

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. 36

WARSZAWA, 25 PAŹDZIERNIKA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z pracowni radiologicznej Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie.

O rozwoju radjodjagnostyki i niektórych jej nowszych zdobyczach. *)

Podał

Dr. Witold ZAWADOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie).

Początki radjodjagnostyki woreczka żółciowego sięgają już dość dawnych czasów, zwłaszcza w kraju, który kroczył zawsze na przodzie w technice radiologicznej t. j. w Ameryce (Beck 1901, Pfahler 1910). Praktycznego znaczenia nabrała sprawa ta dopiero wtedy, gdy ulepszone metody pozwoliły w sposób łatwy zawsze otrzymywać dobre kontrastowe zdjęcia okolicy podwątrobowej.

Radjodjagnostyka miała tu z początku jako jedyny obiekt poszukiwanie kamieni żółciowych. Możliwość jednak uzyskania obrazów kamieni na zdjęciach na skutek ich składu chemicznego i warunków pochłaniania promieni jest ograniczona. Jeśli niektórzy autorowie określają ją (D u v a l) cyfrą 90% pozytywnych wyników, to musimy uważać ten odsetek stanowczo za zbyt wysoki, może na skutek jakiegoś specjalnego doboru przypadków. Najbliższe prawdy będą bez wątpienia dane Carmana z kliniki Mayo i Colea oraz Casea, według których 38 — 40% kamieni żółciowych, znajdujących podczas operacji, daje się wykazać na zdjęciach zwykłych, bez podawania środków, uwidaczniających pęcherzyk.

Ponieważ zadania radjodjagnostyki w zakresie patologii pęcherzyka żółciowego nie mogły ograniczać się do samej kamicy, przeto zwrócono się wkrótce do poszukiwania pośrednich objawów schorzeń pęcherzyka i jako takie największe znaczenie zdobyły sobie półkuliste wgniecenie opuszki dwunastni-

cy, objawy zrostów okołodwunastniczych i objawy przeciągnięcia i umocowania zrostami żołądka i kąta wątrobowego okrężnicy w okolicy podwątrobowej.

Objawem bezpośrednim stanu patologicznego pęcherzyka, występującym zresztą rzadko, jest widoczność jego cienia na zdjęciach zwykłych bez podania środka kontrastowego.

W praktyce jednakże mimo wszystkie usiłowania badanie radiologiczne pęcherzyka nie dawało zadawalających rezultatów. Dlatego też za epokowe zdarzenie musimy uważać wprowadzenie do kliniki t. zw. cholecystografji (1924), opartej na genialnym pomysle chirurga amerykańskiego Grahama, aby do drobiny ciał, wydzielających się przez żółć, a używanych poprzednio do czynnościowego badania wątroby, wprowadzać atomy pierwiastków o wysokiej liczbie, jak w danym wypadku brom i jod (liczba atomowa bromu 35, jodu 53), i w ten sposób nadawać żółci własność silnego pochłaniania promieni, przewyższającego w niektórych przypadkach pochłanianie promieni przez kość. Żółć, tak przygotowana, uwidacznia na zdjęciu pęcherzyk, a czasem nawet grubsze przewody, w postaci bardzo intensywnych cieni.

Z początku posługiwano się solami sodowemi tetrabromo- i tetrajodofenoltaleiny, później robiono doświadczenia z niektórymi innymi połączeniami. W ostatnich czasach większość pracowni zatrzymała się na soli sodowej tetrajodofenoltaleiny, którą podaje się bądź śródżylnie, bądź też doustnie. Każdy z tych dwu sposobów posiada swych namiętnych zwolenników i przeciwników. Niepożądane objawy uboczne zdarzają się przy obu metodach, jednak znacznie mniej poważne i mniej częste w razie podawania doustnego, a przeto to ostatnie jest stosowane coraz częściej. Warunkiem udania się cholecystografji jest posługiwanie się świeżo przyrządzonymi kapsułkami.

W ostatnich czasach wchodzi w użycie podawanie doustne zwykłych wodnych rozczyńw tetrajodofenoltaleiny. Rezultat zależy w wysokim stop-

*) Wygłoszone na posiedzeniu sekcji klinicznej Towarz. Med. Społecz. d. 29.X. 1928.

niu od współdziałania badanego. Wobec tego na podstawie doświadczenia, zebranego z kilkuset cholecystografii, stosuję metodę doustną w tym razie, jeżeli mogę liczyć na współdziałanie ze strony chorego, w przeciwnym zaś razie śródżylną. W jednym i drugim przypadku cień pęcherzyka prawidłowego występuje jednakowo intensywnie.

Jak wykazała dyskusja w czasie odbytego w tym roku zjazdu radiologów w Sztokholmie, cholecystografia zdobyła sobie już trwałe miejsce w diagnostyce klinicznej i jest stałą i codziennie stosowaną metodą badania. Znaczenie jej polega na tem, że nie tylko pozwala ona na bardzo dokładne i pewne stwierdzenie obecności kamieni żółciowych, lecz pozwala nam też badać stan samej śluzówki i ścian pęcherzyka, a także stan funkcjonalny jego mięśniówki. Kamienie obserwujemy jako cienie pozytywne lub negatywne i możemy je prawie zawsze wykazać (bez cholecystografii tylko w 40%).

O stanie śluzówki mówi nam intensywność, względnie bladość cienia pęcherzykowego. Ta ostatnia świadczy o utracie przez chorą śluzówkę zdolności koncentrowania żółci. Brak cienia, przy dobrze funkcjonującym miąższu wątroby, świadczy o niedrożności przewodu pęcherzykowego lub bardzo dużych zmianach anatomicznych samego pęcherzyka (zaniku), ewentualnie obecności kamieni. Czynność mięśniówki pęcherzyka badamy, obserwując kurczenie się jego po posiłku, zawierającym obficie tłuszcze (śmietanka, posiłek Boydena). O napięciu mięśniówki mówi nam kształt pęcherzyka tak, że możemy rozpoznawać pęcherzyk atoniczny i hipertoniczny. Zdjęcie pozwala nam określić położenie pęcherzyka i badać jego przemieszczanie się. Możemy rozpoznać jego opadnięcie, przyczem dno pęcherzyka w pozycji stojącej może się znajdować na wysokości V kręgu lędźwiowego.

Naogół jednak interpretacja wyników cholecystografii, z wyjątkiem niewątpliwych obrazów kamieni, nie jest taka prosta, jak to początkowo podawali jej wynalazcy i większość autorów amerykańskich, i wymaga starannego uwzględnienia stanu funkcjonalnego wątroby, stanu narządów sąsiednich i rozmaitych innych okoliczności i warunków ubocznych i może być miarodajna tylko przy uwzględnieniu całokształtu obrazu klinicznego w danym przypadku. W każdym razie formuła pierwotna, według której każdy pęcherzyk widzialny miał być zdrowy, zaś każdy, nie dający cienia, — patologiczny, coraz więcej traci znaczenie. O ile pęcherzyki niewidzialne odpowiadają poważnemu stanowi patologicznemu, jeśli potrafimy wyłączyć wady techniki badania, znaczną nieomądloność wątroby i poważne cierpienie żołądka (*ulcus, ca*), o tyle czasami wyraźny i intensywny cień pęcherzyka daje się otrzymać na zdjęciu, mimo że mamy do czynienia ze stanem patologicznym, będącym nawet wskazaniem do zabiegu.

Należy oczekiwać, że przyszłość przyniesie nam w zakresie interpretacji cholecystografii pożądaną precyzję i wyjaśnienie dotychczasowych wątpliwości, a to przez współpracę radiologów z chirurgami i porównywanie obrazu radiologicznego pęcherzyka ze stanem, stwierdzonym podczas operacji.

Cenną zdobyczą radiodiagnostyki jest badanie drzewa oskrzelowego po wypełnieniu olejem jodowym, czyli t. zw. bronchografia, którą zawdzięczamy uczonemu francuskim Sicardowi i Forestierowi (1921).

Wprawdzie już przedtem (1920) Lynah i Stewart w Ameryce uzyskiwali zdjęcia oskrzeli po wypełnieniu masą kontrastową, lecz metoda, obrana przez nich, nie miała widoków szerszego zastosowania, ponieważ używali oni jako środka kontrastowego zawiesiny soli bizmutowych w oliwie. Wchodzące tu w rachubę nierozpuszczalne sole bizmutowe zachowują się w oskrzelach, jak ciała obce, i mogą wywoływać podrażnienia. Natomiast olej jodowy, ulegając powolnemu wchłonięciu, działania drażniącego nie posiada.

Na zwykłych zdjęciach klatki piersiowej, jeśli są one dostatecznie ostre i kontrastowe, widzimy w okolicy wnęk płucnych intensywnie drzewiasto i miotłkowato rozgałęziające się cienie, przechodzące dalej ku obwodowi w coraz to delikatniejszą siateczkę, tworzącą t. zw. rysunek płucny.

U osobnika zdrowego tak cienie wnękowe, jak też i rysunek płucny są utworzone przez naczynia, jak to wiemy z prac Chaperona, Garcina, Stierlina, Assmana i innych. Oskrzela prawidłowe są zwykle niewidoczne, a tylko w rzadkich przypadkach przedstawiają się jako jaśniejsze smugi wzdłuż cieni naczyniowych, albo też jako małe jasne kółeczka, jeśli kierunek przebiegu promieni prowadził wzdłuż osi oskrzela.

W warunkach patologicznych na utworzenie się cieni wnękowych składają się prócz cieni naczyniowych też cienie zgrubiałych ścian oskrzelowych i zgrubiałych ich otoczek. W przypadku takim jednakże trudno jest różnicować skomplikowany cień wnękowy.

Rozstrzenie oskrzelowe występują na zdjęciach zwykłych wyraźnie tylko w szczególnie korzystnych warunkach, a prawie niedostępne są badaniu, jeśli znajdują się one w częściach płuc, pokrytych grubymi zrostami opłucnowymi. Dopiero po wypełnieniu oskrzeli olejem jodowym według Sicarda i Forestiera otrzymać jesteśmy w stanie bardzo wyraźne obrazy tak oskrzeli prawidłowych, jak też zmienionych patologicznie. Ze sposobów wykonania badania rzadziej wykonywa się wstrzykiwanie oleju drogą nakłucia błony tarczycowo-pierścieniowej, rozpowszechnia się natomiast sposób, polegający na wprowadzeniu środka kontrastowego przez naturalne drogi oddechowe po starannym znieczuleniu gardzieli i krtani. Trudność nieraz znaczną stanowi wypełnienie pewnych określonych części płuc, szczególnie, jeśli chodzi o górne płaty, daje się ona jednak przezwyciężyć, jeśli zastrzykujemy pod kontrolą ekranu, pochylając odpowiednio badanego.

Znaczenie rozpoznawcze bronchografii jest bardzo duże, gdyż pozwala ona dokładnie zbadać stan drzewa oskrzelowego we wszystkich jego odciśnięciach. W ten sposób możemy nie tylko obiektywnie przedstawić na zdjęciu obrazy wszelkiego rodzaju rozstrzeni oskrzelowych, ale także stwierdzać zwężenie oskrzeli albo też nawet uwidocznienie wrastające do światła oskrzelowego masy nowotworowe.

Metoda ta pozwala nam umiejscawiać dokładnie ciała obce w oskrzelach w tych przypadkach,

jeśli są one przejrzyste dla promieni X i nie dają same przez się cienia na zdjęciu.

W udoskonalonej radjodjagnostyce klatki piersiowej będziemy się pozatem dość często uciekali do tej metody, aby ustalić stosunek drzewa oskrzelowego do jam, przetok i guzów, stwierdzać wyniki zabiegów chirurgicznych na klatce piersiowej, płucach i t. p.

Z epokowego pomysłu Sicarda i Forestiera, wprowadzającego olej jodowy do radjodjagnostyki, skorzystała również i ginekologja. Dzięki niemu metoda badania radiologicznego wewnętrznych narządów rodnych kobiecych, po nieudanych i zarzuconych z powodu braku odpowiedniego środka kontrastowego próbach, mogła się rozpowszechnić i wejść do codziennej praktyki, jako tak zwana metrosalpingografia. Doświadczenie wykazało, że tak jama macicy i jajowody, jak też i jama otrzewnowa znosi bardzo dobrze zastrzyknięcie oleju jodowego. Warunkiem nieszkodliwości tego badania jest staranna i precyzyjna technika, polegająca na ścisłej aseptyce i wystrzeganiu się wprowadzania nadmiaru oleju do jamy otrzewnowej. Dołączony do instrumentarium manometr pozwala nam kontrolować ciśnienie, pod którym odbywa się zastrzykiwanie. Nadmiernie wysokie ciśnienie jest przeciwwskazane z powodu niebezpieczeństwa zatórów płuczkowych. Doświadczenia wykazały, że górną granicą dopuszczalną jest ciśnienie 300 mm. słupa rtęci, jednakże w praktyce rzadko kiedy wypadnie zbliżyć się do tego poziomu. Zastrzykiwania wykonywać należy z reguły pod kontrolą ekranu (metrosalpingoskopja). Pozwoli to uniknąć wprowadzenia zbyt dużej ilości lipjodolu do jamy otrzewnowej i da okazję z jednej strony obserwować ruchy tak macicy samej, jak też jajowodów, a także zastosować radjopalcację celem stwierdzenia przesuwalności macicy i jajowodów. Na zdjęciach, wykonanych następnie, śledzić można drobne szczegóły anatomiczne. Badanie stereoskopowe, szczególnie ważne w tym przypadku, pozwoli odtworzyć sobie ściśle położenie tak macicy samej, jak i jajowodów w miednicy małej. Metrosalpingografia nadaje się tak do badań nad anatomją i fizjologją narządu rodnego, jak też do djagnostyki. W szczególności djagnostyka schorzeń jajowodowych zyskała wiele przez tę nową metodę, która udostępnia badaniu zmiany drobne, delikatne, niedostępne zupełnie zwykłemu badaniu. Szczególnem wskazaniem do metrosalpingografji jest niepłodność i badanie drożności jajowodów, ponieważ możemy przy jej pomocy określić nie tylko sam fakt niedrożności, lecz umiejscowić dokładnie miejsce przeszkody, co ma decydujące znaczenie w ocenie wskazań do ewentualnej operacji plastycznej jajowodów. Możliwość wykazania dokładnego obrazu jamy macicy, jej wielkości, kształtu i położenia czyni metrosalpingografię bardzo cenną metodę w różniczkowej djagnostyce guzów miednicy małej w tych przypadkach, w których samo badanie kliniczne nie daje rozstrzygnięcia nasuwających się wątpliwości. Zdaniem wielu autorów metoda ta może być stosowana nawet w przypadkach ciąży i może być pomocna w rozpoznaniu ciąży pozamacicznej.

Wąskie ramy dzisiejszego odczytu nie pozwalają mi zatrzymać się dłużej nad innemi nowemi zdobyczami radiologii klinicznej, jak myelo i encef-

falografią z jej modyfikacjami, odmą śródczaszkową, nad djagnostyką guzów mózgowych przy pomocy uwidocznienia naczyń tętniczych jamy czaszkowej przez wlewanie śródtętnicze jodku sodowego i nad pozostałemi licznemi zastosowaniami rozpoznawczemi oleju jodowego.

