

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE I REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 20

WARSZAWA, 15 GRUDNIA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału wewnętrzznego Szp. Dz. Jezus w Warszawie.
(Ordynator: Józef SKŁODOWSKI).

O roli chorobotwórczej wielkoustęca jelitowego. (*Lamblija intestinalis*).

Podał

Henryk PUSZET (Warszawa).

Obserwując poraz pierwszy w końcu 1925 roku zakażenie wielkoustęcem jelitowym, uważałem je za rzadkie w naszym kraju. W piśmiennictwie polskim znalazłem wtedy zaledwie jedno spostrzeżenie w pracy Stefanańskiego. Pisał potem o wielkoustęcu Wl. Janowski (1896) i Zen. Orłowski (1905), lecz własnych spostrzeżeń nie podawali. — Okazuje się jednak, że pasorzyt ten jest w Polsce dość rozpowszechniony. W 1926 roku w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej podał Adamowicz 7 własnych spostrzeżeń, zebranych w ciągu 5 miesięcy. Na naszym oddziale, w okresie półrocznym stwierdziliśmy wielkoustęca u 11 chorych. Pojedyncze spostrzeżenie ogłosił też Eisenfarb. Natomiast w piśmiennictwie zagranicznym znajdujemy już setki obserwacji, zwłaszcza po wojnie.

Czemu należy przypisać wzrost liczby spostrzeżeń oraz większe zainteresowanie się tym przedmiotem w ostatnich latach?

Do niedawna rozpoznanie zakażenia wielkoustęcem opierało się prawie wyłącznie na badaniu kału. Postacie dojrzałe wielkoustęca, łatwe do odszukania i rozpoznania, dzięki ich ruchliwości i drganiom rządek, zjawiają się w kale tylko wyjątkowo przy silnych biegunkach, normalnie zaś spotykają się tylko torbiele. Wykrycie torbieli wymaga pewnej wprawy, gdyż są to niki, nieruchome, nawpół przezroczyste ciała, wielkością zbliżone do leukocytu, które łatwo przeoczyć pod mikroskopem; w postaci typowej mają one kształt owalny, podwójną cienką otoczkę, wewnątrz 2 lub 4 jądra i smugę podłużną, często jednak ich budowa wewnętrzna jest mało wyraźna.

Pozatem torbiele odchodzą nieregularnie, i niekiedy dopiero po wielokrotnych badaniach udaje się wy-

kryć je w wypróżnieniu. — Carter i Mathews stwierdzili, że przy 3 badaniach kału wykrywa się 60% zakażeń, a przy 6 badaniach 80%. Według Deschiena długość fazy ujemnej, w czasie której pasorzyty nie są wydalone z kałem, może wynosić dla wielkoustęca 7 dni; dla ułatwienia pracy radzi on pobierać codziennie próbki kału w ciągu 8 dni, rozrabiać w 5% formolu i przechowywać w oddzielnych naczyniach numerowanych. W ten sposób można wykryć tylko torbiele, postacie bowiem dojrzałe szybko giną i dla ich wykrycia należy badać kał niezwłocznie po oddaniu.

Dopiero zastosowanie cewnika dwunastniczego w znacznym stopniu ułatwiło rozpoznanie. W roku 1919 pierwszy Lyon wykrył wielkoustęca w treści dwunastniczej. W miarę, jak ta metoda rozpowszechniała się w badaniu lekarskim, liczba obserwacji szybko wzrastała. Główną bowiem siedzibą wielkoustęca u człowieka jest dwunastnica i górny odcinek jelita cienkiego. Stwierdzono przytem, że towarzyszy on często cierpieniom wątroby, i to odkryło nowe pole do badań nad ich patogenetą.

W naszych przypadkach za pomocą cewnika dwunastniczego wykryliśmy wielkoustęca u 9 chorych; nadto dwukrotnie stwierdziliśmy go przy zwykłym sondowaniu żołądka, dzięki cofaniu się żółci. Torbiele w kale znaleźliśmy tylko u 3-ch chorych; bardzo możliwe, że w pierwszych przypadkach przeoczyliśmy je tylko dla braku doświadczenia.

Po przedostaniu się cewnika do dwunastnicy otrzymywaliśmy zwykle obfity wypływ żółci, zawierającej dużo drobnych, szarych kłaczków, i wtedy pod drobnowidzem całe pole widzenia pokryte bywało wielkoustęcami. W innych przypadkach stwierdzaliśmy zaledwie pojedyncze egzemplarze; żywe ruchy pasorzyta oraz drganie jego rządek znacznie ułatwiały odszukanie. Zebrany materiał należy badać niezwłocznie, bowiem, jak wspomnieliśmy wyżej, wielkoustęce *in vitro* szybko traci swą żywotność, przestaje się ruszać, a po kilku godzinach rozpada się całkowicie.

Przechodzę do pytania, czy i jaką rolę patogenetyczną odgrywa wielkoustęce w ustroju gospodarza.

Badania anatomo-patologiczne u ludzi są dość skąpe. Pasorzyt rozmnażać się może obficie w jelitach i pokrywać ich śluzówkę na dużej przestrzeni, nie powodując w niej zmian głębszych zapalnych. A jednak już proste badanie soku dwunastniczego wykazuje często liczne kłaczki złuszczonej nabłonków, oblepionych śluzem, jako wyraz nieżyty dwunastnicy. Fairise i Jaquet wykryli wielkouszcę w ropniu jelitowym, który pękł do czerwiny i spowodował śmierć. Goffon znalazł go w ropie, otrzymanej rektoskopem z owrzędzeniem w kiszce prostej, oraz w operowanym wyrostku. Gaultier, w przypadku zakażenia prostnicy wielkouszczem, stwierdził badaniem rektoskopowym, że jej błona śluzowa jest sucha, gładka, z drobnymi owrzędzeniami.

U zwierząt przy doświadczalnym zakażeniu wielkouszczem stwierdzano zawsze wybitne zmiany zapalne na śluzówce jelit w postaci obrzmienia, nacieków krwawych i 300 cierpiących na biegunkę, otrzymał cyfry śmierci (Deschiens).

Ze spostrzeżeń klinicznych wynika, że znajdowano wielkouszcę znacznie częściej u ludzi z chorobami przewodu pokarmowego, niż bez wyraźnych zaburzeń zdrowia. Deschiens, badając kał 300 osób zdrowych i 300 cierpiących na biegunkę, otrzymał cyfry następujące: kał biegunkowy — 5% nosicieli wielkouszcę, kał normalny — 1,7%. Wezler podaje 10 przypadków, zebranych z pośród 103 chorych z cierpieniami przewodu pokarmowego, a ani jednego zakażenia nie stwierdził u ludzi zdrowych. Westphal i Georgi wykryli wielkouszcę w 6 przypadkach z pośród 45 schorzeń dróg żółciowych i tylko 2 razy u 100 osobników skądinąd zdrowych. Występowanie wielkouszcę u zdrowych nie może być dowodem przeciwko przypuszczeniu, że odgrywa on pewną rolę w procesach chorobowych. Z patologii ogólnej wiemy dobrze, jak często drobnoustroje chorobotwórcze i robaki kiszkowe, nie wyłączając tasiemca, spotkać można u ludzi pozbawionych zdrowia. To, że nie każdy jednakowo oddziaływa na zakażenie wielkouszczem, zależy prawdopodobnie od liczby i złośliwości pasorzytów oraz ich lokalizacji.

Choroby żołądka i jelit sprzyjają rozmnażaniu się pasorzytów. W krajach ciepłych, gdzie ludzie częściej chorują na przewód pokarmowy, wielkouszcę jest bardzo rozpowszechniony i stwierdzany był niekiedy, jako jedyny pasorzyt, w grasujących tam epidemjach biegunek (Goffon). Znałe są też przypadki schorzeń rodzinnych (Seyfarth, Goffon).

Jako ważny argument na rzecz roli chorobotwórczej wielkouszcę uważać należy pomyślny wpływ, jaki wywołanie go wywiera na przebieg choroby. Wystarczy nawet zmniejszenie liczby pasorzytów dla otrzymania wybitnej poprawy klinicznej (Adamowicz, Wezler, Westphal, Felsenreich i Satke).

Przy ocenie wpływu wielkouszcę na organizm gospodarza, należy jeszcze zwrócić uwagę na dwa momenty, mianowicie na jego liczbę i umiejscowienie.

Badając pod mikroskopem treść dwunastnicy, czy też kał, zawierający pasorzyty, widzimy nieraz całe pole widzenia wypełnione wielkouszczami. W przypadkach nieżyty kieszek wypróżnienia bywają bardzo obfite i częste, i zawierać mogą ogromną liczbę torbieli. One to nadają kałowi jasne zabarwienie. Według Wezlera w każdym wypróżnieniu znajduje się ich po kilka miliardów. Moritz ocenia dobową liczbę

wydalanych z kałem pasorzytów na 18 miliardów. Trudno wprost przypuścić, ażeby życie tak wielkiej liczby pasorzytów kosztem gospodarza mogło być dla niego rzeczą obojętną.

Co się tyczy umiejscowienia pasorzytów, to, jak mówiliśmy, gnieźdzą się one przeważnie w dwunastnicy i górnym odcinku jelit. Pokrywają wtedy znaczne przestrzenie śluzówki jelitowej, tworząc na niej rodzaj błony, i przenikają również do głębszych warstw ściany kiszek (Fairise i Jaquet), upośledzając przyswajanie pokarmów. Dotyczy to, jak się zdaje, zwłaszcza węglowodanów. Stolec tych chorych wykazuje często wzmogoną fermentację, ma odczyn kwaśny, i znajdujemy w nim niestrawione cząstki pożywienia, głównie skrobi. Tych zaburzeń w przyswajaniu pokarmów nie można wytłumaczyć ani przyspieszającą perystaltyką, ani niedomogą trzustki, spostrzegamy je bowiem w kale zupełnie sformowanym i przy normalnej zawartości fermentów trzustkowych w soku dwunastnicy.

Co się tyczy cierpień dróg żółciowych, to według Felsenreicha i Satkego wielkouszcę mogą utrudniać mechanicznie odpływ żółci, oblepiając śluzówkę przewodów żółciowych; mogą też wywoływać w nich stan zapalny. Westphal i Georgi dowodzą, że dolegliwości u chorych mają zależeć od mechanicznego lub toksycznego wpływu pasorzytów na aparat mięśniowy jelita: następuje wzmogienie pobudliwości odruchowej mięśni gładkich, czego skutkiem może być skurecz zwieracza Oddi i żółtaczką zastoinową. Bóle, występujące u chorych, możnaby tłumaczyć skurczami mięśni gładkich, które stwierdzono rentgenologicznie.

Najczęstszy, oddawna już znany, objaw u osób zakażonych wielkouszczem stanowi biegunka. Początek jej jest niekiedy ostry, przypominający cholerę albo czerwinkę. Znacznie częściej, zwłaszcza w klimacie umiarkowanym, biegunka przybiera charakter łagodniejszy i bardziej przewlekły. Przypuszczalnie przy świeżym zakażeniu organizm ludzki uwalnia się za pomocą obfitych biegunek od pasorzytów; pozostałe niekiedy w mniejszej liczbie mogą już nie dawać wyraźnych zaburzeń. Kiedyś indziej jednak utrzymuje się nadal stan podrażnienia jelit: chorzy tacy przez szereg miesięcy albo lat miewają po 3 do 10 stolców dziennie. Niekiedy biegunka występuje naprzemian z zaparciem. Stolec są obfite, ciastowate, jasno zabarwione. Większe bóle ani parcia zwykle im nie towarzyszą. Choroba jest uporczywa i nie ustępuje przy zwykłym leczeniu i diecie. Powoduje chudnięcie, osłabienie i doprowadza z czasem do wyniszczenia, które przypominać może charaktarstwo nowotworowe.

Przypadek I: Biegunka przewlekła.

W. W., lat 51, z zawodu blacharz, zgłosił się na nasz oddział dnia 1.8.1927 roku. Podaje, że w roku 1926 miał szereg silnych napadów kolki żółciowej, połączonych z wymiotami i trwających po kilkanaście godzin. Stolec był przytem normalny. Zabieg operacyjny wykonany w październiku 1926 r. wykazał zrosty pęcherzyka żółciowego z otoczeniem, zapalny stan śluzówki pęcherzyka oraz kilka gruboziarnistych żółtawych kamyczków. Woreczek żółciowy usunięto. Od czasu operacji ma stale biegunkę: liczba wypróżnień waha się od 3—4 do 8—10 na dobę. Miał przytem dwukrotnie silny napad bólu w podżebrzu prawem i wtedy liczba wypróżnień nagle wzrastała. Leczenie nie odnosiło skutku. W ciągu 10 miesięcy trwania biegunki stracił 21 kilo wagi, jest bardzo osłabiony i niezdolny do jakiegokolwiek pracy.

Budowa prawidłowa, odżywianie znacznie upośledzone, cera blada, szybkie męczenie się, drżenie rąk i języka. Ciężota 37—37,2, tętno 96—110. Badanie zwykłe i rentgenologiczne nie wykazuje zmian

w narządach wewnętrznych. W podżebrzu prawem duża blizna poporacyjna. Żołądek po śniadaniu próbnym nie zawiera wolnego kwasu solnego, kwasota ogólna — 5, pepsyna obecna. Mocz normalny. Kał barwy jasnej, papkowaty, o odczynie lekko kwaśnym; pod drobnowidzem sporo cząsteczek skrobi, nieco włókien mięsnych oraz liczne torbiele wielkousćca. Cewnikowanie dwunastnicy: sok żółty z obfitą zawiesiną klaczków; pod drobnowidzem klaczek składa się z nabłonka jelitowego i znacznej liczby ruchliwych wielkousćców. Próba Meltzer—Lyona za każdym razem ujemna. Fermenty trzustkowe w ilości normalnej. Badanie morfologiczne krwi: hemoglobiny 80%, ciałek czerwonych 4.800.000, białych 6.000, w tem obojętnochłonnych 55%, limfocytów 40%, eozynochłonnych 1%, monocytów przejściowych 4%.

W ciągu pierwszych 5 tygodni pobytu na oddziale pomimo diety i dużych ilości kwasu solnego (Acidi muriatici diluti — 80 kropeł pro die) chory niewał stale po 4—6 stołców na dobę; skarżył się na przejściowe bóle w podżebrzu prawem oraz pieczenie w dołku. Stan podgorączkowy i przyspieszenie tętna trwały nadal, waga ciała nie zmieniła się.

Przystąpiliśmy wówczas do tępienia pasorzytów. Pod wpływem stovarsolu liczba ich odrazu wybitnie się zmniejszyła, lecz pomimo wyższości 14 gramów tego środka w ciągu 2 tygodni oraz jednoczesnego płukania dwunastnicy 30% roztworem siarczanu magnezu, nie udało się całkowicie ich wytepić. Znikły dopiero przy stosowaniu treparsolu (7,5 gr. w ciągu 8 dni) i codziennym wlewaniu do dwunastnicy roztworu Lugola. 5-cioкратно rozcieńczonego. Równoległe ze znikaniem pasorzytów następowała poprawa kliniczna. Chory odżywał się obficie bez ograniczenia diety, przybyło mu 5,6 kilo wagi; stan podgorączkowy, bóle w podżebrzu prawem i pieczenie w dołku ustąpiły. Liczba wypróżnień zmalała do 1—2 na dobę. Stolec dotychczas jasny stał się ciemny, bardziej spoisty, w końcu zupełnie sformowany. Po dwutygodniowej przerwie w leczeniu chory zaczął się ponownie skarżyć na pieczenie w dołku i brak apetytu, stracił w ciągu dwóch dni kilo na wadze, wrócił stolec papkowate. Kontrola żółci i kału wykazała znów niewielką liczbę pasorzytów. Chory pozostaje nadal w obserwacji.

Badając treść dwunastnicy w okresie znikania wielkousćca, znaleźliśmy tam ciała zbliżone co do wielkości, kształtu i otoczki do torbieli, lecz o nietypowej budowie wewnętrznej; zawierały one szereg drobnych ziarenek układających się czasem pośrodkowo w kształcie wienca. Notujemy te spostrzeżenia, gdyż różniły się one znacznie od opisywanych dotąd różnych postaci torbieli wielkousćca. Po dwóch dniach nie znaleźliśmy ich więcej.

Przypadek II: Biegunka przewlekła.

J. W., policjant z okolicy Płońska, lat 51, podaje, że od 3-ich miesięcy ma rozwolnienie, początkowo 2—3, a od półtora miesiąca 5—6 razy na dobę, zawsze w ciągu dnia. Poza tem skarży się tylko na kwaśny smak w ustach i ślinotok oraz niewielkie i niestałe bóle w dołku. W czasie choroby znacznie osłabł i zeschupiał. Ostatnio już nie mógł pracować.

Odżywianie upośledzone, cera ziemista, zachowanie się nieco niedołężne, psychicznie — depresja z odcieniem hypochondrycznym. Chory nie gorączkuje. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej bez zmian szczególnych. Miewa 2—3 stolce papkowate na dobę, bólów żadnych nie odczuwa. Mocz normalny. Badanie morfologiczne krwi nie wykazuje odchylen od normy. W treści żołądkowej zupełny brak wolnego kwasu solnego i pepsyny. ogólna kwasota — 4. Rentgenogram żołądka nie wzbudza podejrzenia nowotworu. Z dwunastnicy otrzymano treść żółtą, zawierającą liczne żywe wielkousćce. Próba Meltzer—Lyona a wypadła dodatnio; żółć B ciemna, pasorzytów w niej nie znaleziono. Fermenty: trypsyna i lipaza w ilości normalnej. W kale pomimo wielokrotnych poszukiwań torbieli nie wykryto.

Początkowo przez dwa tygodnie leczenie polegało na stosowaniu kwasu solnego i dość ścisłej diety. Wobec utrzymywania się biegunki przystąpiliśmy do podawania narsenolu w ilości 0,1 gr. pro dosi w dawkach wzrastających do 0,4 gr. pro die. Po 6 dniach pasorzytów w treści dwunastniczej już nie znaleźliśmy, podmiotowa chory czuł się lepiej, jednak liczba stołców wyraźnie się nie zmniejszyła. W 4 dni później wypisał się na własne żądanie. Po miesiącu zgłosił się znów dla kontroli. Stan ogólny zadawalający, przybyło mu 2,5 kilo wagi, wypróżnienia 1 — 2 na dobę, niekiedy sformowane, zmniejszył się ślinotok. Przez cały czas pełnił służbę. Badanie dwunastnicy wykryło jednak pasorzyty w żółci B po kilka w polu widzenia. Przy powtórnej cewnikowaniu nie znaleźliśmy wielkousćców ani w żółci A, ani w żółci B. Wrócił do pracy z zaleceniem wyższości 30 tabletek stovarsolu.

Obydwa powyższe przypadki, typowe dla zakażenia jelit wielkousćcem, zbliżone są do siebie pod wzglę-

dem obrazu chorobowego. Wspólną ich cechą jest uporczywość biegunki, szybkie chudnięcie i dość daleko posunięte wyniszczenie. Zwłaszcza u drugiego chorego wyniszczenie zaznaczyło się tak silnie, że, biorąc pod uwagę jednoczesny brak kwasu solnego i pepsyny w soku żołądkowym, zastanawialiśmy się nad możliwością raka żołądka.

U obydwu tych chorych stwierdziliśmy brak kwasu solnego w żołądku po śniadaniu próbnym. Stan ten, nieraz spostrzegany u nosicieli wielkousćca, ułatwia prawdopodobnie zakażenie i rozmnażanie się pasorzyta. Można by tu myśleć o biegunce wskutek braku kwasu solnego, jednak podawanie go w dużych ilościach przez czas dłuższy nie wpłynęło u naszych chorych na liczbę i jakość wypróżnień. Poprawa wystąpiła dopiero przy tępieniu pasorzytów. Zaznaczyła się ona wybitniej w przypadku I-ym. Pomimo niestosowania diety stolec staje się sformowany, zaledwie 2 razy na dobę, znika stan podgorączkowy, przybywa choremu na wadze.

Zwróć jeszcze uwagę na stan podgorączkowy w pierwszym przypadku i ogólne objawy neurasteniczne u obydwu chorych; podobne spostrzeżenia przytaczają i inni autorowie (Castex, Greenway i Cade). I przypisują to działaniu toksycznemu pasorzytów.

Przypadek III: Biegunka przewlekła. Gruźlica płuc.

K. K., uczeń, lat 15, od 5 miesięcy kaszle, odpluwa, poci się. Od tego czasu ma prawie stale rozwolnienie po kilka razy dziennie. Znacznie schudł.

Podczas obserwacji na oddziale stwierdzono: Stan podgorączkowy, tętno 84. Budowa wąta, odżywianie mierne, cera blada. Na szyi sporo drobnych twardych gruczołów.

W szczytce prawym śłuzienice, oddech pęcherzykowy z wydechem chuchającym, pokryty licznymi drobnymi rżeniami. Płwocina śluzowa-ropna, zawierająca prątki Kocha, po 2 — 3 w polu widzenia. Mocz bez składników chorobowych. Badanie żołądka po śniadaniu próbnym wykazało wolnego kwasu solnego — 45, kwasotę ogólną — 67. Badanie dwunastnicy: żółć zawiera zawieszinę szarych klaczków, składających się głównie z nabłonków i wielkousćców. Fermenty trzustkowe w ilości normalnej. Żółci B nie otrzymano. Kał papkowaty, zawiera torbiele. Krew: ciałek białych 10.000, obojętnochłonnych 66%, limfocytów 26%, monocytów 5%, eozynochłonnych 2%, zasadochłonnych 1%.

Po zastosowaniu stovarsolu i nieco lżejszej diety rozwolnienie ustąpiło. Stolec raz dziennie sformowany. Liczba pasorzytów w żółci zmniejszyła się. Z powodu remontu naszego oddziału, chory przeniesiony został do Kliniki Uniwersyteckiej. Pomimo zastosowania sztucznej odmy proces gruźlicy postępował naprzód, ujawniły się zmiany swoiste w drugim płucu, i ostatecznie chory w stanie ciężkim, został zabrany przez rodzinę do domu.

W tym przypadku zakażenie wielkousćcem było czynnikiem, obciążającym przebieg gruźlicy płuc; cierpiało bowiem odżywianie chorego z powodu biegunki i trudności stosowania diety tuczającej.

Stwierdzenie w przypadku gruźlicy, że biegunka jest pochodzenia wielkousćcowego, posiadać może ważne znaczenie dla rekówania i leczenia. W naszym przypadku ustąpienie biegunki pod wpływem stovarsolu usunęło ważne przeciwwskazanie dla odmy. Niestety, pomimo jej zastosowania, nie udało się opanować procesu gruźliczego w płucach.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Instytutu dla badań nad rakiem przy Uniwersytecie w Berlinie.
(Dyrektor: Rada Tajna Prof. Dr. F. BLUMENTHAL).

O dożylnym leczeniu raka alkoholem etylowym.

Podat

D. THURSZ (Warszawa).

Jednowartościowe alkohole należą według praw przenikania Overtona do tych substancji, które najszybciej przenikają do żywych komórek zwierzęcych. Możliwe jest, że przenikanie alkoholu etylowego do komórki rakowej odbywa się szybciej, aniżeli do komórki normalnej, gdyż według Overtona szybkość przenikania przez otoczkę komórkową zależna jest od stopnia rozpuszczalności lipoidu, a zawartość lipoidu komórki rakowej prawdopodobnie większa jest od zawartości lipoidu komórki normalnej.

Maurice Wolf znalazł nadmierną ilość wapnia i potasu w zarodku komórki rakowej i tłumaczy to powiększonym stopniem przenikliwości komórki rakowej.

Według Ribberta komórki rakowe z powodu ich niedostatecznego związku z krwią odżywcza mają lżej podlegać wszystkim niszczącym wpływom, aniżeli tkanki normalne.

Dzięki badaniom Warburga wiemy, że komórka rakowa może czerpać niezbędną dla swego życia energję przez oddychanie i wytwarzanie zaczynów, lub też przy pomocy jednego tylko z tych czynników. Alkohol etylowy jest w stanie hamować oddychanie komórkowe, jak tego dowiódł Warburg na czerwonych ciątkach krwi gęsi.

Alkohol etylowy w większych ilościach posiada również działanie hamujące na wytwarzanie zaczynów, co daje się spostrzegać w komórkach drożdży. Mianowicie, według Warburga, tkanka rakowa w stosunku do swej przemiany materji zachowuje się podobnie do drożdży.

Widzimy więc, że alkohol etylowy posiada warunki do unicestwienia komórki rakowej, będąc w stanie hamować reakcję „destarczającą energję“, t. j. wytwarzanie zaczynów, jak i oddychanie. Poza tem alkohol etylowy dzięki swym własnościom odwadniającym musi mieć wpływ ujemny na przemianę materji komórki rakowej, a zatem hamować jej rozwój, tembardziej, że podług Robina zawartość wody nowotworów złośliwych jest zwiększona.

Pod wpływem przewlekłego nadużywania alkoholu, jak wiadomo, powstaje marskość wątroby w związku ze zwyrodnieniem komórek wątrobowych wskutek toksycznego działania alkoholu. Prawdopodobnem jest, że to wybitnie elektywne działanie alkoholu na komórki wątrobowe spowodowane jest dużą zawartością w nich glikogenu. Podobne działanie mamy może w nowotworach, które wszak zawierają dużo glikogenu. U rakowatych zawartość glikogenu wątroby jest, jak wiadomo, zmniejszona, i może właśnie dlatego alkohol nie wywiera u nich wpływu toksycznego, gdyż zostaje on wchłonięty przez obfitujące w glikogen komórki rakowe.

Wiadomem jest, że podczas stanu zmęczenia występuje w mięśniach, również obfitujących w glikogen, nadmierna ilość kwasu mlekowego. Ciekawem jest, że w takich stanach zmęczenia alkohol, nawet zażyty doustnie, działa orzeźwiająco. Może i tutaj zachodzi związek między alkoholem i przemianą materji glikogennej.

Ścisłejsze działanie alkoholu etylowego na komórkę rakową należy oczywiście jeszcze poddać dalszym badaniom specjalnym.

Wyżej wyszczególnione podstawy skłoniły mnie do zbadania przypuszczalnego wpływu hamującego alkoholu na rozwój raka.

Podczas badań nad zwierzętami okazało się, że podskórne zastrzykiwanie alkoholu wywołują rozległy rozpad tkanek podskórnej, a zastrzykiwania do guzów tylko częściowy rozpad tkanki nowotworowej bez hamującego działania na jej rozwój. Wobec tego przystąpiłem do dożylnego zastosowania alkoholu. Ta metoda jest i tem lepsza, że drogą żyłą działać można na guzy, głębiej leżące, do których dostęp jest znacznie utrudniony.

Celem ustalenia dawek tolerancyjnej alkoholu, zastosowanego dożylnie u zwierząt, rozpocząłem od zastrzykiwania 5% roztworu alkoholu królikom. Stopniowo powiększałem stężenie alkoholu i ostatecznie stwierdziłem znany fakt, że królikom można zastrzykiwać dożylnie alkohol etylowy absolutny i w dawkach dużych (2 cm. sz. i więcej na 1 kg wagi ciała) bez żadnej dla nich szkody. Sekcja królika, któremu zastrzyknęto dożylnie przeszło 2 cm. sz. 100% alkoholu, nie wykazała w narządach wewnętrznych żadnych zmian, które mogły być wywołane zatruciem alkoholem (Prosektor Dr. Płoński — Szpit. Żyd. w Warszawie).

Króliki, którym przed 10 miesiącami zastrzyknęto dożylnie alkohol, jeszcze żyją.

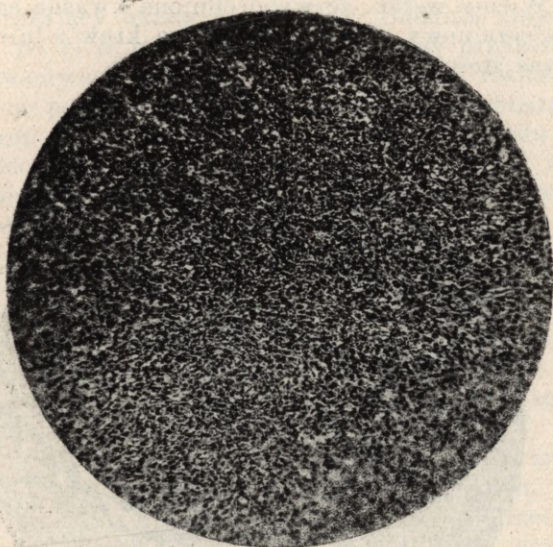
W Instytucie dla badań nad rakiem w Berlinie robiłem doświadczenia nad zastrzykiwaniem dożylnem alkoholu absolutnego szczurom z mięsakiem Jensenowskim — osagiem przeszło 60% wyzdrowień. (Zob. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 25, H. 4). (Fotogr. I i II).

Te dobre wyniki u zwierząt skłoniły mnie do zastosowania zastrzyków dożylnych alkoholu etylowego u ludzi chorych na raka.

Na oddziale dla rakowych w Charité w Berlinie zaczęliśmy od małych dawek (od 2—5 cm sz.) alkoholu absolutnego. Ale okazało się następnie, że przy dożylnem stosowaniu alkoholu absolutnego powstają miejscowe zakrzepy w zapalenia żył z ich niedrożnością, wobec czego zaczęliśmy stosować alkohol rozcieńczony według moich wskazówek. Razem z Dr. Aulerem stwierdziłem, że roztwór 33,3% alkoholu etylowego (w roztworze Ringera lub soli fizjologicznej) najlepiej nadaje się do zastrzyków dożylnych, gdyż ta zawartość procentowa została przez nas doświadczalnie określona, jako stężenie graniczne, nie wywołujące ścięcia się białka w surowicy i wysięku.

Na oddziale dla rakowych dotychczas leczono w ten sposób 13 chorych. Wykonano 43 wlewań. Dawka pojedyncza wynosiła od 25 do 375 cm. sz. Dawki ogólne wynosiły od 25 — 1025 cm. sz. Przy tem żadnych ubocznych działań nie stwierdzono. Z początku tylko podczas wlewania zwykle powstaje na miejscu ułucia nieznaczne, szybko mijające palenie, pozatem zabieg cały jest niebolesny i nie pozostawia po sobie żadnych ujemnych następstw. Samoczucie u wszystkich leczonych chorych poprawiło się znacznie.

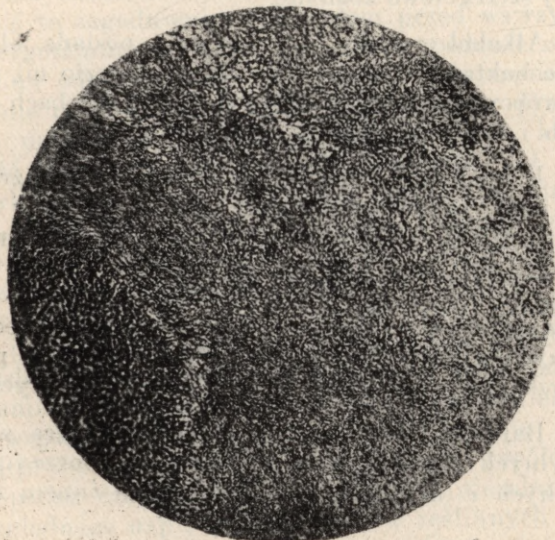
I.



Sarkomat Jensenowski (8 dni po zastrzyknięciu).

Jeden chory z *lymphosarcomatosis* i rozległymi przerzutami w narządach brzusznych zmarł 17.VII.27. Ostatnie wlewanie otrzymał on 9.VII i wynosiło ono 375 cm. sz. Ogółem otrzymał on 945 cm. sz. Sekcja nie wykryła u niego żadnych zmian, mogących świadczyć o zatruciu alkoholem. Drobnowidzowe badanie wykazało mnóstwo rozpadających się ognisk w tkance nowotworowej. (Fotogr. III, IV, V).

II.



