

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 18

WARSZAWA, 21 CZERWCA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Zagadnienia współczesnej organoterapii¹⁾.

Podał

Z. BYCHOWSKI (Warszawa).

Sz. Pp.! Z odczytów Wł. Sterlinga i Jelenkiewicza, wygłoszonych na tem miejscu, dowiedzieliśmy się jak zawiła jest sprawa jednego tylko narządu dokrewnego — jajników, ile tu jeszcze jest niedomówień i pozbawionych rzetelnych podstaw przypuszczeń. Ale z daleko większemi jeszcze spotykamy się trudnościami, gdy idzie o lecznicze zastosowanie tego lub owego narządu dokrewnego. Stajemy tu wprost wobec labiryntu, w którym pomimo największej ostrożności i oględności, wszelka orientacja staje się nieraz prawie że niemożliwą. Składa się na to kilka czynników. Literatura odnośna urosła do olbrzymich, wprost potwornych rozmiarów. Bibliografia, ogłoszona przez Biedla w r. 1922, obejmuje tom o 480 str. drobnego druku. I wtedy już nie była ona kompletna, tembardziej obecnie, kiedy, oprócz licznych prac z dziedziny endokrynologii we wszystkich ogólnych i specjalnych pismach lekarskich, mamy już w językach: angielskim, francuskim, włoskim, niemieckim i rosyjskim wyłącznie endokrynologii poświęcone miesięczniki. Z drugiej strony sprawę tę komplikuje jeszcze ta okoliczność, że przemysł farmaceutyczny nadzwyczajnie gorliwie interesuje się organoterapią i codziennie prawie rzuca na rynek nowe preparaty o nowych nazwach, otrzymywanych za pomocą odmiennych metod. Nic więc dziwnego, że obok bezwzględnych entuzjastów organoterapija ma też dużo poważnych i także bezwzględnych przeciwników i sceptyków. Zdaje mi się jednakże, że, z pewnem prawdopodobieństwem można nakreślić linię, po której organoterapija w przyszłości pójść powinna, o ile chce stracić cechy grubej empirji.

Zacznę od kilku uwag natury ogólniejszej. Właściwie mówiąc, każdy narząd, każda tkanka

i każda nawet komórka obdarzona jest swoistą wydzieliną wewnętrzną. Cenniki farmaceutyczne zalecają też preparaty najrozmaitszych narządów — serca, wątroby, nerek, gruczołu krokowego, mózgu, rdzenia i t. p. i t. p. Ostatnio poważna firma produkuje nawet preparat ciała prążkowanego (*corpus striatum*) pod nazwą striaformin, który ma specjalnie pomagać w stanach parkinsonowskich.

Ze względów łatwo zrozumiałych musimy koło naszych rozważań znacznie zwęzić i mówić tylko o narządach dokrewnych kategorochen. Do nich należą: tarczyca, ciała przytarczycowe, przysadka mózgowa, szyszynka, grasica, nadnercza, aparat wysepkowy Langerhansa i gruczoły płciowe.

Już na początku badań nad narządami dokrewnymi spostrzeżono bądź to drogą doświadczenia, bądź kliniczną, że między temi, pozbawionemi wszelkiej łączności anatomicznej narządami istnieje bardzo głęboka, doniosła łączność czynnościowa. Jeden z pierwszych Rogowicz stwierdził zmiany w przysadce po usunięciu tarczycy. Analogicznych danych, tyjących się wszystkich narządów dokrewnych, znamy teraz bardzo wiele (przysadka — jajniki; aparat Langerhansa — nadnercze; grasica — tarczyca; szyszynka — gruczoły płciowe i t. d. i t. d.). Wynikiem tych spostrzeżeń była nauka o korelacji — wzajemnej zależności — między temi lub owemi, względnie między wszystkiemi narządami dokrewnemi. Często mówią o antagonizmie między niektórymi narządami dokrewnemi (nadnercze — aparat Langerhansa i t. d.). Na czem ten antagonizm w istocie rzeczy polega, czy hormony jednego narządu dokrewnego neutralizują albo hamują hormony drugiego, czy zmniejszają jego siłę toksyczną, czy wogóle przeistaczają go chemicznie i biologicznie — wszystkie te zagadnienia stale są omawiane i poddawane różnym bardzo dowcipnym i ciekawym doświadczeniom laboratoryjnym. Do ostatecznego ich rozwiązania nawet w doświadczeniu, jak widać z często przeczących sobie wyników, jeszcze bardzo daleko. Wogóle badania laboratoryjne nad wyciągami z poszczególnych narządów dokrewnych zajmują się prawie wyłącznie (wyjątek

¹⁾ Odczyt wygłoszony 23 lutego 1928 r. w sekcji klinicznej Tow. Medycyny Społecznej.

stanowią niektóre badania amerykańskie, badania Steinacha, Lipszyca i jego współpracowników w Dorpacie) nie całym organizmem, lecz tylko jedną funkcją (spalanie cukru, ciśnienie krwi, przemiana gazowa, poziom wapnia i t. p.)

Rzecz oczywista, że przenoszenie wyników tych doświadczeń na bardzo złożone obrazy kliniczne, a zwłaszcza stosowanie lecznicze całego narządu dokrewnego wymaga nadzwyczajnej ostrożności i oględności. Obecnie stoimy na stanowisku, że w każdym cierpieniu endokrynnym zachodzą mniejsze lub większe zaburzenia we wszystkich albo prawie wszystkich narządach dokrewnych, że każde schorzenie wewnątrzwydzielnicze ma charakter wielonarządowy, czyli, jak niesłusznie¹⁾ mówią, wielogruzołowy.

Nawet w chorobie Basedowa gruczoł tarczowy stracił swoją dotychczasową wyłączną hegemonię. Zmiany w zabarwieniu skóry (*vitiligo*), w spalaniu cukru, w sferze płciowej i t. d. bezsprzecznie dowodzą zmian w czynnościach i innych narządów dokrewnych. Fr. Kraus w dyskusji nad odczytem Goldscheidera kiedyś powiedział, że badanie pośmiertne w jego przypadkach choroby Basedowa wykazywało zawsze zmiany anatomiczne we wszystkich narządach dokrewnych. Cała obszerna monografia Chwostek²⁾ ma na celu dowiedzenie, że choroba Basedowa nie zależy wyłącznie od zmian w czynnościach tarczycy. To samo tyczy się i akromegalii, w której prócz przysadki i czynność innych narządów dokrewnych jest wybitnie zmieniona (cukromocz, przedwczesna menopauza i t. d.), czemu odpowiadają i zmiany anatomiczne, — jak to niedawno wykazali Cushing i Dawidoff w szczegółowej monografii³⁾. Zawiera ona wyniki bardzo skrupulatnych badań 4-ech przypadków akromegalii. W tych przypadkach wszystkie narządy dokrewne wykazały mniej lub więcej wyraźne zmiany. Zresztą, kazuistyka obfituje w przypadki w których ten sam chory był dotknięty dwiema postaciami nozograficznymi (akromegalia + Basedow, myastenja + Basedow, cukrzyca + akromegalia i t. d.). Opisane są nawet przypadki choroby Basedowa z objawami obrzęku śluzowego (*myxoedema*), co na pozór brzmi wprost paradoksalnie, zwłaszcza, jeżeli będziemy uważali chorobę Basedowa za objaw hipertyreoidyzmu, a obrzęk śluzowy jako wyraz hipotyreoidyzmu.

W tym stanie rzeczy trudno z pewnem nawet prawdopodobieństwem mówić o roli każdego poszczególnego narządu dokrewnego i jego stosunku do reszty tych narządów, a zwłaszcza jego działaniu leczniczem. Jedno wszakże sędzę, nie ulega wątpliwości, a mianowicie, że rola wewnątrzwydzielnicza gruczołów płciowych powinna być ujęta i rozpatrywana w zupełnie innej płaszczyźnie, niż reszta narządów dokrewnych. Ma to, jak

zobaczymy, zasadniczo praktyczne znaczenie. W każdym cierpieniu endokrynnem można prawie bez wyjątku stwierdzić mniejsze lub większe zaburzenia w czynnościach gruczołów płciowych. I, naodwrot, u kastratów i eunuchów znajdujemy mniejsze lub większe zmiany w czynnościach reszty narządów dokrewnych. Następnie, o ile ostre schorzenie lub usunięcie każdego narządu dokrewnego połączone jest zawsze dla organizmu z wielkim niebezpieczeństwem, a przeważnie nawet z zejściem śmiertelnym, o tyle usunięcie gruczołów płciowych, jak to codziennie widzimy u zwierząt i u ludzi, przechodzi często bez burzliwych objawów. Zresztą, okres przekwitania (*climax*), po którym kobieta jeszcze może żyć dziesiątki lat, jest poniekąd naturalnem zemerytowaniem gruczołów płciowych. Prawda, że przy pewnej spostrzegawczości klinicznej można zawsze i w okresie przekwitania, jak i po trzebieeniu, wykryć mniej lub więcej wyraźne zaburzenia w czynnościach narządów dokrewnych. Szczegółowo tej sprawy tu omówić nie mogę. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na ciążę z zajmującego nas tu punktu widzenia. Podczas ciąży czasowo ustaje, albo zostaje wybitnie w każdym razie zmieniona czynność jajników⁴⁾. I jesteśmy świadkami, jak wszystkie narządy dokrewne wybitnie na to reagują. Przysadka powiększa się, czasem nawet do takich rozmiarów, że wywiera ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych i wywołuje obustronne skroniowe niedowidzenie połowicze (*hemianopsia bitemporalis*). Tem się też tłumaczy akromegaloidalny wygląd wielu kobiet w ostatnim okresie ciąży. Powiększenie tarczycy prawie zawsze towarzyszy ciąży, o czym już wiedzieli starożytni. Wzmożona pobudliwość mechaniczna mięśni i nerwów, zdarzająca się, co prawda, rzadko, napady tężyczki u ciężarnych świadczą o zaburzeniach w czynności ciałek przytarczycznych. Skłonność do cukromoczu w ostatnim okresie ciąży i bezpośrednio po porodzie jego zanikanie, wskazują na dysfunkcję aparatu Langerhansa, względnie przysadki i nadnercza.

Że czynność tego ostatniego narządu zostaje wybitnie zakłócona, świadczy ciemne zabarwienie środkowej linii brzucha (*linea nigra*), zabarwienie brodawek sutkowych i t. d. Dawniejsze badania Halbana nad płodami żeńskimi i nowe badania Laqueura w Amsterdamie nad płodami męskimi wskazują, że i płód w ostatnim okresie życia macicznego podlega pewnym zaburzeniom

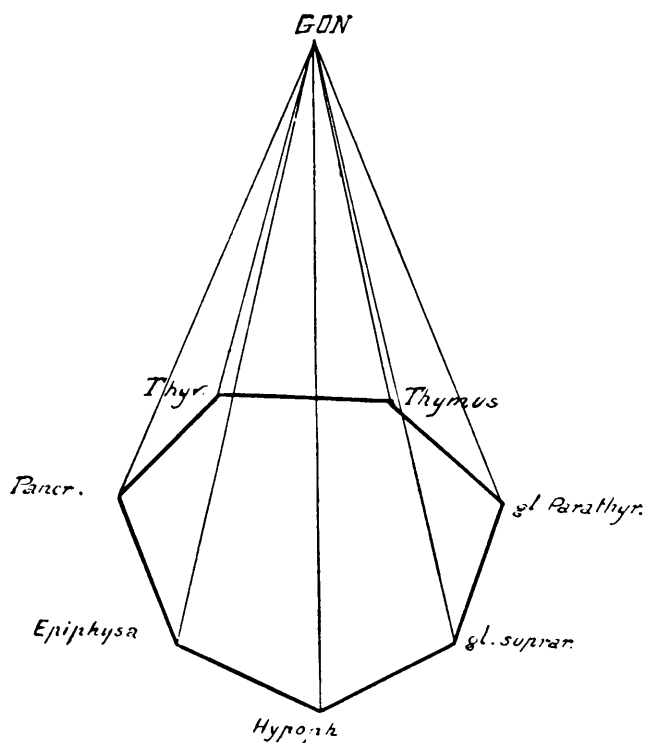
⁴⁾ I tu mogą zachodzić jakieś zupełnie paradoksalne zjawiska, które znowu dowodzą, jaką nieprzenikliwą tajemniczością jeszcze jest owiana cała sprawa hormonów. Ostatnio bowiem Laqueur, Fraenkel i inni dowiedli, że można podczas ostatnich miesięcy ciąży stwierdzić w moczu ogromne ilości hormonu jajnikowego. Dowodzi to, że jajniki nie tylko, że nie przestają funkcjonować podczas ciąży, jak przypuszczano dawniej, lecz znajdują się nawet w stanie wzmożonej czynności. Na tej zasadzie należałoby przypuszczać, że w warunkach normalnych hormony jajnikowe zostają zatrzymywane albo zneutralizowane przez hormony innych narządów dokrewnych. Podczas ciąży zaś zdolność zatrzymywania, ewentualnie przerabiania hormonu jajnikowego przez narządy dokrewne zostaje zniesiona, wskutek czego hormon ten, krążąc niepotrzebnie, zostaje wydalany z moczem. Możliwem także jest, że odgrywają tu pewną rolę hormony, wydzielane przez płód i łożysko.

¹⁾ Należałoby raz na zawsze przestać mówić o gruczołach dokrewnych wobec tego, że budowa wielu z nich (tylna część przysadki, szyszynka) niema nic wspólnego z budową gruczołu. Sędzę, że najmniej krępuje używany przezemnie wyraz narządy dokrewne albo endokryne.

²⁾ Morbus Basedowii. 1917, 447 str.

³⁾ The pathological findings in four autopsied cases of acromegaly. 1927. New-York.

natury hormonalnej. Na zasadzie tych i innych jeszcze rozumowań pozwoliłem sobie przed kilkoma laty¹⁾ zobrazować stosunek hormonalny narządu płciowego do reszty narządów dokrewnych w postaci siedmiobocznej piramidy, której wierzchołek zajmują jajniki, względnie jądra, a podstawę 7 narządów dokrewnych (rys. 1). Chodzi mi głównie o podkreślenie zupełnie odmiennej roli hormonów płciowych w całym układzie endokrynym. Mają one za zadanie regulować i utrzymywać w stałej równowadze chemicznej i biologicznej hormony wszystkich narządów dokrewnych. Wogóle sędzę, że hormony poszczególnych narządów nie są stałą funkcją danego organizmu. W zależności od tych lub innych warunków i współpracy reszty hormonów każdy hormon podlega ciągłym wahaniom. Zespół zaś wszystkich hormo-



Rys. 1.

nów dla każdego osobnika jest dzięki stałej kontroli hormonów płciowych jednostką stałą, którą nazwałbym koeficientem endokrynnym danego osobnika. Być może, że hormon płciowy, jako taki, żadnej innej specjalnej funkcji nie posiada. Odgrywa rolę może, że tak powiem, dyrektora orkiestry, który sam nie gra na żadnym instrumencie, a wyłącznie tylko swoją pałeczką czuwa nad karną i harmonijną, wzajemnie się dopełniającą pracą wszystkich członków orkiestry. Od tempa i miarowości jego ruchów zależne jest całe wykonanie utworu artystycznego. Tem się też tłumaczy te różnorodne zaburzenia, które stwierdzamy w narządach dokrewnych podczas ciąży, okresu przekwitania, po trzebieniu i t. p., kiedy czynność

narządów płciowych zupełnie ustala albo w każdym razie ulega wybitnym zmianom. Pod względem praktycznym należy z tego wyprowadzić wnioski, że hormony, produkowane przez narządy dokrewne, są pod względem biologicznym w bardzo ścisłej zależności od stanu gruczołów płciowych. Inny będzie ich potencjał hormonalny podczas ciąży, inny podczas karmienia piersią, a zupełnie już inny po usunięciu gruczołów płciowych, a także wtedy, kiedy organizm jest jeszcze płciowo niedojrzały. Biorąc te wszystkie momenty pod uwagę, widzimy całą chwiejność farmaceutyczną poszczególnych preparatów organoterapeutycznych.

Nigdy nie wiemy, w jakim okresie życia płciowego znajdowało się dane zwierzę, od którego dany preparat pochodzi, jaka była ówczesna hormonalna wartość tego lub owego narządu dokrewnego. Przeważnie też nie wiemy, jaką metodą został przyrządzony dany preparat, co prawdopodobnie jest w wysokim stopniu miarodajne dla jego istotnej wartości leczniczej.

Wobec takiego stanu rzeczy dążono oddawna do chemicznego wyodrębnienia z narządów dokrewnych ich hormonów na wzór tego, jak wyodrębniono rozmaite alkaloidy i glukozoidy. Zużyta w tym kierunku olbrzymia praca nie pozostała bez wyników. Z nadnercza, a właściwie mówiąc, z jego istoty rdzeniowej wyodrębniono (jeżeli się nie mylę, Cybulski w Krakowie był jednym z pierwszych) w 1896 r. adrenalinę, którą w 1901 r. Takamine otrzymał i drogą syntetyczną. Pod względem swego działania na ciśnienie krwi, spalanie cukru i wogóle układ roślinny, jest ona istotnie głównym hormonem nadnercza, w każdym razie jednym z najdonioślejszych.

Tarczycza, która, jak zobaczymy, daje najefektowniejsze wyniki lecznicze, była przedmiotem licznych poszukiwań chemicznych, zwłaszcza od czasu, kiedy Baumann w końcu zeszłego stulecia dowiódł, że zawiera jod w postaci związku organicznego. Tyroidyna Baumanna a także cały szereg innych analogicznych preparatów nie utrzymały się przy ściślejszym badaniu. Aż nareszcie Kendal w 1913 r. otrzymał z tarczycy czysty preparat chemiczny Tyroksynę, którą ostatnio Schering wyrabia i syntetycznie. Na zasadzie licznych badań laboratoryjnych i spostrzeżeń klinicznych można twierdzić, że tyroksyna istotnie w swoim działaniu i na pojedyncze czynności (przemiana gazowa) i na odnośne stany chorobowe (kretynizm, obrzęk śluzowy) jest zupełnie równoznaczna tarczycy. Tyroksyna Kendala zawiera 60% chemicznie związanego jodu, a syntetyczny preparat Scheringa nawet 65,3%. Dla ścisłości należy dodać, że według niektórych badaczy tyroksyna nie wyczerpuje jeszcze całego skarbca hormonalnego samej tarczycy. Z narządów przytarczycznych Collip otrzymał czysty związek chemiczny Paratyrenę.

Dużo pracy poświęcono przysadce mózgowej. Wobec odmiennego działania fizjologicznego przedniej i tylnej części, a może też i tak zw. środkowej (*pars intermedia*) dążono do wyodrębnienia hormonów z każdej poszczególniej części. Każda prawie fabryka zaleca inny preparat, mamy ich obecnie już kilka dziesiątków. Żaden z nich jednakże

¹⁾ Obszerniej ten punkt widzenia uzasadniłem w pracy, wydrukowanej w Moskwie w 1925 r. w książce jubileuszowej dla prof. Rossolimo p. t. „W sprawie nauki o gruczołach z wewnętrzną wydzieliną”.

nie odpowiada warunkom czystego związku chemicznego.

Największym zwycięstwem na tem polu była otrzymana w 1922 r. przez Bantinga i Besta insulina z trzustki, która zresztą nie wchodzi w zakres niniejszego odczytu.

Najwięcej uwagi poświęcono gruczołom płciowym, zwłaszcza jajnikom. Spermina Poehla nie

wytrzymała krytyki ani chemicznej, ani klinicznej. Preparatów jajnikowych naliczyłem z ogłoszeń kilka tuzinów, pochodzących bądź to z całego jajnika, bądź to z poszczególnych jego części — wartości pęcherzyka, otoczki, ciała żółtego i t. p. chemicznie czystego związku na wzór adrenaliny lub tyroksyny dotychczas nie można było wydestać.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału VI Szpitala Starożytnych na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. Józef LUXENBURG).

Próba poronnego leczenia duru brzuszego przesączami Besredki (*antivirus*)*.

Doniesienie tymczasowe.

Podał

Dr. Józef LUXENBURG (Warszawa).

Stosowanie lecznicze przesączów Besredki ma za punkt wyjścia twierdzenie jego o organo-wzgl. tkankotropizmie bakterij chorobotwórczych. Dzięki temu zjawisku w narzędzie, nawiedzany przez bakterję, wytwarza się odporność, i w ten sposób powstaje nieprzekraczalna bariera: bakterje dalej nie mogą szerzyć się, do infekcji całego organizmu nie dochodzi.

Twierdzenie to Besredka poparł doświadczeniami na zwierzętach.

Przypisując gronkowcom i paciorkowcom dermatotropizm, t. j. szczególną predylekcję do zakażenia organizmu przez skórę, zastrzykiwał świnkom wysoce złośliwe hodowle buljonowe podskórnie, doskórnie i wreszcie stosował w postaci okładów na ogoloną skórę. Okazało się, że skóra uodporniła się najwcześniej pod okładem, bo już po 24 godzinach. Podobnie dowiódł Besredka wybiórczej zdolności wiązania się ze śluzówką narządów pokarmowych dla bakterij tyfusu, para-tyfusu, czerwonki i cholery.

Poszukując dalej właściwego czynnika uodporniającego w użytych hodowlach buljonowych, Besredka przesaczył je. Okazało się, że przesącz starych hodowli buljonowych miał takie same własności uodporniające, jak szczepionka buljonowa, pomimo pozbawienia jej ciał bakteryjnych.

Następnie okazało się również, że swoistą własnością przesączu jest własność antyseptyczna względem tej samej bakterji, od której został odsączony: w filtracie gronkowcowym nie rozrośnie się już gronkowiec, w paciorkowcowym nie wyrośnie paciorkowiec.