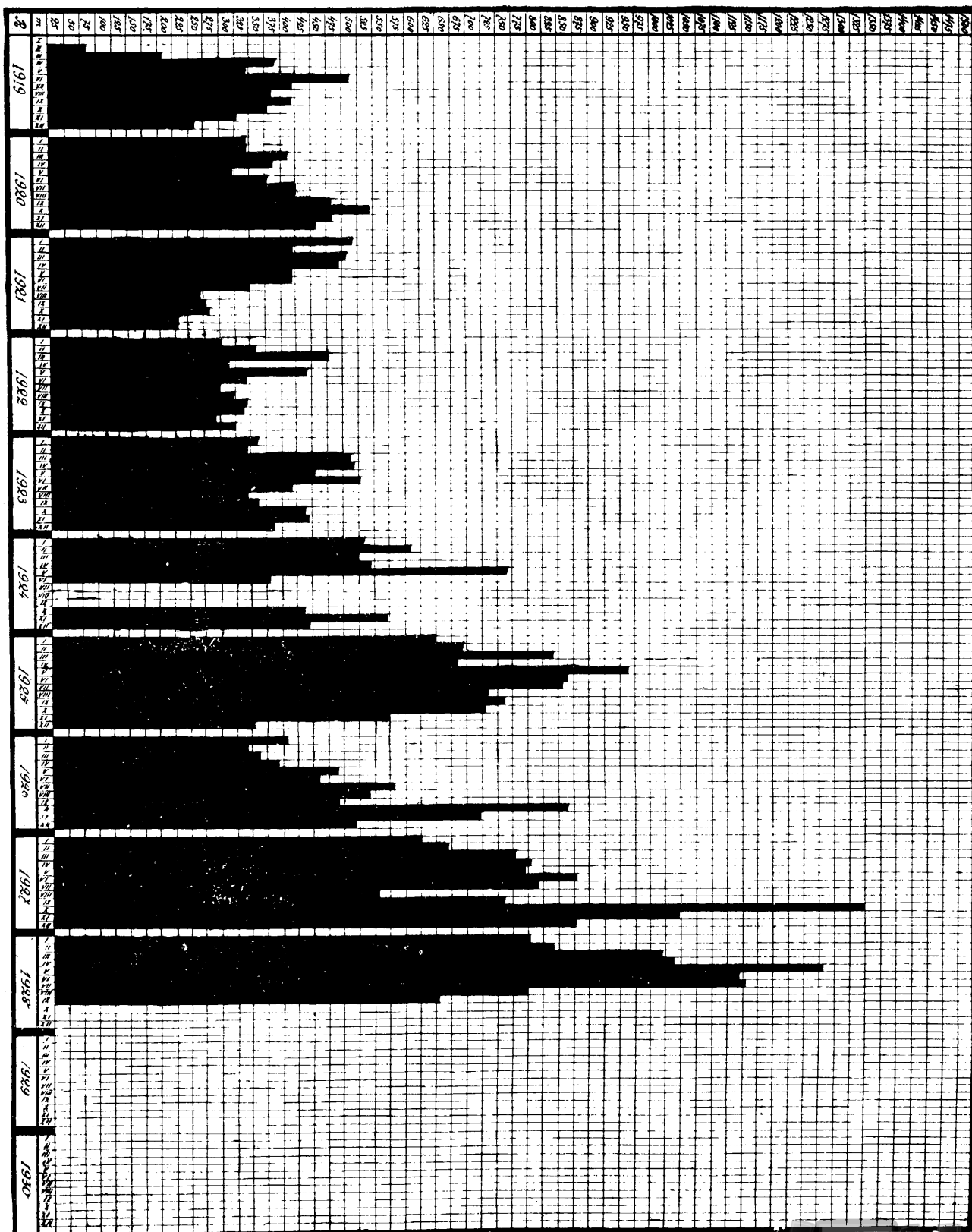
Zaznaczę jedynie, że, o ile cholecystografia, bronchografia i metrosalpingografia są metodami wypróbowanemi, o wartości trwałej, a nie zjawiskami sezonowemi, o tyle niektóre inne metody, jak np. uwidocznianie tętnic mózgowych za pomocą zastrzyknięcia środka kontrastowego do tętnicy dogłowej, wymagają jeszcze dłuższych doświadczeń i prób przed ostateczną ich oceną.

Moje dzisiejsze uwagi o radjodjagnostyce dałyby się streścić w sposób następujący:

Dzięki rozwojowi przemysłu elektrotechnicznego i rozmaitym wynalazkom, lekarz radiolog posługuje się obecnie bardzo znacznie udoskonalonemi przyrządami i lampami, pozwalającemi na przetwarzanie dużych ilości energii elektrycznej w promienie X. Pomysłowe urządzenia dodatkowe i wielka intensywność promieniowania pozwalają mu otrzymywać zdjęcia bardzo ostre, kontrastowe, mniej powiększone i mniej zniekształcone. Zdjęcia o bardzo krótkich czasach ekspozycji i zdjęcia z dużej odległości cechują nowoczesną technikę radiograficzną. Prześwietlenie również jest udoskonalone, jednakże jest ono, z powodu małej jasności obrazu i fizjologicznych warunków widzenia zmrokowego, metodą niewystarczającą, jako badanie samoistne i stanowi tylko część badania. Badanie kompletne powinno z reguły składać się z prześwietlenia i zdjęcia. Radjodjagnostyka, oprócz sposobów badania dawnych, posiada obecnie cały szereg nowych metod, które zawdzięczamy nauce francuskiej i amerykańskiej, udostępniających dokładnym badaniom narządy dotychczas mało dostępne dla promieni X, jak pęcherzyk żółciowy, drzewo oskrzelowe, narządy rodne kobiece, rdzeń i mózg. Tak wybór metody badania, jak i interpretacja wyników powinna się odbywać przy współpracy z kliniką w ramach całokształtu obrazu klinicznego, przyczem klinicysta powinien, o ile możliwości, brać udział osobiście w badaniu. Dane pozytywne, będące wynikiem badania radiologicznego posiadają nie tylko charakter danych anatomicznych, ponieważ współczesne metody radjodjagnostyczne uwzględniają też i badania funkcjonalne. Wielkie znaczenie ma obserwacja radiologiczna za pomocą badań, wykonywanych w pewnych odstępach czasu, ponieważ daje ona możność śledzenia rozwoju zmian patologicznych. W ten sposób radiologia kliniczna otrzymuje zadania szersze, niż prosta djagnostyka, i może dawać materiał do wyciągania wniosków co do patogenyzy niektórych jednostek chorobowych, a przez to przyczyniać się do znacznego rozwoju i postępu w rozmaitych gałęziach medycyny.

W takiej specjalności lekarskiej, jak radiologia, obok wiedzy ogólnolekarskiej olbrzymie znaczenie ma strona techniczna, a stąd przyrządy, urządzenia pomocnicze i warunki wykonania badania. Jeśli mamy prawo żądać, aby wyniki radjodjagnostyki odpowiadały współczesnemu rozwojowi tej wiedzy, to i techniczne warunki pracy radiologa, przyrządy i całe urządzenie pracowni, musi stać na odpowiednim poziomie. Dlatego na zakończenie pozwolę

Dane statystyczne dotyczące radiodjagnostyki w Pracowni Radiologicznej Oficerskiej Szkoły Oficerów

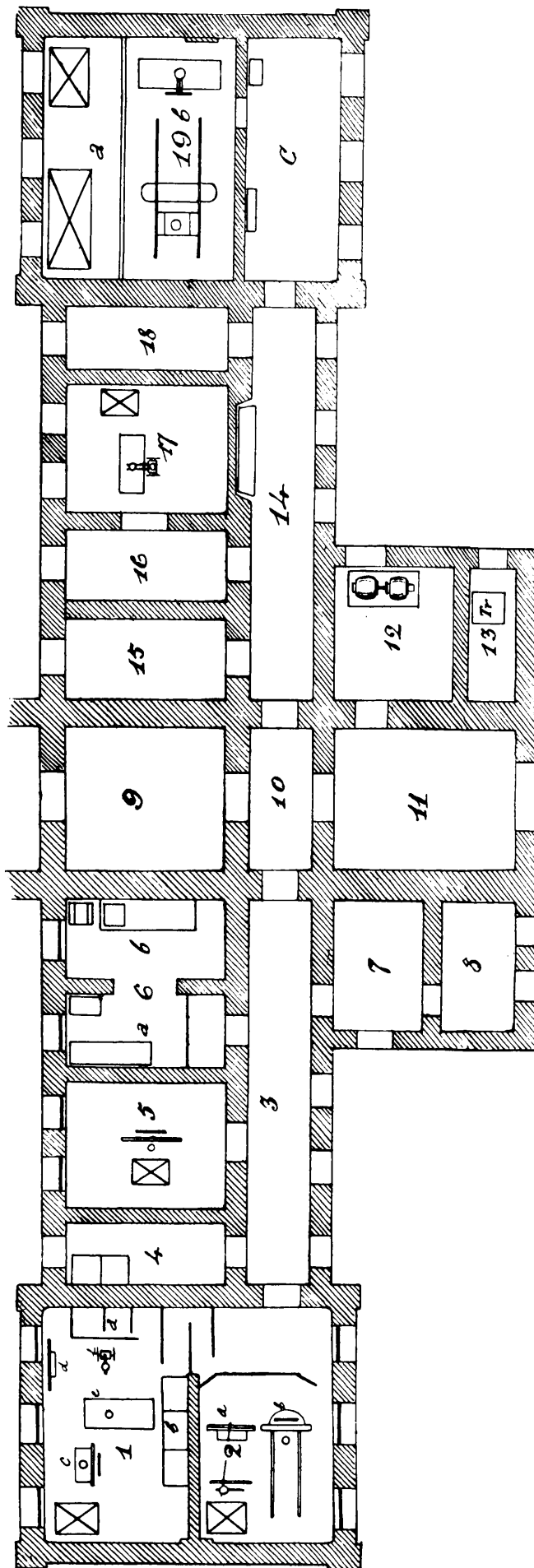


TABLICA I

przedstawiająca wzrost liczby badań w pracowni radiologicznej szpitala Ujazdowskiego w czasie od 1919—1928 r. Wzrost proporcjonalny do liczby łóżek szpitalnych jest znacznie większy, niż wzrost bezwzględny, ponieważ liczba łóżek w czasie do r. 1923 wynosiła 1,500, później zmniejszała się stopniowo, tak że w r. 1926 wynosiła już tylko 600 łóżek.

T A B L I C A II.

Plan pracowni radiologicznej Szpitala Ujazdowskiego.



- 1) Sala radiologiczna do badań klatki piersiowej, nerek, pęcherzyka i t. p. a, b) — pięć kabin do rozbierania chorych, umożliwiających badanie 5 pacjentów równocześnie; c) — ścianka do prześwietlań w pozycji stojącej; d, f) — urządzenie do zdjęć z dużej odległości; e) — stół do prześwietlań w pozycji leżącej. 2) Sala do badań przewodu pokarmowego, rdzenia i t. p. a) — urządzenie do zdjęć stereoskopowych; b) — stół ruchomy do badań w pozycji stojącej, skośnej i leżącej. 3) Poczekalnia. 4) W. C. 5) Pokój do prześwietlań klatki piersiowej. 6) Ciemnia; a) — część sucha do ładowania kaset; b) — część chemiczna, wywoływanie i utrwalanie pionowe i poziome. 7) Poczekalnia. 8) Pracownia asystentów. 9) Klatka schodowa. 10) Przedpokój. 11) Kancelaria. 12) Warsztat elektromonterski. 13) Transformator dostarczający prądu zmiennego. 14) Poczekalnia. 15) Pokój kierownika. 16) Pokój przygotowawczy. 17) Pokój do zdjęć kostnych i sala operacyjna. 18) Kuchnia. 19) a, b, c) Terapia.

sobie sprawie urządzeń pracowni radiologicznych poświęcić parę słów. Przy tej okazji podnieść muszę fakt ogromnego zwiększania się frekwencji pracowni radiologicznych w ostatnich latach. Rzut oka na tablicę I pozwoli Panom ocenić tempo tego zjawiska. Daje się ono zauważyć w mniejszym lub większym stopniu w wielu krajach, jak to miałem sposobność stwierdzić w pracowniach krajów skandynawskich i w Niemczech, i jest zjawiskiem ogólnym, spowodowanym rozszerzeniem się radiodjagnostyki na coraz to nowe narządy. Wobec tego rozmiary pracowni powinny być tak obszerne, aby pracowni i na przyszłość mogły podobać swej pracy. Pomieszczenie pracowni powinno być obszerne i wygodne i umożliwiać ekonomiczne wykorzystanie urządzeń i personelu. Przyrządy i wszelkie urządzenia dodatkowe powinny być o najnowszych typach i o dużej wydajności. Stąd wynika, że urządzenie pracowni radiologicznej, niestety, musi być kosztowne. Koszt ich opłaca się wartością wyników ich pracy. Kosztowne jest również urządzenie np. dobrej współczesnej sali operacyjnej; mimo to nikomu nie przychodzi na myśl, aby urządzać salę operacyjną tanio i postawić ją na poziomie wymagań tej epoki, w której umywalnia służyła chirurgowi tylko do mycia rąk po operacji. W stosunku do pracowni radiodjagnostycznej natomiast spotykać się można często z takim zapatrywaniem, że wystarczy narazie urządzenie tanie, częstokroć kupione okazyjnie, lub też tanie, mało wydajne aparaty, dostarczane przez usługowy przemysł elektromedyczny, że wystarczy ustawić kupiony aparat w jakim małym ubocznym pokoiku, i sprawa organizacji pracowni jest załatwiona. Tego rodzaju aparacik i takie pomieszczenie jest absolutnie niewystarczające do spełnienia tych zadań, jakie nowoczesnej radiodjagnostyce przypadają w udziale.

Nowsze pracowni radiologiczne — to duże kompleksy obszernych, wysokich, jasno pomalowanych sal, z oknami, zaciemnionymi zsuwanymi role-

tami, z centralnem ogrzewaniem i dobrą wentylacją. Wygodnie i racjonalnie urządzona powinna być również ciemnia fotograficzna.

Przyrządy nowych typów o dużej wydajności powinny być umieszczane w osobnych pokojach, albo w piwnicy. Należy również pamiętać o higienie i ochronie personelu pracowni przed szkodliwym działaniem promieni.

Tablica II przedstawia Panom rozkład i urządzenie pracowni radiologicznej Szpitala Ujazdowskiego, która przystosowana jest do frekwencji około 10 — 15 tysięcy pacjentów rocznie. Posiada ona 4 sale radiodjagnostyczne z wszelkimi nowoczesnymi urządzeniami, z poczekalniami, kancelarią i ciemnią fotograficzną. Urządzenie to pozwala na sprawną i wygodną pracę ku pożytkowi wszystkich oddziałów szpitalnych.

Przyznać należy, że urządzenie wzorowych pracowni w naszych warunkach napotykać musi duże trudności z powodu niewystarczających dotychczas tak szpitali, jak też i uniwersytetów. Mimo to jednak absolutnie nie jest wskazane urządzenie małych, lichy dotowanych i źle pomieszczonych pracowni. Narazie niezbędne jest koncentrowanie wysiłków i budowa większych pracowni, obsługujących pewne kompleksy szpitalne. Wprawdzie przy takim rozwiązaniu trudniejsza jest współpraca radiologa z kliniką, lecz zato warunki pracy i urządzenie dają możliwość posługiwania się wszystkimi nowoczesnymi metodami badania.

Zadania organizacyjne tak całokształtu pomocy radiologicznej, jak i poszczególnych pracowni, czy to w szpitalnictwie, czy też w ramach jakichkolwiek instytucji z zakresu medycyny społecznej, powinny być rozwiązywane przez wysoce wykwalifikowanych i doświadczonych specjalistów, gdyż w dziale tym łatwiej jest, niż gdziekolwiek indziej, rozproszyć skromne zwykle u nas środki materialne i dotacje i popełnić błędy, które niełatwo lub wcale nie dadzą się poprawić.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z zakładu oftalmicznego dr. Pinesa w Białymstoku

W sprawie obustronnych obwodowych zwężeń pola widzenia pochodzenia nosowego.¹⁾

Podał

Dr. Józef KERSZMAN, asystent zakładu (Białystok).

Dziwne są drogi, które przebiegała myśl lekarska w sprawie schorzeń nerwu wzrokowego pochodzenia nosowego i zatokowego. Jeszcze w 1905 roku w odpowiedzi na zapytanie Onodiego cały szereg wybitnych oftalmologów wypowiedział się w ten sposób, że, o ile można mówić o zupełnym braku zależności patologicznej nerwu wzrokowego

od schorzeń zatok nosowych, to w każdym bądź razie są to przypadki niezmiernie rzadkie. W 1904 roku Onodi znalazł wszystkiego 20 przypadków ze starszej literatury, w których z pewnością albo wielkiem prawdopodobieństwem wykazać się dał związek pomiędzy schorzeniem nerwu wzrokowego a schorzeniem jednej z zatok. Odtąd zależność ta została stwierdzona w bardzo dużej liczbie przypadków, co jest sprawą ogólnej wagi, gdyż właściwe wczesne rozpoznanie daje nam możliwość leczenia, naogół biorąc, z doskonałym wynikiem, przypadków, które przedtem uważalibyśmy za stracone.

Często stwierdzana zależność pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego od spraw, toczących się w nosie lub zatokach, doprowadza do stopniowego znikania z naszych kart szpitalnych niegdyś tak częstego rozpoznania, jak „pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego o niewiadomym pochodzeniu”. I niewątpliwie rację ma Brückner, mówiąc,

¹⁾ Wygłoszone na Zjeździe Okulistów Polskich w Poznaniu 28 kwietnia 1928 roku.

że i te zapalenia pozagałkowe nerwu wzrokowego, których przyczyny szukaliśmy często w przeziębieniu, najprawdopodobniej w znacznej części są pochodzenia nosowego.

Jakkolwiek obecnie współzależność schorzeń nerwu wzrokowego i zatok nosowych stała się obiektem licznych badań, to jednak stosunki anatomiczne są tu tak zawile, a tem samem obraz chorobowy przedstawia się tak wielopostaciowo, że bardzo dalecy jesteśmy od jasnego poglądu na całokształt patologii tych spraw. Z drugiej strony, co jest rzeczą bardzo ważną, rozporządzamy wprost znikomą małą liczbą przypadków, zbadanych anatomicznie.

