

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XVI

WARSZAWA, 27 KWIETNIA 1939 R.

Nr. 16

Ś. p. Dr Bronisława Dłuska

Dnia 19 kwietnia r. b. oddano ziemi zwłoki człowieka wielkiej miary — Bronisławy Dłuskiej. Wielkość Jej polegała na sile ducha, na umiejętności doprowadzania do końca raz zainicjowanego dobrego dzieła, na nietuzinkowym humanitaryzmie, na wielkim sercu. Ś. p. Dłuska nie znała kompromisów, wymagała wiele od otoczenia, ale najwięcej od siebie samej, była wiecznie młoda, pełna zapału dla dobrej sprawy, okiem krytycznym na wartości doczesne patrząca. Praca i chęć ulżenia niedoli ludzkiej były celem Jej życia.

Ś. p. ze Skłodowskich Bronisława Dłuska była córką nauczyciela matematyki i fizyki i już z domu wyniosła zamiłowanie do nauk przyrodniczych, poświęciła się też jednej z ich gałęzi — medycynie, którą studiowała w Uniwersytecie paryskim. W Paryżu rozpoczęła praktykę lekarską wraz z mężem, ś. p. Kazimierzem Dłuskim, a dom ich był ośrodkiem życia emigracji polskiej i zarazem gością dla Jej siostry Marii, późniejszej żony prof. Curie, opromienionej wielką sławą jako współodkrywczyń radu. Po powrocie do kraju małżonkowie Dłuscy budują w Zakopanem sanatorium dla chorych gruźliczych, którego administracja w ciągu długich lat spoczywała w rękach Dra Dłuskiej. Przy Jej też współudziale powstało Muzeum Tatrzańskie oraz sanatorium Bratniej pomocy akademików. Podczas wojny

pracowała bardzo gorliwie w Lidze Kobiet, poświęcała dużo pracy Osiedlu Marszałkowej Piłsudskiej, Towarzystwu Przeciugruźliczemu i Robotniczemu Towarzystwu Przyjaciół Dzieci. Temu ostatniemu Kazimierzostwo Dłuscy ofiarowali posiadłość w Aninie, nazwaną Helenowem dla uczczenia pamięci tragicznie zmarłej swej córki. Koroną zaś działalności społecznej Bronisławy Dłuskiej było powstanie Instytutu Radowego imienia Marii Skłodowskiej-Curie, który w lwiej części był Jej dziełem. Całokształtem swej działalności zasłużyła Dłuska na miano Budowniczego Zdrowia.

Ś. p. Bronisława Dłuska była wielokrotnie odznaczana za zasługi niepodległościowe i społeczne. Trumnę Jej zdobiły kwiaty od P. Prezydenta Rzeczypospolitej, w oddaniu ostatniej posługi wzięła udział Pani Marszałkowa Piłsudska, przedstawiciele władz oraz liczny zastęp tych, co w czasie walk o Niepodległość w domu Kazimierzostwa Dłuskich szukali oparcia i znajdowali zawsze pomoc i gościnę. Nad mogiłą przemawiali prof. Nitsch w imieniu Instytutu Radowego, dr Wroczyński w imieniu Towarzystwa Przeciugruźliczego i Tomasz Arciszewski od Towarzystwa Opieki nad dziećmi. — Cześć pamięci Zasłużonej Obywatelki!

Z. Srebrny.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Przychodni Przeciwestmowej T-wa „Marpe“ w Warszawie.
(Kierownik: Dr Michał Szour).

Próba leczenia dychawicy oskrzelowej śródżylnymi wstrzykiwaniami alkoholu etylowego.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 15).

II grupa przypadków z wynikiem dodatnim (+) leczenia.

Dla przypadków z dodatnim wynikiem leczenia typowy jest przebieg leczenia u chorego Ch. K., lat 42, ślusarza (przyp.

XI). Przyp. dotyczył wczesnej d. o. z objawami skazy alergicznej (pokrzywka itp.) w okresie stałego „stanu astmatycznego“ o nasileniu niezbyt silnym. 7.VI, 8.VI, 9.VI.1937 roku wstrzyknięto choremu dożylnie po 3, 4 i 5 ctm³ 33% alkoholu w roztworze fizjologicznym Na Cl. Chory po pierwszym wstrzyknięciu poczuł się lepiej. Po 3-ch wymienionych zaś wstrzyknięciach duszność się znacznie zmniejszyła, szczególnie zaś samopoczucie ogólne wybitnie się polepszyło; na tę okoliczność specjalnie zwrócił uwagę pacjent, czuł się bowiem nerwowo odrodzony, łaknienie miało wzmożone, sen, jakkolwiek jeszcze przerywany lekkimi atakami duszności, był o wiele bardziej krzepiący, niż od czasu choroby. Dalsze 2 wstrzyknięcia alkoholu po 6 ctm³ (10.VI) i 7 ctm³ (11.VI). 11.VI 1937 roku chory pierwszą noc

przespał zupełnie spokojnie. Dokonano dalszych 11 codziennych wstrzykiwań po 6 ctm³ — do dnia 26.VI 1937 r. W ciągu tego czasu żadnych objawów chorobowych — 27.VI — lekkie objawy d. o. 28.VI i następnych dni — dalszych 7 zastrzyknieć po 8 ctm³. Już od 2.VII 1937 r. stan bezobjawowy. Od tego czasu — do 4.XII 1937 r., a zatem w ciągu 5-iu miesięcy pacjent był całkowicie zdrowy. 13.XII tegoż roku zjawił się w przychodni z lekkim nawrotem choroby; pacjent znów odczuwał lekką duszność, jednocześnie dolegał mu uporczywy silny kaszel. 13.XII i 14.XII chory otrzymał po 5 ctm³ alkoh. dożylnie, od 14.XII zaś do 18.XII — po 10 ctm³ codziennie, — już po 3-ch wstrzyknięciach stan zupełnie dobry. Całkowite zwolnienie choroby trwało do 26.IV 1938 r., gdy chory stawiał się w celu kontrolnego zbadania.

W przyp. tym obserwowaliśmy kilkakrotnie szybki pomyślny wpływ na objawy chorobowe w „stanie astmatycznym“ o nasileniu niezbyt znacznym u osobnika z wczesną postacią d. o. alergicznej. Zwraca na siebie uwagę znaczna poprawa ogólnego samopoczucia, wyprzedzająca zwrot ku lepszemu w podstawowym cierpieniu

Analogiczny przebieg leczenia obserwowaliśmy w przyp. XII, dotyczącym 40 letniej lek.-dent. C. K. z wczesną allergiczną postacią d. o., powstałą na tle wstrząsu nerwowego i przebiegu grypy przy upośledzeniu czynności wątroby. Po 5-iu wstrzyknięciach dożylnych po 5—6—7 ctm³ — znaczne zmniejszenie natężenia stałego „stanu astmatycznego“ o nasileniu średnim. Już po 1—2 wstrzyknięciu chora podaje, że wstrzykiwania wpływają na nią ogólnie wzmacniająco i uspokajająco, apetyt i usposobienie lepsze, natychmiast po wstrzyknięciach głębiej i swobodniej oddycha. 5 dalszych wstrzyknień zniosły wszelkie objawy chorobowe. Chora zjawiła się po 2-ch miesiącach ze skargami na lekką duszność nad ranem. Po 3-ch wstrzyknięciach alkoholu w tychże dawkach — stan dobry.

Przyp. ten pozwalał na wysunięcie wniosku, iż niezależnie od czynników, wzmagających dodatkowo skazę allergiczną (tj. powodujących okresową tzw. „dyspozycję allergiczną“), jak, np., tu zaznaczonych — infekcji i wstrząsu nerwowego, leczenia alkoholem etylowym może „stany astmatyczne“ niezbyt silne doprowadzić do wyleczenia klinicznego na czas pewien.

W następnych trzech przyp. opanowaliśmy i „stany astmatyczne“ o nasileniu większym, niż przeciętne; ten wynik leczniczy wystarcza już, niezależnie od innych, by ocenić proponowaną przez nas metodę leczniczą, jako wysoce wartościową.

W przyp. XIII pacjentką była 43-letnia Ch. Kos.; cierpienie cechowały skaza allergiczna, obarczenie dziedziczne, ciężki przebieg schorzenia od 6-iu lat, częste okresy „stanów astmatycznych“. W jednym z tych stanów — długotrwałym a b. dotkliwym — przeprowadzono leczenie alkoholem. Po 6-ym wstrzyknięciu — raptowna zmiana samopoczucia. Duszność ustąpiła zupełnie. Sen — spokojny, czego chora nie doznała już od dawna pomimo leczenia różnymi sposobami (w tym leczenie klimatyczne w Szczawnicy). Stwierdzał się również tonizujący wpływ na układ nerwowy. Pacjentka cierpiała jednocześnie na przewlekłą kolkę żółciową kamicową, którą traktowaliśmy, jako czynnik dodatkowy, potęgujący wyzwalanie napadów d. o.

Przyp. ten nasuwa wniosek, że leczenie metodą rozważaną może wpłynąć zbawiennie i na ciężki „stan astmatyczny“ w przebiegu d. o. o przewlekłym oddalonym ognisku zadrażnienia; przypuszczalnie w przyp. analogicznych czynnik dodatkowy odgrywa w powstaniu tych stanów rolę drugorzędą w porównaniu z pod-

stawowym podłożem cierpienia — odziedziczoną skazą allergiczną o wysokim napięciu.

Również w groźnym „stanie astmatycznym“, bez wytchnienia dręczącym chorą w dzień i w nocy w ciągu kilku tygodni, zastosowaliśmy leczenie omawiane u pacjentki E. Róż., lat 27. Chora ta (przyp. XIV; pacjentkę obserwował równocześnie Dr J. Goldinberg) cierpiała od dzieciństwa na ciężką postać d. o. alergicznej („postać sucha“) z jednoczesnym uporczywym wypryskiem skórny; w obstrzeniach choroby zaznaczony był czynnik psychorodny. W opisywanym „stanie astmatycznym“ chorej dokonywano w ciągu doby wielokrotnie wstrzykiwań adrenaliny, astmolizyny itp. ze skutkiem nikłym. Pacjentka po 8 wstrzyknięciach dożylnych alkoholu (od 5 do 10 ctm³ 33% roztworu) pozbyła się dolegliwości. W 1/2 roku później chorą badałem — stan zdrowia stale dobry.

W przyp. XV leczeniu poddano 18-letnią H. G. (chorą obserwował w czasie leczenia również Dr Felhendler). Pacjentką tą opiekowaliśmy się od szeregu lat. Postać choroby dawniej sprawiała wrażenie klimatycznej sezonowej — dolegliwości zimą były znacznie mniejsze, niż w innych porach roku. Z biegiem czasu różnica ta poczęła się zacierać, natomiast występował coraz wyraźniej czynnik infekcyjny w postaci zakażeń i nieżytych górnych dróg oddechowych i oskrzeli, wyprzedzających powstawanie „stanów astmatycznych“, a częściowo i czynnik psychogeny. Podłoże choroby — skaza allergiczna znacznego stopnia. U pacjentki tej już po kilku wstrzyknięciach 3—4—5 ctm³ alkoholu etylowego „stan astmatyczny“ ustąpił. Zdecydowanie pomyślnie wpływała na cierpienie chorej dawka — 5 ctm³, lecz jednocześnie powodowała ona głęboki sen na przeciąg 24 godzin i dłużej (jedynie podobne spostrzeżenie wśród naszych chorych); mniejsze dawki alkoholu nie dawały natomiast odpowiedniego efektu leczniczego.

W przypadku tym spostrzegaliśmy równolegle do nadwrażliwości na wśródzylne wstrzykiwania alkoholu wybitne działanie lecznicze na burzliwy „stan astmatyczny“; brak nam dalszych analogicznych spostrzeżeń, by móc uzależnić to pomyślne działanie na chorobę od specjalnej wrażliwości osobnika na alkohol.

Spostrzeżenia XVI upewniły nas o możliwości osiągnięcia dużej poprawy pod niewątpliwym leczniczym wpływem rozważanej metody w ciężkiej postaci d. o., powikłanej rozstrzeniami oskrzeli po przebyłym zapaleniu płuc oraz przewlekłym nieżytem oskrzeli. W spostrzeżeniu tym, u pacjenta 50-letniego Szym. Zaj., handlującego, ustalono nadto skrzywienie i kołec przegrody nosa oraz przerost tylnych końców muszel. Choroba datowała się od 3-ch lat; pogorszenia w jej przebiegu występowały wraz z zaostrzeniem sprawy w oskrzelach. Biorąc pod uwagę, iż najprawdopodobniej w powstawaniu obstrzeń choroby, względnie w wywoływaniu tzw. gotowości („dyspozycji“) allergicznej, bezpośredni udział brało uczulenie na białko bakteryjne przy wzmaganiu się objawów zapalnych w oskrzelach i ich rozstrzeniach, a z drugiej strony opisywane wyniki lecznicze dożylnych wlewań alkoholu w zakażonych rozstrzeniach oskrzeli, przeznaczyliśmy chorego do leczenia omawianymi wstrzykiwaniami. 9.X, 11.X, 12.X, 16.X roku 1937 chory otrzymał po 5 ctm³ 33% roztworu alkoh., co go zwolniło od ciężkich stanów duszności; jednocześnie w płucach stwierdzono znaczne zmniejszenie się ilości rzeżeń. Pozostała lekka duszność. 23.X, 25.X, 26.X choremu wstrzyknięto po 6 ctm³ — poprawa stale się utrzymywała. 27.X, 30.X, 1.XI, 3.XI — choremu podano dożylnie po 8 ctm³. Pod datą 5.XI zanotowano w historii choroby — samopoczucie dobre; w nocy duszność trwa po 10—15'. 6.XI, 9.XI, 13.XI, 15.XI, 20.XI, 27.XI chory otrzymał dożylnie po 10 ctm³. 1.XII 1937 r. chory podał, iż w czasie wstrzykiwań czuł się zupełnie dobrze, ostatniej nocy jednak doznał znów duszności. Ponowne wstrzykiwania 1.XII, 9.XII po 10 ctm³. Do

5.III 1938 r. stan chorego był dobry, po czym znów nastąpiło pogorszenie. Wyniki w tym przypadku zaliczyliśmy do dobrych, jakkolwiek nie uzyskaliśmy ty wyleczenia klinicznego chociażby na ½ roku. Uczyniliśmy to zaś z powodu następującego: zaliczamy osobiście postać d. o. z rozstrzeniami oskrzeli, o ile te powodują gotowość astmatyczną, co w każdym odnośnym przypadku winno być na zasadzie obserwacji i badań zdecydowane — do badań najcięższych postaci d. o. W tych przypadkach bowiem spostrzegamy najczęściej długotrwałe, wyniszczające „stany astmatyczne” z jednoczesnymi kilkutygodniowymi lub kilkumiesięcznymi okresami gorączkowymi (do 38—39°), zarazem b. odporne na leczenie. Tu zaś pacjent doznał poprawy po 4-ch wstrzyknięciach alkoh., przy czym stan jego zdrowia był zadowalający w ciągu 20 dni.

Analogiczne jest spostrzeżenie w przyp. XVII. Chora Ch. Litm., lat 68, dotknięta była d. o. od 5-ju lat. Od 3-ch miesięcy stały stan astmatyczny, w ciągu którego ponadto liczne obostrzenia, w postaci wyjątkowo silnych ataków. Lekki stan gorączkowy. Przewlekły nieżyt oskrzeli i rozstrzenie oskrzeli. Pobyt w Szczawnicy spowodował raczej pogorszenie. W stanie ciężkim chora poddana była dożylnym wlewaniom alkoholu (po 5—10 ctm³). Wyrażna poprawa po 10 wstrzyknięciach; po 2-ch miesiącach, zresztą, nastąpił nawrót choroby.

A zatem w „rozstrzeniowych” postaciach d. o. możemy liczyć na dodatni wynik leczenia w poszczególnych przypadkach; zwolnienie cierpienia, aczkolwiek nieżyt długotrwały, przerywa jednak czasami „stan astmatyczny” w tej postaci, co nadaje mu specjalną wartość.

Niezwalczone nieraz trudności ma lekarz w leczeniu d. o. zawodowej, o ile okoliczności życiowe nie pozwalają na porzucenie przez pacjenta zawodu i tym samym na stałe wyłączenie kontaktu między chorym a alergenem swoistym. W 3-ch jednak odnośnych przyp. uzyskaliśmy dodatni wynik leczenia. Przypadki te zasługują na omówienie nieco bardziej szczegółowe.

Chory M. Kl., piekarsz, lat 35 (przyp. XVIII), przybył do przychodni 8.III 1937 r., podając, że choruje od 1928 r. Cierpiął na d. o. średniego natężenia do r. 1935, gdy zapadł na obustronne zapalenie płuc. Od tego czasu nastąpiło pogorszenie w przebiegu choroby. Chory często miewa stany lekkiej gorączki, jak mówi „przeziębła się często”; jednocześnie występują napady d. o., przerywane wstrzykiwaniami astmolizyny. 25.X tegoż roku chory uskarża się, iż zapadł na dokuczliwy stały stan astmatyczny i jednocześnie ma gorączkę do 38,5° od 5-ju dni. Z analizy przypadku wynikało, że chory cierpi na zawodową d. o. allergiczną, że odznacza się przy tym skazą allergiczną (często powtarzająca się swędząca wysypka na skórze, pacjent cierpi na migrenę itd.), lecz że pogorszenia okresowe (gotowość astmatyczna) zależne są od obostrzeń zapalnych w rozstrzeniach oskrzeli, powstałych po przebytych zapaleniu płuc (zdjęcie rentgen. — liczne zagęszczenia miąższu w okolicach przysercowych, podejrzenie w kierunku rozstrzeni oskrzeli tamże; osłuchowo — stałe utrzymujące się trzeszczenia w dolnych płatach płuc). Nie licząc na zmianę radykalną ze względu na zawodowe alergeny, lecz chcąc zadziałać na stan allergii ogólnej i ewent. na stan zapalny w rozstrzeniach i w tkance płucnej dookoła nich, zastosowaliśmy u pacjenta naszą metodę leczniczą. Po 3-ch pierwszych wstrzyknięciach — 5.XI, 6.XI, 7.XI po 5 ctm³ — pacjent podaje, że śpi lepiej, wykrztuszanie jest łatwiejsze, poprawiło się ogólne samopoczucie, — ataki duszności jednak trwają. Od 9.XI do 27.XII 1937 r. chory otrzymał 19 dalszych wstrzyknięć: 2 razy po 7—8 ctm³, później znów po 6 ctm³ 6 wstrzyknięć, 8 razy po 8 ctm³ i po 10 ctm³ — trzykrotnie. Już 23.XI duszność była niewielka. Po 22 zaś wstrzyknięciach całkowite zwolnienie choroby; pacjent pracuje w swym zawodzie i nie doznaje dolegliwości astmatycznych.