Dzięki tej własności nazwał Besredka przesącz ten *antivirusem*. Przypuszcza on, że *antivirus* tkwi w ciele każdej bakterji w postaci nieczynnej. W walce, jaka powstaje w organizmie pod wpły-

wem infekcji, fagocyty, niszcząc bakterję, wyzwala ją z niej *antivirus*, który wtedy przenika otaczające tkanki i czyni je niewrażliwymi na zakażenie, uodpornia je i tą drogą zatrzymuje, umiejscawia zakażenie.

Te specyficzne własności przesączu względem danej postaci bakteryjnej okazały się w klinice cechą mniej stałą: spostrzeżenia, oparte na dużym materiale klinicznym, wykazały, że innopochodny (heterologiczny) antiwirus działa niekiedy również pomyślnie, czyli że działanie antiwirusu można uważać tylko za częściowo specyficzne, częściowo zaś są niespecyficzne.

Praktycznie przesącze Besredki znalazły już dziś dość szerokie i skuteczne zastosowanie w całym szeregu przypadków cierpień, umiejscowionych w skórze (czyraki, karbunkul, zanogica, zapalenie gruczołu piersiowego, ropówka i t. p.), w śluzówkach (zapalenie jamy ustnej, dziąseł itp.), w chirurgji (świeże rany — działanie zapobiegawcze), w dermatologii (*impetigo*, *sycosis*, *pyodermia* i t. p.), w ginekologii, okulistyce i t. d. We wszystkich tych cierpieniach używa się przesączów gronkowcowych i paciorkowcowych lub mieszanych w postaci okładów, tamponów, przemywań.

Skuteczność działania przesączów bynajmniej nie zawsze da się wytłomaczyć zgodnie z zasadniczym poglądem Besredki na uodpornienie miejscowe, i w ten sposób ich stosowanie praktyczne wyprzedza hipotezy, uzasadniające ich działanie i towarzyszące mu zjawiska. Takie same trudności uzasadnienia teoretycznego w stopniu większym napotyka się w stosunku do ewentualnego działania antiwirusu w infekcjach ogólnych o charakterze septycznym.

Niemniej przeto niewątpliwa obecność w przesączach czynnika odkażającego skłoniła mnie do zastosowania przesączu z bakterij Eberta w durze brzuszny. a wyniki okazały się na tyle pomyślne, że uważam za wskazane ogłosić je na podstawie 37 przypadków niewątpliwego duru brzuszego, spostrzeganych na moim oddziale szpitalnym, aby zachęcić do oparcia metody leczenia na wielkich liczbach spostrzeżeń.

Używałem przesączu, przygotowanego z hodowli buljonowych leseczników Eberta*).

*) Przesącz przygotowywał na moją prośbę Państwowy Zakład Higieny, któremu na tem miejscu najuprzejmiej dziękuję za zawsze chętne popieranie inicjatywy klinicznej. Dr. Celarek (kierownik) i Dr. Fejginówna z oddziału wyrobu szczepionek Zakładu stale współpracowali, omawiając, strong teore-

*) Podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Tow. Med. Społecz. w d. 31.V. 1928 r.

Stosowałem przesącz dożylnie. Droga ta w do-tychczasowych badaniach u ludzi nie była używana dla powodów właściwie nieznanych. Co więcej, były nawet głosy, przestrzegające przed dożylnym zastrzykiwaniem antiwirusu. Moje osobiste doświadczenie kliniczne najzupełniej przeczy temu pogładowi, jak to z dalszej relacji widoczne będzie.

Droga dożylna stosowania przesączu tyfusowego ma za sobą usprawiedliwienie nie tylko teoretyczne, ale i praktyczne.

Podług Besredki antiwirus ma szczególne ciążenie do narządu, zajętego przez homologiczną bakterję, i jest do niego przyciągany ze krwi. We wczesnych więc okresach duru antiwirus natrafia na bakterje we krwi, a w późniejszych zaniesiony zostaje do trzewi.

Zastrzyknięcie podskórne lub doskórne już kilku decygramów wywołuje bardzo bolesny naciek, a mały odczyn ogólny. Stosowanie domięśniowe jest również bolesne, choć w stopniu nieco mniejszym, daje wszakże przytem o tyle słaby odczyn ogólny i wątpliwy wpływ leczniczy w porównaniu z tem, co u tych samych chorych daje zastrzyknięcie dożylnie, że wybrałem ostatecznie drogę dożylną.

Wlewanie dożylnie przesączu tyfusowego, zupełnie niebolesne, wywołuje z małemi wyjątkami — odczyn ogólny bardzo żywy, niekiedy w dużym stopniu. Ani razu jednak nie zdarzyło się spostrzegać stałych skutków szkodliwych bądź bezpośrednio po wlewaniu, bądź po dłuższym czasie (po kilku tygodniach). Równie nieszkodliwy przebieg odczynu spostrzegałem u 2-u chorych tyfusowych z wadą zastawki dwudzielnej: u 13-letniej Haliny B. i 34-letniej Fajgi S., wieloródki — obydwie z Widałem 1 : 500.

Odczyn po zastrzyknięciu, stosowanym zwykle około południa, występował po 20 — 30 minutach: dreszcze, mniejsza lub większa sinica, tętno częste, nieraz wymioty, rzadziej rozwolnienie. Stan taki trwał około 20 — 30 minut, poczem wszystkie te objawy ustępowały najzupełniej, i samopoczucie znacznie poprawiało się. Wkrótce ciepłota ciała zaczynała podnosić się, i w ciągu 2 — 4 godzin podniesienie to wynosiło około 2 stopni, doprowadzając ciepłotę ciała do 40°, a często i wyżej¹⁾, poczem w ciągu następnych 10 — 14 godzin, rzadziej po 20 godz. ciepłota spadała do 36° i niżej, bardzo często do 35°. Nazajutrz rano stan chorego był zupełnie dobry, samopoczucie również dobre.

W 24 godziny po pierwszym zastrzyknięciu, przy niskiej ciepłocie ciała stosowałem drugie zastrzyknięcie. Nowy odczyn podobny do poprzedniego. Wahania ciepłoty są oczywiście większe, gdyż punktem wyjścia jest ciepłota bardzo niska.

Następne kolejne zastrzykiwania dają obraz podobny, który wogóle wyjaskrawia się u osób neuropatycznych.

tyczną, wprowadzając zmiany w przygotowaniu przesączu, wreszcie stosując badania kontrolne materiału klinicznego. W obserwacji klinicznej, wymagającej w danym razie dużej pracy i ofiary czasu, zawdzięczam wiele cennej współpracy asystentki oddziału mojego, Dr. Zofji Zameńhoffówny.

¹⁾ Zastanawia w tych razach wielka tolerancja wysokich i niskich temperatur, np. 41° z kreskami nawet i 35° wkrótce potem.

Niezawsze jednak odczyn odpowiadał powyższemu obrazowi. Niektórzy chorzy reagowali znacznie słabiej. Byli i tacy, którzy po kolejnych zastrzykiwaniach reagowali bardzo różnie — raz słabo, to znów mocno — po tej samej dawce. Nasilenie dreszczów, sinicy i t. d. nie zawsze idzie w parze z wahaniami ciepłoty, która jednak zdaje się dawać najważniejsze wskazania do powtarzania zastrzykiwań.

Siła odczynu zależy naogół od dawki. Dla osoby dorosłej dawka, wystarczająca do obniżenia ciepłoty w ciągu doby do 36° i niżej, wynosiła 5 cm. sz. Dzieci 4 — 8 letnie otrzymywały 1,5 — 2 cm. sz., 15—20 letni — 3 — 4 cm. sz.

Zastrzykiwania wykonywane były możliwie najwolniej. Rozcieńczenie równą ilością glukozy w kilku przypadkach, zarówno jak i uprzednie próbne zastrzyknięcie 1 cm. sz. — nie wpłynęło na zmianę obrazu odczynu. Zwykle tuż przed wlewaniem przesączu, zarówno jak i na początku odczynu choroby otrzymywał zastrzyknięcie kamfory naprzemian z adrenaliną.

Po kilku wlewaniach ciepłota bezpośrednio obniżała się na stałe poniżej 37°, dając niekiedy nieznaczne wahania około tej cyfry.

Liczba wlewań, niezbędnych do przerwania gorączki na stałe, była rozmaita. Najczęściej do pożądanego wyniku potrzeba było średnio 4 wlewań, wykonywanych dzień za dniem. Jednak były spostrzeżenia z 5 i 6 wlewaniami, a i z drugiej strony takie, w których po trzech, a nawet po dwóch wlewaniach gorączka została przerwana.

W jednym przypadku jednokrotne wlewanie w 14-m dniu choroby przerwało dalszy jej bieg.

Im wcześniejszy był okres choroby, tem mniej wlewań stosować trzeba było, a i przerwanie gorączki było tem pewniejsze²⁾. Najlepsze wyniki dawały przypadki w pierwszym tygodniu choroby i najpóźniej w połowie trzeciego tygodnia. W ten sposób przerwana została gorączka w ciągu kilku dni po przybyciu chorego na oddział, czyli w 2 przypadkach na 9-y dzień choroby, w jednym — na 10-y, w 2 — na 12-y i t. d.

Wskazaniem do przekroczenia średniej liczby 4 wlewań była ciepłota ranna (t. j. po dobie od ostatniego wlewania) powyżej 36°. Z tego powodu zdarzało się, że tam, gdzie ciepłota zaczęła podnosić się później, moment dla iniekcji tego dnia został przepuszczony, i bieg gorączki bywał w ten sposób przerywany później³⁾. Mniejszą liczbę wlewań robiłem przy bardzo niskiej ciepłocie 35°—35,5.

Wraz z gorączką ustępują i inne objawy.

O szybkim powrocie dobrego samopoczucia była już mowa. Ustaje też ból głowy i senność. Wraca sen. Język oczyszcza się. Szczególną uwagę zwraca na siebie zmiana w wypróżnieniach: zarówno płynne, jak i swoiste grochówkowe znikają nazajutrz po drugim lub trzecim zastrzyknięciu. Niewielkie ilości białka, częste na początku, znikają zazwyczaj w 2—3 dni po zastrzykiwaniach albo nieco później.

Krew w przypadkach leukopenicznych nie tak

²⁾ Ciepłota ciała mierzona była we wszystkich przypadkach co 2 godziny przez cały czas obserwacji — dzień i noc.

³⁾ Nieustanny dozór lekarza w tych razach ma szczególne znaczenie.

prędko ulegała zmianom morfologicznym. Z kilku przypadków, badanych na obecność bakterij, posiew był dodatni w trzech przypadkach po drugim zastrzyknięciu; po późniejszych jednak zastrzykiwaniach posiew okazał się jałowym.

Co do śledziony, to zdaje się, że zmniejszenie się jej nieco opóźnia się w porównaniu ze znikaniem innych objawów.

W kilku przypadkach ciepłota po 1 — 2 — 3 dniach znów wznosiła się nieco powyżej 37°. Trwało to jednak 2 — 3 — 4 dni, poczem opadała już na stałe.

Nawrót gorączki na czas dłuższy spostrzegalem u chorych, u których leczenie rozpoczynane było w późniejszym okresie choroby, a przyczyną okazywało się powikłanie, np. ropienie, rozsiana sprawa płucna. I te przypadki również skończyły się wyzdrowieniem.

W żadnym z przypadków, wcześniej leczonych, powikłania nie spostrzegalem.

Jedyny objaw następczy w okresie zdrowienia w związku z leczeniem, dotychczas spostrzegany, — to wykwit, o charakterze pokrzywkowym, to znów przypominający płonice lub odrę. Miał on miejsce u 5 letniej dziewczynki oraz u matki i jednego z dwóch jej chorych chłopców.

Wykwity poprzedzało stopniowe podnoszenie się ciepłoty ciała do 38° i nieco wyżej. Utrzymywało się ono przez kilka dni. Wykwit ukazał się na 6-y, 15-y i 5-y dzień po zastrzyknięciu. Matka i syn mieli wykwit gęsty, na dużej powierzchni i na twarzy, która znacznie obrzękła; dziewczynka miała wykwit w bardzo nieznacznym stopniu na kończynach. W ciągu 1 — 3 dni wykwit zniknął, obrzęk twarzy trwał kilka dni. Łuszczenie nader obfite i długotrwałe miało miejsce tylko u matki. Chłopczyk miał przez 1 dzień nieznaczny ból jednego stawu barkowego.

Nie nadawały się do leczenia wlewaniem przesączu przypadki daleko posunięte, w ciężkim stanie, z rozległymi zmianami w narządach (owrzodzenia kiszek, stan zapalny w płucach i t.p.) i rozległym ropieniem. W tych przypadkach zastrzykiwania wprawdzie również sprowadzały znaczne obniżenie ciepłoty, nie utrzymywało się ono jednak, a wobec ogólnego ciężkiego stanu uważałem za przeciwwskazane narażanie na wstrząs, połączony z odczynem.

Zresztą, wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia wskazują, zdaje się, na to, że drogą wlewań dożylnych przesączów walczymy w durze z infekcją, tu czy tam umiejscowioną, nie mając możliwości wpływu ani na zmiany anatomiczne (owrzodzenia, ogniska zapalne), zwłaszcza daleko posunięte, ani na głębokie zmiany biologiczne, powstałe pod wpływem długotrwałej ciężkiej infekcji.

Były trzy przypadki śmierci, mianowicie:

1) 28-letnia kobieta w stanie ciężkim, z objawami zapalenia płuc odoskrzelowego. Po 2 zastrzyknięciach w 25-m i 26-m dniu choroby ciepłota, niżej prawidłowej, na trzeci dzień zaczęła się znów podnosić. Stan ogólny nie pozwalał na ponowne wlewanie. Na 31-y dzień choroby zejście śmiertelne. Autopsja (Dr. Płoński): rozległe zmiany mięsiste w narządach i owrzodzenie kiszek, zapalenie nerek.

2) 18-letnia dziewczyna w stanie ciężkim, z wolem, wzdęciem brzucha. Po zastrzyknięciu odczyn bardzo mocny. Tejże

nocy 3 obfite krwawe stolce, nazajutrz żółtaczką. Śmierć w 4 dni później. Autopsja: niezwykle rozległe owrzodzenie w kiszce, kamienie w pęcherzyku żółciowym, zapalenie płuca lewego i opłucny lewej.

3) 32-letnia kobieta, lekko zamroczone, która już od kilku dni miała stolce grochówkowe; w moczu 1,5% białka. wałeczki szkliste i krwinki. Wlewania, rozpoczęte przypuszczalnie w 18 dniu choroby, dały dopiero za drugim razem zwykłe obniżenie ciepłoty; po trzecim wlewaniu ciepłota nie opadła, w lewym płucu ognisko zapalne. Śmierć w dwa dni później. Autopsja: zapalenie lewego płuca krupowe w III okresie.

Wydaje się z powyższych danych, że trudno byłoby wykazać w tych 3 przypadkach związek przyczynowy śmierci z wlewaniem.

Przeciwnie, zbyt długo trwająca infekcja — III — IV tydzień, daleko posunięta i zbyt rozległe zmiany w kiszce lub płucach, wreszcie ostra sprawa płucna, najwidoczniej rozpoczynająca się w tym samym czasie, co i wlewania — dostatecznie tłumaczy fatalne zejście i wskazują na bezcelowość zabiegu w podobnych warunkach.

Przedstawione tu dla przykładu tablice¹⁾ uwydatniają szereg momentów z przebiegu leczenia, a między innymi i wpływ nieodpowiedniej, t. j. zbyt małej dawki, lub zbyt długiej przerwy w zastrzykiwaniach.

Były to wahania w metodyce podczas jej opracowywania. Zasluguje na uwagę tabl. Nr. 3, w którym to przypadku należało prawdopodobnie użyć przesączu mieszanego — Ebertowskiego i para B — którego, niestety, w zapasie jeszcze nie było.

U chorych, tą metodą leczonych, spostrzegłem 2 zjawiska. Pierwsze dotyczy nosicielstwa duru. Otóż, podczas gdy wśród chorych z 2 poprzednich okresów epidemii mieliśmy około 12% nosicieli zarazki Eberta w chwili ich wyjścia ze szpitala, obecnie wśród 27 dotychczas wypisanych ze szpitala chorych, leczonych omawianą metodą, nie stwierdziliśmy prątków Eberta w kale ani u jednego.

Drugie zjawisko — to nabycie zdolności aglutynacyjnej (Widal we krwi) na skutek iniekcji przesączu. Wykazywali ją nietylko wszyscy dorośli po leczeniu, ale i 2 chorzy niedurowi. Chory na malarję, przywieziony do szpitala, jako tyfusowy, po wzięciu od niego krwi do badań diagnostycznych, ale jeszcze przed ich dokonaniem i stwierdzeniem zimnicy, otrzymał zastrzyknięcie przesączu. Chory ten po 10 dniach wykazał Widal a 1:500.

To samo spostrzegalem u chorej na posocznice.

W sprawie specyficzności przesączu dotychczas specjalnych spostrzeżeń nie udało się jeszcze zrobić. Dopiero co cytowana chora na posocznice poanginową, trwającą kilka tygodni z t° 37° — 38°, na zastrzyknięcie przesączu tyfusowego wcale nie reagowała, a żywa reakcja u malarjaka była aktywacją napadu malarji.

Natomiast wprost za specyficznością działania przesączu tyfusowego przemawiałby brak nosicieli wśród tyfusowych, leczonych omawianą metodą, o ile, rzecz prosta, większe liczby spostrzeżeń fakt ten ustala.

W 3 przypadkach podawany był przesącz ty-

¹⁾ Na odczycie rzucone zostało na ekran 14 tablic.

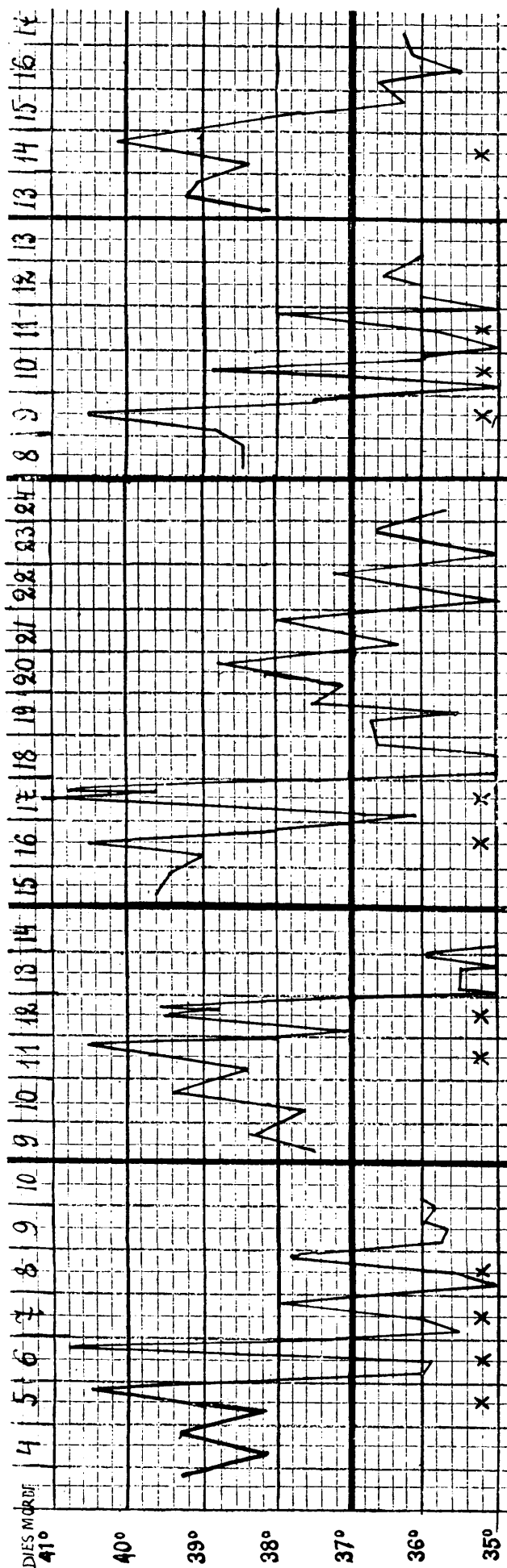
Tabl. I.

Tabl. II.

Tabl. III.

Tabl. IV.

Tabl. V.



X) Zastrykiwanie.

Mężczyzna, lat 21, z ogniska endemicznego. Ból głowy, senność, osłabienie. Śledziona macalna. Leukopenia z monocytózą, brak eozynofili. Czuje się chorym dopiero od 3 dni(?). Dawka 3 c. sz. niewątpliwie zbyt mała (brak doświadczenia w początkach). Cztery zastrzyknięcia; nazajutrz po ostatnim początek zdrowienia.	Dziewczynka 5 l. Cała rodzina chora. Kilka krostek. Śledziona macalna. Leukopenia z monocytózą, brak eozynofili. Widal 1 : 100. Diazo +. Gorączka stale wzrastająca. Dwa zastrzyknięcia po 1 c. sz. 11-go i 12-go dnia. Wypróżnienia grochówkowe ustępują po drugim zastrzyknięciu; jednocześnie początek zdrowienia.	Dziewczynka 13 lat. Stan ogólny ciężki, senność. Niedomykalność zastawki dwudzielnej. Śledziona macalna. Widal 1 : 500, para B 1 : 200. Ślad biał strzyknięcia (1,5 c. sz. zamiast 2,5 — 3,0). Odczyn bardzo mocny. Nieprzytomność. Nazajutrz po drugim zastrzyku przytomna, następnego dnia samopoczucie dobre. Wypróżnienia płynne, po pierwszym zastrzyknięciu sformowane. Po spadku ciepłoty wahania jeszcze w ciągu 3-ch dni (para B?). W końcu zdrowienie.	Chłopiec, lat 18. Cała rodzina chora. Obraz ogólny duru. Krostki na tułowiu. Duża śledziona. Diazo +. Trzy zastrzyknięcia (4 c., 5 c., 5 c.)—może był zbyt czyny trzeci? Wypróżnienia płynne, po pierwszym zastrzyknięciu — sformowane.	Kobieta lat 25. Gorączka wzrastająca. Duża śledziona. Widal 1 : 100. Jedno zastrzyknięcie 3 c. sz. Odczyn bardzo żywy, podniecenie (w wywiadach neuropatja). Nazajutrz stan dobry, początek zdrowienia.
---	--	---	--	--

fusowy doustnie, a potem przez odbytnicę, po 10 cm. sz.—u jednej chorej 3 dni z rzędu. Odczynu nie było. Wreszcie dwum chorym tyfusowym zastrzyknięto dożylnie jednokrotnie ten sam buljon, który służył następnie do przygotowania przesączu tyfusowego: ciepłota podniosła się o kilka dziesiątych.