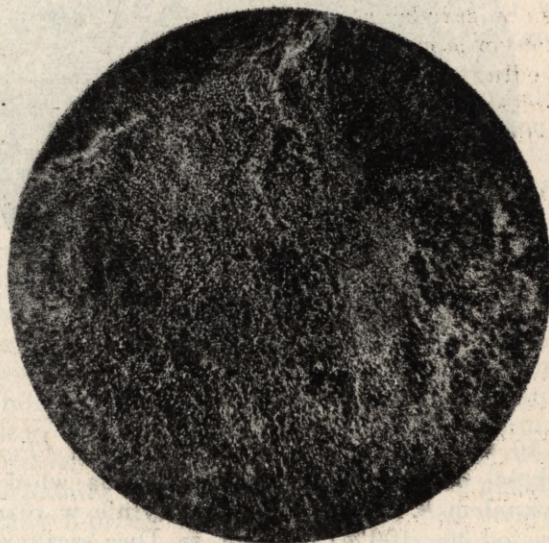
Sarkomat Jensenowski (3 tyg. po zastrzyknięciu).

III.



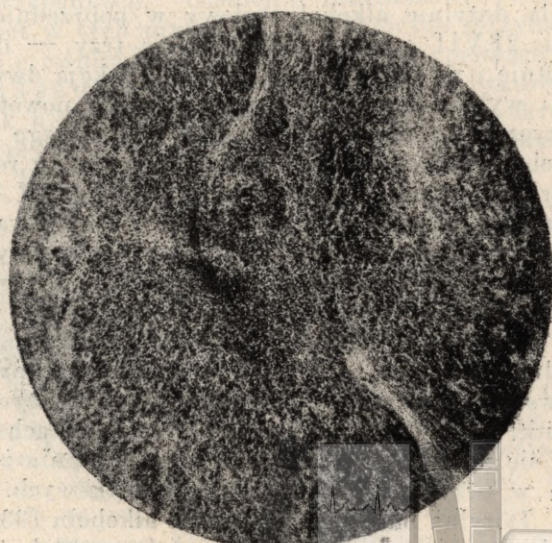
Przerzut w wątrobie (Znaczny rozpad).

IV.



Przerzut w trzustce (Znaczny rozpad).

V.



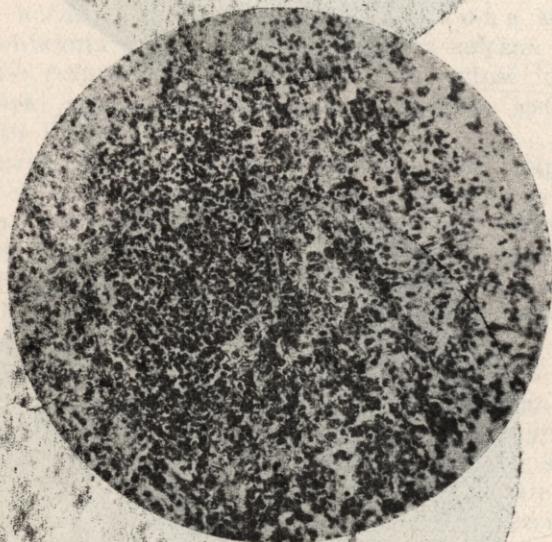
Przerzut w gruczołach pachwinowych (Znaczny rozpad).

U tego chorego widoczny był wpływ leczenia tą metodą. Przerzut wielkości jaja kurzego pod lewą pachą stwardniał i zmniejszył się o połowę. Przez powłoki brzuszne dające się wyczuć masy nowotworowe również stwardniały i stały się wyraźniej zarysowane.

Dodatni wpływ dał się przeważnie zauważyć na mięsach. Mięsak podudzia i szczególnie mięsak gruczołowy w pachwinie zmniejszyły się wyraźnie. Raki zaś zdawały się mniej reagować i pozostały przez czas jakiś uferminowane. Należy jednak wziąć pod uwagę, że wszystkie dotychczas tą metodą leczone przypadki należały do ciężkich i beznadziejnych.

Celem ściślejszego zbadania działania alkoholu etylowego na raka wykonałem w Instytucie dla badań nad rakiem przy Uniwersytecie w Berlinie doświadczenia na szczurach rakowatych.

VI.



Guz nabłonkowy (Tumor B).

10 szczurom. z guzem nabłonkowym (*Tumor B.*) wielkości od grochu do małego orzecha włoskiego zastrzyknąłem 8.VII.27. alkohol dożylnie w różnym stężeniu (od 30—100%) po 1 cm. sz. Dwa szczury zginęły podczas iniekcji z powodu wstrząsu lub nieostrożnego (za prędkiego) zastrzyknięcia. 11.VII część zwierząt poddana została temu samemu zabiegowi, t. j. otrzymała dożylnie alkohol etylowy w poprzednim stężeniu. 21.VII guzy powiększyły się trzy — do pięciokrotnie i wykazywały chębotanie. Sekcja dwóch zwierząt wykazała płynny rozpad tkanki nowotworowej, przyczem brzeg otoczki wyniósł wszystkiego 1½ mm. Drobnowidzowe badanie wykazało wyraźny rozpad komórkowy tkanki nowotworowej [Fotogr. VI — VII]. Ponowne przeszczepienie tkanki tej na dwa zdrowe szczury dotąd nie dało wyników. U pozostałych leczonych 6 szczurów guzy w przeciągu 4 — 6 tygodni zginęły bez nawrotu przez wessanie (w jednym przypadku przez pęknięcie i zabliźnienie). Zwierzęta zaś kontrolne częściowo zginęły, a u pozostałych przy życiu powstały przerzuty. Nieszkodliwość i dotychczasowe skutki tej metody na ludziach i zwierzętach przyczynić się muszą do jej dalszego wypracowania i stosowania w przypadkach cięższych, początkowych.

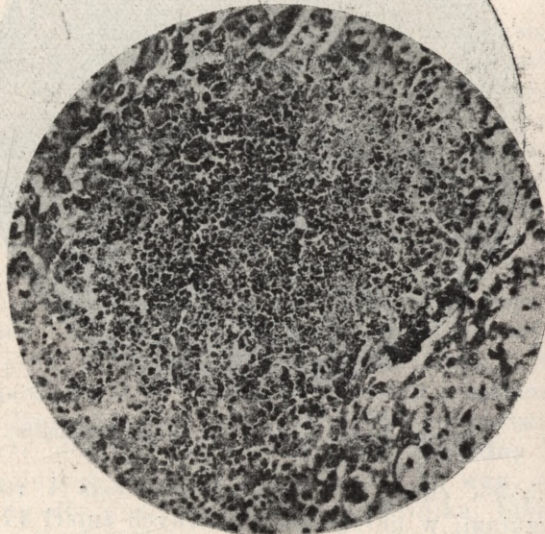
Dożylna maksymalna dawka alkoholu (33%) dotychczas jeszcze nie została ustalona. W każdym badaniu, jak z powyższego widać, można wlewać znaczne

ilości, nie obawiając się przytem żadnych działań ubocznych.

Fühner i Neubauer (Abderhalden — Handb. d. biolog. Arbeitsmeth.) podają wprawdzie, że hemolityczne działanie alkoholu etylowego następuje już przy stężeniu 15%. Ale hemoliza, powstająca *in vitro*, nie może być miarodajna dla badań *in vivo*. Wówczas musiałby na przykład szczur, posiadający wszystkiego 12 cm. sz. krwi, przy zastrzyknięciu dożylnem 1 cm. sz. 33% do absolutnego alkoholu natychmiast zginąć, co w rzeczywistości nie następuje.

Wiemy wszak, że wyodrębniona kwaśna saponina, kwas cereinowy, działa *in vitro* na krew silnie, dożylnie zaś stosowany bardzo słabo.

VII.



Guz nabłonkowy (Tumor B). (Rozpad.).

Dalej dowiódł v. Regeczy (Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiol. 1885), że można psom zastrzykiwać dożylnie ilości wody, przewyższające ich zawartość krwi, bez objawów trujących. Widocznie odbywają się *in vivo* pewne specjalne procesy, które jeszcze muszą być bardziej szczegółowo zbadane.

Alkohol etylowy, jak wiadomo, posiada silne działanie bakterjobójcze, wobec czego przyszło mi na myśl wypróbować metodę mają również w chorobach septycznych i infekcyjnych.

U pacjentki z rakiem rozpadającym się, zropiałym (na oddz. rakowym Charité) ustąpiły objawy septyczne (dreszcze, temperatura do 41°) po jednorazowym wlewniu dożylnem 200 cm. sz. alkoholu. Rak oczyścił się przy tem zadziwiająco szybko, co zresztą również zauważyliśmy w innych tą samą metodą leczonych, ropnych guzach. Godny jest uwagi fakt, że przy tej metodzie spadek temperatury następuje liycznie.

Bardziej wyczerpująca praca, dotycząca wyników dożylnych zastrzykiwań alkoholu w schorzeniach septycznych i infekcyjnych, nastąpi na innem miejscu.



Z Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Dzieciątka Jezus.
(Ordynator: Władysław JANOWSKI).

Badania kliniczne nad wpływem ergotaminy na układ roślinny *).

Podał

Mieczysław GOLDMAN junior (Warszawa).

Ergotaminę wyodrębnił Stoll z ziaren sporyszu w r. 1918, jako jedną z najważniejszych jego części składowych, od której zależy swoistość działania sporyszu. Dotąd uważano powszechnie ergotaminę za środek, porażający układ współczulny. Badania moje wykazały: po 1) że ergotaminie nie możemy przypisywać powinowactwa tylko do jednego układu roślinnego, albowiem posiada ona działanie wybitnie obustronne (amfotropowe), i to nie tylko w obrębie układu krążenia, lecz i w obrębie innych narządów; po 2) że ergotamina nie poraża układu współczulnego, lecz wprost przeciwnie — układ ten pobudza.

Ergotaminę podawałem podskórnie, doskórnie, domięśniowo i dożylnie. Wyniki starałem się sprawdzać przez zmianę dawkowania. Przeciętna dawka wynosiła 0,5 cm.³ „Gynergène Sandoz“, t. j. 0,25 mg. (1 ampulka zawiera 0,5 mg. winianu ergotaminy). Wyniki we wszystkich przypadkach były naogół zgodne. Wykonałem 170 badań na 50 osobnikach.

Częstość tętna pod wpływem ergotaminy zmniejszała się we wszystkich badanych przypadkach. Największy spadek krzywej tętna zjawiał się przeciętnie w ciągu 10 minut po podaniu 0,25 mg. dożylnie. W znacznej liczbie przypadków spadek utrzymywał się dłużej, niż godzinę, sięgając w 3-ch przypadkach do 4-ch godzin. Najmniejsze obniżenie tętna wynosiło 6 uderzeń na minutę, największe — 60 na minutę. Żadnych norm działania ergotaminy na tętno ustalić nie mogłem. W przypadkach, w których występowały nudności, względnie wymioty, częstość tętna przed ich wystąpieniem ulegała chwilowemu podniesieniu.

Wpływ ergotaminy na tętno świadczy o podrażnieniu czynników, hamujących akcję serca, bądź o przewadze tych czynników, występującej wskutek porażenia zakończeń nerwów współczulnych. Chcąc pogłębić to zagadnienie, podawałem przed wstrzyknięciem ergotaminy atropinę pod skórę, podanie zaś ergotaminy odbywało się na szczycie otrzymanego po atropinie przyspieszenia tętna. Poatropinowe przyspieszenie ustępowało miejsca zwolnieniu tętna, którego częstość sięgała nawet wartości niższych, niż przed wstrzyknięciem atropiny. Gdyby ergotamina działała przez obwodowe zakończenia nerwu błędnego, działanie to nie uwidoczniłoby się po wyeliminowaniu jego zakończeń przez atropinę. Ponieważ otrzymane zwolnienie przewyższało nawet częstość tętna przed atropiną, należy przypuścić, że wchodzi tu w grę częściowe podrażnienie nerwu błędnego. Jeśli więc działanie ergotaminy na tętno stoi w związku z porażeniem włókien współczulnych, to jednocześnie istnieje wpływ niewątpliwie tego alkaloidu na układ przywspółczulny.

Spadek częstości tętna występował niezależnie od bezwzględnej napięcia obu układów roślinnych w sercu, badanego metodą Daniélopola.

Chcąc sprawdzić antagonizm działania ergotaminy i adrenaliny, uwypuklany przez większość autorów, badałem wpływ adrenaliny na częstość tętna u osobnika, któremu uprzednio wstrzyknąłem ergotaminę, jak i odwrotnie: wpływ ergotaminy na układ roślinny, pozostający już pod wpływem adrenaliny. Adrenalina, podana na szczycie działania ergotaminy, powoduje przyspieszenie tętna — w 40% przypadków większe od liczby tętna przed doświadczeniem. Nie udawało mi się natomiast znieść lub odwrócić działania adrenaliny przez następcze podanie ergotaminy. W jednym z przypadków nadezynyłości gruczołu tarczowego, u kobiety 60 letniej, na szczycie działania adrenaliny podałem dożylnie 0,25 mg ergotaminy: wystąpiło nowe wyraźne przyspieszenie tętna, przewyższające przyspieszenie, otrzymane innego dnia po wyłączeniu wstrzyknięciu adrenaliny. Zamiast spodziewanego zwolnienia tętna ergotamina wywołała tu przyspieszenie. To odwrócone działanie ergotaminy, jaskrawo dowodzi, że sposób działania danego jadu zależy nie tylko od wpływu tego jadu na nerwy roślinne, lecz i od stanu, w jakim się chwilowo znajduje organizm, względnie narząd wykonawczy. Ten sam bodziec w różnych warunkach daje wynik odmienny. W naszym przypadku nadezynyłość gruczołu tarczowego zsumowała się z działaniem adrenaliny, a w tak zmienionych warunkach kierunek działania ergotaminy był odwrotny, niż zwykle.

Odwrócone działanie jądów opisywało wielu autorów. Częste spostrzeganie odwróconego lub zmienionego działania jądów dowodzi, że nasze wiadomości o sposobie działania poszczególnych substancji są w znacznym stopniu niepełne. Oduś się wrażenie, że wkrótce będziemy mogli sami stworzyć warunki tego lub innego działania jądów roślinnych.

Szczególnie jaskrawo uwidacznia się obustronne (amfotropowe) działanie ergotaminy w charakterystycznym jej wpływie na ciśnienie krwi. W ciągu pierwszej minuty podnosi się stromo ciśnienie skurczowe, dochodząc do szczytu po 5-ciu do 10-ciu minut; spadek rozpoczyna się po 30 — 40 minutach, wracając do poprzedniej wartości przed upływem 2 godzin. Na 50 badanych przezemnie osób tylko u 4-ch otrzymałem wyraźne, zresztą niewielkie obniżenie ciśnienia skurczowego.

Ciśnienie rozkurczowe podnosiło się we wszystkich przypadkach. Ciśnienie rozkurczowe podniosło się nawet w tych przypadkach, w których otrzymałem obniżenie ciśnienia skurczowego. W przypadkach choroby Basedowa, w których ciśnienie rozkurczowe było tak niskie, iż nie dawało się pierwotnie określić, pod wpływem ergotaminy wzrastało ono nawet do 70 mm. Hg.

W przebiegu ciśnienia, podobnie jak i we wpływie na częstość tętna, zaznacza się również zupełna niewspółmierność odczynu ergotaminowego w porównaniu z wynikiem próby Daniélopola.

Podkreślić muszę, iż stale podnoszenie się ciśnienia rozkurczowego, występujące we wszystkich przezemnie badanych przypadkach, stanowi jedną z najbardziej znamienitych cech działania ergotaminy. Podniesienie ciśnienia rozkurczowego następowało pod wpływem wstrzyknięcia dożylnych ergotaminy nagle. Stwarzało to oczywiście nagłą przeszkodę dla pracy mięśnia sercowego. O ile sprawność jego była wystar-

*) Referat przedstawiony na VII Zjeździe Internistów w Poznaniu.

czajęca, a samo podniesienie ciśnienia rozkurczowego niezbyt wielkie, wtedy ciśnienie tętna ($PP = pressio pulsus$) pozostawało na poprzedniej wysokości lub stosunkowo nieznacznie wzrastało. Dawało to w ogólnym wyniku podniesienie ciśnienia skurczowego. Gdy jednak w niektórych przypadkach ciśnienie rozkurczowe podnosiło się o 60 — 70 mm. Hg. praca mięśnia sercowego, z jakiegokolwiek przyczyn osłabionego, pod wpływem tak zmienionych warunków oporu nagle słabła. Stwierdzało się przytem tak znaczny spadek ciśnienia tętna (PP), że zsumowanie jego z podniesieniem ciśnienia rozkurczowego dało jednak w ogólnym wyniku zmniejszenie ciśnienia skurczowego.

Po tem oświetleniu faktów staje się rzeczą jasną, że podkreślane przez wielu autorów oraz uwidocznione w moich przypadkach zwiększenie się ciśnienia skurczowego krwi po ergotaminie jest tylko pozorne. Podnosi się stałe i bez wyjątku tylko ciśnienie rozkurczowe. Poziom ciśnienia skurczowego zależy od wahań w ciśnieniu tętna (PP) oraz od stanu wydolności mięśnia sercowego.

Tłumaczenie to wyjaśnia odrazu te pozornie dziwne przypadki, w których ergotamina powoduje spadek ciśnienia skurczowego.

Niewniknięciem w tę istotę rzeczy tłumaczą się pozornie sprzeczne wyniki co do kierunku wahań ciśnienia skurczowego, stwierdzone przez szereg autorów doświadczalnie oraz klinicznie. W badaniach tych autorowie operują pojęciem ciśnienia krwi (t. j. ciśnienia skurczowego), które nie ma istotnego znaczenia ani dla oceny pracy mięśnia sercowego, ani dla napotykaných przez niego oporów; te dwa czynniki posiadają, jak w emy, wartość rozstrzygającą dla kliniki.

Przeprowadzając w szeregu przypadków próbę adrenalinową przed podaniem ergotaminy, otrzymałem następujące wyniki: adrenalina podnosiła na czas krótki (od 3-ich do 8-miu minut) ciśnienie rozkurczowe i na okres czasu znacznie dłuższy (do 32 minut) wzmagala ciśnienie tętna (PP), co, jak wiadomo, zależy od wybiórczego jej działania rozszerzającego na tętnice wieńcowe serca, powodujące czynne, zbawcze dla chorego podniesienie pracy mięśnia sercowego. Jeżeli po spadku ciśnienia rozkurczowego do wartości poprzedniej wstrzyknąć potem dożylnie ergotaminę, to ciśnienie rozkurczowe podnosi się o 10 do 20 mm. Hg i opada do normy w niektórych przypadkach dopiero po 30 minutach. Ciekawy jest fakt, że ciśnienie tętna wzrasta przytem jeszcze więcej, wskutek czego ciśnienie skurczowe również podnosi się wyżej. Nasuwa to przypuszczenie, iż ergotamina, która tak, jak adrenalina, wywołuje skurcz naczyń obwodowych, trwający jednak znacznie dłużej, niż po adrenalinie, działa na układ tętnic wieńcowych serca w tym samym kierunku, co adrenalina. Mianowicie rozszerza je jeszcze bardziej, i to na czas długi, wskutek czego wzrasta wybitnie ciśnienie tętna (PP), dosięgając szczytu po 2 do 30 minut. To działanie trwa tak długo, że jeszcze po dwóch godzinach ciśnienie nie opada do poprzedniego poziomu.

Zestawiając wyniki badania wpływu ergotaminy na częstość tętna i na ciśnienie tętnicze rozkurczowe, należy przyjąć, że ergotamina działa różnie na poszczególne odcinki narządu krążenia. Mianowicie, pobudza ona włókna współczulne, a może bezpośrednio i mięśniówkę w naczyniach obwodowych (analogicznie do

bezpośredniego działania na mięśnie gładkie macicy), w sercu zaś pobudza układ przywspółczulny, choć nie jest wyłączone, że i poraża tam układ współczulny.

Badając w 10-ciu przypadkach wpływ ergotaminy na czynność wydzielniczą żołądka przez odpowiednie wstrzyknięcie ergotaminy podczas próby alkoholowej Ehrmana, otrzymałem wyraźne zmniejszenie się kwasoty ogólnej, jak i wolnego kwasu solnego.

Wspomnieć muszę o badaniach Kaufmanna i Kalka, którzy poza zmniejszeniem się kwasoty, zahamowaniem sekrecji i opóźnionem wydalaniem otrzymali podobieństwo działania ergotaminy i adrenaliny na czynność ruchową żołądka, którą sprawdzali z pomocą promieni Roentgena.

Wynikałoby stąd, że ergotamina działa pobudzająco na układ współczulny w obrębie żołądka, tak samo, jak to ma miejsce w naczyniach.

W sześciu przypadkach spostrzegałem wystąpienie odruchu z pęcherzyka żółciowego po ergotaminie; odruch zjawiał się 15 — 20 minut od chwili dożylnego wstrzyknięcia, przyczem stopień jego natężenia był większy po wstrzyknięciu 0,125 mg., a nawet dawki mniejszej, gdy dawka 0,25 mg. dawała już wyraźne rozjaśnienie wypływającej żółci. Narazie powstrzymałem się od wytłumaczenia powyższego zjawiska.

Nudności i wymioty, zjawiające się podczas przeprowadzanych przezemnie prób ergotaminowych, miały charakter przemijający; ustępowały po kilku, względnie kilkunastu minutach.

Poza nudnościami i wymiotami spostrzegałem po wstrzyknięciu ergotaminy wyraźne pogłębianie się odruchu, połączone w kilku przypadkach z uczuciem ściskania w klatce piersiowej, zwłaszcza wzdłuż przełyku; pocenie występowało na wargach, czole, rzadziej na całym ciele. Często towarzyszyły bóle i zawroty głowy, migotanie przed oczyma, senność. Rozszerzenie źrenicy spostrzegłem w 4-eh przypadkach, zwięźnienie w 3-eh. Objawy powyższe zjawiały się w kilka minut po wstrzyknięciu i ustępowały w ciągu 15 — 30 minut.

Odpowiednie zmniejszenie dawki z łatwością pozwala uniknąć wystąpienia przykrych objawów zatrucia. Osobniczość we wrażliwości jest jednak duża; gdy w jednych przypadkach wstrzyknięcie $\frac{1}{4}$ cm.³ wywoływało lekkie nudności i bóle głowy, w innych — 1 cm.³ dożylnie nie dawał żadnych objawów podmiotowych.

Zestawienie poszczególnych objawów zatrucia wykazuje wpływ ergotaminy na obie części układu mimowolnego. Widać to szczególnie jaskrawo z różnego zachowania się źrenic w różnych przypadkach, co zależało od stałej lub chwilowej przewagi jednego z nerwów roślinnych.

Szkodliwych następstw działania ergotaminy nie spostrzegałem w żadnym przypadku.

Badając wpływ ergotaminy na poziom cukru we krwi, otrzymałem w 5-ciu na 9 badanych przypadków spadek ilości cukru. W spostrzeganym przezemnie przypadku uporeczywej cukrzycy, odpornej na działanie insuliny, przez jednoczesne podanie ergotaminy mogłem uczulić organizm na działanie insuliny.

Badając zachowanie się wapnia we krwi, otrzymałem po ergotaminie spadek ilości wapnia w 7-miu na 9 badanych przypadków.

Sprawą klinicznego stosowania ergotaminy zaj-

mowali się liczni autorowie. Wychodzili oni z błędnego założenia, jakoby ergotamina porażała układ współczulny. Tymczasem z badań moich wynika, jak wspominałem, że ergotamina posiada działanie obustronne (amfotropowe) nie tylko w układzie krążenia, ale i w szeregu innych narządów, oraz że ergotamina stale zwalnia rytm serca i podnosi ciśnienie rozkurczowe, przez co wpływa na wyrównanie wahań między ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym. Wszystkie więc wskazania do stosowania ergotaminy w lecznictwie należałoby stawiać z punktu widzenia tylko co przytoczonych faktów. Wychodząc z tego założenia, należy, moim zdaniem, wypróbować i ustalić dawkowanie ergotaminy w następujących stanach lub zespołach chorobowych.

Na pierwszym miejscu postawię zaburzenia równowagi roślinnej w obrębie układu krążenia, dające przyspieszenie tętna; zaliczam tu: częstoskurcz napadowy, przyspieszenie tętna pochodzenia mięśniowego (*myocarditis acuta*), przyspieszenie tętna pochodzenia ośrodkowego, zatruciowego (gruźlica), gruczolowego (w okresie przekwitania, w chorobie Basedowa).

Do drugiej grupy zaliczam wszystkie stany gwałtownego spadku ciśnienia rozkurczowego, przemijającego lub stałego: a) gwałtowne porażenie naczyń w przypadkach ciężkich zakażeń ogólnych (zapalenie płuc, różne dury i t. p.); b) gwałtowna zapaść po krwotokach, znieczulaniach ogólnych; c) niski stan ciśnienia rozkurczowego w niedostateczności zastawek tętnicy głównej, w niektórych przypadkach choroby Basedowa, a prawdopodobnie i w chorobie Addisona.

Do grupy trzeciej zaliczam wszystkie stany chorobowe, w których układ nerwowy roślinny wykazuje nadzwyczajną chwiejność, przejawiającą się klinicznie w postaci tak zwanych objawów nerwicznych; ergotamina znajdzie tu zastosowanie w leczeniu choroby Basedowa, neurastenji, hysterji, padaczki, migreny, pokrzywki i t. p.

Wreszcie należy uwzględnić przypadki z objawami bólów w obrębie narządu trawienia, będącymi następstwem wzmożonej pobudliwości ruchowej, jak i nadmiernej czynności wydzielniczej, a więc wrzód żołądka, dwunastnicy, pewna część stanów spastycznych kiszek i t. p.

W moich dotychczasowych próbach leczniczego stosowania ergotaminy otrzymałem nadszodkiewanie dobre wyniki w dwu rozpaczliwych przypadkach migreny, w kilku przypadkach niewyjaśnionych dokładnie bólów w obrębie jamy brzusznej oraz w kilku przypadkach choroby Basedowa. Muszę nadmienić, że choroba Basedowa stanowi szczególne pole do stosowania ergotaminy, jako środka, działającego obustronnie (amfotropowo).

Wskazania, wyżej przeze mnie proponowane, wymagają, rzecz prosta, sprawdzenia na możliwie obfitym materiale klinicznym, co stanowić będzie jedno z dalszych moich zadań.

Szczegółowa praca wyszła w T. V, Z. IV Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

Z praktyki prywatnej.

Przypadek rzadkoskurczu sercowego (bradycardia) w zależności od zapalenia gruczołów chłonnych w przebiegu influeney.

Podał

Jakób PUTERMAN (Sosnowiec).

W sprawie zachowania się czynności ruchowej serca w stosunku do ciepłoty w przebiegu influeney zdania autorów nie są uzgodnione: gdy, zdaniem jednych, częstość tętna odpowiada wysokości ciepłoty (Drasche, Versterdall, Jansom, Behrt), to według innych (K. Zieliński) w samych już początkowych okresach influeney występuje częstoskurcz sercowy (*tachycardia*), zaś cały szereg autorów (Rankin, Leichtenstern, v. Strümpell, Ortner, A. Edelmann i inni) mówi o zwolnieniu ruchów serca (*bradycardia*), jako o objawie, najczęściej spotykanym w influeney; nie brak wreszcie autorów (P. Krause, Romberg, Glinczykow), według których, zależnie od wybiórczego, mniej lub więcej intensywnego działania toksyn influencowych na mięsień sercowy lub na układ nerwowy, ma się do czynienia z często-, względnie z rzadkoskurczem sercowym.

Edelmann i Ortner zaliczają zwolnienie ruchów serca do patognomonicznych objawów influencowego zapalenia płuc. Zdaniem ich, objaw ten, a we-

dlug Edelmanna, wraz z objawem zwolnionego oddechu (*bradypnoë*) może służyć do różniczkowania influencowych zapaleń od zapaleń płuc innego pochodzenia (krupowego, grypowego¹), w tych ostatnich bowiem zazwyczaj ma się do czynienia z przyspieszeniem oddechu i ruchów serca. Zdaniem Edelmanna, w przypadkach niemieszanej infekcji influencowej rzadkoskurcz sercowy występuje bodaj o wiele wybitniej, niż w durze brzusznej. Większość autorów uważa zaburzenia czynności ruchowej serca od bezpośredniego działania toksyn influeney bądź na mięsień sercowy, bądź na układ nerwowy.

Odmiennego zgoła pochodzenia było zwolnienie ruchów sercowych w poniżej opisanym porządku.

Podczas tegorocznej epidemji spostrzegałem kilka przypadków influeney, w których dominującym niemal objawem było zapalenie gruczołów chłonnych. Wybitny obrzęk zapalny gruczołów chłonnych śródpiersiowych i szyjnych z zaburzeniami czynności ruchowej serca spostrzegałem wraz z innymi kolegami w przypadku, który, wobec braku wzmianki w dostępnej mi literaturze o zachowaniu się układu chłonnego w ostrych przypadkach tegorocznej epidemji influeney²), ośmielałem się podać do wiadomości publicznej.

1) Edelmann odróżnia influencę, powodowaną przez laszczniki Pfeiffera, od grypy, powodowanej przez inne drobnoustroje.

2) R. Hertz wspomina o możliwości umiejscowienia się przewlekłej influeney w gruczołach około-oskrzelowych.

Dnia 14 marca r. b. odwiedziłem 41-letniego kolegę, D-ra G., u którego choroba rozpoczęła się przed tygodniem prostracją, uczuciem ogólnego niedomagania i rozłamania. Budowa i odżywianie pacjenta dobre, brak obciążenia dziedzicznego. W 16-ym roku życia przechodził zapalenie błony brzusznej (*appendicitis?*), w r. 1919—dur wysypkowy. Skargi: bóle dotkliwe w stawach kolanowych, kaszel męczący, pełna duszność. Badanie stwierdziło: *sensorium* wolne, nieznaczne zaczerwienienie gardła, ogniska bronchopneumoniczne z tyłu w dolnych płatach płucnych. Rozszerzenie serca przeważnie kosztem jam prawego serca³⁾. Tętno serca głucho. Ciśnienie krwi w tętnicy ramiennej w granicach normy. Wątroba macalna, bolesna. Nieznaczny białkomocz (0,18 o/oo) z leukocytami, wałeczkami szklistymi i ziarnistymi w osadzie. W płwocinie komórki alweolarne pigmentowane, pneumokoki *Fraenckela*. Ciepłota powyżej 39° z rannymi zwłocznikami. Tętno 100 i więcej uderzeń na minutę, odpowiada wysokości ciepłoty, miarowe, dobrze napięte i wypełnione. Rozpoznanie — *bronchopneumonia gripposa*.

Dnia 21 marca. Od 3 dni silny ból w okolicy pozamostkowej, wzmagający się przy kaszlu i polykaniu. Duszność większa, sinicowe zabarwienie warg, końcowych członków palców rąk, ciepłota 39° *bradycardia* (tętno 58 — 60).

Dnia 26 marca. W okolicy międzyłopatkowej, zwłaszcza z lewej strony, przytępienie odgłosu wypukowego, zaostrenie oddechu. Dotkliwy ból w okolicy mostka trwa w dalszym ciągu. Zwolnienie tętna przy wysokiej cieplocie. Znaczna duszność, bezsenność. Utrudnienie polykania (*dysphagia*).

Dnia 27 marca. Bolesne obrzmienie gruczołów chłonnych, szyjnych, — szczególnie nadobojczykowych, oraz gruczołów dołka nadmostkowego. W następnych dniach bolesność w okolicy pozamostkowej ustąpiła i zarazem obrzmienie gruczołów szyjnych się zmniejszyło. Ciepłota stopniowo spadała przy obfitych potach. W miarę ustępowania obrzmienia gruczołów chłonnych czynność serca wracała do stanu normalnego, duszność się zmniejszała, ból w okolicy pozamostkowej i utrudnienie polykania ustąpiły. Natomiast objawy ze strony płuc długo jeszcze trwały: przez długi jeszcze czas słychać było rżnięcia grubo — i drobno-bąbkowe przeważnie z tyłu w dolnych płatach płucnych. Długi okres rekonwalescencji odznaczał się ogólną niemocą przy obfitych potach.

