy nawet małe wybroczyny krwawe — oto cały obraz zmian makroskopowych; zato zmiany mikroskopowe są wydatniejsze, zwłaszcza w śródmózgowiu, które prawie stale jest siedliskiem spraw zapalnych, a także niekiedy w korze mózgowej, w której tak samo jak w śródmózgowiu substancja biała pozostaje prawie nieuszkodzona, gdy tymczasem w substancji szarej znajdujemy nagromadzenie ko-

mórek zapalnych dokoła naczyń i stany zwyrodnienia komórkowego, które dojść może do zupełnej martwicy (*necrosis*). Zmiany zapalne umiejscawiają się głównie dokoła ośrodków szarych części tylnej opuszki, mostu Warola i szypulek mózgowych.

W y w ó d choroby jest jeszcze ciemny, tylko Wiesner wykrył podczas epidemii w r. 1917 w Wiedniu bakterję, którą pożytywał za bodźca przyczynowego choroby. Choroba ta zdaje się być niewątpliwie w bliskim stosunku bakteriologicznym z influencją pandemiczną. Znałe dotychczas epidemie letargicznego zapalenia mózgu towarzyszyły, poprzedzały albo występowały bezpośrednio po pojawieniu się czasowem influency pandemicznej i to tej właśnie postaci, której towarzyszyły od samego początku najrozmaitsze nawały krwawe (kongestye): płucne, mięśniowe, a także krwotoki z nosa, wybroczyny krwawe podskórne i t. p. Zmiany mózgowe w zapaleniu letargicznym mają również charakter nawałowy. Autor przypuszcza nawet, że zapalenie mózgu letargiczne może być wywołane przez jad influency, który wtedy zamiast zaatakować drogi oddechowe lub pokarmowe, wybiera z upodobaniem wyraźnym ośrodki nerwowe, być może jako *loci minoris resistentiae*.

L e c z e n i e. Pod tym względem dotychczasowe doświadczenie jest bardzo skąpe. Próbowano urotropiny, wstrzyknąć śródmięśniowych elektrargolu, proponowano też wstrzyknięcia do kanału rdzeniowego surowicy, pochodzącej od osobników, wyleczonych z zapalenia mózgu.

(*Revue médicale de la Suisse Romande*. 1919, № 5). M. Zweigbaum.

Wiadomości bieżące.

— Dr Stanisław Kopczyński, naczelnik wydziału higieny szkolnej w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, ofiarował 10000 marek do rozporządzenia Warsz. Tow. Lekarskiego na fundusz nagród za prace naukowe lub wybitną działalność na polu higieny szkolnej.

— W Dzienniku. Ustaw № 23 z d. 17. III. 1920 r. zostało umieszczone rozporządzenie p. Ministra Zdrowia Publicznego o obowiązku zgłaszania na równi z chorobami zakaźnymi przypadków t. zw. „śpiączki epidemicznej” (*poli-encephalitis lethargica*) oraz dziecięcego porażenia rdzeniowego (choroby Heine Medina). Rozporządzenie powyższe obowiązuje w ciągu 6 miesięcy.

— Okręgowy Urząd Zdrowia m. Warszawy uprzejmie prosi o natychmiastowe zgłaszanie każdego przypadku włośnicy w celu umożliwienia wyszukania źródeł zarazy.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od d. 7.III. do 13.III. 1920 r. było zachorowań: na ospę 1 m. chrz.; na odrę

6, m. 6, kob. —; chrz. 6, ż. —; na szkarlatynę 2, męz. 1, kob. 1, chrz. 2, ż. —; dur plamisty 63, męz. 32, kob. 31, chrz. 49, ż. 14; dur brzuszny 14, m. 5, k. 9, chrz. 6, ż. 8; gorączkę powrotną 13, męz. 10, k. 3, chrz. 10, ż. 3; dyfteryt 3, m. 2, k. 1, chrz. 2, ż. 1; dyzenteryę —; nagminne zapalenie opon mózgowych 1 m. ż.; gorączkę połogową 5 chrz.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Łodzi. Od 7. III. do 13. III. 1920 r. było zachorowań: na ospę —; na odrę —; na szkarlatynę 6 (zm. 3), m. 2, k. 4, chrz. 5, ż. 1; dur plamisty 25 (zm. 4) m. 15, k. 10, chrz. 18, ż. 7; dur brzuszny 6 (zm. 1) m. 1, k. 5, chrz. 4, ż. 2; gorączkę powrotną 3 (zm. 1) m. 2 k. 1, chrz. — ż. 1; dyzenteryę —; dyfteryt 2 (zm. 1) m. 1, k. 1, chrz. 1 ż. 1; różę —; nagm. zapalenie opon mózgowych 8 (zm. 1), m. —, k. 8, chrz. 5, ż. 3; krztusiec 2 (zm. 2) m. 2, k. —, chrz. —, ż. 2; gorączkę połog.—; jaglicę 14, m. 10, k. 4, chrz. 11, ż. 3. Na gruźlicę zmarło 36 osób.

N A D E S Ł A N O.

Wydawnictwa Wojskowej Rady Sanitarnej:

1) Ludwik Zembrzusi. Rys dziejów chirurgii wojennej polskiej, 1919. 2) Dr Anastazy Landau. Co to jest zatrucie gazami? jak ratować i leczyć zatrutych, 1919. 3) Wskazówki dotyczące leczenia

zatrutych gazami. W opracowaniu Wojskowej Rady Sanitarnej, 1919. 4) Dr Teodor Bałaban. Wskazówki do rozpoznawania i leczenia najważniejszych chorób ocznych, 1919. 5) Przewodnik przy określaniu stopnia niezdolności do pracy; spolszczył dr Karol Potrzebowski, 1919.