Wczesne rozpoznanie zależności schorzenia nerwu wzrokowego od schorzenia jednej z zatok nosowych nie jest rzeczą łatwą. Często bowiem w tych przypadkach, poza skargami na gorsze widzenie, podczas badania nie stwierdzamy absolutnie żadnych zmian ani w zewnętrznym wyglądzie, ani oftalmoskopowo. Należy też zwrócić uwagę, iż niemniej często, zbierając wywiady co do dolegliwości ze strony nosa, żadnych skarg w tym kierunku nie słyszymy, chociażby, jak późniejsze badanie ryнологiczne wykazuje, w jednej z zatok toczyła się daleko posunięta sprawa zapalna. Tłumaczy się to tem, że osobniki mniej wrażliwe nie zwracają uwagi na lekkie uczucie ciężaru w głowie, upośledzenie powonienia i t. p. Nigdy więc nie należy, opierając się na ujemnych wywiadach, bez uprzedniego badania ryнологicznego wyłączać sprawy wychodzącej z jednej z jam nosowych.

Łatwe stosunkowo ma lekarz zadanie, gdy wrazie skarg na jednostronne niedowidzenie znajduje zmiany w polu widzenia jednego oka, gdyż sama jednostronność zmian każe mu szukać przyczyny w najbliższym otoczeniu nerwu wzrokowego. Sprawa natomiast jest już znacznie trudniejsza do rozpoznania, gdy przy zupełnie normalnym wyglądzie dna stwierdzamy w obu oczach symetryczne ubytki w polu widzenia, których obecność kieruje zazwyczaj myśl lekarza do umiejscowienia sprawy w samym skrzyżowaniu nerwów wzrokowych albo wyżej jeszcze. Badania anatomiczne Onodiego po raz pierwszy wykazały bliski związek przyczynowy między schorzeniem zatok nosowych a nerwem wzrokowym nie tylko tej samej strony, ale i przeciwnej, co jest rzeczą pierwszorzędnej wagi. Zwrócił też Onodi uwagę na wielką zmienność stosunków anatomicznych tej okolicy. A więc na ubytki w kanale kostnym nerwu wzrokowego, które sprawiają, że niekiedy nerw wzrokowy swobodnie przebiega przez jedną z zatok; na bliski związek najtylniejszej komórki sitowej z kanałem kostnym strony przeciwnej; na cienkość blaszki kostnej, która oddziela nerw wzrokowy od zatok tylnych. Zrozumiała więc jest rzeczą, że przy tego rodzaju stosunkach topograficznych nie tylko już sprawy ropne, ale wszelkiego rodzaju przewlekłe zapalenia błony śluzowej, wysiękającej komórki sitowe i zatokę klinową, a nawet polipowatość tej błony śluzowej z tak częstem w tych przypadkach przekrwieniem, łatwo mogą przejść na nerw wzrokowy tej samej albo przeciwnej strony.

Do roku 1914-go Onodi znalazł w piśmiennictwie wszystkiego 16 przypadków obustronnych schorzeń nerwu wzrokowego ze zmianami w polu

widzenia, wywołanych jednostronną sprawą zapalną w jednej z zatok nosowych. Ze zmian w polu widzenia stwierdził przeważnie obustronne powiększenie plamy Mariottea (van der Hoeve, Markbreiter), obustronne centralne skotomaty i trzy przypadki skroniowego niedowidzenia połowiczego. Tak więc jedynym niekiedy, a w każdym razie najważniejszym, momentem rozpoznawczym w tego rodzaju sprawach są zmiany w polu widzenia. Już teraz należy zwrócić uwagę na to, że ze względu na pierwszorzędne znaczenie rozpoznawcze powiększenia plamy Mariottea i centralnych skotomatów, podejrzewając łączność pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego ze sprawą zatokową, nie należy się ograniczać do badania pola widzenia zwykłym perymetrem, nawet zaopatrzonym w tarczę Uhthoffa, lecz bezwzględnie należy posilkować się kampimetrem Bjerruma, a co jest jeszcze lepsze, w jego odmianie Igersheimerskiej.

Poniżej opisany przypadek ciekawy i pouczający (w całej dostępnej mi literaturze spotkałem tylko jeden tego rodzaju przypadek, opisany przez Pauncza), jest doskonałą ilustracją, do jak mylnych wniosków dochodzi niekiedy okulista, nawet przy współdziałaniu neurologa, jeśli przy stwierdzeniu obustronnych, symetrycznych zmian w polu widzenia nie bierze pod uwagę, iż zmiany te mogą być pochodzenia nosowego:

W kwietniu 1924 roku zgłosiła się do naszego zakładu 16-letnia dziewczyna ze skargami na gorsze widzenie, które przed paru miesiącami miało być zupełnie dobre. Przy badaniu nie stwierdziliśmy na dzień żadnych zmian. Skiaskopowo — nadwzroczność 2 dioptryj. Oko prawe — liczy palce na 3—4 metry; oko lewe $v = 0.1$. Szkła ostrości wzroku prawie nie poprawiają. Pole widzenia obu oczu wybitnie okężnie zwężone, prawie symetrycznie. Granica dla koloru białego wszędzie poniżej 10° . Granice dla barw odpowiednio zwężone. Widzenie barw od strony skroniowej nieco mniej wyraźne. Rentgenogram wykazał pogłębienie dna oraz powiększenie wymiarów siódła tureckiego. Bardzo doświadczony neurolog, do którego skierowaliśmy chorą, biorąc pod uwagę pewne objawy kliniczne, jak skąpe perjody, słabe uwłosienie na *mons Veneris*, brak uwłosienia pod pachami, zlekka zaznaczone niedowidzenie połowicze na barwy oraz zdjęcie rentgenowskie, powziął podejrzenie, iż mamy do czynienia z guzem przysadki mózgowej o łagodnym przebiegu, i zalecił chorej naświetlanie promieniami Rentgena okolicy przysadki. Po dwóch serjach naświetlań stan pacjentki pogorszył się: pole widzenia jeszcze bardziej zwężyło się; ostrość widzenia oka prawego — 1. p. na 20 cm.; oka lewego — 1. p. na 2 metry. Odtąd straciliśmy na dłuższy czas kontakt z pacjentką. W listopadzie 1926 r. zwróciła się do nas znowu. Podaje, iż po naświetlaniach Rentgenem, które jej żadnej ulgi nie przyniosły, ze względu na jakieś dolegliwości ze strony nosa zwróciła się do rynologa, dra Srebrnego, w Warszawie, który wykonał jej w nosie jakiś większy zabieg, poczem poczuła się znacznie lepiej i obecnie widzi zupełnie dobrze. Przy badaniu stwierdziliśmy w oku prawem ze szkłem $+2D V = 0.4 - 0.5$; w oku lewym $+1.5D V = 0.5$. Dno zupełnie prawidłowe. Pole widzenia oka prawego od góry i skroni sięgające 40° , od wewnątrz i dołu prawidłowe; pole widzenia lewego oka — równomiernie sięga 40° . Plama Mariottea nie powiększona. Pole widzenia dla barw ścięśnione odpowiednio, zwraca tylko uwagę pole widzenia dla barwy niebieskiej, które okazało się najbardziej ścięśnione, nigdzie bowiem nie przekracza 10° . Pacjentka czuje się doskonale. Dr. Srebrny, do którego

zwróciliśmy się, odpowiedział, iż w lutym 1926 r. przybyła do niego pacjentka ze skargami na trwające od dwóch tygodni zatkanie nosa, co jej utrudnia mowę. Przy badaniu stwierdził: *deviatio septi nasi* ku stronie prawej, *empyema antri Highmori sinistri hypertrophia polypoides conchae med. sin.*, jako następstwo ropienia w komórkach sitowych lewej strony. Dokonana została radykalna operacja w jamie Highmora lewej oraz wyskrobano komórki sitowe z lewej strony, po których to zabiegach pacjentka wypisała się, jako zdrowa.

W przypadku, wyżej opisanym, obustronne prawie koncentryczne zwężenie pola widzenia jest jedynym objawem, zwracającym naszą uwagę. W innych przypadkach tego rodzaju ze zmian w polu widzenia na pierwszy plan wysuwa się powiększenie plamy Mariottea albo skotomat centralny (przeważnie jednostronne, bardzo rzadko obustronne). Jakie więc zmiany anatomo-patologiczne mogą dawać tego rodzaju zmiany w polu widzenia? Dlaczego w pewnych przypadkach dominują zmiany na obwodzie, w innych powiększenie plamy Mariottea, a jeszcze w innych skotomat centralny? Jak już wyżej wspominałem, na przeszkodzie ku wyjaśnieniu tych kwestyj stoi dotkliwy brak zbędnych anatomo-patologicznie przypadków, i dla wytłumaczenia tych zmian istnieje szereg, mniej lub więcej, dobrze pomyślnych teorii. Van der Hoeve pierwszy zwrócił uwagę, iż powiększenie plamy Mariottea jest bardzo częstym, a co ważniejsze, bardzo wczesnym i jedynym objawem schorzenia nerwu wzrokowego pochodzenia nosowego. Spostrzeżenie to było następnie potwierdzone przez licznych badaczy. Czy objaw ten stwierdzamy tylko w schorzeniu zatok tylnych, czy też i przednich, jest kwestją sporną. Stwierdzenie tego objawu jest sprawą bardzo ważną, słusznie więc Markbreit zwraca uwagę, iż w celu uniknięcia objawów znużenia należy rozpocząć badanie pola widzenia od badania plamy Mariottea. Tenże autor dalej twierdzi, że mówić o powiększeniu plamy Mariottea możemy tylko wtedy, gdy skotomat dla barw jest większy, niż w warunkach fizjologicznych, i gdy wielkość jego zmienia się w przebiegu choroby. De Klein, mówiąc o tym objawie, przypomina, iż cały szereg innych stanów, jak włókna rdzenne, duża krótkowzroczność, zwyrodnienie barwnikowe siatkówki, a nawet znużenie, mogą dać powiększenie plamy Mariottea.

Co do drugiego wczesnego objawu sprawy zatokowej — skotomatu centralnego, który został opisany przez Birch-Hirschfelda, zanim Van der Hoeve zwrócił uwagę na powiększenie plamy Mariottea, to dziś jest jeszcze kwestją sporną, który z tych objawów wcześniej występuje. Należy przypuścić, iż w pewnych warunkach (o których mowa będzie poniżej) najpierw występuje skotomat centralny, a w innych znowu powiększenie plamy Mariottea. W razie postępowania sprawy zapalnej powiększona plama Mariottea zlewa się ze skotomatem centralnym.

Do dziś nie mamy zadowalającego wytłumaczenia powiększenia plamy Mariottea, ale w każdym razie tego tłumaczenia, które daje Van der Hoeve, nie możemy uważać za słuszne. I jeśli słuszne jest jego zdanie, iż szkodliwe działanie sprawy zapalnej, przechodzącej z zatok na pień

nerwu wzrokowego, najpierw powinno wpłynąć na obwód nerwu, to najzupełniej dowolne jest jego przypuszczenie, że włókna z obwodu pnia nerwu wzrokowego zaopatrują część siatkówki, otaczającą tarczę nerwu wzrokowego (peri-papilläre Bündel). Zresztą, doświadczenie Seidla wykazuje to bardzo wyraźnie. Seidel dla rozstrzygnięcia kwestji, w jaki sposób włókna nerwu wzrokowego zaopatrują siatkówkę, zastrzyknął dookoła pnia nerwu wzrokowego większą ilość nowokainy. Badając bezpośrednio potem pole widzenia, spostrzegł, jak stopniowo zaczęło powstawać obwodowe zwężenie pola widzenia bez żadnego związku z plamą Mariottea albo jakimkolwiek skotomatem.

Łatwiej jest wytłumaczyć powstawanie centralnego skotomatu. Birch-Hirschfeld zbadał anatomo-patologicznie przypadek, w którym rak, wychodzący z komórek sitowych i uciskający nerw wzrokowy, powodował centralny skotomat. Stwierdził on przytem zwyrodnienie wiązki papillomakularnej na ograniczonym miejscu przy wyjściu *venae centralis retinae* z nerwu wzrokowego. Tłumaczy on, iż uszkodzenie wiązki papillomakularnej (nie bacząc na to, że na pewnej odległości od gałki przebiega ona ściśle na osi nerwu) uzależnione jest od dwóch czynników: albo od wczesnego ucisku na *vena centralis retinae*, która zaopatruje pęczek papillomakularny, albo wreszcie od toksycznego działania produktów zapalnych, czy też rozpadu nowotworu na pęczek papillomakularny, który ze względu na swą funkcję fizjologiczną bardzo czule reaguje na wszelkie niepomysłne warunki. Birch-Hirschfeld wyraża przytem przypuszczenie, iż sprawa zapalna, przechodząca z zatoki na pień nerwu, może działać w taki sam sposób na pęczek papillomakularny i powodować skotomat centralny.

Co zaś do powstawania obwodowego zwężenia pola widzenia, to, jak Wilbrand i Saenger uważają, nie ulega wątpliwości, iż schorzenia, przechodzące z otoczek nerwu wzrokowego na pień nerwu, w początkowych stadiach mogą powodować koncentryczne zwężenie pola widzenia przy niezłe zachowanej centralnej ostrości wzroku. Dla tych spraw wyżej wymienieni autorowie stworzyli pojęcie *neuritis interstitialis peripherica*. Wobec tak częstego bezpośredniego sąsiedztwa schorzałych tylnych komórek kości sitowej z kanałem kostnym, wobec papierowej cienkości kości i bliskiej łączności naczyń żylnych i limfatycznych łatwo staje się zrozumiałem, że sprawa zapalna, przechodząca z najbardziej ku tyłowi położonych komórek sitowych w wąskim kanale kostnym łatwo przechodzi z opony twardej nerwu na jego obwodowe wiązki, co z kolei powoduje obwodowe zwężenie pola widzenia. Należy przypuścić, że takie same *neuritis interstitialis peripherica*, ale obustronne, miało miejsce w wyżej opisanym naszym przypadku.

Na zakończenie chciałbym jeszcze raz podkreślić, iż też przy obustronnych (nawet symetrycznych) ubytkach w polu widzenia nie powinniśmy zapominać o możliwości wyjścia sprawy z jednej z zatok nosowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

O nieżytach pospolitych jelita grubego.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa).

(Dokończenie).

Do takich „granicznych“ cierpień należą t. zw. biegunki typu fermentacyjnego, typu gnilnego, typu esico-odbytniczego.

Zaparcie nawykowe, aczkolwiek nie może być uważane za bezpośrednio związane z nieżytem, to jednak, skutkiem osłabienia odporności jelita, zastojów kału, zmian wtórnych dookoła miejsc, uciśniętych przez masy kałowe, które w tych razach są bardzo zbite i twarde, wikła się często nieżytem jelit, tembardziej, że środki czyszczące, do których chorzy się zwykle uciekają i których z czasem nadużywają, stale drażnią i tak już przewrażliwione jelita.

Nieżyt właściwy jelita grubego rozpoznaje się na zasadzie cech zapalnych takich, jak śluz, krew i ropa, które widoczne są w stolcu. Zaparcie, biegunki, stałe lub występujące na zmianę opanowują obraz kliniczny.

Zależnie od charakteru domieszek patologicznych, stolce nieżytowe bywają: śluzowe, krwawe i ropne.

Stolce śluzowe mają wygląd galaretowaty, o ile śluz zmieszany jest z kałem; śluz widoczny jest przytem w postaci kłaczek lub ziarenek błyszczących. Jeżeli stolec jest sformowany, to śluz otacza poszczególne kawałki kału lub też wychodzi po wydaleniu mas kałowych.

Naogół stolce takie zdarzają się 2 — 3 — 4 razy dziennie, najczęściej w związku z przyjmowaniem pokarmów (objaw t. zw. biegunki pojeźdzeniowej).

Przebieg nieżyty śluzowego jest naogół łagodny, lecz zato bardzo przewlekły i o wybitnej skłonności do nawrotów.

Stolce krwawe mogą się przedstawiać jako czyste krwawienia jelitowe, dość obfite, szybko przemijające, przyczem żadnych zmian anatomiczno-patologicznych poza nieżytem znaleźć nie można.

W innych przypadkach krwawienia są mniej obfite, zato bardziej częste, zjawiają się wraz ze stolcem lub niezależnie od niego.

Krwawienia takie mogą wystąpić na tle błędów dietetycznych lub też bez widocznej przyczyny.

Stolce ropne zawierają ropę w ilości znacznej, zmieszanej z masami kałowymi, bądź też w ilości obfitszej, widocznej już gołym okiem. W innych znowu przypadkach ropa może się wydzielać z płynem surowiczym, pływając w nim w postaci kłaczek zielonkawych. Wreszcie ropa

może się wydzielać sama, poza aktem defekacji w postaci plam zielonkawych, sztywnych, widocznych na bieliźnie chorego.

Objawy kliniczne są niewyraźne, badanie *per rectum* nadzwyczaj bolesne.

Rektoskopowo (o ile uda się zrobić rektoskopję, która jest bardzo bolesna) obraz śluzówki jest znamieny, wykazując naocznie zmiany śluzówki w postaci rozlanego zaczerwienienia, drobnoziarnistej powierzchni, kłaczek śluzu, przylepionych do śluzówki, w postaci owrzodzeń większych lub mniejszych, czasem o brzegach podminowanych, obwałowanych. W przypadkach starszych widać też czasem blizny lub zwężenia.