Powstaje kwestja, od czego zależała ta niewspółmierność tętna w stosunku do ciepłoty. *Bradycardia* w zależności od działania jadu bakteryjnego bezpośrednio na mięsień sercowy lub układ nerwowy (dur brzuszny, influenza) zazwyczaj występuje jednocześnie ze stanem podgorączkowym w początkowych okresach sprawy chorobowej. W danym przypadku rzadko skurcz sercowy wystąpił w drugim tygodniu choroby. Niestalność zaburzeń ruchowych serca wobec stale podwyższonej ciepłoty, wyłączającej poniekąd bezpośrednie działanie jadu na mięsień sercowy, wzmożenie się duszności, ból w okolicy pozamostkowej, wzmagający się przy kaszlu i polykaniu — przemawiały za ostro powstałą sprawą śródpiersiową, wywierającą ucisk na nerw błędny, drogi oddechowe i przełyk. Wobec jednoczesnego prawie wystąpienia bolesnego obrzmienia zapalnego gruczołów chłonnych szyjnych nasunęło się

3) Rozszerzenie to stwierdzone zostało rentgenologicznie przez kol. Benzeffa również w okresie rekonwalescencji.

podejrzanie ostrego zapalenia śródpiersiowych gruczołów chłonnych oraz tkanki przygruczołowej (*perietalymphadenitis mediastinalis*), czem mógł być spowodowany wyżej wymieniony zespół objawów: *bradycardia, dyspnoe et dysphagia*.

Za przypuszczeniem tem przemawiało wreszcie ustąpienie dolegliwości zarówno przedmiotowych, jak i podmiotowych, wraz ze zniknięciem obrzmienia zapalnego gruczołów chłonnych.

Sprawy zapalne układu chłonnego, powodowane czynnikiem influencowym, do rzadkości nie należą. Doświadczalnie udało się u małp wywołać powiększenie gruczołów śródpiersiowych i szyjnych pod wpływem prątków influency. W grypie zostają częstokroć uzewnętrznione zolizowane: u dzieci zolizowane po grypie często pozostaje obrzmienie gruczołów chłonnych. Hönig stwierdził radiologicznie w grypie znaczne powiększenie i zagęszczenie cienia węzkowego. Według Póżaryskiego hyperplazja układu chłonnego bywa w grypie dość częstym zjawiskiem septycznym. Najczęściej bywają zajęte gruczoły chłonne szyjne i węzkowe, zwłaszcza obrzmienie gruczołów węzkowych dochodzi nieraz do znacznych rozmiarów w zależności od hyperplazji komórek zatokowych i surowiczo-włóknikowego zapalenia gruczołów i tkanki przygruczołowej (*adenitis et periaadenitis*), po części także od obecności w gruczołach drobnoustrojów i od zjawiska fagocytarnego (Póżaryski). Gruczoły te zazwyczaj bywają konsystencji miękkiej, o powierzchni przekroju czerwonej lub szaro czerwonej. Zejście śmiertelne z powodu influency najczęściej spotyka się wśród osobników z konstytucją grasiczo-limfatyczną, wogóle mało odporną względem wszelkich infekcyj.

PISMIENICTWO.

- 1) A. Edelmann. Zur klinischen Symptomatologie der lobären Influenzapneumonie. Wiener klinische Woch. XXXI Jahrgang Nr. 33, 1918.
- 2) A. Edelmann. Zur Klinik der Bakteriologie der Grippe. Wiener Mediz. Woch. Nr. 8, 1920.
- 3) Glinczykowski. Klinika Ispankiej choroby. 1922.
- 4) R. Hertz. W sprawie tegorocznej epidemii grypy. Warsz. Czasopismo Lekarskie Nr. 7, 1927.
- 5) P. Krause. Influenza. Handbuch der inneren Medizin. Mohr u. Staehelin. 1911. Erster Band.
- 6) Ortner. Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. 1925. 2 Band.
- 7) Puterman. Epidemja influency w r. 1918. Gaz. Lek. NrNr: 12 — 13, r. 1919.
- 8) Romberg. Ostre choroby zakaźne. Grypa. Podręcznik chorób wewnętrznych J. Mering (tłomacz. polskie Handelsmana).
- 9) Strümpell. Influenza (Grippe). Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, I. B. 1919.
- 10) K. Zieliński. Grypa—influenza. Podręcznik chorób zakaźnych. Zeszyt III, 1924 r.

Streszczenia zbiorowe.

Prace wiedeńskie nad uodpornieniem przeciwko gruźlicy podług Calmettea.

Podał

J. BRILL (Warszawa).

Wspaniałe wyniki szczepień ochronnych przeciw gruźlicy szczepionką Calmettea B. C. G., budząc zrozumiały zachwyt, nie pozwoliły na bezkrytyczne

oddanie tego tak ewentualnie ważnego czynnika społecznego w ręce praktykującego lekarza. Przypisywane szczepowi B. C. G. zupełna nieznajomość i niechobotwórczość i jego działanie odporniające pozostawały w sprzeczności z dotychczasowymi doświadczeniami Römera, Krausa, Seltera, Behringa, Kocha, a ostatnio Uhlenhutha, którym nie udawały się doświadczenia, mające na celu uodpornienie przeciw gruźlicy zarazkami bądźto zabitemi, bądźto w jakikolwiek sposób osłabionymi.

Zwierzęta doświadczalne Calmettea, zabijane mniej więcej w rok po zakażeniu, nie wykazywały jakichkolwiek zmian gruczolowych. Obrzęk gruczolów limfatycznych i guzki, spotykane w sieci oraz w organach wewnętrznych zwierząt uodpornionych, nie posiadały zdaniami Calmettea charakteru gruczolowego, jakkolwiek obserwowano w nich obecność laseczek kwasoodpornych.

Calmette chcąc dać możność stwierdzenia podanych przez siebie własności szczepu B. C. G., rozesał go zainteresowanym. Rozpoczęła się szeroka polemika, w której czołowe stanowisko zajęły prace opozycjonistów, dokonane przez badaczy wiedeńskich, Krausa i Gerlacha. — Autorowie ci wypełnili najważniejszą lukę doświadczeń Calmettea, tj. brak wczesnych obserwacji zmian sekcyjnych u osobników uodpornionych. To co Calmette mógł uczynić na dzieciach, zmarłych z przyczyn niezależnych od przeprowadzonego szczepienia ochronnego, to Kraus i Gerlach zrobili na zwierzętach doświadczalnych.

Otrzymałszy w 1925 r. od Calmettea szczep BCG (4—6-tygodniowa hodowla kartoflana), sporządził zeń Kraus zawiesinę, ściśle według przepisów Calmettea. — Około 14 mgr. tej zawiesiny zakażano dootrzewnowo świnki morskie wagi ok. 250 gr. Sekcja zwierząt tej serji, zabitych w 3—4 tygodnie po dokonaniu zakażenia, wykazywała obrzmienie gruczolów limfatycznych i śledziony, gruzelki gruczolowe w sieci, przeponie, niekiedy na powierzchni śledziony i wątroby.

W przebiegu doświadczenia waga zwierząt rosła. Badanie histologiczne znalezionych gruzelków odpowiadało w zupełności zmianom gruczolowym. Mikroskopowo stwierdzono obecność w dużej liczbie prątków kwasoodpornych. Wprowadzenie odstępnej emulsji tkanek chorobowo zmienionych, pochodzących od świnek, zabitych w 22—70 dni po zakażeniu, po otrzewny zwierząt zdrowych dawało wyniki ujemne.

Calmette, zawiadomiony o wynikach powyższego doświadczenia, przesłał Krausowi nowy szczep BCG Nr. 6.

20-ma miligramami emulsji, otrzymanej przez zynicie oryginalnej hodowli BCG Nr. 6, przesłanej przez Calmettea, Kraus zakażił dootrzewnowo 2-gą serję świnek morskich. Wyniki tego doświadczenia zgodne są z wynikami doświadczeń pierwszej serji. Również i ten szczep wywoływał w 14—28 dni po zakażeniu typowe zmiany gruczolowe. Zwierzęta trzeciej serji doświadczeń, szczepione tym samym szczepem dawkami 4—20 mgrów, zachowywały się analogicznie do zwierząt doświadczalnych pierwszej i drugiej serji.

Dla odparcia ewentualnego zarzutu, że zmiany, spotykane w powyższych doświadczeniach, mogły być wywołane jedynie wprowadzeniem ciał bakteryjnych, zakażono nową serję świnek 22—36 mlgram. samorzutnie obumarłej hodowli szczepu BCG. U żadnego ze zwierząt tej serji, zabitych po 33—106 dniach, nie znaleziono jakichkolwiek zmian anatomo-patologicznych.

Po tych doświadczeniach, jakoteż równoległych Gerlacha, zaprosił Calmette Krausa do Paryża celem uzgodnienia swoich spostrzeżeń. Calmette przyznał wówczas swemu szczepowi pewną zjadliwość, która wrunkuje łagodny proces gruczolowy, kończący się zupełnym wyzdrowieniem.

Kraus po powrocie z Paryża powtórzył raz

jeszcze swe dawne doświadczenia ze szczepem BCG Nr. 6 i Nr. 322 z tą różnicą, że część zwierząt szczepionych zabijał w 40—90 dni po zakażeniu. W tym okresie sekcjonowane zwierzęta nie wykazywały już przeważnie żadnych zmian gruczolowych, jedynie czasem znaleźć można było drobne zrosty otrzewny z organami wewnętrznymi, jako wynik przebytego zapalenia.

Równolegle, jak już wspominałem, doświadczenia Gerlacha ze szczepem BCG są nieco odmienne od eksperymentów Krausa.

Zachowanie się szczepu BCG w ustroju żywym badał Gerlach na świnkach, królach, kozach i koźlętach. Zwierzęta zakażano nie tylko dootrzewnowo, lecz także, dosercowo, podskórnice i przez usta.

Pierwsza i druga serja świnek morskich i króli rozmaitej wagi zakażona została 0,022 gr hodowli BCG Nr. 6.

Z pośród 10 świnek, szczepionych podskórnice, już w ciągu trzeciego tygodnia padły 2 świnki; sekcja: silne obrzmienie i zropienie pachwinowych gruczolów limfatycznych, w ropie w ogromnej liczbie prątki kwasoodporne. Zwierzęta, zabite po miesiącu od chwili zakażenia, wykazują zmiany identyczne z tem, co znalazł Kraus w swoich doświadczeniach. Sekcja zwierząt, zabitych po 5½ miesiącach, nie wykazała jakichkolwiek zmian anatomopatologicznych.

Z 5 świnek, szczepionych dosercowo, 1 zginęła po 3 tygodniach. Sekcyjnie stwierdzono prosówkową gruzlicę płuc i liczne w nich ogniska zapalne. Dwie świnki z tej grupy, zabite po miesiącu od czasu szczepienia, wykazują procesy gruczolowe organów klatki piersiowej. Z 2 świnek, zabitych w 5½ miesiąca, jedna nie wykazała żadnych zmian anatomopatologicznych, u drugiej w płucach widoczne były liczne szare gruzelki.

W grupie 10-tych świnek, szczepionych dootrzewnowo, stwierdzono u świnki, padłej w ok. 3 tygodnie po szczepieniu, jakoteż u świnki, zabitej po 34 dniach, różnorakie procesy gruczolowe w gruczolach limfatycznych i organach jamy brzusznej. Pozostałe 8 świnek zabito po 5½ miesiącach. U trzech z nich nie stwierdzono żadnych zmian gruczolowych, u reszty znaleziono lekkie obrzmienie śledziony i gruczolów limfatycznych, ropnie w miejscu infekcji i w sieci, liczne gruzelki w organach wewnętrznych i na błonach surowiczych.

Na sekcji zwierząt, zakażonych doustnie i zabitych po miesiącu, stwierdzono powiększenie gruczolów limfatycznych i śledziony, wreszcie drobne gruzelki szarobiałe w organach jamy brzusznej.

Króle, zakażone dootrzewnowo i doskórnice, sekcjonowane w miesiąc po infekcji, posiadały w swych organach wewnętrznych liczne ogniska gruczolowe. Wynik sekcji króli, zabitych w 5 miesięcy od chwili wprowadzenia szczepionki, był ujemny. U zwierząt, szczepionych dożylnie, gruzelki stwierdzano jeszcze i po 5 miesiącach.

W doświadczeniach, przeprowadzonych nad zjadliwością szczepu BCG Nr. 8, używano do szczepień dawki 0,011 gr. hodowli kartoflanej tego szczepu. Zmiany anatomopatologiczne u zwierząt, szczepionych podskórnice, ograniczają się przeważnie do miejsca zastrzyknięcia i okolicznych gruczolów limfatycznych, u zwierząt zaś, szczepionych dożylnie, obserwowano tendencję do uogólnienia się procesu. Sekcyjnie stwier-

dzono liczne gruzelki w wątrobie u jednego z króli, zakażonego przez usta.

Prócz małych zwierząt laboratoryjnych przeprowadzono doświadczenia na kotach i koźlętach. Podskórna infekcja 0,035 do 0,05 gr. BCG wywoływała u tych zwierząt jedynie miejscowe ropnie, które się otwierały i szybko się wysysały. Po zakażeniu dożylnem zwierzęta już w ciągu kilku dni gorączkowały i mocno kaszlały. Sekcja, wykonana po 6 tygodniach, ujawniła rozsianą gruźlicę płuc, obrzmienie śledziony i gruczołów limfatycznych.

Kozy i koźlęta, zakażone dootrzewnowo, wykazywały po 2 — 3 miesiącach zmiany analogiczne do zmian, widzianych u małych zwierząt laboratoryjnych z dołączeniem się nielicznych gruzelków w płucach.

U zwierząt, zakażonych przez usta, powiększenie gruczołów limfatycznych było jedynym objawem zakażenia.

Tkanki, chorobowo zmienione, badane histologicznie, wykazują ogniska bezsprzecznie gruźlicze w rozmaitych stadiach rozwoju, różniące się jednak od zmian typowych unaczynieniem i dużymi wałami leukocytów.

Gerlach podkreśla, w odróżnieniu od Krausa, możliwość wywołania procesów gruźliczych o bardzo słabym nasileniu przez wprowadzenie młodych gruzelków zwierzętom zdrowym.

Zdolność szczepu BCG wywoływania łagodnych zmian gruźliczych o charakterze regresywnym jest bezsprzecznie jego największą zaletą. Zjawisko to, niezauważane przez Calmette'a, ponieważ sekcjonował swoje zwierzęta w czasie, gdy zmiany patologiczne już ustąpiły, tłumaczy nam, dlaczego nie powiodły się wszystkie dotychczasowe próby uodparniania zarazkami zabitemi, względnie osłabionymi, które najprawdopodobniej nie wywoływały żadnych spraw gruźliczych, których obecność warunkuje odporność względem naturalnego czy też sztucznego zakażenia.

Pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie, czy wobec tego stopnia zjadliwości, której już teraz Calmette nie zaprzecza, można użyć szczepu BCG do szczepień ochronnych ludzi i zwierząt.

Mówcy 12 kongresu mikrobiologów niemieckich, po wysłuchaniu referatu Krausa i Gerlacha, wypowiedzieli się przeważnie przeciwko szczepieniu dzieci szczepem BCG, żądając przedtem dalszych badań doświadczalnych na bydłe. Byli nawet i tacy, którzy twierdzili, że cielęta, uodpornione szczepionką BCG, nie były bardziej odporne na zakażenie naturalne od zwierząt kontrolnych.

Porównyując znane nam dotychczas szczepienia ochronne, widzimy, że tam w praktyce uzyskiwano wyniki najlepsze, gdzie do szczepień używano zarazków, posiadających jeszcze pewną zjadliwość. Szczepionki, używane do szczepień ochronnych przeciw wąglikowi, ospie i wściekliznie, są hodowlami odpowiednich zarazków, które uległy zmianie stałej: podobnie rzecz się ma zapewne i ze szczepem BCG.

Liczba prątków BCG, użytych w doświadczeniach Gerlacha dla stwierdzenia ich zjadliwości i chorobotwórczości, była stosunkowo olbrzymią. Nie dziw więc, że wprowadzona dożylnie wywoływała tak poważne zmiany patologiczne. — Zmiany, jakie obserwowano po zakażeniu podskórnym i przez usta, a zatem 2-ma sposobami, stosowanymi w praktyce, ograniczają się jedynie do nieznacznych spraw patologicznych w miejscu infekcji i okolicznych gruczołach limfatycznych.

Doświadczenia, przeprowadzone na tysiącach dzieci we Francji i Indochinach, jakoteż praca włocha Ascollego na tysiącu cieląt z rewakynacją, zdają się przemawiać za nieszkodliwością i profilaktycznym działaniem szczepionki BCG, stosowanej według przepisów Calmette'a.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Fizjologia normalna i patologiczna.

TISSINGER, OLIVIER et CASTERAN. O roli śledziony a w szczególności układu śródbłonkowego śledzionowo-wątrobowego w czynności barwnikowo-wydzielniczej wątroby. (La Presse med. 1927 — Nr. 73).

Ze względu na coraz większe znaczenie, jakiego nabiera związek biologiczny wątroby i śledziony, autorzy zajęli się doświadczalnymi badaniami na zwierzętach nad czynnością barwnikowo-wydzielniczą wątroby i wpływem na nią śledziony i układu siateczkowo-śródbłonkowego wogóle. Autorowie blokowali układ śródbłonkowo-siateczkowy za pomocą zastrzykiwań tuszu chińskiego lub wycinali śledzionę, a następnie, wprowadzając dożylnie $\frac{1}{2}$ cm.³ 2% roztworu różu bengalskiego, badali jego zawartość we krwi po 45'. Następnie badali zachowanie się tego barwnika we krwi (co w zupełności zastępuje badanie jego wydzielania się przez wątrobę) po wycięciu śledziony i po blokadzie, jakoteż po wstrzyknięciach podskórnych wyciągu wodnego śledziony.

Wyniki, przez nich otrzymane, dadzą się streścić w sposób następujący. Czynność barwnikowo-wydzielniczą wątroby jest wynikiem współpracy z jednej strony układu śródbłonkowego śledzionowo-wątrobowego, który chwytając barwniki wprowadzone (akt „chromatopetyczny“), z drugiej strony komórki wątrobowe, która wydziela (akt barwnikowo-wydzielniczy). Blokada sztuczna wpływa na czynności barwnikowo-wydzielnicze tylko przejściowo i niepełnie, bądź to wskutek niepełnej blokady, bądź też wskutek następczego działania komórek wątrobowych, mogących wyrównać działanie hamu-

jące komórek Kupfera. Wycięcie śledziony również tylko przejściowo oddziaływało hamująco na czynność barwnikowo-wydzielniczą. Natomiast wstrzykiwanie wyciągu śledzionowego miało wpływ deblokujący, chociaż autorowie stwierdzili histologicznie obecność dużej ilości tuszu chińskiego w komórkach Kupferowskich, a więc dalsze istnienie blokady. Stąd wypowiadają przypuszczenie o istnieniu specjalnego hormonu śledzionowego, regulującego czynność barwnikowo-wydzielniczą komórek wątrobowych. Uszkodzenie doświadczalne lub patologiczne komórek wątrobowych daje zaburzenia w czynności barwnikowo-wydzielniczej o wiele większe i trwalsze, niż zaburzenia w układzie śródbłonkowo-siateczkowym. Komórki Kupfera odgrywają rolę „nadzorcą“ i to niekoniecznie niezbędną.

J. Eisenfarb.

J. JORNS. Trzustka głodowa u człowieka. (D. med. Woch. Nr. 32 — 1927).

Autor podaje wyniki badania anatomo- i histopatologicznego trzustki człowieka po dłuższym głodzeniu. Głód wpływa na zmniejszenie się ilości miąższu wydzielniczego w stosunku do tkanki wysiępkowej; objawia się to w zwiększeniu produkcji insuliny. Jednakże występuje zaburzenie czynności wysiępek, wzgl. tolerancji węglowodanowej, albowiem wraz z brakiem bodźców wydzielniczych dla części gruczołu o wydzielaniu zewnętrznym, wypada czynnik, regulujący cukier we krwi, przy przecukrzeniu pokarmowym gruczołu dokrewnego.

Autor przypuszcza, że szereg sprzeczności w badaniach czyn-

ności wysiłek tłumaczy się wzajemnem ustosunkowaniem tkanki, wytwarzającej zaczyn, i tkanki, produkującej insulinę.

M. Goldman junior.

H. STEINITZ. O zastępczym działaniu wydzielniczym żołądka w związku z niedomogą nerek. (Klin. Woch. 1927—Nr. 20).

Autor badał, czy i w jakim stopniu żołądek może podczas niedomogi nerkowej przyczynić się w zastępstwie chorobom nerek do wydzielania substancji azotowych. Dla otrzymania możliwie dużej ilości soku żołądkowego autor zastrzykiwał chorym podskórnie $\frac{1}{2}$ mgr. histaminy i wydobywał za pomocą cienkiej sondy około 40 — 50 ccm. czystego soku żołądkowego.

Przy pomocy tej metody autor stwierdził, że u chorych, nie dotkniętych zachorzeniami nerek, stwierdza się zupełną zgodność ilości azotu resztkowego we krwi i w soku żołądkowym.

U 7 chorych nerkowych, u których stwierdzono jedynie niewielką niedomogę nerek z nieznacznym powiększeniem poziomu azotu resztkowego we krwi, również znaleziono zupełną zgodność wielkości tych we krwi i w soku żołądkowym.

W niedomogach zaś nerkowych znacznego stopnia ilość azotu w soku żołądkowym była o wiele większa, niż we krwi, czyli że można było z zupełną słuszością mówić w tych warunkach o zastępczym wydzielaniu azotu przez żołądek.

Również i ogólna ilość wydzielonego przez żołądek chloru ulegała w przypadkach niedomogi nerkowej znacznemu powiększeniu. Autor uważa to wzmocnienie wydzielania chloru za przejaw częściowego przejścia czynności nerek przez żołądek.

Autor proponuje wykorzystanie stwierdzonego przez niego powiększenia ilości azotu i chloru w soku żołądkowym podczas niedomogi nerkowej dla celów leczniczych. Wzmagał on, mianowicie, za pomocą wstrzykiwań histaminy wydzielanie żołądkowe w znacznym stopniu i otrzymywał, nie sprawiając chorym większych dolegliwości, w ciągu 2 — 3 godzin około 300 — 400 ccm. soku żołądkowego, w którym ustrój pozbywał się znacznych ilości szkodliwych produktów przemiany materji.

J. Typograf.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

KALK i SIEBERT. Badania nad wpływem atropiny i belladonny na czynności żołądka (Arch. f. Verd.-Krank. t. 40 z 5 — 6).

Autorzy, badając czynność żołądka pod wpływem powyższych leków, przechodzą do następujących wniosków:

Ilość wydzieliny w czczym żołądku zostaje pod wpływem tych leków silnie zmniejszona, czasem nawet zupełnie zniesiona. Zachowanie się kwasoty natomiast jest niejednolite, najczęściej wzrasta ona, co daje się wytłumaczyć silniejszym działaniem na wydzielanie wodne, aniżeli na kwasowe. Bezwzględne ilości kwasu są przeważnie zmniejszone, wyjątkowo tylko zwiększone. Wydzielanie chlorków jest niezależne od kwasowości.

Przy podaniu leków jednocześnie z próbnym napojem, czas opróżnienia żołądka jest dłuższy, kwasowość zaś obniżona.

Przy wstrzykiwaniu atropiny lub bellafoliny już po opuszczeniu żołądka przez napój próbny, kwasowość nie ulega zmianie, natomiast wydzielanie późne zostaje wybitnie zmniejszone.

Miedzy działaniem atropiny i bellafoliny niema zasadniczej różnicy, prócz tej, że bellafolina działa w dawce o $\frac{1}{2}$ mniejszej jednakowo silnie.

Wpływ leków powyższych na uśmierzanie bólu jest raczej zależny od napięcia i czynności ruchowej żołądka, aniżeli od wydzielania soku.

B. Goldstein.

KAEWEL i KUEHN. Czy środki bakterjobójcze wydzielają się do pęcherzyka żółciowego. (Deutsch. med. Woch. Nr. 18 — 1927).

Badając z pomocą przetoki pęcherzyka żółciowego wydzielanie się całego szeregu środków bakterjobójczych, przekonali się aut., że salirgan posiada najsilniejsze działanie, zabijające bakterje tyfusu we w pęcherzyku.

K. i K. zalecają dożylnie wstrzykiwanie salirganu nosicielom prątków tyfusowych.

M. Goldman junior.

A. GUEBER. Indyjska herbata nerkowa Koemis Koetjing. (D. med. Woch. Nr. 31 — 1927).

Koemis Koetjing jest rośliną o nazwie botanicznej *Orthosiphon stamineus*, którą celowo dziś hodują na Sumatrze i Jawie. Specjalna hodowla tych roślin zapewnia czystość otrzymywanych gatunków.

Z liści tej rośliny otrzymuje się glukozyd *orthosiphonin*, której działanie nie jest jednak zgodne z działaniem samego zioła.

Swoste działanie na nerki notują lekarze indyjscy, jak i europejscy. Aut. miał możność sprawdzenia go w rozpaczliwym przypadku nerczyca z uporczywymi obrzękami, białkiem i obfitym osadem w moczu, objawy te pod wpływem herbatki z ziół Koemis Koetjing ustąpiły prawie zupełnie.

W badaniach, przeprowadzonych na sobie i swoich asystentach, przekonał się aut. o zupełnej nieszkodliwości ziół, o ich wybitnym działaniu moczopędnym oraz znacznym wzmoczeniu się wydzielania soli kuchennej, występującem pod wpływem tych ziół.

M. Goldman junior.

Gruźlica.

A. SZTERNBERG. Konstytucja i klinika gruźlicy. (Wracc. Gaz Nr. 19, 1927).

Ponieważ statystyka i dynamika organizmu znajdują się w ścisłej zależności od gruczołów dokrewnych, autor uważa, że można postawić znak równania między pojęciem konstytucji a korelacją gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Klinika chorób infekcyjnych, oprócz odporności ogólnej, wyróżnia odporność tkankową. Doświadczenia robiono na myszach zdrowych i kastrowanych z zarazkiem rzeżączki. U zdrowych otrzymano nieznaczne rzeżączkowe schorzenie, trwające od 2 — 3 tygodni; u kastrowanych — typową przewlekłą rzeżączkę, trającą powyżej dziewięciu miesięcy z przejściem sprawy zapalnej na ściany macicy i powstaniem ropni pochwoowych. Doświadczenia te dowodzą, że wrodzona odporność tkankowa na pewną określoną infekcję może być stracona drogą pewnych zmian we wzajemnem ustosunkowaniu się gruczołów dokrewnych. Przewaga tego lub innego gruczołu dokrewnego jest zależna od wieku. U noworodka nadnercze jest 2—2½ raza większe od gruczołu tarczycowego. W 6 roku życia waga tych gruczołów się wyrównywa, a później występuje przewaga po stronie gruczołu tarczycowego, który u dorosłego człowieka jest 2 — 2½ raza większy od nadnercza. W przebiegu gruźlicy spostrzegamy, że przy zajęciu jednej grupy narządów stwierdzamy jakby odporność u drugiej grupie, antagonizującą do pierwszej. Gruczoły limfatyczne, kości i błony surowicze stanowią triadę, w której gruźlica lokalizuje się często jednocześnie. Jednocześnie również gruźlica występuje w płucach, krtani i jelitach. Badania przemawiają za antagonizmem między schorzeniem kości, gruczołów limfatycznych, otrzewny, skóry i oczu a płucami. W znaczenie rozwiniętej gruźlicy płuc nigdy nie widzimy zmian przedniej części oka; w gruźlicy skórnej mamy duży odsetek gruźlicy oczu. Embryogenetyczna teoria tłumaczy nam, dlaczego u dzieci gruźlica lokalizuje się w kościach, gruczołach limfatycznych i błonach surowiczych, a w okresie dojrzewania płciowego w płucach. W okresie dojrzewania płciowego (inwolucja grasicy, szybki rozwój gruczołu tarczycowego i płciowych) ze zmianą we wzajemnem oddziaływaniu gruczołów dokrewnych zanika limfatyzm dziecięcy. Gruczoły dokrewne u osobników, zmarłych na gruźlicę, wykazują zmiany następujące: waga tarczycy zmniejsza się o 40 — 50%; w 100% badanych przypadków aparat rozrodczy jądra — kanalik w zaniku, silny rozrost tkanki łącznej, komórki Lejdigowskie są zwiększone; w jajnikach aparat folikularny zniszczony; trzustka — znaczny przerost aparatu insulinowego (u ciężko chorych gruźlików znacznie zmniejszona ilość cukru we krwi).

W instytucie do badań nad gruźlicą w Leningradzie dla określenia czynności gruczołu tarczycowego dla celów klinicznych posługują się sposobem następującym. Surowica krwi królika, jak to wykazał Fleischaumann, znosi działanie atropiny. W instytucie dowiedli, że takie działanie surowicy jest zależne od gruczołu tarczycowego; surowica krwi człowieka ma identyczne działanie, które również jest uzależnione od gruczołu tarczycowego. Na podstawie doświadczeń, drogą empiryczną i porównawczą, określono wysokość miana przy normalnej czynności, obniżonej i nadczynności tego gruczołu. To umożliwiło wejście w czynność i zachowanie się tego gruczołu w różnych okresach gruźlicy płuc. Badania te jeszcze nie są ukończone, jednak już na podstawie dotychczasowych wyników można w przebiegu gruźlicy płuc wyodrębnić trzy okresy. Pierwszy — kiedy zakłóconej od czasu do czasu równowadze w przebiegu choroby towarzyszą objawy podrażnienia tarczycy i kiedy po skompenso-

waniu choroby gruczoł wraca do normy; drugi — kiedy od czasu

do czasu występują objawy obniżonej czynności; trzeci — czynność gruczołu zamiera — stała dekompensacja. Prace instytutu pójdą w kierunku dokładnego wyjaśnienia czynności gruczołów dokrewnych w przebiegu gruźlicy.

Sz. Tenenbaum.

A. TOGOUNOFF. Badania nad istnieniem w płwocinie przesączalnych czynników jadu gruźliczego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 24 — 1927).

Autorka badała, czy w płwocinie istnieją czynniki przesączalne jadu gruźliczego. Homogenizowaną płwocinę przesączano przez sączki Chamberlanda; posiew przesączu stale pozostawał jałowy, a badanie bezpośrednie ani razu nie wykazało obecności prątków Kocha. Przesącz ten, nie zawierający więc z całą pewnością prątków gruźliczych, wstrzykiwano świnkom morskim. Z licznych dokonanych doświadczeń wynika, że w płwocinie gruźliczej istnieją czynniki chorobotwórcze, które mogą przejść przez sączki, nie przepuszczające drobnoustrojów. Czynniki te mogą spowodować w ustroju szczepionych świnek morskich pewne zmiany, wykazujące w niektórych przypadkach cechy histologiczne zmian gruźliczych; w poszczególnych przypadkach udawało się nawet stwierdzić w ogniskach chorobowych obecność prątków kwasoodpornych. Szczepienie narządów tych świnek zwierzętom zdrowym wywoływało, bardzo rzadko cokolwiek, zmiany gruźlicze w miejscu szczepienia z obecnością prątków Kocha. Jadowność tych prątków nie była wskutek pasażu powiększona.

J. Typograf.

A. TOGOUNOFF. O przesączalnych zarazkach w narządach gruźlików. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 25 — 1927).

Autorka przesączała bardzo starannie przez sączki Chamberlanda sok narządów świnek morskich, zmarłych na uogólnioną gruźlicę doświadczalną, i wstrzykiwała następnie przesącz świnkom zdrowym. O obecności prątków w przesączu mowy być nie mogło. Po 2 — 3 miesiącach świnki zabijano. Badanie anatomo-patologiczne wykazywało obecność zmian gruźliczych w narządach tych świnek, a w skrawkach badanych bakteriologicznie gruczołów chłonnym znajdowano nawet nieliczne prątki kwasoodporne. Posiew zserowacielej zawartości gruczołów wykazywał czyste hodowle prątków gruźliczych.

Z doświadczeń tych wynika, że w narządach zwierząt gruźliczych czynniki przesączalne gruźlicy mogą się znajdować w większej ilości i są w stanie wywołać u świnek morskich sprawę gruźliczą.