Następny chory z tej podgrupy (przyp. XIX), również piekarsz B. Sterd., lat 57, obok d. o. zawodowej (pylica mączna), cierpiął na przewlekły nieżyt oskrzeli z rozedmą płuc oraz na rozstrzenie oskrzelowe w dolnej części prawego pola płucnego przysercowo. Od 3-ch lat pogorszenie, stałe codzienne napady podczas pracy w piekarni. Wolny od napadów pacjent był jedynie w dni świąteczne, gdy nie pracował. Po 6-ju wstrzyknięciach po 5 ctm³ (3.XII, 6.XII, 9.XII, 10.XII, 12.XII) czuł się lepiej, napady rzadsze. 13.XII, 14.XII, 15.XII, 16.XII i 17.XII — dalszych 5 wstrzyknięć po 6 i 7 ctm³. Stan chorego uległ znacznej poprawie, napady d. o. ustąpiły zupełnie, jedynie od czasu do czasu napady dokuczliwego kaszlu po parę minut.

Zdajemy sobie sprawę, że w dwóch powyższych przypadkach uzyskaliśmy poprawę głównie z powodu opanowania sprawy zapalnej w oskrzelach i ich rozstrzeniach, która przyczyniła się do obostrzenia skazy allergicznej, lecz niewątpliwie do zwolnienia choroby doszło wskutek bezpośredniego zadziałania alkoholu na ustrój w kierunku zmniejszenia napięcia konstytucjonalnej skazy ustrojowej chorych — bowiem i bez obostrzenia tej skazy chorzy cierpieli na stałą d. o. zawodową.

Twierdzenie to uzasadnia poniekąd wynik leczenia w przyp. XX. Rękawicznik Mosz. Tep., lat 29, cierpiął na nieżyt oskrzeli jeszcze w dzieciństwie; stwierdzono u niego również przewlekły nieżyt oskrzeli i rozstrzenie oskrzelowe. Napady d. o. zjawiały się u pacjenta dopiero od 3-ch lat, gdy zajął się farbowaniem futer. Przybył do przychodni w okresie częstych napadów. Po 6-ju wstrzyknięciach 5—6—7 ctm³ 33% alkoh. nastąpiło w chorobie zupełne zwolnienie, które utrzymywało się przez szereg miesięcy. Tu nie mogliśmy przypisać częstych napadów pacjenta infekcyjnym procesom w oskrzelach i w ich rozstrzeniach, a to z powodów następujących: dopóki chory nie był wystawiony na allergen zawodowy, zawarty w farbie do futer (ursol) — procesy te nie wywoływały napadów choroby, po 2-je zaś, w okresie leczenia nie stwierdzało się obostrzeń zapalnych w oskrzelach.

Jak zaznaczyliśmy przy rozbiórce przyp. 1-ej grupy, postaci d. o. psychopochodne lub o przeważającym psychorodnym czynnikiem etiologicznym zazwyczaj nie poddają się leczniczemu działaniu alkoholu. Niemniej i silne nawarstwienie psychiczne w przebiegu d. o. nie powinno nas odstręczać od próby leczenia alkoholem; bowiem w poszczególnych takich przypadkach, o ile tylko czynnik psychorodny nie odgrywał podstawowej roli chorobotwórczej, wspomniane leczenie doprowadzało do poprawy i to długotrwałej.

W przyp. XXI obserwowaliśmy szereg lat pacjentkę Rotf., lat 48 z d. o. allergiczną na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. Od czasu do czasu — okresy długotrwałe ciężkich „stanów astmatycznych”. W jednym z tych okresów chora przeleżała w łóżku ½ roku i była bliska samobójstwa z powodu cierpień niezmiernych. Lęk przed podobnym stanem wywołał u chorej d. wybitną domieszkę psychogenną w dalszym przebiegu schorzenia. W lecie 1937 roku wystąpił znów burzliwy „stan astmatyczny”. Dokonano 10 wstrzyknięć 33% alkoholu od 5-ju do 10-ju ctm³. Brak natychmiastowego efektu leczniczego. Dalsze leczenie alkoholem przerwało wobec doświadczenia o nieskuteczności tej metody terapeutycznej w psychorodnych postaciach d. o., a za taką w omawianym okresie choroby skłoniliśmy już byli ją uznać. Bezpośrednio jednak po tej kuracji nastąpiła remisja, która trwa dotychczas.

Ostatni przyp. grupy niniejszej (przyp. XXII) należał do

postaci d. o. alergicznej ze wzmożeniem alergicznej skazy po infekcji (ostre zapalenie migdałków, ostry gościec stawowy). Badanie nosa i gardzieli wykazało: skrzywienie przegrody, przerost muszeli, migdałki b. małe, w nich przy ucisku płynna ropa. Jako ognisko ropne, podtrzymujące infekcję w ustroju, migdałki winny były ulec usunięciu; jednocześnie mogłyby ten zabieg znieść gotowość allergiczną. Chora T. Zylb., lat 31, wychowawczyni, pomimo iż od 1934 r. (gdy zapadła na wspomniane zapalenie migdałków) przechodziła po kilka ataków d. o. tygodniowo, nie zgodziła się na wykonanie zabiegu.

Po leczeniu rozważanym nastąpiła wybitna poprawa, która utrzymywała się około $\frac{1}{2}$ roku; następne $\frac{1}{2}$ roku przebieg choroby — nieco bardziej dotkliwy, lecz znacznie łagodniejszy, niż przed leczeniem alkoholem. Dodamy tu, że i w powyższym przyp. chorobę wikała silna pobudliwość psychiczna.

Wynik leczenia w omówionych wyżej 12 przyp. (na ogólną liczbę 30) jest niewątpliwym sukcesem alkoholowej metody leczenia. Ocena jej wartości wypadnie jeszcze korzystniej, jeżeli wziąć pod uwagę poprawę stanu zdrowia, acz nieznaczną lub krótkotrwałą, w ostatnich 8-iu przyp., które obejmuje.

III grupa przyp. z poprawą stanu zdrowia po leczeniu nieznaczną ($\pm$).

Tu podkreślić chcemy naprzód pomyślny wpływ leczenia alkoholem w 2-ch przyp. d. o. zawodowej. Łącznie z dodatnim wynikiem leczenia w przypadkach tejże postaci grupy II-ej — stanowi ten skutek leczniczy do pewnego stopnia podstawę do wysunięcia wniosku następującego: proponowaną przez nas metodę leczenia alkoholem uważać można za d. poważny środek do zwalczania d. o. zawodowej, gdy pacjent ze względów życiowych nie może się zdecydować na porzucenie swego zawodu. Z przynależności naszych przyp. d. o. zawodowej do 2-ch grup: II-ej i III-ej wynika, że środek ten nie zawsze sprowadza poprawę zdrowia dostateczną; w części przyp. tej postaci okaże się i całkiem bezskutecznym lekiem. Niemniej jest cenne jego pomyślne działanie i w części przyp. d. o. zawodowej, jeżeli uprzytomnimy sobie, jak oporna na leczenie jest ta postać chorobowa w warunkach stałego stykania się pacjenta z alergenem swoistym podczas pracy.

2 te przyp. (XXIII i XXIV) opiszemy pokrótce. Chory A. Bek., lat 43, kuśnierz. Cierpi na d. o. od 7-iu lat. Ostatnio ataki trwają całą dobę (zgłosił się 4.V.1937 r.). Latem choroba przebiega ostrzej. U pacjenta występują często wysypki swędzące typu pokrzywkowego. Matka chorego cierpi również na d. o. 8.V, 10.V, 11.V — 5—6—6 ctm³ alk. dożylnie II.V.1937 r. — noc upłynęła spokojnie, lecz już 12.V — znów duszność o średnim natężeniu. 18.V (w czasie nocy) — ponownie 5 ctm³ 33% alk. 18.V — w nocy — duszność niewielka. Od 19.V do 26.V — 7 wstrzyknięć dożylnych: po 6—6—7—8 ctm³ i 3 razy — po 10 ctm³. 22.V chory podaje, że czuje się zupełnie dobrze, pomimo iż pracuje od 1 tygodnia. Dalsze wstrzykiwania nie wpłynęły decydująco na stan chorego. Dodać tu musimy, że z rozbioru przyp. wynikało, że d. o. zawodowa powstała tu na podłożu wybitnie allergicznym, i że poza tym postaci ta d. o. była w znacznym stopniu i klimatyczna; a niejednokrotnie przekonał się, że klimatyczna postać d. o., obok tuberkulotoksycznej, najmniej nadaje się do leczenia alkoholem.

W przyp. XXIV pac. M. Gold., lat 60, właściciel składu węgla, od 20 lat po „zazębieniu się“ kaszlał, 15 lat temu wystąpił u niego 1-y atak d. o. Rozpoznanie jego choroby po dłuższej obserwacji i odnośnych badaniach (bad. rentg.: w obrębie obydwu

w szczytów zrosty płucnowe; wybitnie wzmożony rysunek oskrzelowy o charakterze gąbczastym, spowodowanym przez rozstrzenie oskrzelowe; t. główna — o cechach miażdżycowych) — a. br. *professionale, tuberculotoxicum et bronchiectaticum; sclerosis aortae*. Chory ten po 10 wstrzyknięciach alkoholu (po 5—10 ctm³) dożylnie czuł się wyjątkowo dobrze. Lecz w tydzień już później nastąpił nawrót choroby. Zauważymy tu, że chory jest nadal leczony przez nas tąże metodą (dotychczas otrzymał już 30 wstrzyknięć alk. w tychże dawkach), łącznie jednak z innymi sposobami leczenia, i ma się względnie dobrze. I w tym przyp. postać d. o. była powikłana czynnikiem gruźliczotoksycznym oraz rozstrzeniami oskrzeli, co raczej utrudniało leczenie i wynik jego czyniło z góry wielce problematycznym.

Leczenie alkoholem 2-ch następnych przyp. (XXV i XXVI) z silnym nawarstwieniem psychorodnym na podstawie czynniki chorobotwórcze: tuberkulotoksyczny (przyp. XXV) i hormonalny (przyp. XXVI) dało wynik nie przekonywający, lecz, bądź co bądź, nie całkiem ujemny. W 1-y z tych przyp. adv. Warsz., lat 40, od lat kilku dotknięty był ciężką postacią d. o. tuberkulotoksycznej z następczym udziałem d. wybitnym czynnika psychogenego. Leczenie alkoholem wpływało pomyślnie na stan chorego; lecz jedynie połączenie tej metody z szeregiem innych doprowadziło do zwolnienia choroby (chory obserwowany był w czasie leczenia również przez Dra Przysuskiego). W 2-im przyp. — d. o. allergicznej hormonalnej, zabarwionej wtórnie w d. znacznym stopniu wpływem psychorodnym, — aktualną przyczyną wybuchu nader uciążliwego i długotrwałego „stanu astmatycznego“ u 38-letniej Ch. Czarn. była niedomoga jajników w okresie nieco przedwczesnego przekwitania tej pacjentki; d. interesującym dla nas szczegółem w obrazie chorobowym u tej chorej było, że współistniejąca łuszczyca wykazywała zaognienie objawów równocześnie z zaostrzeniem przebiegu d. o. Chorej wstrzyknięto 5-io-krotnie po 5—10 ctm³ alkoh. wśród-żylnie z wynikiem dodatnim, lecz trwającym niespełna tydzień jeden.

W przyp. XXVII i XXVIII na pierwszy plan w chorobie występowało obostrzenie skazy allergicznej (tzw. gotowość — „dyspozycja“ allergiczna) na skutek zadziałania tzw. ogniska zadrażnienia oddalonego. — Chory M. Gold., lat 27, krawiec damski, od 3-ch lat miewał częste ataki d. o., ostatnio zaś zapadał na nie codziennie, z tego powodu nie mógł nadal wykonywać swego zawodu. *Deviation septi nasi; rhinitis hypertrophica*. Stałe powtarzający się nieżyt nosa. Od 24.IX 1937 r. do 30.IX tegoż roku — 6 wstrzyknięć dożylnych alkoh. po 5—6 ctm³. Krótkotrwała, lecz d. znaczna poprawa po leczeniu, ale już 1.X w nocy wystąpił silny atak d. o., poprzedzany nieżytem nosa. 1.X, 2.X — ponowne wstrzyknięcia po 6 ctm³, po czym stan zdrowia nieco lepszy; ataków nie było do 12.X. Od tego zaś czasu nawrót choroby o poprzednim nasileniu. Dopiero po zabiegach leczniczych w nosie nastąpiła istotna i długotrwała poprawa. Również przeważający okresowy udział w wyzwalaniu napadów d. o. przypisałyśmy zmianom w nosie (*rhinitis chronica, deviatio septi nasi* w stronę prawą; śluzówka na przegrodzie zanikająca po stronie prawej) obok nadwrażliwości miejscowej w płucach po przebytych zapaleniu płuc i opłucnej u chorej B. Roz., lat 43, bez zajęcia, cierpiącej na d. o. od 6-ju lat. U chorej tej dokonaliśmy od 9.X 1937 r. do 13.X 5-ju wstrzyknięć po 5—6 ctm³. Bezpośrednio po wstrzykiwaniach czuła się b. dobrze przez $\frac{1}{2}$ —1 godz., „jak gdyby choroby nigdy nie miała“, po czym duszność wracała. Ostatnie 2 przyp. świadczą o tym, że przy przeważającym wpływie na przebieg choroby tzw. ognisk zadrażnienia (*épines irritatives*) — głównie — przewlekłych ognisk zapalnych — zadziałanie alkoholu na skazę allergiczną jest nieraz niewystarczające, by nastąpiło wydatne zmniejszenie się natężenia choroby na czas dłuższy.

Na okres jedynie 2-ch tygodni doprowadziły wstrzykiwania alkoholu do znacznej poprawy stan zdrowia pacjentki E. Turm., lat 30 (przyp. XXIX) z d. o. alergiczną o „gotowości alergicznej“ na tle przebytej grypy i nieżyty oskrzeli przy nie-domodze czynnościowej wątroby. Krótkotrwała również była poprawa (2—3 tygodnie) w przyp. XXX — u chorego J. Kajz., lat 52, Rozp. *Bronchitis asthmatica post pleuritid. exsudativ. et e bronchiect. Insufficiencia hepatis. Sclerosis et dilatatio aortae gr. med. Crista septi nasi sin., rhinitis chronica.*

Streszczenie i wnioski ogólne.

Leczenie „stanów astmatycznych“ („*status asthmaticus*“) nie osiągnęło dotychczas poziomu zadowalającego. Jest ono nader niepewne w swych skutkach; szereg odnośnych metod terapeutycznych, zwłaszcza ucho-dzących za bardziej radykalne, naraża organizm, już poprzednio wyczerpany przez chorobę, na uszkodzenia ustrojowe i olbrzymi wysiłek czynnościowy; bezpośrednie skutki leczenia nieraz upośledzają dotkliwie ogólny stan chorego; powstają niekiedy obawy, ponieważ słuszne, o samo życie pacjenta.

Dążąc do odnalezienia środka leczniczego, skutecznego w „stanach astmatycznych“, a zarazem nie obciążającego nazbyt organizmu chorego przez swe bezpośrednie działanie, podjęliśmy przed 2 laty próbę leczenia d. o. wśródżylnymi wstrzykiwaniami 33% alkoholu etylowego w roztworze fizjologicznym soli kuchennej. Badania D. Thurstza i wielu innych autorów świadczyły o tym, że wstrzykiwania te nie wywołują ujemnych ubocznych objawów; o wpływie zaś tego sposobu leczenia na d. o. brak dotychczas danych w piśmiennictwie lekarskim.

Jako dawkę alkoholu etyl. jednorazowa stosowaliśmy 5—10 cm³ wspomnianego roztworu; liczba wstrzyknięć dożylnych wynosiła na serię od 5-ciu do kilkadziesiątu; nieraz powtarzaliśmy serię wstrzyknięć dwu- i kilkakrotnie; wstrzykiwań dokonaliśmy zasadniczo codziennie — w części przypadków, ze względów ubocznych — co 2—3 dzień; czas obserwacji chorych — ½—1—1½ roku do lat 2.

Metoda powyższa okazała się absolutnie nieszkodliwą dla chorych, ani też w żadnym przypadku nie pogorszyła stanu podstawowej choroby. Wiek, niezbyt znaczne zmiany organiczne w narządach wewnętrznych nie stanowią przeciwwskazania do stosowania omawianego leczenia. Metoda „alkoholowa“ nie wywoływała również bezpośrednich ujemnych ubocznych objawów, jeżeli pominąć krótkotrwały ból (do 30—60 sek.) u części chorych po wstrzyknięciu w miejscu zabiegu oraz wzdłuż żył i w okolicy ramienia danej kończyny górnej, jako też zaczerwienienie skóry u poszczególnych chorych po szeregu wstrzyknięć. Co więcej, już kilka pierwszych (1—2—3) wstrzyknięć działały u części chorych uspokajająco i krzepiająco na układ nerwowy i wydatnie polepszały ogólne samopoczucie; stwierdziliśmy również w kilku przypadkach pomyślny wpływ leczenia na stan wzmożonej t^o ciała i krwionocice; w części przypadków spostrzegaliśmy po każdym wstrzyknięciu krótkotrwałe pogłębienie oddechu i usprawnienie krążenia krwi. Dodatni ten wpływ na ustrój zaznaczał się, zanim występowała poprawa w przebiegu d. o.

Co dotyczy wyników terapeutycznych, to, sumarycznie biorąc, na podstawie 30 przyp., systematycznie leczonych i obserwowanych w ciągu dłuższego czasu, oraz kilkadziesiątu innych przyp., leczonych i spo-

strzeganych mniej dokładnie, odnieśliśmy po 2-ch latach doświadczenia ogólne wrażenie, iż metoda rozważana jest dzielnym środkiem, zwalczającym d. o. oraz „stany astmatyczne“ w d. znacznej części przyp. Jedną z jej cech znamiennych jest stosunkowa szybkość pomyślnego działania, bowiem nieraz powoduje ona już po 3—4 wstrzyknięciach znaczne złagodzenie cierpienia. Teoretyczną podstawę jej działania upatrujemy w pobudzaniu przez alkohol etylowy, podawany dożylnie, czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego; tezę tę opieramy na licznych badaniach, dotyczących roli czynności tego układu w hamowaniu stanów alergicznych, oraz na badaniach Dodela i Gurfinkla o wzmaganiu przez dożylnie wstrzykiwania roztworów alkoh. etyl. przemiany podstawowej drogą zadziałania na układ s-śródbłonkowy. Zdaniem naszym, pobudzając metodą „alkoholową“ czynność układu s-śródbłonkowego, zmniejszamy napięcie skazy alergicznej, a zwłaszcza gotowości alergicznej („dyspozycji allerg.“, wedle K ä m m e r e r a), odgrywającej poważną rolę w powstawaniu „stanów astmatycznych“.