Jak widzimy więc, rektoskopia jest w tych przypadkach metodą badania bardzo cenną, o ile tylko, oczywiście, zmiany chorobowe jelita grubego rozciągają się także na te części jelita, które są dostępne dla tego badania, t. j. na odbytnicę i esicę.

Rentgenologicznie mamy również obraz dość pouczający, aczkolwiek niezupełnie charakterystyczny dla spraw banalnych.

T. zw. obraz Stierlinowskich ubytków cieniowych wskazuje tylko na pewien proces zapalny o dość znacznym natężeniu, w obrębie jelita, co powoduje, że miejsce to, jako bardzo wrażliwe, wywołuje natychmiast przy zetknięciu się z jakąkolwiek treścią, a więc i barytową, skurcz, który wydała treść z obrębu schorzałego miejsca do mniej dotkniętych odcinków.

Lub też, o ile sprawa jest słabszego natężenia, a zato bardziej rozległa, rentgenologiczny obraz przedstawia się w postaci wąskiego, kielbasowatego skurczonego pasma jelitowego, na którym nie widać wcale zwykłych haustracji ani wogóle skurczów normalnego jelita.

Wreszcie obecność śluzu i t. p. produktów patologicznych po zmieszaniu się z papką barytową daje obraz plamisty, przypominający swoją pstrokacizną na ekranie obraz kielbasy na przekroju.

Co się tyczy przebiegu nieżytów przewlekłych, to jest on bardzo długi; łżejszy w przypadkach nieżytów śluzowych, cięższy w przypadkach krwawych lub wrzodziejących.

Postaci, przebiegające z zaparciem, są dla chorego mniej uciążliwe od postaci z biegunką.

Pamiętać jednak należy, że nawet po t. zw. klinicznym wyleczeniu nawroty są tak częste, że o wyleczeniu zupełnem, przynajmniej w przypadkach ciężkich, trudno doprawdy mówić.

To też w przypadkach ciężkiego nieżyty jelit grubych należy z rokowaniem być bardzo powściągliwym, licząc się zawsze z możliwością powikłania, które może dać zejście niepomysłne lub też z wzrastającym wciąż wycieńczeniem, które doprowadzić może do śmierci chorego.

Co się tyczy leczenia nieżytów jelita, to różnić należy leczenie dietetyczne i farmakologiczne, ogólne i miejscowe.

W ostrych przypadkach nieżytu jelit przyjętem jest dotychczas rozpocząć leczenie od podania środka przeczyszczającego, czy słusznie — jeszcze do dziś dnia nie ustalono — w każdym razie szkody choremu takie postępowanie zdaje się nie przynosi. W późniejszym okresie natomiast podawanie środków czyszczących, wedł. Schmidta, jest conajmniej niecelowe.

Podawanie opiatów oceniane bywa rozmaicie. Małe dawki, bądź co bądź, nie są szkodliwe, większych ilości natomiast należy raczej unikać.

Środkiem niezbędnym w leczeniu nieżytów jelita jest atropina, względnie belladonna, które działają wybitnie przeciwmuskurowo.

Działanie podobne nieco do powyższego mają wyciągi z rośliny uzara, skądinąd bardzo zachwalane, szczególnie we Francji, ostatnio także w Niemczech.

Dawka: 3—5 razy dziennie po 30 kropel 5% wyciągu lub w czopkach po 0,03 na czopek).

Bardziej natomiast ściągająco działają wyciągi, również popularne we Francji, z Salikairy, Kho-Sam¹⁾ i t. p.

Co do działania węgla, zdania są podzielone. Podczas ostatniej wojny otrzymywano wcale dobre wyniki, stosując węgiel zwierzęcy lub specjalne gatunki węgla roślinnego w dużych ilościach po kilkudziesiąt gramów dziennie. Jak wiadomo, węgiel jest środkiem wybitnie adsorbcyjnym, to też temu działaniu chciano przypisać jego własności lecznicze w stanach zapalnych śluzówki jelit. Atoli niektórzy autorowie twierdzą, że to działanie adsorbcyjne węgla istotnie ma miejsce w razie, kiedy węgiel jest w stanie suchym, zaś w stanie wilgotnym, jak to ma miejsce w podawaniu doustnem, działanie adsorbcyjne jest conajmniej wątpliwe. Mimo to widuje się często przy stosowaniu węgla zatrzymanie biegunk i znaczną poprawę stanu ogólnego chorych. Węgiel można podawać także w połączeniu z kwasem solnym w 1/4% rozczyźnie, lub jako gotowy preparat Carbacid (Porges). Stosuje się także rozmaite preparaty węgla, które jakoby mają działać lepiej, jako to: Toksodesmin, węgiel koloidalny (Carcolid i t. p.), połączenia węgla z atropiną, z betanaftolem i t. p. Działanie lecznicze preparatów węgla chciano nawet przypisać rozmaitym zanieczyszczeniom (Liesegang).

Co do działania t. zw. *bolus alba*, to w ostrych przypadkach można ją stosować, należy jednak pamiętać, że przy dłuższem podawaniu mogą się wytworzyć kamienie jelitowe.

¹⁾ Salikaira ma zastosowanie w postaci wyciągów płynnych. Podaje się kilka razy dziennie po 10—20—30 kropel wyciągu. Podobnie stosuje się wyciągi płynne z Simaruby. Kho-Sam jest to ziarno rośliny *Brucea Suma*, używane na Wschodzie jako środek przeciwbiegunkowy. Używa się w lecnictwie obrane z łupin ziarna po uprzednim wyciśnięciu z nich soku tłustego, który drażni jelita. Dawkowanie jest następujące: rozpoczyna się od 3 ziaren *pro dosi*, 3 razy dziennie, dochodzi się do 3 x 6 ziaren, potem cofa się do 3 x 3 ziarna. Wyciągi płynne w kroplach — oraz zagęszczone w postaci tabletek po 0,02 w liczbie od 4 do 8 dziennie w sposób wyżej podany.

Z innych leków należy wymienić grupę preparatów garbnikowych.

Podobnie w zasadzie, bo ściągająco działają związki glinowe, szczególnie rozpowszechniony we Francji salicylan glinowy (alunozal).

Starym środkiem, nieraz b. skutecznym jest węgiel wapnia, jak również chlorek wapnia w roztynie 10%.

Dalej należy wymienić jeszcze połączenia bizmutu oraz ostatnio proponowane preparaty nierozpuszczalne baru, zaś ze środków dezynfekcyjnych salol i benzonaftol.

Płukania w nieżytach ostrych nie są naogół zalecane, ze względu na to, że mogłyby tylko zwiększyć podrażnienie śluzówki. Ewentualnie miałyby one znaczenie jako środek, opróżniający jelito zasa-
dą bowiem jest nie pozwalać na tworzenie się zastojów kału w schorzałym jelicie.

Z metod fizykalnych ważne jest stosowanie ciepła, które działa przeciwmuskurowo, przeciwbólowo oraz zwiększa ukrwienie.

Najprostszym sposobem jest stosowanie okładów rozgrzewających ze spirytusem, względnie termofor zwykły czy elektryczny. Djatermja w przypadkach ostrych ma mniejsze zastosowanie.

Co się tyczy diety, to zasadniczo jest ona podobna do tej, jaką stosuje się w nieżytach przewlekłych, mianowicie, w pierwszym okresie ich leczenia.

Powszechnie stosuje się w ciągu pierwszych 2 dni tylko herbatę, ewentualnie z dodatkiem soku jagodowego lub wina czerwonego. Taka głodowa dieta przyczynia się znakomicie do przyspieszenia wyleczenia, zmniejszenia bólów i t. p. objawów.

Zasadniczą cechą diety w nieżytach jelita grubego jest wchłanianie możliwie duża pokarmów w górnych odcinkach przewodu pokarmowego, oraz brak t. zw. odpadków niestrawnych. Dalej nie powinna ona zawierać substancji, wywołujących silne wydzielanie soku jelitowego. Wszystkie pokarmy muszą więc być dobrze rozdrobnione i odpowiednio przygotowane.

A więc djeta chorych jelitowych opierać się będzie przede wszystkim na potrawach mącznych, ryżu, kaszce, zupach mącznych, kleikach i rozgotowanych, roztartych kartoflach. Cukier jest zazwyczaj dobrze znoszony. Z produktów zwierzęcego pochodzenia nadają się delikatne gatunki mięsa i ryby, potrawy z jaj, mleka, łagodne sery i masło. Z napojów lekka herbata, przegotowana woda z dodatkiem rumu lub czerwonego wina, w późniejszych okresach kakao szczególnie żółdziowe, mleko lub kefir.

Rozpoczyna się leczenie, zarówno w świeżych, jak i w przewlekłych przypadkach nieżytu jelit, od 1—2 dniowego postu (nie licząc herbaty z winem czerwonym), poczem stopniowo przechodzi się do kleików, mącznych zup, ryżu, kaszki, sucharków, starego pieczywa, potem stopniowo dodaje się roztarte jarzyny, mleko, rybę, mięso i t. d.

Czysto płynna djeta nie jest bardzo celowa, gdyż raczej wzmacnia biegunkę, w cięższych przypadkach po 2—3 tygodniach można już przejść do dobrze rozgotowanych przetartych owoców i jarzyn, rozpoczynając od małych ilości i w miarę tolerancji zwiększając porcje.

Aby uniknąć przeciążenia schorzonego jelita, a mimo to wprowadzić potrzebną ilość pokarmu, proponowano podawać takim chorym częste a małe posiłki. Dieta taka została np. zaproponowana przez Salomona jako cogodzinna (Stundendiät).

W ostatnich latach, pod wpływem nauki o witaminach, dokonał się zwrot w dietetyce nieżytych jelita grubego.

O ile dawniej jarzyny były conajmniej niemile widziane w jadłospisie takiego chorego, jeżeli niezupełnie zakazane, to obecnie, ze względu na obfite źródło witamin, jakim są jarzyny, podawanie jarzyn w postaci, oczywiście odpowiednio przygotowanej, i z wyłączeniem gatunków bardzo obfitych w błonnik, należy nawet do niezbędnych warunków racjonalnego leczenia. U nas w Polsce zwrócił uwagę Grundzach na znaczenie witamin dla leczenia nieżytych jelita grubego.

Specjalną dietę należy stosować w przypadkach nieżyty przewlekłego z zaparciem. Nie mogąc podawać zwykłych „grubych” pokarmów, które pobudzają perystaltykę, opiera się dietę na miodzie, marmeladach i kompotach owocowych, przetartych jarzynach i przetartym mięsie w niewielkiej ilości. Dalej podaje się takim chorym kefir (jednodniowy), zsiadłe mleko, jogurt i zupy owocowe oraz lemoniady.

Zasadą jest dbanie o regularne wypróżnienia, co się daje osiągnąć w powyższy sposób.

Jako środki pomocnicze na planie dalszym stoją inne metody. Najlepiej można osiągnąć regularne wypróżnienia bez drażnienia jelita za pomocą ławatyw. Ilość płynu, wprowadzanego do kiszek, nie powinna przekraczać 1 litra przy ciśnieniu około 1 metra.

Najlepszym środkiem do przemywania jest fizjologiczny roztwór soli kuchennej, do którego niekiedy dodaje się środki ściągające lub osłaniające, jak bizmut, krzemionkę (*bolus alba*), połączenia glinowe (*escalin*, polecany przez Kühna) i t. p.

Czy te dodatki mają jakieś działanie, nie jest pewnem.

Inni znowu wolą płukanie jelit drogą doustną (Brauer, Lippman). Podaje się około $\frac{1}{2}$ litra letniego roztworu karlsbadzkiej soli 3 — 5‰ lub 1 — 2‰ siarczanu magnezu. Postępowanie to daje niekiedy dobre wyniki, czasem znowu raczej drażni jelita.

Z innych środków, stosowanych u tych chorych w celu opróżnienia jelit, należy wymienić atropinę oraz papawerynę, które znoszą skurcze jelitowe, będące główną przeszkodą w wydalaniu treści jelita.

Co do środków, wywołujących zaparcie, to nie są one właściwie na miejscu w przewlekłych nieżytach kiszek. Podawanie małych dawek przetworów makowca, ewentualnie w połączeniu z atropiną, jest niekiedy wskazane, gdyż u niektórych osobników opium działa łagodząco na skurcz jelita i raczej ułatwia oddawanie stolca.

Podobnie do opiatów działa adrenalina. Podaje się adrenalinę w mikrokлизмach w roztworze 1‰.

Preparaty tanninowe i bizmutowe wprowadzają zmniejszają wydzielanie śluzu i ropy oraz uczucie parcia, lecz, stosowane *à la longue*, nie zawsze dają wyniki pomyślne. To samo mniej więcej

można powiedzieć o preparatach aluminowych (*alunosal*, *escalin* i t. p.). *Bolus alba*, jak już wspomnieliśmy, jest nawet przeciwwskazany ze względu na niebezpieczeństwo powstania kamieni lub przedziurawienia.

O działaniu węgla wspominaliśmy już wyżej.

Proponowano także podawanie jodu z węglem.

Ostatnio chciano wprowadzić także leczenie solami miedzi samej lub w połączeniu z węglem. Wyniki nie są jednolite.

To samo da się narazie powiedzieć o stosowaniu siarczanu baru.

Szkoła francuska chwali bardzo działanie szeregu wyciągów roślinnych. Jedne z nich, jak uzara, działają przeciwkurczowo, inne, jak *kho-sam*, *salikaira*, *simaruba*, mają raczej podobne działanie do związków garbnikowych. Z drugiej strony mają tu działać jeszcze bliżej niezbadane swoiste glukozydy.

Co do leczenia miejscowego, to najbardziej jest ono wskazane w przypadkach ciężkich, umiejscowionych głównie lub wyłącznie w odcinkach dolnych jelita grubego. Już te zwykłe, wyżej wspomniane przepłukiwania dają pewne wyniki w cięższych przypadkach. Silniej działają roztwory azotanu srebra $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ ‰, Kollargol, błękit metylenu. Schmidt zaleca np. 2 gr. dermatolu lub 0,2 jodoformu na 50 cm.³ *mucilago gummi arabici* i 200,0 wody. Bensaudé np. poleca chlorek magnezu 1‰ roztwór.

W przypadkach krwawień poleca Moszkowski silniejsze stężenia np. 80,0 jodoformu, 100,0 gumy arabskiej, oraz 180,0 wody, z tej emulsji po 40 cm.³ na mikrokлизмę. Pozatem stosuje się w tych razach żelatynę z dodatkiem środków, tamujących krwawienie, jak koagulen, kladen, adrenalina i t. p.

Inni znów stosują przysypywania miejscowe, rozpylaczem poprzez wprowadzony rektoskop środków takich, jak połączenie bizmutu, glinu i t. p.

Trzeba jednak zachować ostrożność przy tem leczeniu, jako że samo wprowadzenie rektoskopu w nieżytych wrzodziejących, częściej powtarzane, nie jest rzeczą zupełnie obojętną (przedziurawienie!).

Co do leczenia bakteryjnego swoistego i nieswoistego, to z jednej strony próbowano stosować surowice i szczepionki z *bact.coli*, względnie innych pasorzytów bakteryjnych jelita, z powodzeniem zmiennem.

Z drugiej strony starano się wpłynąć na zmianę flory przez zmianę warunków bytowania (zmiana odczynu treści jelitowej), przez zaszczepienie drobnoustrojów nieszkodliwych, przeciwstawiających się rozwojowi szczepów chorobotwórczych.

Tutaj należy wymienić leczenie przetworami, zawierającymi laseczniki kw. mlecznego, głównie jogurt, oraz preparaty pokrewne, z drugiej strony t. zw. *mutaflor* (Nisslego). Wyniki jeszcze nie są pewne, aczkolwiek w wielu przypadkach okazały się niezłe.

Z nowszych metod należy wymienić także rozmaite postacie proteinoterapii, z których najbardziej przyjęły się podawanie *yatrenu* doustne czy pozajelitowe oraz *peptonu* (głównie w postaci wstrzykiwań śródżylnych).

Pepton Wittego został wprowadzony do leczenia przez Luriego, u nas zaś przez Justmana i Wejsa, którzy uważają wyniki za dobre.

Z metod fizykalnych należy wymienić leczenie termiczne bądź w postaci okładów gorących, termoforów, bądź w postaci djatermji na okolicę brzucha, które najwięcej są bolesne. Niektórzy nawet wprowadzają jedną elektrodę do odbytnicy — ma to szczególnie dobrze działać w stanach nieżytych odcinka końcowego jelita.

Ze środków, działających na ustrój cały, należy wymienić z jednej strony środki nasercowe, które muszą być stosowane w przypadkach ciężkich (kofeina, kamfora, i t. p.), z drugiej strony rozmaite środki wzmacniające, jak preparaty wapniowe, żelazo, arsen i inne.