J. Typograf.

H. BJÖRN-HANSEN. Leczenie sanokryzyną gruźlicy doświadczalnej u królików. (Z. für Tub. tom 49, z. 1).

Szczep, używany przez Mölgaard, był bardzo mało jadowny, tem więc mogą się tłumaczyć świetne jego rezultaty. Madsen i Mörch w swych doświadczeniach używali szczepu, który w warunkach normalnych w dawce 0,00002 mgr. zabijał królika po upływie 17 — 60 dni. W leczeniu sanokryzyną, zdaniem wspomnianych badaczy, odgrywają rolę dwa momenty: dawka sanokryzyny i czas rozpoczęcia jej stosowania po zakażeniu. Najlepsze działanie, ich zdaniem, miała dawka 0,02 gr. sanokryzyny na 1 kg. wagi zwierzęcia, optimum rozpoczęcia kuracji w 4—5 dni po zakażeniu, przyczem stosowane było 10 dawek w odstępach 5-cio dniowych każda. Zo zwierząt, leczonych w ten sposób, nie padło żadne; zabite po 90 dniach, okazały się prawie wszystkie zdrowe (na 10 znaleziono zmiany gruźlicze u 1-go).

W doświadczeniach własnych autor użył 16 królików, dawka zarazka wynosiła 0,00002 gr. i wstrzyknięta był dożylnie. 4 króliki użyte były jako kontrolne i nie dostały sanokryzyny, pozostałe 12 otrzymały sanokryzynę według wskazań Madsena i Mörcha. 0,02 gr. sanokryzyny na kg. wagi i początek leczenia 4-go dnia po zakażeniu, wszystkie zwierzęta padły, i septycznie stwierdzono u nich zmiany gruźlicze rozsiane we wszystkich narządach. Zwierzęta ginęły w tym samym czasie, co zwierzęta kontrolne. Ze wyniki swych prób z sanokryzyną w porównaniu z poprzednikami przypisuje autor użytemu szczepowi i jego dawce.

W. Stankiewicz-Trybowska.

Ch. GARIN. O wskazówkach i stosowaniu tiokryzyny w leczeniu gruźlicy płuc. (Presse méd. 1927 — Nr. 76).

Od 22 miesięcy autor stosuje ten preparat w przypadkach gruźlicy płuc pod postacią zastrzykiwań dożylnych w dawkach od 12,5 —

etgr., rozpuszczonych w 2 cm³ wody przekrojonej, w odstępach tygodniowych: ogółem 6 — 8 gr. przez cały czas kuracji, trwającej 3 — 4 miesięcy. Po 2 — 3 miesięcznej przerwie można kurację powtórzyć. Można podczas kuracji podawać arsenik. Każdorazowo przed wstrzyknięciem tiokryzyny należy zbadać moczu na białko. W razie obecności najmniejszego śladu tegoż wstrzyknięcia robić nie należy. Materiał kliniczny należy wybierać z wśród osobników młodych (poniżej lat 20), z obustronnymi, prędko rozwijającymi się zmianami.

Wyniki leczenia są pomyślne: temperatura spada, waga się podnosi, kaszel i płwocina się zmniejszają, rzeżenia znikają, — chory, jednym słowem, powraca klinicznie do normy. Bakteriologicznie jednak sprawa nie wygasa, gdyż w płwocinie mogą pozostać prątki, albo, jeżeli znikają, to zastrzyknięcie płwociny śwince morskiej powoduje jej zakażenie. Można poza tem wystąpić gruźlicze schorzenia innych organów, świadczące o obecności prątków w organizmie.

Sposób działania tego preparatu złota jest autorowi nieznany. W każdym razie nie działa tiokryzyna na same prątki, lecz zmienia, prawdopodobnie, podłoże organiczne.

J. Eisenfarb.

H. HELBUCH. Silcasina w leczeniu otwartej gruźlicy u dzieci. (Z. für Tub. tom. 49, z. 2).

W gruźlicy idzie specjalnie o zwiększenie zdolności ustroju do wytwarzania tkanki łącznej. Wykazane zostało doświadczenie, że tkanka łączna ma szczególne powinowactwo do krzemianów, a według badań Bandeliera i Roepkego podawanie krzemianów w gruźlicy przyspiesza sprawę otarbiania się i bliznowacenia tkanki łącznej.

Preparat krzemianowy, zalecany przez autora, jest to silcasina, połączenie 96% kazeiny + 4% metakrzemianu sodu, wyrabiana przez berlińską firmę „Wülffing“. Jest to preparat, dający w wodzie roztwór kolloidalny, przyjemny w smaku, i nie powodujący żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego u dzieci.

Autor stosował preparat u dzieci w wieku od lat 6 — 16 z drugorzędną postacią płuc i podawał im 3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty silcasiny, rozpuszczonej w wodzie, po jedzeniu. Leczenie te prowadzone było w ciągu 2 miesięcy (tak długo każde dziecko przebywało w sanatorium). Wyniki były naogół dobre: przybytek na wadze, wzrost procentowej zawartości hemoglobiny, poprawa samopoczucia i stanu ogólnego, zmniejszenie się ilości płwociny lub zupełne jej zniknięcie. Jednocześnie spostrzegano ustąpienie lub zmniejszenie ilości śmerów dodatkowych w płucach (80% przypadków). Szybkość opadania krwinek natomiast oraz obraz krwi według Schillinga pozostawał bez zmiany. Chociaż spostrzeżenia autora dotyczą krótkiego okresu czasu (2 miesięcy), widzi on w silcasinie poważny środek pomocniczy w leczeniu ciężkich postaci gruźlicy dziecięcej.

W. Stankiewicz-Trybowska.

H. G. ZELTER. W sprawie kuracji tuczającej insuliny w gruźlicy. (Z. für Tub. t. 49, z. 1).

Zachęcony pracami Falty i innych autorów co do stosowania insuliny w przypadkach niecukrzyczych celem podniesienia lanknienia i wagi chorych, autor zaczął stosować tę metodę w sanatorium w Beelitz pod Berlinem u chorych na gruźlicę płuc.

Materiał jego obejmuje 24 przypadki różnych postaci lekkiej i umiarkowanej ciężkiej gruźlicy (wyłącza on przypadki ciężkie i wysoko gorączkujące). Stosowana była insulina u chorych, którzy nie mieli werandowania, forsownego podawania węglowodanów i środków, pobudzających lanknienie, w ciągu 6 — 8 tygodni, na wadze nie przybierali.

Kuracja insulinowa prowadzona była w ciągu 3-ech tygodni: rozpoczynano od 5 jednostek I-go dnia, 10 jednostek II-go, potem podnoszono dawkę o 10 jednostek codziennie i dochodzono do 60 jednostek dziennie, podawanych w 3-ech dawkach 1/3 godziny przed posiłkiem. Jednocześnie chory dostawał owoce smażone z cukrem, aby zapobiedz objawom hypoglykemii, której autor u swych pacjentów nigdy nie spostrzegł. Również nie obserwował on nigdy wstępowania obrzeków oraz reakcji ogniskowej, ani ogólnej, nigdy też nie stwierdzał krwioplucia. Lanknienie poprawiało się znacznie, przybytek na wadze w stosunku do wagi przed insuliny zwiększał się znacznie. Z powodu wypisania się chorych z sanatorium nie można było obserwować dokładnie ich wagi w okresie pousulinowym. W konkluzji stwierdza autor, że insulina jest ważnym środkiem tuczającym, lecz powinna być stosowana jedynie w przypadkach gruźlicy wtórnej (obecność prątków i trochę wilgotnych rzeżeń nie stanowią przeciwwskazania), zaniechać należy tej metody leczenia, o ile są objawy sprawy wysiękowej w tkance płucnej.

W. Stankiewicz-Trybowska.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

H. MARSCHIK. O leczeniu anginy u dzieci i dorosłych. (Aerzt. Prax 1927, z. 11).

Leczenie anginy powinno mieć na widoku przede wszystkim stan ogólny, zwłaszcza u dzieci, u których leczenie miejscowe napotyka prawie zawsze sprzeciw. A więc przede wszystkim — leżenie w łóżku i stosowanie przetworów salicylowych, z których najpopularniejsza jest aspiryna. Skutecznie z nią konkuruje salipiryna w dawkach gramowych dla dorosłych z powodu swego działania kojącego. Należy przy stosowaniu tych leków uwzględnić ich zakwaszające działanie na krew i dlatego podawać jednocześnie sodę, co pozwala aplikowanie bardzo dużych dawek salicylu bez obawy wywołania zatrucia. Autor zapisuje: *Aspirin* 0,5. *Pyramidon* lub *Phenacetin* 0,8. *Natr. bicarb.* 1,0. W razie silnego bólu, utrudniającego lżanie, należy stosować wymienione leki w postaci czopków. Obok tych środków daje autor *pyocyanaż*, która działa jednocześnie ogólnie i miejscowo. Stosuje się ją w postaci rozpyłu na chore miejsce, przyczem pamiętać należy, że w anginie dotknięte są nie tylko migdałki podniebienne, lecz i inne części pierścienia limfatycznego gardzieli, przede wszystkim zaś migdałek gardzielowy *Luschki*, który często choruje najbardziej. W przypadkach tych, zwłaszcza u dzieci, ciepłota dochodzi do 40° i obrzmiewają gruczoły chłonne poza i pod przyrzepem górnym mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęczkowego, zmiany na migdałkach podniebnych mogą być bardzo nieznaczne. Postać tej anginy nazywano dawniej gorączką gruczołową dzieci. W razie silniejszego zajęcia migdałka *Luschki* cierpienie przechodzi często na ucho środkowe. Należy przeto pamiętać zawsze i o udziale tego migdałka w chorobie i stosować *pyocyanaż* w postaci kropli, wlewanych przez nos przy silnie odchylonej ku tyłowi głowie. *Pyocyanaż* stosuje autor raz dziennie, w przypadkach ciężkich dwa razy dziennie, aż do spadku ciepłoty, a potem jeszcze w ciągu 1 — 2 tygodni co drugi dzień. Z środków ogólnych zaleca jeszcze *M. chinin*, którą daje co drugi dzień po 1 gramie w ciągu 2 — 3 tygodni.

Wreszcie wspomina autor o zastrzykiwaniach dożylnych urotropiny, atofanilu i cytotropiny, które jednak rezerwuje sobie wyłącznie dla bardzo ciężkich przypadków septycznych.

Przechodząc do leczenia miejscowego, autor odradza stosowanie środków przyżegających, które ułatwiają tylko zatykanie lakun znekrotyzowanym nabłonkiem i w ten sposób przyczyniają się do tworzenia ognisk zakaźnych. Lepsze usługi oddają łagodne środki przeciwnie, jak kollargol (5%), argirol, argochrom, jakoteż pyoktanina, trypaflawina i riwanol w postaci penszlowań raz na dzień, w późniejszym okresie raz na 2 dni, przyczem zawsze pamiętać należy o migdałku gardzielowym. Można również wymienione środki stosować w postaci pastylek, które chory ssie i powoli polyka.

Co się tyczy leczenia objawowego, przede wszystkim łagodzenia bólu, to autor w zupełności odrzuca t. zw. pastylki anginowe, zawierające kokainę, gdyż działają one tylko na powierzchnię migdałka, ból zaś spowodowany jest zmianami w jego warstwach głębokich, w powięziach i mięśniach. Racjonalniejsze jest stosowanie ciepła w postaci okładów suchych i płukań ciepłych, jakoteż naswietlań. W niektórych przypadkach lepiej uspokaja ból zimno (głuki lodowe, krawat lodowy). Wreszcie niestuszenie zarzucone zostały jako środek przeciwbólowy, miejscowe upusty krwi za pomocą pijawek, które przystawiać należy w kącie dolnej szczęki poniżej ucha.

Ważne jest, naturalnie, pod względem leczniczym rozpoznanie różniczkowe, rozmaite bowiem sprawy chorobowe, jak błonica, gruźlica, kiła, choroby krwi, a nawet nowotwory złośliwe mogą w początkowych okresach imitować anginę.

Co się tyczy powikłań, to przede wszystkim stany septyczne wymagają energicznej interwencji, a więc zastrzykiwań dożylnych urotropiny, argochromu, trypaflawiny i t. d., jakoteż autoszczepionej i surowiej przeciwpaciorkowców. Godne zalecenia jest także stosowanie proteinoterapii za pomocą omnadyny lub yatren. kazeiny. Jeżeli niema poprawy przy powyższym leczeniu, to należy przystąpić do wyluszczenia migdałków z ewentualnym podwiązaniem żył odprowadzających (*facialis communis*, *jugularis externa*). Rzecz prosta, że przedtem wyliczyć należy schorzenia zębów, uszów i zatok nosowych, jako przyczynę posocznicy.

Z. Sr.

R. H. FRASER. Ciała kontrastowe w diagnostyce otorynologicznej. (Monatschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhin. Nr. 7, 1927).

Zagadnienie rentgenografii zatok dodatkowych nosa po uprzednim wprowadzeniu do nich ciał kontrastowych od dłuższego czasu

zajmowało umysły rynologów. Za pomocą licznych metod usiłowano napełnić zatoki płynami, których skład był różny u poszczególnych badaczy. Ostatnio zatrzymano się na lipiodolu. Aby wprowadzić płyn ten do zatok, układa się chorego na grzbiecie z głową zwieszoną, jak do zdjęcia rentgenowskiego w położeniu podbródkowo-pionowym. Następnie wprowadza się do nosa płyn, który dostaje się powoli przez ujścia naturalne prawie do wszystkich zatok. Konieczne jest przytem pewne współdziałanie chorego.

O ile sposobu tego nie można zastosować, autor wprowadza płyn kontrastowy, układając chorego na brzuchu ze zgiętą głową ku przodowi.

Po dokonaniu zdjęć rentgenowskich, płyn kontrastowy, który zazwyczaj w ciągu 30 minut sam wydostaje się z zatok, daje się szybko usunąć za pomocą odpowiednich poruszeń głowy chorego lub też aspiracji.

Metoda powyższa oddała znakomite usługi w rozpoznawaniu przewlekłych schorzeń śluzówki zatok, nowotworów oraz innych spraw i umożliwiła przeprowadzenie bardziej dokładnego leczenia, jak operacyjnego, tak też zachowawczego.

Autor dokonywał zdjęć rentgenowskich po wprowadzeniu ciał kontrastowych również w dziedzinie otjatrii. W 3 przypadkach przetok wyrostka sutkowego udało się dzięki temu ustalić doniosłe fakty.

Metoda stosowania ciał kontrastowych w oto-rynologii jest, zdaniem autora, wżnym czynnikiem pomocniczym zwłaszcza w przypadkach trudnych do rozpoznania.

J. Tencer.

H. RICHTER. O przejściowym obrzęku powiek w przebiegu surowiczego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. (Münch. Med. Woch. Nr. 41, 1927).

Wysadzenie gałki ocznej lub też obrzmienie powiek jest jednym z objawów zakrzepu zatoki jamistej. Objaw ten występuje stale, o ile zakrzep jest pochodzenia nosowego, może go zaś nie być, jeżeli punktem wyjścia sprawy były uszy.

Autor zwraca uwagę na konieczność różniczkowania pomiędzy zakrzepem zatoki jamistej a surowiczym zapaleniem opon mózgowych. Opisuje przypadek, w którym w 3 miesiące po zwykłym wyłutowaniu wyrostka sutkowego wystąpił nagły obrzęk górnych i dolnych powiek, oczu, przyczem ciepłota ciała znacznie się podniosła. Dzięki dokładnie przeprowadzonemu badaniu rozpoznano surowicze zapalenie opon mózgowych.

Przypadek ten jest pouczający z tego względu, iż wskazuje na doniosłość różniczkowania pomiędzy zakrzepem zatoki jamistej a innymi schorzeniami, co ma doniosłe znaczenie zarówno w rokowaniu, jak i w leczeniu.

J. Tencer.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

R. FAILLIE i P. MATHIEU. Przemiana oddechowa u otyłych. Studja nad patogenetą otyłości i jej leczeniem. (Pr. med. 1927, Nr. 76).

Otyłość należy uważać za zespół chorobowy, mogący powstać na tle różnorodnych przyczyn. Ze względu na to, iż otyłość przedstawia przede wszystkim zaburzenia w procesie spalania w organizmie, to dla wykrycia przyczyny danego przypadku otyłości należy zbadać zachowanie się przemiany podstawowej z jednej strony i współczynnika oddechowego *Pflügera* (t. j. stosunku kwasu węglowego wydychanego do tlenu powietrza wdychanego) z drugiej strony. Przemiana podstawowa uświadamia nas o spalaniu w organizmie wogóle, współczynnik zaś oddechowy ma nas uświadomić o stopniu zużycowania tłuszczów.

Według *Bineta* i *Rogera* normalnemu lub zwiększonemu spalaniu tłuszczów w organizmie odpowiada niski współczynnik — między 0,72—0,80, zmniejszonemu spalaniu odpowiada zwiększony współczynnik — między 0,8—0,92.

Autorzy rozpatrują następujące 5 grup w stosunku omawianych dwu wskaźników.

ad I. należą przypadki ze zwiększoną przemianą podstawową (+ 15%) i zmniejszonym współczynnikiem oddechowym (między 0,7 i 0,78). Oznacza to, że wskutek dobrego spalania wogóle i tłuszczów w szczególe, otyłość w tych przypadkach zależy od nadmiaru odżywiania często w połączeniu z niemożnością jego zużycowania kalorycznego i energetycznego (pobieranie za dużej ilości pożywnych pokarmów, mieszkańcy gorących krajów). Leczenie tu polega na podawaniu pokarmów o małej wartości kalorycznej z jednoczesnym zastosowaniem mechanoterapii, gimnastyki i t. d.

ad II. — przypadki ze zmniejszoną przemianą podstawową (od 15 do 30%) i współczynnikiem oddechowym niskim. Oznacza to, że

spalanie jest słabe przy dobrym zużytkowaniu tłuszczów. Otyłość w tych razach występuje nawet przy zmniejszonym pobieraniu pokarmów. Mamy tu do czynienia z zaburzeniem w wydzielaniu wewnętrznym. Leczenie należy rozpocząć od wyrównania spalania (przemiany podstawowej) przez podawanie preparatów gruczołów o wydzielu wewnętrznym; następnie zaleca się dietę, i gimnastykę.

ad III — przypadki z przemianą podstawową wyższą (od +10 do 25%) i współczynnikiem oddechowym: wysokim (między 0,85 i 0,92). Tu spalanie odbywa się głównie na koszt węglowodanów. Tłuszcze zostają mało zużyte. To zaburzenie w zużytkowaniu tłuszczów może powstać wskutek zmian chorobowych w organach, sprzyjających ich spalaniu, jak wątroba, płuca, mięśnie i t. d., lub też wskutek braku tlenu (anemje, chroniczne zatrucie tlenkiem węgla itp.). Zanim się przystępuje do leczenia, należy przede wszystkim wykręcić i usunąć przyczynę zaburzenia w zużytkowaniu tłuszczów, co często jest sprawą dość trudną, a następnie dopiero zastosować leczenie dietetyczne i t. d. Zastosowanie bowiem diety i mechanoterapii, gimnastyki i t. d. może niekiedy spowodować bardzo silne osłabienie organizmu, gdyż zwiększa się spalanie węglowodanów bez możliwości zwiększenia spalania tłuszczów.

ad IV — przypadki z przemianą podstawową niżej normy (od -10 do 30%) i współczynnikiem oddechowym podwyższonym (od 0,8 do 0,92). Mamy tu więc do czynienia z niedostatecznym spalaniem wogóle i jednocześnie z niedostatecznym zużytkowaniem tłuszczów. Leczenie należy prowadzić w ten sposób, by uprzednio poprawić zużytkowanie tłuszczów, a następnie zastosować opoterapię.

ad V wreszcie autorzy zaliczają przypadki przejściowe między wyżej wymienionymi grupami i przypadki, znajdujące się w stadium rozwoju, których nie można jeszcze zakwalifikować do żadnej z wymienionych grup. Mamy tu często cały szereg kombinacji i przejść jednej grupy w drugą. Leczenie takich przypadków po dokładnym ich zbadaniu i zakwalifikowaniu powinno się odbywać w 2-ch okresach: przede wszystkim wyleczyć powikłanie, aby poprawić zużytkowanie tłuszczów, a następnie bardzo ostrożnie przystąpić do leczenia otyłości.

Eisenfarb.

NONNENBRUCH. Badania podstawowej przemiany materii w przyp. dystroph. adiposo-genitalis. (D. Arch. f. K. Med. 156, 5-6).

Zgodnie z dotychczas utartym poglądem rozpoznajemy powyższą nieomówioną przysadki na zasadzie dwóch danych: zmniejszonej podstawowej przem. mat. oraz na podstawie swoistego dynamicznego współczynnika białka, który w przypadkach nieomówionej przysadki jest bardzo obniżony. Autor obala oba te wskaźniki, albowiem w przypadkach, przez niego obserwowanych, p. p. m. była normalna, zarówno jak i współczynnik białkowy. Według autora dotychczasowe wyniki innych badaczy były niedokładne, albowiem, p. p. m. była badana w 2 godz. po spożyciu białka, a wpływ jego ujawnia się dopiero po 4-ch, a nawet 6-ciu godz. od chwili spożycia.

Goliborska.

C. KATSUBE. O stosowaniu doustnem insuliny i piżu, lek Forneta. (Arch. f. Verd. T. 40, Z. 5-6).

Autor miał dobre wyniki w leczeniu lekkich przypadków cukrzycy za pomocą pigulek insulinowych Forneta.

B. Goldstein.

A. RUBEL. W sprawie przewlekłych stanów podgorączkowych u kobiet. Komunikat II. (Wrześnieja Gazeta Nr. 19 1927).

Stany podgorączkowe, opisane w I komunikacie, Rubel łączy od nieprawidłowej czynności jajników (dysovariosis). Wstrzemięźliwość przy wzmóżyonym popędzie płciowym (stare panny, wdowy „bez zarzutu“, *coitus interruptus*) jest, podług autora, tym czynnikiem, który odbija się na normalnej czynności jajnika w postaci stanów podgorączkowych i towarzyszących im objawów sympatycznych.

Sz. Tenenbaum.

Choroby oczu.

F. KUKAN. Odczyn Herxheimera na rąbku rogówek (Klin. Mon. f. Augenh., listopad, 1927).

Autor opisuje przypadek następujący, jako rzadki: chory z rozpoznaniem: *Polynewritis luetica* był leczony salvarsanem i bismosalwanem. W trakcie leczenia dostał wysokiej gorączki (390), bólu gardła z zaczerwienieniem gardzieli i wysypki na skórze. Po 3-ch dniach

objawy te znikły, natomiast spojówki obu oczu były silnie przekrwione.

Autor znalazł silne przekrwienie spojówek powiekowych i gałkowych. Nieznaczne naskrzyknięcie rzęskowe. Na spojówkach gałkowych obu oczu kilka nieznacznie wzniezionych grudek o barwie szaro-żółtej; wokół nich bardzo silne naskrzyknięcie. W obu oczach — w rąbku rogówki naokoło źrenicy — nieznaczne szare punkciki (po 7-8 w każdym kwadrancie). Mikroskop rogówkowy wykazuje znacznie więcej tych punkcików.

Naczynia rozszerzone okrążają te punkciki lub przebiegają między dwoma. Innych zmian na rogówce niema. W zawartości grudek spirochet nie znaleziono. Budowa histologiczna nie szczególnego nie wykazała. Po kilku dniach objawy te znikły. Po następnym wlewaniu neosalvarsanu (0,45) zjawiły się i znowu nazajutrz znikły.

Cały ten proces autor uważa za odczyn Herxheimera i nazywa go *Limbo-conjunctivitis nodosa eruptiva*.

Odczyn zależeć ma od nieodpowiednich dawek, względnie krótkich przerw między dawkami neosalvarsanu i tłumaczy się silnym działaniem toksyn, które się wyzwalają przy zbyt energicznym zabijaniu krętków.

Z objawów ocznych najważniejsze są zaburzenia w czynności nerwów (*N. opticus, abducens i oculomotorius*). Poza tem spotyka się męty w ciałku szklistem i krwotoki w siatkówce.

J. Lewin.

SALZER. O perymetrii pogładowej. (Kl. Monatsbl. f. Augenh. Styczeń 1927).

Autor powraca do starego sposobu Graefego, który do szybkiego określenia pola widzenia używał tablicy z rozmieszczeniem na niej punktami. W ten sposób badany od razu spostrzegał ubytek pola widzenia. Salzer udoskonalił ten sposób, zastępując punkty białe — punktami świecącymi, i bada chorych w ciemni. S. podaje 3 odmiany perymetrów: na małej tablicy, na dużej tablicy (metoda Bjermanna) i na kulistej powierzchni.

Aparaty S. składają się z całego szeregu punktów lub linii, ułożonych w formie pewnego rysunku na płaszczyźnie lub kuli.

Badany może wskutek tego łatwiej zauważyć, jakich punktów i linii nie widzi, musi sam zakreślić palcem ubytki pola widzenia. Wymaga to oczywiście pewnej inteligencji co do pewnego stopnia utrudnia szerokie stosowanie tej metody.

W. Arkin.

SACHS. O leczeniu odklejenia siatkówki. (Zeitschrift f. Augenh. Luty 1927).

Opis 4-ch przypadków wyleczenia odklejonej siatkówki. Stosowano: przekucie, przypalanie i zastrzykiwanie mleka.

U wszystkich chorych obserwowano rozległe wybroczyny pod siatkówkę, które się bardzo wolno wchłaniały. Należy przypuszczać, że wylewy te wpływają dodatnio na przyklejenie się siatkówki.

Próby zastrzykiwania krwi własnej pod siatkówkę w przypadkach jej odklejenia wyniku nie dały. Autor zamierza kontynuowanie prób w tym kierunku.

S. Katzówna.

H. STANGE. Spostrzeżenia kliniczne nad środkiem ochronnym oka „Corodenin“. (Klin. Mon. f. Augenh., Sierpień 1927).

Dotychczas nie mogliśmy się obejść bez szkieł ochronnych przeciw nadmiernemu działaniu światła naturalnego i sztucznego. Obecnie, zdaniem autorki, jest to możliwe dzięki zastosowaniu korodeniny, która jest roztworem wodnym soli sodowej kwasu 8-etoksy. chinolino-5-sulfonowego z dodatkiem 20/100. suprareniny.

Badania Niederrhoffa w Berlińskim Instytucie fizjologicznym wykazały nadzwyczajną siłą zdolność wchłaniania przez korodeninę promieni w granicach od końca widocznego widma świetlnego aż do 400 $\mu\mu$. Dla fal poniżej 265 $\mu\mu$ środek ten jest zupełnie nieprzepuszczalny.

Próby kliniczne obejmowały przypadki zapaleń spojówki, rogówki i tęczówki, w których światłowstręt i łzawienie ustępowały po kilkakrotnym zapuszczeniu korodeniny (po 2 krople co 3 godziny).

Jako środek zapobiegawczy, zaleca autorka korodeninę lekarzom i laborantom, pracującym z sztucznym słońcem, aktorom filmowym, robotnikom w odlewniach żelaza i t. d. Badanie oczu w silnym świetle lampy Gullstranda również znacznie jest po tym środku ułatwione.

Działanie korodeniny trwa 3-4 godziny i nie wywołuje w oku żadnych skutków ubocznych.

A. Zamenhof.

Hans HAENEL. O objawie „gałki ocznej“ w wrodzienia. (Munch. Med. Woch. Nr. 20, 1927).

Autor przypomina, że w r. 1909 opisał po raz pierwszy objaw, polegający na tem, że u tabetyków ból, wywołany uciskiem na gałkę oczną jest znacznie mniejszy, niż u osobników zdrowych, i może nawet zupełnie być zniesiony. Przypuszcza, że w nerwie trójdzielnym znajdują się włókna szczególnie wrażliwe na jad kiłowy, podobnie jak w nerwie okoruchowym włókna żreniczne.

Autor skonstruował nawet przyrząd, pozwalający mierzyć siłę ucisku, potrzebnego do wywołania bólu. Na zasadzie długoletnich badań przychodzi do wniosku, że w schorzeniach kiłowych układu nerwowego ośrodkowego, a specjalnie we wrodzienia, zmniejszenie lub zniknięcie bólu na ucisk gałki jest objawem wczesnym, który daje się stwierdzić prawie w połowie przypadków i to nieraz w okresie, kiedy niema jeszcze zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Zjawisko odwrotne, t. j. wzmoczenie wrażliwości gałek na ucisk, przw. jednoczesnych bólach głowy, uważa H. za objaw również cenny, a przemawiający za schorzeniem jam obocznych nosa.

A. Z a m e n h o f.

Położnictwo i choroby kobiet.

L. CLEISZ et LAUDAT. Azotemja podczas ciąży, pod. czas porodu i po porodzie. (Gyn. et Obst. Nr. 2, T. XV, 1927)

Autorowie badali krew na mocznik u dużej liczby ciężarnych zdrowych i zagrożonych chorobą nerkową. Za pomocą stałej Ambar da i przepuszczalności nerek na fenolsulfotaleinę autorowie mogli wykazać najmniejsze perturbacje w nerkach ciężarnych.

U zdrowych kobiet w ciąży ilość mocznika we krwi jest zmniejszona (0,24 gr.), u chorych zaś na chroniczne zapalenie nerek jeszcze przed ciążą ciąża może pogorszyć stan chorych nerek, przyspieszając azotemję, może się ukazać w przejściowym ostrym ataku lub, zjawiając się, może zwiększać się coraz więcej.

U kobiet chorych na chroniczne zapalenie nerek, które przed ciążą były zupełnie zdrowe, występuje nieznaczne powiększenie ilości mocznika we krwi, czasami ostra azotemja, zwykle przejściowa, która może być najsilniejsza zaraz po porodzie.

U kobiet, które dostają drgawek eklamptycznych, zwykle spostrzega się nieznaczne powiększenie ilości mocznika we krwi (prawdopodobnie drgawki są związane z chorobą wątroby).

U każdej kobiety, podejrzanej o schorzenie nerek, nie wolno ograniczać się do badania moczu na białko. Systematyczne badanie krwi na mocznik i przepuszczalność nerek na fenoltaleinę i, o ile można, badanie stałej Ambar da może doprowadzić do pewnego rozpoznania i rokowania co do nerek, jak i co do ciąży.

L. E b i n.

J. LHERMITTE et R. DUPONT. Skasowanie nerwów jajnikowych. (Gyn. et Ost. Nr. 3, T. XV, 1927).

Autorowie dowodzą, że czasami jajniki ze zwyrodnieniem torbielowatym wywołują bóle, które przechodzą po wycięciu ich nerwów. Liczne obserwacje potwierdzają słuszność założeń autorów. Po operacji autorowie nigdy nie obserwowali perturbacji w owulacji lub reprodukcji.

L. E b i n.

G. COTTE et P. BERTRAND. Wszczepienie jajowodu do macicy. (Gyn. et Obst. Nr. 3 T. XV, 1927).

Obecnie, gdy możemy badać przepuszczalność jajowodu za pomocą radiografii, spotykamy częściej w średniej części (*interstitialis*) jajowodu przeszkodę, która jest przyczyną niepłodności kobiet. Autorowie przytaczają wszystkie dotychczas ogłoszone operacje wszczepienia jajowodu do macicy wraz ze swojemi 3 własnymi obserwacjami i dochodzą do wniosku, że operacja ta jest w niektórych przypadkach jedyną drogą, umożliwiającą zajście w ciążę. 15 dni po operacji autorowie sprawdzali przepuszczalność operowanego jajowodu za pomocą radiografii (lipjodolem), i we wszystkich przypadkach jajowód był drożny. Na 15 operowanych kobiet pięć zaszło w ciążę, czyli 33%.

L. E b i n.

De ROUVILLE et MOCQUOT. Konserwatywne operacje w zapaleniach przydatków macicznych. (Gyn. et Obst. Nr. 2, T. XV, 1927).

Autorowie dowodzą, że dziś, gdy fizjologia zrobiła takie wielkie postępy, musimy się nieco cofnąć i dawać pierwszeństwo kon-

serwatywnym operacjom przed radykalnymi. Częściowe wycięcie jajowodu, salpingostomia, wszczepienie jajowodu do macicy dają dość dobre rezultaty, a nawet ciążę. Nowe metody badania (salpingografia) pomagają nam w wybieraniu rodzaju konserwatywnej operacji.

L. E b i n.

P. M. MURET. Krwawienia w okresie przekwitania. (Gyn. et Obst. Nr. 4, T. XV, 1927).

Krwawieniem w okresie przekwitania nazywa autor krwawienie takie, które się zjawia najmniej w rok po ostatnim perjodzie.