Odezwa do prenumeratorów.

Zmuszeni jesteśmy ponownie podnieść prenumeratę. Stale wzrastająca drożyzna artykułów pierwszej potrzeby, powoduje zwiększone żądania wynagrodzenia za pracę i wyżkę cen innych produktów. Opłata za druk i za papier zwiększyła się o kilkaset procentów. To, za co w roku zeszłym płaciliśmy 600 marek kosztowało do ostatnich czasów 2000 mk., a teraz kosztować będzie przeszło 3000 mk.

Pomimo stale wzrastającej liczby prenumeratorów, którzy oceniają nasze zabiegi, mające na celu utrzymanie wydawnictwa, nie jesteśmy w stanie z dochodów pokrywać wszystkich tak olbrzymich wydatków; pomimo zapomogi, otrzymanej od Ministerstwa Zdrowia, pomimo niepłacenia honoraryów autorskich, pomimo bezpłatnej pracy i redaktorów i wydawcy, współwłaściciele Gazety od początku wojny nie szczędzą bardzo znacznych ofiar materyalnych, które z każdym kwartałem wzrastają, aby tylko utrzymać pismo na właściwym poziomie naukowym, aby wydawać je nieprzerwanie w odstępach tygodniowych i w objętości, pozwalającej urozmaicać treść pisma i podawać, obok artykułów oryginalnych, streszczenia i przeglądy bibliograficzne oraz poruszać tak aktualne obecnie sprawy zawodowospołeczne.

To wszystko pragniemy spełniać i nadal, lecz aby módz to uczynić, zmuszeni jesteśmy wobec ponownego zwiększenia kosztów wydawniczych podwyższyć przedpłatę kwartalną do 50 marek.

Tych prenumeratorów, którzy już wnieśli opłatę za kwartał II, prosimy o dopłacenie 20 marek różnicy, zalegających zaś w opłacie prosimy o nadesłanie należności, gdyż przy tak wielkich kosztach wydawniczych musimy unikać odbijania zbyt wielu egzemplarzy.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Kazimierz Noiszewski. Rzuty korowe siatkówki.	127	<i>Dział sprawozdawczy.</i> 17. Cramer Alec (Genna). Zapalenie mózgu letargiczne	136
Karol Rozenfeld. Walka z epidemią grypy, jej najważniejsze zadania i środki (dok).	130	<i>Wiadomości bieżące.</i>	137

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

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2} do 7-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 i na prowincji kwartalnie Mk. 50, półrocznie Mk. 100.

Cena pojedynczego numeru 5 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnym pismem na stronie pierwszej Mk. 5—, na ostatniej, przed tekstem i przy tekście Mk. 4.50, na pozostałych Mk. 4.—.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Królewskiej (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL 'A
w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.
Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.
Cena m. 1.50.

O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.
Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.
Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.
Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena niższa m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.
Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.
Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie niższej nabywać można tylko w Administracji.



ASTHMIN-MOTOR
*w formie papierosów albo tytunu
 Usuwa szybko napady duszności
 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, cubebaurum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor”
 Marszałkowska 25.

**FABRYKA PRZETWORÓW
 LECZNICZYCH**

EUGENIUSZA MATULI

w Radomyślu Wielkim
 poleca własne przetwory:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.) **w działaniu identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera i t. p.** Nieoceniony lek krzepiący w przypadkach niedokrwistości, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii i t. p. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flasce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski.

Sapomenthol Zawiera ciała lotne jak: Olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol i i. p., które przetwarzane na gorąco w maszynach parowych, z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo, dokładnie wcieralną. W użyciu przyjemny, o milej woni. **Działa znakomicie w bólach gośćcowych różnych postaci**, osobiście w goścu mięśniowym, postrzale, rwie kulszowej, nerwobólach i t. p. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija się watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach. Tylko w oryginalnych stoikach.

Powyższe przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułki: oryginal. Matula
 Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone.

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 podług modeli i rysunków.

OD WYDAWNICTWA

KALENDARZA LEKARSKIEGO

Dra J. POLAKA.

Z powodu wyczerpania nakładu Kalendarza na r. 1920 w dotychczasowej postaci i niemożności wydrukowania w krótkim czasie Podręcznika terapeutycznego, jest do nabycia Kalendarz Lekarski J. Polaka na r. 1920 w 2-em wydaniu, zawierającym te same informacje o władzach lekarskich cywilnych, wojskowych, wydziałach lekarskich na całym obszarze państwa polskiego, urzędach prowincjonalnych, adresy lekarzy praktykujących w stolicy i na prowincji i t. p. oraz informacje lecznicze, jako to: dawkowanie, kąpiele lecznicze, tablica brzemienności, ratowanie pozornie zmarłych, otrucia i t. p., oraz notatnik. Cena egzemplarza pozostaje 40 mk. Nadto celem ułatwienia nabycia Kalendarza Kolegom, którzy dział informacji leczniczych skądinąd posiadają, wypuszcza się **Kalendarz Lekarski na r. 1920 skrócony**, mianowicie zawierający calendarium i wszystkie informacje o władzach lekarskich w państwie, listę lekarzy i t. p. oraz notatnik, w cenie 30 m. za egzemplarz.

Do nabycia w księgarniach i u wydawcy (Nowogrodzka 82 w Warszawie).