W ostateczności trzeba się uciec do leczenia chirurgicznego — oczywiście po wyczerpaniu wszystkich sposobów leczenia zachowawczego. Leczenie chirurgiczne ma na celu wyłączenie schorzonego odcinka z obrotu wydalniczego jelita, pozwala także na przepłukiwanie z góry na dół.

Z pośród stosowanych zabiegów należy wymienić:

1) appendikostomię, zabieg mniejszy, który umożliwia przemywanie, lecz nie włącza jelita samego. Frzetoka powstała przytem zamyka się łatwo, nawet samorzutnie.

2) Odbyt sztuczny, założony w okolicy *ileum terminale*, *coecum* lub *colon ascendens*. Zabieg ten po pewnym czasie wymaga drugiej operacji — celem zamknięcia sztucznego odbytu.

3) Enteroanastomozę: czy to ileo-sigmostomię, która ze względów anatomicznych daje wyniki nieznaczne, czy też korzystniejszą od niej tyflosigmoidostomię. Operacje te mają na celu wyłączenie krążenia treści jelitowej poprzez schorzone odcinek jelita grubego,

Naogół wyniki leczenia chirurgicznego nie należą do nadzwyczajnych, to też stosuje się je wyłącznie jako *ultimum refugium*.

Pozostaje nam jeszcze wspomnieć o balneoterapii w nieżytach jelita grubego.

W nieżytach przewlekłych rozróżniać musimy 2 postaci: z przewagą biegunek i z przewagą zaparcia. W pierwszych na miejscu będą gorące źródła mineralne. Jako przykład może służyć źródło karlsbadzkie Sprudel, które podawane kilka razy dziennie w niewielkich ilościach (po 100 cm.³) daje dobre wyniki. Woda karlsbadzka stosuje się także do przepłukiwań odbytnicy z powodzeniem.

Dobrze działają także wody, zawierające wapń, jak Wildungen lub źródło Rudolfa w Marienbadzie, u nas źródło Zuber a w Krynicy.

W przypadkach, przebiegających z zaparciem osiąga się niezłe wyniki ostrożnem podawaniem źródeł solnych jak Marienbadzkie, Morszyńskie i tp.

Po za właściwem leczeniem niezmiernie ważną rzeczą jest uregulowanie trybu życia chorych.

Wobec łatwości nawrotów trzeba uświadomić chorego w kierunku grożącego mu niebezpieczeństwa ze strony nadużyć djetetycznych.

Unikanie wszelkich ostrych lub niestrawnych rzeczy w jedzeniu oraz bezwzględne umiarkowanie w jedzeniu jedynie mogą uchronić pacjenta od czyhającego nań nawrotu.

PIŚMIENNICTWO.

(przyczone są tylko dzieła większe).

1. Bassler: Diseases of the intestine. 2. Brugsch: Lehrbuch der Diätetik. 3. Brugsch und Schittenhelm: Lehrb. der klinischen Untersuchungsmethoden. 4. Casnot etc.: Les colites. 5. Lyon: Therapeutique Clinique. 6. Nourean traité de médecine, Roger, Vidal Teissier, etc. Tome XIV. 7. Nouveau traité de pathologie médicale Sergent, Ribaseau Dumas. Tome XI. 8. Schlesinger: Röntgendiagnostik des Magens u. Darms. 9. Spezielle Pathologie u. Therapie von Kraus-Brugsch. Band VI. 10. Strauss: Erkrankungen des Sigmoidums und Rectums. 11. Mohr-Staehelin. Handbuch der Inneren Medizin. Band III. 2 Hälfte.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

E. Coelho i J. OLIVERA. O wpływie ergotaminy na wydzielanie żółdkowe. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. N. 18 1928).

Ergotamina wiąże się, jak wiadomo, wybiórczo z nerwem współczulnym i wywiera nań swoisty wpływ porażający. W ten sposób działa ona do pewnego stopnia jako antagonist adrenaliny. Porażające działanie ergotaminy na układ współczulny wykorzystywano już jako sposób postępowania leczniczego w niektórych stanach sympatykotonicznych.

Badania autorów dotyczą wpływu ergotaminy na wydzielanie żółdkowe. Z pośród 10 badanych osobników wstrzykiwania podskórne ergotaminy spowodowały u 7 powiększenie kwasoty soku żółdkowego, u 3 zaś nieznaczne zmniejszenie wydzielania. U jednego chorego, dotkniętego czynnościowem upośledzeniem wydzielania z zupełnym brakiem kwasu solnego, ergotamina doprowadziła do ukazania się wolnego kwasu solnego. Ilość kwasu zaczyna wzrastać zaraz po wstrzyknięciu, osiąga swój szczyt po 60 minutach, a następnie zmniejsza się stopniowo.

Czy zwiększanie się wydzielania żółdkowego, stwierdzone w większości przypadków, zależy od porażenia nerwu współczulnego i w związku z tem od pośredniej przewagi działania nerwu błędnego, czy też wchodzi tu w rachubę zaburzenia prze-

miany materji wskutek zachwiania równowagi kwasowo zasadowej, czy też jeszcze inne niepoznane dotychczas czynniki, mogą rozstrzygnąć dopiero dalsze badania.

J. Typograf.

D. SIMICI i J. MARCOU. Badania farmakologiczne nad moczo-pędnym działaniem mocznika. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. N. 6 1928).

Uważa się, że mocznik wzmacnia diurezę za pomocą trojkiego wpływu na gospodarkę wodną: tkankowego, naczyniowego i nerkowego. Dla bliższego poznania mechanizmu diurezy mocznikowej autorzy badali działanie naczyniowe i nerkowe mocznika, stosując go drogą doustną, i stwierdzili, że działanie farmakodynamiczne diurezy mocznikowej zależy od jego bezpośredniego wpływu na nabłonek nerkowy.

W osobnej swej pracy autorzy, aby zbliżyć się do warunków zwykłego terapeutycznego stosowania mocznika, podawali go drogą doustną. Badania wykonywano na psach uśpionych. Mocznik w roztworze wodnym wprowadzano po laparotomji wprost do dwunastnicy. Diurezę obliczano, licząc liczbę kropli moczu, wypływającego z przeciętych moczowodów.

Z przyczonej krzywej diurezy wynika, że diureza podnosi się gwałtownie już w 15 sekund po wprowadzeniu mocznika do jelit, co dowodzi niezwykle szybkiego wchłaniania się

podanego tą drogą mocznika. Wprowadzenie samej wody wpływa na diurezę jedynie bardzo nieznacznie. Szczyt działania diuretycznego stwierdza się przeciętnie po godzinie: z moczowodu, z którego na początku doświadczenia wypływały 3 krople na minutę, wypływa wówczas 25 kropel. Następnie diureza zmniejsza się stopniowo, wachając się około 14 kropel; w końcu doświadczenia w $2\frac{1}{2}$ godzin, po podaniu mocznika wynosi ona jeszcze 11 kropel na minutę.

Z onkometrycznej krzywej objętości nerek wynika, że początkowo mamy do czynienia z rozszerzeniem naczyń, które następnie zmniejsza się i przechodzi nawet w zwężenie, podczas którego diureza utrzymuje się nadal na wysokim poziomie. Dowodzi to niezależności diurezy mocznikowej od krążenia nerkowego.

Co się tyczy ciśnienia tętniczego, to na początku doświadczenia zmienia się ono bardzo nieznacznie, a po godzinie obniża się wyraźnie. Autorzy uzależniają ten spadek ciśnienia nie od wpływu mocznika na naczynia, lecz od utraty wody przez ustrój.

Z doświadczeń swych autorzy wyciągają wniosek, że mechanizm diurezy po wprowadzeniu mocznika do przewodu pokarmowego zgodnie z poprzednimi wynikami badań nad diurezą po wprowadzeniu mocznika wprost do krążenia krwi, polega na wybiórczym działaniu mocznika na nabłonek nerkowy.

J. T y p o g r a f.

Choroby narządów trawienia.

STRAUSS, BLOCH i FRIEDMAN, **Wrzód żołądkowo-jelitowy.** (Journ. of the Amer. med. association 1928 r.).

Autorzy omawiają kwestję wrzodów trawiennych jelita czczego po operacjach wrzodu żołądka. Z momentów sprzyjających należy wymienić: ucisk klamer operacyjnych, operowanie na gorąco t. j. podczas trwania świeżego procesu zapalnego, w przebiegu wrzodu żołądka.

Zapalenie takie przechodzi w stan przewlekły, szerzy się na otoczenie i sprzyja powstawaniu nowych wrzodów. Podobnie przyczynia się do powstawania wrzodu trawiennego wadliwie przeprowadzona operacja, polegająca na zbyt wysokim założeniu zespolenia, co sprzyja zaleganiu treści, z drugiej strony zbyt oszczędzająca rezekcja, która pozostawia część chorej śluzówki stanowiącej ciągły impuls do nowych wrzodów. A żeby temu zapobiec autorzy radzą operować dopiero po uspokojeniu się ostrych objawów wrzodu.

Operacja winna być możliwie doszczętna, najlepiej typu Polya, co daje najlepszą ochronę od wrzodów trawiennych jelita. Wreszcie podają autorzy technikę rezekcji wrzodu trawiennego jelita, powstałego po wykonaniu zespolenia lub rezekcji.

B. Goldstein

W. J. MALLORY, **O niektórych postaciach nieżytu jelita grubego.** (Journ. Amer. Med. Ass. 1928 N. 8).

Zaburzenia czynności jelita grubego występują w przebiegu gruźlicy, kiły, nowotworów, niedokrwistości żołądka, niedokrwistości złośliwej, choroby Basedowa, Addisona, niektórych przewlekłych zatruc i innych rzadszych schorzeń.

Autor omawia tutaj sprawy chorobowe, ściśle związane z miejscowym schorzeniem jelita grubego, rozpoczynającym się podrażnieniem części zstępującej i esowej, zazwyczaj występującym dopiero po 30-ym roku życia, przebiegającym wybitnie przewlekłe, z nawrotami i obostrzeniami rozmaitego stopnia.

Cechuje się ta postać zaparciem typu skurczowego, wywołującym naprzemian z gwałtowną biegunką, napadami kurczów oraz obfitem wydzielaniem śluzu w kale. W dłuższej trwających i cięższych przypadkach w kale można znaleźć także ropę i krew. Przyczyny swoistej dotychczas nie dało się ustalić,

Skurczowy stan kiszki grubych (*vagotonia*) może się wzmocnić dzięki opadnięciu trzew lub z powodu cierpień przewlekłych pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego lub narządów miednicy małej.

Wyraźna jest zależność od czynników nerwowych. Ostatnio stawia się sprawę nieżytu kiszki w związku z nadwrażliwością wobec niektórych pokarmów.

Trzeba pamiętać, że niewszystkie substancje, wywołujące odczyn alergiczny skóry, muszą działać także na kiszki. Przyrównywano także nieżyt okrężnicy do dychawicy (*Strümpell*).

Autor rozróżnia w przebiegu choroby 3 okresy.

Pierwszy okres — zaparcia skurczowego, cechujący się kałem zbitym, suchym, „nadmiernie strawionym”, przypominającym t. zw. „owczy kał”. Rentgenogram daje obraz skurczu części zstępującej i esicy.

Leczenie winno polegać na djece niedrażniącej, środkach kojących, wiatropędnych hidroterapii i wypoczynku.

Drugi okres — nieżytu śluzowego — może dać objawy, przypominające schorzenia chirurgiczne (lekkie objawy otrzewnowe), należy się przeto mieć na baczności. Leczenie w zasadzie takie same, jak w okresie pierwszym choroby.

Trzeci okres — nieżytu wrzodziejącego — objawia się biegunkami, przerywanymi okresami zaparcia. W razie powikłania nieżytem odbytnicy przyłącza się silne bolesne parcie na stolec. Śluz, ropa i krew mogą być obecne w rozmaitych ilościach w kale. Występują także bóle rozlane brzucha, szczególnie umiejscowione w lewym podbrzuszu, najczęściej zrana lub po jedzeniu. Czasami bywa też stan podgorączkowy.

Rektoskopia wykazuje zmiany wrzodziejące.

Leczenie w tym okresie ma za zadanie zapobiegać zaparciu i zakażeniu. Makowiec i środki ściągające, podawane doustnie, są przeciwwskazane.

Należy zastosować próbną dietę Schmidta celem ustalenia rodzaju i nasilenia zmian.

Djeta winna być możliwie niedrażniąca.

Należy unikać ławatyw i środków czyszczących. Leżenie w łóżku oraz gorące okłady na brzuch są natomiast wskazane. Z leków należy przepisać tylko środki kojące oraz wiatropędne. Na noc ławatywki z żelatyny lub parafiny. Także agar-agar jest zalecany, gdyż chroni przed tworzeniem się twardego zbitego kału. Mleczan wapnia — uśmierza skurcze. W niektórych przypadkach działa dobrze joghurt. Szczepionki i surowice (także autoszczepionki) działają niepewnie. Poza tem należy dbać o dobre ogólnohigieniczne warunki. Dobrze wpływają także promienie pozafioletkowe i tran. Jako ostateczny środek pozostaje wreszcie zabieg operacyjny.

B. Goldstein.

BENSAUDE, CAIN, LAYONI, **Przypadek choroby Hirschprunga o objawach przeważnie żołądkowych po zapaleniu mózgu.** (Archives Mal. Ap. digestif. 1928 Nr. 1).

Autorzy zastanawiają się nad przypadkiem choroby Hirschprunga u 16-letniego chłopca, który przebył ostatnio zapalenie mózgu. Pacjent ma objawy głównie żołądkowe: zastój, wymioty i t. p. Na zaparcie nigdy nie narzekał. Poza objawami powyższymi zdradza także dyskretne objawy schorzenia przysadki mózgowej. Rozpoznanie choroby Hirschprunga postawione zostało dzięki badaniu rentgenologicznemu. Objawy zastój żołądkowego spowodowane są uciskiem olbrzymiego wprost jelita grubego.

Co do etiologii, to wprawdzie, chory przebył zapalenie mózgu (w związku z tem schorzeniem został żarłokiem i spożywał olbrzymie ilości pokarmów), autorzy jednak skłaniają się raczej do ujęcia etiologii jako sprawy wrodzonej.

B. Goldstein.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

∞ F. CALLOMON. *Die nichtvenereischen Genitalerkrankungen.* (Wydanie drugie rozszerzone, z 62 rycinami w tekście— Lipsk. 1928, nakł. Georg Thieme. Cena 18 mk. niem., opr. 20 mk. niem.)

Podręcznik, zawierający 204 stronicę druku, wydany w całości na kredowym papierze, zasługuje na szczególniejsze wyróżnienie przede wszystkim z tego powodu, że omawia bardzo szczegółowo praktycznie ważne schorzenia narządów rodnych różnych działów medycyny, nie mające nic wspólnego z chorobami wenerycznymi.

Autor zadał sobie wielki trud zebrania tych schorzeń w jedną całość, a opisując pojedyncze jednostki chorobowe i postaciowe, przeprowadza bardzo dokładnie rozpoznanie, różnicując zawsze z chorobami wenerycznymi.

Treść podręcznika rozpada się na dwa główne działy: w pierwszym opisuje autor rozmaitego rodzaju choroby skórne, które mogą być umiejscowione na częściach płciowych u obu płci (wyprzenie i wyprysk, łuszczyca, liszaj czerwony, pokrzywka, obrzęki, wysypki lekowe, liszaj rumieniowaty, twardzina skóry zmiany ropne, nowotwory łagodne, zmiany barwnikowe, grzybice naskórkowe i owrzodzenia z przyczyn mechanicznych, termicznych, chemicznych, zakaźnych i nowotworowych);—w drugiej części zaś omawia „nieweneryczne” schorzenia cewki moczowej, jej najbliższego sąsiedztwa i przydatków, wkraczając przytem w dział schorzeń urologicznych, chirurgicznych i ginekologicznych (*urethritis non gonorrhoeica* z najrozmaitszych przyczyn i rozmaitego rodzaju schorzenia przydatków, niemające nic wspólnego z chorobami wenerycznymi).

Podręcznik przeznaczony jest dla lekarzy praktyków i to nie tylko wenerologów i dermatologów i ma na celu zwrócenie uwagi na cały szereg schorzeń narządów płciowych u obu płci, niebędących wcale pochodzenia wenerycznego. Tem samem wypełnia podręcznik pewne luki w piśmiennictwie podręcznikowym i pozwala lekarzowi na zorientowanie się w pewnej liczbie rzadszych lub mniej znanych, a jednak bardzo ważnych obrazów chorobowych, na które często nie zwraca się uwagi.

Podczas rozpoznawania chorób wenerycznych należy bowiem właśnie mieć na myśli również inne schorzenia, które, jakkolwiek umiejscowione na częściach płciowych, mogą mieć zupełnie inne przyczyny powstawania.

Całość podręcznika przedstawiona jasno, z uwzględnieniem najnowszego piśmiennictwa i obecnego stanu nauki, to też podręcznik powinien się znaleźć w ręku każdego lekarza praktyka.

Adam Straszewski

KISS. Wpływ czynników pozakonstytucyjnych na wyniki leczenia kiły wrodzonej. (Jahrb. für Kinderh., 70 tom, 1/2 zeszyt).