Wnioski, jakie ze swych spostrzeżeń wyciągam, dadzą się streścić w następujący sposób:

1. Przesącz tyfusowy Besredki, wprowadzony dożylnie, wywierał skutek leczniczy w przypadkach duru brzuszego.

2. Przesącz działał leczniczo tem skuteczniej, im wcześniej był stosowany.

3. W bardzo wczesnych okresach — w I i II tygodniu — wpływ leczniczy występował doraźnie, przerywając rozwój choroby (wpływ poronny), przy czem nie spostrzegałem zwykłych właściwych durowi powikłań.

4. W przypadkach, daleko posuniętych, przy ciężkim stanie ogólnym, dużych zmianach anatomicznych w narządach zastrzykiwania działały jedynie chwilowo, a ze względu na towarzyszący im odczyn zostały zaniechane.

*Z II-go oddziału Chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego.
Warszawa-Praga*

(Ordynator: † Dr. med. A. Zawadzki).

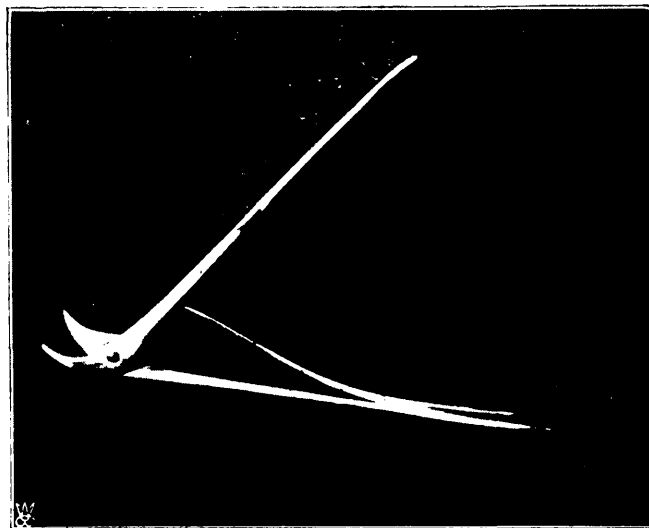
Nowy instrument do zdejmowania klamerki Michela.

Podał.

Dr. med. Jakób Konrad SZPILMAN, (Warszawa).

Słusznie coraz częściej do szycia ran skórnych wprowadzane zostają klamerki Michela, ponieważ nakładanie ich odbywa się szybciej, i dają one poniekąd lepszą bliznę, niż szew węzełkowy, czy też ciągły. Jednakowoż zdejmowanie klamerki w sposób, w jaki się to dotychczas odbywało, spra-

wiało prawie zawsze choremu pewne, choćby nawet minimalne bóle. Kto kiedykolwiek przeżywał zabieg ten na własnej skórze, wie bardzo dobrze, jakie jest to bolesne nawet przy najdelikatniejszym rękoczynie. Najlepszy dotychczasowy instrument, używany do zdejmowania klamerki, szarpie przy ich wyprostowywaniu, i ząbki, umieszczone po obu bokach klamerki, wciśnięte w skórę, sprawiają dotkliwy ból. Niedogodności tej można zapobiec. Podany przeze mnie instrument ma na celu bezbolesne usunięcie klamerki. Instrument, odpowied-



nio skonstruowany wprowadzony pod kolankowato zgiętą klamerkę, z łatwością przebiega jej grzbiet. Klamerka zostaje przecięta na dwie części, w tej chwili zostaje zniesione napięcie skóry ściśniętą klamerką i pozostałe części klamerki, opatrzone ząbkami, dają się już usunąć bez najmniejszego bólu. Wielokrotne próby, czynione w ostatnich tygodniach na chorych naszego oddziału, dały wyniki zadawalające. Instrument według mego modelu wykonała firma „Hipolit Amber”, fabryka narzędzi chirurgicznych w Warszawie, i zgłosiła go do opatentowania.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Leczenie zachowawcze wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa).

(Dokończenie).

Jeśli chodzi o oddziaływanie zapomocą leków na objawy, towarzyszące wrzodowi żołądka, to najbardziej rozpowszechnionem jest podawanie alkaliów. Przeważnie już chorzy sami wiedzą o zbawiennem działaniu sody (dwuwęglanu sodo-

wego) na objawy nadkwaśności. Alkaliterapia też cieszyła się oddawna wielkiem powodzeniem na podstawie danych czysto empirycznych. Kiedy zaś ostatnio usiłowano uzasadnić doświadczalnie racjonalność podawania zasad, powstał cały szereg sprzeczności. Dotyczą one już na przykład samego sposobu podawania zasad. Większość autorów zaleca podawanie alkaliów po jedzeniu. Atoli Boas, opierając się na pracach doświadczalnych szkoły Pawłowa, zaleca podawanie leków zasadowych na pewien czas przed jedzeniem, chodzi mu bowiem o zadziaływanie ogólne na krew a nie tylko na samą treść żołądkową. Podobnie rozbieżne są zda-

nia co do ilości zasad, jaką należy podawać: jedni mają dobre wyniki przy dużych dawkach 3—5 gramów, inni znowu stosując dawki małe $\frac{1}{2}$ —1 gr. Lenoir i Richet zaproponowali podawanie zasad drogą odbytnicy, sposób, który według innych działa drażniaco na jelito grube.

Dane doświadczalne ostatnich lat (Bennett, Lockwood, Bruce i Chamberlain) wykazały, że zasady, podawane przed jedzeniem, podnoszą kwasotę żołądka (zglebnikowanie frakcjonowane Bennetta), zaś podane po jedzeniu najpierw obniżają, potem znów następuje powrót do stanu początkowego czy nawet podniesienie kwasoty żołądka. Szczególnie drażniaco mają działać sole sodowe, w pierwszym rzędzie dwuwęglan sodu, mniej zaś drażnią sole magnezu i wapnia.

Przeciwno nadmiernemu stosowaniu zasad zaczęto protestować przede wszystkim w Ameryce, gdzie kuracja Sippyego była szczególnie rozpowszechniona. Przeciwno nadmiernemu szafowaniu alkalkami wypowiada się także Bergmann. Badania, przeprowadzone przez Hardta i Rivera oraz innych autorów, wykazały, że duże ilości alkalków doprowadzają do zatrucia ustroju.

W klinice braci Mayo u chorych, leczonych dużymi dawkami zasad, stwierdzano objawy zatrucia rozmaitego natężenia aż do tężyczki włącznie. Przytem zwiększa się w ustroju ilość mocznika (do 6-io krotnej ilości ponad normę), węglanów (do 2 krotn.) oraz kreatyniny (aż do 100 krotn. ilości ponad normę).

Badania nad hodowlą tkanek *in vitro* wykazały, iż roztwory alkaliczne silnie hamują rozwój tkanek tak samo, jak rozczyzny silnie kwaśne, tak że Smithies uważa duże dawki alkalków wprost za przeszkodę w gojeniu wrzodu, a nadto, jak on twierdzi, ustrój broni się przeciwko działaniu zasad nadmiernem wydzielaniem śluzu, co również ma wpływać ujemnie na proces gojenia wrzodu.

Shattuch, Rohdenburg i Booker wskazują na niebezpieczeństwo, grożące przy podawaniu dużych dawek alkalków w chorobach nerek. Zamiast alkalków właściwych, proponują podawanie trzeciorzędnych soli fosforowych wapnia i magnezu, które jakoby nie wywołują ujemnych skutków, przypisywanych innym alkalkom.

Z pośród rozmaitych alkalków, poza szablonowym dwuwęglanem sodu, używane są: magnezja palona oraz węglan wapnia. Sole wapnia działają zapierająco i są wskazane tam, gdzie obok nadkwaśności występuje biegunka. Sole magnezu działają rozwalniająco, jak np. magnezja palona a szczególnie nadtlenek magnezu, znany pod nazwą „*magnesium perhydrol*“, środek łączący w sobie działanie soli magnezu i wody utlenionej, która wytwarza się w żołądku. Proponowano także stosowanie samych rozczyznów nadtlenku wodoru ($\frac{1}{2}\%$); rezultaty otrzymane nie są jednolite.

Należy wymienić także zalecany przez Bosa środek peptozon, składający się z nadtlenku magnezu oraz sproszkowanego agaru; działa on silnie rozwalniająco.

Z innych zasad używanych wymienimy: cytryniany sodu i magnezu, fosforany magnezowo-amonowe i sodowe, salicylan magnezu i inne.

Ostatnio wprowadził Glässner do lecznictwa rozczyzny ługów. Stosuje on 0,2—0,4% roztwór ługu sodowego, co dwie godziny po 50 cm.³, z dodatkiem *aq. menthae piper*.

Podobnie, jak alkalka, działają poniekąd wody mineralne alkaliczne, ze względu jednak na inne ich własności omówimy je oddzielnie.

Do pewnego stopnia może jeszcze jako zobojętniacze, lecz w zasadzie raczej ściągające i chroniąco, działają sole glinowe. Działanie to uważane jest przez szereg autorów za najważniejsze; chodzi o pokrycie schorzałej śluzówki chroniącą warstwą proszku, która zabezpiecza ją przed działaniem soku żołądkowego. Do tej grupy należą „*neutralon*“ (Rosenheim i Ehrmann), *escalin* (Klemperer), który według badań Bickela drażni żołądek, dalej *alucol*, działający dzięki swemu stanowi koloidalnemu jakoby lepiej niż inne chroniące preparaty. U nas do tej grupy należą *neutrol* i *gastral*, połączenia krzemowo-glinowe. We Francji rozpowszechnione jest używanie kaoliny i talku, niekiedy w połączeniu ze śluzem i żelatyną, jak np. *gelogastrine*.

Wielkiem uznaniem cieszą się także związki bizmutu. Działają one taksamo, jak sole glinu a więc jako zobojętniacze, ściągające, jako przysypka, wreszcie mają także wzmacniać wydzielanie śluzu. Używany jest *bismutum subnitricum*, ostatnio zaś raczej *bismutum carbonicum* i *subsalicylicum*, które nie wywołują objawów zatrucia, spowodowanych wchłanianiem azotynów. Stosuje się także połączenie bizmutu z białkiem, t. zw. „*bismutose*“. Podaje się związki bizmutu także z innymi środkami, jak np. z proszkami alkalicznymi, lub też w zawiesinie z oliwą. Dawki wynoszą zazwyczaj około 10 gramów *pro dosi*, kilka razy dziennie, wielu autorów stosuje jednak dawki małe po 1 gr. w połączeniu z alkalkami. Szkoła Głuzińskiego stosuje także dawki duże, 50 gr. dziennie (Panczyzyn) stopniowo je zmniejszając co tydzień o 10 gramów; podaje się je $\frac{1}{2}$ godziny przed jedzeniem w ciepłej wodzie. Ażeby sprowadzić osiadanie bizmutu na miejscu domniemanego „wrzodu“ Kussmaul i Fleiner radzą ułożyć chorego po zażyciu leku w tej pozycji, która mu sprawia najwięcej dolegliwości.

Zamiast bizmutu, który ma działanie zapierające, zaproponowano ostatnio podawanie preparatów baru, używanych w rentgenologii, a więc *barium purissimum pro usu interno*, względnie przetwory gotowe jak *roebaryt*, *cytobarium*, *gélobarine*. Połączenia barytu z żelatyną i ciałami śluzowatymi, jakie te preparaty zawierają, przyczyniają się w znacznym stopniu do mechanicznego osłaniania śluzówki żołądka.

Działanie ściągające, przeciwnilne i pobudzające wydzielanie śluzu posiadają również związki srebra. Stosowano je dawniej do picia i do płukania żołądka, jako $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}\%$ rozczyzny azotanu srebra. Używano także innych połączeń srebrnych, szczególnie srebra koloidalnego. Na skutek powstawania w ustroju osadu srebrowego, t. zw. srebrzycy, środek ten był stosowany tylko w ciągu 4—6 tygodni poczem następowała dłuższa przerwa. Niektórzy autorzy jak Zweig, Bajbakov i inni, uważają srebrne połączenia wręcz za

przeciwwskazane; inni znów stosują je tylko w nieżytych żołądka.

W ostatnich latach Kohn podał metodę ambulatoryjnego leczenia wrzodu żołądka roztworem koloidalnym srebra względnie jodu. Naczczo wprowadza się cienki zgłębnik i, po opróżnieniu żołądka z ewentualnej zawartości, przemycza go się kilkakrotnie 1-2 litrami słabego roztworu dwuwęglanu sodowego, a potem, po dokładnem usunięciu resztek sody, wlewa 30-60 cm.³ 0,05% *Argentum colloidal* lub też 1% *jodum colloidal*.

By zakończyć przegląd środków o działaniu miejscowym na śluzówkę żołądka, musimy wspomnieć o działaniu tłuszczów emulgowanych, jak masło i oliwa. Była już o nich mowa jako o składnikach diety przy wrzodzie trawiennym. Stanowią one zarazem rodzaj leku, szczególnie oliwa, która też w tym sensie była stosowana przez Conheim (50-100 gr. naczczo).

Jak wspomniano już wyżej, ciała śluzowate przyczyniają się znakomicie do mechanicznego osłaniania śluzówki żołądka i stąd też ich używanie zyskało sobie licznych zwolenników (Zweig).

Przechodzimy teraz do omówienia środków, działających na ustrój cały; mają one działanie kojące, przeciwkurczowe i hamujące wydzielanie.

Działanie kojące posiadają przetwory makowca. Morfina, środek wybitnie kojący, ma jednak tę ujemną stronę, że wywołuje skurcz odźwiernika, zaleganie treści i w rezultacie wzmożone wydzielanie. Toteż wielu autorów przeciwstawia się podawaniu morfiny, zastępując ją innymi środkami, u których własności ujemne morfiny występują w znacznie mniejszym stopniu, a więc preparaty z makowca, znane pod nazwami: pantopon, pavon, dicodid, parakodinę i inne podobne, lub też łączą jeden z powyższych leków z jakimś lekiem przeciwkurczowym jak np. atropiną.

Atropina i pokrewne alkaloidy są bodaj najważniejszym lekiem, używanych w schorzeniach przewodu pokarmowego. Działają one przeciwkurczowo i zmniejszają wydzielanie, co w rezultacie daje zmniejszenie bólów. Niektórzy autorzy widzą w atropinie lek, który, znosząc perystaltykę, może spowodować zaleganie treści z działaniem ujemnym. Dawki wahają się od 1 do 3 mlgr. dziennie przy stopniowem podnoszeniu do 6 mlgr. *pro die*. Zamiast atropiny stosuje się także bellafolinę w dawkach o połowę mniejszych, niż poprzednio podane, dalej *extr. belladonnae*, *extractum hyoscyami*, wreszcie *hyoscinum hydrobromicum*. Te ostatnie 2 preparaty mogą być kombinowane z belladonną w dawkach mniejszych.

W ostatnich czasach obok atropiny stosuje się papawerynę (Pal), alkaloid z grupy makowca, który ma działanie, porażające mięśnie gładkie, i przez to przeciwkurczowe. Daje się papawerynę samą do 0,1 *pro dosi* lub też wspólnie z atropiną czy jej pochodnymi w dawkach mniejszych. Połączenie papaweryny z atropiną i pantoponem używane jest we Francji i Szwajcarii pod nazwą *spasalgine*.

Z innych środków przeciwkurczowych proponowano ostatnio, szczególnie we Francji, *benzylum benzoicum* i jego przetwory; środki te porażają mięśnie gładkie.

Stosowaną jest także *camphora monobromata*, która łączy w sobie działanie przeciwkurczowe kamfory z kojącem bromu.

Same preparaty bromowe są bardzo zachwalane przez rozmaitych autorów, szczególnie *calcium bromatum*, środek o działaniu skombinowanym bromu i wapnia, które działa na układ współczulny.

W Ameryce wielkie wzięcie ma bromek strontu 0,5-1,0 *pro dosi* (Rehfuß).

Kombinację bellafoliny z luminalem wprowadzono ostatnio do leczenia pod nazwą „*belladrenal*“, gdzie łączy się działanie bellafoliny i luminalu będącego środkiem kojącym i przeciwkurczowym.

Ostatnio wprowadził Loeper do leczenia boran sodu (do 2 gr. dziennie), znany także pod nazwą fabryczną *borosodine*. Środek ten ma zmniejszać kwasotę oraz działać przeciwkurczowo.

W sposób jeszcze niewyjaśniony działają zastrzykiwania dożylnie 10% roztworu chlorku sodu, mają one według Barsonyego i Szömszo zmniejszać ból, nie zmieniając wcale chemizmu żołądkowego.

W myśl nowszych teorii, stawiających powstanie wrzodu trawiennego w związek przyczynowy z brakiem t. zw. antypepsyny w ścianie żołądka, który to czynnik normalnie zawsze znajduje się zarówno w ścianie żołądka, jakoteż w surowicy krwi, próbowano zastąpić ten brak. Teorie te, wysuwane przez Horta, ostatnio przez Fulda i Kattensteina, doprowadziły do stworzenia preparatu „*amynin*“, składającego się z wysuszonej w specjalny sposób surowicy końskiej (z zachowaniem antypepsyny) oraz z neutralonu. Metoda ta większego zastosowania dotychczas nie znalazła.

Na innej zasadzie opiera się stosowanie proteinoterapii czyli wprowadzania białka do ustroju drogą pozapokarmową. Białko, wprowadzone tą drogą, wywołuje wstrząs, który w jeszcze nieustalony sposób działa na ustrój.

Pierwsze spostrzeżenia nad proteinoterapią były zrobione przez Schmidta w roku 1916 z tuberkuliną, która w kilku przypadkach wrzodu żołądka przyniosła choremu ulgę. Ostatnimi czasy uzasadnił i wprowadził racjonalną proteinoterapię Pribram.

Stosuje on preparat „*novoprotin*“ z białka roślinnego w postaci zastrzykiwań dożylnych, w dawkach wzrastających od 0,3 cm.³ począwszy aż do 1 cm.³, co 2-3 dni, aż do łącznej liczby 10-iu zastrzyknięć. Ewentualnie po pewnym czasie serię zastrzyknięć można powtórzyć.

Proteinoterapia, aczkolwiek ma swoich przeciwników, przyniosła już prawie wszędzie i daje na ogół niezłe wyniki, co potwierdza cały szereg prac. Szczególną zaletą jej jest możliwość leczenia ambulatoryjnego. Ma też jednak cały szereg przeciwwskazań, a mianowicie świeże krwotoki, ukryta infekcja (gruźlica, *osteomyelitis*), podejrzenie na zwyrodnienie złośliwe, które pod wpływem novoprotiny mogłyby wybuchnąć lub ulec obostrzeniu.

Działanie podobne do novoprotiny mają *caseosan*, *neurolysina* i *yatren-caseina*.

Co do mechanizmu działania proteinoterapii, to nie został on jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Przypuszczają np. że, nasutek wstrząsu proteino-

wego, powstaje przekrwienie w ogniskach chorych, co ma sprzyjać lepszemu gojeniu się wrzodu oraz zmniejszać bóle. W najnowszych czasach chcą tłumaczyć działanie proteinoterapii jako alkalizację tkanek ustrojowych, co miałoby stwarzać lepsze warunki gojenia się ran.

Co do skuteczności proteinoterapii, to najlepsze stosunkowo wyniki osiągnano we wrzodach niezbyt starych (nie modelowatych), oraz we wrzodach dwunastnicy raczej niż żołądka.

Z innych środków tej grupy należy wymienić wakcyeurynę (Holler). Jest to produkt autolizy bakteryjnej z *bac. prodigiosus* i gronkowców rozmaitych szczepów. Ma ona wywierać działanie specjalnie neurotropowe. Stosuje się najlepiej dożylnie. Odczyn ustroju jest bardziej gwałtowny przy stosowaniu wakcyeuryny, to też do leczenia ambulatoryjnego nie nadaje się wcale. Holler opisuje działanie tego środka, jako znakomite, inni autorzy jednakże są nim mniej zachwyceni, szczególnie Zweig, który zajmuje stanowisko wręcz odporne.

Wakcyeuryna jest niejako przejściem do leczenia szczepionkami.

Pod wpływem teorii, opierających etiologię wrzodu na zakażeniu rozmaitemi banalnymi drobnoustrojami, (przerzuty z zębów, migdałków, pęcherzyka, wyrostka i. t. p.) w Ameryce i Francji (Rosenow, Duval, Gosset i inni), zaczęto stosować u chorych na wrzód żołądka leczenie szczepionkami. Z tej grupy należy wymienić *propidon*, zaproponowany przez Delbetta, szczepionki z *strep. tococcus viridans*, wprowadzone przez Rosenow, a

Leczenie szczepionkami standardyzowanymi lub autoszczepionkami, samo, jakoteż w połączeniu z innymi metodami, cieszy się obecnie ogromnym powodzeniem w krajach anglosaskich oraz we Francji. Rehfuß stosuje systematycznie autoszczepionki we wszystkich przypadkach wrzodu żołądka. Ostatnio stosują we Francji autoszczepionki nawet w przypadkach, poddawanych operacji, i widzą jakoby spadek ryzyka zakażeń operacyjnych (Gosset).