Autor wylicza wszystkie przyczyny krwawienia i opisuje je dokładnie.

1) Na pierwszym miejscu guzy złośliwe szyi macicznej i samej macicy. Skrobanie, ewentualnie wycinek ze szyi macicznej po zbadaniu histologicznym ułatwia rozpoznanie, a tem samem i leczenie.

2) Wypadnięcie macicy z pochwy z powodu owrzdzenia, które się zjawia na szyi lub na pochwie. To owrzdzenie daje często krwawienie, które po należytem leczeniu znika. Leżenie w łóżku z wprawioną macicą, tampony iektjolowe i irygacje dezynfekcyjne spowodują wyleczenie.

3) Wiąki, które z powodu nienależytego utrzymania wywołują traumatyczne zapalenie z wydzieliną krwawo-ropną.

4) Polipy szyi macicznej, które mogą być symptomatyczne i wskazywać na złośliwy guz macicy.

5) Polipy macicy mogą często przechodzić w złośliwe guzy, tak samo, jak i polipy szyi.

6) Różne owrzdzenia pochwy i szyi, dają też niekiedy krwawienie.

7) Białe upławy u starych kobiet bywają często zmieszane z krwią. Upławy te nazywa Fritsch: *endometritis purulenta atrophica*. Krew się zjawia z powodu kruchości naczyń.

8) Ostra rzeżączka u starych kobiet bywa czasami brana za *endometritis purulenta* i daje te same objawy. Wyczyszczenie macicy i irygacje dezynfekcyjne dają rychle wyleczenie.

9) Stare zapalenie pochwy bywa czasami u starych kobiet tak silne, że u niektórych ujście szyi i pochwy zamyka się i, nie przepuszczając wydzielin, wywołuje hydrometrię, hematometrię i pyometrię, a czasami połączone z *haematocolpos* lub *pyocolpos*.

10) Mięśniaki podśluzówkowe, które w starszym wieku oddzielają się od macicy, ażeby być wyrzuconemi na zewnątrz (*fibroma nascentis*). Trzeba też pamiętać o włókniakowym mięsaku. Mięśniaki macicy, gdy krwawienie jest uporeczywe, wymagają hysterektomji.

12) Torbiele jajnikowe dają też czasami krwawienie z powodu zastojów żylnych. Mechanizm tego krwawienia nie jest dokładnie znany.

12) Rak pochwy, sromu, guzy naczyńnowe cewki moczowej, arterioskleroza naczyń macicznych.

Krwawienie w okresie przekwitania bywa też z powodu wad serca, schorzeń płuc i wątroby. Są to jednakże krwawienia bardzo rzadkie. Autor konkluduje, że krwawienie w okresie przekwitania powinno być skrupulatnie zbadane i po postawieniu rozpoznania stosownie leczone.

L. E b i n.

Louis MICHON. et René LABRY. O pozostawieniu macicy samej po wycięciu przydatków z obydwu stron. (Gyn. et Obst. Nr. 4, T. XV — 1927).

Na ostatnim kongresie chirurgicznym uznano, że jajnik bez macicy lub macica bez jajnika nie przynoszą żadnej korzyści operowanej i mogą być przyczyną bólów i powtórnych operacji. Jeżeli musimy wyciąć obydwaj jajniki, to jest wskazana hysterektomia, pozostawiająca chorą organu niepotrzebnego, a czasami niebezpiecznego.

Autorowie po długich obserwacjach doszli do zupełnie innego wniosku. Co się tyczy niepozostawienia jajników bez macicy, autorowie zgadzają się ze zdaniem kongresu, lecz pozostawiają macicę po wycięciu obydwu jajników. Przytaczając cały szereg obserwacji, autorowie są zdania, że u młodej kobiety po wycięciu jajników, macicę trzeba stanowczo pozostawić, gdyż chore te czują się o wiele lepiej i nie odczuwają tak bardzo skutków przekwitania sztucznego. Co do zarzutów, że pozostawiając macicę, pozostawiamy organ w stanie zapalnym, to są one mylne.

Oprócz tego, pozostawiając macicę, pozostawiamy całość anatomiczną małej miednicy i zabezpieczamy chorą przed opuszczeniem się kiszek do małej miednicy i t. p. przykrościami.

L. E b i n.

J. L. LAPEYRE. Chirurgja konserwatywna i radjoterapia w torbielach jajnika. (Gyn. et obst. Nr. 4, T. XV — 1927).

Przy operacjach ginekologicznych należy oszczędzać jajniki, gdyż jajniki mają funkcję gruczołu hormonalnego, i każda część jajnika przydaje się organizmowi. Jednakże, jak to wynika z kilku obserwacji autora, przy operacji torbieli jajnika trzeba bardzo skrupulatnie obejrzeć drugi jajnik, który często bywa chory. Jeżeli chora była leczona promieniami, wskazanie do wyjęcia drugiego jaj-

nika jest tembardziej konieczne, gdyż wiemy, jak promienie R. działają pobudzająco na nabłonek jajnika. Jeżeli kobieta jest jeszcze młoda lub pragnie mieć dzieci, chirurg jest upoważniony do pozostawienia drugiego jajnika lub resekowania chorych części.

W tym nawet przypadku chirurg powinien obserwować drugi jajnik przez długie lata.

L. Ebin.

Wskazówki praktyczne.

— Askénazy poleca przeciwko *hypertonji Rhodan-Calcium Diuretyne* (firmy Knoll) w pastylkach, zawierających 0,5 calcium diuretyny i 0,1 rodnaku potasu. Środek ten usuwa dolegliwości, wywoływane nadciśnieniem, i obniża wybitnie ciśnienie. Szczególnie dodatnie wyniki otrzymywał A. w *hypertonji essentialnej*, ale i w nadciśnieniu pochodzenia nerkowego, niezbyt daleko posuniętem, wyniki były stosunkowo dobre.

(Münch. med. Woch. 1927, Nr. 42).

— Thomson i Trail stanowczo obalają szeroko rozpowszechniony pogląd, jakoby *gruźlica krtani* stanowiła przeciwwskazanie do stosowania *odmny sztucznej*. Przeciwnie, odma często wpływa nader dodatnio na przebieg gruźlicy krtani, w połączeniu z absolutnem milczeniem bywa najlepszym i najprostszym środkiem, leczącym cierpienie krtani w ciągu 3—5 miesięcy pomimo złego stanu płuc. Czasami należy jeszcze wesprzeć odnę przyżeganiem i owrzodzeniem krtani.

(Lancet 1927, Nr. 5410).

— *Leczenie rentgenowskie wrzodu żołądka i dwunastnicy*, zdaniem Lenka, daje bardzo często dobre wyniki. Bóle zanikają w 8—14 dni po naświetlaniu; krwawienia ustają wkrótce po pierwszym naświetlaniu; stwierdzona rentgenologicznie rana powoli maleje, a nawet znika zupełnie. Gastroskopia wykazuje wkrótce po naświetlaniu zbliznianie się wrzodu. Zwężenia bliznowe i wrzody trawienne nie poddają się leczeniu promieniami Roentgena. Natomiast otrzymuje się wspaniałe wyniki po zabiegach operacyjnych na żołądku w przypadkach anastomoz, złe lub wcale nie funkcjonujących skutkiem kurczu na miejscu anastomozy. Stąd uważa L. za usprawiedliwiony postulat naświetlania zapobiegawczego po operacji.

(Ther. d. Gegenw. 1927, Z. 10)

— Fullerton stosuje w chorobie Hirschsprunga *rozciganie zwieracza odbytu i zwieracza prostowno-esicowego* na wzór takiegoż rozcigania wpustu w przypadkach kurczu tegoż. Rozciąganie wykonywa się przy pomocy palców w uspieniu z następczem zastosowaniem gruszkowatego balonu gumowego. Wynik leczniczy ma być doskonały.

(Brit. med. Journ. 1927, Nr. 3459).

— W chorobie Basedowa stosuje Cole *roztwór Lugola*. W ciągu pierwszych 6 tygodni daje się 3 razy dziennie po 0,6 cm³, potem połowę tej dawki. W ciągu pierwszych kilku tygodni daje się zauważyć wyraźna poprawa objawów podmiotowych, tętno staje się rzadsze, waga ciała podnosi się. Najwybitniejsze działanie spożytego się pomiędzy 10 a 40 dniem leczenia, potem atoli następuje okres pogorszenia się choroby pomimo dalszego stosowania jodu, choroba jednak nigdy nie osiąga poziomu, notowanego przed leczeniem.

(Lancet. 1927, Nr. 5407).

— Marke sądzi, że należałoby częściej stosować w chorobie Basedowa *Gynergen*, który wpływa bardzo dodatnio na objawy symptomatyczne.

(Schweiz. med. Woch. 1927, Nr. 35).

— Hamburger miał dobre wyniki od *Somnifenu* (Roché) w *wymiotach ciężarnych*. Somnifen zawiera kwas barbiturowy, który działa narkotyzująco na ośrodek wymiotny i wywołuje lekką senność. Dawka przeciętna wynosi 10 kropli trzy razy dziennie, należy jednak indywidualizować w zależności od działania nasennego, które nie powinno być nigdy zbyt wybitne.

(Med. Klin. 1927, 47).

— „*Staphylo-immunoidy*“ są to mieszaniny wieloważne zabitych szczepów gronkowcowych, znajdujące się w handlu w postaci tabletek. Na 10 min. przed zażyciem tabletki bierze się będzwinian sodu w opłatku lub kapsułkę geloduraturową, który wzmacnia siłę chłonną jelita. Dziennie bierze się 2 tabletki.

Staphylo-immunoidy stosuje się z powodzeniem w czyraczności i wszelkiego rodzaju pyodermych. W uporczywych przypadkach kombinuje się to leczenie ze szczepionką gronkowcową. W lekkich przypadkach wyleczenie następowało po kilku dniach, cięższe, zwłaszcza rozległe furunkulozy i follikulity wymagały leczenia kilkutygodniowego. W celu zapobieżenia nawrotom należy tabletki stosować jeszcze jakiś czas po wyleczeniu.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dn. 31.III 1927.

1) Czarniecki przedstawia przypadek wilka nosa. Chory, lat 37, 1½ roku temu zauważył, że mu „coś przeszkadza w nosie“. Po pewnym czasie sprawa przeszła na górną wargę; leczyl się w szpitalu w Krakowie, ale bez skutku. Obecnie widac całkowite zniszczenie chrząstki części przegrody nosowej wraz ze skórą w dolnej części nosa oraz szeroc blizn na wardze górnej. Cz. uważa cierpienie od wilka i ma zamiar skierować chorego do szpitala Śgo Łazarza celem leczenia lampą łukową.

Dyskusja.

Dobrowolski: wilk rozpoczyna się na skórze. Raczej jest to gruźlica.

Chorażycki uważa przypadek za typowego wilka, a że cierpienie rozpoczęło się nie na skórze, przemawia to tylko za bezpodstawnością starego poglądu, że pęcherzyca, wilk i twardziel rozpoczynają się zwykle na skórze.

2) Pęski. Kilka słów o dalszych losach przedstawionego na poprzednim posiedzeniu chorego z nowotworem języ-

zka, leczonym radem. Zmiany na języku, które obserwowaliśmy miesiąc temu w postaci dużego owrzodzenia i nacieczenia brzegów tego owrzodzenia przeważnie w przednim kącie jego, traktowaliśmy jako następce po nieodpowiednim stosowaniu radu. Szanowni koledzy jednak zgodzili się ze mną, że należy w każdym razie zrobić nowy wycinek i zbadać drobnowidzowo. Otóż dokonałem wycięcia obu brzegów nacieczonych, brzegi połączyłem szwem, a wycinek oddałem do zbadania Dr. Kuligowskiemu. W ciągu kilku dni rana zrosła się *per primam*. Wynik badania drobnowidzowego był poniekąd niespodzianką: „gruźlica“. Chory już od dłuższego czasu lekko gorączkował, lecz tłamałem to wysysaniem się produktów rozpadu tkanki po radzie i ropiejącą raną. Obecnie ten stan podgorączkowy utrzymuje się. W gardzieli na luku lewym zjawily się drobne gruzelki i obrzmienie śluzówki charakterystyczne dla gruźlicy. Obecnie cały przebieg choroby jest dla mnie jasny, mianowicie: 1) owrzodzenie niewielkie, które prawie nie dokuczało choremu przed zastosowaniem radu, było owrzodzeniem gruźliczem; 2) lekarz, który zastosował rad, nie miał dostatecznych danych dla takiej interwencji; 3) samo podejrzenie złośliwości nowotworu nie daje prawa do stosowania środków, tak silnie działających (w danym przypadku rad); 4) jeżeli było „podejrzenie“ „złośliwości“ nowotworu i odpowiedź p-

tologianatoma papilloma była dla ordynującego lekarza wątpliwą, należało dokonać powtórnego wycięcia i zbadania. Ogólny stan chorego jest dobry, obecnie jest on już w drodze do Nervi, gdzie zamierza kontynuować leczenie słońcem. Kilka raświećlań lampą Landeckera przed wyjazdem dało znaczne polepszenie.

Dyskusja.

Hellin przytacza z literatury francuskiej sprawozdanie o pięciu przypadkach gruźlicy języka postaci brodawkowatej. Hellin uważa, że w przypadku kol. P. igły radowe leżały za długo.

3) Pieniążek: a) Referat o preparacie, *przedstawionym na poprzednim posiedzeniu*; b) *Z kazuistyki szpitala im. Karola i Marii*:

a) obce ciała usunięte z gardzieli, zatoki gruszkowatej, krtani (skorupka jajka symuluje naloty dyfterteryczne), przelyku (przeważnie monety).

b) 8-letn. dziecko otruło się ługiem w 1-m roku życia; przed kilku dniami przywieszono je z obcym ciałem w przelyku (pestka sliwki).

c) 4-letn. dziecko intubowane połknęło sznurek rurki.

d) 8-mies. dziecko z brodawkami krtani. Rentgen.: twór pozamostkowy. Po 3-ch dniach usunięto część grasicy. Po 24 godz. śmierć.

e) dziecko 12-letnie z adenopatją okołoskrzelową. Wyłuszczenie migdałków. Temp. (38°) spada.

f) dziewczynka 9-letn. W roku 1920 — *mast., antrotomia sin. mast. dext.*, lecz bez operacji. 1926 r. — *mast. sin.*, opuszczona górna ściana. Oper. doszczętna zachowawcza. Granul. — *tbc.*

g) dziecko 13-letnie. *Otitis med. chron., tumor retroauric.*

Temp. 88.5. Po operacji spadek, ale 8.IX już posocznica. Po wtórna operacja, podwiązanie, propidou, środki wewnętrzne, zastrzyknięcie terpentyny (5,0) 21.IX; 24.IX spadek ciepłoty; ropień na miejscu zastrzyknięcia. Wyzdrowienie.

Dyskusja.

Gottfryd — *tbc.* w ziarninie po *mast.* nie jest rzadką rzeczą. Pieski. Recydywy po oper. *mast.* są częste

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Towarzystwie lekarzy Wiedeńskich na posiedzeniach z dnia 11 listopada oraz 24 listopada r. b. wygłosili odczyty o „*Antivirus*“ Schweinburg i Sorgo. Pierwszy zajął się wyjaśnieniem mechanizmu działania „przeciwjadu“. Z pośród trzech możliwych sposobów działania: samego buljonu, swoistego i nieswoistego działania proteinowego, Schweinburg na zasadzie ścisłych badań doświadczalnych dochodzi do wniosku, że działanie lecznicze „przeciwjadu“ jest nieswoistym działaniem proteinowym.

Sorgo badał stosowanie lecznicze *przeciwjadu gruźlicy (Tuberkulose-Antivirus)* w gruźlicy krtani i zaleca go przeciwko bólom u chorych na gruźlicę krtani.

„*Antivirus*“ gruźlicy jest to przesącz 2 miesięcznej hodowli buljonowej, na którym już żadna hodowla się nie rozwija. Takim przesączem S. pendzlował krtani, dokrętał naciekami i owrzodzeniami gruźliczymi, i usuwał w ten sposób bóle, które nie dawały chorym przyjmować pokarmów. Efekt był tak wybitny, że jednemu z chorych, dzięki umożliwieniu lykania, przybyło na wadze w 3 dni 1.8 kilo.

Można było stwierdzić również i przedmiotową poprawę stanu krtani, wyrażającą się zniknięciem nacieczeń. Czy ta poprawa przedmiotowa zawdzięczała swoje powstanie bezpośredniemu działaniu „przeciwjadu“ na chore tkanki, czy też poprawie odżywiania skutkiem umożliwienia lykania, na to odpowiedzi dać jeszcze nie można.

Działanie jednorazowego zapendzlowania trwa z początku 5—6 dni, później 2—3 dni i rozpoczyna się w 3 godziny po rękochnie. Zdrowa błona śluzowa znosi „antivirus“ bardzo dobrze, od czasu do czasu tylko spostrzega się łagodny odczyn w postaci palenia i szklatego obrzęku, które następnego dnia znikają.

Działania swoistego S. przesączowi nie przypisuje.

(Wien. Med. Woch. 1927, Nr. 48 i 50).

Z. Sr.

Przegląd terapeutyczny.

Z 1-go Oddziału Szpitala Wolskiego.
(Ordynator: Dr. A. LANDAU).

Dwa przypadki włośnicy (Trichinosis), leczone skutecznie zapomocą zastrzykiwań dożylnych nowasurolu.

Podali:

A. LANDAU, B. JOCHWEDS, K. HUMIECKI i R. PEKIELIS.
(Warszawa).

Przypadki włośnicy (*trichinosis*) ostatnio nie są zbyt częste dzięki wprowadzeniu ścisłej kontroli sanitarnej nad sprzedażą mięsa wieprzowego, jednakże od czasu do czasu występują one w postaci mniejszych skupień.

W pierwszych miesiącach roku bieżącego (1927) mieliśmy właśnie do czynienia z podobnym nasileniem włośnicy. Epidemjologia i patologia włośnicy są dobrze znane i dlatego tej kwestji poruszać tu nie będziemy; natomiast leczenie, pomimo znacznej liczby stosowanych środków, do tej pory było całkiem niedostateczne, tak, że choroba szła własnym biegiem, a lekarz był raczej biernym jej widzem, zaś ostateczny wynik choroby w każdym poszczególnym przypadku zależny był od ilości spożytego materiału zakażonego, wieku chorego i jego ogólnej odporności. Obok przypadków ciężkich, śmiertelnych spostrzegane są również często przypadki lżejsze, a to najprawdopodobniej zależnie od mniejszej ilości spożytego mięsa i zawartości w nim trichin.

Zarówno w cięższych, jak i w lżejszych przypadkach leczenie dotychczasowe było wyłącznie objawowe, a stosowane środki trychinobójcze (tymol, salwarsan i t. p.) na bieg choroby żadnego wpływu nie wywierały. To też uważaliśmy za właściwe podać do wiadomości ogólnej wyniki pomyślne, otrzymane w dwu przypadkach włośnicy, leczonych za pomocą zastrzykiwań dożylnych nowasurolu. Wzmiankę o stosowaniu nowasurolu we włośnicy przeczytał jeden z nas w jakimś czasopiśmie cudzoziemskim: nie mogliśmy jednak wzmianki tej odnaleźć, a nawet nie możemy podać, w jakim języku ona się ukazała.

Dwa przypadki włośnicy, o których mowa, dotyczą małżeństwa, które przybyło na nasz oddział szpitalny w marcu 1927 roku — w 2 (mąż) i w 3 tygodnie (żona) po spożyciu mięsa zakażonego. Data zakażenia daje się ściśle ustalić, gdyż dnia 23.II 1927 szynka była kupiona na Placu Kercelego u sprzedawcy ulicznego.

I.

I. Sz. lat 41, przybył na oddział dnia 9.III 1927 roku, w dwa tygodnie po zjedzeniu szynki zakażonej. Przez cały poprzedni tydzień (27.II—5.III) czuł się niedobrze, nie miał żadnych ściśle określonych dolegliwości; odczuwał tylko osłabienie i zmęczenie ogólne. Dnia 6.III dostał dreszczów, tę. podniosła się do 37.80, wystąpiły bóle w obu udach i ramionach, bóle rozlane brzucha oraz bóle głowy w okolicy czołowej; jednocześnie chory zauważył obrzmienie powiek i policzków. Dolegliwości powyższe trwają do dzisiejszego dnia; stolec zapary, co 2—3 dni, moc oddaje bez zaburzeń. Poprzednio był zawsze zdrow.

Stan obecny: 9.III. Twarz nalaną, obrzękłą; szczególnie rzuca się w oczy obrzmienie powiek górnych i dolnych; spojówki przekrwione, wargi sinawe. Gruczoły chłonne niepowiększone. Płu-

ca i serce — bez zmian. Tętno 90 na minutę, miarowe. Ciśnienie krwi — 110/65.

Jama brzuszna: brzuch na poziomie klatki piersiowej; powłoki—nienapięte, bolesność mięśni brzucha samoistna i uciskowa bardzo znaczna, jednakowa w obrębie całego brzucha; wątroba — $1\frac{1}{2}$ palca pod łukiem żebrowym, o brzegu miękkim, niewyraźnie macalnym; śledziona niemacalna.

Układ nerwowy: źrenice dobrze reagują, odruchy ścięgnowe zachowane. Mięśnie: spistość pawidłowa, bez stwardnień; najbardziej bolesne są na ucisk mięśnie kapturowe (*mm. trapezii*), dwugłowe (*m. biceps*), brzuszne, mniej — udowe (*quadriceps femoris*).

Mocz: c. g. — 1,020, odczyn—kwaśny. Białko — nieobecne. Diazo — ujemn. Urobilinogen ++++. Osad: 0.

Krew: białych ciałek — 11000; kwaso chłonnych wielojądrazstych — 25%, obojętnochnonnych — 69%, limfocytów — 6%.

Przebieg choroby. 9.III. O godz. 12-ej pp. choremu zastrzyknięto dożylnie 1,2 cm³ Nowasuruolu. W kilka godzin po zastrzyknięciu wystąpiły gwałtowne bóle w kolanach i udach, temp. 40,20; dreszczów nie miał.

10.III. Temp. 37,40. Ciepłota opadła bez potów. Samopoczucie znacznie lepsze. Bóle mięśniowe samoistne znacznie zmalały, natomiast bolesność uciskowa męśni karkowych, brzucha i ud — znaczna.

Obrzęk twarzy bez zmian. Stolec—1, wolny. Tony serca—głuchawe. Mocz: białko—, Diazo—, urobilinogen++++; osad: 0.

11.III. Temp. 38,9—36,40. Tętno—72. Obrzęk twarzy nieco mniejszy, bóle mięśniowe zlagodniały.

Drugie zastrzyknięcie Nowasuruolu 1,2 cm³ dożylnie. Wieczorem temp. 38,80, bóle bez zmiany.

12.III. Temp. 38,8—37,30. Dreszczów ani potów nie miewa. Czuje się znacznie lepiej. Obrzęk twarzy zmniejsza się z dnia na dzień. Bolesność uciskowa mięśni trwa.

gdzie stan jej nie poprawił się. Dzięki naleganiom męża, u którego po dwukrotnym zastrzyknięciu Nowasuruolu wszystkie objawy chorobowe minęły w ciągu tygodnia, pacjentka przeniosła się na nasz oddział szpitalny. Wszystkie jej dolegliwości, o jakich dopiero co była mowa, trwają do dnia przybycia do szpitala bez zmiany. Stolec — początkowo zaparty, obecnie—wolny, kilka razy dziennie. Po jedzeniu chora odczuwa gorzyc w ustach, niekiedy wymiotuje.

Stan obecny: Temp. 38,4—37,40. Tętno—80, miarowe. Odddechów—22 na minutę. Powieki i policzki—obrzęte; wargi—sinawe. Gruczoły chłonne: szyjowe — dość liczne, wielkości ziarna bobu, inne nie powiększone. Język obłożony, suchawy. Gardziel — bez zmian. Płuca i serce—stosunki prawidłowe. Jama brzuszna — powłoki wiotkie, mięśnie brzucha—bolesne na ucisk. Wątroba i śledziona — niemacalne. Mięśnie kapturowe, udowe oraz dwugłowe — bolesne na ucisk; spistość — prawidłowa. Odruchy ścięgnowe — zachowane. Mocz: c. g. — 1,010; odczyn — kwaśny; Białko—nieobecne. Urobilinogen — lekko wzmożony. Diazo: —. Osad: 0.

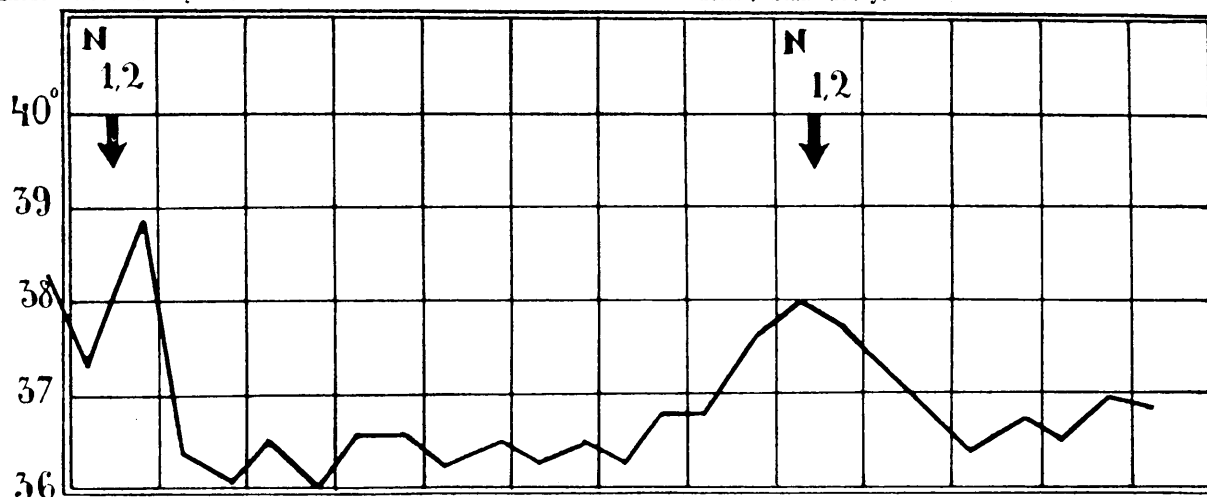
Przebieg choroby: 16.III (godz. 12 pp.). Chora uskarża się na bardzo dotkliwe bóle mięśniowe karku, barków, przedniej powierzchni obu ud, bóle głowy; wymiotowała dwa razy natychmiast po jedzeniu. Stolec—1, wolny. Chorej zastrzyknięto dożylnie 1,2 cm³ Nowasuruolu. Wieczorem temp. 38,90, dolegliwości bez zmiany.

17.III. Temp. 36,40. Tętno—80: Bóle mięśniowe znacznie osłabły, nie wymiotuje. Ogólne samopoczucie — lepsze. Krew: b. c.—14200; wzór: kwasochłonnych — 31%, obojętnochnonnych — 47%, limfocytów—22%.

18.III. Stan bezgorączkowy. Obrzęk twarzy — znacznie mniejszy. Bóle mięśniowe — ledwo zaznaczone. Stolec—zaparty.

21.III. Temp. 36,20. Czuje się zupełnie dobrze:

23.III. Stan dobry.



PRZYPADK 2.

14.III. Temp. 37,0—36,90. Tętno—84. Chory czuje się zupełnie dobrze, żadnych dolegliwości nie odczuwa, apetyt doskonały. Obrzęk twarzy i powiek—nieznaczny. Mięśnie brzuszne i udowe na ucisk zupełnie niebolesne; mięśnie kapturowe—znacznie mniej, niż poprzednio. Wątroba i śledziona—niemacalne. Stolec — co drugi dzień, spisty. Mocz: białko—, urogen: ślad. Krew b. c.—18000; kwasochłonnych—50%, obojętnochnonnych—33%, limfocytów—17%.

17.III. Temp. 37,60. Tętno—80. Żadnych dolegliwości nie odczuwa; obrzęk twarzy i powiek znikł zupełnie. Mięśnie nie bolesne.

23.III. Temp. 37,00. B. C.—15000: kwasochłonnych—50%, obojętnochnonnych—26%, limfocytów—24%. Chory wypisał się ze szpitala.

15.IV. Badany ambulatoryjnie: pomimo ciężkiej pracy żadnych dolegliwości nie odczuwa. Stan bezgorączkowy. B. C.—20000, kwasochłonnych—30%.

1.V. B. C.—6000, kwasochłonnych—30%.

II.

Pani St. Sz., lat, przybyła do szpitala dnia 16.III, w trzy tygodnie po spożyciu szynki zakażonej; w 4—10 dniu choroby odczuwała tak samo, jak jej mąż, ogólne osłabienie i rozłamanie bez objawów zlokalizowanych. — Dnia 6.III.— również tegoż samego dnia, co u męża, wystąpiły obrzęki na twarzy, bóle mięśniowe znacznego stopnia oraz gorączka do 39,80; pozatem źle widzi i słyszy. Jednocześnie z mężem udala się do szpitala, leżała jednak gdzieś indziej,

24.III. Wczoraj w nocy chora dostała dreszczów, bólów w kończynach górnych i dolnych oraz bólu głowy; ciepłota podniosła się do 37,6, dziś rano—37,90. O godz. 12 w p. —2-gie zastrzyknięcie Nowasuruolu (1,2 cm³ dożylnie). W kilka godzin po zastrzyknięciu ciepłota spadła, chora doznała znacznej ulgi.

26.IV. Stan bezgorączkowy, samopoczucie zupełnie dobre. Żadnych dolegliwości nie odczuwa. Obrzęk twarzy znikł zupełnie. Krew: kwasochłonnych — 30%, obojętnochnonnych—37%, limfocytów — 32%.

W pierwszym przypadku chory przybył na oddział dość wcześnie (w dwa tygodnie po zjedzeniu szynki i na trzeci dzień gorączki i obrzęku twarzy). Zastosowane natychmiast zastrzyknięcie Nowasuruolu powoduje odczyn w postaci skoku temperatury do 40,2° (dnia poprzedniego — 39,4°) oraz wzmożenia się bólów mięśniowych. Następnego dnia przynosi tylko nieznaczną ulgę podmiotową; ranny poziom ciepłoty pozostaje bez zmiany (37,5°), natomiast wieczorem temp. wynosi 38,9° w porównaniu z 39,4° z dnia poprzedzającego zastrzyknięcie. Drugie zastrzyknięcie Nowasuruolu nie wywołuje żadnej reakcji, ulga podmiotowa jest tym razem znaczna, obrzęk twarzy zmniejsza

się wyraźnie, bóle mięśniowe łagodnieją, stolec jest bardziej spoisty, urobilinogen w moczu maleje (spadek z odczynu wybitnie dodatniego na ślad); a po dwóch dniach ciepłota zaczyna opadać, dopiero wtedy diureza wzmagą się — 950 cm³ do 1600 cm³. W cztery dni po zastrzyknięciu obrzęk twarzy znika zupełnie, chory czuje się zupełnie dobrze. Jedyne stan podgorączkowy trwa jeszcze około dwóch tygodni, pomimo to jednak choremu przybywa na wadze (plus 1,8 kg. w ciągu 10 dni pomimo ustąpienia obrzęku twarzy i wzmożonej wydajności moczu). Pomimo szybkiego ustępowania wszystkich objawów chorobowych oraz powrotu do zdrowia liczba leukocytów we krwi po zastrzykiwaniu nowasurołu nawet wzrosła, — z 30% na 50%.

Widocznie zabite przez nowasuroł włośnice nie przestały być źródłem pewnych produktów, które są bodźcem dla powstawania leukocytów czynochlennych.

W drugim przypadku chora przybyła do nas w późniejszym okresie choroby, bo w trzy tygodnie po zakażeniu i na 10 dzień stanu gorączkowego, bólów mięśniowych i obrzęków. W tym czasie mąż jej nie miał żadnych dolegliwości, obrzęki twarzy i bóle mięśniowe przeminęły, pozostał natomiast nieznaczny stan podgorączkowy. W przypadku drugim zastrzyknięcie nowasurołu nie spowodowało żadnego odczynu ogólnego, ani też miejscowego; ciepłota była tylko nieco wyższa, niż wieczora poprzedniego (38,9—38,4°), bóle mięśniowe nie wzmożyły się tak, jak to miało miejsce w pierwszym przypadku.