Szczegółowe wyniki, oparte na wspomnianych 30 przyp. (a znajdujące potwierdzenie i w dalszych kilkadziesiątu, których przy liczbowym uwzględnieniu nie bierzemy w rachubę), przedstawiają się w sposób następujący: znaczną poprawę, względnie ustąpienie „stanów astmatycznych“ uzyskaliśmy w 12 przyp. (t. j. w 40%), nieznaczna w 8-przyp. (w 26⅔%), a wynik ujemny leczenia w 10 przyp. (33⅓%). A zatem w większości przyp. stwierdziliśmy pomyślny wpływ rozważanej metody na d. o. Wśród przyp. z ujemnym wynikiem zdecydowanie odporne na leczenie okazały się postaci d. o. gruźliczopochodna i klimatyczna, jako też w znacznym stopniu — postać d. o. psychorodna lub innego pochodzenia z dodatkiem czynnika psychogenego o wysokim napięciu; również stały kontakty z alergenem o dużej mocy zadziałania na ustrój astmatyka albo przemożny wpływ na chorobę czynnych „ognisk zadrażnienia“ („*épines irritatives*“) powodowały często wynik leczenia nikły. Dodatni skutek leczenia podkreślić chcemy przede wszystkim w szeregu przyp. ze „stanami astmatycznymi“ natężenia średniego, a nawet o przebiegu ciężkim. Nie oznacza to bynajmniej, by metoda nasza była uniwersalnym środkiem do opanowania „stanów astmatycznych“; pomijając stany te w postaciach d. o., wyżej wymienionych, jako mniej lub bardziej odporne na powyższe leczenie, wstrzykiwania dożylnie alkoholu etylowego okazują się nieraz bezskuteczne w „stanach astmatycznych“ b. ciężkich i długotrwałych. Sądzymy, że należałoby w tych razach wypróbować działanie znacznie większych dawek alkoholu, co możliwe jest raczej w zakładach leczniczych dla chorych leżących. Próby nasze zwiększania niebyleż znacznego dawek, przez nas ustalonych, nie wykazały jednak przewagi leczniczej. Zwraca na siebie uwagę dobry skutek leczenia w postaci d. o., zwanej przez nas „rozstrzeniową“, zwykle przebiegającej burzliwie i z okresowymi, niekiedy długotrwałymi stanami podgorączkowymi. Nadspodziewanie metoda „alkoholowa“ wykazała nieraz swą skuteczność w d. o. zawodowej, przeważnie nowikłanej przewlekłą rozedmą i rozstrzeniami oskrzeli, jako też i w poszczególnych przyp. postaci d. o. z przeważającym udziałem w wyzwalaniu napadów przewlekłych zapalnych ognisk w obrębie dróg oddechowych. Nieznaczna poprawa — niedostateczna lub krótkotrwała — zaznaczyła się w kilku przyp. d. o. zawodowej, w różnych postaciach z na-

warstwieniem psychogennym oraz w części przyp. z uczuleniem na białko bakteryjne.

Jak z powyższego wynika, dalecy jesteśmy od uznawania proponowanej przez nas metody leczenia za swoisty i niezawodny środek przeciw tak poważnemu i różnokształtnemu cierpieniu, jakim jest d. o.; również jak najmniej jesteśmy skłonni bezkrytycznie podnosić jej wartość — usiłowaliśmy przedmiotowo odgraniczyć zakres terapeutycznego działania wstrzykiwań alkoholu; świadomi jesteśmy ponadto, że liczba spostrzeżeń

nych przez nas przypadków i okres obserwacji nie upoważniają do wydania oceny ostatecznej rozważanego sposobu leczenia; niemniej jednak sądzimy, iż dane, przytoczone i omówione w pracy niniejszej, pozwalają wyłonić wniosek, iż

opisana metoda leczenia zasługuje niewątpliwie na poważne uwzględnienie przy obiorze sposobu postępowania leczniczego względem chor. na d. o.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze Szpitala Żydowskiego w Rzeszowie
(Dyrektor: Dr Zygfryd Binder).

Uproszczony sposób bezpośredniego przetaczania krwi.

Podali

Zygfryd BINDER i Wolf SILBER (Rzeszów).

Pomysł przetaczania krwi, powstały dawno, bo jeszcze około roku 1600 (Cardanus i Pegelius), uzyskał we współczesnym lecznictwie prawo obywatelstwa dzięki pracom całej rzeszy uczonych, z których wymienimy jedynie Landsteinerja i Hirszfelda. Nauka o grupach krwi, poznanie cech serologicznych krwi oraz udoskonalona coraz bardziej technika przetaczania pozwoliły na wyłączenie różnych pow. kł. i niepowodzeń, jakie dawniej miały miejsce.

Z udoskonaleniem samej techniki przetaczania krwi zwiększa się coraz bardziej liczba schorzeń, będących wskazaniem do transfuzji. Równocześnie zaś zacieśniają się coraz bardziej przeciwwskazania: od wieku niemowlęcego po okres późnej starości staje się przetaczanie krwi zabiegiem, który w sytuacjach groźnych, pozornie beznadziejnych ratuje życie choremu, sprowadzając zasadniczy zwrot na lepsze w przebiegu choroby.

Działanie bowiem przetaczania krwi jest wielorakie: wraz z krwią wprowadzamy do ustroju pewien zasób wody i składników mineralnych w składzie ściśle fizjologicznym, podnosimy ciśnienie krwi, wzmagamy diurezę, a ponadto wspomagamy wątrobę w jej czynności odtruwania ustroju. Wraz z przetoczoną krwią wprowadzamy do ustroju chorego liczne, a dziś jeszcze bliżej nieokreślone ciała biologiczne i odpornościowe.

Dlatego też przetaczanie krwi stało się w ostatnim czasie częstym zabiegiem leczniczym, zwłaszcza od czasu wojny światowej. Znaczne rozszerzenie wskazań do przetaczania krwi spowodowało stworzenie specjalnych ośrodków dawców krwi przy większych zakładach leczniczych.

Nie pragnąc wyczerpać wszystkich wskazań do przetaczania krwi, podajemy jedynie najważniejsze:

1. Ostre i przewlekłe krwawienia: należą tu zarówno ciężkie przypadki ostrych skrwawień w chirurgii i ginekologii, jak też przewlekłe krwawienia z żołądka, nerek, gruczołu krokowego i narządów rodnych kobiecych.

2. Przetaczanie krwi jako przygotowanie przed ciężkim zabiegiem operacyjnym i jako następce leczenie pooperacyjne.

3. Choroby krwi i układu krwiotwórczego: krwawiczka (*haemophilia*), skazy krwotoczne, białaczka i ziarnica złośliwa.

4. Choroby zakaźne: płonica, błonica, dur brzuszny i posocznica.

5. Zatrucia: a) zewnątrz pochodne (endogenne) — choroba Basedowa, ciężkie oparzenia, niedrożność jelit, martwica trzustki, zatrucia pochodzenia pokarmowego u niemowląt, b) w zatruciach pochodzenia zewnętrznego — sublimat, anilina, tlenek węgla i pochodne kwasu barbiturowego (po uprzednim upuście krwi).

Z nowych wskazań wymienimy: zapalenie nerwów, dnę w okresie napadu, wrzodziejące zapalenie kiszek, odoskrzelowe zapalenie płuc, ropień płuc, uporczywe wymioty i biegunki u dzieci, zwężenie oddzwiernika u niemowląt, niektóre choroby psychiczne.

Przeciwwskazania (i to względne) stanowią: niewyrównane wady serca, ciężkie choroby nerek, nadciśnienie, zakrzep, zator, ogólnie ciężki stan chorego.

Po wojnie światowej zaczęto stosować wyłącznie pośredni sposób przetaczania krwi. Jedną z najważniejszych może przyczyn tego postępowania było niedostateczne opanowanie techniki bezpośredniego przetaczania krwi. Większość jednak autorów doby współczesnej podnosi wyższość bezpośredniego przetaczania krwi nad przetaczaniem pośrednim. Nie ulega bowiem wątpliwości, że krew „żywa“, tj. krew świeża, posiada bezsprzeczną przewagę leczniczo-biologiczną nad krwią przetoczoną pośrednio, względnie krwią konserwowaną. Brak dodatku obcego składnika (roztwór cytrynianu sodu, płyn fizjologiczny), ciepłota, zbliżona do temperatury ciała chorego, i szybkie przetoczenie krwi — to zalety, którymi góruje bezpośrednie przetaczanie krwi nad wszelkimi sposobami pośredniej transfuzji. Jednak krew, przetwarzana bezpośrednio, krzepnie zwykle szybko, co w wysokim stopniu utrudnia, a niekiedy wręcz uniemożliwia przetoczenie krwi.

Jak z podanych powyżej wskazań widzimy, powinno stać się przetoczenie krwi zabiegiem częstym, stosowanym przez lekarzy nie tylko w miastach uniwersyteckich i większych ośrodkach, lecz wszędzie tam, gdzie zachodzi tego potrzeba. Przetaczanie krwi stanąć powinno w jednym rzędzie z tak prostymi zabiegami leczniczymi, jak upust krwi, hipodermokliza, wysoki hegar itp.

Tymczasem obserwujemy zjawisko wręcz przeciwne. Nowsze metody przetaczania krwi są coraz bardziej skomplikowane, a ostatnio lansowane (np. poza tym doskonały aparat Henry Jouvletta) nawet bardzo kosztowne. W następstwie tego przetaczanie krwi staje się zabiegiem dostępnym dla pacjenta tylko w dużym i bogato urządzonej zakładzie leczniczym.

Pragnąc temu zapobiec staraliśmy się uproszczyć przetaczanie krwi jak najbardziej pod względem technicznym.

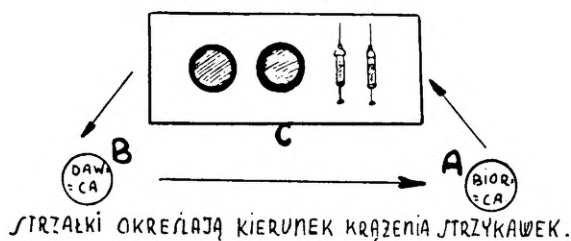
Instrumentarium potrzebne do przetaczania krwi w naszej modyfikacji jest nad wyraz skromne, a

składa się ono: z pewnej liczby strzykawek (co najmniej trzech) o pojemności 20 ccm, ewentualnie 10 ccm, igły, używanej do nakłucia żyły, kilku igieł do zastrzykiwania dożylnego, dwu węży gumowych o typie opaski *Es m a r c h a*, dwu naczyń o pojemności około 100 ccm, płynu fizjologicznego i roztworu cytrynianu sodu w ilości około 100 ccm (przygotowanych jałowo), pewnej ilości środka do oczyszczenia miejsca wkłucia igły (eter, alkohol, benzyna itp.).

W samym akcie przetaczania krwi biorą czynny udział przynajmniej trzy osoby, z których jedna musi być osobą o pełnych kwalifikacjach lekarskich, pozostałe zaś dwie rekrutować się mogą z pomocniczego personelu (siostra oddziałowa, pielęgniarka, położna, felcer itp.).

Samo założenie prawidłowego przebiegu przetaczania krwi, które podajemy w poniżej załączonym schemacie rysunkowym, opiera się na zasadzie ciągłego krążenia strzykawki od osoby, pobierającej krew u dawcy, poprzez osobę, która krew tę choremu wstrzykuje aż do osoby, która użytą strzykawkę przepłukuje roztworem cytrynianu sodu i podaje ją z powrotem osobie, pobierającej krew.

STÓŁ Z NARZĘDZIAMI



A - OSOBA O PEŁNYCH KWALIFIKACJACH LEKARSKICH

B, C - LEKARZE, EWENTUALNIE PERSONEL POMOCNICZY.

Dawca krwi leży, ewentualnie siedzi z ręką przeciwną przez poręcz krzesła. Osoba chora (biorca) leży. Pomiędzy tymi osobami znajduje się stół (nakryty jałowym kompresem operacyjnym), na którym umieszczamy strzykawkę, jako też resztę przedmiotów, powyżej wyliczonych. W dwu wyjałowionych naczyniach umieszczamy: w jednym roztwór cytrynianu sodu (osobiście używamy płynu o następującym składzie: *Natr. citr.* 1,0 — *Glucosae puriss.* 2,0 — *Natr. chlorat.* 0,2 — *Aq. dest. ster.* 100,0), w drugim płyn fizjologiczny.

O ile w zespole, który dokonywa zabiegu przetoczenia krwi, znajduje się tylko jeden lekarz, wówczas zbli-

ża się przede wszystkim do biorcy. Strzykawką, w której znajduje się kilka ccm cytr. sodu, wbija igłę do zastrzyknięcia dożylnego (o nieco większym wymiarze) w żyłę biorcy, po uprzednim założeniu węża gumowego. Wchodzi tu w rachubę głównie żyły powierzchowne, zwłaszcza żyła łokciowa. Po wciągnięciu do strzykawki krwi biorcy, i przekonaniu się, że igła tkwi prawidłowo w żyłę, wstrzykuje małą ilość roztworu cytrynianu sodu, by zapobiec krzepnięciu krwi w igle. Następnie oddaje strzykawkę wraz z igłą tkwiącą w żyłę chorego drugiej osobie, sam zaś podchodzi do dawcy. Tuż powyżej stawu łokciowego dawcy zakłada się wąż gumowy *Es m a r c h a*, uciskając w ten sposób żyłę łokciową. Przez zwiększanie lub zmniejszanie napięcia węża można regulować szybkość wypływania krwi u dawcy. Strzykawką wypłukaną uprzednio dokładnie roztworem cytrynianu sodu, a zaopatrzoną w igłę do upustu krwi, dokonywa wenepunkcji. Pobrawszy pełną strzykawkę krwi od dawcy, zdejmuję strzykawkę z igły, na którą nakłada świeżą strzykawkę, w podobny sposób przygotowaną, i oddaje ją osobie trzeciej, która w dalszym ciągu stopniowo zgodnie ze wskazówkami lekarza pobiera krew u dawcy do coraz to nowych strzykawek. Strzykawki, napełnione krwią dawcy, dostają się do rąk lekarza, który krew nierozcieńczoną wstrzykuje stopniowo choremu.

Lekarz, wstrzykujący krew biorcy, reguluje tempo pobierania krwi u dawcy. Strzykawki opróżnione wędrują z rąk lekarza do stolika. Osoba, znajdująca się przy stoliku ze strzykawkami i narzędziami, przepłukuje strzykawkę roztworem cytrynianu sodu i strzykawkę przepłukaną oddaje z powrotem osobie, pobierającej krew u dawcy. O ile ze względu na stan chorego tempo przetaczania krwi musi ulec zwolnieniu, wówczas wskazane jest wstrzyknąć co pewien czas po przez igłę, tkwiącą w żyłę dawcy, kilka kropel płynu fizjologicznego. W ten sposób zapobiegamy ewentualności wytworzenia się skrzepu w igle.

Przetaczanie krwi, dokonane w ten sposób, nie odbiega znacznie od zwyczajnego zastrzyknięcia dożylnego, różniąc się od niego tylko pewnymi szczegółami. Uproszczone w ten sposób przetaczanie krwi staje się zabiegiem technicznie nie skomplikowanym, możliwym do wykonania przez lekarza praktyka w warunkach prowincjonalnych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Liege R. — Progr. Med. 1937/20.
2. Rzepecki W. — Chirurg Polski 1938/7.
3. Spiller U. — Z. ärztl. Fortbildung 1936 5.
4. Wolf J. — Praktyka lekarska 1938.

Z teki Lekarza praktyka.

Co powinien lekarz praktyki wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych*).

Podał

J. MERENLENDER (Warszawa),

Ordynator Oddz. Dermatologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie.

VII. Leczenie pęcherzycy.

Leczenia ściśle etiologicznego, niestety, nie znamy, gdyż przyczyna schorzenia jest niewyjaśniona.

Obecnie ścierają się 3 poglądy, dotyczące przyczyn pęcherzycy: jedni łączą ją z zaburzeniami przemiany materii, głównie zaś — przemiany wodnej (gotowość

*) p. NrNr 7, 21/22, 27/28, 34, r. 1938 i NrNr 2, 8—9 b. r.

obrzękowa, zatrzymanie soli kuchennej), inni badacze sądzą, że mamy tu do czynienia ze zjawiskiem alergicznym (uczuleniem wielowartościowym), wielu znów upatruje tło bakteriologiczne jako główny moment schorzenia.

Pomimo braku ściśle określonych metod leczniczych, co jest naturalne ze względu na niewyjaśnioną przyczynę schorzenia, nie powinniśmy jednak rozkładać rąk, gdyż rokowanie nie zawsze jest rozpaczliwe. Przekonałem się wielokrotnie, że przebiegu pęcherzycy z góry przewidzieć nie można; widziałem chorych, u których nawroty zjawiają się od szeregu lat przy niezłym stanie somatycznym (*pemphigus benignus*); łagodnie przebiegający przypadek, w którym schorzenie trwało od blisko 7 lat był niedawno w moim oddzia-

le spostrzegany i demonstrowany; również i obecnie spostrzegam 2 przypadki, będące w względnie dobrym stanie od 2 — 3 lat. W przytoczonych przypadkach tych nie chodzi bynajmniej o chorobę Dühringa, która ma zazwyczaj dobrą prognozę.

W postępowaniu leczniczym stosujemy: leczenie miejscowe, leczenie ogólne (tętno zujące i przestrajające) oraz środki działające antyseptycznie (mając na względzie ew. tło bakteryjne).

W leczeniu objawowo - miejscowym mamy w pierwszej linii na względzie długotrwałe (codzienne!) kąpiele. Ideałem dla dotkniętego pęcherzycą jest łóżko wodne, tj. urządzenie, w którym pod kontrolą pielęgniarską regulowana jest ciepłota wody, należyty dopływ i odpływ jej; chory przebywać może w takiej kąpiele w ciągu wielu tygodni i miesięcy. Doskonałe i nowoczesne urządzenia tego rodzaju widziałem w Klinice Wiedeńskiej (Arzta), która rozporządza 10-ma takimi łózkami. Stała kąpiel ma nie tylko znaczenie lecznicze, ale i działa wybitnie dodatnio na ogólny stan chorego. Wobec braku takiego urządzenia zadawała się zwykłą wanną, w której chory codziennie przebywał przez kilka godzin, oczywiście, pod należytą opieką pomocniczo-lekarską.

Poza tym posługujemy się — po nacięciu pęcherzy — opatrunkami (jałowym i maściowym). W oddziale stosujemy bardzo łagodne maści, wymienione w rozdziale o wyprysku, oraz następujące:

<i>Camphor. trit.</i> 0,5—0,1	<i>Bismuti subnit.</i> 1,0—2,0
<i>Acid. borici pulv.</i> 1,0—2,5	<i>Acid. borici</i> 1,0—2,5
<i>Zinci oxyd.</i>	<i>Iannini</i> 0,5—1,0
<i>Glycerini aa</i> 5,0	<i>Vaselini ad</i> 50,0
<i>Vaselini ad</i> 50,0	
<i>Dermatoli</i> 2,5—5,0	<i>Collargoli</i> 5,0
<i>Ativanoli</i> 0,5	<i>Vaselini ad</i> 50,0
<i>Dermitrini ad</i> 50,0	

Przy umiejscowieniu pęcherzycy w jamie ustnej stosujemy płukania z nawaru z ziół (np. *folia chamomillae* albo *altheae*), do którego dodajemy parę kropel *T-rae opii*; skuteczne są pędzlowania pyoktaniną (2% na glicerynie) itp.