Autor stara się odpowiedzieć na pytanie, w jakim wieku dziecka, względnie niemowlęcia, należy rozpocząć leczenie prze-

ciwkiłowe, by osiągnąć jaknajpomyślniejszy i najtrwalszy wpływ na Wa. R. w surowicy. Materiał spostrzegany obejmował 133 przypadki z Wa. R. + + + +. Leczenie we wszystkich przypadkach było następujące: w I roku życia conajmniej 3 kuracje skombinowane — bizmut + *neosalvarsan*, w przerwach między kuracjami podawano *Hydrargyr. protojoduret.* albo *Kalium jodat.* względnie wcierki szarej maści. Od II-go roku życia powyższą kurację stosowano co 1/2 roku.

Autor wyciąga z materiału swego następujące wnioski: leczenie kiły wrodzonej u dzieci i niemowląt daje najlepsze wyniki, zarówno pod względem zupełnego wyleczenia, jak i zachowania się Wa. R. w surowicy, o ile leczenie przeciwikiłowe rozpoczęte było przed 3-cim miesiącem życia. Jeśli z jakiegośkolwiek powodu leczenie nie mogło być w tym okresie rozpoczęte, lub też było zaniedbane, należy rozpocząć energiczną kurację możliwie przed ukończeniem I-go roku życia, najpóźniej zaś przed ukończeniem III-go roku życia. Na 25 przypadków zupełnie wyleczonych, 96% przypada na dzieci, u których I-a kuracja rozpoczęta była w wieku 0 — 3 lat, zaś tylko 4% na dzieci, leczone po raz pierwszy po III-cim roku życia.

M. Stopnicka

KISS i SKROPP. Zależność wyników osiągniętych w leczeniu kiły wrodzonej od czynników konstytucyjnych. (Jahrb. für Kinderh., 70 tom, 1/2 zeszyt).

Autorzy usiłują wyjaśnić, czy i jaki związek zachodzi między wynikami leczenia kiły wrodzonej a przynależnością do jednej z grup krwi. Badali krew u 114 dzieci z najróżniejszymi objawami kiły wrodzonej, z Wa. R. w surowicy + + + + i leczonych w sposób analogiczny. Podkreślają szczególnie, by w tego rodzaju badaniach nie określać grup krwi u dowolnie dobranej serii przypadków z Wa. R. +, lub Wa. R. —, ale by dobierać przypadki, bądź jednakowo długo leczone, bądź przypadki opierające się wszelkiemu leczeniu, bądź też przypadki wyleczone pod względem serologicznym. Dotychczasowe badania upoważniają autorów do wyciągnięcia następujących wniosków:

1. Ze spostrzeganych przez nich chorych najwcześniej był Wa. R. ujemny u osobników należących do grupy O najpóźniej u grupy AB.

2. Wa. R. ujemny osiągnięty w czasie leczenia przeciwikiłowego, wykazywał największą tendencję do przejścia z powrotem w dodatni, u należących do grupy AB, najmniejszą u grupy O i A.

3. Największy odsetek przypadków opornych na każde leczenie, których Wa. R. dodatni utrzymywał się conajmniej od dwóch lat, należał do grupy AB.

4. Największą liczbę przypadków z Wa. R. ujemnym conajmniej od dwu lat dawała grupa B, najmniejszą grupa AB.

5. Osobniki, należące do grupy AB, znajdowały się w najmniej korzystnych warunkach, zarówno co do znikania Wa. R. dodatniego, jak tendencji do ponownego przejścia Wa. R. ujemnego w dodatni, jak i co do zupełnego wyzdrowienia serologicznego.

M. Stopnicka

Wskazówki praktyczne.

— Horvai na zasadzie własnego doświadczenia dochodzi do wniosku, że nawet ciężkie przypadki *cukrzycy* u ludzi w wieku podeszłym nie stanowią przeciwwskazania do leczenia *szczepieniem malarji*.

(W. kl. W. 1928 Nr. 32).

— Wejtko spostrzegał *dychawicę oskrzelową*, jako następstwo malarji utajonej, i w licznych przypadkach tego rodzaju otrzymywał wyniki dodatnie przy pomocy *leczenia przeciw-*

zimniczego. Stosowane były zastrzykiwania 1,5 Chin. „bimurial” jeden do dwóch razy dziennie.

(W. m. W. 1928 Nr. 35).

— Kirk spostrzegał dodatnie wyniki leczenia *zapalenia płuc, oparzeń i t. d. zastrzykiwaniami podskórnymi tlenu*. Około 200 cm.³ zastrzykniętych pod skórę klatki piersiowej, zwykle wystarcza, można jednak dawkę tę przekroczyć. Żadnych przykrych objawów ubocznych nie spostrzegano. Wchłanianie tlenu następuje

szybko. Działanie tłumaczy się lepszym nasyceniem krwi tlenem, jakoteż zniszczeniem toksyn, a w zapaleniu płuc może i wpływem swoistym na pneumokoki.

(Brit. med. Journ. 1928 Nr. 3526).

— W przypadkach zatrucia *alkaloidami* zaleca K. H. Erb wdychanie *kwasu węglowego* w celu pobudzenia ośrodka oddechowego. W przypadku zatrucia skopolaminą-morfiną, w któ-

rym zawiodła lobellina, pomogło wdmuchiwanie do tchawicy CO_2 .

(M. m. W. 1928 Nr. 32).

— A. Sternowi udało się za pomocą *Wigantolu* wyleczyć od 15-tu lat trwającą i oporną na wszelkie inne zabiegi lecznicze *łęczyczkę pooperacyjną*.

(D. m. W. 1928 Nr. 31).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

Na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 4 maja 1928 roku Moraczewski omawia część kliniczną *ropienia zakaźnego (bact. Banga) u studentów wet. zakażonych w czasie operacji*. Ciepłota dochodziła do 39°C , schorzeniu towarzyszyły dreszcze, bóle w okolicy wyrostka robaczkowego; aglutynacja wykazała słusność rozpoznania.

Legężyński podnosi znaczenie gospodarcze ronienia zakaźnego u bydła, jak też ogromne jego rozpowszechnienie na całym świecie.

Następnie przedstawia morfologię i biologię pałeczki ronienia zakaźnego, zwracając uwagę na to, iż poza okresową własnością mikroaerofilii, niema żadnej różnicy między wyżej wymienioną pałeczką a pałeczką maltańską.

Przechodząc do omówienia czynności chorobotwórczych dla wspomnianych zarazków, podkreśla wspólne ich własności chorobotwórcze (lekki przebieg u zwierząt tak ronienia zakaźnego, jak zakażenia pałeczką maltańską, *sexotupismus* — usadawianie się pałeczki r. zak. w błonie śluzowej ciężarnej macicy krowy i wywołanie poronienia jako skutku procesu zapalnego, analogiczne procesy i u kóz, usadawianie się zarazków w narządach płciowych buhajów, — *ubesotropismus*, charakterystyczne pozostawianie zarazków całymi latami w gruczołach mlecznych krów ewent. kóz), analogiczny sposób zakażenia się (przez przewód pokarmowy, ewent. i drogą stosunku płciowego). O ile jednak pałeczka ronienia zakaźnego chorobotwórczą jest dla krowy i świni, to pałeczka maltańska zakaża kóz i owcę.

Niema między nimi różnic także w działaniu ich na zwierzęta doświadczalne (świnka morska, — zmiany podobne do gruźliczych), jak też w reakcjach serologicznych (aglutyniny ciała wiążące dopełniając).

Różnica, ważną epidemiologicznie, miał być zupełny brak chorobotwórczości pałeczki ronienia zakaźnego dla ludzi, wobec zdolności pałeczki maltańskiej wywoływania gorączki undulacyjnej (maltańskiej).

Cały szereg doniesień (Rodezja, Włochy, Ameryka Półn., Niemcy) z ostatnich kilku lat stwierdza jednak, że i pałeczka ronienia zak. może być dla człowieka zakaźna. Dwa przypadki przedstawione są pierwszymi, opisanymi w Polsce.

Oba dotyczą lekarzy weterynaryjnych (zakażenie przez skórę przy odprowadzaniu łożyska u krów po poronieniu) okres wylegania wynosi około 4 — 8 tygodni, rozpoznanie postawione na podstawie aglutynacji (aż do 1:1600 z pałeczką ronienia zak. i maltańską) i wiązania dopełniacza (aż do dawki surowicy 0,01 cm.³). Hodowle z krwi i moczu wypadły ujemnie.

Ponieważ brak nam teraz sposobu odróżnienia pałeczek ronienia z. od maltańskiej (także i metoda Castellaniego nie daje tu rozstrzygających wyników) przeto istnieją następujące możliwości co do istoty zarazka:

1) zakażenie u ludzi wywołuje pałeczka maltańska, która stała się chorobotwórczą dla krów i stąd na człowieka się przenosi,

2) zakażenie u ludzi wywołuje pałeczka ronienia zakaźnego, która, normalnie nie będąc dla człowieka chorobotwórczą, z jakichś powodów nabrała tej zjadliwości,

3) możliwym jest, iż pałeczka również posiada pewną stałą zjadliwość dla człowieka, a rzadkość zakażenia jest spowodowana trwałym uodpornieniem ludzi przez spożywanie zakażonego mleka.

W dyskusji Fels przypomina propozycję angielskiej Komisji, ażeby zmienić nazwę *f. melitensis* na *febris undulans*.

Gąsiorowski uważa, że prototyp obu pałeczek jest ten sam, tylko, że z biegiem czasu powstały odmienne typy serologiczne, i może stąd pochodzi odmienna zjadliwość i to w stosunku do zwierząt jak i do człowieka.

(Polska Gaz. Lek. 1928 Nr. 42).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na pos. lipcowym Tow. Lek. w Innsbrucku zwrócił Meizner uwagę na występowanie *rozstrzeni lewej komory serca w krzywicy*. W przypadkach nagłego zgonu dzieci należy zawsze myśleć o krzywicy. M. zademonstrował 12 serc dzieci krzywiczych, zmarłych w wieku do lat 5. Przyczyna występowania tych zmian w sercu jest zupełnie nieznana. Przewlekłe kataraty jelit mogą wprowadzić również wywołać podobną rozstrzeń serca, jednak autor nie spotykał zupełnie tych nieżyłtów u dzieci ani zmian w sercu bez równoczesnych zmian w kośćcu. Nie zachodzi tu żaden związek ze *st. thymolymphaticus*.

Adlersberg i Porges podali na pos. lipcowym (6/VII) Tow. Lek. w Wiedniu ciekawą metodę *leczenia moczołki prostej zapomocą pituitryny w proszku do wąchania* („Pituitrin-Schnupfpulver“). W 2 przypadkach tej choroby otrzymali autorowie nader zachęcające wyniki, stosując powyższą „tabakę“ pituitrynową. Pituitryna działa również przy najżykowiej jej stosowaniu. A. i P. przekonali się o tem na ludziach zdrowych, obserwując diurezę oraz badając odruch pęcherzyka żółciowego zapomocą sondy dwunastniczej.

Na tem samym posiedzeniu omówił Halban własną, nową zupełnie metodę *kojenia bólów w cierpieniach ginekologicznych*. Opierając się na teorii powstawania bólów wg. Mackenziego i Heada, spróbował Halban znieczulić zonę Heada, jako najbardziej dostępne dla zabiegu ogniwo końcowe odruchowego łuku bólowego. Wstrzykiwał w tym celu w 4 miejscach po 5 cm.³ $\frac{1}{2}\%$ roztworu tutokainy. Otrzymał doskonałe, częściowo nawet trwałe, wyniki w różnych przewlekłych cierpieniach ginekologicznych. Również dobre wyniki dała ta metoda w schorzeniach pęcherzyka żółciowego, nerek oraz w bólach okolicy krzyża niewiadomego pochodzenia.

Loewenstein, Baecher i Loewy przekonali się, iż *pod wpływem formaliny oraz światła jad błonicy traci zupełnie własności trujące, zachowując w pełni zdolność wytwarzania przeciwciał*. Autorowie próbowali wywoływać uodpornienie ustroju drogą dośrodkową (wcierania), w prowadzania szczepionki. Zarówno badania na zwierzętach, jak i spostrzeżenia, przeprowadzone nad dziećmi, przekonały o nieszkodliwości tego pzbiegu. Już po 2 wcieraniach udało się u 50% dzieci otrzymać ujemny odczyn Schicka. Badanie krwi tych dzieci, które przed zastosowaniem tej metody miały oczywiście Schicka dodatniego, wykazało duże miano antytoksyczne.

W Wiedeńskim Tow. Pedjatrzyom omówił Warkany na pos. z dnia 27 czerwca r. b. *metodę biologicznego wykrywania naświetlanej ergosteryny*. Po doustnym podaniu Na_2HPO_4 w ilości 0,5 gr. na kilo wagi wykazuje krzywa fosfatemiczna, t.j. krzywa poziomu we krwi fosforu, u osobników zdrowych wzrost, wynoszący jakie 3,5 mgr. % — natomiast u dotkniętych krzywicą ilość fosforu w surowicy nie wzrasta zupełnie lub też podnosi się nieznacznie (0,4 mgr. %). Po podaniu Wigantolu krzywa ta podnosi się szybko nie tylko u chorych na krzywicę, ale i u zdrowych. Ponieważ ergosteryna nienasświetlona nie posiada tych własności, przeto wydaje się słusznym, iż krzywa fosfatemii (po podaniu fosforu) może służyć za wskaźnik zawartości w ustroju witaminy D.

Z. Św.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Zagadnienie szpitalnictwa gruźliczego.

Podał

Dr. Marja SKOKOWSKA - RUDOLFWA.

Aby odpowiedzieć na pytanie, jak należy zorganizować szpitalnictwo gruźlicze, trzeba znać rozmiary zagadnienia. To znaczy, trzeba wiedzieć: 1. jakie są u nas rozmiary gruźlicy, 2. ile łóżek szpitalnych i sanatoryjnych należałoby chorym gruźliczym zapewnić, 3. dla jakiego typu chorych łóżka te byłyby przeznaczone. Drugą stroną zagadnienia jest kwestja finansowa i ustawowa: 1. jakie środki potrzebne są do urządzenia odpowiedniej liczby zakładów dla chorych gruźliczych, 2. kto ma ponosić związane z tem koszty. Wreszcie konieczne byłoby opracowanie wzoru sanatorium ludowego, odpowiedniego dla naszego klimatu; szpitala - sanatorium; prewentorium. Jednocześnie z uporządkowaniem organizacji poszczególnych zakładów wysuwa się sprawa uregulowania stosunków w uzdrowiskach, skupiających chorych gruźliczych, — np. Zakopane i okolice, Worochta, Mikuliczyn, Szczawnica i t. p. Doświadczenie Zachodu wykazało, że należy dążyć do posiadania takiej liczby łóżek dla chorych gruźliczych, która odpowiadałaby liczbie przypadków śmierci na gruźlicę w ciągu roku. Tam, gdzie tego rodzaju statystyka nie istnieje, oblicza się 1 łóżko na 1,000 mieszkańców, wreszcie w krajach, gdzie zgłaszanie działa prawidłowo i wszystkie w przybliżeniu przypadki gruźlicy są rejestrowane, powinno się utrzymać liczbę łóżek sześciokrotnie mniejszą od liczby przypadków gruźlicy czynnej. W tem 15% winny wynosić łóżka dla dzieci, nie licząc miejsc w prewentoriach (normy amerykańskie).

Pomijając zakłady zapobiegawcze — prewentoria, szkoły na otwartem powietrzu, organizację kolonij letnich, zatrzymam się na zakładach leczniczych dla chorych gruźliczych — sanatoriach i szpitalach. Umieszczanie chorych w tych zakładach ma na celu: 1) izolację chorego ze względu na otoczenie, 2) obserwację rozwoju choroby i leczenie, 3) urabianie psychiki chorego w kierunku zrozumienia i zachowania przepisów higieny indywidualnej i społecznej po wyjściu z zakładu.

Należy odróżnić wyraźnie sanatorium, jako zakład leczniczy; szpital (względnie szpital - sanatorium), jako zakład przede wszystkim obserwacyjny i izolacyjny.

Należy dokładnie sprecyzować (wydać w formie instrukcji), jakiego typu chorzy mają być kierowani do każdego z tych zakładów. Do sanatoriów należy kierować chorych uleczalnych, względnie wykazujących skłonność do wybitnej poprawy. Chory jest obserwowany w przychodni lub szpitalu, skąd przechodzi do sanatorium. Czasem bywa ruch odwrotny: chorzy po chwilowem polepszeniu pomimo sanatoryjnego "regimu," wykazują pogorszenie i wracają z powrotem na oddział obserwacyjny. W każdym razie powinna być stała wymiana pomiędzy szpitalem i sanatorium.