Wpływ zaś dodatni nowasurołu był szybszy i wybitniejszy, albowiem już dnia następnego ciepłota opadła zupełnie, zaś bóle mięśniowe i obrzęk twarzy ustąpiły zupełnie w ciągu dwóch dni. W dalszym przebiegu choroby ciepłota jest zupełnie prawidłowa (do 36,8°) w przeciwieństwie do 1-go przypadku. Dopiero w ósm dni po pierwszym zastrzyknięciu wybucha nawrót choroby w postaci skoku temperatury do 38° i bólów mięśniowych. Zastrzyknięcie ponowne nowasurołu działa wprost magicznie: w ciągu kilku godzin ciepłota opada, wszystkie dolegliwości podmiotowe, a zwłaszcza bóle mięśniowe ustępują. Dalszy przebieg cierpienia jest znowu bezgorączkowy, chora czuje się tak dobrze, że po kilku dniach opuszcza szpital i wraca do pracy.

Dwa przypadki włośnicy, pomyślnie leczone za pomocą nowasurołu, nie mogą być, rzecz prosta, zbyt uogólniane, jednak szybkie ustępowanie przy tej metodzie leczniczej wszystkich objawów chorobowych, zarówno podmiotowych, jak przedmiotowych, oraz znacznie skrócony czas trwania choroby tak dalece odbiegają od tego, co zwykliśmy spostrzegać we włośnicy, iż mimo wszystko narzuca się kliniczne wrażenie swoistego w niej działania nowasurołu.

Jaki jest mechanizm trichinobójczego działania

Novasurołu? Czy działanie jadu rtęciowego na pasorczyty jest bezpośrednie, czy też jest bardziej skomplikowane i odbywa się drogą okólną, na to pytanie nie możemy odpowiedzieć z całą stanowczością i w tej sprawie musimy się ograniczyć tylko do paru uwag natury ogólniejszej. Obraz kliniczny włośnicy całkowicie nie daje się wytłumaczyć na drodze mechanicznego uszkodzenia mięśnia i wędrówki do nich włóśni z jelit. Niewątpliwie wchodzą tu w grę rozmaite trucizny, powstałe, z jednej strony, jako produkty przemiany materii samych włóśni, z drugiej zaś, jako produkty rozpadu atakowanych i schorzałych mięśni ludzkich. Przemiana materii włóśni jest wybitnie małowartościowa (anoksybietyczna), skutkiem czego wydzielają one, jak i inne czerwce jelitowe, nieobojętne dla ustroju niższe kwasy tłuszczowe (kw. masłowy, walerjanowy i t. p.) i inne niedopałki, oraz dążą do zdobycia materiału, zawierającego tlen, a materiał ten znajduje się obficie w mięśniach w postaci glikogenu. To poszukiwanie węglowodanów jest prawdopodobnie bodźcem, który pcha włóśnię z przewodu pokarmowego do mięśni. Badania Flury'ego wykazały, iż skład mięśni we włośnicy ulega wybitnym zmianom: ilość włókien mięsnych, kreatyniny, zasad purynowych i glikogenu maleje, natomiast zawartość wody, kwasu mlecznego, lotnych kwasów i t. p. znacznie się wzmagają. Również krew we włośnicy ulega rozwodnieniu, jak również występują w niej różne produkty bliżej nieodróżniewane, a pochodzące z rozpadu mięśni. Ponieważ w okresie największego nasilenia choroby, mięśnie i krew posiadają nadmiar wody, a podobne zaburzenia w gospodarce wodnej ustroju są zasadniczym punktem uchwytu farmakologicznego działania Novasurołu, możnaby myśleć, iż taka jest droga skutecznego działania omawianego leku we włośnicy, a to tembardziej, iż w normalnym przebiegu włośnicy wzmożona diureza jest jednym z pierwszych objawów rozpoczynającego się zdrowienia. Czy szybkie i efektowne działanie lecznicze Novasurołu we włośnicy wynika wyłącznie z regulowania zaburzonej gospodarki wodnej, zwłaszcza w uszkodzonych mięśniach i czy wraz z tem nie zachodzi też swoiste działanie rtęci, te pytania, jak już zaznaczyliśmy, muszą narazie pozostać bez odpowiedzi.

PIŚMIENICTWO.

- 1) Flury: Zur Chemie und Toxicologie der Ascariden (Arch. f. exp. Path. und Pharm. 1912, Bd. 67, S. 275 ff.).
- 2) Flury: Beiträge zur Chemie und Toxicologie der Ascariden (Arch. f. exp. Path. und Pharm. 1913, Bd. 73, S. 164 ff.).
- 3) Flury und Groll: Stoffwechseluntersuchungen an trichinösen Tieren, (Arch. f. exp. Path. und Pharm. 1913, Bd. 73, S. 214).
- 4) Hutera und Marek: Spezielle Pathol. und Ther. der Haustiere, 1920, Bd. II, S. 934.
- 5) Menze: Handbuch der Tropenkrankheiten 1924, Bd. II, S. 939 ff.
- 6) Schöneborn: Deut. Med. Wochenschrift 1918, S. 286.
- 7) Strümpel: Lehrbuch der spez. Path. und Ther. der inneren Krankheiten 1926, Bd. I, 211 ff.

Odcinek.

Wrażenia z podróży do portów europejskich.

Podat
W. GABEL (Lwów).

Pierwszym krokiem, jaki zwykle czyni osoba, nosząca się z myślą wyjazdu poza ocean, jest zwrócenie

się do lekarza z prośbą o zbadanie stanu jej zdrowia i wydanie opinii co do możliwości wyjazdu. Rozstrzygnięcie takiego pytania jest trudne i odpowiedzialne. Trudne, gdyż wiedza lekarska daleką jest od formuł matematycznych—sąd wydany w znacznej mierze zależy od sposobu zapytywania się badającego lekarza:

odpowiedzialne, gdyż pytający bardzo często jest zmuszony, celem uzyskania potrzebnych funduszy na wyjazd, sprzedać swój dobytek, swe mienie, aby tylko osiągnąć cel swoich dążeń i dostać się do owych wymarzonych, wrzekomo złotych krajów. By choć w części odpowiedzieć na takie pytanie kolegom ułatwić, napisałem rozprawkę p. t. „Wskazówki, dotyczące badania lekarskiego wychodźców“, ogłoszoną w Warsz. Czas. Lek. Nr. 3, 1927.

W kołach, trudniących się przewozem emigrantów, przyjęto pracę tę z wielkim zainteresowaniem — a nawet, co było dla mnie bardzo zaszczytne, koła rządowe życzyliw broszurkę tę oceniły. Tem zachęcony, powziąłem myśl zwiedzenia portów europejskich, celem naczynego przekonania się o sposobie badania lekarskiego wychodźców, a tem samem celem pogłębienia i ugruntowania mej wiedzy. W osiągnięciu zamiarów moich znalazłem znaczne i rozstrzygające poparcie i pomoc kierownika Wydziału zamorskiego Urzędu Emigracyjnego w Warszawie, W-nego pana Dr. P. Durkacza, który, pojmując ważność kwestji, umożliwił mi wyjazd i wgląd do wszystkich manipulacji lekarskich, którym wychodźcy podlegają. Dlatego i na tem miejscu niech mi będzie wolno złożyć W-nemu Panu Dr. P. Durkaczowi słowa szczerzej i serdecznej podziękii.

Wybrałem się tedy dnia 29 lipca 1927 r. w drogę przez Gdańsk do Londynu, względnie do Southampton. Przyznam się, że obawiałem się nieco podróży morskiej. Opowiadania owych „kawiarnianych strategików“, owych reemigrantów o okropnościach przejazdu na małych okrętach nie mogły mi dodać otuchy — tem bardziej, że nieodzowna, wedle opowiadań, a przykra choroba morska — znana mi była z dawnych mych podróży. Łaskawe losy zrządziły atoli inaczej: Pohyt na statku „Smoleńsk“, choć tylko o 3000 tonnach pojemności, jadącym pod angielską flagą, czystym i schludnym, przedstawiał się, w przeciwieństwie do opowiadań, jako bardzo miły i przyjemny: trzecia klasa — adoptowana na ten cel — miała wygodne kajuty, każdy podróżny — osobne, czyste łóżko, wspólna sala jadalna — choć skromnie urządzona, — to wszystko składało się na sympatyczną całość. Do tego służba bardzo grzeczna, chętna do pomocy na każde zawołanie, napisy polskie, ułatwiające orjentację, uprzejmy lekarz, któremu do pomocy dodano mówiącą po polsku sanitariuszkę, prócz tego osobny tłumacz; jedzenie obfite, smaczne i dobre — sprawiły, że trzydniowy pohyt na tym okręcie minął mnie jakoteż i jadącym ze mną emigrantom szybko, pozostawiając po sobie miłe wspomnienie przyjemnie spędzonego czasu. A że i nieba dały nam prześliczną pogodę, więc też i obawa choroby morskiej wkrótce znikła. Zbytecznem więc okazały się liczne te środki, które ze sobą wziąłem, jako to: Valiol, Brom, Aq. laur. + Tinctr. Valer. — krople Atlantis — opaska gumowa (wedle Biera, nałożona na szyję, ma być pewnym środkiem), pigułki Mothersil's Seasick Remedy (wrzekomo najlepszy środek), tabletki Varsano (wyślepiają zupełnie chorobę morską — tak głosi reklama) a w końcu czerwone okulary (również wrzekomo niezawodny środek wedle zdania jakiegoś petersburskiego profesora) — na nie owe wprost przeciwne rady, jako to: dużo jeść — mało — dużo pić — mało — leżeć — stać — siedzieć — na pokładzie — w kajucie i t. p. Wedle zda-

nia lekarza okrętowego, jadącego po morzu od lat 25-u, środka przeciwko chorobie morskiej, dotychczas niema.

Dopłynęliśmy więc szczęśliwie do Gravesend, miejscowości, niedaleko od Londynu położonej. Tu natrafiłem na pierwszą przeszkodę. Z powodu t. zw. święta bankowego (w Anglii święcą prócz kościelnych świąt 4 razy do roku t. zw. święta bankowe — dla wypoczynku i zabawy ludu, t. j. poniedziałek wielkanocny, poniedziałek zielonych świąt, pierwszy poniedziałek w miesiącu sierpniu i dzień 26 grudnia) miała się rewizja celna odbyć dopiero następnego dnia, wskutek czego przyjazd mój do Londynu opóźniłby się o dwa dni. Perspektywa ta nie była bardzo zachęcająca, gdyż chodziło mi o możliwie szybkie dotarcie do Southampton, aby być obecnym przy wizycie lekarskiej. Traf przyszedł mi w pomoc. Jako towarzysza podróży, poznałem na okręcie Anglika, który, wdawszy się w krótką rozmowę z oficerem emigracyjnym, uzyskał dla mnie i dla siebie pozwolenie udania się do Londynu, podczas, gdy młoda para angielska, która z nami podróż odbywała, — nie chcąc rozstać się ze swym bagażem, jakoteż i wszyscy inni pasażerowie zostali na okręcie. Po krótkiej jeździe koleją dotarliśmy do Londynu. Lecz tu nowa trudność. Uprzedzony już w Gdańsku o konieczności zamówienia miejsca w hotelu, telegrafowałem tuż przed wejściem na okręt do hotelu z prośbą o zarezerwowanie pokoju. Liczyłem, że w hotelu „Strand Palace“ lub też do tego samego właściciela należącym „Regent Palace“, liczących po 700 pokoi, znajdę na skutek tego zamówienia miejsce. Okazało się jednak, że wszystkie pokoje w obu tych hotelach były zajęte, i tylko dzięki uprzejmości mojego angielskiego towarzysza podróży, który zajął się wyszukaniem mi pomieszczenia, wybrałem szczęśliwie z przykłej sytuacji.

Zalutwiwszy mi jeszcze bilet na przedstawienie wieczorne, mój towarzysz przy pożegnaniu przedstawił mi się, jako wysoki dygnitarz polityczny angielski i wytłumaczył mi, że na podstawie swego pasportu dyplomatycznego mógłby z łatwością wysiąść ze statku w Gravesend, nie uczynił jednak tego, aby nie wywołać u mnie wrażenia, że w Anglii obywatele angielscy są względniej traktowani, aniżeli obcokrajowcy. Zabroniwszy mi wreszcie zapłacić szoferowi za jazdę po hotelach, znikła mój towarzysz, zostawiając mnie zdziwionego tem miłym i nadzwyczajnie gościnnym znalezieniem się.

To, co przybywszy w Londynie przedewszystkiem uderza, jest nadzwyczajna czystość miasta, ogromny, niedający się wprost wyobrazić ruch i wielka swoboda mieszkańców. Na asfaltowanych ulicach białe pasy ze strzałami, wskazującymi kierunek ruchu kołowego, z napisami dla przechodniów: patrz na prawo, patrz na lewo, tunele poduliczne, ułatwiające przejścia, a mimo tego szalonego ruchu, tuż obok i w centrum miasta, małe zgromadzenie, które słucha mowy o zaletach komunizmu, niedaleko malarz, kredką portrety na chodnikach kreślący, niepomyślny, że przechodnie zatrą dzieło jego, gromadząc się tłumnie pod kościołem, gdzie właśnie pod golem niebem odbywa się pod batutą młodego dyrygenta lekcja śpiewu, a nad tem wszystkiem — nad ruchem — hałasem — zgiełkiem — śpiewem króluje zawsze spokojny, miły, grzeczny, uprzejmy ulubieniec i przyjaciel publiczności i w kabaretach

i piosenkach, dobroduszną a miłą satyrą technicznych, opiewany pieśczętliwie „Bobby“ nazywany policeman.

Dnia następnego zabrałem się do pracy. Zwróciłem się do świątowego Towarzystwa Canadian Pacific, liczącego 82.000 urzędników, a swemi okrętami, hotelami, kolejami żelaznymi cały świat obejmującego z prośbą o informację, jak dotrzeć do portu Southampton, gdzie odbywa się badanie lekarskie, i kiedy ono się tam odbędzie. W przeciągu trzech minut nadeszła z Southampton telefoniczna informacja, że badanie lekarskie odbędzie się dnia następnego, i że czekają na mnie tam z temi czynnościami. Wybrałem się więc wczesnym rankiem w dalszą podróż, a po 1½ godzinnej jeździe koleją w wagonie 3-ej klasy o zupełnie podobnym urządzeniu, jak nasza druga klasa, dotarłem do Southampton. Z przedstawicielem linii, oczekującym mnie na dworcu, udaliśmy się na idealnej szosie do miejsca, gdzie się zbierają wychodźcy z wszystkich wielkich linii okrętowych, do tak zwanego „Atlantic Park“. Obóz ten znajduje się za miastem, i do niego przewozi się emigrantów ze stacji kolejowej lub też z portu osobnymi autobusami. Z tego obozu dopiero wsiadają wychodźcy na wielkie statki transatlantyckie. Atlantic Park jest to na przestrzeni około 20 morgowej zbiór licznych ogromnych baraków, służących w czasie wojny, jako hangary dla samolotów, a obecnie adaptowanych odpowiednio, jako chwilowe pomieszczenie dla wychodźców. Hangary te, w światło elektryczne zaopatrzone, ogrzewane w zimie centralnie, wyposażone w wygodne, osobne i czyste utrzymywane łóżka, odpowiadają bardzo dobrze swemu celowi. Mężczyźni są od kobiet z dziećmi oddzieleni — rodziny mogą się mieścić w mniejszych ubikacjach. Po rozmieszczeniu prowadzi się emigrantów do kąpieli, tu oddają oni swe rzeczy do gruntownej dezynfekcji, którą się podczas kąpieli przeprowadza, tak, że po wykąpaniu się i po zbadaniu przez lekarza, każdy wdziewa wydezynfekowane i wydezynsekowane swe odzienie. Szczególną pieczołowitość poświęcają odwyszawieniu. Przedwstępną wizytę lekarską wykonywa dobrze wyszkolony sanitariusz, względnie sanitariuszka, baczac szczególnie na czystość, a dopiero po tych oględzinach zjawia się lekarz, który bada emigrantów szczegółowo: o ile wychodźca zostaje uznany za zdrowego, dostaje na swej kartce ewidencyjnej pieczęć; chorych, potrzebujących leczenia, oddaje się do szpitalika. Jeżeli atoli lekarz zauważy pewne zmiany, które atoli — wedle jego zdania — nie stanowią przeszkody do dalszej podróży n. p. blizny po wyleczonej jaglicy, lekkie skrzywienie kręgosłupa, brak jednego członka palca lub t. p. wtedy notuje ten wynik badania do konsygnacji, której oryginał zostaje w księdze lekarskiej, a odpis dostaje lekarz okrętowy. Ten, tuż przed wejściem na okręt, na podstawie tych zapisków kontroluje jeszcze raz tych w konsygnacji podanych, i o ile, wedle jego zdania, któryś z nich do wylądowania się nie nadaje — zabrania mu wstępu na okręt.

Wracając do głównego badania, zauważyłem, że odbywa się ono w bardzo szybkim tempie, co też nie jest dziwne, jeżeli się zważy, że lekarz dostaje materiały, już kilkakrotnie badany. Śluzówki dolnej powieki nigdy nie ogląda, tylko wywraca spojówkę górnej powieki na aparacie zupełnie podobnym do u nas używanego przyrządu do zapinania bucików. Przyrząd ten ma swe pewne dobre, ale i złe strony. Dobre, gdyż jest płaski, łatwo daje się wprowadzać, nie sprawia

przykrego, a czasem i bolesnego uczucia jak, rozwórka *Desmaressa*. Złą stroną jest to, że właśnie dlatego, że jest płaski i wąski, tworzy przy wypukleniu śluzówki fałd — a jak każdy fałd ma dwie powierzchnie — przednią i tylną. Tej tylnej powierzchni lekarz badający nie widzi, co przy rozwórce *Desmaressa* jest wyłączone, gdyż przy użyciu tejże cała błona śluzowa leży rozpostarta na kablakowatej części rozwórki.

Stan zdrowia emigrantów w obozie tym jest bardzo dobry. W r. 1922 były dwa przypadki duru brzuszego. Dłuższej pielęgnacji potrzebujący chorzy bywają oddawani do miejskich szpitali, chorzy na jaglicę są leczeni w osobno zupełnie stojącym szpitaliku. Przed trzema laty leczono tam 409 chorych na jaglicę, w lutym tego roku 156, obecnie jest tam 40 chorych, a czterech w szpitalu miejskim. Leczeniem zajmuje się specjalista chorób oczu, dopomaga mu wyszkolona sanitariuszka. Wszyscy tamże leczeni wyjechali do Stan. Zjedn., względnie Kanady. Sposób leczenia nie odbiega od ogólnie przyjętych zasad, a więc dwa razy dziennie dwu minutowy masaż 5% maścią z siarczanu miedzi, nadto dwa razy w tygodniu lekkie przyżeganie niebieskim kamieniem. W razie silnego podrażnienia spojówek 2% azotan srebra. Czas leczenia jest zupełnie indywidualny; były przypadki oporne, które aż do osiągnięcia możliwości jazdy wymagały aż trzyletniego leczenia. Koszty właściwie powinien pasażer ponosić, towarzystwo jednak uwzględnia położenie ubogich emigrantów i żąda od nich tylko zapewnienia, że po wyleczeniu i po wylądowaniu, skoro tylko będą w możności, spłacą swój dług. Do użytku lekarza znajduje się nadto mała apteczka podręczna i małe laboratorium, a dla urozmaicenia pobytu jest tam sala teatralna, kino, czasami odbywają się koncerty, nadto przeznaczono dużo miejsca na uprawianie sportu, jako to tennis, football i t. p.

Drugim etapem mej podróży był Rotterdam względnie t. z. hotel emigracyjny linii Holland-America. Na malej, wysuniętej wysepce między t. z. de Meuve Maas i Rijnhavem ulokowało się ze swemi biurami, hotelem emigracyjnym, ze wszystkimi przynależnymi budynkami i ogromnymi magazynami potężne Towarzystwo żeglugi morskiej Holland—America — Line, utrzymujące komunikację ze wszystkimi częściami Ameryki, a więc ze Stanami Zjednoczonymi, Kanadą, Argentyną, Brazylią, Meksykiem, Kubą, Urugwajem i t. d. Wychodźca, przybywający do hotelu, musi i tu wykapać się, a w czasie trwania kąpieli jego odzienie i bagaż są poddawane gruntownej dezynfekcji. Po kąpieli znajduje emigrant do swej dyspozycji fryzjera, następnie odbywa lekarz przedwstępne oględziny zarówno odzieży, jakoteż ciała co do czystości. W razie najmniejszych wątpliwości musi się pasażer jeszcze raz, a nawet i trzeci raz wykapać, a odzież dać do dezynfekcji. Osobny sanitariusz prócz tego oczyszcza mechanicznie nożykiem miejsca na odzieży (fałdy), gdzie z reguły mieszczą się jaja, złożone przez wszy. Po takim przygotowaniu odbywa się następnego dnia druga wizyta lekarska; osobno badają każdego specjaliści chorób skórnych i specjaliści chorób oczu. Główne badanie w obecności lekarza Towarzystwa, lekarza amerykańskiego i lekarza okrętowego, a więc w obecności trzech lekarzy odbywa się dopiero trzeciego dnia. Do badania spojówek używa tu lekarz zwykłej sondy Bowma, a przedstawiającej te same zalety i wady, co wyżej

opisany aparacik, używany przez lekarza angielskiego. Celem badania przy świetle używają tam lustra mniej więcej wielkości 50 cm.² otoczonego kilkoma silnymi lampkami elektrycznymi. Lekarz staje tyłem do lustra zwrócony. wychodząca — twarzą do lustra. Przez odbicie się lamp elektrycznych w lustrze jest twarz badanego bardzo jasno oświetlona. Mam wrażenie, jakoby za silne światło, przechodząc przez grudki, szczególnie nieżyty grudkowego (*Cl. follicul.*) czyniło je niewidocznym. — niechętnie wogóle badam przy sztucznym świetle, a jeżeli badanie jest konieczne, uważam zbyt silne światło za nieodpowiednie. Hotel, w którym pięciodniowy pobyt jest bezpłatny, bardzo schludnie utrzymany, może pomieścić 1000 osób; dla chorych emigrantów znajduje się oddzielny szpitalik o 28 łózkach, obok separata, dla umysłowo chorych, ściśle wedle nowoczesnych wymagań psychjatrii urządzona.

Ogromnym, luksusowo urządzonym okrętem „Veendam“, należącym do tejże linii, a kursującym między Nowym Yorkiem a Rotterdamem, przeprowiliem się do Boulogne sur Mer. Z powodu małej „kwoły“ amerykańskiej okręt ten prócz emigrantów zabiera na swój pokład t. z. turystów, t. j. Amerykan, zwiedzających Europę. I w Boulogne s/M. posiada Towarzystwo to obszerny hotel emigracyjny nieco za miastem, lecz w bardzo przyjemnym miejscu, tuż nad rzeką położony. Komunikację między portem a hotelem przeprowadza własne, na ten cel tylko przeznaczone auto. Sam hotel, mogący 400—500 osób pomieścić, składa się z obszernej pokoiów po 30 łózek, a nadto: z mniejszych ubikacji, dla pojedynczych rodzin przeznaczonych. Obszernie i wygodnie urządzone łazienki, stosowne przyrządy dezynfekcyjne i liczne inne przylegające budynki, jak kuchnia, sala jadalna, umywalnia, za pralnią, zajmują obszar na przestrzeni 4000 m². W przeznaczonych na cel ubikacjach odbywa się tuż przed wsiadaniem na okręt — wizyta lekarska.

Ostatniemi miejscem portowem, które zwiedziłem, był „Le Havre“, a hotel tam dla emigrantów należy do Towarzystwa francuskiego „Chargeurs Reunis“, przewożącego emigrantów do południowej Ameryki. Z portu, dokąd przewozi się emigrantów z Gdyni statkiem „Pologne“, dostają się wychodźcy autobusami do hotelu. Hotel, w centrum miasta położony, może pomieścić 1400—1800 osób, sale sypialne wspólne, czyste i widne, zaopatrzone w ciepłą i zimną wodę, centralne ogrzewanie, robią bardzo sympatyczne wrażenie. Za drobną dopłatą może pasażer ulokować się w zupełnie osobnym pokoju, jak w hotelu prywatnym. Obok mieszczą się kąpiele, stacja dezynfekcyjna, a na piętrze bardzo ładny, starannie utrzymywany, w apteczkę i laboratorium wyposażony, chwilowo zupełnie pusty szpitalik, a starannie przez lekarza prowadzone zapiski szpitalne i historie choroby dają obraz sumiennej pracy szpitala ten prowadzących.

Zestawiając wyniki tego, co widział i czego się w licznych a długich rozmowach z różnymi lekarzami dowiedział, muszę stwierdzić, że wysyłanie pasażerów, podejrzanych o jakąś chorobę zakaźną — nie mówiąc o wyraźnych przypadkach — jest bezcelowe, gdyż jest wyłączone, aby ktoś mógł się „prześlizgnąć“, zważywszy liczne i gruntowne badania, jakim pasażer podlega. W przypadkach wątpliwych, gdy się rozchodzi o stopień choroby, możliwość zarobkowania, ułomności fizyczne, należy zmiany te jaknajdokładniej opisać, a przedstawiciel linii okrętowej przedstawi ten

wywód odnośnej władzy, która ostatecznie o możliwości wyjazdu rozstrzygnie. Dla wychodźców do Kanady posiadają linje okrętowe gotowe kwestjonariusze z pytaniami, które należy jaknajściślej wypełnić, a które podlegają rozstrzygnięciu rządu kanadyjskiego. Odpowiedź, zezwalająca na wyjazd, jeszcze nie jest wprawdzie równoznaczną z ostatecznym zezwoleniem na wjazd do Kanady, gdyż ostateczną decyzję rezerwuje sobie Komisja w porcie, skoro atoli Komisja ta, zbadawszy emigranta, uzna, że opis stanu, na podstawie którego rząd kanadyjski zezwolił na wjazd, zgadza się z faktycznym stanem zdrowia, to nie robi ona żadnych trudności.

Jak z tego wszystkiego wynika, liczne i różne są przeszkody, stojące na drodze ku osiągnięciu zamierzonego celu. Krótko mówiąc, można wszystko streścić w dwu słowach: Nie ryzykować. Nie leży to ani w interesie Towarzystwa transportowego, ani wychodźcy: Towarzystwa transportowego, w dobrze zrozumianym kupieckim interesie, gdyż taki zwrócony emigrant jest jakby ciąglem memento dla tej miejscowości i okolicy całej, by tą linią okrętową nie udać się w podróż, i jest dla wszystkich jakby odstrasżającym przykładem wszelkiego z wyjazdem połączonego ryzyka. Dlatego wymagają też Towarzystwa przewozowe od lekarza ściślego przestrzegania odnośnych przepisów i dokładnego badania wychodźców. Szkoda, jaką taki zwrócony pasażer im przynosi, jest wprost nieuchwytna. Opowiadał mi kierownik nietutejszej filji, że jeden taki zwrócony pasażer, choć przed wyjazdem przestrzegany i choć następnie wyleczony, bez przeszkód pojechał, że ten pasażer jeszcze przez długi czas z miejsca pobytu pisywał listy do znajomych, odradzając im jazdę tą linią, którą on jechał, tak, że linja ta straciła znaczną liczbę pasażerów. Nie mija tydzień, aby nie zjawił się ktoś z mających zamiar wyemigrować z prośbą o dokładne zbadanie, gdyż w jego wsi przed rokiem, a nawet przed dwoma laty kogoś odesłali z powrotem. Tak daleko sięga pamięć o tem wydarzeniu.

A już wcale nie leży w interesie pasażera ryzykować! Wszelkie, zwykle przez wychodźcę wymieniane okoliczności, łagodzące niejako istniejące wady cielesne, jako to wiek starszy, wyjazd do krewnych, rodziców do dzieci lub odwrotnie, brak potrzeby pracowania na chleb — mogą zaważyć na szali tylko przed komisją, która, mając odpowiednie autentyczne dane, wydaje ostateczną opinię.

Nie powinien ryzykować i lekarz, jeżeli choćby raz jeden widział takiego odesłanego z powrotem emigranta, stojącego przed nim z wyrazem niewysłowionej rozpacz na twarzy i niemego wyrzutu w oczach, skierowanego do wrzekomego sprawcy jego nieszczęścia, do lekarza, jako tego, który pozwolił sprzedać mu ostatni mórg pola, ostatnią krowę, ostatnie odzienie, by tylko mógł próbować szczęścia i dotrzeć do owych, wrzekomu zlotodajnych, upragnionych i wymarzonych krajów. A jednak... gdy patrzyłem w powrotną mej drodze na owe złociste, ciężkie, zwisające kłosa ojczystej ziemi, na urodzajne i żyzne zagony, na gałęzie pełne owoców, na liczne stada i trzody pasące się pięknego bydła, na dymiące się kominy fabryk, wzdłuż linii kolejowej położonych, bezwiednie cisnęły się do głowy owe stare a znane, lecz zawsze i wszędzie prawdziwe słowa poety: Cudze chwalicie, swego nie znacie! Sami nie wiecie, co posiadacie.

Polemika

Kilka uwag z powodu oceny mojej monografii choroby Brighta

przez Pana D-ra M. Landsberga.

Niema bodaj książki — podręcznika, w której krytyk nie znalazłby czegoś, co, jego zdaniem, zasługuje na ujemną ocenę. Ale w każdej krytyce, liczącej się z intencjami autora, z celem, jaki miał przed oczyma, opracowując obrany przez siebie temat, wyczytać można także słowa uznania, a w każdym razie znaleźć objaśnienie o treści pracy. Niema tego zupełnie w ocenie mojej pracy o chorobie Brighta, napisanej przez P. dra M. Landsberga. Sprawia ona wrażenie, że wszystko, co w niej powiedziałem, jest niedobre. Niema w tej ocenie nawet treści książki — tego zasadniczego postulatów każdej oceny.

Nie mogę mówić o zupełnie ogólnikowym zarzucie, dotyczącym „mnóstwa usterek i niedomówień” nienazwanych. Siłą rzeczy muszę się ograniczyć do zarzutów, podniesionych w formie konkretnej przez P. dra M. L.

Pierwszy z nich odnosi się do sposobu opracowania ustępu o fizjologii nerek. W ustępie tym, podobnie, jak przy streszczeniu wiadomości o budowie nerek, podałem tylko najistotniejsze rzeczy. Tak, a nie inaczej czynią autorzy wszystkich podręczników klinicznych, o ile poruszają w swych pracach normalną anatomię i fizjologię. Wnikanie w szczegóły nie jest tu ani potrzebne, ani pożądane.

Drugi zarzut, uczyniony opracowaniu części ogólnej — a nie teoretycznej, jak napisał P. dr. M. L. — dotyczy ustępu o badaniu sprawności nerek. Zdaniem P. dra L. zagadnienie sprawności „nie jest podane wyczerpująco”. Niech mi będzie wolno zapytać P. dra L., czy sposoby badania sprawności, opisane zupełnie szczegółowo w tym ustępie, nie obejmują w zasadzie wszystkiego tego, czem się obecnie posługuje diagnostyka kliniczna, czy nie starczą aż nadto dobrze, ażeby z ich pomocą stworzyć dokładny obraz zaburzeń w czynności nerek, i czy P. dr. M. L., badając i lecząc chorego na chorobę Brighta, wyczerpuje do cna cały zastęp opisanych przezeń sposobów badania? Zapewne, nie wspominałem o t. zw. stałej Ambarda. Ale nie wspominałem dlatego, że to, co oznaczanie jej dać nam może, uzyskać można prostszymi sposobami. Doskonale chyba znał chorobę nerek, H. Strauss, mówi o tem dosłownie: „Ambard hat eine Konstante angegeben, bei welcher ausser dem Harnstoffgehalt des Blutes die Konzentration des Harnstoffes im Harn sowie das Körpergewicht und die Diurese berücksichtigt sind. Doch vermag die betreffende — nicht ganz einfache — Formel unseren Einblick im Vergleich zu den Orientierungen, die wir durch die einfache Reststickstoffbestimmung gewonnen haben, nicht in wesentlicher Richtung zu erweitern”. Nie uwzględniłem także „szerszego zastosowania próby wodnej Volharda”, bo jestem przekonany, że dla celów klinicznych starczy najzupełniej bardzo rozpowszechniona próba wodna Straussa.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że o rzeczach, które omawiałem w części ogólnej na 65 stronach druku, możnaby napisać o wiele więcej, przytoczyć bardzo jeszcze długi szereg prac i autorów. Ale powiększyłoby to ponad istotną potrzebę rozmiary książki, a praktyczna korzyść z takiego powiększenia byłaby zaiste bardzo niewielka. Co prawda, świadczyłyby takie rozszerzone ramy o większej erudycji piszącego. Z tym względem nie liczyłem się jednak zupełnie. Monografię choroby Brighta pisałem nie dla swojego pożytku, lecz dla pożytku innych i nie dla erudytyów klinicznych czy teoretycznych w dziedzinie renologii, lecz dla uczniów medycyny i dla młodych lekarzy. W moim rozumieniu starczy, jeśli w książce znajdą pierwsi to, co jest dla nich potrzebne, jako pomoc, w nauce klinicznej, drudzy wystarczające wskazówki dla samodzielnego badania i leczenia chorych w początkach lekarskiego praktycznego zawodu.