Przed posiłkami zalecam smarowanie dziąseł, względnie języka 2% Nowokainą albo też — czystą anestezyną (w minimalnej ilości na koniec języka).

W leczeniu ogólnym mamy na względzie przede wszystkim czynność sercową, podając w miarę potrzeby leki nasercowe, poza tym podajemy ze względu na dolegliwości podmiotowe zarówno wewnątrznie (*narcotica*), jak i zewnętrznie (np. Anestezyną) środki kojące.

Poza tym stosujemy w postaci wstrzykiwań podskórnych: strychninę, arszennik, fosfor i t.p.

Niekiedy podajemy Chininę (2—3 gr. dziennie) w skojarzeniu z urotropiną (dożylnie) według metody Leszczyńskiego.

Chętnie stosujemy leczenie bodźcowe: autohemoterapię, flavon-kazeinę, przetwory wątroby i t.p.

W bardzo ciężkich, względnie uporczywie nawracających postaciach widziałem niekiedy dobre (co prawda, chwilowe) wyniki po zastosowaniu transfuzji krwi (4—5 razy po 150—200 cm³).

W szeregu przypadków stosowałem szczepienie krowianki ospowej, wprowadzone przed kilku laty przez niektórych dermatologów niemieckich; nie spostrzegalem jednak wyraźnego wpływu szczepienia na przebieg pęcherzycy.

W myśl teorii o zaburzeniu przemiany materii i wobec gotowości obrzękowej stosujemy dietę bezsolną (zmodyfikowaną Gerson-Hermansdorfer).

W oddziale Dra Bernharta widziałem w swoim czasie niekiedy chwilową poprawę pęcherzycy po stosowaniu dożylnych wlewań 1% błękitu metylowego, względnie trypanu; metoda jest dość kłopotliwa, a nawroty występują szybko. Metoda ta zastosowana w kilku przypadkach oddziałowych nie zachęciła nas do dalszego jej stosowania.

Pragnę nadmienić, że w szeregu przypadków zastosowaliśmy w oddziale — zalecane przez niektórych autorów — przetwory sulfamidowe (antistreptina, uliron, prontasil); nie dostrzegaliśmy jednak żadnego wpływu leczniczego tych przetworów na pęcherzycę.

Naświetlania promieniami Roentgena zwłaszcza (parawertebralne) nie wpływały dodatnio na spostrzeganych przeze mnie chorych pęcherzycowych; w jednym przypadku rozległej brodawkującej pęcherzycy stwierdziłem znaczne pogorszenie cierpienia po miejscowym naświetlaniu promieniami Roentgena.

Niekiedy widywałem ustąpienie pęcherzycy (zwłaszcza brodawkującej) na czas dłuższy po zastosowaniu przetworów novarsenobenzolowych (około 3 gr na leczenie), względnie Acetylaršanu.

Podczas zwiedzania kliniki Oppenheima w Wiedniu miałem okazję widzieć przypadki, w których wykwitły dość szybko cofały się po doustnym podawaniu Spirocidu (= Stovarsol); podaje się podczas leczenia tyle tabletek, ile kg wynosi waga danego chorego. W oddziale zastosowaliśmy leczenie to (4 dni z rzędu po 3 tabletki na czczo, 3 dni przerwy) w szeregu przypadków, ale bez zadowalających wyników.

Kilka lat temu wprowadził Sonnenberg (Łódź) sublimat do lecznictwa pęcherzycowego. Niedawno miałem okazję oglądać (na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Dermatologicznego) 5 chorych pęcherzycowych, demonstrowanych przez Sonnenberga, a leczonych przez niego sublimatem.

W chwili demonstrowania choroby ci byli bez objawów, a w obserwacji i leczeniu sublimatowym 3—4 lata. Sonnenberg stosuje codziennie wstrzykiwania domięśniowe 1% wodnego roztworu sublimatu; w przypadkach uporczywych Sonnenberg cierpliwie wstrzykuje (w ciągu bardzo długiego czasu) lek ten nawet 200—300 razy; skrupulatne badania moczu wykazują nieszkodliwość tego leczenia, a wyniki są bardzo dobre. Leczyliśmy w oddziale około 10 chorych tą metodą (zresztą bolesną), ale wyników zadowalających nie uzyskaliśmy; być może, żeśmy dawali — z przyczyn od nas niezależnych — za mało wstrzykiwań (15—25).

Stosunkowo najlepsze wyniki lecznicze uzyskałem po stosowaniu Germaniny. Stosujemy w cddz ale przyspieszone leczenie germaniną, mianowicie po podaniu pierwszych dwóch dawek słabych po 0,5 stosujemy nadal 1 gr co II—III dzień. Zazwyczaj podajemy Germaninę w wstrzykiwaniach dożylnych (roztwór w 5 cm³ soli fizjologicznej), w razie niedogodnych żył stosujemy przetwór ten domięśniowo. W przypadkach, gdy pęcherzyca po zakończeniu takiego leczenia wyraźnie nie ustępuje — stosujemy już po 2—3 tygodniach następną serię (5 gr) Germaniny. Na podstawie wielu przypadków (leczonych w oddziale, jak i prywatnie) mogłem się przekonać — z wyjątkiem jednego niepomyślnego spostrzeżenia — że metoda ta jest obecnie względnie najlepsza, jeżeli chodzi o długotrwałość remisji.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Postępy pediatrii w r. 1938.

Podał

Mieczysław ZAMENHOF (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 15).

Choroby zakaźne.

Czerwinka. Wydzielanie soku żołądkowego i dwunastniczego ulega zmniejszeniu. W rekonwalescencji wraca naprzód wydzielanie trypsyny i amylazy, natomiast wydzielanie lipazy dłuższy czas jest zmniejszone. Z tego wynika, że ilość tłuszczów należy ograniczyć, a zwiększyć można ilość białka i węglowodanów (Gambourg — *Pediatr.* 4).

Owczynnikowa (Ped. 4) stosowała różne soki owocowe i nigdy nie spostrzegła pogorszenia stolców; wobec tego soki te podawać można i należy (dla uniknięcia hipowitaminozy).

Błonica. W ciężkich przypadkach ogólnie zalecają stosowanie preparatów z kory nadnercza wraz z witaminą C. Nie wszyscy jednak widzieli przy tym pomyślne wyniki (Werner — *Klin. Woch.*). Podobne działanie do kory nadnercza ma *Detoxina* (pochodna glutationu), którą Konitzer (*Fortschr. Ther.*) zaleca stosować w ciężkich przypadkach z witaminą C.

W Szpitalu Karola i Marii w Warszawie stosuje się w bardzo ciężkich przypadkach, prócz surowicy błoniczej, 20—80 cm surowicy przeciw zgorzeli; w przeszło 50% przypadków otrzymywano pomyślne wyniki. Posiew z gardła nie wykazywał nigdy *b. perfringens*, tylko bardzo toksyczne, hemolizujące gronkowce (Kłobukowska — *Ped. Pol.* 18).

W sprawie dawkowania surowicy Chiari (*Arch. Kind.*) radzi stosować małe dawki: w lekkich przypadkach 100 jedn. na kg., w średnich 200—400, tylko w b. ciężkich trzeba podawać duże dawki. Nie ilość gra rolę, lecz czas podania.

Najlepiej działa zwykła surowica; oczyszczona (uboga w białko) i skoncentrowana (bogata) mają mniejsze działanie; prawdopodobnie przy przygotowaniu nastąpiło uszkodzenie ciał odpornościowych (Borman — *Z. Kind.*).

W porażeniach błoniczych Tecilaciz (*Kl. Woch.*) stosuje *tetraphan* 2,2—3,3 dziennie naprzemian domięśniowo i dokanałowo oraz 2—3 tabl. dziennie.

Berger na dużym materiale stwierdził, że szczepienia przeciwbłonicze nie wpływają na proces gruźliczy.

Hansen (*Kl. Woch.*) próbował przy pomocy pędzlowania 3% alkoholowym roztworem pyoktaniny przyspieszyć znikanie b. błonicy, co jednak pozostało bez skutku.

Płonica. Goruszina (*Pediatr.* 1) stwierdziła, że przebieg choroby w I okresie u dzieci szczepionych jest taki sam, jak u nieszczepionych. Natomiast w II okresie jest nieco łagodniejszy, powikłania rzadsze, przypadków śmierci nie było; choroba posurowicza jest raczej częstsza.

Odra. Zapobiegawczo ogólnie zalecają obecnie wyciąg z łożyska, w ilości 10—25 cm³. Wg. niektórych (Peters — *Z. Kind.*) tylko 50% dzieci nie ulega zachoro-

waniu i to, gdy zastrzyknięcie było zrobione w 2 dniu inkubacji. Inni (np. Schestedt, Frey — *Med. Klin.*) mieli dobre wyniki w 80% i stosowali preparat do 6 dnia inkubacji. Parisch (*Brit. med. J.* 4044) osiągał tylko złagodzenie przebiegu. W odrze i odrowym zapal. płuc Radu (*Mschr. Kind.* 73) zaleca pyridium w zastrzykiwaniach (0,01—0,02 *pro dosi*).

Krztusiec. Zischinski (*W. kl. Woch.*) obserwował liczne przypadki kilkakrotnych zachorowań. Często brak było okresu nieżytowego; powikłania płucne są równie częste, jak w pierwszym zachorowaniu.

Ronchi (*Acta Paed.* 22) zaleca w *stadium convulsivum* stosowanie *Drosera rotundifolia* w dawkach homeopatycznych D 30.

Choroba Heine-Medina. Najlepszą metodą zapobiegawczą jest rozpylanie *zinc. sulphur.* w *regio olphactoria* (1% roztwór + ½% pantocain—Schultz — *J. Pad.* 13). Może to jednak spowodować długotrwały zanik powonienia (Tisdall — *tamże*).

Ogólnie przyjęte jest, że najlepszym środkiem leczniczym jest surowica ozdrowieńców, podana do kanału w ilości 10 cm³ (Kander—*W. Kl. W.* 17—21). Należy ją podawać w okresie prodromalnym, przy czym najsilniej działa surowica tych chorych, którzy mieli objawy oponowe, gdyż u nich zwykle nie dochodzi do porażenia (świadczą to o dużej ilości przeciwciał). Niesłuszne jest natomiast podawanie surowicy ludzi z porażeniami, co się zwykle praktykuje (Pfaundler — *M. m. W.*). Nie wszyscy wierzą w skuteczność surowicy. Np. Mai (*M. m. W.*) na materiale 335 dzieci stwierdza, że los dzieci, leczonych surowicą, nie jest lepszy, niż dzieci nieleczonych; surowica nie zapobiega porażeniom, nawet, jeśli jest bardzo wcześnie podana.

Ponieważ w *poliomyelitis* stwierdza się obrzęk mózgu, więc Vasarhelyi (*Orv. Hetil* 639) stosuje odwodnienie za pomocą dożylnych zastrzyków 40% glukozy (przez 10 dni 20—40 cm³) i co godzinę łyżkę stółową 10% *Sol. natr. acet. per os*. U połowy chorych porażenia cofnęły się, u innych poprawa.

Colarizi (*W. kl. Woch.*) stosował z dobrymi wynikami ultrakrótkie fale u dzieci od 3 miesięcy do 3 lat od drugiego do piętnastego dnia choroby; liczba seansów 10—20, czas seansu 7—10 minut.

Również wg. Meyera (*Rev. fr. de Ped.* 2), krótkie fale (i diatermia) są najlepszą metodą leczniczą; dobre wyniki daje również jonizacja mózgowo-rdzeniowa, natomiast należy odrzucić naświetlania rentgenem, zwłaszcza późne; radioterapia jest pożyteczna tylko w postaciach bolesnych (te same rezultaty dają częste nakłucia lędźwiowe).

W 3-m tygodniu choroby należy, wg. Wojciechowskiego (*Chir. narz. ruchu* 11), rozpocząć gimnastykę podwodną, która wpływa korzystnie również na psychikę dziecka.

Gościec. W przypadkach wątpliwych duże usługi oddaje odczyn B. B. F. Wg. prac Brokmana, odczyn ten jest swoisty i wypada dodatnio w około 80% przypadków.

Wolffe (*Arch. of Ped.* 55) podkreśla szereg objawów ubocznych, jak zmęczenie, sztywność karku, miękkie, powiększone gruczoły szyjne, bóle brzucha, moczenie itd., które uważa za objawy alergii w stosunku do różnych bakterii i produktów ich przemiany ma-

terii. Autor wyhodował z nosa, gardła i kału szereg drobnoustrojów i w razie stwierdzenia wrażliwości na nie (za pomocą próby skórnej) stosuje je podskórnie z pomyślnymi wynikami.

Swift (J. Amer. Med. Ass. 110) stosował *sulphanilamid*. Toksyczne działanie było tak silne, że autor uważa stosowanie tych preparatów w schorzeniach reumatycznych za przeciwwskazane.

Chorobę Stilla uważa Edström (Z. Rheumaforsch. 1) za *polyarthr. rheum. chron.* Autor stosował co kilka dni zastrzykiwania *Solganalu*, poczynając od 0,01. U jednej trzeciej pacjentów wystąpiły powikłania (wysypki, biegunka, trombopenia, podrażnienie nerek); w jednym przypadku nawet śmierć z powodu agranulocytozy. Ogólny wynik był jednak zadawalający.

Choroby nerwowe.

W przypadkach *meningitis serosa lymphocyt. i tbc.* Gorlitzer (Med. Klin. 334) stosował dołędźwiowo wstrzykiwania 1 cm³ 0,02 mol. roztworu chlorku manganu. Autor otrzymywał wyleczenia nawet tam, gdzie stwierdzano prątki w płynie.

Preparaty sulfamidowe stosuje się obecnie bardzo często, zwłaszcza w ropnych zapaleniach opon mózgowych. Martin (Paris Med.) zaleca podawanie 0,1—0,15 kg *per os* lub 0,85% roztwór do kanału.

W podobnych dawkach stosował sulfamid Wilken (J. Amer. Med. Ass. 110) w *meningitis epidem.* tam, gdzie surowica nie dawała wyniku.

Coraz więcej opisuje się ostatnio przypadków leczenia *meningitis epidem.* wyłącznie przy pomocy preparatów sulfamidowych (np. Zagdoun i Oemischen) (Bull. Soc. Med. Hep. 54). Gehrt (D. m. W. 21) wyleczył 3½ miesięczną niemowlę ulironem (4 uderzenia po 3—6 dni, 4× 0,5 dziennie); żadnych objawów ubocznych nie było.

W leczeniu *mongolismus* Lereboullet (Nourisson 4) zaleca fosfor, wapń, jod, żelazo, witaminy oraz opoterapię (preparaty tarczycy, grasicy, przysadki i nadnerczy). Dla usunięcia niepokoju gardenal, w razie stwierdzenia kiły — leczenie swoiste. Dzieci nieleczone osiągają najwyżej rozwój 3-letniego dziecka; przy pomocy odpowiedniego postępowania lekarsko-pedagogicznego można osiągnąć rozwój, odpowiadający 8-letniemu dziecku.

Drgawki, występujące we wczesnym dzieciństwie, połączone z zaburzeniami organicznymi i zanikiem inteligencji, są, według Wittermana, objawem złośliwie przebiegającej padaczki (Etiolog.: uraz porodowy lub *Encephalitis*). W tych przypadkach naświetlania promieniami Roentgena mogą wstrzymać proces, a czasem nawet spowodować cofnięcie się objawów.

Bender (Arch. of ped. 55) leczył *dystrofia muscul. progres.* glikokolem, podając dzieciom poniżej 10 lat 2×5 g, starszym 3×5 g, u niektórych stosował prócz tego glikokolektroforezę. Metoda ta dała dobre wyniki.

Schauf (Z. klin. Med.) uważa, że glikokol, podobnie jak adrenalina, powoduje rozpad glikogenu w mięśniach; kreatynuria nie jest czymś swoistym dla *dystrophia musc. pr.*

Narząd moczopłciowy.

Nephritis chronica może stać się przyczyną *rachitis renalis*; w schorzeniu tym powstają zaburzenia we wzroście kości, nie poddające się na ogół leczeniu.

Graham (Arch. Dis. Child. 13) stosował *alka-*

lia i witaminy A i D; po paromiesięcznym leczeniu zaburzenia kostne ustąpiły.

W ropomoczu kw. migdałowy działa, gdy jego stężenie w moczu osiągnie 0,5—1%; działanie jest lepsze w środowisku kwaśnym, w stanach podostrych i przewlekłych, oraz gdy stwierdza się *b. coli*, gronkowce i paciorkowce.

Sulfanilamid natomiast działa lepiej w środowisku alkalicznym, w stanach ostrych oraz w obecności *b. proteus* (Helmholtz — Acta. Paed.).

Omawiając leczenie nerczycy lipidowej Rathery (Bul. Soc. Med. Hop.), kładzie nacisk na konieczność podawania dużych dawek *tyreoidyny* (do 1 g).

W leczeniu *vulvovaginitis* stosuje się preparaty sulfamidowe i hormonalne. Co do pierwszych, to wielu autorów wyraża się z dużym uznaniem. Np. Martin (Bul. Soc. Ped. II) otrzymywał wyleczenie w ciągu 8—15 dni, stosując 1,5—2 g preparatu 1162 F dziennie. Natomiast Holmes (J. Pediatr. 12) miał dobre wyniki tylko w 15% przypadków.

Przy okazji wspomnę, że w *blennorrhoea neonatorum* Slobozianu (Dermat. Woch.) miał dobre wyniki, stosując prócz leczenia miejscowego 0,5 do 1,5 tabletek *ulironu* dziennie; żadnych ubocznych skutków nie spostrzegał.

Z preparatów hormonalnych lepiej stosować *follikulinę*, niż preparaty jajnikowe, gdyż te dają często bóle brzucha. Dawkowanie: 5000 do 25000 jednostek (Fonseca e Castro — Arch. med. enf. II).

W sprawie leczenia hormonem gonadotropowym *cryptorchismus*, niektórzy podają za najlepszy wiek do rozpoczęcia kuracji od 6 do 8 lat (Tetamenti — Rev. Med. Del. Rosario), inni od 10 do 14 lat (Mimpris — Lancet 533). Co do dawkowania, to Ucho (Paris Med.) stosuje 3 serie z 12 zastrzyknięć od 2 do 3 razy tygodniowo po 500 jednostek. Inni stosują większe dawki.

Skóra.

Hamburger i Dietrich (Acta Paed. 22) zwracają uwagę, że *strophulus* może być wywołany nie tylko przez pokarmy, lecz również przez czynniki zewnętrzne, np. pluskwy, pchły, itp.

Stolcman-Łapińska (Medyc. 10) stosowała *septazynę* z dobrymi wynikami w przypadkach *abscessus multiplex*, *pyodermia*, *psoriasoid* i inn. W *abscessus multiplex* Temming (Kind. Praxis 9) radzi zamiast nacięć stosować termokauter ze względu na małe krwawienie i małe niebezpieczeństwo wtórne go zakażenia; przy tym przypalanie działa podobnie, jak *proteinoterapia*. Ze względu na możliwość powstawania dużych blizn lepiej nie stęsczać na twarzy.