Czy szczepionki rzeczywiście działają tu swoje na zakażenie drobnoustrojowe, czy też działanie ich sprowadza się do wstrząsu proteinowego, trudno powiedzieć. W każdym razie autoszczepionki zdają się wpływać dodatnio na ewentualne zakażenia wtórne.

W ostatnim roku zaczęto stosować w leczeniu wrzodu żołądka środek nowy — insulinę.

Insulina, hormon trzustkowy, regulujący przemianę węglowodanową, posiada cały szereg własności ubocznych m. in. działających na wątrobę i na żołądek.

Zasadniczo insulina uważana jest za hormon wagotoniczny i jako taka winna była być raczej przeciwwskazaną we wrzodzie żołądka. Stwierdzono nawet, że jakoby nieduże dawki insuliny (10 — 20 jednostek) zwiększają kwasotę (Gurwitsch i Permjakow).

Atoli większość badaczy podaje, że insulina ma wybitnie dodatni wpływ na przebieg gojenia się wrzodów. Jaki jest mechanizm działania insuliny? Według jednych np. insulina ma przyspieszać opróżnianie się żołądka, co pociągałoby za sobą obniżanie kwasoty. Inni znów przyjmują, że insulina zmniejsza *tonus* naczyńiowy, znosi skurcz

naczyń i dzięki lepszemu ukrwieniu sprzyja gojeniu się wrzodów żołądka (tak samo zresztą, jak wrzodów wogóle).

Wreszcie w myśl teorii Balinta i Zimnickiego alkalozą miałaby sprzyjać gojeniu się wrzodów, a insulina, jak wiadomo, jest potężnym alkalizatorem.

Czy przyjmujemy takie czy inne objaśnienie, insulina zdaje się mieć dodatni wpływ na przebieg wrzodu żołądka, i stosowanie jej rozpowszechnia się obecnie w całym świecie. M. in. insulinę w połączeniu z innymi środkami jak alkalja, naświetlanie promieniami Roentgena, proteinoterapię zaproponował u nas Cytronberg. Jaki czynnik ze wszystkich stosowanych przez niego działa, czy też działa tu suma wielu środków alkalizujących trudno narazie powiedzieć.

Według Zimnickiego insulina zmniejsza *tonus* nerwu błędnego u chorych na wrzód żołądka i doprowadza go raczej do normy, z drugiej strony też nie dopuszcza do objawów tężyczkowych, które niekiedy w przebiegu wrzodu żołądka się zdarzają. Leczy on swoich chorych ambulatoryjnie, pozostawiając ich na zwykłej diecie z warunkiem spożywania przy dwu głównych posiłkach po sto gramów kartofli. Dawki insuliny wahały się od 20 do 40 jednostek. Po 4—5 dniach takiego leczenia stwierdzał zmniejszenie się bólów, zmniejszenie wagotonji, zniknięcie krwi ze stolca, a po 15 dniach nawet poprawę już rentgenologiczną.

Goyena wykazał w jednym przypadku, który po kuracji insulinowej poddał się operacji, że dawny wrzód był zupełnie zagojony i pokryty normalną śluzówką.

Z metod fizykalnych na pierwszym miejscu stoi stosowanie ciepła. Gorące okłady wilgotne, kataplazmy, kompresy z wysokiem i kwasem borowym należą do stałych metod leczenia wrzodu żołądka w okresie bólowym. Obecnie diatezmja cieszy się wielką popularnością we Francji, jako dobry środek leczniczy w przewlekłych sprawach wrzodowych. Działanie ciepłe sprowadza się prawdopodobnie do czynnego silniejszego przekrwienia miejsca schorzonego, i, co za tem idzie, do lepszych warunków gojenia się wrzodu. Ciepło działa także przeciwkurczowo oraz kojąco. Ma wreszcie działać dodatnio także na zrosty.

Z innych metod fizykalnych należy tu wymienić rentgenoterapię. Ostatnie lata przyniosły szereg spostrzeżeń nad dodatnim działaniem naświetlań promieniami Roentgena na wrzód żołądka. Wobec jednak niewielkiej naogół ilości przypadków, poddanych leczeniu promieniami Roentgena, oraz zbyt krótkiego okresu czasu, który upłynął od chwili naświetlań, wyniki nie mogą być uważane za ostateczne. Promienie jakoby działają na gruczoły wydzielnicze, zmniejszając ich wydajność. Przypuszcza się również, że działają one na objawy bólowe, wydzielanie i skurcze. Inni znów uważają że działa tu właściwie wstrząs, który powstaje wskutek wessania się produktów rozpadu komórek, uszkodzonych przez promienie. Według nowszych teorii promienie Roentgena miałyby działać jako alkalizator ustroju.

Co do metodyki to nie jest ona jeszcze opracowana dostatecznie. Dotychczasowe wyniki wypadły naogół zachęcająco, szczeg. w przypadkach

niezbyt starych o zmianach modelowatych. Wrzodów świeżych lub krwawiących autorzy nie radzą naświetlać. Ostatnio zaczęto naświetlać w przypadkach krwawiących wrzodów — śledzoną, a dopiero po ustaniu krwawienia okolicę żołądka.

Promienie fiołkowe były także stosowane, wyniki nie są jeszcze ustalone (Keller i Loeb).

Działanie promieni pozaczerwonych sprowadza się w zasadzie do działania ciepłego.

Z innych metod odnotujemy te, które dążą do uniesienia trzew ku górze, wychodząc z założenia, że opadnięcie trzew, pociągając za więzadła żołądkowe, uciska naczynia w nich przebiegające co sprzyja powstawaniu wrzodów.

Tak np. Enriquez poleca noszenie opaski takiej, jak przy opadnięciu żołądka. Strauss proponuje podczas leżenia unieść dolną połowę ciała. Podkłada on cegły pod nogi łóżka ze strony kończyn dolnych. Autorzy amerykańscy (Rehfuß) stosują plaster lepki, którym unoszą trzewia ku górze pośrednio poprzez ścianę brzuszna.

Na uboczu stoi wreszcie sprawa leczenia bólów wrzodowych za pomocą wstrzykiwań znieczulających, robionych parawertebralnie na wysokości 8 — 10 — 12 zebra. Działanie ich w niektórych przypadkach było wprost zdumiewające. Przyczyny należy szukać w łączności nerwów autonomicznych żołądka z daną okolicą rdzenia.

Leczenie balneologiczne ogranicza się właściwie do przypadków przewlekłych i głównie w okresach międzynapadowych. Oprócz działania wód alkalicznych wchodzi tu w grę jeszcze inne czynniki jak np. okłady borowinowe, działające swym ciepłem, elementy radioaktywne, stosowna dieta, zazwyczaj ściślej przestrzegana w miejscowościach kąpielowych, wreszcie czynniki psychiczne, która mają czasami znaczenie decydujące (oderwanie się od trosk, pracy codziennej i t. p.).

Z miejscowości, najbardziej uczęszczanych, należy wymienić Karlsbad, Vichy, Neuenahr i wiele innych źródeł alkalicznych oraz alkaliczno-solnych.

Jak widać z zestawienia wszystkich metod leczenia zachowawczego wrzodu żołądka, żadna z nich nie jest wyłączna i nie może ubiegać się

o nazwę jedynie skutecznej. Należy stosować tę czy inną metodę, indywidualizując ją w każdym przypadku, czasem kombinując kilka metod i pamiętając o tem, że leczy nie lekarz lecz natura, której lekarz winien pomagać nie zapominając o zasadzie „*primum non nocere*”.

Używaliliśmy wszędzie nazwy wrzód żołądka dla krótkości jeno, pamiętać bowiem trzeba, że leczenie zachowawcze wrzodów „trawiennych” dwunastnicy czy jelita czczego (po zespoleniu) w zasadzie jest takie same.

PIŚMIENNICTWO.

(Przytoczone są tylko ważniejsze prace).

- 1) Aschoff: Lehrb. d. Pathologischen Anatomie 2) Balint: Untersuchungen über die Pathogenese des Ulcus Ventriculi. Wien. Kl. Woch. 1926. 3) Barsony: Röntgenbehandl. des Magengeschwürs. Kl. W. 1927. 4) Bauer: Die Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankh. 1924. 5) Bergmann: Handbuch d. Inneren Medizin von Mohr-Staechelin. Band III. 1926. 6) Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 1925. 7) Brugsch: Lehrbuch d. Diätetik. 1919. 8) Cohnheim: Grundr. d. Krankheiten des Verdauungskanal. 1923. 9) Coleman: J. Amer. Med. Assoc. 1924. 10) Eppinger und Hess: Die Vagotonie. 1910. 11) Faber Knud: Krankheiten des Magens und Darmes. 1925. 12) Glässner: Arch. f. Verdauungskrankh. 1923. 13) Hüller: Münch. Med. Woch. 1920. 14) Koller: Arch. f. Verdauungskrankh. 1922. 15) Jarotzky: Presse Médicale. 1925. 16) Katzenstein: Berl. Kl. Woch. 1908. 17) Kohler: Mitteil. Grenzgeb. Chir. und Inn. Med. 1923. 18) Keller u. Loeb: Kl. Woch. 1925. 19) Kohn: Therapeut. Gazette. 1924. 20) Lane: Brit. Med. Journal. 1923. 21) Loeper: Leçons de pathologie digestive. 22) Lenoir et Agasse Lafont: Nouveau traité de médecine. Tome XIII. 23) Lichten belt: Die Ursachen des chronischen Magengeschwürs. 24) Lyon. Clinique Therapeutique. 1925. 25) Panczyszyn: Arch. f. Verdauungskr. 1918. 26) Pribram: Kl. Woch. 1923. Med. Klin. 1922. 27) Ramond: Maladies de l'estomac. 1927. 28) Rehfuß: Diagnosis and Treatment of the diseases of the stomach. 1928. 29) Rosenow: Journ. infect. diseases. 1923. 30) Robin: Kilka uwag w sprawie patogenyzy i leczenia owrzodzeń żołądka. Warsz. Czas. Lek. 1924. Nr. 5. 31) Salomon: Über die Stundendiät. Arch. f. Verdauungs. 1927. 32) Spezielle Pathologie u. Therapie, herausgeg. von Kraus u. Brugsch. Band. VI. 33) Sippy: J. Amer. Med. Assoc. 1915. 34) Solomon: Radiotherapie profunde. 1926. 35) Smithies, J. Am. Med. Ass. 1923. 36) Zweig. Lehrb. d. Magen u. Darmkrankheiten. 1923. 37) Zimnicki: Kl. Woch. 1926. 38) Zimnicki: Wien. Klin. Woch. 1927. 39) J. L. Goyena: La semana medica. 1927. 40) Schiller u. Altschul: Strahlentherapie XXIV.4. 1927. 41) Cytronberg: Warsz. Czasop. Lek. 1928.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Djagnostyka.

CREYX i FOURNIER. O wysłuchiwanie płuc na trupach w warunkach zwykłych. (Cmp. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 36 — 1927).

Autorzy wznowili stare, dokonane już przed 50 laty doświadczenia Cornila i Granchera, korzystając, oczywiście, z lepszej niż ich poprzednicy, techniki postępowania; pozwoliło im to rozszerzyć zakres badań i zdobyć kilka nowych szczegółów.

Autorzy korzystali z miecha o pojemności 1600 c.n., połączonego z jednej strony z kaniulą metalową, umocowaną w tchawicy, z drugiej zaś manometrem wodnym, wskazującym ciśnienie. Odpowiednie poruszenia tłoka umożliwiały naśladowanie oddechu o normalnym rytmie; ciśnienie podczas wdechu

doprowadzano do 16 cm., podczas wydechu zaś wynosiło ono 2 cm. Jednocześnie notowano ruchy klatki piersiowej.

Z badań, dokonanych na 16 odpowiednio przygotowanych zwłokach, wynika, że 1) szmery oddechowe można wysłuchiwać na całej przestrzeni klatki piersiowej z wszystkimi ich cechami charakterystycznymi, stwierdzanymi u żywego; 2) wahania natężenia szmerów niezawsze zamieniają się odpowiednio do zmian ciśnienia; 3) poza szmerem pęcherzykowym można usłyszeć różne odmiany rżężeń, stwierdzanych u żywych; 4) wysłuchując zapomocą stetoskopu, przystawionego bezpośrednio do płuca (po wycięciu kawałka ściany klatki piersiowej), słyszy się wyraźne krepitacje; 5) ruchy klatki piersiowej są zawsze mniejsze, niż u żywego, nawet po znacznym rozciągnięciu płuca i powiększeniu giętkości ściany klatki piersiowej za pomocą gwałtownych ruchów miecha. To zmniejszenie ru-

chów klatki piersiowej nie powoduje jednak żadnego osłabienia szmeru pęcherzykowego.

J. Typograf.

M. CREYX i J. FOURNIER. O wysłuchiwanie płuc na trupach ze sztucznie wywołanymi zmianami płucnymi. (Cmp. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 36 — 1927).

Wykonując swe badania nad wysłuchiowaniem płuc na zwłokach z płucami zdrowymi, autorzy uzupełnili je w sposób następujący: po otwarciu klatki piersiowej dokonywali różnych uszkodzeń płuca i znowu szczelnie zamykali klatkę piersiową.

Uszkodzenia polegały na wycięciu mniejszej lub większej części płuca, wytworzeniu jam, wstawieniu części narządów (wątroba) wprost do mięszu lub do szpary międzypłatowej. Wstawiono również wydrążone kule kauczukowe, otwarte w kierunku do przeciętych oskrzeli, i to bądź oddzielne, bądź umieszczone w środku narządu mięszonego (wątroba); w ten sposób wytwarzano w tkance płucnej jeden lub dwa układy. Wlewano wreszcie do mięszu płucnego parafinę, jako taką lub też otaczającą wydrążoną kulę, na której powierzchni parafina wytwarzała grubą mniej lub więcej nieprawidłową skorupę.

Wysłuchując płuca w tych sztucznie wytworzonych warunkach patologicznych, autorzy otrzymali wyniki następujące:

1) wycięcie klinowatego kawałka płuca nie wyłącza bynajmniej wysłuchiwanie szmeru pęcherzykowego w okolicy, odpowiadającej uszkodzeniu; 2) jeżeli resekcja jest w danym poziomie całkowita, wysłuchuje się szmer łagodny, przytłumiony; 3) doświadczalne wytworzenie szmerów charakterystycznych dla obecności jamy, nie bacząc na istnienie warunków, które, jakby się zdawało, powinny je wytworzyć, udawało się jedynie wyjątkowo; 4) uszkodzenia, wytworzone w ten sposób, bez względu na ich postać i rozmiary, pozostawiają szmerowi pęcherzykowemu jego cechy fizjologiczne zarówno na poziomie uszkodzenia, jak i w jego otoczeniu.

J. Typograf.

Choroby narządów trawienia.

RAZUMOW I LEWINA. Rola mleka w djetetyce nadmiernego wydzielania żołądka. (Arch. des mal. de l'app. dig. Grudzień 1927).

Autorzy zastanawiają się nad wpływem mleka na wydzielanie soku żołądkowego. Badając chemizm żołądka po śniadaniu Boas-Ewolda oraz po śniadaniach próbnym rozmaitego składu, a w szczególności po śniadaniach, składających się z zawiesiny skrobi, z rozcieńczonego mleka, autorzy stwierdzają, że zachowanie się żołądka wobec rozmaitych bodźców niezawsze jest jednakowe. Pewne typy żołądków, na przykład, zachowują się dość apatycznie wobec szeregu bodźców, wykazując stopień wydzielania mniej więcej jednakowy. Inne żołądki oddziałują rozmaicie na każdy rodzaj bodźca. Te żołądki, które umieją się dostosować do podanego śniadania próbnego — zachowały zdolność adaptacyjną według wyrażenia autorów — szczególnie silnie reagują na podanie śniadania mlecznego. U takich chorych podawanie mleka nie jest wskazane mleko bowiem, pomimo niekorzystnego stosunku składników tłuszczowych i białkowych, ma zawierać jeszcze jakieś bliżej nieznanne substancje, pobudzające nerw błędny.

Fizjologicznie zachowanie zdolności adaptacyjnej odpowiada nadwrażliwości aparatu odbiorczego w łuku odruchowym, powodującym wydzielanie soku żołądkowego. Natomiast utrata adaptacyjnej zdolności kojarzy się z nadwrażliwością części dośrodkowej powyższego łuku i zbliża się do typu nadkwaśności, towarzyszącej zatrzymaniu żółci w ustroju (postać opisana przez Zimnickiego).

B. Goldstein.

GOIFFON I PRETET. O podawaniu doustnym całkowitej flory kału. (Arch. des mal. de l'app. dig. Listopad 1927).

Autorzy próbowali stosować doustnie zawieszinę całkowitej flory kału, po uprzednim wyjąłowieniu i odwonieniu. W przypadkach nieżytów kiszek z objawami zakażenia mieli niezłe wyniki.

B. Goldstein.

N. S. ZWONICKI. Nowa metoda badania czynności dynamicznej żołądka. (Arch. des mal. de l'app. dig. Listopad 1927).

Autor zastanawia się nad metodą frakcjonowanego zgłębnikowania żołądka i przychodzi do wniosku, że nie może ona dokładnie odzwierciedlić chemizmu żołądka. Ten, bowiem, zależy nie tylko od ilości procentowej kwasu solnego, lecz także od ilości bezwzględnej tego kwasu, od szybkości opróżniania się żołądka, od powrotu soku dwunastniczego i t. p. czynników.

Aby usunąć te ujemne strony badania frakcjonowanego, autor proponuje określać każdorazowo ilość zawartej w żołądku treści zapomocą wskaźnika barwnego, jak np. chlorek żelaza. Nawet bardzo słabe roztwory tej soli po zadaniu rodankiem amonu mają czerwone zabarwienie w środowisku kwaśnym. Autor proponuje więc przy każdorazowym wyciąganiu treści uprzednio wpuścić do żołądka 2 cm³ określonego roztworu chlorku żelaza i po zmieszaniu w żołądku wydstać próbkę. Porównując kolorymetrycznie tę próbkę z roztworem pierwotnym, można określić stopień rozcieńczenia, a zapomocą prostego rachunku ilość treści, zawartej w żołądku (chodzi o treść płynną po próbnym śniadaniu płynnym). Przy każdym następnym aspirowaniu treści bierze się 2 próbki: 1-ą przed waniem chlorku żelaza, drugą po waniu. W ten sposób określamy każdorazowo także i objętość treści, a więc i kwasotę bezwzględną, wreszcie śledzimy szybkość wydalania treści z żołądka.

B. Goldstein.

F. MOUTIER. O leczeniu nieżyty przerostowego odbytnicy zapomocą estru benzylo-cynamonowego. (Arch. des mal. de l'app. dig. Grudzień 1927).

Autor donosi o dobrych wynikach, jakie miał, stosując ester benzylo-cynamonowy w postaci zastrzykiwań domięśniowych w przypadkach przerostowego nieżyty odbytnicy z przetokami i kłykciami; zmiany te ustąpiły zupełnie pod wpływem leczenia.

B. Goldstein.

STRAUSS. O bólach we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. (Kl. Woch. 1928, Nr. 2).

W badaniach autoptycznych (*in vivo aut in mortuo*) przypadków wrzodu żołądka lub dwunastnicy zwracamy często uwagę na nie stosunek między wynikiem tych badań a obrazem klinicznym danych przypadków. Np. znajdowano rozległe wrzody u ludzi, którzy nigdy nie mieli żadnych bólów żołądkowych lub też odwrotnie. We wrzodzie żołądka, po przeprowadzeniu odpowiedniego systematycznego leczenia, bóle znikają, choć nyża żołądkowa, jako wyraz ubytku ściany żołądka, nadal się utrzymuje. — Zastanawiając się nad tą kwestią powstawania bólów żołądkowo-dwunastniczych, doszedł S. do wniosku, że czynnikiem decydującym jest tu obecność wolnego kw. solnego w żołądku oraz ognisko zapalne w ścianie żołądka — t. zw. *gastritis perulcerosa*. Sama nadkwaśność, podrażnienie powierzchni wrzodu przez wolny kw. solny — nie jest tu czynnikiem jedynym dla tej prostej przyczyny, że nadkwaśność tę niezawsze spotykamy w chorobie wrzodowej, bowiem tylko w 1/3 części przypadków! Toteż bóle żołądkowe traktuje S. głównie, jako wyraz istniejącego zapalenia dookoła wrzodu; możliwym jest, że wzmożona perystaltyka odgrywa tu również pewną rolę. Wlewanie kw. solnego chorem z wrzodem żołądka wywołuje bóle tylko wtedy, gdy chorzy ci znajdują się w okresie skłonności do bólów. Fakt zatem, że u chorych tych sam tylko kwas solny

bólów nie powoduje, świadczy, że chorzy ci muszą posiadać prócz samego wrzodu jeszcze inne zmiany w żołądku, wrażliwe na działanie kwasu: jest to właśnie wymienione już wyżej ognisko zapalne okołowrzdowe. Możliwe jest zatem, że dodatni wynik odpowiedniej metody leczniczej, t. j. zniknięcie bólów przy istniejącym nadal wrzodzie żołądka da się wytłumaczyć zadziałaniem na tę *zona inflammatoria periculerosa*.

Z. Świder.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ Dr. med. JAN NELKEN, płk. - lekarz, *Orzeczenie sądowo-lekarskie*. Wydaw. Ofic. Szkoły Sanitarnej, Warszawa. 1927

Książka stanowi zbiór orzeczeń sądowo-lekarskich, wydanych przez autora na oddziale chorób psychicznych w Szpitalu Ujazdowskim w ciągu lat 8-u. W sumie orzeczeń jest 50.