Opracowaniu części szczegółowej zarzuca P. dr. M. L. nierównomierność w traktowaniu strony t. zw. teoretycznej i klinicznej. „Widziny tu — mówi w swojej ocenie — detaliczne opisy cierpień nerkowych pobłoniczych, popłoniczych, cholerycznych i t. p. postaci niezbyt się różniących (różnice te zależą jedynie od większego lub mniejszego udziału tego lub owego systemu nerkowego w cierpieniu), a z drugiej strony nie wspomina się w części klinicznej o zastosowaniu tych prób, które opisuje się w części ogólnej. Ma się wrażenie, że teoria i praktyka stoją na dwóch biegunach”.

Nie wiem, czy p. dr. M. L., kreśląc pierwsze zdanie przytoczonego ustępu, chciał zaznaczyć, że opisy rozmaitych postaci etiologicznych choroby Brighta są zbyteczne w monografii tej choroby. To, co pomieścił w nawiasie, zdaje się uzasadniać takie przypuszczenie. Wnosiłby z tego trzeba, że autor krytyki nie uznaje ani współczesnego podziału przypadków choroby Brighta, ani różnic przebiegu i zejścia choroby, zależnych od jej pochodzenia i postaci. Jest to sprawa osobistego zaopatrywania. Proszę wskazać, ażeby zechciał uszanować także inne zaopatrywanie, przyjęte dziś bodaj że powszechnie i bynajmniej nie tylko moje osobiste.

W opisie pojedynczych postaci choroby Brighta, kreśląc ich obrazy kliniczne, nie mogłem tego inaczej uczynić, jak tylko przez szkicowanie objawów i to tak dobrze tych, które same przez się wpadają w oczy, jak i tych, o których objaśniają ściślej badania kliniczne, albo, jak je nazywa p. dr. M. L., próby kliniczne. Siłą rzeczy musiałem mówić o wynikach tych badań. Kreślenie w części szczegółowej metodyki badań i powtarzanie tego wszystkiego, co tworzy istotną treść części ogólnej, było chyba zupełnie zbyteczne.

W ustępach o leczeniu nie podobają się p. d-rowsi M. L. „dość zbędno zestawienia rozmaitych specyfików... oraz niemniej zbędna i wycofane z obiegu recepty”. „Nie wspomina natomiast autor o doskonałym środku moczo-pędnym, jakim jest mocznik”.

Zestawiłem, dla ułatwienia ich przeglądu, leki moczo-pędne z grupy purynowej oraz leki z grupy napatstnicowej, podając pochodzenie leku i sposób jego stosowania. Nie mogę pojąć, dlaczego tego rodzaju zestawienie miało obniżać wartość monografii.

Co do starszych leków, o niektórych z nich używają i dziś jeszcze wcale liczni lekarze. Nie wszystko, co jest starsze, jest też samem gorze. Czyż nie wracamy w medycynie do tego, co kiedyś było, a poszło na jakiś czas w niepamięć? I czy nie wolno autorowi monografii wspomnieć o rzeczach, posiadających historyczne znaczenie?

Wreszcie sprawa z mocznikiem. P. dr. M. L. myli się, twierdząc, że zapomniałem o nim. Wymieniłem go wśród leków moczo-pędnych (str. 136), tak samo, jak tyrodyne (str. 135) i przetwórcę ręciowy — novocasurol (str. 132).

Wzmianka o moczniku to szczegół w swojej istocie tak bardzo drobiazgowy, że właściwie nie warto mówić o nim ze względu na rzecz, jako taką. Niestety, świadczy ona o tem, że p. dr. M. L., nie dość dokładnie czytał książkę, którą miał oceniać. A dokładne poznanie to nieodzowny warunek obiektywnej oceny.

Prof. Dr. L. Korczyński.

Kraków, 17 listopada 1927.

Odpowiedź na uwagi prof. L. Korczyńskiego.

Poddając ocenie książkę Prof. Korczyńskiego, nie miałem, rzecz jasna, żadnych ubocznych intencji i starałem się uczynić to zupełnie bezstronnie.

Zbyt daleko zaprowadziłaby nas dyskusja nad tem, jaka próba sprawności nerek jest istotna, a która jest podrzędna. Tak się dzieje naprz. ze stałą Ambarda, która we Francji jest b. ceniona, a w Niemczech surowo krytykowana. Co się tyczy nierównomiernego, zdaniem mojem, podziału pomiędzy praktyką a teorią w omawianej książce, to, po jej ponownem przestudjowaniu, muszę zarzut ten powtórzyć. Nadmieniam, że strona faktyczna książki jest bez zarzutu.

Mówiąc o zbędnych receptach, miałem na myśli nie stare recepty ziołowe, które czasami oddają wcale niezłe usługi, lecz nużące zestawienia właśnie „ultra” nowych środków grupy purynowej i napatstnicowej.

Środki te, bezwątpienia, muszą być używane w chorobach nerkowych, lecz z równem powodzeniem możnaby w podręczniku np. chorób zakaźnych podać także same zestawienie środków nasercowych.

Co się tyczy mojego uchybienia co do mocznika to przyznaję, że przeczytałem ową wzmiankę, ale tylko właśnie wzmiankę o tym doniosłym leku moczo-pędnym.

Zaopatrywanie Szanownego autora szanuję, ale ocenę Jego książki mogłem podać tylko na zasadzie własnych poglądów, które rzeczywiście różnią się od poglądów Szanownego autora.

Marceli Landsberg (Warszawa).

Sprawy zawodowe

Protest Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Z powodu „Projektu ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarabkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego”.

Zacytowany projekt ustawy, opracowany przez departament społeczny ministerstwa pracy i opieki społecznej z datą 1927, wywołał już szereg zastrzeżeń i krytyk zarówno w prasie, jak i w memorjach, które złożone zostały w ministerstwie pracy i opieki społecznej, jak wreszcie w uchwałach, powziętych ex re projektu na zebraniach społecznych organizacji lekarskich.

Naogół opinie te wypadły dla projektu bardzo niekorzystnie. Jako urzędowa przedstawicielka świata lekarskiego, zabrała również głos Naczelna Izba Lekarska, uwydatniając słabe i złe strony projektu w memorjach, złożonym p. ministrowi pracy i opieki społecznej (odpis memorjału p. Nowiny Społeczno-Lekarskie, 1927. Zeszyt 9 i 10).

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, całkowicie podzielając opinię Naczelnej Izby Lekarskiej, pragnie tutaj podkreślić jedynie przykładowo dwa najwięcej rażące punkty rzeczonego projektu ustawy.

Mianowicie: art. 112 projektu przewiduje ustawowe wprowadzenie ambulatoryjnego systemu leczenia. Oznacza to dla ubezpieczonych całkowite zniesienie wolnego wyboru lekarza, opartego na czynniku zaufania, dla zawodu zaś lekarskiego zmechanizowanie czynności lekarskich, a w wyniku ostatecznym obrażenie wykonawstwa lekarskiego, obniżenie wiedzy i nauki lekarskiej. Zapewne gwoli jedynie założeniom teoretycznym, nie licząc się zupełnie z wymaganiem życia, natomiast z wielką szkodą dla społeczeństwa rzeczonego projekt ustawy stara się wyprzedzić w danym razie prawodawstwo tych państw Europy Zachodniej, które, aczkolwiek od wielu lat posiadają Kasy Chorych, wszakże z ambulatoryjnego systemu leczenia korzystają tylko w bardzo szczupłym zakresie.

Słynny zaś art. 221 stanowi chęć ujarzmienia zarówno lekarzy kasowych, pracujących na zasadzie umowy pisemnej, jak i wszystkich lekarzy wogóle (p. art. 112 ustęp 3), a to przez wprowadzenie kar w postaci grzywnien względem lekarzy, odmawiających udzielania porad chorym ubezpieczonym, a nawet przez pozbawienie lekarzy w drodze sądowo-karnej prawa wykonywania praktyki lekarskiej na okres 1 do 6 miesięcy.

Sprzeczność tego artykułu z konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej (art. 101 i 108), dalej z ustawą w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 105, art. 14, 15 i 16, poz. 762), przewidująca przymus udzielania porad jedynie w przypadkach nagłych, groźnych dla życia, wszakże za wynagrodzeniem (art. 20 tejże ustawy), wreszcie brak w ustawodawstwie karnym jakiegokolwiek postanowienia karnych za niewypelnienie umowy, a więc tembardziej za niezgadanie się na warunki nowej umowy, nie powstrzymały, jak widzimy, autorów projektu od zredagowania omawianego artykułu, wymierzonego przeciwko lekarzom.

Dwa przytoczone przykłady aż nadto chyba wymownie stwierdzają, że wzmiankowany projekt ustawy w obecnej swej formie nie nadaje się zupełnie do wprowadzenia go w życie; że przeto winien ulec zasadniczym przeróbkom i zmianom zgodnie z opinią miarodajnych sfer (ekonomicznych, lekarskich, farmaceutycznych i t. d.), czemu i Stowarzyszenie Lekarzy Polskich dało wyraz na swem posiedzeniu odczytowo-dyskusyjnym w dniu 17 czerwca r. b.

Obecnie zaś spełniając wolę stowarzyszonych, wyrażoną na tenże posiedzeniu, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich podnosi jaknajgorętszy i bezwzględny protest i odpiara te zarzuty i insynuacje przeciwko stanowi lekarskiemu, które zawarte są w pomienionym projekcie ustawy w uzasadnieniach szczegółowych do art. 112 (ustęp 3) i do art. 116.

Czytamy tam (str. 124 projektu ustawy):

„O ile lekarze nie traktują swych obowiązków dość sumiennie, zbyt hojnie udzielają świadczeń, zbyt łatwo ulegają żądaniom symulantów, najdalej idące oszczędności w innych wydatkach wobec ich znikomej wysokości w stosunku do wydatków na świadczenia, mogą osiągnąć tylko minimalne rezultaty. Marnotrawstwo lekarzy uniemożliwi może wszelkie wysiłki oszczędnościowe. (Ścisłjsza kontrola niejednokrotnie wykazała, że wśród poddanych ponownemu badaniu okazywało się 50% symulantów)“.

A dalej znowu w innym miejscu (str. 135):

„Kasy ubezpieczeń społecznych potrzebują sumiennych, obowiązkowych i mających poczucie społeczne lekarzy, przytem na warunkach ze względów finansowych możliwych do przyjęcia. Musi

zatem być Kasom zagwarantowana możność wyboru lekarzy, zasługujących na zaufanie“.

Zdumienie wprost ogarnia, gdy w publikacji urzędowej czyta się przytoczone ustępy o niesumieńnem wypełnianiu obowiązków przez lekarzy, o popieraniu symulantów, o marnotrawstwie lekarzy, o braku społecznego poczucia wśród lekarzy, ustępy, wypowiedziane już to w formie warunkowej, już to w formie rzekomego twierdzenia, już to w formie życzeń, mających rzucić złe światło na stan lekarski, ustępy w sumie stanowiące ogólnikową napadę na stan lekarski bez ścisłego podania liczb, dat i miejsca, gdzie zaszły takie fakty.

Trudno przypuścić — trudno wprost uwierzyć, aby autor czy autorowie ministerjalnego projektu o ubezpieczeniach społecznych nie zdawali sobie należytej sprawy ze stanu rzeczy u nas wśród zawodu lekarskiego, z tych dużych wartości zarówno zawodowych, jak i społecznych, które cechowały uprzednie pokolenie lekarskie, a które i obecnie cechują zawód lekarski. Obok sumiennego i dobrego wykonawstwa swego zawodu, stan lekarski polski wniósł do społeczeństwa wielkie zasoby ofiarnego patriotyzmu i dużo dowodów gotowości dla dobra społeczeństwa. Lekarze szli zawsze w pierwszym szeregu przodowników naszego narodu.

Na przestrzeni lat wytworzył się u nas typ lekarza nie tylko zawodowca, ale i lekarza działacza i sternika społecznego; zwłaszcza na prowincji lekarze byli częstokroć, a są i obecnie, jądrem krystalizacyjnym wszelkich poczynań społecznych, ośrodkiem twórczej myśli i płodnego czynu. I oto powstał wysoki poziom współzycia między lekarzami a społeczeństwem, powstały normy etyki, obowiązujące lekarza w stosunku do społeczeństwa. Wstępujące w życie nowe pokolenia lekarskie kształciły się i wychowywały społecznie na szlachetnych i pięknych wzorach pozostawionych przez swych poprzedników, wciąż dokonując ze swej strony typ lekarza polaka myślącego, czującego i działającego społecznie.

Każdy zabór w Polsce niewolnej wydał całe szeregi imion wielkich, koryfeuszów zawodu lekarskiego, a jednocześnie i koryfeuszów naszego społeczeństwa, że przytoczymy tylko nazwiska Marcinkowskiego, Baranieckiego, Dietla, Chałubińskiego, Dunina, Chelchowskiego t. d., za którymi krok w krok nadążał cały zespół lekarski.

Toż to jest abecadło społeczne, z którym ma obowiązek zapoznać się każdy działacz społeczny i każdy urzędnik, opracowujący ustawy społeczno-lekarskie. To też, o ile istotnie autorzy projektu nie są uświadomieni co do praw deontologicznych, obowiązujących w zawodzie lekarskim, poleć im należy w tym celu najnowsze podręczniki predeceutyki lekarskiej prof. A. Sokołowskiego oraz liczne prace Wł. Biegańskiego, a zwłaszcza jego „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej“.

Uporządkowane stosunki wśród zawodu lekarskiego w zakresie obowiązków lekarza względem społeczeństwa nawet w obecnym okresie ogromnego chaosu społecznego, cechującego nasze stosunki wewnętrzne po wielkiej wojnie światowej, nie uległy zasadniczym odchyleniom od dotychczas ustalonych zwyczajów dla zawodu lekarskiego norm. Tylko dawny teren oddziaływania lekarskiego znacznie się skurczył z chwilą powstania Kas Chorych, instytucji, jak dotąd, nawskroś etatystycznej.

Tu właśnie dochodzimy do jądra rzeczy.

Obecnie istniejące Kasy Chorych, powstałe bez uwzględnienia słuszych postulatów świata lekarskiego, są źródłem stałych tarć, ciągłych sporów i walki między Zarządami Kas a lekarzami. Nowy projekt ustawy nie tylko nie stara się poprawić stanu obecnego, ale przeciwnie, usiłuje stosunki te znacznie pogorszyć, jak to uwydatniłmy wyżej na dwóch przykładach. Jako siła uświadomiona i zorganizowana, lekarze żadną miarą nie mogą się poddać narzuconym formom współpracy z Kasami Chorych i w pełnem zrozumieniu ciągłych na nich obowiązków zawodowo-społecznych muszą walczyć, dopóki nie otrzymają należnych im w zakresie oddziaływania na lecznictwo kasowe praw.

A gdy to się wreszcie stanie, gdy na zasadzie sprawiedliwej ustawy zapanuje owa z prawdziwem utęsknieniem oczekiwana przez świat lekarski harmonia współpracy między lekarzami a Zarządami Kas, wówczas znikną skargi i narzekania na lekarzy kasowych i napadci na lekarzy wogóle, wówczas również i autorowie, ukryci pod egidą publikacji ministerjalnych, nie będą już mieli możności robienia pod adresem zawodu lekarskiego wycieczek i insynuacji, w guście wyżej przytoczonych in extenso publikacji ministerjum pracy i opieki społecznej.

Sekretarz—Członek Zarządu (—) Dr. Jaworski.

Przewodniczący (—) Dr. Osinski.

Warszawa, 29.X. 27.

www.dlibra.wum.edu.pl

MEDYCyna SpoŁeczna

O ustawodawstwie przeciwgruźliczem.

(Uwagi krytyczne do projektu rządowego rozporządzenia o zwalczaniu gruźlicy).

Podał
Mieczysław GANTZ (Warszawa).

Walka z gruźlicą nie powinna
być walką z chorym na gruźlicę.
Huchard.

Ustawodawstwo sanitarne ma na celu opiekę nad zdrowiem ludności w kraju i w interesach tego zdrowia ma prawo uciekać się do ograniczenia wolności indywidualnej obywateli, o ile ograniczenie to może istotnie przyczynić się do osiągnięcia celu pożądanego. Zaznaczyć się jednak godzi, że przedmiotem tej opieki winni być nie tylko ludzie zdrowi, których przed zachorowaniem chronić należy, lecz i obywatele chorzy, którzy również mają prawo do opieki władz państwowych czy komunalnych. Upośledzenie jednych kosztem drugich znajduje zastosowanie w wypadkach wyjątkowej konieczności. Nowsze prądy w zwalczaniu chorób zakaźnych zdążają w kierunku jaknajmniejszego ograniczenia chorych na ostre choroby zakaźne i ich otoczenia, nie zmniejszając przez to bezpieczeństwa pozostałej ludności. Być bardzo może, że z biegiem czasu przymus izolacji i kwarantany zostanie zniesiony w stosunku do większości chorób zakaźnych. Odrębne zupełnie pod tym względem stanowisko zajmuje choroba zakaźna przewlekła, jaką jest gruźlica, przenosząca się najczęściej bezpośrednio, rzadziej pośrednio, z chorego na zdrowego. Nikt, choć trochę obdarzony zmysłem rzeczywistości, nie może, na przykład, na serio myśleć o przymusowej izolacji wszystkich chorych z gruźlicą płuc, nawet tylko niebezpieczną dla otoczenia. Kto zdaje sobie sprawę z liczby tego rodzaju chorych, ten rychło zrzuci nierealność podobnego zamierzenia, przechodząc nad nim do porządku dziennego. Doświadczenie, oparte na ścisłych przesłankach naukowych, pozwala nam na prowadzenie walki z gruźlicą sposobami równie energicznymi, a jednak bardziej realnymi. Jasne, że wobec częstoty gruźlicy wśród ludności, wobec szczególnego podłoża tej choroby, powzięcie odpowiednich zarządzeń natury ustawowej winno być decydowane z szczególną ostrożnością.

Stwierdzić należy przedewszystkiem, że gruźlica niepodobna zwalczyć najlepszą nawet ustawą. Ta par excellence choroba społeczna, tysiącem nici związana z warunkami ekonomicznymi i mieszkaniowymi, w jakich żyje ludność, alkoholizmem i t. p., musi być zwalczana wszelkimi środkami, zdążającymi do usunięcia tych czynników społecznych, które są najlepszym dla niej podłożem. Samymi tylko zakazami chorób, gruźlicy zaś w pierwszym rzędzie, zwalczyć nie można. O słuszności tego faktu przekonaliśmy się na własnej skórze w czasie okupacji niemieckiej, kiedy władze okupacyjne nie żałowały najrozmaitszych zakazów, usiłując tą drogą wpłynąć na chorobowość ludności, a kiedy, wskutek katastrofalnych warunków życia, osiągnęliśmy niebawym rekord w umieralności z gruźlicy.

W zwalczaniu gruźlicy społeczeństwa bogatsze przeżywały kilka okresów. Po zupełnej, zda się, rezygnacji, wypływającej z panującego przez czas pewien pojęcia o bezwzględnej dziedziczności gruźlicy, nastąpił okres wiary niemal entuzjastycznej w działanie klimatu górskiego, czy podgórskiego, a wraz z tem w zbawienne znaczenie sanatorjów. Życie przekonało wkrótce o niewspółmierności i kosztowności wyników, otrzymywanych w tych zakładach w porównaniu z ogromem zadania, jakim było zwalczanie gruźlicy w danym kraju. Rozczarowanie ustąpiło wkrótce miejsca takiej samej niemal, jak poprzednio, wierze w wszechpotęgę przychodni. Powoli dopiero krystalizowało się jedynie słuszne pojęcie, według którego każdy z tych czy innych środków, niewątpliwie bardzo pożytecznych w swoim rodzaju, sam przez się w oderwaniu zdziała niewiele, jeśli nie będzie poparty przez pozostałe równie ważne lub może na pozór nieco mniej ważne. Jedynie całokształt skoordynowanych ze sobą urządzeń zapobiegawczych i leczniczych może przynieść istotną korzyść w racjonalnym zwalczaniu kłeski, jaką jest gruźlica. Ustawodawstwo przeciwgruźlicze, niezbędne w każdym kraju w celu pewnego uporządkowania sposobu walki i w celu zmuszenia czynników obojętnych czy opornych do energicznych przedsięwzięć, musi uwzględnić powyższe uwagi, jeśli ustawa nie ma zostać fikcją. Ustawa przeciwgruźlicza winna tedy być regulatorem walki z gruźlicą, niestety, ograniczonym w swej ekspansji dopóty, dopóki nie nastąpi ta szczęśliwa chwila, kiedy pozycje bilansów państwowych będą odwrócone w ten sposób, by na sprawę zdrowia publicznego można było wydawać co najmniej te sumy, które figurują obecnie w rubryce ministerstwa wojny, i odwrotnie. Sumy, bowiem, niezbędne do prowadzenia istotnej walki z gruźlicą, zwłaszcza w naszym kraju, który w ostatnich czasach przeżył tyle klęsk najrozmaitszych, są olbrzymie. Wystarczy wziąć pod uwagę te sumy, które potrzebne są do rozciągnięcia opieki właściwej nad dzieckiem i matką, do urzeczywistnienia higieny mieszkań i warsztatów pracy, do rozrzucenia przychodni po całym obszarze kraju, do stworzenia i utrzymywania dostatecznej liczby łóżek w szpitalach i sanatorjach, do zaprowadzenia opieki nad chorymi gruźliczymi i ich rodzinami i t. p., by zrozumieć, jak olbrzymie i ciężkie zadanie staje przed władzami i całem społeczeństwem. Wymaga ono bez przesady mobilizacji ogólnej, by móc skutecznie walczyć z gruźlicą. Współdziałanie to jest w pierwszej linii niezbędne do uzyskania środków pieniężnych. Należałoby, może, poważnie pomyśleć o powszechnym ubezpieczeniu obowiązkowym przeciw gruźlicy, zalecanem w r. 1918 przez Menarda (Pr. méd. 1918. XI) we Francji. Ustawa przeciwgruźlicza musiałaby tylko skierować te usiłowania powszechne w jedno wspólne łożysko według najlepiej opracowanego planu.

Dobra ustawa zwalczająca chorób zakaźnych, a szczególnie ustawę przeciwgruźliczą musi cechować kilka szczegółów zasadniczych, a mianowicie: 1) winna mieć na celu opiekę nad najszerszymi masami ludności w sensie zapobiegawczym, 2) winna dbać w równej mierze o ludzi zdrowych, co i chorych, 3) winna,

rzecz jasna, dla dobra ogółu ludności, zarządzać ograniczenie wolności indywidualnej w razach istotnie koniecznych, nie uciekając się do zbyt technicznych i bezskutecznych ciężarów i dając za to pewną rekompensatę chociażby w postaci opieki nad chorymi, 4) winna, co najważniejsze, być wykonalną, to znaczy nie być ustawą fikcyjną, papierową. W przeciwnym razie nie osiągnie celu, a nawet zaszkodzi sprawie istotnego zwalczania gruźlicy.

Gdy pod kątem widzenia uwag powyższych spróbujemy rozejrzeć się w projekcie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu gruźlicy, musimy przyznać, że zdaniem naszym, projekt ów nie odpowiada wystawionym powyżej tezom. Dążąc do ugruntowania walki z gruźlicą na terytorjum naszego kraju, projekt posiada, niestety, sporo cech walki z chorem, a nie z chorobą, a poza tem jest w naszych warunkach w obecnej swej postaci bardzo trudny, jeśli nie niemożliwy do zrealizowania.

Punktem wyjścia rozporządzenia i do pewnego stopnia, jego kośćcem jest art. 1, który ustanawia „obowiązek zgłaszania każdego stwierdzonego przypadku gruźlicy płuc i krtani, jakoteż każdorazowej zmiany mieszkania osoby chorej i każdego przypadku zgonu z gruźlicy“. W ten sposób, o ile artykuł ten w niezmienionej postaci zostanie w rozporządzeniu, przeskakujemy nagle z stanu zupełnego niemal braku przepisów obowiązujących o zgłaszaniu gruźlicy do prawie najradykałniejszego brzmienia tego prawa o zgłaszaniu, obejmującego wszelkie przypadki gruźlicy w ogóle i obowiązującego dotąd w Europie tylko w Anglii i Danii. Użyłem świadomie wyrazów „brak przepisów“, gdyż istniejące u nas wprowadzone od r. 1919 rozporządzenie o zgłaszaniu przypadków gruźlicy płuc otwartej pozostało na papierze. Pierwotne propozycje byłego ministerstwa zdrowia przewidywały swego czasu zgłaszanie gruźlicy otwartej, co następnie zostało zastąpione przez wyrazy „niebezpiecznej dla otoczenia“. Na I Zjeździe Przeciwgruźliczym w Krakowie Rudzki słusznie podnosił brak ścisłości w zazwyczaj używanym wyrażeniu „gruźlica otwarta“, nie udało się jednak, niestety, dotąd zamienić go wyrażeniem bardziej precyzyjnym. Z punktu widzenia klinicznego przypadek gruźlicy zamkniętej stać się może za chwilę, czy po pewnym czasie lub wreszcie w pewnych okresach otwartym. Użycie wyrażenia „niebezpiecznej dla otoczenia“ czyni przepis nieco łatwiejszym do użycia i pozostawia decyzję lekarzowi ordynującemu, który sam winien się zorientować, czy i kiedy chory jego jest niebezpieczny dla otoczenia.

Brzmienie, proponowane obecnie, stwarza cały szereg trudności, niekiedy nie do przebycia i stać się może przyczyną nadużyć w obu kierunkach, t. j. w kierunku utajenia choroby lub nadmiernej gerliwkości. Uzasadnienie do projektu rozporządzenia powiada, że wspomniane wyżej, a zawarte w ustawie z r. 1919 o zwalczaniu chorób zakaźnych określenie gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia „następczałoby w wykonywaniu wiele trudności, a mianowicie dla nielekarzy“. Jeśli istotnie było to trudne tylko dla nielekarzy, to obecnie stanie się trudne i dla lekarzy. Postawienie, bowiem, rozpoznania gruźlicy płuc nieraz bywa sprawą bardzo trudną. Wprowadzenie artykułu powiada o konieczności zgłoszenia przypadku „stwierdzonego“, po-

zostawia tedy furtkę lekarzowi ordynującemu, przysparzającą tak szeroką, że mam obawę, iż spora liczba przypadków gruźlicy ulotni się przez nią. Z drugiej strony należałoby w myśl projektu art. 1 go meldować wszystkie przypadki gruźlicy wygojonej u dorosłych, a stwierdzonej drogą badania fizykalnego i Roentgena, skoro nie przewidziano w rozporządzeniu, czy tylko czynne przypadki podlegają zgłoszeniu. W myśl wreszcie tego artykułu i na tej samej zasadzie trzeba będzie zgłaszać i te coraz częściej rozpoznawane przy pomocy zdjęć rentgenowskich zagojone ogniska pierwotne w płucach u dzieci. Skoro poza tem bardzo trudno będzie dowieść lekarzowi, że rozpoznanie jego, nie stwierdzające istniejącej gruźlicy płuc, jest świadomie błędne, groźba kary w myśl artykułu 16-go (1000 zł. lub areszt do 3-ch miesięcy) pozostanie fikcją. Karać otoczenia tembardziej nie będzie można, mniej jeszcze, bowiem, można żądać od nich postawienia rozpoznania właściwego. Rezultat, jaki po artykule I-yim musi nastąpić, będzie niezwykle korzystny pod tym względem, że doprowadzi do rychłego i wybitnego zmniejszenia się zachorowalności na gruźlicę w Polsce... na papierze. A że śmiertelność z gruźlicy pozostanie zapewne bez zmiany, tedy będzie można mówić o szczególnej złośliwości gruźlicy płuc u nas, kończącej się w znacznym odsetku przypadków śmiercią. Gros spraw, odbywających się w drogach oddechowych, będzie należało odłączyć od rubryki niewinnych nężyłów eskrzeli, czy to skutkiem obawy lekarzy o możliwość narażenia chorych na zbytczesne przyrętności, czy też ze względu na uczciwość, zmuszającą lekarza do wzmożonej, wobec ustawy, ostrożności w rozpoznawaniu. Zgłaszane będą przeważnie przypadki gruźlicy płuc, w których stwierdzono obecność prątków w płwocinie, to jest t. zw. gruźlica płuc otwarta.

Rejestracja chorób zakaźnych, a więc i gruźlicy, staje się wtedy tylko czynnikiem korzystnym, czyli zarządzeniem racjonalnym, jeśli pociąga za sobą odpowiednie skutki celowe ze względu na walkę z chorobami zakaźnymi. O samą statystykę, o zanotowanie wszystkich możliwych przypadków gruźlicy chyba nie idzie w danym rozporządzeniu, władze, bowiem, zdają sobie zapewne sprawę z tego, że w naszych warunkach, zwłaszcza, jeśli idzie o wieś, statystyka ta będzie daleka od rzeczywistości. Doświadczenie, oparte na istnieniu od lat kilku przymusowym zgłaszaniu ostrych chorób zakaźnych, dostatecznie przekonywa, co warta jest w naszych warunkach tego rodzaju statystyka. Należy tedy wnosić, że jednym z celów zapowiedzianego zgłaszania jest wkroczenie władz sanitarnych w celu unieszkodliwienia dla otoczenia chorych niebezpiecznych i w celu ratowania tych chorych, którzy narazie nie są jeszcze niebezpieczni dla otoczenia (stad rozkaz zgłaszania wszystkich przypadków gruźlicy płuc). § 8 artykułu 4-go przewiduje nawet w pewnych wypadkach przymusowe umieszczenie w szpitalu. Zjawia się jednak wnet pytanie, gdzie zamierzają władze umieścić wszystkich tych chorych, którzy się, w myśl intencji twórcy projektu ustawy, a przede wszystkim w myśl istotnego zwalczania gruźlicy, nadawali do umieszczania w szpitalu. Należy samemu przez czas pewien pracować w przychodni przeciwgruźliczej, by przekonać się o beznadziejnym wprost stanie tej sprawy w chwili obecnej. Umieszcze-

nie w szpitalu chorego z bardzo posuniętą gruźlicą płuc i krtani, który, co podkreślam szczególnie, sam nieraz prasił o skierowanie do szpitala, rozumiejąc swe położenie, było dla mnie częstokroć zadaniem wprost nie do rozwiązania. Niezliczone przepisy biurokratyczne, wymagające od nędzarza w ostatnim stadium gruźlicy, tygodniowych starań, są najczęściej nie do przebycia, o ile... nie można skorzystać z odpowiedniej protekcji. Trzeba się wżuć w tragizm podobnej sytuacji, by zrozumieć wartość realną ustawy przeciwgruźliczej, która nie przewiduje przymusu przyjmowania takich chorych do szpitali bez płatnie. Odsobnienie w mieszkaniu jest najczęściej fikcją, instytucji *Grancher* nie posiadamy i, powiedzmy szczerze otwarcie, w naszych warunkach kulturalnych na wsi, długo jeszcze mieć nie będziemy. Pozostają „przepisy higieniczne“, hojnie na wzór reklam kolejowych i tramwajowych o kakao, likierach i t. p., rozdawane chorym, mieszkającym w ciemnych wilgotnych norach, nieraz na 2-giej kondygnacji pod suteryną i mającym dla rodziny, składającej się z ośmiu osób, aż dwa łóżka! Należy przejrzeć sprawozdania wywiadowczyń, by pojąć całą bezradność naszych poczynań dotychczasowych. Niewiele tu pomogą najenergiczniejsze zabiegi Warsz. T-wa Przeciwgruźliczego, które, zresztą, na tem miejscu z całym uznaniem podkreślam, skoro, z natury samej, są bardzo ograniczone. Bez dostatecznej liczby miejsc szpitalnych dla chorych gruźliczych, bez odpowiedniej liczby łóżek sanatoryjnych, bez poprawy sytuacji mieszkaniowej przychodnie są zaledwie drobnym plasterkiem, mającym pokryć ranę, broczącą krwią.