Ostatnio dużo pisano o *anatoksynie* gronkowcowej. W piśmiennictwie francuskim i rumuńskim zjawiają się wzmianki o korzystnym jej działaniu w *impetigo*, *pyodermia*, *ecthyma*, itp.

W schorzeniach typu *pemphigus* (jak *p. vulgaris*, *foliaceus*, *dermatitis herpetiformis* itp.) Roemer (Köln. Dissert.) stosował *germaninę*, otrzymując dobre wyniki w około 40% przypadków.

Octinum (methyloctenylamin) stosowano dotychczas jako *antispasmodicum*. Preparat ten ma jeszcze inne własności, a mianowicie podrażnia układ współczulny, działa znieczulająco i przeciwwzapalnie.

Ettinger (Med. Klin.) stosował go z dobrymi wynikami w leczeniu *eczema*, *neurodermitis*, *urticaria* itp. schorzeń, przebiegających z silnym świądem.

Oceny książek.

Pierre MOLLARET. *Interprétation de fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination*. VIII + 441. Éditeurs Masson et Cie. Paris 1937. Prix 60 fr.

Wyczerpująca monografia z dziedziny wielce aktualnej, chronaksji, poświęcona Lapique'owi, jednemu z twórców i pionierów tej nauki, i Guillaînowi, w którego klinice autor zbierał swój materiał eksperymentalny i kazuistyczny w ciągu 12 lat. Autor zadał sobie trud zestawienia i przestudiowania całego piśmiennictwa i wyprowadzenia wniosków teoretycznych i praktycznych. We wstępie, Mollaret uważa za stosowne podkreślić rewolucyjny pogląd niektórych anatomów i fizjologów ostatniego trzydziestolecia na budowę substancji nerwowej i przewodnictwo jej: Ramon y Cajala (discontinuité histologique du système nerveux), Sherringtona (transmission de l'influx nerveux) i L. Lapique'a (théorie chronaxique et la subordination dans le système nerveux). Rozkład materiału jest następujący: I. Pojęcie chronaksji: geneza, praktyka mierzenia, pierwsze prawa Lapique'a, zdobyte na zwierzętach i Bourguignona na ludziach, chronaksja ruchowa, czuciowa, zmysłowa, chronaksja neuronów zwierzęcych i wegetatywnych. II. Pojęcia subordynacji czyli podporządkowania: geneza, rozciągłość subordynacji na neurony ruchowe i nieruchowe, obwodowe i ośrodkowe, zwierząt i ludzi, infekcyjne i toksyczne. III. Odmiany subordynacji na różnych piętrach układu nerwowego: a) *telencephalon*, *diencephalon*, trzon mózgu, układ mózdkowy i błędnikowy, rdzeń, układ czuciowo-zmysłowy, obwód nerwowy, mięśnie poprzecznie prążkowane i gładkie; b) układ roślinny, humoralny, wewnątrzwydzielniczy i fizykochemiczny. IV. Podporządkowanie w stosunku do ułożenia i postawy ciała: tułowia, kończyn i poszczególnych odcinków kończyn u zwierząt i ludzi. Umiejętne połączenie fizjologii eksperymentalnej z praktyczną semiotyką. Przedmowa ciepła Lapique'a. Bibliografia zajmuje całe 30 stron. Z polskich prac wzmiankowane są J. Hurynowiczówny.

H. Higier.

F. BERTRAM. *Die Grundlagen der neuzeitlichen Ernährung des deutschen Menschen*. Georg Thieme — Verlag, Leipzig 1939. Cena RM. 5.—. Str. 140 z 6 rysunkami i 25 tablicami.

Całe żywienie człowieka zdrowego i chorego ujmując autor pod kątem widzenia tzw. regulatorów (Regelungstoffe), do których autor zalicza witaminy i sole mineralne, a z ciał wewnątrzustrojowych — hormony, poświęcając stosunkowo mało uwagi stosunkom kalorycznym. W przeciwstawieniu do starych autorów niemieckich Bertram jest zwolennikiem niskiej normy białkowej, zbliżonej do normy Bądyńskiego. Normę tę proponuje autor pokrywać po części białkiem roślinnym, po części mlekiem zbieranym, serem, rybami, ograniczając spożycie

mięsa. Autor jest przeciwny również spożywaniu nadmiernych ilości tłuszczów, co należało do zwyczajów niemieckich. Wobec tego gros pożywienia powinny stanowić węglowodany: pieczywo i inne pokarmy zbożowe, jarzyny, owoce. Dużo miejsca poświęca autor omówieniu zalet ciemnych gatunków pieczywa w porównaniu z białym, w którego wyłącznym spożywaniu upatruje przyczynę próchnicy, paradentoz, nieprawidłowości zgryzu, chorób nerwowych, bezpłodności i w ogóle tzw. chorób cywilizacyjnych. Przyczyny wzrostu liczby rozmaitych schorzeń, między innymi moczówki cukrowej, dopatruje się B. w przekarmianiu. Te wszystkie tezy stara się autor udowodnić wynikami głównie ostatnich badań niemieckich. Nie ma natomiast żadnego uzasadnienia naukowego truizmu, że tylko produkty, wyrosłe z gleby ojczystej, idą na zdrowie. Tłumaczy się on, podobnie jak hasło: „Kampf dem Verderb“, trudnościami gospodarczymi, ekonomicznymi i aprowizacyjnymi Niemiec. Szczegółowo omawia autor dietę surówkową, jarską i postną. W ogólnych zarysach omawia autor postępowanie dietetyczne w chorobach: a) będących następstwem zaburzeń roślinnego układu nerwowego (żołądka, jelit, schorzenia kamicze), b) z zapaleniem surowiczym (choroby zakaźne, układu krążenia, nerek, wątroby, alergiczne), c) hormonalnych (otyłość, chudość, choroba Basedowa, cukrzyca, dna), d) nowotworowych i układowych (rak, mięsak, choroby krwi). Wobec nieprzychylnego ustosunkowania się autora do tłuszczów uderza stosunkowo duża norma tłuszczowa (100 gr) w moczówce cukrowej.

H. Landau.

REICHENMILLER Hans. *Die Bekämpfung des Gebärmutterkrebses*. Sonderbaende der Strahlentherapie, Bd. XXIII. Nakładem Urbana i Schwarzenberga 1939. Stron druku 140 i 22 odditki.

Praca obejmuje materiał nowotworowy za okres 1918—1935 r. Kliniki Ginekologicznej Uniw. w Tubindze. Dzieli ona całkowity materiał na następujące kategorie: 1) nowotwory operowane (Freund — Wertheim), 2) naświetlane i następnie operowane, 3) operowane i następnie naświetlane, 4) wyłącznie naświetlane. Oddzielnie omawiane są raki szyi macicznej i raki trzonu. Klinika przechodziła powolną ewolucję swego postępowania od wyłącznie operacyjnego do zasadniczo promieniotętnego. W rezultacie tego postępowania odsetek absolutnego wyleczenia poprawił się w rakach szyi z 18 na 32. Śmiertelność pooperacyjna, która wynosiła początkowo w okresie wyłącznie taktyki operacyjnej 20,3%, spadła przy naświetlaniu przygotowawczym, przedoperacyjnym do 4,5%. W rakach trzonu macicznego wyniki promieniotętnictwa ustępują znacznie wynikom operacyjnym. Jedynie nieznaczną poprawę wyników wniosło naświetlanie pooperacyjne. Na zapytanie więc „nóż, czy promienie“ autor odpowiada: promienie w rakach szyi, nóż w rakach trzonu.

Dr B. Kryński.

Wskazówki praktyczne.

E. Wajs stosował szczepionkę nieswoistą *Fortadin* w 120 przypadkach, obejmujących schorzenia: *abscessus peritonsillaris*, *angina tonsillaris*, *influenza*, *bronchitis*, *polyarthritides rheumatica* itp. Leczeniem *Fortadiną* osiągał autor szybkie obniżenie ciepłoty, lokalizację schorzenia oraz skrócenie i złagodzenie objawów chorobowych. (Nowiny Lekarskie Nr 19, 1938).

M. Chylewski poleca wieloważną szczepionkę *Multi-gon*, jako pełnowartościowy biologiczny środek leczniczy, działający swoiście na zakażenie rzeżączkowe. Autor zaleca stosowanie szczepionki wyłącznie drogą iniekcji domięśniowych. (Nowiny Lekarskie Nr 18, 1938).

Stalker wypróbował działanie *Dorylu* (chlorku karbaminoilochinoliny) w zatrzymaniu moczu wskutek chorób nerwowych i psychicznych. Przez stosowanie *Dorylu* w dawkach po 0,25 mg, wstrzykiwanych domięśniowo — ewent. powtórnie wstrzyknięcie po pół godzinie — unikał cewnikowania, a tym samym niebezpieczeństwa zakażenia. (Brit. Med. Journ. 1938 Nr 4042).

Sande stosował u chorych, wykazujących dużą nietolerancję wobec preparatów złotych, dożylnie *Cebion*. W doświadczeniach na świnkach morskich stwierdzono, iż przy leczeniu preparatami złota zmniejsza się liczba leukocytów i zawartość witaminy C. (Klin. Wochenschr. 1938 Nr 50).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Sekcja kliniczna.

CCLXII posiedzenie z dnia 30 stycznia 1939 r.

Obecnych 28.

Przewodniczył Jelenkiewicz.

1) H. Zeldowicz i J. Sierota. Zaburzenia zwieraczy pochodzenia ośrodkowego z pokazem przypadku.

Pokazy:

78-letni chory E. St. wykazuje słabo zaznaczone objawy porażenia połowiczego prawostronnego, pozostałości po przebytych porażeniach lewostronnym oraz objawy pozapiramidowe (charakterystyczną postawę, chód „à petits pas”, ruchy mimowolne w palcach prawej stopy).

Od pół roku cierpi na zaburzenia pęcherzowe: oddaje często drobne ilości moczu i nie jest w stanie powstrzymać mikcji z chwilą odczucia parcia. Celowe oddanie moczu przy niepełnym wypełnionym pęcherzu jest możliwe, przychodzi jednak z dużą trudnością.

Możliwość występowania zaburzeń zwieraczy w przebiegu zmian mózgowych znana jest od dawna. Największą ilość podobnych spostrzeżeń opisano podczas Wojny Światowej (rany postrzałowe czaszki). Autorzy podkreślają przy tym okoliczność, że trwałe zaburzenia pęcherzowe towarzyszą wyłącznie obustronnym uszkodzeniom mózgu.

W świetle ostatnich badań doświadczalnych (Langworthy i in.) przyjmujemy następujące tłumaczenie tych zaburzeń.

Górna część szypuły mózgowej zawiaduje napięciem mięśni gładkich pęcherza na drodze podobnych odruchów, jak te, które warunkują napięcie mięśni szkieletowych. Ośrodek ten znajduje się pod wpływem hamującym ośrodków wyższych, umiejscowionych prawdopodobnie w okolicy ruchowej kory. Uszkodzenie dróg, łączących ośrodki korowe z podkorowymi, wyzwała te ostatnie z pod wpływu hamującego i powoduje wzmoczenie napięcia mięśniówki pęcherza — stąd nakazowe parcie na moczu przy niewielkiej pojemności pęcherza (pęcherz hipertoniczny). Uszkodzenie samych ośrodków podkorowych znosi napięcie mięśni gładkich pęcherza, ścianka jego więc zcieńszała i niezdolna do skurczu — stąd utrudnienie mikcji, zaleganie moczu i ew. *ischuria paradoxa* (pęcherz hipotoniczny).

W przedstawionym przypadku zaburzenia pęcherzowe noszą niewątpliwie charakter hipertoniczny. Anatomicznym ich podłożem są prawdopodobnie obustronne zmiany rozmiękczynowe w obrębie ciał prążkowanych i wzgórków wzrokowych (streszczenie własne).

Dyskusja:

Suesswein przypomina, iż są pewne kierunki w neurologii, które uważają, że *ischuria paradoxa*, *incontinentia urinae*, *retentio urinae* są zaburzeniami, zależnymi od stopnia uszkodzenia rdzenia, a nie mogą służyć dla lokalizacji cierpienia.

Herman uważa, że, jeżeli w sprawach mózgowych występują tego rodzaju zaburzenia mikcji, dowodzą one zaburzeń w obu półkulach mózgowych.

Sierota odpowiada.

Odczyt:

2) W. Róbin i S. Jedwab. O wartości klinicznej próby Freund-Kaminerówny w raku przewodu pokarmowego (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

J. Stein podkreśla w związku z powyższym referatem, co następuje. 1. W związku z zarzutem prelegenta, że odmienne wyniki pracy Floksztumpfa, Ławkowicza i Steina nad odczynem Freunda mogą zależeć od uszkodzenia zawiesziny przy jej przewożeniu, należy zaznaczyć, że zawiesziny komórkowe sprowadzono bezpośrednio od prof. Freunda z Wiednia, ażeby wyłączyć możliwość błędów technicznych przy sporządzaniu zawiesziny; zawiesziny komórkowe każdorazowo sprowadzono pocztą lotniczą; jakiegokolwiek uszkodzenie komórek należy uważać za wyłączone; 2. prelegent zwracał uwagę na znaczenie stosowania specjalnej diety przed pobraniem kału do badania;

w przypadkach badania surowic dieta taka nie odgrywa najprawdopodobniej żadnej roli; 3. oprócz pracy Floksztumpfa, Ławkowicza i Steina, istnieje jeszcze cały szereg prac innych autorów, których ocena odczynu Freunda-Kaminerówny wypadła zdecydowanie ujemnie (m. in. Monakow, Kraus); 4. odczytywanie odczynu Freund-Kaminerówny może podlegać znacznym wahaniom subiektywnym, przy czym nierzadko w 2 porcjach tej samej surowicy lub kału odczyn wypadł odmiennie; 5. „oryginalne”, przesłane przez prof. Freunda hodowle *ca coli* — nie zawierały w ogóle *b. coli*, a pałeczkę, odpowiadającą pałeczce metadysenterii Schmitza; 6. badania Floksztumpfa, Ławkowicza i Steina wykazały zupełny brak wartości diagnostycznej odczynów „cytolitycznych”, a właściwie karyolitycznych Freunda-Kaminerówny; 7. z odczynów Freunda pewne nadzieje budzi jedynie odczyn oksyproteinowy, nad którym prof. Freund ostatnio pracuje. Odczyn Freunda na kwasy oksyproteinowe w moczu dał mowcy we wszystkich 9 przypadkach raka wynik dodatni, w jednym przypadku czerniaka — ujemny (streszczenie własne).

W odpowiedzi wyjaśnia Jedwab, że próby posyłał do badania jako ślepe (bez rozpoznania), a jednak ogromny odsetek wyników był dodatni, zgodny z rozpoznaniem klinicznym. Rozbieżność wyników należy tłumaczyć ewentualnymi błędami w technice. Ostatnio uważa się odczyn Freund-Kaminerówny za odczyn zaczynowy, chociaż chodzi tutaj głównie o brak kwasu normalnego i obecność kwasu rakowego. Odczyn Freund-Kaminerówny mówi o dyspozycji rakowej, a nie o raku.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Pediatrycznego z dnia 16 grudnia 1938 r. (Med. Klin. Nr 8/1939) pokazywał H. Opitz przypadki *gruźlicy anergiczej*. Dotyczyły one dwójki dzieci z gruźlicą szwajnych gruczołów chłonnych oraz jednego z żółtowymi zmianami skóry (*scrophuloderma*), które pomimo wielokrotnych prób, wykonywanych wśródskórnie za pomocą tuberkuliny ludzkiej, wołowej i ptasiej w dawce do 10 mgr, nie dawały w ciągu kilku miesięcy żadnego odczynu. Gruźliczy charakter schorzeń został stwierdzony w dwóch przypadkach za pomocą badania wyciętych na próbie skrawków, w trzecim zaś — za pomocą wykrwica prątków gruźliczych w płynie, którym przełukiwano żołądek, dzięki szczepieniu zwierzętom i posiewom. Niewrażliwość dzieci na tuberkulinę z powodu charłactwa nie wchodziła tutaj w rachubę, gdyż wykazywały one dobry stan odżywiania.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Hamburgu z dnia 6 grudnia 1938 r. (Med. Klin. Nr 9/1939) mówił Arnold Weiss o *krwiopluciu u wyrównanych sercowo chorých*. U chorych z wyrównanym zwężeniem uścia żylnego lewego zdarzają się obfite krwotoki płucne, dochodzące do 1/4 litra. Zasadniczym warunkiem powstawania takich krwotoków płucnych jest wzmoczenie ciśnienia wśródpłucnego, momentem wywołującym — nagłe wzmoczenie ciśnienia wśródpiersiowego przy wysiłku, kaszlu, kichaniu, wymiotach. Obok tego jednak należy przynajmniej nieprawidłową uciążliwość naczyń. Dowodzi tego przypadek wrodzonego ubytku przegrody międzykomorowej z wyrównaniem ciśnienia między dużym a małym krwiobiegiem, a więc z wysokim ciśnieniem w małym krwiobiegu, z ogromnym stwardnieniem tętnicy płucnej bez niewyrównania sercowego. Chory miewał w ciągu kilku lat dość często krwioplucie. Występowało ono, gdy chory, będąc przeziębiony, musiał kasłać. Nieprawidłową uciążliwość naczyń należy w tym przypadku położyć w karb bardzo dużego zwężenia tętnicy płucnej, które wyraźnie się uwidacznia na zdjęciu rentgenowskim. Dla klinicznego różniczkowania z krwotokami płucnymi innego pochodzenia (zawał itp.) można korzystać z badania szybkości opadania krwinek, która pomimo gorazki pozostaje prawidłowa, dalej ze stwierdzenia wady serca, przeważnie zwężenia uścia żylnego lewego, bez objawów niewyrównania oraz braku bólu. Należy oczywiście przeprowadzić dokładne badanie rentgenowskie klatki piersiowej.

Przegląd terapeutyczny

Ze Szpitala Żydowskiego w Lidzie.

(Dyrektor: Dr W. Gołombiewski).

Dwa przypadki zapalenia opon mózgoworodzeniowych wyleczone antistreptiną.

Podał

Dr A. LEWINSON (Lida).

W piśmiennictwie światowym opisano ostatnio licz-

ne przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, leczonych skutecznie związkami sulfamidowymi. Ten nowy sposób leczenia, wypróbowano już w meningo-kokowym (Schwentker, Gelman i Long, Eldahl, Willien, Banks, Jacob i inni), pneumokokowym (Finland, Brown i Rauh), gronkowcowym (Bloch i Pacella), gono-

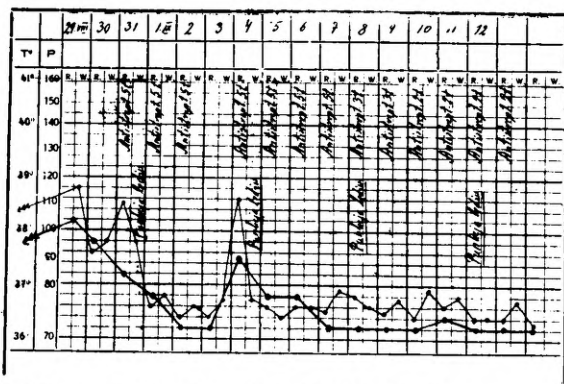
kokowym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (Malvin i Wilkinson). W Polsce zastosowali związki sulfamidowe: Danielewicz w jednym przypadku paciorkowcowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i Nasiłowski w dwóch przypadkach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wywołanego przez dwóinkę tuczną (*diplococcus crassus*).