Materiał zebrany jest obfity i bardzo urozmaicony. Największa liczba czynów inkryminowanych przypada na ludzi; dotkniętych usposobieniem psychopatycznym (18 przypadków), kolejno pod względem liczebnym idą zbrocenia płciowe (homoseksualizm i ekshibicjonizm) — (6 przypadków), alkoholizm — (5 przypadków); po 3 i 2 przypadki schizofrenji, niedorozwoju umysłowego, narkomanji, padaczki i nerwic urazowych, wreszcie po 1 przypadku porażenia postępującego i symulacji niepatologicznej. Symulanci patologiczni włączeni są do ogólnej grupy psychopatycznej.

Jak sam autor zaznacza we wstępie, „celem (tego zbioru) jest zestawienie jaknajliczniejszych patokryminologicznych możliwości i stopniowań w zakresie każdego ugrupowania klinicznego“. Cel ten został osiągnięty o tyle, że, jak powiedzieliśmy wyżej, materiał jest urozmaicony i obejmuje różne postaci zaburzeń psychicznych.

Sądziłibyśmy jednak, że omówienie częstości tych lub innych „możliwości patokryminologicznych“, stosunku procentowego jednych do drugich byłoby bardzo ważnym i potrzebnym uzupełnieniem. Czy nie był błędny wniosek, że np. schizofrenja, alkoholizm, padaczka stanowią o tyle rzadsze podłoże wykroczeń i czynów zbrodniczych, niż psychopatja, jakby to wynikało z materiału zebranego przez autora? Czy też stosunek liczebny tych zaburzeń psychicznych, podany przez autora, jest miarodajny? Wogóle należy żałować, że brak w książce wszelkich wniosków i uogólnień, do których uprawniałaby, zdaniem naszym, zarówno obfitość materiału, jak i doświadczenie sądowo-lekarskie autora. Orzeczenia pisane są ze ścisłością naukową, przejrzystością i jasno.

B o r n s z t a j n.

∞ M. TRAMER, *Twórczość techniczna umysłowo chorych*. Wyd. R. Oldenburg, str. VI i 246, 1927, 12 R. M.

Badania psychiatry Tramera, zarządzającego wspólnie z małżonką (znaną psychotechniczką p. Baumgarten z Łodzi) dużym zakładem psychiatrycznym w szwajcarskim Solothurnie, są nader ciekawe i jedyne w swoim rodzaju, rzucają bowiem światło na dział dotąd mało studjowany i wyzyskany, na psychopatologiczną twórczość techniczną, t. j. na twórczość w stanie przyćmienia lub upośledzenia sfery intelektu i afektu porównawczo z twórczością normalną. Brak systematycznych badań w tym kierunku i odnośnej kazuistyki w literaturze wszechświatowej tłumaczy się bardzo zwyczajnie tem, że wyjątkowo który psychiatra orientuje się w szczegółach stosowanej techniki i matematyki. Autor bowiem Tramer z powołania psychiatra i psycholog, jest jednocześnie dobrym technikiem.

Na wstępie Tramer omawia i informuje co do podstaw i pierwiastków myślenia technicznego u zdrowych osobników, co do istoty wynalazczości i zmysłu technologicznego, co do historii samej idei i krytyki słynnego *perpetuum mobile*, które obok

kwadratury koła najbardziej fascynuje psychopatów wszelkiego pokroju.

Analiza 14-tu chorych umysłowo, świetnie technicznie wyrobionych i o duchu wynalazczym, analiza, poparta obficie ilustracjami, szkicami i rysunkami natury technicznej i matematycznej, dowodzi obecności tła patologicznego u wszystkich bez wyjątku upośledzonych psychicznie pacjentów. Wszędzie dało się stwierdzić tu tę ciekawą postać *Dementia praecox*, którą ochrzczono w swoim czasie nazwą *schizophrenia paranoides*.

Wszędzie niezdecydowanie i chaos myślenia obok zlania pojęciowego, marzeniowo-wzruszeniowy sposób wnioskowania, bezkrytyczne analogizowanie, powierzchowne identyfikowanie, głębokie zaburzenie kojarzeniowe, instynkt zdobywczy i tendencja wzbogaceniowa jako podkład myślenia i motor do pracy. Wszędzie uwydatnia się walka między pozostałością zdrowej psychiki a dominującym tłem otepienia schizofrenika lub oligofrenika. Inteligencja praktyczna może pozostać stosunkowo nieknięta, gdy teoretyczna ginie w objęciach i uścisku postępującej psychozy. Psychologom oryginalna ta nawszkroś książka daje o wiele więcej, niż obiecuje skromny tytuł.

H i g i e r.

∞ M. O. GUREWICZ, *Psychopatologia wieku dziecięcego*. Wyd. M. i S. Sabasznikowych, str. 211, 1927, Moskwa, cena 2,85 rb.

Autor, prowadzący od przewrotu sowieckiego dział wychowawczo-leczniczy w neurologiczno-psychiatrycznej klinice moskiewskiej, w bardzo przejrzysto zredagowanym podręczniku wykłada dla neurologów i psychiatrów doświadczenia, zdobyte wieloletnią praktyką kliniczną, w 12 rozdziałach. Pierwsze dwa stanowią rodzaj części ogólnej, wprowadzającej w psychikę normalną i patologiczną wieku dziecięcego, ostatnie dziesięć zajmują się patologią szczegółową.

W podręczniku tym zasługuje na uwagę schemat klasyfikacyjny, obejmujący następujące rozdziały.

I. Oligophrenia (*Idiotismus, imbecillitas, debilitas*).

1. *Microcephalia*
2. *Infantilismus*
3. *Endocrinopathiae* (*Cretinismus, mongolismus, etc.*)
4. *Hydrocephalia*
5. *Oligophreniae postinfectiosae*
6. „ *syphiliticae*
7. „ *toxicae*
8. „ *traumaticae*
9. *Idiotismus amauroticus Tay-Sachs*.
10. *Sclerosis tuberosa*.

II. Psychiczne zaburzenia w związku z zachorowaniami somatycznymi

A. Ostre psychozy zakaźne bez bezpośredniej lokalizacji mózgowej (objawowe, zewnątrzpochodne postaci reakcyjne).

B. Ostre psychozy pozakaźne z bezpośrednią lokalizacją mózgową.

C. Psychozy pozakaźne, podostre i przewlekłe z lokalizacją mózgową (*Chorea infectiosa, Encephalitis epidemica, Lues cerebri, Paralysis progressiva juvenilis*).

D. Psychozy po zakażeniach przewlekłych bez lokalizacji mózgowej.

III. Psychiczne zaburzenia po urazach i innych sprawach mózgowych.

A. *Dementia psychopathica, psychoneurosis posttraumatica*

B. *Tumor, abscessus cerebri*.

IV. *Psychosis toxica* (*alcoholismus, cocainismus, ergotismus i itd.*)

V. *Psychosis autointoxicatoria* (*uraemia, morbus Basedowii itd.*)

VI. *Epilepsia*.

VII. Odczyny padaczkowate (*Epilepsia symptomatice, Epilepsia traumatica, Spasmophilia, Epilepsia affectiva, Narcolepsia, Pycnolepsia*).

VIII. Schizophrenia.

IX. Psychosis maniaco-depressiva.

X. Zmiany psychiki odczynowe (*Neurasthenia, Hysteria, Psychogenia primaria, Depressio reactiva, Schizoidia reactiva, Reactio endocrino-vasomotoria*).

XI. Stany pograniczne psychiki.

A. Wrodzone stany chorobowe (*Nervositas constitutionalis, Psychasthenia, Psychoses impulsivae*).

B. *Psychopathiae sensu stricto* (cykloidy, schizoidy, epileptoidy, hysteroidy).

XII. Normalne odmiany charakteru (syntonicy, schizotypicy, epitymicy, niezrównoważenci).

Bibliografia, dość obfita, obejmuje główne podręczniki i monografie w języku niemieckim i rosyjskim.

H. Higier.

I. H. SCHULTZ. Nerwice organowe a osobowość. (Ther. d. Geg. 1928 Nr. 2).

Autor zastanawia się nad zagadnieniem t. zw. nerwic

organowych (Organneurosen) i ich stosunkiem do osobowości psychopatycznej. Trudność polega na tem, że bardzo często na tle czysto organicznem powstaje zespół objawów nerwicznych. Cały szereg teorii społecznych, jak np. nauka o alergii, o nadwrażliwości i t. p., tak pociągających dla lekarza, odwraca uwagę jego od osobowości chorego, który najczęściej należy do kategorii t. zw. „osób nerwowych”. Leczenie zaś jakoby przyczynowe częstokroć pogarsza jeszcze stan pacjenta. Z drugiej strony niekiedy, pod postacią nerwicy ukrywa się prawdziwe organiczne cierpienie. Tak zwane patologiczne odruchy warunkowe nieraz przyczyniają się do przedłużania czasu trwania choroby. Samo uczucie obawy przed chorobą może spowodować powstanie tej właśnie choroby u osób skłonnych do niej. Leczenie psychiczne jest w podobnych przypadkach pierwszorzędnej wagi. Autor uważa, że we wszystkich przypadkach cierpienia z pozoru organicznych, należy pomyśleć o psychoterapii, o ile nie wystąpi poprawa po leczeniu przyczynowym.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

Do wydalania kamieni nerkowych i moczowodowych zalecają Kehli i Thormann iniekcje parawertebralne okolicy 12 kręgu piersiowego i lędźwiowego odpowiedniej strony. Do znieczulenia stosuje się 5—10 cm.³ 2% roztworu nowokainy z suprareniną, po czym ustają bóle na czas dłuższy i kamienie przechodzą łatwo do pęcherza moczowego.

(Ztbl. f. Chir. 1928, Nr. 19).

Wagner zastrzykuje w ciągu 3 godzin przed operacją 3 razy Eukodal-Skopolaminę-Efedrynę (Merk). W ten sposób narkoza odbywa się spokojniej, i chory po operacji jeszcze znajduje się w stanie odurzenia. Dodatek efedryny obniża trujące działanie skopolaminy.

(M. m. W. 1927, Nr. 17).

Knopp leczy zapalenie otrzewny surowicą przeciwokrężniczą (Coliserum) (fabr. Behringwerke-Marburg). Najpierw zastrzykuje

się 1 cm.³ pod skórę dla uniknięcia anafilaksji, po 30 minutach zaś — 25 cm.³ do żyły, a potem 50 cm.³ domięśniowo. Dodatni wpływ na stan ogólny i narząd krążenia.

(Ztbl. f. Chir. 1928, Nr. 15).

Leczenie rzeżączki u kobiet za pomocą merkurochromu zaleca Statham. Po wprowadzeniu do pochwy dużego okienkowanego wziernika, wygładzającego wszystkie fałdy pochwy, wymywa się ją słabym roztworem kwasu borowego. Następnie wyciera się dokładnie ściany pochwy wraz z ustami macicznymi 1% merkurochromem. W celu zapobieżenia zapaleniu cewki wlewa się część tego płynu do pęcherza moczowego. W razie oporne go zachowania się gonokoków stosuje się przez tydzień, zamiast merkurochromu, flawinę 1 : 1000. Po upływie miesiąca gonokoki znikają, objawy rzeżączki zaś już po 2 tygodniach ustępują.

(Brit. med. Journ. 1928, Nr. 3508).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Okulistów Polskich.

ODDZIAŁ WARSZAWSKI.

Przewodniczący prof. Dr. K. Noiszewski.

POSIEDZENIE NADZWYCZAJNE

z dnia 10-go stycznia 1928 r. w celu wydania opinii zgodnie z propozycją Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o projekcie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej w sprawie zwalczania jaglicy.

(Projektowane rozporządzenie wydrukowane było w „Warsz. Czasopism. Lek.”).

W ożywionej dyskusji nad projektem rozporządzenia zabierali głos:

L. Endelman zaznaczył, że przedłożenie rozporządzenia jest nie na dobie, gdyż nie posiadamy odpowiednich zakładów leczniczych dla chorych na jaglicę, oraz wyłuszczył trudności rozpoznania jaglicy; a więc również i jej zgłaszania. Następnie stwierdził, że w Rzeczypospolitej mamy dużo chorych na jaglicę, że wszystkie podręczniki chorób ocznych wskazują na Polskę, jako na kraj, nawiedzony przez jaglicę. Zwłaszcza w niektórych miejscowościach na jaglicę chorują szerokie warstwy ludności.

A. Zamenhof nadmienił, że dla pomyślnego opanowania jaglicy konieczne jest prowadzenie badań naukowych w celu wyświeślenia jej istoty. Zanim nie będziemy posiadali pew-

nego sposobu przedmiotowego rozpoznawania jaglicy, zgłaszanie jest przedwczesne.

K. Bein mówił o fałszywym alarmie, głoszonym o szerzeniu się jaglicy w Polsce. Statystyka Inst. Oftalm. w Warszawie wykazuje, że odsetek jaglicy nie zmienił się w ostatnich latach. Epidemji niema, a wogóle jaglica nie może być uważana za tak zaraźliwą, jak się o tem słyszy. Od 20-tu lat niewiele zrobiono w Warszawie w sprawie zwalczania jaglicy, np. nie otworzono ani jednego oddziału dla cierpiących na oczy.

Zgłaszanie chorych na jaglicę może przynieść szkodę, gdyż będą oni unikali porad u lekarzy, natomiast konieczne jest zakładanie lecznic dla chorych na oczy wogóle za szczególnem uwzględnieniem cierpiących na jaglicę.

J. Frankowska wspomina, że przed kilku laty sprawdziła stan spojówek działu szkolnej w Warszawie na dużym materiale i stwierdziła 0.82% jaglicy. Do takich samych wniosków (0.9%) doszła J. Matuszewiczówna. Dowodzi to, że nie mamy tylu chorych, jak o tem się słyszy.

L. Czyżewski wspominał o trudności ustalenia liczby chorych na jaglicę, gdyż chorzy, zmieniając podczas długiego okresu leczenia przychodnie lub szpitale, w których się leczą, figurują w statystyce kilku zakładów leczniczych, które ze swej strony donoszą władzom o przypadkach jaglicy. Powoduje to rzekome i sztuczne powiększenie się urzędowej liczby chorych.

K. Noiszewski mówił o stosunku jaglicy do innych chorób oczu i konieczności leczenia wszystkich cierpiących spojówek w celu zapobiegania jaglicy. Jaglica panuje przedewszyst-

kiem w małych miastach i na wsi, gdzie uboga ludność pozbawiona jest pomocy lekarskiej i warunków sanitarnych. W kolonjach północnej Afryki mało uświadomiona ludność tubylcza choruje na jaglicę. Francuzi zaś przyzwyczajeni do wymagań higieny znacznie rzadziej zapadają na tę chorobę. „Leczymy wszystkich cierpienia spojówek od pierwszego dnia i pierwszej godziny” twierdzą okuliści francuscy, „a jaglica zniknie całkowicie”.

A. Szwarca mówił o sprawie mieszkaniowej, ściśle związanej ze zwalczaniem chorób zakaźnych, oraz o potrzebie systematycznej propagandy dla opanowania jaglicy i powoływał się na korzystne wyniki osiągnięte dzięki propagandzie w kolonjach francuskich.

A. Wieczorek nawiązując do wpływu sprawy mieszkaniowej oraz dobrobytu na częstość chorób spojówek, zaznaczył, że zależność ta znana jest oddawna. Z górą 70 lat temu Szokalski, opracowując materiał przychodni Inst. Oftalm. w W-wie stwierdził, że ubodzy mieszkańcy ciemnych, wąskich uliczek w dzielnicy żydowskiej, oraz Starego Miasta znacznie częściej zapadają na oczy, niż obywatele dzielnic zamożniejszych.

R. Sieragowski przedstawił sprawę leczenia jaglicy w Kasie Chorych, w której, jak wiadomo, ubezpieczonym udzielają pomocy lekarskiej tylko w przeciągu trzech miesięcy rocznie. Zwykle więc po dziewięciomiesięcznej przerwie chorzy na jaglicę wracają do przychodni, lecz, niestety, w stanie znacznie gorszym. Ustawa Kas zezwala na korzystanie im ponownie z porad lekarskich tylko trzy miesiące. System ten pociąga za sobą opłakane wyniki.

W. Kępiński zaznaczył, że wyczuwa się w społeczeństwie zmęczenie z powodu ogłaszania częstych dekrety. Omawiany projekt rozporządzenia niewątpliwie wprowadzi zaniepokojenie, jak zresztą wogóle dotychczasowa akcja walki z jaglicą, mająca jedynie w swych skutkach wystraszenie ludności, a powodująca ich zgłaszanie się do lekarzy o poradę.

W. Melanowski cytuje autorów włoskich, zapatrujących się na jaglicę jako na cierpienie konstytucyjne. W związku z tem należy więc w schroniskach dla dzieci chorych na jaglicę, oprócz kuracji spojówek, dbać o odpowiednie odżywianie oraz wzmocnienie organizmu pacjentów.

Nawiązując do projektu przymusowej izolacji opornych chorych W. Melanowski stwierdza wielki brak miejsc szpitalnych dla obciążonych jaglicą i uważa za nagłą potrzebę otwieranie oddziałów dla cierpiących na jaglicę.

J. Matusewiczówna zaznaczyła, że wobec braku sprawdzianu diagnostycznego dla jaglicy redakcja paragrafów, dotyczących meldowania jest wadliwa i nieściśła, sankcja karna z jednej strony, a słuszne pretensje pacjentów z drugiej, mogą postawić lekarza w przykrem położeniu. Chodzi tu nie o przypadki podejrzan, ale o takie, w których jeden specjalista z całą pewnością stawia rozpoznanie jaglicy, podczas kiedy drugi również stanowczo ją odrzuca. J. M. jest zdania, że szkoły specjalne dla jagliczych są zbędne i niepotrzebnie obciążają budżet. Jaglica jako choroba zakaźna, niebezpieczna jest na terenie domowym przy bliskim współżyciu, a nie w szkole. (Zdara się prawie zawsze u rodzeństwa, a nie stwierdza się jej u sąsiadów z ławki). Główną uwagę należy zwrócić na bursy, internaty, koszary i więzienia.

M. Zacher t zabrał głos z ramienia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, przedstawiając genezę omawianego projektu rozporządzenia.

Aczkolwiek patogeniza jaglicy nie została dotychczas ustalona, jednak walka z tą chorobą jest konieczna. Nie możemy czekać na badanie naukowe. Życie wymaga akcji natychmiastowej.

Dotychczas udało się dokładnie ustalić odsetek jaglicy jedynie wśród działwy szkolnej oraz u poborowych. Stwierdzono, że ponad 1% rekrutów cierpi na jaglicę, o jej szerzeniu się jednak nie możemy wnioskować na zasadzie liczby chorych. Leczonych w szpitalach lub w przychodniach.

Z całą stanowczością można twierdzić, że jaglica w Polsce nie wzrasta, przeciwnie, liczba zachorowań maleje. Jednak jest jeszcze pokaźna liczba chorych, zaś z drugiej strony brak placówek leczniczych, a na prowincji niedostateczna liczba lekarzy wykwalifikowanych przekonywa nas o konieczności zakładania instytucji leczniczych oraz ujęcia walki z jaglicą w normy ustawodawcze.

Nawiązując do celowości zgłaszania jaglicy, M. Zacher t zaznaczył, że nowoczesne pojęcie zwalczania chorób zakaźnych nie polega jedynie na indywidualnym leczeniu chorych, jeno na zasadzie społecznej, czyli na zapobieganiu szerzeniu się zarazy wśród ludności. Ta zasada może być urzeczywistniona jedynie dzięki reglamentacji chorych.

Na zakończenie M. Zacher t oznajmił, że Ministerstwo uwzględni wszystkie fachowe zastrzeżenia Warsz. Tow. Okulist.,

poczem wybrano komisję do zredagowania odpowiedzi w osobach K. Beina, A. Szwarca i A. Wieczorka.

Odpowiedź Warsz. Tow. Okulist. w sprawie projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, której podstawy opracował referent zebrania z dn. 10.I. 1928 r. Dr. A. Wieczorek, brzmiała:

Warsz. Tow. Okulist. na posiedzeniu nadzwyczajnym zwołanem w celu rozpatrzenia projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy, zapoznawszy się z projektem, powitało z uznaniem ujęcie w ramy ustawodawcze walki z jaglicą i po przeprowadzeniu wyczerpującej dyskusji przyszło do wniosku, że niektóre zarządzenia projektu następczą pewne zastrzeżenia, a mianowicie:

I. Co do organizacji zakładów leczniczych:

1) Projekt przewiduje tworzenie zakładów w celu leczenia wyłącznie jaglicy. Wobec braku pomocy okulistycznej wogóle należałoby tworzyć zakłady do leczenia wszystkich chorób ocznych, ze szczególnym uwzględnieniem jaglicy, gdyż do wyżej wzmiankowanych zakładów zgłaszać się będą niechybnie chorzy z rozmaitymi cierpieniami oczu, którym lekarz nie może odmówić pomocy.

2) Oddzielne szkoły lub oddziały dla dzieci jagliczych (art. 10) są pożądane tylko w większych środowiskach oraz w ogniskach szerzenia się jaglicy, gdyż w innych miejscowościach organizacja takich szkół nie da się urzeczywistnić.

3) Za lekarstwa i inne świadczenia w naturza (art. 13) żadne opłaty pobierane być nie powinny. Trudności to nie przedstawia, ponieważ środki te są tanie.

II. Co do obowiązku zgłaszania przypadków jaglicy:

1) Przypadki podejrzan o jaglicę (art. 1), nie powinny być zgłaszane, gdyż pod określenie „podejrzan o jaglicę” byłoby podciągane najrozmaitsze cierpienia oczu niepoważne oraz niezaraźliwe, a zatem niewymagające specjalnej kontroli.