Charakter sanatorium uwarunkowany jest: położeniem sanatorium, względami ekonomicznymi. Sanatorium, będąc przeznaczone dla chorych uleczalnych, powinno dać *maximum* warunków, sprzyjających leczeniu klimatycznemu: to znaczy, warunków, zapewniających choremu absolutny spokój, dobre odżywianie, świeże powietrze. Dlatego sanatoria są umieszczane dalej od wielkich osiedli, często w specjalnych warunkach klimatycznych. Odległość do przebycia dla lekko chorego nie odgrywa wielkiej roli. Natomiast jest niemożliwością transportowanie ciężko chorego do daleko położonego zakładu ze względów fizycznych — niebezpieczeństwo pogorszenia — i psychicznych, nie należy pozbawiać chorego możliwości widywania rodziny i osób bliskich w okresie, kiedy to wyrzeczenie się pozostanie bezowocnem.

Może najważniejszą rolę odgrywają względy ekonomiczne.

Jak wspomniano wyżej, sanatorium winno posiadać najlepsze warunki, prowadzące do wyleczenia chorego. Urządzenia rozpoznawcze i lecznicze, opieka lekarska i pielęgniarska pociągają za sobą b. znaczne koszty, wymagające amortyzacji w formie żywego kapitału — jaknajwiększej liczby wyleczonych. Przyjmowanie przypadków beznadziejnych, kończących się śmiercią, jest jednocześnie nieprodukcyjną stratą pieniędzy.

Pozwolę sobie przytoczyć według Guinarda, jakich przypadków nie należy trzymać w sanatorium: 1. niegruźliczych (chodzi o gruźlicę płuc), 2. z gruźlicą nieczynną (*stationaris*), u których na dalszą poprawę nie można liczyć, 3. beznadziejnych. „Pseudo gruźlicy” (gr. 1) po obserwacji powinni iść do prewentoriów. Gr. 3 — do szpitali.

Natomiast kwalifikują się do sanatoriów:

1. przypadki gruźlicy czynnej,
2. wykazujące w płucach zmiany ograniczone, tak, aby w rezultacie leczenia można się było spodziewać powrotu zdolności do pracy;
3. z objawami klinicznymi, wykazującymi skłonności ewolucyjne w kierunku wyleczenia.

Oczywiście, nie powinno być przeciwwskazań o charakterze społecznym — kalectwo nieuleczalne, przestępczość i t. p.

Kryterjum zatem do leczenia sanatoryjnego chorych gruźliczych stanowi nie tyle stopień rozwoju choroby, ile przy stanie czynnym choroby wybitna skłonność do poprawy. Można kwestjonować celowość nadmiernego rozwoju ruchu sanatoryjnego. W stanach Zjednoczonych znać zwrot w kierunku leczenia w domu. Chory pozostaje tak długo w sanatorium, aż jego psychika zostanie odpowiednio urobiona. Sanatorium ma raczej znaczenie wychowawcze. Jeśli chory przedstawia gwarancję, że potrafi zachować odpowiednio wskazania w stosunku do siebie samego i do otoczenia, jest chętnie zwalniany do domu pod odpowiednią opiekę lekarską.

Wydaje się, że w naszych warunkach może być mowa o leczeniu domowem gruźlicy tylko w wyjątkowych przypadkach. Stają temu na przeszkodzie: fatalny stan mieszkań, niski poziom ży-

ciowy i brak zrozumienia zagadnień higieny nawet wśród warstw wyższych. Kuracja sanatoryjna posiada wartość o tyle, o ile pozostawia trwałe ślady na długo. O trwałości leczenia sanatoryjnego mówi statystyka wzorowych sanatorjów, więc np.:

Sanatorium w Bligny: obserwacja 769 chorych w I stadium; w II-em 695 i 1764 w III-em, przy wypisaniu z sanatorium dała następujące wyniki:

Stopień	wynik b. dobry	dobry	dość dobry	słaby	żaden
I	84,4%	14,8			0,26
II	14	58,25			2,01
III	0,39	16,0			26,73

Basler Heilstätte — sanatorium w Davos w r. 1925: odzyskało zdolność do pracy chorych: w I st. 87%; II — 82%; III — 28%.

Nadzwyczaj pomyślne rezultaty leczenia w najstarszym sanatorium Ameryki i jednym z najstarszych sanatorjów wogóle Trudeau, zawdzięcza się po części starannemu doborowi chorych.

Niema schematu dla urządzenia sanatorium.

Stojąc na gruncie praktycznym, należałoby, jak wspomniano wyżej, podać wzór w jak najogólniejszych zarysach typu sanatorium o charakterze ludowym. Najtańszy jest typ barakowy, jednak ten typ zgóry przesądza istnienie dużych, wspólnych sal, co jest ostatecznością, szczególnie tam, gdzie chodzi o chorych gruźliczych. Pomijam cały szereg wskazań, które należałoby umieścić w jakiejś instrukcji dla T-w Przeciwgruźliczych lub samorządów, a zawierającej wskazania co do wyboru miejsca pod sanatorium, niezbędnych urządzeń rozpoznawczych, zaopatrzenia w wodę, dogodności komunikacyjnych i aprowizacyjnych, wymiarów pokoi, sal i werand, liczby personelu, urządzeń dezynfekcyjnych, położenia i urządzenia werand, wreszcie regulaminu wewnętrznego.

Zatrzymam się natomiast przy segregacji chorych. Każdy chory, przysłany do sanatorium, wymaga obserwacji i w tym celu powinien być umieszczony w oddzielnym pokoju. Następnie zależnie, od reakcji organizmu, przenosi się chorego do ubikacji większej. Pod uwagę bierze się poza stanem zdrowia (obecność prątków) — stopień kultury, skłonności towarzyskie i t.p. Jako normę dla większych sal, Amerykanie przyjmują *maximum* 4 łóżka w pokoju. Zaleca się posiadanie 20% jednołóżkowych; 30% dwułożkowych pokoi. We Francji dekret z 10. VIII. 1920 roku ustanawia w sanatorjach ludowych *maximum* 10 łóżek, *minimum* — 4 łóżka w pokoju. We wzorowym sanatorium im. Trudeau w Stanach Zjednoczonych budynki dla pacjentów leżących (infirmarij) posiadają oddzielne pokoje dla każdego chorego; „cottages” wille mieszczą po 4 pojedyncze pokoje ze wspólną werandą i salonikiem.

Sanatorium Bligny we Francji ma 10% oddzielnych pokoi, większość salek trzyłożkowych i wspólne werandy na 8 — 9 leżaków. W Anglii rozpowszechnione są domki indywidualne (chalets), podobne do zabudowanych altan, o drewnianych ścianach, krytych asbestem, każdy taki „domek” jest zamieszkały przez jednego chorego. Są to urządzenia niezmiernie tanie, zapewniają zupełną izolację, werandy są wtedy zbyteczne. Możliwe, naturalnie, w klimacie angielskim.

Przepisy amerykańskie podają następujące wskazówki co do liczby łóżek. Miejsc dla leżących chorych powinno się zarezerwować 40% lub więcej, zwykle na górnym piętrze, dla „półchodzących” — 35%, lekko-chorych 25%. Przepisy te żądają wyraźnego podziału na kategorie, z przenoszeniem chorego do innych kategorii, a więc pięter lub pawilonów za jego wiedzą, widząc w tem dużą podnieętą psychiczną, w kierunku obudzenia w chorym woli wyzdrowienia.

Dr. Guinard, poprzednio cytowany dyrektor sanatorium w Bligny, stosuje podobną segregację, natomiast inną metodę w stosunku do chorego. Więc np. jeśli u chorego, dotąd nie wykazującego prątków i umieszczonego z podobnym mu towarzyszem w jednym pokoju, zostały znalezione prątki, chory ten bez wtajemniczenia w stan rzeczy i przyczynę zmiany przenosi się do innej ubikacji. Żadnych reklamacji, ani żądań wyjaśnienia zgłaszać nie wolno. Pozatem we Francji i w Szwajcarii jest przestrzegane ściśle utrzymywanie oddzielnych zakładów, a przynajmniej pawilonów dla mężczyzn i dla kobiet. Oddziały te urządzone są tak, aby się z sobą nie komunikowały.

Drugim typem zakładu dla gruźliczych jest szpital-sanatorium. Zakład taki posiada cechy szpitala, zatem: przyjmuje wszystkich chorych gruźliczych, niezależnie od stopnia rozwoju choroby i rokowania, chorzy beznadziejni trzymeni są do śmierci, rygor z konieczności jest mniejszy, niż w sanatorium; szpitale-sanatoria umieszczone są pod miastem, obok mogą istnieć inne oddziały szpitalne. (Np. szpital-sanatorium w Nancy — dyr. prof. Parisot, w sąsiednim budynku szpital dla wenerycznych).

Zresztą, szpital-sanatorium zapewnia chorym według możliwości, warunki potrzebne do wyleczenia — spokój, świeże powietrze, dobre odżywianie. Szpital o takim typie pozwala na racjonalne obserwowanie chorych i przekazywanie ich zakładom innym oddziałom wewnętrznym, prewentorjom, sanatorjom.

Jednym z takich szpitali, które zwiedzałam, jest szpital Eagleville w Filadelfji, połączony organizacyjnie z wielkim ludowym sanatorium o parę godzin drogi od miasta, wśród wzgórz lesistych. Ten rodzaj zakładu obserwacyjno-leczniczego jest poniekąd ideałem, do którego należy dążyć.

Jest wreszcie trzeci rodzaj zakładów dla chorych gruźliczych, mianowicie, oddziały izolacyjne przy szpitalach ogólnych dla izolacji gruźlicy rozpadowej beznadziejnej. Tam, gdzie akcja przeciwgruźlicza zaczyna się dopiero organizować, oddział taki (ew. barak) jest obok przychodni najbardziej potrzebną instytucją. Oddział taki, będąc miejscem izolacyjnym, odgrywa jednocześnie poważną rolę w kształceniu lekarzy i pielęgniarek przeciwgruźliczych. U nas szczególnie studenci i lekarze nie mają gdzie się zapoznać z gruźlicą. Połączenie takich oddziałów ze szpitalem ogólnym wprowadza do pracy lekarskiej większą rozmaitość i szersze zainteresowanie. U nas usunęłoby to może ftizjofobię, rozpowszechnioną wśród lekarzy.

Rzeczą godną polecenia byłaby rozbudowa szpitalnictwa gruźliczego według pewnego planu. Dotąd najbardziej była podkreślana sprawa tworzenia przychodni, jednak przychodnie te tracą

+ 50% wartości, jeśli nie mają odpływu chorych. Trzeba nieść pomoc realną. Trzeba wiedzieć, co z chorym należy zrobić, i mieć możność zrealizowania zarządzeń.

Najpilniejszą potrzebą, lecz tylko prowizorycznym zarządzeniem byłoby tworzenie oddziałów dla chorych gruźliczych przy szpitalach powiatowych według norm, wyżej określonych dla izolacji chorych, zagrażających otoczeniu. Obowiązkiem samorządów powiatowych byłoby zakładanie i prowadzenie tych oddziałów w warunkach najbardziej pomyślnych dla chorych gruźliczych. Każde województwo powinno posiadać sanatorium o typie ludowym dla chorych uleczalnych. Wojewódzkie sanatoria powinny być zakładane przy dużym udziale finansowym Rządu. Wojewódzkie sanatorium powinno się mieścić na terenie danego województwa (chorzy pozostają w swoich zwykłych warunkach, do których przywykli) i obsługiwać dane województwo. Sanatoria Kas Chorych i specjalnych związków, np. nauczycieli, studentów itp. powinny być przystosowane do przyjmowania chorych wszystkich stopni. Pomijam tu sanatoria prywatne i specjalne — morskie, wysokogórskie, których powstanie warunkują rozmaite okoliczności, tradycja, przywiązana do pewnych miejsc, np. u nas Zakopane i t. p. Pomijam również prewentoria, których potrzeba u nas jest paląca. Na usprawiedliwienie tego podkreślenia pozwolę sobie przytoczyć słowa prof. Allen K. Krause: „Chorzy czują się dobrze, dopóki przebywają w sanatorium. Po wyjściu jednak większość z nich umiera. Należy cofnąć się od zaradka wstecz, kiedy go jeszcze niema, a są oznaki groźne”.

Przechodząc od poszczególnych jednostek szpitalnych do całych kompleksów tych jednostek, poświęćmy słów kilka zagadnieniu uzdrowisk dla chorych gruźliczych i uregulowaniu sprawy skupienia chorych gruźliczych w pewnych miejscowościach (o tem zagadnieniu pisałam obszerniej w Warsz. Czasopiśmie Lekarskim 21, VI. r. b.).

Tutaj należy podkreślić wielkie znaczenie ważnego czynnika w leczeniu i zapobieganiu gruźlicy, który niezwykle konsekwentnie jest przestrzegany na Zachodzie — jest to dyscyplina. Ry-

gor sanatoryjny w Stanach Zjednoczonych, Szwajcarii, Anglii, niektórych sanatorjach Francji jest wprost klasztorny, chorym nie wolno uczęszczać do restauracji, kawiarni, miejsc zebrań publicznych; prywatne pensjonaty dla chorych są pod ścisłym nadzorem lekarskim. W niektórych przychodniach amerykańskich (Filadelfja) jadącym do sanatoriów wydawane są na drogę: spluwaczka, serwetki papierowe, szklanka do picia i t. d.

Istniejące sanatoria należy podzielić odpowiednio do ich poziomu.

Może byłby tu możliwy do zastosowania system amerykański: utworzenia Związku sanatoriów i kwalifikacji sanatoriów według różnych stopni przez specjalną komisję. W Stanach Zjednoczonych opracowana jest metoda punktacji (jak na zawodach sportowych), rezultaty są ogłaszane co rok, w ten sposób konstatuje się postępy i stwierdza wysiłki podrzędnych instytucyj dojścia do poziomu wyższego.

Wreszcie etapem dalszym jest rozbudowa systemu „follow-up“, kontroli posanatoryjnej — utrzymanie pod stałą opieką lekarską i pielęgniarską chorych, którzy wyszli z sanatoriów i tworzenie zakładów i kolonii pracy dla gruźlików.

PIŚMIENNICTWO.

1. Sabatowski A. Leczenie klimatyczne i kąpielowe gruźlicy.
2. Guinard L. Le pratique des sanatoriums.
3. Raporty Dep. Służby Zdrowia.
4. Kidner T. B. Planning a tuberculosis sanatorium.
5. Kidner T. B. Selecting a site for a sanatorium.
6. Olivier Dr. La lutte contre le tuberculose en Suisse.
7. Kidner T. B. Should general hospital care for tb.
8. Sanatorium Administration standards.
9. Jahresberichte für das Jahr 1925 der Basler Heilstätte für Brust kranke in Davos.
10. Drolet Godias J. Recent changes in leading causes of deaths and the bearing on the hospitalization.
11. Rollier. Comment lutter contre la tuberculose.
12. A. Heath survey in 86 cities.
13. Krause Allen. The tuberculosis problem.
14. Otis Edward. The place of the home, the dispensary, the sanatorium nad hospital in the treatment of the tuberculosis.
15. Williams Linsly R. Value of Hospitals in the tuberculosis campaign.
16. Armstrong Donald B. The state, the municipality and the private tuberculosis associations in the control of tuberculosis.
17. Commonwealth of Pennsylvania Department of Health.
18. Drolet Godias J. Tuberculosis hospitalization.
19. Rist. La tuberculose.
20. Sergeant Tuberculose.
21. Bushnell. Epidemiology of tuberculosis.

Wiadomości bieżące.

-- Dwie sprawy o jednakowym podłożu społecznym i jednakowo przykre i drażniące zajmowały ostatnimi czasy uwagę naszego świata lekarskiego.

Po smutnym incydencie Ciechocińskim, o którym rozpisywała się prasa codzienna, i który na łamach pism lekarskich znalazł oświecenie ze strony Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Rzeczyposp. Polskiej i ze strony Komitetu Kursu Ciechocińskiego, przyszła kolej na aferę, w której nacjonalizm żydowski zapragnął nas przekonać, że czuwa.

W Ciechocinku zmanifestowano animozje narodowościowe w stosunku do żydów przez odseparowanie ich od chrześcijan; w Rzymie na wystawie przeciwgruźliczej chciano, dla dogodzenia egoizmowi narodowemu, eksponaty Towarzystwa „Brijus“, będącego członkiem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, opatrzyć napisami hebrajskimi obok napisów polskich i włoskich (czy francuskich). Gdy żądanie to spotkało się z odmową ze strony Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, przedstawiciel

Towarzystwa „Brijus“ zawiadomił komitet wystawy, że z powodu tej odmowy wycofuje swoje eksponaty, co pociągnęło nawet za sobą pewne konsekwencje dyplomatyczne w postaci raportu, złożonego przez przewodniczącego wystawy w naszym Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. W raporcie tym zaznaczono, że na VI konferencji międzynarodowej język hebrajski nie został uznany za język urzędowy.