Metodyka leczenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zarówno ropnego (paciorkowcowego), jak i nagminnego (meningokokowego) przy pomocy związków sulfamidowych jest rozmaicie ujmowana przez różnych autorów. Według badań Marshalla, Emersona i Cuttinga oraz Banksa sulfanilamid (Antistreptin) ukazuje się w płynie mózgowo-rdzeniowym już w parę godzin po wprowadzeniu doustnym i to w stężeniu nieznacznie tylko mniejszym, niż we krwi. Jauerneck i Gueffroy stwierdzili, że nawet przy stosowaniu złożonych związków sulfamidowych (Prontosil rubrum, solubile) w płynie mózgowo-rdzeniowym zjawia się wolny sulfanilamid, który też jest właściwym czynnikiem bakteriobójczym.

Poszczególne autorzy stosowali związki sulfamidowe w zapaleniu opon mózgowych: I — doustnie, II — doustnie i podskórnie, III — doustnie i podskórnie (domięśniowo lub dożylnie) oraz dordzeniowo, przy czym na podstawie ogłoszonych wyników trudno na razie wnioskować o zdecydowanej wyższości którejkolwiek z tych metod. W wielu jednak przypadkach uporczywe wymioty, jako też, stwarzający konieczność szczególnie szybkiego zadziałania leczniczego, ciężki stan chorego zmuszają nas do korzystania przede wszystkim z metod pozajelitowego wprowadzania leku do ustroju (wstrzykiwania domięśniowe, dożylne i dordzeniowe).

Wyłącznie z tej ostatniej drogi wprowadzania leku do ustroju korzystał m. in. Eldahl, stosując roztwór sulfanilamidu w płynie fizjologicznym. Stosunkowo niskie stężenie (0,8%) zmuszało jednak Eldahla do podawania wyjątkowo dużych ilości płynu (10–30 cm³ dordzeniowo i 35–150 cm³ domięśniowo dzieciom do 4-let). Sądzymy, że ta zasadnicza niedogodność leczenia pozajelitowego, wynikająca z braku wysoko-procentowego rozpuszczalnego przetworu sulfamidowego, została usunięta przez otrzymanie laktozo-sulfanilamidu, znanego jako antistreptin solubile (15%).

Ponieważ zagadnienie sulfamidowego leczenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nie znalazło jeszcze w piśmiennictwie polskim dostatecznego oświetlenia, uznałem za właściwe ogłosić obserwowane przeze mnie dwa przypadki tego schorzenia, leczone skutecznie antistreptiną.



I. Chora D. Sz. (hist. chor. 415/38) lat 18, panna, zgłosiła się do szpitala w nocy dnia 29.VIII.1938 r. Zachorowała przed 10 dniami bez uchwytnej przyczyny, temperatury w domu nie

mierzyła, ale czuła, że ma gorączkę; miała silne bóle głowy, łamanie w kościach, kłucie w piersiach, po kilku dniach dołączył się suchy kaszel. Miesiąckuje od 15 roku życia, co 4 tygodnie; ostatnia miesiączka na czasie przed 2 tygodniami. Żadnych przebytych chorób nie przypomina sobie. Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiona dobrze, jest nieco zamroczone, słabo reaguje na pytania. Zrenice równe, okrągłe, reagują na światło. Miernie zaznaczona sztywność karku, innych objawów oponowych oraz zmian patologicznych ze strony układu nerwowego nie stwierdza się. Układ chłonny bez zmian chorobowych, spojówki przekrwione, język obłożony, gardziel zaczerwieniona. W układzie krążenia, poza przyspieszeniem akcji serca do 112/min. i podmuchem skurczowym na koniuszku, zmian nie stwierdza się. Układ oddechowy oraz narządy jamy brzusznej również bez uchwytanych zmian patologicznych. Temperatura ciała 39°.

Ze względu na długotrwałość choroby i brak innych objawów oponowych uważałem początkowo sztywność karku tylko za objaw podrażnienia opon (*meningismus*) w przebiegu grypy, chora otrzymała więc piramidon z chininą i lód na głowę. Gdy jednak w ciągu następnych 36 godzin mimo nieznacznego spadku gorączki sztywność karku nie ustąpiła, wykonałem nakłucie lędźwiowe.

Wypuszczono około 40 cm płynu pod wzmożonym ciśnieniem. Badanie płynu (Dr Bengin) wykazało: białko 0,9%, odczyny Pandyego i Nonne-Appelta dodatnie, pleocytoza 100 (przeważnie leukocyty). W zabarwionym osadzie żadnych drobnoustrojów nie wykryto. Bezpośrednio po nakłuciu zaczęto podawać chorej antistreptinę po 5 tabletek dziennie. W ciągu 24 godzin temperatura spadła do 36,4°, bóle głowy i sztywność karku ustąpiły.

Antistreptinę w powyższych dawkach podawano przez 3 dni (31.VIII — 2.IX). Dnia 4.IX tzn. w 2 dni po odstawieniu antistreptiny, temperatura podniosła się do 38,6°, zjawily się ponownie bóle głowy, chora dwukrotnie wymiotowała, sztywności karku jednak nie było.

Nakłuciem lędźwiowym wypuszczono około 20 cm płynu mózgowo-rdzeniowego, wyciekającego kroplami (ciśnienia nie zmierzono). Badanie płynu wykazało: płyn mętnawy, białko 1,9%; odczyny Pandyego i Nonne-Appelta dodatnie, pleocytoza 615 (przeważnie leukocyty wielojądrzaste), w zabarwionym osadzie żadnych drobnoustrojów nie wykryto. Badanie kulistyczne wykazało obustronną tarczę zastoinową (Dr Zarzyn). Badanie otologiczne uchwytanych zmian patologicznych nie wykazało (Dr Berlinerblau).

Począwszy od dnia 4.IX podawano chorej ponownie antistreptinę doustnie w ilości 5 tabletek dziennie w ciągu 4 dni i 2–3 tabletki dziennie w ciągu następnych 5 dni. Ogółem zażyła chora w ciągu 12 dni 47 tabletek (14,1 g) antistreptiny. Nie zaobserwowano przy tym żadnych objawów toksycznych, w moczu składników patologicznych nie wykryto. Od dnia 5.IX temperatura normalna, samopoczucie bardzo dobre, chora żadnych dolegliwości nie odczuwa.

Szybkość opadania krwinek zwolniła się z 70 mm/godz. wg Westergrena w dn. 5.IX do 10 mm/godz. w dniu 12.IX. W dniu 8.IX i 11.IX wykonano nakłucie lędźwiowe i stwierdzono stopniowe ustępowanie zmian zapalnych. W dniu 11.IX płyn przezroczysty, białko 0,165%; odczyny Pandyego i Nonne-Appelta ujemne; pleocytoza 20 (przeważnie limfocyty).

Dnia 14.IX chora opuściła szpital jako wyleczona.

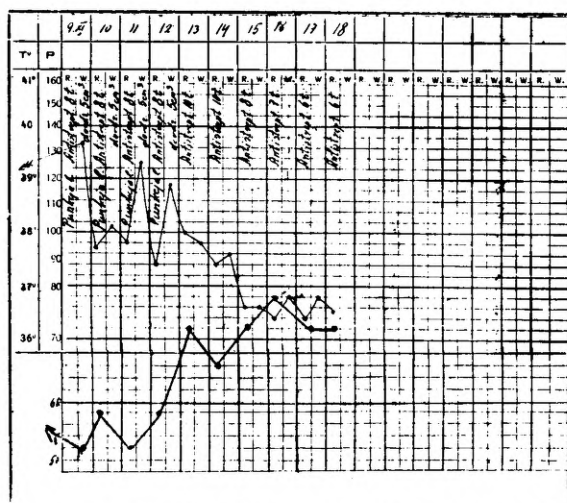
W opisanym przypadku chodziło o ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Zarazka chorobotwórczego nie udało się wykryć bakterioskopowo, a badanie hodowlane było, niestety, ze względów technicznych niemożliwe. Biorąc pod uwagę, że:

I) poza antistreptiną i nakłuciem lędźwiowym żadnych środków leczniczych nie stosowano;

II) nawrót nastąpił w 24 godziny po odstawieniu antistreptyny; III) spadek temperatury i ustępowanie objawów chorobowych miały dwukrotnie miejsce w 24 godziny po rozpoczęciu podawania antistreptyny, a więc właśnie w czasie, gdy ustrój został nasycony lekiem, uznać należy, że pomyślny efekt leczniczy w danym przypadku zależał od działania antistreptyny.

Zastosowana przez mnie dawka antistreptyny — 5 tabl. (à 0,3) dziennie — była w porównaniu z dawką innych autorów stosunkowo niska. Tak np. Willien podawał dorosłym po 1 g co 4 godziny, a Jacob po 0,6 g co 2 godziny. Toteż z góry liczyłem się z ewentualnością zwiększenia dawki i zastosowania wstrzykiwań dordzeniowych, ale szybka poprawa uczyniła to zbędnym.

II. Drugi przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wyleczony antistreptyną, miał przebieg następujący:



Chory B. K. (hist. choroby 642/1938), żonaty, rolnik. Do szpitala zgłosił się dnia 9.IX.38, podając, że zachorował bez uchwytnej przyczyny przed 2 dniami prawie nagle. Choroba rozpoczęła się ogólnym niedomaganiem, dreszczami, nudnościami, bardzo silnymi bólami głowy. Gorączki nie mierzył, w drodze do szpitala wymiotował. Chorób wieku dziecięcego nie pamięta, poza tym zawsze był zdrowy. Palił do 10 papierosów dziennie, alkoholu używa okolicznościowo w miernej ilości.

Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, o upośledzonym stanie odżywiania. Zrenice równe, okrągłe, reagują na światło. Wybitnie zaznaczona sztywność karku. Odruchy zachowane symetrycznie, odruchów patologicznych nie stwierdza się. Objawy Kerniga i Brudzńskiego ujemne. Układ chłonny bez zmian chorobowych. Jama ustna: uzębienie złe, język obłożony, suchawy — poza tym bez zmian chorobowych. Płuca rozedmowe.

Układ krążenia: uderzenie koniuszkowe w V przestrzeni międzyżebrowej na linii sutkowej; akcja miarowa, tony głuchawe, zackcentowany I ton nad koniuszkiem i II ton nad aortą; tętno twarde 54/min; ciśnienie krwi 160/90 mmHg. Narządy jamy brzusznej i moczopłciowe bez uchwytnych odchyłeń od normy.

Od razu po przyjęciu do szpitala wykonałem nakłucie lędźwiowe, wypuściłem około 40 ccm mętnego płynu i wstrzyknąłem dordzeniowo 5 ccm 15% antistreptin *solubile*, jednocześnie otrzymał chory antistreptynę doustnie w liczbie 8 tabletek dziennie. Następnego dnia mimo spadku gorączki stan chorego nie uległ poprawie. Badanie otolaryngologiczne (Dr Berlinerblau) zmian chorobowych nie wykryło. Podczas ponownego nakłucia wypuściłem około 50 ccm mętnego płynu

pod wzmożonym ciśnieniem i wstrzyknąłem znowu 5 ccm antistreptyny rozpuszczalnej (15%). Dnia 11.XI samopoczucie lepsze, zamroczenie ustąpiło, utrzymują się bóle głowy i nudności. Postępowanie lecznicze, jak dnia poprzedniego, podczas nakłucia wypuściłem około 15 ccm płynu pod normalnym ciśnieniem. Dnia 12.XI nudności ustąpiły, bóle głowy mniejsze, postępowanie, jak dnia poprzedniego. Wyniki badań laboratoryjnych podaje niżej.

Chory na ogół bardzo źle znosił nakłucie lędźwiowe: za każdym razem doznawał silnych bólów krzyż, promieniujących do nóg. Bóle te ustępowały w ciągu kilkunastu minut po dożylnym zastrzyknięciu panalginu (2 cm³). Od dnia 13.XI zaprzestano, wobec katerycznego sprzeciwu chorego, stosować punkcje lędźwiowe i podawano wyłącznie antistreptynę *per os* w dawkach stopniowo malejących (por. tablicę). Od dnia 15.XI temperatura była normalna, sztywność karku i bóle głowy ustąpiły w zupełności, tętno przyspieszyło się do 68/72 na min. Chory uważał się za zdrowego i z trudem zgodził się na pozostanie w szpitalu przez dalsze 3 dni. Przy wypisaniu zaleciłem zażywanie antistreptyny przez dalsze 3 dni po 4 tabl. dziennie.

Na zalecone badanie kontrolne chory się nie zgłosił, lecz po 7 tygodniach powiadomiony zostałem przez jego syna, że po opuszczeniu szpitala czuł się zupełnie dobrze, wrócił do pracy i odtąd jest zupełnie zdrowy.

Ogółem więc otrzymał chory 15 ccm (trzy ampułki) 15% antistreptin *solubile* dordzeniowo oraz 91 tabl. (27,3 g) antistreptyny *per os* w ciągu 13 dni; nie zaobserwowano żadnych objawów toksycznych, w moczu składników patologicznych nie wykryto.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (Dr Bengin).

Dnia 9.XI. Płyn mętny, białko — 1,98%; odczyn Pandyego i Nonne-Appelta — dodatnie. Pleocytoza — 158, limfocyty i leukocyty w równej liczbie. Żadnych drobnoustrojów nie wykryto.

Dnia 10.XI. Płyn mętnawy, białko — 1,32%. Odczyn Pandyego i Nonne-Appelta — dodatnie. Pleocytoza — 105, limfocyty i leukocyty w równej liczbie. W zabarwionym osadzie wykryto pojedyncze grupki meningokoków.

Dnia 12.XI. Płyn mętnawy, białko — 1,32%. Pleocytoza 155, limfocyty i leukocyty w równej liczbie. Drobnoustrojów nie wykryto.

Opadanie krwinek wg Westergrena: dn. 10.XI — 48 mm/godz. dnia 17.XI — 12 mm/godz.

W omówionym przypadku chodziło więc o meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Wyleczenie przypisać należy wczesnemu zastosowaniu odpowiedniej dawki antistreptyny *per os* oraz w postaci wstrzykiwań dordzeniowych. Wysoce prawdopodobnym wydaje się przy tym, że właśnie dordzeniowe wstrzykiwania antistreptyny, zastosowane w samym początku choroby, umożliwiły zwalczenie zakażenia.

Reasumując, stwierdzić należy, że obserwowane przeze mnie przypadki świadczą o skuteczności antistreptyny w leczeniu ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Wskazują one — łącznie z danymi piśmiennictwa — że skuteczność leczenia antistreptyny jest na ogół niezależna od rodzaju czynnika chorobotwórczego. Można zatem spokojnie ten przetwór stosować jeszcze przed rozpoznaniem etiologii schorzenia.

Jedyny wchodzący w rachubę poza antistreptyną lek — surowica swoista — przede wszystkim przeciwmeningokokowa — nie jest zupełnie pewna w działaniu, a naraża przy tym chorego zupełnie niepotrzebnie na możliwość choroby posurowiczej. Nie bez

znaczenia jest także i ten fakt, że leczenie antistrep-
tyną jest znacznie tańsze, niż leczenie surowicą.

PIŚMIENICTWO.

Banks — Lancet 1938, Nr 5992, str. 7. Bloch i Pacella — Journ. Amer. Med. Assoc. 1938, t. 110, nr 7, str. 508. Danielewicz — Polska Gazeta Lekarska, 1937 nr 31/32. Eldahl — Lancet, 1938, nr 4033, str. 712. Finland, Brown i Rau'h, cyt. wg. Americ. Med. Assoc. 1938, t. III, str. 753. Jacob — Brit. Med. Journ., 1938, nr 4033, str. 887. Jauerneck, Gueffroy — Klinische Wo-

chenschr. 1937, nr 44, str. 1544. Marshall, Emerson, Cutting — Journ. Amer. Med. Assoc. 1937, t. 108, str. 930. Malvin i Wilkinson — Journ. Amer. Med. Assoc. 1938, t. 110, nr 11, str. 800. Nasiłowski — Polska Gazeta Lekarska, 1938, nr 23. Schwentker, Gelman i Long — Journ. Amer. Med. Assoc. 1937, t. 108, str. 1407. Silverthorne i Brown — cyt. wg. Journ. Amer. Med. Assoc. 1938, t. 110, str. 1958. Smith, Mayer, Agerty, Fowler i Layton — Journ. Amer. Med. Assoc. 1938, t. 110, str. 887. Willien — Journ. Amer. Med. Assoc. 1938, t. 110, str. 630.

O d c i n e k

Z dziejów etyki wśród lekarzy Żydów wczesnego i późnego średniowiecza.

Podał

Dr med. Henryk HIGIER (Warszawa).

Co to jest etyka! Nagrodą za cnotę jest sama cnota, zapłatą za grzech jest sam grzech.

Talmud. Pirke Abo. 2-e stulecie po urodz. Chrystusa.

Istotna etyka kierowana jest pobudkami wewnętrznymi, bez względu na ewentualną nagrodę lub karę, postępowanie moralne winno być uniezależnione od przewidzianych skutków.

H. Coheea. Die inneren Beziehungen der kantischen Philosophie zum Judentum. 1895.

Man weiht dem Gott so viele Gebete und Guttaten und erwartet von ihm die Belohnung. Der ethische Mensch aber, ob gottesgläubig oder nicht, thut das Rechte aus eigenem Antrieb, ohne sich gross um Theorien zu kümmern.

E. Bleuler. Die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Ethik. 1936.

Die Ratio, die Vernunft ist seit Hippokrates Grundlage der Medizin als Wissenschaft. Im Ethos, in der Ethik des Willens und Wunsches zum Helfen liegt ein metaphysischer Glaube, der hoeher ist als alle Vernunft.

G. V. Bergmann. Leistungen und Ziele der Medizin und der biologischen Forschungen. 1937.

Znane i głośne są powszechnie aforyzmy greckie Hipokratesa z Kos (400 lat przed narodz. Chrystusa), najznakomitszego lekarza starożytności. Całe średniowiecze rozpowszechniało „Corpus Hippocraticum” wśród adeptów Asklepiadesa, a jego „Aphorismoj” doczekały się licznych tłumaczeń na różne języki, najwcześniej na łaciński, arabski i hebrajski. Ciekawa jest rzecz, że tłumaczeń hebrajskich jest kilka z greckiego oryginału i z łacińskiego przekładu Konstantego Afrykańskiego oraz z arabskiego przekładu Chonajna, niektóre nawet z obszernymi uwagami i komentarzami żydowskich tłumaczy z 1248 r. i 1450 r.