2) Na pielęgniarkach, wywiadowczyń i sanitariuszów (art. 2) nie powinien ciążyć obowiązek zgłaszania, gdyż osoby te, jako jednostki niesamodzielne, spełniają jedynie rozporządzenia lekarza.

3) Ze względu na trudności rozpoznania jaglicy w początkowych okresach, a niekiedy w późniejszych sankcje karne, przewidziane w art. 14, grożące winnym zaniechania zgłoszeń, uważamy za zbyt surowe, należałoby karać jedynie winnych zaniechania zgłoszeń przez niedbalstwo.

III. Co do obowiązku chorych na jaglicę:

1) Karcowe zarządzenie przymusowej izolacji charych i leczenia (art. 4) jest niewykonalne ze względu na przewlekłość cierpienia, trwającego miesiące, a niekiedy lata, prócz tego zarządzenie to jest niewskazane, gdyż prowadzić może do ukrywania się chorych i unikania porad u lekarzy.

2) Sankcje karne, przewidziane w art. 14, za niestosowanie się do art. 3-go i 4-go, mogłyby wejść w życie dopiero po zorganizowaniu instytucji do walki z jaglicą.

IV. Walka z jaglicą przebiegać powinna pod hasłem uświadomienia szerokich mas i polegając na prowadzeniu systematycznej propagandy w szkołach, fabrykach, na wsi, w wojsku i t. p. oraz na udogodnieniu leczenia wszystkich chorób ocznych zakaźnych.

Sekretarz A. Wieczorek.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Tow. Internistów i Pediatrów w Berlinie wygłosił Reyer (12/XII—27) odczyt o zapaleniu płucny śródpiersiowej (pleuritis mediastinalis). Sprawa ta umiejscawia się w przedniej lub tylnej części śródpiersia i występuje często po przebyciu grypy i anginy, u osesków zwłaszcza po zapaleniu płuc. Towarzyszy jej męczący kaszel i silna choć przemijająca duszność. Objawy wysłuchowe są nieznaczne, natomiast opukowo znajdujemy często stłumienie w kształcie trójkąta, połączone ze stłumieniem serca. Rozpoznanie ściśle możliwe jest tylko przy zastosowaniu promieni X. — Rzadko udaje się wykazać związek tej choroby z gruźlicą. Rokowanie jest dobre.

Friedrich zakomunikował na posiedzeniu paźdz. Tow. Lek. w Budapeszcie (29/X—27 r.), iż otrzymał dobre wyniki w leczeniu colitis gravis za pomocą antiwirusu Besredki. Wyleczenie nastąpiło w 3—5 tygodniu stosowania bujlonu.

Zalke poruszył na temsamem posiedzeniu sprawę wzrostu liczby zachorowań na raka płuc oraz przyczyny tego zjawiska. Gdy dawniej liczba przypadków raka płuc stanowiła zaledwie 2—3% ogólnej liczby przypadków raka, to obecnie (poczynając od 1924 r.) wynosi ona 65%! Przerzuty występują najczęściej w kościach, mózgu i nadnerczach. — Co się tyczy przyczyny tego znacznego wzrostu przypadków raka płuc, to autor sądzi, że mniej należy winić epidemię grypy, a więcej

niedostateczne odżywianie się (brak witamin w pożywieniu) — lub też wdychanie drażniącego pyłu.

W Tow. Lek. w Erlangen mówił H ö c k e r o leczeniu zap-
mocą krwi własnej. Ponieważ mechanizm działania leczniczego
zastrzykiwań krwi własnej chorego nie jest znany, przeto prele-
gent przeprowadził badania nad wpływem tych zastrzykiwań
na podstawową przemianę materji, kontrolując również wpływ
zastrzykiwań krwi obcej. (20—60 cm. sz. krwi śródmięśniowo).
H. nie znalazł żadnej różnicy w oddziaływaniu na przemianę
materji krwi własnej lub obcej. Natomiast okazało się, że dzia-
łanie tej proteiny jest inne, niż zastrzykiwań białka, mleka
lub aolanu. Aolan bowiem i inne pokrewne preparaty wywołują
wzmożenie podstawowej przemiany materji tego samego dnia
jeszcze, w którym wstrzykujemy powyższy lek natomiast za-
strzykiwanie krwi pozostaje pierwszego dnia zupełnie bez
wpływu, wywołując w ciągu dni następnych wyraźne obniże-
nie podst. przemiany materji (od 8 do 20%) (Kl. Woch. 9/28 r.)

W Berl. Tow. Lek. przedstawił L e s c h k e na posiedzeniu
z dn. 1 II 28 r. niezmiernie ciekawy przypadek przeszczepienia nad-
nerczy w chorobie Addisona. Chodziło tu o kobietę lat 20 z obja-
wami choroby Addisona, której musiano, w związku z usu-
nięciem nerki, usunąć zarazem nadnercze. Nadnercze to zo-
stało wszczepione pod skórę brzucha. Po 14 dniach wystąpiła
znacząca poprawa ogólna; obecnie, po kilku miesiącach od ope-
racji, chora jest zupełnie zdrowa.

Baur (8/II—28) zachwala metodę leczenia żyłaków wg
Singera, polegającą na wstrzykiwaniu 10—15% roztworu soli
kuchennej, powodującego powstanie jałowych zakrzepów żył-
nych. Dużą wartość praktyczną przedstawia ta okoliczność,
że leczenie to nie wymaga, jak zabiegi chirurgiczne, leżenia
w łóżku, a przeto chory może nie przerywać zupełnie swej
pracy zawodowej.

W Lipskim Tow. Lek. (29 XI—27) omówił Knick
sprawę występowania posocznicy po anginie. W przeszło połowie
przypadków przyczyną ogólnego zakażenia jest zapalenie

zakrzepowe żył migdałkowych, sięgające często już do żył
jarczowej. Zabieg operacyjny w obrębie układu żylnego może
uratować życie chorego. K. podkreśla, że znajomość tego cier-
pienia oraz jego obrazu klinicznego posiada doniosłe znaczenie,
gdyż umożliwia wczesne rozpoznanie choroby, a przeto i sku-
teczną interwencję chirurga. Objawy są następujące: dreszcze
wstrząsające, zwalniająca t^o, ciężki stan ogólny, ciężkie zmiany
w obrazie leukocytarnym krwi, objawy przerzutowe (bóle sta-
wowe i mięśniowe) oraz miejscowa bolesność dotykowa w oko-
licy górnej trzeciej części m. zginacza głowy. (Kl. W. 10/28 r.).

Na posiedzeniu listopadowym (28 XI-28) Tow. Przyrodo-
leczn. w Dreźnie przedstawił G i c h e l b a u m przypadek *aceto-*
nurji pooperacyjnej. U chłopca z obustronnym zwichnięciem w obrę-
bie stawu biodrowego wykonano operację w uśpieniu ogólnem.
Pod koniec zabiegu wystąpiły objawy podniecenia, wkrótce po-
tem — aceton w moczu. Zaburzenia natury ogólnej ustąpiły
dopiero po zastosowaniu ławaty oraz wstrzykiwań dożylnych
cukru gronowego; jednocześnie zginął w moczu aceton.

W Tow. Intern. i Pedj. w Wiedniu omówił A d l e r s b e r g
(15 XII—27) skuteczność różnych leków w tężyczce po strumektomji.
Podawania *calc. chlor. sicc.* (5—10 gr.), które dziecko znosiło
przez dłuższy czas, musiano zaniechać wskutek zaburzeń żołąd-
kowych. Dobre działanie objawowe wywierał również hormon
gruczołów przytarczycznych K o l l i p a (Parathormon); jednak,
niestety, z powodu wygórowanej ceny nie mógł być stosowany
przez czas dłuższy. Podawanie *calc. chlor.* w dawce powyższej
jednocześnie z saponiną (wg K o f l e r a) dawało jednak takie
same wyniki, jak chlorek wapnia sam w niewielkich dawkach:
to znaczy, że nie było tu mowy o aktywowaniu działania *calc.*
chlor. przez saponinę, a przeto napady tężyczki powróciły. Wy-
niki doskonałe otrzymano dopiero po zastosowaniu soli wapnio-
wej kw. glukoronowego (do 40 gr. dziennie), którą podawano
rozpuszczoną w zupie lub mleku (Kl. W. 11/28 r.).

Ż. Św.

Krytyka lekarska.

Z powodu artykułu: „Dawniej a dzisiaj“.

W zeszycie 9 W. Cz. L. pod tytułem „Daw-
niej a dzisiaj“ ukazał się bardzo ciekawy artykuł
Dr. Z. Srebrnego. Ponieważ temat, poruszony
przez autora, może być znakomitym punktem wyj-
ścia do omówienia wielu bolączek stanu lekarskie-
go, pozwolę sobie zabrać w tej sprawie głos, tem-
bardziej, że autor sam zachęca do rozwinięcia dy-
skusji.

Nie należę do optymistów. Zwłaszcza daleki
jestem od entuzjazmu dla stosunków w zawodzie
lekarskim. A jednak nie mogę w zupełności po-
dzielić pesymizmu autora z powodu rzekomego
u nas upadku zainteresowania dla wiedzy lekar-
skiej w dobie powojennej.

Kryterjum, które mogłoby być główną podsta-
wą do oceny istotnego stanu rzeczy w tym kie-
runku, jest nasze piśmiennictwo lekarskie i ruch
w towarzystwach naukowych.

Ani jedno, ani drugie nie zdradza, zdaje się,
powodów do alarmu.

Nasze piśmiennictwo jakościowo i ilościowo
nic nie ucierpiało w porównaniu z czasem przed-
wojennym. Przeciwnie, prasa lekarska, jeżeli wziąć
pod uwagę pisma specjalne, nawet wzbogaciła swój
stan posiadania.

Jakościowo artykuły bynajmniej nie spadły
niżej przeciętnej wartości okresu przedwojnowe-
go, przeciwnie, ma się wrażenie, że stały się one
więcej laboratoryjno-naukowe, co jest bezwarunko-
wo objawem dodatnim.

Zdaje się, że jeszcze mniej uzasadniony jest
pesymizm autora z powodu rzekomego upadku ru-
chu naukowego w towarzystwach lekarskich. Je-
żeli zestawimy liczbę towarzystw naukowych z obu
czasokresów, to mam wrażenie, że różnica wypad-
nie na korzyść doby obecnej. W samej Warszawie
obok jedyne towarzystwa naukowego lekarskiego
przedwojennego mamy dziś kilka nowych towa-
rzystw, nie licząc już licznych posiedzeń stałych
w klinikach i szpitalach.

A więc napozór wszystko jest w najlepszym
porządku!

Jeżeli to lub inne towarzystwo odczuwa pew-
ną ospałość w ruchu, to należy to uważać za spra-
wę czysto lokalną tego towarzystwa, a nie za obja-
w ogólny.

Rozumiem dobrze, że ten stan rzeczy może
nie zadowolić wielu, którzy w odrodzonej Polsce
pragnęliby widzieć większy rozkwit nauki lekar-
skiej, ale stanowczo byłbym się wstrzymał od szu-
kania przyczyn tego zjawiska w nowych kierunkach
społeczno lekarskich.

Autor, stwierdziwszy niezadawalający stan
rzeczy i szukając wytłomaczenia jego etjologii, od-
rzuca wszystkie inne przyczyny, jak, na przykład,
kryzys ekonomiczny, pauperyzację stanu lekarskie-
go, i najchętniej zatrzymuje się na modnym dzi-
siaj koźle ofiarnym — kasie chorych, jako jednym
z wyrazów ubezpieczenia społecznego.

Nie mam zamiaru bronić tu kas chorych.
Uważam jednak, że rozpoznanie autora nie jest zu-
pełnie ścisłe.

Nasze kasy, niestety, wciąż jeszcze przeżywają okres wylęgania. Jeżeli lekarze kasowi nie wykazują twórczości, to winien jest temu przede wszystkim brak należytego wyposażenia technicznego, stojący poważnie na przeszkodzie pracy klinicznej, i wadliwa organizacja. Ale jest to brak nie zasadniczy, lecz przejściowy, który wcześniej, czy później musi być usunięty.

Że kasy chorych zasadniczo nie są przyczyną upadku zainteresowania dla wiedzy lekarskiej, najlepszym dowodem mogą być Niemcy, którym kasy chorych, pomimo swej bardzo rozgałęzionej działalności przed wojną, bynajmniej nie przeszkadzały do zajmowania przez nich jęcego stanowiska w dziejach nauki lekarskiej.

Prawdziwa wiedza lekarska nie powstała bynajmniej przy łożu płatnego chorego, lecz przeważnie w klinikach i pracowniach, które na wzór kas chorych są przecież instytucjami etatowymi. Ci, którzy mają powiedzieć coś światu, wypowiedzą to niezależnie od tego, czy mu za to zapłacą chorzy czy też społeczeństwo. Nauki nigdy nie pcha naprzód żądza grosza, lecz natchnienie i zamiłowanie do szukania prawdy.

Robert Koch w jakiejś zapadłej mieścinie zbadał patologię prątką syberyjskiego i stworzył nową erę w tak ważnej nauce, jak bakteriologia.

Ale wyobraźmy sobie, że moje spostrzeżenia nie wytrzymują krytyki, że słuszność jest po stronie autora artykułu „Dawniej a dzisiaj“, że istotnie ilościowo ruch w medycynie u nas osłabł, że główną przyczyną tego są kasy chorych, to i wówczas nie rozdzierałbym szat z rozpacz. Ośmielę się nawet być paradoksalnym i wypowiedzieć śmiało, że w tem bynajmniej nie widzę objawu zatrważającego.

Czy mniej liczne artykuły w pismach lekarskich lub mniej natchnione dyskusje na posiedzeniach są objawem bezwzględnie ujemnym?

Prace istotnie naukowe o wartości niezaprzeczonej są zjawiskiem bardzo rzadkiem. Naogół, niestety, dziś jak i dawniej, może nie tylko u nas, naukowe posiedzenia lekarskie czynią wrażenie więcej areny do popisów osobistych niż poważnych dyskusyj naukowych. Często ma się wrażenie, że posiedzenie z braku materiału organizowane bywa sztucznie. To też słyszemy nieraz wykłady kompilacyjne, bezbarwne, nie zapłodnione oryginalną myślą, wygłaszane jakby na zamówienie.

A dyskusja? W większości przypadków to tylko chęć zaprezentowania swej osoby. Mniej dba się o treść, więcej o częstość wystąpienia publicznego. Kiedy słyszy się przemówienia, przejęte pozornie troską o dobro wiedzy, a w cichej kontemplacji uprzytamnia się właściwą wartość niejednego mówcy przy łożu chorego, trudno przejmować się smutkiem, że tych odczytów jest coraz mniej, że dyskusja jest coraz mniej ożywiona.

Słowo prawdziwej nauki pomimo tej pozornej ciszy znajdzie sobie drogę do świątyni wiedzy!

Autor ubolewa nad tem, że zawitał do nas niezdrowy prąd, idący z Niemiec, dążący do podziału świata lekarskiego na dwa niezależne od siebie typy — lekarzy i medyków, i widzi w tem niebezpieczeństwo, grożące wygaśnięciem wszelkich aspiracji naukowych wśród szerszego ogółu lekarskiego.

Zdaje się, że zachodzi tu pewne nieporozumienie. Podział na lekarzy praktyków i medyków to tylko krok do unormowania tego, co dziś występuje w naszych stosunkach chaotycznie. Nie należy tego dążenia rozumieć opatrnie. Odgraniczenie tych dwóch typów bynajmniej nie jest popieraniem lekarza-nieuka. Ma ono jedynie na celu uratowanie prawdziwej nauki przed gorszącym wpływem żądzy zysków, która jest zawsze złym duchem istotnej wiedzy.

Niestety, rzeczy zupełnie jasne w stosunkach innych zawodów, w świecie lekarskim nie znajdują dostatecznego zrozumienia. Czy można sobie wyobrazić, aby lekarze obarczeni dużą praktyką, wyczerpującą umysłowo i fizycznie, mogli ze spokojem i pożytkiem oddawać się płodnej pracy naukowej? Czy może lekarz praktyk, zmuszony do zdobywania sobie rozgłosu często środkami, nie mającymi nic wspólnego z postulatami wiedzy, uprawiać naukę niezależnie? Szczęśliwe wyjątki są, niestety, bardzo nieliczne.

Zbyt rzadko mówimy sobie prawdę, i dlatego trudno nam jest oceniać rzeczywistość należycie. Samo pojęcie nauki w umysłach naszych kształtuje się zupełnie opatrnie. Nie będę tu poruszał zasadniczego tematu, czy medycyna jest nauką czy sztuką, albo też rzemiosłem. Pozostawiam ten spór teoretykom, którzy napewno na tym punkcie do zgody nigdy nie dojdą. Zdaniem mojem zbyt pobłażliwie szafujemy pojęciem nauki. Naukowość lekarską oceniamy zazwyczaj liczbą ogłoszonych prac lub odczytów, niezależnie od tego, czy to wszystko ma coś w sobie istotnie cennego lub oryginalnego w pojęciu naukowem. Czy można nazwać artykuł n naukowym jakąś pracą o przeplukaniu żołądka, leczeniu kamicy albo nawet o nowej metodzie operacyjnej? To wszystko, co w innych zawodach zasłużyłoby sobie na miano notatki zawodowej, u nas wyrasta do szczytów zdobyczy naukowych. Ile to często jest warte, wie każdy lekarz, który z tej olbrzymiej masy materiału zapraśnie czasami wyciągnąć jakieś obiektywne wnioski praktyczne.

Przed kilku laty chciałem zebrać materiał w sprawie otosklerozy. Ponieważ jest to temat do dnia dzisiejszego pod wielu względami niejasny, zmuszony byłem przeczytać mnóstwo prac, najczonych nieraz ciężkostrawnym materiałem statystyczno-klinicznym. Przeglądając je, napotkałem tyle sprzeczności i bezwartościowych elukubracji, że chwilami miałem wrażenie, iż po dojsciu do celu znowu staczam się w beznadziejną przepaść. Wreszcie u jednego autora znalazłem uczciwą notatkę, że otoskleroza jest to postać choroby w której „chory nic nie słyszy, a lekarz nic nie widzi“. By znaleźć taki finał, musiałem bez pożytku stracić pół roku! Czy jednak wszyscy badacze są tak uczciwi w swoich wnioskach?

Ileż to artykułów jest wprost szkodliwych, jako opartych na danych zmyślonych, dążeniu do rozgłosu. Niestety, pod tym względem nie bez grzechu są nawet bardzo poważni autorzy.

Przytoczę notatkę z pracy Brünninga, „Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems“, który z ubolewaniem stwierdza, że znany chirurg rumuński Jonnescu ogłosił dwie prace o chirurgicznym leczeniu nadaczki przez wycięcie nerwu

współczulnego. W jednej w r. 1899 przytoczył on 6 przypadków, leczonych tą drogą „które wszystkie skończyły się śmiercią podczas napadu epileptycznego“, w drugiej w r. 1923, mającej charakter monografii na ten sam temat, przytacza już statystykę 130 operowanych przypadków również tą samą metodą, z których tylko jeden przypadek skończył się śmiercią!

Czy ma być to objawem braku pamięci, czy też najwyższym wyrazem beczelności?

Na szczęście, takiego stopnia cynizmu dopuszczają się nie wszyscy lekarze, lecz, czy są sposoby odróżniania prawdy od fałszu?

Czy wobec takiego stanu rzeczy nie staje się pożądane uzdrowienie stosunków w świecie lekarskim? Hasłem naszym nie powinna być liczba, lecz jakość prac. Medycynę dźwignęli naprzód nie ci, co dużo pisali lub przemawiali, lecz ci, którzy z zacisza swych pracowni odzywali się rzadko, ale zawsze wtedy, gdy mieli istotnie coś do zakomunikowania.

Schönlein, znakomity klinicysta wieku ubiegłego, pozostawił po sobie bardzo nieliczne prace, pośród których była także jego słynna praca o parchu.

Niezwykle bogata praca i literatura lekarska doby obecnej wprowadza kompletny zamęt do głowy przeciętnego lekarza, który często staje bezradny wobec ogromu literatury.

Kiedy pewnego razu do słynnego Sydenhama, Hipokratesa angielskiego, zwrócili się młodzi lekarze z prośbą o wskazówkę, co mają czytać dla pogłębienia swej wiedzy lekarskiej (widocznie i wówczas wielu cierpiało na *incontinentia tincturae*), ten odrzekł im z uśmiechem: „Czytajcie Don-Kichota“. I dziś często byłoby z większą korzyścią przeczytanie tej powieści, niż wielu sążnistych elaboratów pisanych z powagą godniejszą lepszej sprawy.

Dla dobra sztuki lekarskiej należy wszelkimi środkami dążyć do uniezależnienia nauki lekarskiej od praktyki zawodowej, która jest bezwzględnie jej antytezą.

Przez to bynajmniej nie pragnę twierdzić, że lekarz praktyk może być daleki od nauki. Przeciwnie, winien on być dokładnie obeznany z jej zdobyczami, jak każdy zawodowiec w dziedzinie swego fachu.

Ale ta znajomość wiedzy winna być czysto fachowa, więcej praktyczna, niż teoretyczna. Wszystko, co lekarz praktyk ma posiadać w swej wiedzy, winno być naukowo wypróbowane i nie pozostawiać nawet cienia wątpliwości.

Jednym słowem, prawdziwym ideałem lekarza praktyka winien być doświadczony fachowiec.

Aby takiego jednak wykształcić, trzeba stworzyć nowy typ prasy lekarskiej, któraby podawała lekarzom fachowcom wiadomości wypróbowane, torujące drogę do prawdziwego postępu.

Dostarczenia tego materiału mogłaby się podjąć tylko instytucja osób niezależnych, coś w rodzaju komitetu czy też akademii międzynarodowej, której obowiązkiem byłoby śledzenie postępu wiedzy lekarskiej i podawanie do wiadomości tych zdobyczy, które okazały się istotnie wartościowymi.