§ 4 i 5 art. 4 słusznie przewidują cały szereg zakazów w stosunku do osób gruźliczych, jak „zakaz karmienia, pielęgnowania i wogóle wykonywania przez osoby gruźlicze zajęcia, wymagającego bezpośredniego ich stykania się z dzieckiem“, a dalej „zakaz zatrudniania osób, dotkniętych gruźlicą w wytwórniach i miejscach sprzedaży artykułów spożywczych i przedmiotów użytku, które mogą szczególnie łatwo przenosić zarazę“. Rozporządzenie to należy, niewątpliwie, rozumieć dwojako, jako środek zapobiegawczy w celu niedopuszczenia do wykonywania zajęć przez ludzi chorych na gruźlicę, co wymaga uprzedniego zbadania kandydatów do tych stanowisk, i jako środek radykalny, zalecający natychmiastowe usunięcie chorych z chwilą przekonania się o ich chorobie. Ustawodawca zapewne umyślnie ujął w ten sposób te artykuły ustawy, jako „zarządzenia, służące do zwalczania gruźlicy“, chcąc od razu objąć ustawą ramową wszelkie możliwe w tym względzie wypadki i pozostawiając bliższe określenie, widocznie, władzom wykonawczym. Jeżeli co do niedopuszczania chorych na stanowiska powyższe nie może być dwóch zdań, jeśli poza tem i dążenie do usuwania chorych karmicieli, pielęgniarzy, nauczycieli, kucharzy, kelnerów i t. p. jest zupełnie słuszne, to jednak w całej ustawie nie widać wcale, by ustawodawca pomyślał o tych licznych chorych, których nagle z wejściem w życie ustawy, trzeba będzie pousuwać z ich stanowisk. W myśl, bowiem, tych artykułów władze wykonawcze powinny natychmiast zarządzić badanie lekarskie wszystkich tego rodzaju pracowników w najobszerniejszym znaczeniu tego słowa, nie polegając na zgłaszaniu lekarzy ordynujących. I oto zjawia się pytanie, co uczynić z tymi chorymi, najwidoczniej niebezpiecznymi dla otoczenia. Nie po-

śladamy jednak dostatecznej liczby łóżek w szpitalach i sanatoriach, by ich wszystkich izolować, nie mamy żadnych albo prawie żadnych ustaw, umożliwiających im leczenie i zabezpieczających jako tako byt ich rodzin. Usunięcie ich z zajęcia nie wyłącza możliwości szerzenia gruźlicy poza zajęciem, w domu i poza domem. Jest to poza tem równoznaczne z skazaniem tych chorych i ich rodzin na śmierć głodową. Nic dziwnego, że już teraz kolejarze i urzędnicy, chorzy na gruźlicę płuc czy krtani, lub, jakem widywał, jamy ustnej, ukrywają swą chorobę przed swymi lekarzami urzędowymi i błagają lekarza prywatnego o bezwzględna tajemnicę w obawie natychmiastowej utraty posady, a w razie dalszego postępu choroby sami kładą nieraz kres swemu życiu. Wprawdzie można zauważyć, że ustawa ramowa nie może przewidywać tego rodzaju zabezpieczeń, że nie jest to jej zadanie, — skoro jednak dotąd nie posiadamy ustawy powszechnej, zabezpieczającej na czas długi na wypadek choroby i niezdolności do pracy, nie należy wydawać podobnie drażliwych przepisów. Ustawa pruska nie przewiduje tego zarządzenia, a, mimo to, *Bräuning* w Szczecinie próbuje rozwiązać to zadanie bardziej humanitarnie. Opierając się na brzmieniu § 5 ustawy pruskiej, według którego przychodnie mają dbać o zapobieganie szerzeniu się gruźlicy i opiekować się chorym i ich rodzinami, *Bräuning* postanowił spróbować usunąć chorych na gruźlicę fryzjerów i fryzjerki, dając im po 60 mk. tygodniowo (zarobek ich tygodniowy wynosił 80—100 mk.). Udało się w ten sposób usunąć wszystkie 10 takich osób. Służące i piastunki usuwano do ognisk kobiecych dla otwartej gruźlicy, urządzonych przez miasto. W projekcie rozporządzenia omawianego art. 7 o zadaniach przychodni mógłby być wprowadzony interpretowany w podobny sposób, w dzisiejszych jednak naszych warunkach, jak już to wielokrotnie wspomniano, tego rodzaju środki u nas są niestety nie do przeprowadzenia, zwłaszcza, że środki zaradcze Szczecina nie dają się zastosować w dużych miastach. Nagłe wprowadzenie w życie przepisu powyższego bez uprzedniego zabezpieczenia chorego i jego rodziny na czas choroby, będzie miało — wobec przymusu rejestracji — ten skutek, że chorzy na gruźlicę w obawie o los swój i swych najbliższych nie będą zwracali się do lekarzy, lecz do znachorów. W czasach rozmaitych *Wojnowskich* podobne zarządzenie winno być wprowadzane w życie nieczmiernie oględnie. Życie codzienne uczy nas, jak ten sam przepis w naszych niezupełnie kulturalnych warunkach wpływa na leczenie chorych ostro zakaźnych, uciekających się do pomocy felerów, ukrywających chorobę. Cóż dopiero mówić, przy obecnym stanie szpitalnictwa przeciwgruźliczego, o chorobie przewlekłej, której zgłoszenie w każdym okresie choroby (w myśl art. I) i na bardzo długi przeciąg czasu może spowodować dla chorego nieobliczalne zgrzyoty bez jakiegokolwiek rekompensaty. Sprawa ta była omawiana w stosunku do nauczycieli na ostatnim zjeździe niemieckich lekarzy sanatoryjnych w czerwcu r. 1927 przez *Steinmeyera*, który zalecał badanie nauczycieli co do stanu płuc co 3 lata wraz z natychmiastowym urlopowaniem tych, u których stwierdzono gruźlicę płuc czynną, na przeciąg dwu lat i z zachowaniem przez ten czas poborów. O ile, proponuje dalej *Steinmeyer*, w ciągu 2 lat nie następuje wyleczenie praktyczne, nauczy-

ciel zostaje zwolniony i otrzymuje 80% ostatnich poborów, z tem jednak, że może i później wrócić, po wyzdrowieniu, na posadę, nie tracąc lat służby. Każdy nauczyciel chory na gruźlicę w stanie zakaźnym i ukrywający ją świadomie, traci prawo do wymienionych przywilejów. Jest to tylko propozycja, lecz, przynajmniej, jedynie słuszną w powyższych okolicznościach. W Danji nauczyciele otrzymują w razie choroby subsydjum od państwa na leczenie.

Sprawa zgłoszeń, utrzymanych nie w tak obszer-nych rozmiarach, jak tego żąda projekt omawiany, była przedmiotem bardzo ożywionej dyskusji we Francji w r. 1919 w rozmaitych instytucjach lekarskich. W Société de Médecine w Paryżu powzięto uchwałę, według której zgłaszanie obowiązkowe nie jest bezwzględnym warunkiem organizacji walki z gruźlicą i że dyskusja o obowiązku zgłaszania winna być podjęta wówczas, gdy kraj będzie posiadał cały rymsztunek przeciwgruźliczy. To samo mniej więcej postanowienie powziął Syndykat lekarzy w Paryżu, i lekarze departamentu Sekwany. Bezançon w imieniu stałej komisji przeciwgruźliczej w r. 1919 wypowiedział zdanie, że rejestracja, jako jeden z środków zwalczania gruźlicy, winna ograniczać się do przypadków otwartych i wejść w życie nie wcześniej niż powstaną wszelkie pozostałe urządzenia niezbędne. Towarzystwo lekarzy szpitalnych w Lyonie i prof. Hayem w imieniu akademii lekarskiej w Paryżu uważają rejestrację bez odpowiedniego przygotowania za bezcelową. Dardès, kierownik przychodni przeciwgruźliczej w Barcelonie, omawiając sprawę walki z gruźlicą w krajach romańskich (Handb. d. gesam. Tub. — Therapie 1923 r.), wypowiada zdanie, że w większości krajów łacińskich w chwili obecnej kultura ogólna nie znajduje się na tym poziomie, by można było wprowadzić w nich ustawę o obowiązkowym zgłaszaniu gruźlicy. Słusznie zaznacza on przytem, że fakt wydania takiej ustawy jest bez znaczenia, jeżeli lekarze nie opowiedzą się jednomyślnie lub w przeważającej większości za koniecznością zgłaszania, — w przeciwnym razie ustawa musi doznać zupełnego fiasco. Czyż nasze warunki kulturalne są o tyle lepsze, niż w krajach romańskich?

Odzywają się wprawdzie u nas głosy, że niema potrzeby czekać z wprowadzeniem przymusu zgłaszania aż do chwili, gdy będziemy posiadali odpowiednie urządzenia przeciwgruźlicze. Zwolennicy tego poglądu przytaczają, jako przykład, Danię z przymusowym zgłaszaniem wszelkich przypadków gruźlicy płuc i krtani i Anglię, gdzie istnieje obowiązek zgłaszania wszelkich wogóle postaci gruźlicy, a które (zwl. Danja) nie posiadały jakoby przy wprowadzaniu tego zarządzenia jeszcze tych wszystkich urządzeń przeciwgruźliczych, co dziś. Czyż jednak można porównać uświadomienie chywatelskie i wysoki stopień kultury tych krajów z stanem rzeczy u nas? Nie należy zapominać, że Danja ma zaledwie niecałe 3½ miliona mieszkańców, żyjących we względnie dobrych warunkach gospodarczych i higienicznych. W r. 1925 Danja posiadała 3458 łóżek dla chorych gruźliczych, t. j. 170 łóżek na 100 tys. mieszkańców, gdy w tym samym roku zanotowano na tę samą liczbę mieszkańców 89.6 zgonów z gruźlicy. W Danii dzieci chore na gruźlicę płuc, są wychowywane bezpłatnie w specjalnych szkołach. Państwo pokrywa tam ¾ kosztów utrzyma-

nia niezamożnych chorych we wszystkich sanatorjach, szpitalach nadmorskich i uzdrowiskach, przytem pojęcie „niezamożność“ jest traktowane jaknajliberalniej (około 60% ludności uważa się pod tym względem za niezamożnych). Resztę kosztów pokrywają kasy chorych i gminy. Przychodnie w Danji otrzymują na pokrycie wydatków ⅓ od państwa, ⅓ od gmin, na resztę składają się osoby prywatne. Wydatki państwa na gruźlicę w obliczeniu na 1 mieszkańca wynosiły w Danji do niedawna około 2 fr. zlot. (obecnie nieco mniej, z powodu zmniejszania się liczby zachorowań), t. j. około 3½ złotych, w Norwegji w r. 1921 — 1922 wydatki te w tym samym stosunku wynosiły 2 korony, t. j. przeszło 4½ zlot., we Francji około 28 gr. na głowę ludności, gdy u nas wydatek ten wynosił w roku 1925¹⁾ mniej niż grosz, w r. 1926 — około 1 grosza, zaś na rok 1928 przewiduje się, podobno, wydatek przeszło dwu groszy na głowę. Projekt rozporządzenia zwała ciężar finansowy niemal wyłącznie na samorządy.

Nie w zgłaszaniu gruźlicy czy wogóle w ustawie przeciwgruźliczej tkwi rdzeń sprawy. Można świetnie waleczyć z gruźlicą bez przymusu zgłaszania wszystkich przypadków gruźlicy, czego dowodem działalność w tym kierunku gminy m. Wiednia lub też coraz energiczniejsza działalność komitetu narodowego do walki z gruźlicą we Francji, można zaś osiągnąć ustawę o obowiązkowym zgłaszaniu i niewiele posunąć naprzód sprawę walki z gruźlicą. Mam wielkie obawy, że rozporządzenie omawiane, wprowadzone w formie obecnej, nie tylko nie posunie jej naprzód, lecz wprost zaszkodzi racjonalnemu zwalczaniu tej choroby. Dyskusja, powadzona z okazji referatu Rudzkiego i Kulhna na II-gim ogólnopolskim Zjeździe przeciwgruźliczym we Lwowie, dowiedla, że nie jestem odosobniony pod tym względem. Korzyści z rejestracji chorych, zmuszonych nadal do przebywania w ohydnych warunkach mieszkaniowych i siejących chorobę wokół dlatego, że ani ich, ani ich rodziny izolować nie można, będą bardzo problematyczne. A chyba nie idzie o to, by światu ogłaszać, że mamy w Polsce niezmiernie nowoczesną ustawę przeciwgruźliczą... na papierze.

Prusy, daleko lepiej od nas przygotowane do zwalczania gruźlicy, nie przeprowadziły dotąd przymusu zgłaszania kazeł tego przypadku gruźlicy płuc. Według ustawy pruskiej z r. 1923 zgłaszaniu podlega „każde zachorowanie zakaźne na gruźlicę płuc i krtani i każdy przypadek zgonu z tych chorób (§ 1)“: „zgłaszać obowiązany jest lekarz ordynujący“ (§ 1, 4). W przepisach objaśniających powiedziano, że 1) zgłaszaniu podlega każdy przypadek gruźlicy krtani, klinicznie stwierdzony, chociażby w płwocinie nie stwierdzono prątków, 2) każdy przypadek gruźlicy płuc, w którym bądźto stwierdzono obecność prątków w płwocinie, bądź też, na podstawie przebiegu i danych klinicznych można przypuszczać, że chory oddaje płwocinę z prątkami; odnoszą się tu przypadki, w których stwierdza się zły stan ogólny, spadek wagi, podniesienie ciepłoty lub stan podgorączkowy, wreszcie stały kaszel przy obecności zmian opukowych i wysłuchowych, i w których Roentgen wykazuje ogniska gruźlicze w płucach czy w gruczołach wętko-

1) Wedl. Wiśniewskiego: p. Warsz. Czasopismo Lekarskie, 1927. Nr. 15.

wych z dodatnim odczynem tuberkulinowym. Tak więc w Prusiech decyzyja i obowiązek zgłaszania przypada w udziale lekarzowi ordynującemu (poza lekarzem, dokonującym analizę), a nie, jak w projekcie omawianym, według którego „obowiązek obciąża lekarza ordynującego, lekarza, który stwierdził bakterjologicznie gruźlicę, pielęgniarkę, głowę rodziny, a nawet właściciela lokalu“. Jak wobec tego wygląda zachowanie tajemnicy lekarskiej, skoro właściciel lokalu musi wiedzieć o każdym stwierdzonym przypadku gruźlicy, nie będę mówił. Należy, bowiem, przypuszczać, że wobec odpowiedzialności karnej (art. 16) właściciela lokalu, lekarz ordynujący będzie go zawiadamiał o swem rozpoznaniu, stwierdzeniem u jednego, dajmy na to, z sublokatorów nawet wtedy, gdyby nie był niebezpiecznym dla otoczenia. I pod tym więc względem chcemy wyprzedzić Zachód.

W Norwegji obowiązuje przymus zgłaszania przypadków gruźlicy otwartej na ręce przewodniczącego komisji zdrowia, przytem lekarz zaznacza, czy obejmuje leczenie i czy jest w stanie skontrolować, czy chory należycie stosuje się do jego przepisów. W roku 1914 stworzono w Norwegji stanowisko Szefa walki z gruźlicą.

W Szwajcarii, tym klasycznym kraju przeciwgruźliczym, jeśli się tak można wyrazić, w kraju o niezmiernie wysoko rozwiniętem poczuciu obywatelskiem i znajomości higieny—dotąd wciąż jeszcze, zdaje się, nie został wprowadzony w życie projekt z l.X r. 1925, przewidujący rozporządzenie o zgłaszaniu przypadków, w których „chory, na skutek stanu zdrowia i warunków osobistych, przedstawia niebezpieczeństwo zakażenia“.

W Holandji rada zdrowia, a właściwie jej komisja przeciwgruźlicza powzięła w r. 1922 uchwałę, orzekającą, że teoretycznie należy uważać przymus zgłaszania za rzecz słuszną, w chwili jednak obecnej ustawowe przeprowadzenie tego zarządzenia jest niepożądane, należy, bowiem, poczekać na skutek innych zaprowadzonych środków (Z. f. Tub. t. 39, z. 2).

We Francji w czerwcu r. bież. Izba Posłów przyjęła ustawę, według której zgłoszeniu podlega każdy przypadek gruźlicy zaraźliwej, w razie zgonu lub zmiany mieszkania,—co ma pociągać za sobą obowiązek dokonania dezynfekcji. Royer, delegat techniczny komitetu narodowego do walki z gruźlicą, wielki zwolennik rejestracji gruźlicy, uważa (Rev. de la phthisiol. r. 8 Nr. 5) tę ustawę za „preludjum do obowiązkowego zgłaszania wszelkich przypadków gruźlicy zaraźliwej“, sędzi jednak, że rozporządzenie to musi być poprzedzone przez istotną organizację o charakterze zapobiegawczym i materialnym dla wszystkich niezamożnych chorych na gruźlicę i ich rodzin, uzupełnioną poprawą sprawy mieszkaniowej. Tak mówią we Francji, w której istnieją l'oeuvre Grancher, prewentyj, szpitale—sanatorja i sanatorja! Dla ilustracji, jak ustawodawstwo francuskie zamierzało się ustosunkować do chorego na gruźlicę i jego rodziny, nadmienię się godzi, że w tak zwalczanym przez lekarzy francuskich projekcie z r. 1919 artykuł 3 brzmiał: „gminy, zarządy departamentów i państwo obowiązane są dbać o leczenie i o przyjęcie chorych gruźliczych niezamożnych w szpitalach i wypłacać rodzinom, których głowy znajdują się z powodu gruźlicy w szpitalu, zapomogę w postaci miesięcznego dodatku“.

W Anglii państwo pokrywa 50% kosztów utrzymania chorych gruźliczych w zakładach leczniczych, uznanych przez Ministerstwo Zdrowia, i 50% ogólnych wydatków na walkę z gruźlicą. Wydatki państwa na ten cel w r. 1922—1923 wynosiły—1365000 funtów ang. Tych, którzy chcą wiedzieć, co wogóle robią w Anglii, poza zgłaszaniem, dla zwalczania gruźlicy, odsyłam do artykułu Stypulkowskiego (Gruźlica r. 2, z. 5).

W Stanach Zjednoczonych w 46 (na 49) istnieje obowiązek zgłaszania wszystkich przypadków gruźlicy zaraźliwej. Znaczny spadek śmiertelności z gruźlicy jest obecnie powodem, że pewna liczba łóżek dla chorych gruźliczych już obecnie nie jest zajęta.

My w Polsce przeżywamy, jeszcze, zdaje się, oczarowanie przychodniami, a, jak obawiam się, wierzymy poza tem w działanie bakterjóbójcze ustaw. Zapatrzeni w przychodnię, niedoceniamy ważności innych ogniw jednolitego łańcucha celowej walki z gruźlicą. Ostatnie zamierzenia nowe chcą najwidoczniej wreszcie wypełnić tę lukę, zdążając w kierunku stworzenia odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych. Niedawno ogłoszona praca Glassa (Gruźlica r. 2, z. 5) dostatecznie ilustruje bezsilność przychodni, oderwanych od innych urządzeń przeciwgruźliczych. Zdaniem mem, zresztą już niejednokrotnie wygłaszanem (p. m. in. Gaz. Lek. r. 1919, N. 17/18), szpitale winny odgrywać ogromną rolę w walce z gruźlicą, jako czynnik izolujący, wychowujący, leczący, wreszcie pośredniczący, między przychodnią i sanatorjum. Zbyteczne rozszerzać się nad tą sprawą jeszcze raz i na tem miejscu. Od właściwego przygotowania tego środka walki z gruźlicą należy rozpocząć działalność przeciwgruźliczą na terenie Polski. To winno być, według mego zrozumienia, narówni z przychodniami, kośćcem pacierzowym ustawy przeciwgruźliczej. Dostateczna liczba przychodni i łóżek w szpitalach i sanatorjach, bezpłatne przyjmowanie chorych, podlegających izolacji, trzymanie ich w szpitalach, o ile tylko można, jaknajdłużej (a nie, jak to się dzieje w naszych warunkach obecnych, gdzie chorych takich bez względu na niebezpieczeństwo dla otoczenia jaknajprędzej chce się wypisać ze szpitala, radząc jechać...na wieś!), istotna opieka nad chorymi w szpitalach i ich rodzinami w czasie choroby głowy rodziny — oto, co jest daleko ważniejsze od przymusu zgłaszania każdego przypadku gruźlicy płuc.

Danja zdawała sobie dokładnie sprawę z znaczenia łóżek szpitalnych i jeszcze przed rozszerzeniem sieci przychodni — zajęła się przygotowaniem odpowiedniej liczby łóżek. Na zjeździe włoskiego tow. higienicznego w r. 1926 Ronzani słusznie podkreślał olbrzymie znaczenie łóżek dla chorych na gruźlicę, uzależniając spadek śmiertelności z gruźlicy od tego czynnika. Na uwagę zasługuje, że w Anglii 1 łóżko „gruźlicze“ przypada na 2300 mieszkańców, w Niemczech na 1600, w St. Zjednoczonych na 1800, w Szwajcarii również na 1800, w Danji na 1000, we Francji na 3100, we Włoszech na 5000. Stosunki nasze pod tym względem znane są ogólnie. Jeśli wzorować się na Danji, winniśmy w samej tylko Warszawie mieć ich przeszło 1000, gdy tymczasem w objaśnieniach do projektu urzędowa liczba ich w całym państwie wynosi podobno 1000, zaś sanatoryjnych jakoby 2500!

Zreasumujmy obecnie nasze wnioski:

1. Najbardziej nowoczesna ustawa przeciwnie licza nie posunie naprzód sprawy zwalczania gruźlicy, jeśli nie będzie poprzedzona przygotowaniem odpowiedniego aparatu niezbędnego.
2. Najpilniejszą sprawą winno być stworzenie dostatecznej liczby łóżek szpitalnych i sanatoryjnych wraz z rozszerzeniem sieci przychodni i budową mieszkań.
3. Ustawa winna przede wszystkim nakazać w względnie krótkim czasie, np. w ciągu lat trzech, otwarcie oddziałów specjalnych dla chorych gruźliczych w szpitalach ogólnych, co nie nasuwa dużych trudności materialnych i jest związane z pewnymi oszczędnościami budżetowymi, względnie przygotowanie szpitali dla chorych na płuca i sanatorjów.
4. Rejestracja chorych niebezpiecznych dla oto-

czenia i przymus umieszczania ich w szpitalach winny być drugim etapem, mogącym wejść w życie po urzeczywistnieniu punktu 3-go. Narazie rejestracji winny podlegać zgony z gruźlicy i zmiana mieszkań przez chorych z gruźlicą niebezpieczną dla otoczenia.

5. Bezwzględnie słuszne z punktu widzenia zwalczania gruźlicy usuwanie chorych na gruźlicę pracowników rozmaitych zawodów, spotykających się z dziećmi i dorosłymi, musi być poprzedzone przez ustawę o zabezpieczeniu na czas choroby bytu ich i ich rodzin.

6. Wydatki na zwalczanie gruźlicy winny obciążać państwo i samorządy, a nie prawie wyłącznie samorządy.

Wpisisk w czasie korekty Dowiadujemy się, że w projekcie omawianym powyżej, dokonano radykalnych zmian w sensie pożądanym.

Wiadomości bieżące.

— Nr. 23 dwutygodnika „Dziecko i Matka“ (Warszawa Krak. Przedm. 99) przynosi bardzo cenny materiał pedagogiczny dla rodziców i wychowawców. Na wstępie mamy aktualną pogadankę o Św. Mikołaju p. t. „Od baśni do prawdy“, N. Czeskiej-Mączynskiej. W artykule „Dom, rodzina a mowa ojczysta“, C. Kozakowska analizuje powstanie mowy u dziecka. Artykuł „Nie kupujcie dzieciom zabawek“ uczy, jak rozwijać pomysłowość i samodzielność u dzieci. Dział medyczny zawiera cenne szkice „Skrofule“ M. Grzywo-Dąbrowskiej i „Zażębienie“ J. Truszkowskiego. Dział praktyczny przynosi menu dziecięce, odpowiedzi redakcji. Przegląd wydawnictw gwiazdkowych oraz prześliczny wiersz M. Czerkawskiej uzupełniają numer.

— Dnia 2.XII r. b. w Auli Uniwersytetu Warszawskiego o godz. 5 popoł. z inicjatywy Polskiego Tow. Pediatrycznego oraz Kola Medyków S. U. W. odbyło się uroczyste posiedzenie, poświęcone uczczeniu pamięci rektora Józefa Brudzińskiego w X-tą rocznicę Jego śmierci, z następującym porządkiem dziennym.

1) Zagajenie. Sekretarz stały P. T. P. Władysław Szczęsny. 2) Brudziński, jako rektor, J. M. rektor ks. dr. A. Szlagowski. 3) Zyciorys Brudzińskiego, dr. med. St. Łyskawiński. 4) Działalność Brudzińskiego na terenie Łodzi, dr. med. Tad. Mogilnicki. 5) Prace naukowe Brudzińskiego, prof. dr. Miecz. Michałowicz. 6) Brudziński, jako student, dr. med. Jan Pieniążek. 7) Stosunek Brudzińskiego do młodzieży akademickiej, student med. Jan Rutkiewicz.

Tegoż dnia w godzinach rannych w ogrodzie botanicznym koło kaplicy 3 Maja odbyła się uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej z napisem: „Pamięć rektora J. Brudzińskiego o trzeci zjazd — 5.VI 1927. — Kolegów z Moskwy“. Tablicę ustawiono pod dębem, który własnoręcznie zasadził rektor Brudziński w rocznicę Konstytucji 3 Maja 1916 r. Przemawiali ks. rektor Szlagowski, dr. Pieniążek, dr. Ilrnyewski, prezes rady miejskiej Jaworowski oraz prorektor Ilrnyewski.

— Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie pismo następujące: *W sprawie udzielania pomocy lekarskiej najbliższej rodzinie lekarzy*. Wskutek zwrócenia się do Stowarzyszenia Lekarzy Polskich Zrzeczenia Wdów i Sierot po Lekarach z prośbą i zapytaniem, czy członkowie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich nie zechcieliby zaofiarować bezpłatnie, ewentualnie na przystępnych warunkach swej pomocy lekarskiej członkom

Zrzeczenia. Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich stwierdza, że wśród świata lekarskiego istnieje oddawna ściśle przestrzegany zwyczaj udzielania bezpłatnej pomocy najbliższej rodzinie lekarskiej, a więc żonie, dzieciom, rodzinie pozostającej na utrzymaniu lekarza, rzecz prosta, wdowom i sierotom po lekarzach i że zasadzie powyższej będącej stałe członkowie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Przewodniczący: Dr. med. E. Osiński.

Sekretarz—Członek Zarządu: Dr. med. Cz. Jaworski.

— W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23, godz. 20.30) odbędzie się odczyt wraz z dyskusją. 16 grudnia Piątek Prof. Jan Lewiński. Trzęsienie ziemi. Stan obecny nauki. Wstęp wolny dla wprowadzonych gości.

— Wychodzący w Charkowie dwutygodnik „Wraczelnoje Dielo“ obchodzić będzie w dn. 1 stycznia r. 1928 dziesięcioletni jubileusz swego istnienia.

— Od dn. 6.XI do dn. 12.XI 1927, odnotowano w Polsce: duru brzusznego 598 przyp. (zg. 38), duru osutkowego 6 (zg. 0), duru powrotnego 2 (zg. 1), czerwoni 86 (zg. 18), płonicy 917 (zg. 69), błonicy 228 (zg. 22), zapal. opon mózgu. 11 (zg. 2), odry 938 (zg. 25), róży 72 (zg. 3), krztuśca 148 (zg. 13), posoczn. poług. 27 (zg. 8), jaglicy 231 (zg. 0), wąglika 1 (zg. 1), zatrucia kielb. 5 (zg. 0), Heine-Medina 6 (zg. 0), innych chor. zakażn. 115 (zg. 31).

— Od dn. 13.XI do dn. 19.XI 1927 odnotowano w Polsce: duru brzusznego 499 przyp. (zg. 50), duru rzekom. 1 (zg. 3), duru osutk. 11 (zg. 2), czerwoni 50 (zg. 22), płonicy 875 (zg. 69), błonicy 273 (zg. 36), zap. opon mózgu. 7 (zg. 2), odry 1131 (zg. 19), róży 98 (zg. 6), krztuśca 363 (zg. 16), malarji 6 (zg. 0), posocznicy poług. 17 (zg. 5), jaglicy 211 (zg. 0), wąglika 1 (zg. 1), Heine-Medina 5 (zg. 1), innych chor. zakażn. 145 (zg. 24).

— Od dn. 20.XI do 26.XI 1927 r. odnotowano w Polsce: duru brzusznego przyp. 405 (zg. 29), duru osutk. 13 (zg. 1), czerwoni 47 (zg. 11), płonicy 833 (zg. 70), błonicy 243 (zg. 33), zap. opon mózgu. 1 (zg. 1), odry 904 (zg. 14), róży 71 (zg. 4), krztuśca 291 (zg. 22), malarji 1 (zg. 0), posoczn. poł. 30 (zg. 9), jaglicy 198 (zg. 0), włośnicy 1 (zg. 0), wścieklicy zg. 1, Heine-Medina 4 (zg. 0), innych chor. zakażn. 150 (zg. 30).

ZMARLI: Józef Zieliński, radca ministerjalny Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Obszerniejsze wspomnienie damy w numerze następnym.

TRĘŚĆ: H. PUSZET. O roli chorobotwórczej wielkouśca jelitowego. — D. THURSZ. O dożylnym leczeniu raka alkoholem etylowym M. GOLDMAN. Badania kliniczne nad wpływem ergotaminy na układ roślinny. — J. PUTERMAN. Przypadek rzadkoskurczu sercowego w zależności od zapalenia gruczołów chłonnych w przebiegu influenicy. — J. BRILL. Prace wiedeńskie nad uodpornieniem przeciwko gruźlicy podług Calmette'a. — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. A. LANDAU, B. JOCHWEDS, K. HUMIECKI i R. PEKIELIS. — Dwa przypadki włóśnicy, leczone skutecznie za pomocą zastrzyków dożylnych nowasurolu. — W. GABEL. Wrażenia z podróży do portów europejskich. — L. KORCZYŃSKI. Kilka uwag z powodu oceny mojej monografii choroby Brighta przez p. D-ra M. LANDSBERGA. — M. LANDSBERG. — Odpowiedź na uwagi prof. L. KORCZYŃSKIEGO. — Protest Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. — M. GANTZ. O ustawodawstwie przeciwgruźliczym — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. PUSZET. Le rôle pathogène du macrostome intestinal. — D. THURSZ. La thérapie du carcinome par les injections intraveineuses de l'alcool éthylique — M. GOLDMAN. Etude clinique sur l'influence de l'ergotamine sur le système végétatif. — J. PUTERMAN. Un cas de bradycardie au cours de l'adénite causée par la grippe. — J. BRILL. Les travaux viennois sur l'immunisation contre la tuberculose par la méthode de Calmette. — A. LANDAU, B. JOCHWEDS, K. HUMIECKI et R. PEKIELIS. Deux cas de trichinose guéris par les injections intraveineuses de novasurol. — W. GABEL. Les impressions de voyage à travers les ports européens — L. KORCZYŃSKI. Quelques remarques à propos de la critique de ma monographie sur la maladie de Bright faite par le Dr. M. LANDSBERG. — M. LANDSBERG. Réplique contre les remarques du prof. KORCZYŃSKI. — M. GANTZ. Sur la législation contre la tuberculose.