Owe aforyzmy jako dzieło Boskie (*opus plane divinum*) stanowiły Biblię i Ewangelię lekarzy ubiegłych stuleci. Wystarcza jeden z setek aforyzmów przytoczyć, wystarczy wstępny aforyzm przeczytać, aby *ex ungue leonem* poznać mistrza, Hipokratesa, aby zrozumieć głębokość treści doświadczonego lekarza-praktyka: „Życie ludzkie krótkie, sztuka długa, sposobność obserwacji człowieka przelotna, doświadczenie niepewne, wnioski trudne. Musi przeto sumienny lekarz wydać z siebie wszystko niezbędne, ale też obok niego świadczyć winni: sam pacjent, jego pielęgniarz, domownicy, środowisko, otaczający ludzie i panujące

warunki wewnętrzne oraz zewnętrzne”. Aforyzmy te nie zestarzały się.

Jeszcze przed dwoma laty wyszły aforyzmy Hipokratesa w wzorowym nowym tłumaczeniu niemieckim prof. Strickera, medykohistoryka i filologa w jednej osobie. Aforyzmy nazywano tworem klasycznym w literaturze lekarskiej i podziw wzbudzającym również ze stanowiska etyki lekarskiej i etyki ogólnoludzkiej (patrz referaty moje w Warsz. Czasopiśmie Lek. 1934—35 r.). Hipokratesa, twórcę z Bożej łaski, starożytność ubóstwiała: Platon ochrzcił go mianem „Wielkiego”, Arystoteles „Znakomitego”, Dioscorides „Fidiaszem wśród lekarzy”, Apoloniusz „Boskiego”, Galen „Godnego podziwu”, a żydowscy uczeni wczesnego średniowiecza nazywali autora ze względu na poziom naukowy dzieł „Głową lekarzy”, zaś ze względu na poziom etyczny „Wielce czcigodnym”.

U nas przed kilku laty wydał prof. L. Szenajch ciekawe i głębokie studium pod tytułem „Przysięga i Przykazania Hipokratesa”, którą to przysięgę składa na większości uniwersytetów lekarz dzisiejszy przy wręczaniu mu dyplomu przez dziekana fakultetu.

W naszym piśmiennictwie lekarskim ostatniego półwiecza są powszechnie znane „Aforyzmy” D-ra Biegańskiego, mające na celu propagandę szlachetnych postulatów etycznych, oraz „Zarys etyki lekarskiej” prof. H. Nusbauma świeższej daty. Może mniej znane są marzenia zakopiańskie D-ra Matlakowskiego, słynnego chirurga, poety, myśliciela, autora licznych prac o sztukach pięknych i o dziełach Szekspira, marzenia autora, pacjenta, chronika tuberkulika, na łożu śmierci wypowiedziane o wydaniu własnego podręcznika „Etyki lekarskiej, jako zbioru dobrych rad filozoficznych dla lekarza”, marzenia, które się nie ziściły.

Przed kilku laty poruszył w Warsz. Czas. Lek. sprawę „Labiryntu etyki lekarskiej” bardzo krytycznie L. Zamenhof.

*
*
*

Studiując w ostatnich latach historię lekarzy wczesnego i późnego średniowiecza, napotykałem pewne ustosunkowanie się lekarzy-Żydów nie tylko do leczenia jako nauki i sztuki, ale również jako do działu etyki w medycynie, do kodeksu lekarskiego *in spe*, do deontologii, wówczas oficjalnie nie istniejącej. I o tym kilka słów powiedzieć chciałbym w tym miejscu i na przykładach zilustrować harmonię współistnienia właśnie nauki i sztuki w medycynie oraz sumiennosci i etyki u lekarza-praktyka.

Charakteryzując przed kilku laty w „Archiwum

filozofii i historii medycyny“ 1, 2, 3) typ lekarza-Żyda wczesnego i późnego średniowiecza oraz liczne przyuczyny, które wysuwały ten specyficzny wytwór ghetta na poważne miejsce w hierarchii społecznej, mówiłem m. in.: „Panował wśród Żydów miarodajny pogląd Talmudu — w pierwszych stuleciach ery chrześcijańskiej, zredagowanego i w licznych księgach skodyfikowanego — na lecznictwo jako na sanktuarium etyczne, na medycynę jako na sztukę wyższą i szlachetną, na ważność choroby w życiu ludzkim, na wielkie znaczenie lekarza w społeczeństwie.

Uderzała mnie dawniej i nie mniej obecnie ta okoliczność, że aforyzmy, dotyczące medycyny, a zwłaszcza etyki w medycynie, znajdowały wśród Żydów z epoki Miszny i Gemary Talmudu zawsze dużo tłumaczy, komentatorów i interpretatorów, tak, jakby myślicieli i lekarzy żydowskich więcej i częściej interesował problem etyki w lecznictwie *per se* (Majmonides, Spinoza, Bergson, Cohen). Etyka lekarska pojęciem jest wielce nieuchwytnym, a nowoczesne kodeksy deontologiczne czynią wrażenie, że raczej idzie im o etykietę, a nie o etykę — dowodził zmarły niedawno lekarz Zamenhof.

Z rozległej i bogatej galerii żydowskich lekarzy — społeczników wczesnego średniowiecza, a zwłaszcza ostatnich 500 lat epoki średniowiecznej, postaram się wybrać kilkunastu, bardziej godnych uwagi, po których zostały historyczne ślady nie tylko ich działalności teoretycznej, ale i praktycznej.

* * *

Chronologicznie pierwsze miejsce należy się, zdaniem moim, głośnemu na Wschodzie lekarzowi:

1) Asafus Judaeus s. Hebraeus, praktykującemu w Mezopotamii (według Veneziamera w VII-m, według Poznńskiego w VIII-m wieku). Zachowało się po nim między innymi jedno na pergaminie spisane dzieło hebrajskie w 4-ch egzemplarzach większych bibliotek Europy Zachodniej. Asaf Judaeus wspomina o lekarzach Indii, Syrii i Egiptu, z klasyków cytuje Hipokratesa, Dioscoridesa i Galena, sam objawiając dużo samodzielności i zmysłu krytycznego w dziale anatomii, fizjologii, patologii, prognostyki i terapii, zwłaszcza w opisie farmakognostyki z 300-tu roślin leczniczych, przystępnych ubogim pacjentom (*pharmacopaea pauperum*), wymieniając nomenklaturę ich w językach, najczęściej w pobliżu Mezopotamii używanych: w hebrajskim, greckim, łacińskim, perskim, arabskim i syryjskim.

Zajmujący i nas tu bliżej interesujący jest stosunek Asafa do medycyny naukowej, czystej, etycznej niepokalanej oraz do jej surogatów w postaci lecnictwa bardzo modnych i wziętych wówczas przestępczych partaczy, cudotwórców, czarodziejów — pseudo-lekarzy i zawodowych medyków — szalbierzy i przekupnych trucicieli.

Mało znana jest przysięga Asafa, którą on od uczniów swoich *in rebus medicinalibus*, od przyszłych lekarzy odbierał. Brzmi ona w skrócie dosłownie następująco:

1, 2, 3) H. Higier: Jakim był lekarz żydowski średniowiecza w Europie, a zwłaszcza w Polsce. Poznań 1927.

H. Higier: Wybitni lekarze żydowscy w średniowieczu i w czasach Odrodzenia. Poznań 1933.

H. Higier: Typ Żyda-lekarza Europy Zachodniej i Polski na schyłku średniowiecza. Nasz Przegląd 1926.

„Nie odważcie się kogoś zabić sokiem roślin trujących; nie podawajcie kobietom, które wskutek cudzołóstwa zaszły w ciążę, napoju, który by poronienie sprowadził; niechaj piękność kobiety-pacjentki nie pobudzi was do cudzołóstwa; nie zdradzajcie tajemnic przez pacjenta wam powierzonych; za żadną cenę nie dajcie się nakłonić do szkodenia innym, ani do ich zguby. Nie zamykajcie serc waszych litowaniu się nad biednymi i potrzebującymi, a nie nazywajcie rzeczy dobrej złą, ani złego dobrym; nie chadźcie drogami lekarzy-czarodziejów, którzy zaklęciami i czarami okłamują, a wzniecają nienawiść między małżonkami; niechaj wam wcale nie zachciewa się bogactw w praktyce za wspieranie jakiegoś bezceństwa. Nie zbaczajcie z drogi prostej, by skłaniać się ku zyskowi, który by wam przypadł, gdybyście wspomagali kogoś, czyhającego na nieszczęsną duszę, albo gdybyście komukolwiek przyrządzili truciznę, by go zabić. Nie macie też nikomu donosić, które to rośliny są jadowite, ani też nikomu ich nie udzielić ani nie dać się nikomu namówić, by u człowieka jakiegoś wzniecić chorobę w jakiś sposób. Strzeżcie się dalej sprowadzania jakichś ułomności cielesnych ludziom dla jakichkolwiek celów; nie chwytajcie się zbyt pohopnie noża, by nim krajać ciało; nie śpieszcie się też z puszczeniem krwi: tylko, gdy zbadałście dwa razy, trzy razy gruntownie, wtedy dopiero macie się nad tym dobrze i bezinteresownie namyśleć. Pilnujcie się dalej, by was pycha nie owładnęła i byście mściwej złości wobec ludzi chorych nie miewali; w waszej mowie bądźcie zawsze szczerzy i prawi, wtedy znajdziecie łaskę w oczach Boga, zaś u leczących się będziecie mieli opinię uczciwych, godnych zaufania i szczerych lekarzy“.

Rytuał uroczysty zaprzysięgania słuchaczy jego wykładów kończył się zazwyczaj u Asafa błogosławieństwem oraz odpowiedzią adeptów medycyny, brzmiałą dosłownie:

„Wszystko, o co upomnieliście nas uczniów i słuchaczy i co nam poleciliście, chcemy wykonać, gdyż jest to nakaz świętej Tory, a obowiązkiem naszym jest wykonać naukę Pięcioksięgu całym sercem, całą duszą, całą siłą, nie odstępować od tego ani na prawo, ani na lewo“.

Tak Asaf Hebraeus upominał swoje audytoryum, tak swoich młodych absolwentów zaprzysięgał na Wschodzie przed 12-tu wiekami, gdy medycyna arabska, później bujnie kwitnąca na całym południu Europy, ledwie pierwsze kroki stawiać zamierzała.

Przysięga ta, prymitywna w stylizacji swej, tchnie szlachetnością i głębokością oraz wysokim poczuciem nieistniejącej wówczas lub w zarodku będącej etyki zawodowej, późniejszej etyki lekarskiej. etyki Związków i Izb, przeciętnemu lekarzowi dotąd zupełnie obcej.

* * *

Z tejże galerii zasługuje na krótka wzmiankę lekarz X-go stulecia, znany i bardzo popularny praktyk, Żyd egipski, słynący między innymi z prac teoretycznych i praktycznych w okulistyce.

2) Abul Fadha'il. Będąc lekarzem wśród arystokracji i na dworze, głosił tezę, że „pierwszeństwo należy dawać ubogim pacjentom“, którzy zapraszać do siebie lekarza nie śmia i honorować go za pracę nie są w stanie.

Kroczy za Abul Fadhailem legenda, że biedakowi, proszącemu tego lekarza, gdy wracał po pracy całodziennej do domu, o jałmużnę na lekarstwo,

rzucił on do puszeki zarobek całego dnia, wynoszący wyżej 300 dirhemów egipskich czyli późniejszych drachm tureckich.

3) O sto lat później Józef ibn Aknin odznacza się jako wybitny lekarz nadworny sułtana z Kairu i jako autor licznych prac lekarskich, w których m. in., jako Żyd, specjalnie podkreśla wagę i walor etyki lekarskiej „w stosunkach lekarza z lekarzami i lekarza z pacjentami“.

4) Ciekawy typ stanowi sobą również lekarz arabsko-żydowski XI-stulecia Samuel Abu Mansur, wielki przyjaciel głośnego poety, filozofa i lekarza Jehudy Halewi z Toledo, przedstawiciela epoki renesansu filozofii żydowskiej, znany praktyk. Wezwany kiedyś jednocześnie z mahometańskim lekarzem na naradę do znanego z tyranii wielkiego księcia, kalifa egipskiego, odmówił kategorycznie — mimo *votum separatum* drugiego konsultanta — życzeniu swego szorstkiego władcy dokonania lekarstwem podstępnego otrucia Hassana, nieudanego syna i następcy tronu. Powoływał się Abu Mansur na wrodzony mu przepis moralny, że „jako lekarz on, Samuel, stosuje jedynie lecznicze lub obojętne środki, ale nigdy te, które szkodzić mogą zdrowiu lub zagrażać życiu“.

Nie przypłacił Mansur przypadkowo tej odmownej odpowiedzi głową, co było wówczas niezadkie na krwiożerczym Wschodzie, skoro znajdujemy go w kilka lat później — po dokonaniu przez drugiego konsultanta świadomym morderstwem — w r. 1134 „w nagrodę za uczciwość, niezależność i odwagę cywilną“ oficjalnym lekarzem pałacowym dworu kalifa i wielmoż, z wielkim zaufaniem i cziłą doń się odnoszących.

A wszak wiemy, że całe średniowiecze, nawet leczone u Żydów, po każdej ciężkiej, złośliwej epidemii oskarżało i paliło na stosie lekarzy żydowskich, posiadających trujące rośliny, którymi, według podejrzeń,

zatruli studnie chrześcijan (*Doctores judaei intoxicatores*).

5) Na dworze Aliego, panującego Wielkiego Księcia almorawidyjskiego, przedstawiciela kwitnącej w 11-m wieku dynastii maurytańskiej, odznacza się w początkach XII stulecia słynny i uczony lekarz żydowski Abulhassan ibn Kammial z Saragossy, którego władca obdarza tytułem księcia i wezyra, a poeci hiszpańscy opiewają jako „wysocy szanowanego, nieodświeżoną moralnością odznaczającego się opiekuna chorych, przyzwyczajonego w praktyce swojej ratować własnym majątkiem bliskich śmierci i wracać życie niezamożnym i ubogim“.

Tenże stosunek do lekarzy żydowskich daje się stwierdzić nie tylko u książąt arabskich, ale i późniejszych chrześcijańskich władców półwyspu Iberyjsko-Pirenejskiego.

6) W XVI wieku odznacza się wiedzą, uczciwością taktem i idealizmem w praktyce lekarskiej portugalczyk z pochodzenia, wychowaniec hiszpańskiej wszechniczy Salamanki, Rodrigo de Castro, lekarz żydowski, autor dzieła *De universa mulierum medicina*, które doczekało się w Hamburgu 5 wydań, późniejszy nadworny konsultant królowej Danii i króla Hessji. Wyraża się o nim historyk Kayserling: „Blisko pół wieku był on zbawcą cierpiącej ludzkości, mistrzem sztuki lekarskiej, księciem medycyny ówczesnej, opiekunem ubogich chorych“.

7) W podobnym duchu brzmi nekrolog jego syna Benedito de Castro, lekarza nadwornego Krystyny, królowej szwedzkiej, której on w korespondencji tłumaczy, że, niestety, jedynie „godziny nocne, skradzione jego pracy zawodowej i opiece społecznej nad ubogimi“, zużytkować może na samokształcenie i pracę naukową.

* * *

(C. d. n.).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Opieka całkowita nad dziećmi i młodzieżą.

Podąła

Eugenia RUDZIŃSKA (Warszawa).

Pomimo rozwoju opieki częściowej¹⁾ (dawniej nazywanej otwartą), jaki wyrażnie można zaobserwować w ostatnich latach, opieka całkowita (zamknięta) wciąż odgrywa rolę bardzo poważną, szczególnie w stosunku do sierot, do dzieci opuszczonych, zagrożonych wpływami otoczenia, bądź też, ze względu na upośledzenie fizyczne lub umysłowe, potrzebujących opieki specjalnej.

Opiekę całkowitą nad dziećmi i młodzieżą, zaspakajającą całokształt potrzeb jednostki, korzystającej z pomocy, sprawują zakłady oraz rodziny zastępcze. O tym działu opieki posiadamy dokładne dane statystyczne.

Zakłady opieki całkowitej są w Polsce liczne i mimo istniejącego dążenia do przesunięcia punktu ciężkości na opiekę częściową, jako mniej kosztowną i pozwalającą objąć szersze masy potrzebujących — liczba ich w ostatnich kilku latach wykazuje tylko bardzo nieznaczny spadek, zaś liczba wychowanków tych zakładów nawet nieco wzrasta, jak to wskazują niżej podane liczby.

Zakłady opieki całkowitej dla dzieci i młodzieży w dn. 31 marca.

Rok	zakłady	Wychowankowie		
		chłopcy	dziewczęta	r. łącznie
1934	832	22.079	20.405	42.484
1935	910	22.465	20.517	42.982
1936	881	21.987	19.988	41.975
1937	859	22.427	19.586	42.013
1938	850	23.164	20.067	43.231

Przyjrzyjmy się nieco bliżej liczbom, dotyczącym działalności zakładów opieki całkowitej dla dzieci i młodzieży w 1937/38 r.

Zakłady te z uwagi na odrębne zadania, jakie spełniają, dzieli się na 3 grupy.

Opiekę całkowitą nad dzieckiem najmłodszym — w zasadzie do 3 lat ukończonych — sprawują żłobki²⁾ oraz domy matki i dziecka. Te ostatnie, jak widać z nazwy, otaczają opieką nie tylko niemowlę, ale i jego

²⁾ Nie należy mieszać ze żłobkami dziennymi, w których dzieci przebywają tylko przez kilka godzin dziennie.

¹⁾ Opieka częściowa zaspokaja tylko niektóre potrzeby osób, korzystających z pomocy.

matkę, o ile jest opuszczona i w ciężkich warunkach. W tej grupie mieliśmy w dn. 31 marca 1938 r. 38 zakładów i 2.878 wychowanków.

Druga grupa — to schroniska i bursy dla dzieci starszych i dla młodzieży — 744 zakłady i 35.549 wychowanków.

Wreszcie 3 grupa — to zakłady specjalne; przebywają w nich ci wychowankowie, którzy potrzebują szczególnie troskliwej i fachowej opieki ze względu na upośledzenie fizyczne lub umysłowe oraz „trudni do prowadzenia“. Zakładów specjalnych w 1938 r. było 68, przebywało w nich 4.804 wychowanków. Ta grupa zakładów jest z uwagi na duże pod tym względem potrzeby niewątpliwie zbyt mała — możemy jednak zanotować, jako objaw pomyślny, stały, aczkolwiek powolny wzrost liczby tych zakładów.

Większość zakładów opieki całkowitej dla dzieci i młodzieży (57,0% zakładów) jest własnością stowarzyszeń opiekuńczych, poza tym właścicielami zakładów są zgromadzenia zakonne (17,5%), związki samorządowe (9,4%), fundacje (7,5%), związki wyznaniowe (7,5%), osoby prywatne (1,1%).