Przy takiej organizacji pracy lekarz-fachowiec

nie będzie bynajmniej groźnym dla przyszłości medycyny, lecz przeciwnie, będzie właściwym wykonawcą swego posłannictwa. Jest to jedyna droga, która unormuje stosunki między lekarzem i chorym: uwolni pierwszego od zbyt znacznej straty czasu na bezużyteczne szukanie prawdy w dzisiejszym labiryncie, uchroni go przed niepotrzebnymi i często wysokimi wydatkami na różne nowości, a chorego na niepożądane poddawanie się niesprawdzonym eksperymentom.

Powołanie do życia takiej międzynarodowej akademii wpłynęłoby odradzająco na godność zawodu lekarskiego i istotny postęp naszej wiedzy zawodowej.

Oto dlaczego nie lekceważyłbym zupełnie zdrowego, zdaniem moim, ruchu selektywnego w kierunku utworzenia dwóch typów lekarzy medyków i praktyków.

Na zakończenie pozwolę sobie poświęcić jeszcze kilka słów sprawie również poruszonej przez autora, a mnie bardzo bliskiej, mianowicie, „Towarzystwa medycyny społecznej“.

Byłem jednym z tych, którzy w zaraniu tej instytucji brali czynny udział w jej posiedzeniach. Powołana ona została do życia wtedy, kiedy kraj nasz, wyzwolony z niewoli, jak więzień wypuszczony na wolność, musiał czynić wszelkie wysiłki, aby odrodzić się, zaczynając od podstaw. Należało pracować szybko, gdyż trzeba było z niczego stworzyć coś. Dziś okres ten minął. Pierwsze potrzeby zostały zaspokojone. Są inni, którym powierzono pieczę o nasze zdrowie, niema więc bezpośredniego bodźca do intensywnej pracy, której byliśmy świadkami przed kilkunasty laty.

Towarzystwo Medycyny Społecznej przeżyło już swój pierwszy okres i wywiązało się z niego zaszczytnie i pod tym względem należy się uznanie jej niezmordowanym kierownikom.

Dziś byłoby bardzo trudno nadać żywsze tętno tej instytucji, chyba, że odnowionoby jej program działalności. Zdaniem moim, najczęściej wskazywanym kierunkiem — byłby kierunek praktyczny, a mianowicie, zapoznanie szerszego ogółu lekarzy z nowoczesnymi zdobyczami na polu uspołecznienia medycyny, które dla olbrzymiej większości lekarzy są zagadnieniem zupełnie obcym.

Praktycznie przedstawiałoby się to w postaci zapoznania ogółu z podstawowymi zasadami medycyny społecznej, z demonstracją za pomocą zbiorowych wycieczek do naszych instytucji społeczno-sanitarnych, ulgowych zwiedzań uzdrowisk w kraju a nawet zagranicą i t. p. Gdyby w kierunku tym Towarzystwu Medycyny Społecznej udało się uczynić zachęcającą inicjatywę, utworzyłoby sobie ono napewno nową kartę zaszczytną w dziejach pracy społecznej medycyny ojczyzny.

Trzeba się liczyć z nastrojami. Przeżywamy dziś okres bezwzględnej depresji we wszystkich dziedzinach życia, zaczynając od niezależnych natchnień poezji aż do szarych potrzeb życia codziennego.

Niestety, ten grosz, o którym wspomina Dr. Srebrny, jest najważniejszym regulatorem całości kształtu naszego życia. Brak jego to głód, który zabija każdą akcję i więcej, niż niewola, w której kraj nasz znajdował się tyle lat, paraliżuje wszel-

ką żywszą inicjatywę. W takich okolicznościach należy stosować chociażby sztuczne bodźce, aby przetrwać do czasu, kiedy wreszcie minie kryzys, i życie potoczy się trybem normalnym.

Leon Zamenhof (Warszawa).

Odpowiedź na uwagi kol. Zamenhofa.

Gdyby Szan. kol. Zamenhof wczytał się był nieco uważniej w to, co napisałem, to z pewnością doszedłby do wniosku, że bądź powtarza w innej formie moje słowa, bądź przypisuje mi myśli, których wcale nie wypowiadałem.

Kol. Z. na początku swego artykułu cieszy się z licznych prac w naszej prasie lekarskiej, nieco dalej zaś z ubolewaniem stwierdza, że większość tych prac to nie nauka, i że naukowe posiedzenia lekarskie „czynią wrażenie areny do popisów”. Ja też tak myślę i tak też pisałem: „niech nasza na tem polu (t. j. na polu wzbogacania dorobku naukowego) praca nie stwarza pozorów naukowości”. Bynajmniej nie nazywałem artykułami naukowymi licznych „przyczynków” i „spostrzeżeń”, jakkolwiek za niesłuszne uważam ich lekceważenie, bo i one pewną wartość mają. Mnie nie szło o pisanie artykułów, lecz o „entuzjizm, zapał, dążenie do czynów wielkich, nieprzeciętnych”.

Kol. Z. rozumie, że „ten stan rzeczy może nie zadowolić wielu, którzy w odrodzonej Polsce pragnęliby widzieć większy rozkwit nauki lekarskiej”, a jednak polemizuje ze mną, który powiadam: „na dziewięć lat niepodległości i pięć uniwersytetów polskich plon może być za skromny”.

Nigdzie nie powstawałem przeciwko Kasom Chorych, które uważam za instytucję bardzo pożyteczną, mówiłem zaś o lekarzach Kas Chorych, a już zupełną przesadą jest twierdzenie, że odrzucam „wszystkie inne przyczyny” obecnego

niezadawalającego stanu rzeczy, gdyż niemałe znaczenie przypisuję ciężkim warunkom bytu; uważam tylko za wielce szkodliwe czynienie z grosza jednego rozkazodawcy i wyłącznego regulatora całego życia. Toć i zdaniem kol. Z. „żądza zysków jest złym duchem istotnej wiedzy”. Kol. Z. twierdzi, że hasłem naszym powinna być nie liczba, lecz jakość prac, i ja jestem tego samego zdania.

Uważam prąd, idący z Niemiec, za zły, bo oddala ludzi od nauki, a z drugiej strony wcale nie wymagam, aby każdy lekarz był uczonym — powiadam przecież: „kogo nie stać na więcej, niech się kształci, niech czyta, kto może, niech pracą twórczą udział swój w postępach medycyny znaczy”. Nie żądam więc od każdego lekarza, aby naukę „pchał naprzód”, chcę tylko, aby kontaktu z nauką nie zrywał. Lekarz wykształcony będzie umiał odróżnić ziarno od plewy, i „akademja międzynarodowa”, o której marzy kol. Z., stanie się zbyteczna. A ile krytycyzmu zachować należy w stosunku do drukowanego słowa, o tem pisałem niedawno („Stare prawdy o cytatach” Warsz. Czasop. Lek. 1927, str. 238).

Na zadania Towarzystwa Medycyny Społecznej zapatruję się nieco inaczej, niż kol. Z., ale sprawa ta wymagałaby osobnego omówienia.

W końcu mimochodem tylko zaznaczę, że, gdy przed 40 z górą laty zaczynałem uczyć się otjatrii, to usłyszałem od nauczyciela mego zdanie, które kol. Z. znalazł przed kilku laty u jednego z autorów, mianowicie, że otosklerozą jest choroba, w której chory nic nie słyszy, a lekarz nic nie widzi. Nie miało to jednak znaczyć, że lekarz nic o istocie choroby nie wie. Już i w owym czasie coś niecoś o otosklerozie wiedziano, a przed kilku laty wiedziano już nawet bardzo dużo. Wyrażenie, że w otosklerozie lekarz nic nie widzi, znaczy (jak to kol. Z. jest z pewnością wiadome), że obraz otoskopowy jest normalny.

Ale to tylko, jak rzekłem, mimochodem...

Zygmunt Srebrny (Warszawa).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

W sprawie uzdrowisk dla chorych gruźliczych.

Podał

Dr. Marja SKOKOWSKA-RUDOLFOWA (Warszawa).

Uregulowanie stosunków w uzdrowiskach dla chorych gruźliczych jest niezmiernie ważne i pilne.

Jednocześnie jest to sprawa bardzo trudna, jeśli się ją chce rozwiązać w kierunku absolutnej izolacji tych chorych od zdrowych, przyjeżdżających dla odpoczynku, turystyki, sportów i t. p. Trudność polega na szeregu sprzeczności natury społecznej, które nie pozwalają na bezwzględne ograniczenie swobody chorych na gruźlicę i na

braku wzorów zachodnich, na których możnaby się oprzeć.

Poruszone zagadnienie jest w Polsce szczególnie palące wobec rozpowszechnienia gruźlicy i nieuzasadnionego pędu do leczenia w stacjach klimatycznych. Szereg instytucji i towarzystw robi nieraz olbrzymie wysiłki w celu zdobycia terenu w Zakopanem. Tereny te są nieraz nieodpowiednie; budynki, dostosowane do terenu, również nie zawsze odpowiadają wymaganiom stawianym sanatorjom, koszty budowy i utrzymania, a zatem i koszty pobytu chorych są wysokie, efekt natomiast nie stoi w żadnym stosunku do wysiłków. Niema prawie zakładów, obsługujących pewne terytoria, np. województwa czy grupy województw, co odciążałoby w dużej mierze uzdrowiska.

Wszystkie te czynniki zwiększają napływ chorych do miejscowości klimatycznych, a szczególnie do najbardziej znanych, np. do Zakopanego, jako największej w Polsce stacji klimatycznej (31.494 osób przyjezdnych w roku 1925-ym — 35.205 w roku 1926-ym 42.574 osoby w roku 1927-ym).

W roku 1924 zostały wydane przepisy sanitarne dla Zakopanego oraz rozporządzenie z l. X. 1924 o granicach okręgu ochrony sanitarnej tego uzdrowiska. W roku 1925 na podstawie ustawy zasadniczej o uzdrowiskach został opracowany plan regulacyjny Zakopanego przez p. inż. Stryjeńskiego. Projekt został zaaprobowany przez Departament Służby Zdrowia. Plan ten przewiduje podział Zakopanego na strefy, z których jedna położona na stokach Gubałówki, jest strefą ściśle uzdrowiskową, gdzie odtąd jedynie mają być budowane zakłady dla chorych gruźliczych. Wprowadzenie w życie tego planu jest konieczne, wymaga jednak dłuższego czasu, zanim dzielnica sanatoryjna rozwinię się do rozmiarów, mogących pomieścić cały napływ chorych gruźliczych.

Natomiast szereg miejscowości innych, nie mniej ważnych, nie jest objęty przepisami sanitarnymi.

Miejscowości te nie posiadają charakteru uzdrowisk publicznych i nie mają żadnych przepisów. Są to przytem miejscowości tanie, bez urządzeń sanitarnych, nawiedzane przez chorych z klas mniej zamożnych i mniej kulturalnych. Rozsiane są głównie na całym Podhalu. Można je ująć w kilka grup:

1. Okolice Zakopanego: Olcza, Poronin, Bukowina, Murzasichle i t. d.
2. Dolina Dunajca: Szczawnica, Krościenko, Czorsztyn, Sromowce, Wyżnie.
3. Dolina Oporu: Skole, Hrebenów, Tuchla.
4. Dolina Prutu: Mikuliczyn, Jaremcze, Worochta, Tatarów, Delatyn.

Niema dokładnych liczb osób, przebywających w tych miejscowościach, niema również ewidencji chorych można jednak śmiało powiedzieć, że jest ich dużo, i że frekwencja wzrasta z każdym rokiem.

Rozpatrując to zagadnienie, należałoby odpowiedzieć na zasadnicze pytanie, czy można zabronić chorym gruźliczym przebywania w pewnych miejscowościach przez wzgląd na ochronę ludności miejscowej. Wydaje się, że zakaz taki byłby trudny do przeprowadzenia. Przytem doświadczenie miejscowości kuracyjnych, wzorowo urządzonych, stwierdza, że istnienie odpowiednio urządzonych zakładów nie grozi niebezpieczeństwem zakażenia ludności miejscowej. Naprzykład 20 lat przeszło istnienia sanatorium im. T r u d e a u w Stanach Zjednoczonych nie wykazuje ani jednego zakażenia wśród personelu, ani ludności miejscowej; Davos w Szwajcarii ma o wiele niższą śmiertelność na gruźlicę, niż inne niekuracyjne miejscowości Szwajcarii (Bergün, Stull, Latsch). W Bligny (Francja) w ciągu 20-tu lat nie było ani jednego przypadku zarażenia się personelu lub okolicznych mieszkańców. Stąd wniosek, że zakład dla gruźliczych nie jest niebezpieczeństwem, a można by nawet powiedzieć, że jest ochroną mieszkańców.

Wydaje się zatem, że chodzi nie o bezwzględny zakaz przebywania w pewnych miejscowościach,

względnie nakaz wyjazdu do innych, lecz o uporządkowanie stosunków w tych miejscowościach, które stają się z natury swej stacjami klimatycznymi.

Zakaz taki bez odpowiedniego aparatu kontrolującego, nieoparty szczegółowymi przepisami ustawowymi, może przynieść jedynie szkodę, prowadząc do ukrywania chorych, unikania opieki lekarskiej, dezynfekcji i t. p.

W tej dziedzinie nie można operować przykładami, ani oprzeć się na cudzym doświadczeniu, gdyż tego rodzaju rozwiązanie nigdzie na zachodzie zastosowane nie było. Istnieje jedynie projekt czeski. Ustawa francuska o uzdrowiskach takiego rozgraniczenia nie przewiduje.

W Szwajcarii rozgraniczenie jest raczej zwyczajowe, np. Davos, St. Moritz, gdzie wszelkie urządzenia sportowe i wycieczkowe znajdują się w St. Moritz; natomiast Davos-Platz, Davos-Dorf są zabudowane szeregiem sanatoriów, co nie wyłącza również szeregu hoteli dla turystów. W Leyzin, o ile mi wiadomo nawet strefy nie istnieją. Istnieją natomiast przepisy sanitarne ogólne, np. unieszkodliwianie plwociny, wprowadzone zresztą najdawniej w Davos i Arosa.

W Arcachon we Francji (przykład cytowany ze względu na specjalny charakter miasta, zwanego „Ville de Santé”) strefowanie nie jest przewidziane. Istnieją oczywiście przepisy ogólne, np. 1) zgłaszanie gruźlicy, 2) odkażanie bielizny chorych gruźliczych przez zakład miejski, 3) dezynfekcja mieszkania po chorym, o ile tego zażąda lekarz ordynujący, 4) zakaz plucia na ziemię, 5) zakaz wyrzucania wydzielin chorych na gruźlicę (plwociny, wydaliny) na drogi, podwórza, ogrody, gnojówki, nakazuje natomiast zbieranie do naczyń, dezynfekowanie chlorkiem wapnia, wygotowywanie naczyń, 6) obowiązkowa okresowa dezynfekcja książek i czasopism w bibliotekach i wypożyczalniach i cały szereg drobniejszych przepisów.

W Stanach Zjednoczonych wzorowem uzdrowiskiem jest Saranac Lake ze słynnym sanatorium T r u d e a u w odległości 2 klm. od miasteczka. Dookoła sanatorium skupiają się wszyscy gruźlicy; całe miasteczko — pensjonaty, domy prywatne i t. p. są wypełnione przez gruźlików. Rozwój taki odbywał się historycznie tradycyjnie. Obok, w odległości kilkunastu kilometrów, znajduje się miejscowość wycieczkowa, słynne Lake Placid. Miejsce letnich wycieczek milionerów amerykańskich z niesłychanie drogiemi hotelami. Skupienie chorych w Saranac Lake jest uwarunkowane bliskością sanatorium i lekarzy-specjalistów, osiadłych w mieście, oraz sąsiedztwem wielkiego sanatorium stanowego (State-sanatorium) Ray Brook.

Nawiązując do poprzednich uwag i przykładów, wydaje się, że sprawę wyodrębnienia chorych gruźliczych należałoby starać się rozwiązać w kierunku pozytywnym, nie zaś negatywnym. Zatem, jak było wyżej powiedziane, nie drogą zakazu przebywania w pewnych miejscowościach jak chcą Czesi, lecz drogą dostarczenia ułatwień dla leczenia i pobytu chorych gruźliczych. Należałoby więc:

1. Utworzyć okręgi sanitarne, obejmujące grupy wymienionych miejscowości (rozszerzyć okręg sanitarny Zakopanego).

2. Utworzyć wszędzie komisje uzdrowiskowe.
3. Opracować plany regulacyjne, które pozwolą na oznaczenie pewnej strefy, gdzie skupiłyby się zakłady dla chorych gruźliczych.
4. Opracować gruntowne przepisy sanitarne dla wszystkich tych miejscowości.
5. Okręgi sanitarne zaopatrzyć w dobrze urządzone i zaopatrzone w środki dajagnostyczne przychodnie, które winny mieć pod opieką swoją wszystkich chorych i podejrzanych o gruźlicę, którzy z tych czy innych powodów nie są pod opieką prywatnego lekarza. Konieczne jest nawiązanie bezpośredniego kontaktu pomiędzy przychodnią, wysyłającą chorego, a przychodnią w uzdrowisku.
6. Popierać budowę i utrzymanie szpitali i sanatorjów typu ludowego, w dzielnicach sanatoryjnych, w celu dostarczenia dobrze urządzonych i tanich pomieszczeń dla gruźlików; w ten sposób dzielnica niesanatoryjna zostanie odciążona, a w przyszłości całkowicie wyeliminuje się stamtąd gruźlicę.

Jednym z najważniejszych postulatów jest wyrażanie posiadania przez sanatorja surowego regulaminu i ścisłego jego przestrzegania.

Należałoby pozatem zastanowić się nad sprawą transportu chorych gruźliczych do uzdrowisk i zastosować odpowiednie przepisy na wszystkich liniach kolejowych wiodących do uzdrowisk.

Nie trzeba chyba dodawać, że na naczelne miejsce wysuwa się konieczność wydania przepisów prawnych, obejmujących całokształt walki z gruźlicą; wszak i sprawa uporządkowania uzdrowisk dla chorych gruźliczych musi oprzeć się na Ustawie Przeciwgruźliczej.

Należy oczekiwać, że poruszone zagadnienie zostanie pomyślnie rozwiązane dzięki szczególnemu zainteresowaniu się nim Departamentu Służby Zdrowia, który na posiedzeniu inauguracyjnym Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 30 kwietnia b.r. poddał zasadniczej dyskusji wysunięte tu postulaty.

Wiadomości bieżące.

— Ministerstwo Spraw Wewn. rozesłało do panów Wojewodów i pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy następujący Okólnik:

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi o wydanie polecenia starostom (lekarzom powiatowym):

1. aby w każdym przypadku zgłoszonego zachorowania czy zgonu na zakażenie połogowe stwierdzali, czy zdarzył się on po porodzie, czy też po poronieniu;
2. by w przypadku zakażenia połogowego po poronieniu drogą ściślejszego badania ustalili, czy nie nasuwa on podejrzenia na poronienie kryminalne, a jeżeli tak, by sprawę przekazali właściwym władzom sądowym.

Wynik swych badań w tym względzie lekarze powiatowi winni wykazywać w swych raportach tygodniowych o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne w sposób następujący: w rubryce 15 wykazu (zakażenia połogowe) podawać ogólną liczbę zachorowań i zgonów jak dotychczas, zaś w rubryce 26-ej „wymienić jakie” w odpowiednim wierszu podawać liczbę poronień, w tem poronień kryminalnych i zgonów po poronieniu. Poniżej podaje się jako przykład dane z tygodnia 52-go 1927 r. z całego państwa,

15		26
Zakaż. połog.		Wymienić
Ch.	Zg.	jakie:
19	10	W tem por. 12 krym. 10, zg. 8.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia,

wz. (—) Adamski

— Otrzymałmy z prośbą o wydrukowanie pismo następujące:

Do Ministerstwa Spraw Zagranicznych zwrócił się przed swym wyjazdem poseł afgański w Angorze Dżelani Chan, który aż do wymiany poselstw ma zastępować interesy afgańskie w Polsce, z propozycją podjęcia pierwszych kroków, celem nawiązania stosunków gospodarczych między Polską a Afganistanem. Dżelani podkreślał wielkie zapotrzebowanie specjalistów w Afganistanie, szczególnie lekarzy, i prosił by ewentualnie kandydaci zwracali się pisemnie do niego w Angorze: jest on upoważniony do zawierania kontraktów w imieniu swego rządu.

Komunikując o powyższem, Ministerstwo Spraw Zagranicznych prosi Ministerstwo Spraw Wewnętrznych o danie dalszego biegu poruszonyj tu sprawie.

Za Ministra:

(—) Dr. Tadeusz Jackowski

Dyrektor Departamentu Politycznego.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, (Departament Służby Zdrowia) komunikuje, że cały szereg projektów rozporządzeń z zakresu zdrowia publicznego na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i Ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 roku o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 443) uzyskał moc ustawy i prosi Redakcję, o ile ramy pisma zezwalają na to, o wydrukowanie ich. Celowość opublikowania rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej w pismach lekarskich uzasadnia się tem, że projekty tych rozporządzeń, przesyłane Towarzystwom i Organizacjom lekarskim do opinii i publikowania w prasie lekarskiej, wzbudziły wielkie zainteresowanie w świecie lekarskim, tembardziej ostateczny tekst z mocą ustawy winien zainteresować ogół lekarzy. Wszystkie rozporządzenia znaleźć można w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej, a mianowicie:

1. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 lutego 1928 r. o obowiązku dodawania oleju sezamowego do margaryny i innych tłuszczów jadalnych — Dz. U. R. P. z 1926 r. Nr. 25 poz. 217.
2. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca o zaopatrzeniu ludności w wodę — Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 310 z 1928 r.
3. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca o dozorcze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku — Dz. U. R. P. z 1928 r. Nr. 36 poz. 343
5. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych — Dz. U. R. R. z r. 1928 Nr. 34 poz. 316.
6. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r., zmieniające ustawę o uzdrowiskach — Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 331.
7. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1927 r. o zwalczaniu jaglicy — Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333.
8. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 marca 1928 r. o zakładach leczniczych — Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 382

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

w/z. Adamski.