Tak przedstawia się „Sprawa Rzymska“, której ocena obiektywna ustala: 1) nielojalność w stosunku do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego ze strony niektórych członków Towarzystwa „Brijus“, którzy nie zawiadomili zawczasu Zarządu Związku Przeciwgruźliczego o swym zamiarze, lecz dopiero w ostatniej chwili w Rzymie usiłowali przez swego przedstawiciela wywrzeć nacisk na delegatkę Związku; 2) niesubordynację względem Zarządu Związku, którego Tow. „Brijus“ jest członkiem; 3) wygórowane ambicje narodowe, które nie mogły znaleźć sympatycznego przyjęcia ze strony polskiej i spotkały się ze sprzeciwem na terenie międzynarodowym.

Niesmak i oburzenie wywołać musiało zajęcie Ciecchocińskie w oświetleniu Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej. Złagodził je nieco „Protokół Komitetu Organizacyjnego I kursu dokształcającego dla lekarzy w Ciecchocinku” przyznaniem, „że to, co się stało, stało się bez wiedzy Komitetu”, i że Komitet „uważa to za pewne niedopatrzenie”, za które „biedniaków przeprasza”. Komitet kończy wprowadzając swój protokół zapewnieniem, że „żadnej tendencji w roz okowaniu lekarzy żydów nie znalazł”, zacytowanemu jednak powyżej „przyznaniem” dopuszcza możliwość niesmacznego wybuchu ze strony pewnych, szowinistycznie nastrojonych jednostek.

Niemniej przykre wrażenie robi wystąpienie żydów na terenie wystawy przeciwigruźliczej w Rzymie. Tu znowu tendencje nacjonalistyczne żydowskie stanęły w kolizji nie tylko z dobrami obyczajnymi względem ziemi ojczystej, lecz nawet z przyjętą uchwałą międzynarodową. Ale i tu, jak w sprawie Ciecchocińskiej, stwierdzamy pewien fakt pocieszający: tam Komitet organizacyjny kursu wyrzeka się udziału w wybuchu kilku nieodpowiedzialnych jednostek, tu, zgodnie z otrzymanymi przez nas relacjami, kilku przedstawicieli „Brijusa” wyraziło żal z powodu zajścia w Rzymie i zapewniało, że się z całą akcją nie solidaryzują.

Więcej takich głosów ze stron obu, więcej potępienia dla wszelkich wystąpień nacjonalistycznych, a skończą się utarczki, które tylko krzywdę Polsce przynoszą.

— Komunikat redakcyjny w sprawie zajść w Ciecchocinku i Rzymie został odczytany na posiedzeniu Zarządu Tow. Med. Społecznej, który oświadczył, że solidaryzuje się w zupełności z opinią redakcji.

— Ministerstwo Spraw Wewn. rozesłało następujący okólnik do wszystkich Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. stoł. Warszawę.

Półtoraroczna praca nad podniesieniem zdrowotności i wyglądu kraju (od marca 1927 r. do września 1928 r.) przyniosła widoczne rezultaty, czego dowodem może służyć ogólna poprawa stanu sanitarnego miast, ogólne wzmocnienie stanu zadrzewienia (w szczególności zaś na szosach i drogach), podniesienie wyglądu urzędów państwowych i chociażby ten fakt, iż 80% domów w miastach, 60% we wsiach — zaopatrzony jest w ustępy, 60% zaś domów w miastach posiada nakryte śmietniki. Cyfry te, aczkolwiek jeszcze niedostateczne, wskazują jednak na to, że antysanitarna bierność ludności została przełamana i pod tym względem pierwszy etap rozpoczętej kampanji został pomyślnie zakończony.

Dalsze etapy pracy polegać muszą nie tylko na utrzymaniu i umocnieniu rzeczy dokonanych i zdobytych w dziedzinie podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju, ale i na stopniowym opanowywaniu i zdobywaniu w tej dziedzinie nowych wartości. Dla ułatwienia Panom Wojewodom (Panu komisarzowi Rządu m. st. Warszawy) w tym względzie zadania podaje niżej wytyczne planu działania, wykonanie którego musi być zakończone do dnia 1 grudnia 1929 r. Rzucam przedtem nowe hasło: „Wyjść z pracą na wieś” i zaznaczam, że będę żądał od Panów nie tylko najszerszego spopularyzowania tego hasła wśród wszystkich podległych Panom (aż do najniższej jednostki) urzędów, ale i pedagogicznego, konsekwentnego i nieustępliwego wcielania tego hasła w życie, będę żądał, by wygląd wsi, wymykającej się dotąd z pod wpływów władzy, uległ stanowczej i widocznej zmianie ku lepszemu.

Plan działania.

1) Przeprowadzić w miastach budowę ustępów publicznych, dla domów zaś nieposiadających dziedzinców — ustępów zbiorowych. Za wszelką cenę doprowadzić do tego, by w każdej szkole był ustęp i aby ustęp ten był higienicznie urządzony i utrzymywany. We wsiach rozpocząć propagandę, mającą na celu przyzwyczajanie ludności do stałego korzystania z wybudowanych ustępów.

2) Spowodować, by wszystkie śmietniki (przede wszystkim w urzędach państwowych, w pierwszym rzędzie w starostwie i komendzie policji) były nakryte i zamknięte. Obecna ilość nakrywanych śmietników uważam za niedostateczną.

3) Usunąć brud z podwórz w miastach i wsiach; podwórza domów w miastach i wsiach muszą być stale oczyszczane i zamiatane, nawóz musi być składany tylko w gnojowiskach, oddzielonych od reszty podwórza, studnie obowiązkowo muszą być nakryte.

Należy zorganizować za pośrednictwem szkół propagandę nakrywania studzien.

4. Aczkolwiek w wyglądzie urzędów państwowych nastąpiło znaczne polepszenie, niemniej jednak wymagam w dalszym ciągu prowadzenia w tym kierunku jaknajbardziej intensywnej akcji.

Wygląd urzędu (przede wszystkim starostwa, komendy, względnie posterunku policji, szkoły, dworca kolejowego) musi stać się wzorem czystości i porządku, ponadto winien on być możliwie estetycznym. Wszelkie poczynania i wysiłki, zmierzające do osiągnięcia tego celu, będą przeze mnie popierane włącznie do przyznania nagród za najlepiej utrzymane urzędy.

Warunki konkursu w sprawie nagród podane będą osobno.

W związku z tem, proponuję Panom omówić ze swej strony inne, stosowne do warunków lokalnych, sposoby wyróżnienia kierowników najlepiej utrzymanych urzędów.

5) Akcję zadrzewienia dróg, miast i wsi należy wzmocnić przy uwzględnieniu wskazówek, zawartych w piśmie okólnym z dn. 10.XII 1927 r. Nr. Min. 532/27 (Dz. Urz. Min. Spraw Wewn. Nr. 3 i 4 poz. 149) w sprawie zadrzewiania miast.

Należy wywrzeć odpowiedni wpływ na wydziały powiatowe, jako władze nadzorcze nad gminami wiejskimi i miejskimi, aby w ich budżetach w rubryce „drogi” zaw sze przewidziane były kredyty „na zadrzewianie” rozumiejąc pod słowem „zadrzewianie”: drzewa, krzewy, rośliny pnące). Jednocześnie zechć Panowie wojewodowie zwrócić baczną pod tym względem uwagę na budżety miast wydzielonych. Przy obsadzaniu dróg drzewami należy oddawać pierwszeństwo drzewom owocowym, względnie Morwie Białej (Morus Alba) przed drzewami ozdobnymi.

6) Pilnować stale by rynki, targowiska, domy kąpielowe, hotele i restauracje utrzymywane były, o ile możliwe we wzorowej czystości.

Place targowe i rynki muszą być wybrukowane, a w miastach wojewódzkich i liczących ponad 50.000 mieszkańców, winny posiadać nawierzchnię asfaltową lub betonową. Nawierzchnia placów targowych musi być zaopatrzona w odpowiednie spadki dla odpływu wód opadowych i ścieków.

Budki i stragany do sprzedaży na placach targowych i rynkach muszą mieć estetyczny wygląd i być pomalowane. Każde województwo winno opracować i ustalić typ budek i straganów stosownie do przyjętych w danym województwie motywów architektonicznych.

7) Doprowadzić do tego, by wszystkie domy mieszkalne (w miastach i wsiach) były od ulicy i podwórza otynkowane, względnie pomalowane, bielone lub licoowane, przyczem tynkowanie i bielenie musi być powtarzane w miarę zabrudzenia ścian nie rzadziej jednak, niż raz do roku (jako przykład schludnego wyglądu mogą służyć wsie w woj. tarnopolskiem). W wyjątkowych wypadkach, gdy zewnętrzne bielenie lub tynkowanie niegodne byłoby ze stylem mieszkalnego domu i mogłoby go pozbawić swego charakteru (dotyczy to np. góralskich domów, których piękno polega między innymi na uwidocznieniu belkowania); można zezwolić na pokostowanie, względnie impregnowanie lub pomalowanie domu klejową farbą, odpowiednio zabarwioną; naogół biorąc żądam, by każdy budynek zamieszkały w Polsce przez ludzi odbijał jasną plamą od reszty zabudowań i krajobrazu.

Wszystkie ogrodzenia w miastach muszą być pomalowane lub otynkowane. Należy propagować, by ogrodzenia we wsiach, przynajmniej od ulicy, były z żywopłotów. Należy stanowczo zabronić i przestrzegać bacznie, by ludność nie obkładała domów słomą; dopuszczalnem może być jedynie gacenie ścian na zimę.

8) Skierować wszelkie wysiłki ku temu, by oddymić i oczyścić ośrodki przemysłowe.

Doprowadzić do tego, by wszystkie budynki fabryk i zakładów przemysłowych były otynkowane lub pomalowane na kolor cegły, dziedzinie fabryczne nie tylko utrzymane schludnie, ale upiękkszzone roślinami pnąciami, krzewami, zieleńcami i t. p. Paleniska fabryczne, zakłady przemysłowe urządzone w sposób zabezpieczający powietrze przed zanieczyszczeniem z kominów dymem i szkodliwymi dla zdrowia gazami. (Szczegóły co do ochrony pod tym względem powietrza uregulowane będą osobnymi zarządzeniami).

9) Wszelkie ruiny, niemające charakteru zabytkowego, oraz rumowiska muszą być usunięte z powierzchni kraju, uzyskany materiał, w razie niemożności natychmiastowego zużytkowania, porządnie na miejscu ułożony.

Nakreślona w niniejszym okólniku praca polecam wykonać w 4-ch etapach, mianowicie:

do 1 grudnia r. b. należy dokonać $\frac{1}{4}$ części planowanych robót, w grudniu b. r. oraz w styczniu i lutym 1929 r. nastąpi przerwa w robotach;

w marcu, kwietniu i maju 1929 r. musi być dokonana połowa całej pracy;

w czerwcu, lipcu i sierpniu — $\frac{3}{4}$ robót, a we wrześniu, październiku i listopadzie — reszta, z tem, że całokształt prac będzie zakończony na 1 grudnia 1929 r.

Zaznaczam przytem, że wyznaczony w zarządzeniu z dn. 26. III. 1926 (okólnik Nr. 47) termin 1 listopada 1928 r. do wystawienia we wsiach ustępów zmienia na dzień 1. III. 1929 r. Nowy ten termin będzie obowiązywał również przy uprządkowaniu śmietników. Podczas moich inspekcji będę sprawdzał, czy każda miejscowość licząca ponad 20 domów została podniesiona do wymaganego poziomu.

Przy tej okazji zwracam uwagę Panów Wojewodów, ażeby w dziedzinie sanitarno-porządkowej korzystali jaknajszersze z przysługujących im pełnomocnictw Nadzwyczajnych Komisarzy do walki z epidemjami, jak również z uprawnień, wynikających z art. 108 p. 2 i art. 109 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, z dnia 19 stycznia 1923 roku, o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej.

Minister. (—) Sławoj Składkowski.

— Ministerstwo Spraw Wewn. (Depart. V Służby Zdrowia) rozesłało następujący okólnik do wszystkich Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Skarbu pismem z dnia 9 czerwca r. b. L. D. VI. 2478(3)28 zawiadomiło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, że apteki mogą wydawać sacharynę nie tylko na zasadzie oryginalnych recept, lecz i na zasadzie odpisów z tych recept (sygnatur), z tem jednak zastrzeżeniem, że każda ekspedycja musi być wciągnięta do księgi kontroli obrotu sztucznych środków słodzących, wymaganej przepisami rozporządzenia z dnia 7-go grudnia 1927 roku (Dz. U. R. P. Nr. 117 poz. 1008), a odpisy recept (sygnatury) przechowywane na równi z oryginalnymi receptami.

O powyższem zechce Pan Wojewoda zawiadomić zarządzających aptekami.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia

(—) Adamski.

— Od Sekretarza Stałego Tow. Lek. Warsz., prof. A. Gluzińskiego, otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie następującą wiadomość:

Na ręce Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nadeszło z Beogradu od Towarzystwa Lekarskiego Jugosłowiańskiego zawiadomienie, iż na propozycję tego Towarzystwa, a na wniosek Ministra Zdrowia Królestwa S. H. S. Miłociwie Panujący Król S. H. S. Aleksander I odznaczył następujących kolegów orderem Ś-go Sawy:

1 Orderem I-go stopnia prof. A. Gluzińskiego i Ministra Sławoj-Składkowskiego.

2. Orderem II-go stopnia profesora F. Czubalskiego i profesora B. Sawickiego.

3. Orderem III-go stopnia:

a) z Warszawy: D-ra J. Bączkiewicza, D-ra B. Jakimiaka, profesora L. Kryńskiego, Doc. D-ra W. Łapińskiego, D-ra W. Szumlańskiego, D-ra C. Wroczyńskiego;

b) z Katowic: D-ra Wędlichowskiego;

c) z Krakowa: profesora J. Latkowskiego, profesora J. Piltza;

d) z Poznania: profesora A. Jurasza, profesora A. Karwowskiego, D-ra R. Matuszewskiego.

— Walka z alkoholizmem.

W dniach 22—27 b.m. odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny (Chocimska 24) Kurs Alkoholologii, wyładować będą najwybitniejsi znawcy przedmiotu.

Wzrastające w społeczeństwie zainteresowanie tem zagadnieniem o społecznem znaczeniu sprawiło, że na Kurs zgłosiło się bardzo dużo kandydatów z całego Państwa.

— Jubilat „Nowin Lekarskich”.

W listopadzie r. b. mija 40 lat od założenia pierwszego pisma lekarskiego w Zachodniej Polsce: „Nowiny Lekarskie”, które chlubnie świadczą o wysokim poziomie naukowym lekarzy Wielkopolskich. Mimo niewoli, mimo braku warsztatu naukowego, mimo niemożności komunikowania się z ośrodkami nauki innych zaborów, „Nowiny” nie tylko przetrwały najcięższe chwile ucisku, ale dzięki wysiłkom lekarzy naszych utrzymały się na wysokim poziomie i stały się poważnym czynnikiem rozwoju i postępów Polskiej nauki. To też świat lekarski Zachodniej Polski gotuje się do uroczystego obchodu pamiętnej rocznicy w dniu 18 listopada r. b. obchodu, któremu nada szczególnego nastroju dziesięciolecie pracy społeczno-lekarskiej w wolnej Polsce, zainicjowanej na pamiętnym posiedzeniu Wydziału Lekarskiego T. P. N. w r. 1918. W listopadzie owego pamiętnego roku zjechali się lekarze z całej Zachodniej Polski, by zabrać się do gorączkowej pracy w dziedzinie sanitarnej. I dzięki temu zjazdowi powstały dzieła tak wspaniałe, jak fakultet Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego, Związek Lekarzy, obejmujący obecnie cały kraj, Czerwony Krzyż wielkopolski, szkoła dla lekarzy powiatowych, sanitarjat wojskowy armji Wielkopolskiej, dla którego Prof. Wierzejewski zdobył na Niemczech olbrzymi materiał sanitarny, oraz cały szereg instytucji wchodzących w dziedzinę lecznictwa. To też komitet przygotowawczy, na którego czele stanął Prezes Wydziału Lekarskiego i Naczelny Redaktor „Nowin Lekarskich” Prof. dr. Karwowski czyni przygotowania, by te obchody wypadły najuroczystej.

Spodziewany jest wielki zjazd przedstawicieli nauki lekarskiej z całej Polski, z którym łączy się zjazd chirurgów ortopedów pod egidą Prof. dr. Wierzejewskiego.

TREŚĆ: W. ZAWADOWSKI. O rozwoju radjodjagnostyki i niektórych jej nowszych zdobyczach. (Dok.) — J. KERSZMAN. W sprawie obustronnych obwodowych zwężeń pola widzenia pochodzenia nosowego. — B. GOLDSTEIN. O nieżytach politych jelita grubego. (Str. zbior.). (Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Zagadnienie szpitalnictwa gruźliczego, — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. ZAWADOWSKI. Sur le développement du radiodiagnostic. (Fin.) — J. KERSZMAN. A propos des rétrécissements bilatéraux du champ visuel d'origine nasale. — B. GOLDSTEIN. Sur les colites banales. (Rév. gén. fin.) — M. SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Le problème du traitement hospitalier de la tuberculose.