Jednak ciężar utrzymania wychowanków rozłożony był zupełnie odmiennie. W największej części ponosił te koszty samorząd, płacąc za 42,0% wychowanków, za 23,2% wychowanków płaciły osoby prywatne (rodzice, opiekunowie); stowarzyszenia opiekuńcze płaciły tylko za 17,0% wychowanków. Zgromadzenia zakonne, fundacje, Skarb Państwa, związki wyznaniowe w drobnej już tylko części brały udział w tych opłatach.

Co rok część wychowanków opuszcza zakłady. W ostatnim 1937/38 roku ubyło 15.976. Z tej liczby największa, jak zwykle, część — 48,2% — wróciła do rodziców lub krewnych; 27,9% wychowanków oddano do innych zakładów opiekuńczych, do zakładów leczniczych oraz do rodzin zastępczych, 12,0% — rozpoczęło pracę samodzielną; 1,3% wstąpiło do wojska, 6,2% zmarło, co do 4,4% brak danych.

Dane statystyczne pozwalają nam w pewnej mierze na przeprowadzenie charakterystyki dzieci i młodzieży, przebywających w zakładach opieki całkowitej.

Największą grupę stanowią dzieci w wieku szkolnym (od 7 do 13 lat ukończonych), było ich 38,5%, młodzież od 14 do 18 lat ukończonych była również liczna (33,3%). Dzieci od 1 roku życia do 6 lat ukończonych było w zakładach 15,8%; zaś młodzież powyżej

18 lat stanowiła 8,1%; o wieku 4,3% wychowanków brak było danych. Naturalnie, wychowankowie tych zakładów uczą się: z ogólnej liczby wychowanków uczących powyżej 2 lat ukończonych — 93,6% uczęszczało do przedszkoli i szkół.

Jeśli chodzi o stosunki rodzinne, to sieroty, półsieroty i dzieci opuszczone (bądź przez obojga rodziców, bądź tylko przez ojca), stanowiły 68,5%; dzieci, mających oboje rodziców, było 27,1%; o stosunkach rodzinnych 4,4% wychowanków brak było danych.

Skąd pochodzą wychowankowie tych zakładów? Przede wszystkim z miast — bo miejskie dzieci stanowiły 60,6%, ze wsi pochodziło 28,3%. Pozostały odsetek stanowią wychowankowie o nieznanym pochodzeniu oraz dzieci repatriantów i emigrantów.

Dane o zawodzie rodziców wykazują, że największą grupę stanowią dzieci rzemieślników i robotników (prócz rolnych) — 24,6%, dalej: dzieci służby domowej — 17,2%, gospodarzy i robotników rolnych — 15,2%, pracowników umysłowych — 9,0%. Dość dużą grupę stanowią poza tym dzieci rodziców, uprawiających „inne zawody“ oraz o zawodzie nieznanym.

Druga forma opieki całkowitej nad dziećmi i młodzieżą — to opieka zlecona w rodzinach zastępczych. Do rodzin tych oddaje się dzieci za niewielkim wynagrodzeniem, z reguły tylko sieroty i dzieci opuszczone. Dla dzieci zdrowych, normalnych jest to niejednokrotnie znacznie lepsza forma opieki. W rodzinie zastępczej, jeśli jest ona odpowiednio dobrana, znajdzie dziecko daleko właściwsze dla swego rozwoju środowisko, niż w zakładzie. Dlatego też zasadą tej formy opieki jest bardzo staranny wybór rodzin oraz, z chwilą oddania dzieci na wychowanie do tych rodzin, przeprowadzanie stałej, racjonalnie zorganizowanej kontroli. Umieszczaniem dzieci w rodzinach zastępczych i kontrolą zajmują się związki samorządowe, w drobnym tylko stopniu korzystając z pomocy stowarzyszeń opiekuńczych.

W dn. 31 marca 1938 r. było w rodzinach zastępczych 10.617 dzieci, w tym 5.308 chłopców i 5.309 dziewcząt; 57,9% tych dzieci oddano do rodzin w miastach, pozostałe do rodzin na wsi. Najczęściej dzieci są umieszczane u rzemieślników i robotników (oprócz rolnych) — 46,5% dzieci oraz u rolników (robotnicy i gospodarze) — 31,7%.

Tak się przedstawia w krótkim bardzo, prawie wyłącznie „statystycznym“ ujęciu obraz opieki całkowitej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce.

Wiadomości bieżące.

— Izby lekarskie poruszyły sprawę kumulacji posad przez lekarzy z punktu widzenia obecnych warunków pracy lekarskiej i ustaliły, że sprawa kumulacji posad jest obecnie nieaktualna; przeciwnie, ze względu na brak lekarzy, kumulacja posad jest w pewnym stopniu nawet pożądana. Gdyby bowiem stanąć na stanowisku, że lekarze nie mogą łączyć kilku posad, niektóre instytucje nie miałyby lekarzy do dyspozycji. Poza tym wynagrodzenie lekarzy na poszczególnych stanowiskach jest na ogół tego rodzaju, że lekarz nie tylko nie byłby w stanie utrzymać swego gabinetu, lecz nawet niejednokrotnie nie mógłby wyżywić siebie i rodziny, gdyby nie zajmował kilku posad. Dlatego też do czasu powiększenia liczby lekarzy oraz podwyższenia wynagrodzeń lekarskich kumulacja posad będzie zjawiskiem normalnym, którego nie będzie można usunąć.

— Z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Komunikat. W dniu 16 b. m. odbyło się w Warszawie

zwyczajne Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w lokalu tej organizacji. Reprezentowanych było 100 Towarzystw Przeciwgruźliczych z całego obszaru Rzeczypospolitej. Z wielkim uznaniem Zebranie przyjęło sprawozdanie Prezesa, Prof. W. Orłowskiego, które uchwalono opublikować i rozesłać do wszystkich zainteresowanych instytucji. Poza tym przyjęto preliminarz budżetowy Związku na rok 1939/40 i przeprowadzono wybory uzupełniające. Zebranie poleciło przyszłemu Zarządowi poczynienie wszelkich starań dla zapewnienia uchwalenia przez Izby Ustawodawcze Ustawy Przeciwgruźliczej. Na początku zebrania wysłano wyrazy czci i hołdu do Protektora Związku, Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, oraz do Naczelnego Wodza z oświadczeniem pełnej gotowości na Jego rozkaz służenia wszystkimi siłami dla obrony Ojczyzny.

— W oczekiwaniu wielkiego napływu gości zagranicznych w ciągu bieżącego roku, władze łotewskie zajęły się gorliwie

sprawą jak najlepszego ich przyjęcia. Otóż przede wszystkim zostanie wydany w językach angielskim, francuskim i niemieckim spis hoteli i pensjonatów, zawierający szczegółowe dane o stanie urządzeń i wygód oraz obowiązujących cenach. Informacje te będą oparte na specjalnie w tym celu przeprowadzonej przez władze kontroli zakładów gospodnich. Wszystkie pensjonaty i hotele, uznane za odpowiednie dla cudzoziemców otrzymają specjalne znaki (czerwony trójkąt w kole na białym tle), a właściciele zobowiążą się pisemnie do jak najlepszego traktowania gości i maksymalnego przestrzegania porządku i czystości. Nie jest wyłączone, że w przyszłości właściciele takich wyróżniających się przedsiębiorstw otrzymywać będą materialną pomoc od państwa na rozbudowę swych zakładów. Inicjatywa rządu łotewskiego niewątpliwie przyniesie jak najpomyślniejsze rezultaty, wzbudzi szlachetną rywalizację pomiędzy zakładami i przyczyni się do podniesienia poziomu przemysłu hotelowo-pensjonatowego. Na podobne zainteresowanie się i poparcie ze strony rządu czeka oddawna i polski przemysł gospodni, którego niski stan ogólnie jest znany, a który wskutek olbrzymich trudności gospodarczo-finansowych nie jest w stanie o własnych siłach wydzignąć się z tego impasu.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	12/II— 18/II	19/II— 25/II	26/II— 4 III	5/III— 11/III
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	163 (16)*	183 (17)	157 (18)	194 (20)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy	11 (6)	93 (3)	139 (5)	135 (7)
Dur powrotny	1 (0)	0	0	0
Czerwonka	4 (0)	5 (0)	3 (0)	5 (0)
Płonica	249 (6)	297 (5)	266 (5)	283 (1)
Błonica	385 (25)	371 (16)	391 (35)	327 (21)
Odra	574 (18)	705 (4)	837 (12)	612 (8)
Róża	77 (2)	72 (4)	81 (4)	74 (2)
Krztusiec	192 (13)	175 (10)	213 (13)	157 (13)
Zapal. op. mózg. . .	44 (7)	39 (10)	57 (7)	56 (7)
Zap. mózg. śpiączk. .	2 (0)	3 (1)	3 (1)	1 (0)
Chor. Heine-Medina .	1 (0)	4 (1)	1 (0)	3 (1)
Malaria	0	0	0	0
Gorączka pługowa . .	19 (3)	27 (7)	21 (3)	42 (9)
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	559 (233)	617 (249)	639 (280)	723 (280)
Jaglica	364 (0)	440 (0)	451 (0)	511 (0)
Twardziel	0	0	0 (1)	1 (0)
Wąglik	0	0	0	0
Nosacizna	0	0	0	0
Włośnica	2 (0)	7 (0)	6 (0)	6 (0)
Wścieklizna	0	0 (2)	0 (1)	0
Choroba Banga . . .	0	0	1 (0)	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony

— Na apel wystosowany do uzdrowisk przez Związek Uzdrowisk Polskich w sprawie przyznania możliwych ulg naszym rodakom z zagranicy, pierwszy Zarząd Zdrojowiska Inowrocław odpowiedział pozytywnie: W miejscowości tej przyznano członkom Światowego Związku Polaków z Zagranicy ulgi na prawach urzędników państwowych, a mianowicie 50% zniżki od opłaty taksy kuracyjnej i od 15 do 30% od cen za kąpiele i zabiegi lecznicze. Decyzję Zdrojowiska Inowrocław należy powitać z jak największym uznaniem, jako dowód patriotycznych uczuć i zrozumienia dla szeroko pojętych interesów narodu polskiego.

— XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego odbędzie się w Wilnie w dniach od 29.VI do 2.VII 1939 r. według następującego programu: 29.VI. Zwiedzanie miasta, wieczorem herbatka zapoznawcza. 30.VI i 1.VII. Przed i po południu posiedzenia referatowe. 2.VII. Wycieczki w okolice Wilna dla uczestników Zjazdu i osób towarzyszących.

Szczegółowy program Zjazdu wraz z odpowiednimi drukami zostanie rozszany w pierwszych dniach czerwca br. Ostateczny termin zgłaszania tematów upływa z dniem 20.V. 1939 r., a zgłaszania uczestnictwa z dniem 15.VI. 1939 r. Koszta udziału w Zjeździe wynoszą 20 zł; dla asystentów klinik i oddziałów szpitalnych oraz osób towarzyszących 10 zł. Dla uczestników Zjazdu będą zarezerwowane pomieszczenia w hotelach i w Klinice Dermatologicznej U. S. B. Korespondencję w sprawie Zjazdu prosimy adresować: Sekretariat XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Wilnie Klinika Dermatologiczna U. S. B. Wilno Antokol.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

25.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Józef Szper. W sprawie leczenia choroby Bürgera. (Pokaz chorego). 2. Prof. Uniw. J. K. Franciszek Gröer. Wychowanie wewnętrzne, a wychowanie fizyczne.

25.IV Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1. Grynkrut B. Obraz kontrastowy przewodów żółciowych w cholecystografii dożylniej. 2. a) Fejgin M. i Engliszer A. Przypadek cukrzycy w wieku młodocianym. b) Fejgin M. i Cygielstreich M. Przypadek cukrzycy, powiklanej infekcją. 3. Rubinsztajn Józef. Spostrzeżenia społeczno-lekarskie na terenie linasowym, oparte na danych cyfrowych.

27.IV. Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

1. Jan Szymański: O kostniaku zatoki czołowej (pokaz przypadku). 2. Dyskusja w sprawie leczenia nowotworów złośliwych krtani promieniami rentgena i radu. 3. Wolne wnioski.

28.IV. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1. Zagajenie. 2. Referat p. inż. arch. Marcina Heymana pod tytułem: „Ogólna rozbudowa szpitalnictwa w Polsce”. 3. Dyskusja.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XLV. Fałd czy składka?

Język polski pomimo swej niewątpliwej giętkości i łatwości tworzenia nowych wyrazów dla oznaczenia nowych pojęć jest w wysokim stopniu zanieczyszczony, wprost zaśmiecony małym tłumem wyrazów łacińskich, francuskich, przede wszystkim zaś niemieckich. Znamienne, a zarazem smutne jest to, że te obce wyrazy służą do oznaczania nie jakichś pojęć oderwanych, lecz przedmiotów i czynności codziennych. Przytoczę kilka przykładów: „dach, fartuch, szuflada, szlafrok, gmina, sołtyś, wójt, burmistrz, ślusarz” i wiele, wiele innych. Pilną potrzebą kulturalną odrodzonej Polski jest utworzenie specjalnej komisji językowej, złożonej z światłych polonistów, która zajęłaby się oczyszczeniem języka polskiego z przykrych naleciałości, z których najprzekrzesze są naleciałości niemieckie, jako najbardziej obce duchowi słowiańskiemu języka polskiego. Również w mianownictwie naukowym istnieje cały szereg terminów, wziętych żywcem z języka niemieckiego. Do nich należy odpowiednik terminu łacińskiego „plicca”, zwany po polsku z niemiecka „fałd” (niem. Falte). Czyby nie dało się zastąpić tego brzydkiego obcego wyrazu terminem, jeżeli nie czysto polskim, to w każdym razie czysto słowiańskim „składka” (ros. складка)? Sądję, że to byłoby właściwsze, bo termin „plicca” oznacza miejsce, gdzie powłoka skórna czy błona śluzowa składa się, tworząc warstwę podwójną. W ten sposób termin łaciński „plicca nasolabialis” tłumaczyłby się na język polski terminem „składka nosowargowa”, terminowi „plicca natum” odpowiadałby termin polski „składka międzypośladowa”.

Stanisław Justman.

Résumé des articles originaux.

M. SZOUR. Essai de traitement de l'asthme bronchique au moyen d'injections intraveineuses d'alcool éthylique.

L'arsenal thérapeutique des états asthmatiques (*status asthmaticus*) ne dispose pas encore des armes invariablement efficaces. Certaines médications d'usage ne sont pas inoffensives pour l'état général du malade. L'auteur est parti dans son essai des recherches de Musante, Schittenhelm, Sirotin, Dodel et Gurfinkel sur la stimulation du système reticulo-endothélial par injections intraveineuses d'alcool éthylique, — cette stimulation étant susceptible d'entraver et parfois de couper même des états allergiques, — et a appliqué cette médication dans 60 cas d'asthme bronchique. L'auteur emploie des injections journalières de 5—10 ccm d'alcool éthylique à 33% en solution physiologique, de 5 à 30—40 injections par série. L'auteur a obtenu dans 40% de cas des rémissions à longue échéance, dans 34% de cas insuccès, dans 26% le traitement a été suivi d'une amélioration notable. Aucun effet nuisible à signaler. Pas de contreindications. Pas d'aggravation de l'état asthmatique pré-existant. Les insuccès ont été observés dans les formes tuberculeuses, climatiques et névropathiques pures. L'auteur préconise la médication comme un moyen solide et inoffensif susceptible de combattre l'état asthmatique et de produire de longues rémissions.

Z. BINDER et W. SILBER. Un simple mode de la transfusion directe du sang.

Les auteurs décrivent leur mode de transfusion directe

du sang qui est techniquement très simple et n'exige que quelques aiguilles et seringues. Grâce à sa simplicité ce mode de transfusion devient un acte non compliqué et facile à exécuter même dans les conditions provinciales.

J. MERENLENDER. Traitement du pemphigus.

L'auteur discute les méthodes modernes du traitement du pemphigus au jour des observations et expériences personnelles et présente le procédé curatif local et général. Les meilleurs résultats a donné l'administration de Germanine.

A. LEWINSON. Deux cas de méningite cérébro-spinale purulente traités par Antistreptine.

Dans deux cas de méningite cérébro spinale dont l'un était d'origine méningococcique et l'autre d'origine inconnue, l'auteur a appliqué l'Antistreptine (para-amino-benzène-sulfamide) *per os* et par voie intralombaire dans le premier cas, et seulement *per os* dans le deuxième, avec un succès total. Une action nuisible des doses employées (14,1 et 28,5 g) n'a pas été observée.

E. RUDZIŃSKA. L'assistance sociale aux enfants et à la jeunesse.

L'auteur donne un aperçu général sur le développement des établissements destinés aux enfants et à la jeunesse ayant besoin de l'assistance sociale. Les chiffres concernent l'année 1937/38.

TREŚĆ: Z. SREBRNY. Ś. p. Dr Bronisława Dłuska. — M. SZOUR. Próba leczenia dychawicy oskrzelowej śródżylnymi wstrzykiwaniami alkoholu etylowego (Dok.). — Z. BINDER i W. SILBER. Uproszczony sposób bezpośredniego przetaczania krwi — J. MERENLENDER. Co powinien lekarz praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych. VII Leczenie pęcherzycy. — M. ZAMENHOF. Postępy pediatrii w r. 1938 (Str. pogl. Dok.) — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — A. LEWINSON. Dwa przypadki zapalenia opon mózgoworzeniowych wyleczone antistreptiną. — H. HIGIER. Z dziejów etyki wśród lekarzy Żydów wczesnego i późnego średniowiecza. — E. RUDZIŃSKA. Opieka całkowita nad dziećmi i młodzieżą. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. SREBRNY. Feu M-me Dr B. Dłuska. — M. SZOUR. Essai de traitement de l'asthme bronchique au moyen d'injections intraveineuses d'alcool éthylique. (fin). — Z. BINDER et W. SILBER. Un simple mode de la transfusion directe du sang. — J. MERENLENDER. Traitement du pemphigus. — M. ZAMENHOF. Les progrès de la pédiatrie en 1938 (Rev. gén. fin.). — A. LEWINSON. Deux cas de méningite cérébro-spinale purulente traités par Antistreptine. — H. HIGIER. A propos de l'éthique des médecins juifs du moyen âge. — E. RUDZIŃSKA. L'assistance sociale aux enfants et à la jeunesse.

Warunki prenumeraty Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego:

Kwartalnie: w Warszawie 12 zł, na prowincji 14 zł, zagranicą 16 zł.

Prenumeratę prosimy wpłacać w przedpłacie na konto P.K.O. 86-96 (nie czekając na przybycie inkasenta).

Cennik ogłoszeń Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego:

Okładka tytułowa złotych 300.— Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście rezerwowane: cała strona złotych 160.—, pół str. zł. 85.—, ćwierć zł. 45.—

Ogłoszenia na miejscach nierezervowanych: cała str. zł. 140.—, pół str. zł. 75.—, ćwierć str. zł. 40.—, ósma część str. zł. 25.—

Załączenie do całego nakładu wkładki reklamowej do wagi 20 gr. zł. 150.—