— Od Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich otrzymaliśmy następujący komunikat.

W wyniku dorocznego posiedzenia Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w dniu 23.V. b. r. Zarząd Stowarzyszenia ukończył się jak następuje:

Członkowie: E. Osinski (prezes), K. Orzeł (wiceprezes), L. Nowacki (gospodarz), E. Jarocinski (skarbnik), B. Rajpert (sekretarz), J. Bełkowski, S. Gębarski, A. Gruszczyński, A. Jasiołędzki, K. Jasielewicz, B. Łuczycy, W. Starkiewicz.

Zastępcy: St. Antecki, W. Falencik, J. Golakowski, J. Mazurek, S. Pręczkowski, J. Żeliszewski.

Do Sądu Koleżeńskiego zostali wybrani na członków: T. Jasieński, W. Janczewski, K. Łazarowicz, W. Tyrchowski, A. Śmiechowski.

Zastępcy: St. Gębarski, W. Kowalski, F. Meyer, F. Podkólniński, M. Ryłko, Cz. Sadkowski.

Do Komisji Wyborczej zostali wybrani na członków: K. Bein, Fr. Giedroyc, K. Jasielewicz, J. Kijewski, E. Rapczyński, E. Tryjarski, J. Neugebauer, W. Lilpop, A. Jasiołędzki.

Zastępcy: M. Grzybowski, Cz. Bujalski, A. Opalski, Cz. Otto, K. Vacqueret, St. Zembrzusi.

Poza sprawozdaniem z działalności Zarządu poszczególnych Komisji, Sądu Koleżeńskiego, Komisji Wyborczej, sprawozdania finansowego. Utworzono na temże posiedzeniu sekcję balneologiczną.

— VI Zjazd Higienistów Polskich odbędzie się we Lwowie w dniach 7 i 8 lipca b. r. Program Zjazdu jest następujący:

Piątek dnia 6 lipca. Zebranie towarzyskie w salach Hotelu Krakowskiego o godz. 9 wieczorem.

Sobota dnia 7 lipca. O godz. 8 rano. Msza św. w Bazylice Jaceńkiej. O godz. 9 przedpołudniem (punktualnie). 1. Otwarcie Zjazdu w sali posiedzeń Izby Handlowo-przemysłowej ul. Akademicka 17. 2. Wybór Prezydium Zjazdu. 3. I. Referat: Uzdrawotnienie małych miast i wsi. 1) Dr. Józef Polak (Warszawa): „Zadania gmin w dziedzinie zdrowotności”. 2) Gen. Inż. Eugenjusz Kątkowski (Warszawa): „Zaopatrzenie w wodę, kanalizacja i inne sposoby usuwania nieczystości z małych miast”. 3) Prof. Dr. Zdzisław Steusing (Lwów): „Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości na wsi oraz normalizacja tych urządzeń”. 4) Inż. Włodzimierz Rabczewski (Warszawa): „Bruki i plantacje w małych miastach”. 5) Inż. Henryk Przyłęcki (Warszawa): „O usuwaniu odpadków i śmieci z małych miast i wsi”. 6) Inż. Kazimierz Zardecki (Lwów): „Higiena opatu gazowego”. 7) Dyskusja.

Popołudniu odbędzie się zwiedzanie miejskich Zakładów gazowych, czyszczenia miasta i rzeźni. — Wieczorem przedstawienie w Teatrze Wielkim. — O godz. 7 wieczorem odbędzie się uroczysta Akademia z powodu pięćdziesięciolecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, na którą Komitet jubileuszowy zaprasza uczestników-lekarzy Zjazdu.

Niedziela dnia 8 lipca. O godz. 7 rano punktualnie. Zwiedzanie Zakładów elektrycznych miejskich, Panoramy racławickiej. O godz. 8.30 przedpołudniem punktualnie w sali posiedzeń Izby Handlowo-przemysłowej. II. Referat: Organizacja szpitalnictwa w Polsce. 1) Dr. Witold Przywieczerski, arch. Felicjan Rakiewicz i radca min. Rudolf Sikorski (Warszawa): „Rys historyczny szpitalnictwa w Polsce w ubiegłym stuleciu, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju szpitalnictwa na obszarze byłego zaboru rosyjskiego”. 2) Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań): „Organizacja szpitalnictwa w Wielkopolsce”. 3) Insp. szpitali Małopolski Dr. Kazimierz Lipski (Lwów): „Rys historyczny rozwoju ustawodawstwa szpitalnego w Małopolsce i wnioski co do wskazań w obecnym ustawodawstwie szpitalnym”. 4) Dr. Bolesław Jakimiak (Warszawa): „Dzieje szpitalnictwa w b. Kongresówce”. 5) Dr. Władysław Starkiewicz (Warszawa): „Sprawozdanie z prac Komisji szpitalnej Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego od początku działalności do chwili obecnej”. 6) Dr. Witold Przywieczerski, arch. Rakiewicz i radca min. Rudolf Sikorski (Warszawa): „Stan obecny i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa polskiego”. 7) Dyskusja. Popołudniu o godz. 3.30 punktualnie. 1) Uchwalenie rezolucyj zjazdowych. 2) Zamknięcie Zjazdu. O godz. 4.30 popołudniu. Zwiedzanie galerii, muzeów i t. p. miasta Lwowa. Zwiedzanie pawilonów chorób zakaźnych, Miejskiego Zakładu sierot przy ul. Kadeckiej. O godz. 9 wieczorem. Raut, wydany przez Prezydium miasta dla uczestników Zjazdu.

Poniedziałek dnia 9 lipca, o godz. 8 rano wycieczka do Woli Dobrostańskiej dla zwiedzenia wodociągów miejskich i wykład Inż. Stanisława Aleksandrowicza, dyrektora wodociągów; „Zaopatrzenie w wodę miasta Lwowa.

Po zjeździe odbędzie się wycieczka po uzdrowiskach Wschodniej Małopolski. Udział w wycieczce należy zgłaszać najdalej do 15 czerwca.

Uczestnicy Zjazdu i osoby im towarzyszące będą korzystać z ulg kolejowych (66% zniżki biletu powrotnego). Zgłoszenia na mieszkanie należy skutecznie zgłaszać pod adresem komitetu organizacyjnego najdalej do dnia 15 czerwca. O adresie mieszkania dowiedzą się uczestnicy w biurze zjazdu na dworcu kolejowym zaraz po przyjeździe, tu też otrzymają inne informacje. Głównie biuro zjazdowe znajdować się będzie w Izbie Handlowo - Przemysłowej.

Uczestnictwo w Zjeździe wraz z przesłaniem udziału należy skierowywać najdalej do 15 czerwca pod adresem Komitetu organizacyjnego VI Zjazdu Higienistów Polskich. Opłata za udział w Zjeździe wynosi 15 zł., dla osób towarzyszących 7 zł.

W skład prezydium honorowego wchodzi: PP. Wojewoda lwowski, Komisarz Rządu p. o. prez. miasta Lwowa J. Strzelecki, Zastępca Komisarza Rządu Prof. Dr. M. Matakiewicz, J. M. Rektor Politechniki Prof. Dr. J. Tokarski, JM. Rektor Akademii Medycyny Weterynaryjnej Prof. Dr. Z. Markowski.

Za Komitet org. Zjazdu

Sekretarz generalny: Przewodniczący:
Dr. Eugenjusz Dołiński. Prof. Dr. Witold Nowicki.

— Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej w Polsce „Toz”

Zaproszenie na pierwszy krajowy zjazd lekarski Toz w Warszawie Sala Handlowców, Sienna 16.

Przewodniczący: Dr. S. Goldflam. Gener. Sekretarz: Dr. L. Wulman.

Porządek obrad, Niedziela 24 czerwca. Początek o godz. 11-ej. 1. Zagajenie zjazdu, przywitania oraz wybory prezydium. 2. Rola czynnika rasowego w większej odporności żydów przeciw gruźlicy. Ref. Dr. G. Lewin (Warszawa). 3. Padaczka a opieka społeczna. Ref. Dr. Z. Bychowski (Warszawa). 4. Cele i zadania pracy eugenicznej wśród żydów. Ref. Dr. H. Higier (Warszawa). 5. Dotychczasowe wyniki pracy ochrony zdrowia wśród żydów i jej aktualne zagadnienia. Ref. Dr. L. Wulman (Warszawa). 6. Rezultaty badań antropologicznych na 500 żydów woj. warsz. Ref. Dr. D. Lipcówna (Warszawa). 7. Cukrzyca wśród żydów w związku z pracą w poradniach eugenicznych. Ref. Dr. L. Szyfman (Łódź). 8. Dyskusja. Zakończenie posiedzenia o godz. 14-ej min. 30. Po południu początek o godz. 16-ej min. 30. 1. Ruch naturalny ludności żydowskiej w Wilnie w okresie lat 1911 — 1926. Ref. C. Szabad (Wilno). 2. Chorobowość i śmiertelność wśród żydów w Warszawie. Ref. Dr. J. Przedborski (Warszawa). 3. W sprawie aktu obrzezania. Ref. Dr. M. Bickels (Lwów). 4. Zagadnienie samobójstwa wśród żydów. Ref. A. Wirszubiński (Wilno). 5. Rasa żydowska, jej degeneracja i regeneracja. Ref. Dr. G. Krausz (Łódź). 6. Stan zdrowotny żydowskiej młodzieży akademickiej i sposoby jego poprawy. Ref. Dr. N. Urlik (Warszawa). 7. Choroby umysłowe wśród żydów. Ref. Dr. R. Beckier (Otwock). 8. Dyskusja. 9. Podział i ukończenie sekcji. Zakończenie o godz. 20-ej. Uroczysty bankiet o godz. 21-ej. Poniedziałek dnia 25 czerwca. Początek obrad o godz. 9-ej min. 30. Posiedzenia sekcji. A. Sekcja gruźlicy. 1. Walka z gruźlicą wśród żydów w chwili obecnej. Ref. Dr. A. Lipnik (Crodno). 2. Gruźlica wśród żydów w Warszawie. Ref. Dr. L. Lejzerowicz (Warszawa). 3. Gruźlica oczu i walka społeczna z nią. Ref. Dr. I. Schweig (Łódź). 4. Sposoby społecznego zwalczania gruźlicy skóry. Ref. Dr. I. Milejowski (Warszawa). 5. Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi, jako metoda pomocniczo-rozpoznawcza w przychodniach przeciwgruźliczych. Ref. Dr. M. Dawidowicz (Łódź). 6. Zadania rentgenologa w społecznych przychodniach przeciwgruźliczych. Ref. Dr. S. Keilson (Łódź). 7. Znaczenie badania rentgenowskiego płuc w przychodniach przeciwgruźliczych. Ref. Dr. M. Schieber (Lwów). B. Sekcja chorób zakaźnych. 1. Wyniki akcji przeciwstrupniowej Tozu. Ref. Dr. J. Gelbfisz (Warszawa). 2. Dlaczego favus spotykamy najczęściej na głowie u dzieci żydowskich. Ref. Dr. A. Wileńczyk (Warszawa). 3. O wynikach leczenia grzybic za pomocą octanu talowego. Ref. Dr. M. Globus (Wilno). 4. O zastósowaniu thallium w leczeniu grzybic u dzieci. Ref. Dr. K. Troppauer (Sosnowiec). 5. Znaczenie octanu talowego dla Tozu w walce ze strupniem. Ref. Dr. H. Lubicz (Łódź). 6. O kile wrodzonej ze stanowiska lekarza społecznego i o organizacji ośrodków celem jej zwalczania. Ref. Dr. I. Heschels (Lwów). 7. Epi-

demologia i istota ostrego reumatyzmu stawowego i zwalczanie go jako zagadnienie społeczne. Ref. Dr. H. Goldberg, (Warszawa). Koref. Dr. S. Mastbaum, (Warszawa). 8. Czynniki rasowy w ostrych chorobach zakaźnych w świetle statystyki Miejskiego Szpitala w Częstochowie. Ref. Dr. I. Koniecpolski, (Częstochowa). C. Sekcja higieny społecznej i eugeniki. 1. Propaganda higieny. Ref. Dr. C. Szabad, (Wilno). 2. Wyniki akcji patroli sanitarnych i wskazówki do zastosowania tychże w szerszym zakresie. Ref. Dr. M. Bickela, (Lwów). 3. Rozwój pracy towarzystw eugenicznych w krajach Europy i Ameryki oraz problematyka działalności sekcji eugenicznej Toż'u. Ref. Dr. M. Regelman, (Warszawa). 4. Cele i zadania poradni eugenicznych. Ref. Dr. E. Birsowski, (Warszawa). 5. Rola i zadania lekarza-żyda w rozwoju medycyny społecznej wśród żydów. Ref. Dr. Ch. Lifszyc, (Warszawa). D. Sekcja opieki nad niemowlętami. 1. Plan i sposoby celowej walki z chorobami zakaźnymi u niemowląt. Ref. Dr. I. Süsswein, (Przemysł). 2. Potrzeby i bolączki opieki społecznej nad żydowskimi podzłatkami i dziećmi opuszczonymi. Ref. Dr. M. Mayzner, (Warszawa). 3. Współpraca stacji opieki nad niemowlętami z szpitalami dziecięcymi. Ref. Dr. N. Kowarski, (Wilno). 4. Sprawozdanie z opieki nad podzłatkami i dziećmi opuszczonymi w wileńskim żłobku dla niemowląt. Ref. Dr. J. Feigenberg, (Wilno). 5. Wyniki ośmioletniej pracy Wileńskiej Stacji Opieki nad niemowlętami. Ref. Dr. F. Brodzka, (Wilno). 6. Niektóre właściwości fizyczne noworodków (spostrzeżenia na 1000 noworodków w szkole dla matek przy wileńskim Toż'ie). Ref. Dr. R. Szabad-Gawrońska, (Wilno). 7. Doświadczenia stosowania preparatów odżywczych w stacjach opieki nad niemowlętami. Ref. Dr. R. Lewiówna, (Łódź). E. Sekcja opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach. 1. Jak celowo należy prowadzić pracę higieny szkolnej, aby należycie podnieść stan zdrowotny żydowskiej dziatwy szkolnej? Ref. Dr. Jan Landau, (Kraków). Kilka uwag o stanie obecnym higieny szkolnej w szkołach żydowskich. Ref. Dr. H. Herszenhorn, (Lublin). 3. Prawidłowe odychanie a problemat migdałkowy. Ref. Dr. B. Chorążyczki, (Warszawa). 4. Praca sanitarno-higieniczna w szkołach religijnych. Ref. Dr. N. Merer, (Lwów). 5. Zasady organizacji gabinetów higieny szkolnej przy Toż'ie. Ref. Dr. A. Uryson, (Łódź). 6. Współpraca lekarza szkolnego z ciałem pedagogiczno-wychowawczem i opieką domową dziecka. Ref. Dr. B. Oppenheim, (Warszawa).

Popołudniu; plenarne posiedzenie Zjazdu.

Początek o godz. 16-ej min. 30. 1. Sprawozdania z posiedzeń i obrad sekcji. 2. Dyskusja nad sprawozdaniami. 3. Sprawy organizacyjne.

Zakończenie o godzinie 19-ej min. 30. Zamknięcie zjazdu. Wieczorem przedstawienie w teatrze.

Wtorek dnia 26 czerwca. Dla pozostałych w Warszawie delegatów zwiedzanie miasta i wycieczki do instytucji sanitarno-higienicznych.

Zgłoszenia przyjmuje sekretariat Centrali TOZ'u, Warszawa, Gęsia 43, tel. 28-02. Biura mieszkaniowe znajdować się będą w gmachu Centrali TOZ'u (Gęsia 43) i w Sali Handlowców (Sienna 16). Mieszkania rezerwuje się jedynie za zgłoszeniem do dnia 22 czerwca. Wstęp dla uczestników Zjazdu wynosi 5 zł. Karta członkowska upoważnia uczestnika Zjazdu: do udziału w obradach Zjazdu i jego poszczególnych sekcji, uzyskania na powrotnej drodze zniżki kolejowej w wysokości 66 $\frac{2}{3}$ %, udziału w bankiecie, otrzymaniu biletu zniżkowego do teatrów, jakoteż ogłoszonych drukiem prac Zjazdu.

Uwaga: Karty członkowskie będą wydawane przed rozpoczęciem zjazdu.

Regulamin Zjazdu: Mów powitalnych, prócz uprzednio przez Komitet Organizacyjny uchwalonych, nie będzie. Odbędą się tylko w programie wyszczególnione referaty, a żadne dodat-

kowe nie będą uwzględniane. Otwarcie i zamykanie poszczególnych posiedzeń będzie się odbywało punktualnie o naznaczonych godzinach bez względu na stan dyskusji. Referat główny może trwać najwyżej 15 minut, koreferat 10 minut. Zabranie głosu w dyskusji po raz pierwszy 5 minut, po raz drugi 3 minuty. Więcej niż dwa razy w dyskusji na ten sam temat głosu zabierać nie wolno.

Komitet organizacyjny: Dr. S. Goldflam, Dr. J. Szwajcer, Dr. L. Bregman, Dr. Z. Bychowski, Dr. M. Gantz, Dr. H. Higier, Dr. G. Lewin, Dr. J. Przedborski, Dr. A. Sołowiejczyk i Dr. L. Wulman.

— Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego prosi nas o umieszczenie następującej notatki, jako uchwał Zjazdu:

VIII Zjazd Psychiatrów Polskich w Warszawie 29.V.1928 r. jednogłośnie przyjął następujące wnioski:

Zważywszy, że rozwój higieny psychicznej pod względem państwowym jest nie mniej ważnym, jak rozwój higieny fizycznej, Zjazd zwraca uwagę tak społeczeństwa jak i czynników miarodajnych na konieczność należytego zaopiekowania się psychiatrią w Polsce.

Biorąc pod uwagę, że władze samorządowe i rządowe w ostatnich czasach projektują budowę zakładów psychiatrycznych doraźnie, nieuwzględniając istotnych potrzeb opieki nad psychicznie chorymi i że tego rodzaju decyzje mogą w rozwoju opieki psychiatrycznej w Państwie spowodować niepowetowaną szkodę w przyszłości, VIII Zjazd Psychiatrów Polskich zwraca uwagę władz odnośnych na konieczność ścisłego współdziałania z psychiatrami i powoływania, przy opracowywaniu projektów rozbudowy, psychiatrów jako rzeczoznawców.

VIII Zjazd Psychiatrów Polskich zwraca się do władz Rządowych z gorącym apelem wykonania w całej rozciągłości Ustawy przeciwalkoholowej i właściwego całkowitego wydatkowania sum, przeznaczonych przez Ustawę na walkę z alkoholizmem.

Prezes (—) Chodźko.

Viceprezes (—) Łuniewski.

Sekretarz (—) Handelsman.

— Nr. 11 dwutygodnika „Dziecko i Matka“ z powodu uroczystego obchodu Matki 10 czerwca r. b., ukazał się w podwójnej objętości i całkowicie jest poświęcony matce. Temat ten wszechstronnie oświetlają artykuły H. Mortkowiczówny „Najmędrsza miłość“, H. Leszczyńskiej „Prawo wdzięczności“, Z. Miszewskiej „Matka z beletrystyki dziecięcej“ oraz przesłane nowele „Najlepsze słowo“, F. Kruszkowskiej i „Dar imieninowy“. Dalej następują: M. Miłobędzkiej „Wpływ wychowania fizycznego na macierzyństwo“, Dra Szumana „Psychika chorego dziecka“, „Matka jako pielęgniarka“, Dra Cieszyńskiego „O grypie“ i inne. Na wymienienie zasługuje również głęboko liryczny wiersz L. Krzemienieckiej-Wolicowej „Matka“. Całość zdobią liczne, bezpośrednie z tematem związane ilustracje.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

— Maj. Dr. Włodzimierz Missiuro. Kontrola lekarska zaprawy olimpijskiej. Odb. z „Wychowania fizycznego“ 1928, Z. 4—5.

— Władysław Matecki. O heterogennych pierwiastkach urojeniowych w stanach depresyjnych psychozy manjako-depresyjnej. Odb. z „Roczn. Psychiatr. 1928, Z. VIII.

— Pamiętnik Stowarzyszenia Lekarzy Polskich za r. 1927.

TREŚĆ: Z. BYCHOWSKI. Zagadnienia współczesnej organoterapii. — J. LUXENBURG. Próba poronnego leczenia duru brzuszego przesączami Besredki (antivirus). — J. K. SZPILMAN. Nowy instrument do zdejmowania klamerek Michela. — B. GOLDSTEIN. Leczenie zachowawcze wrzodu żołądka i dwunastnicy (streszcz. zbior., dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — A. ZAMENHOF, Z powodu artykułu „Dawniej a dzisiaj“, — Z. SREBRNY, Odpowiedź na uwagi kol. Zamenhafa. — M. SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. W sprawie uzdrowisk dla chorych gruźliczych. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. BYCHOWSKI. Les problèmes de l'organothérapie moderne. — J. LUXENBURG. Le traitement abortif du typhus abdominal par l'antivirus de Besredka. — J. K. SZPILMAN. Un nouveau instrument pour enlever les crampons de Michel. — B. GOLDSTEIN. La thérapie conservatrice de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. (Rév. gen. fin.) — L. ZAMENHOF. A propos de l'article „Autrefois et aujourd'hui“. — Z. SREBRNY. Réponse. — M. SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. A propos des stations climatiques pour les tuberculeux.