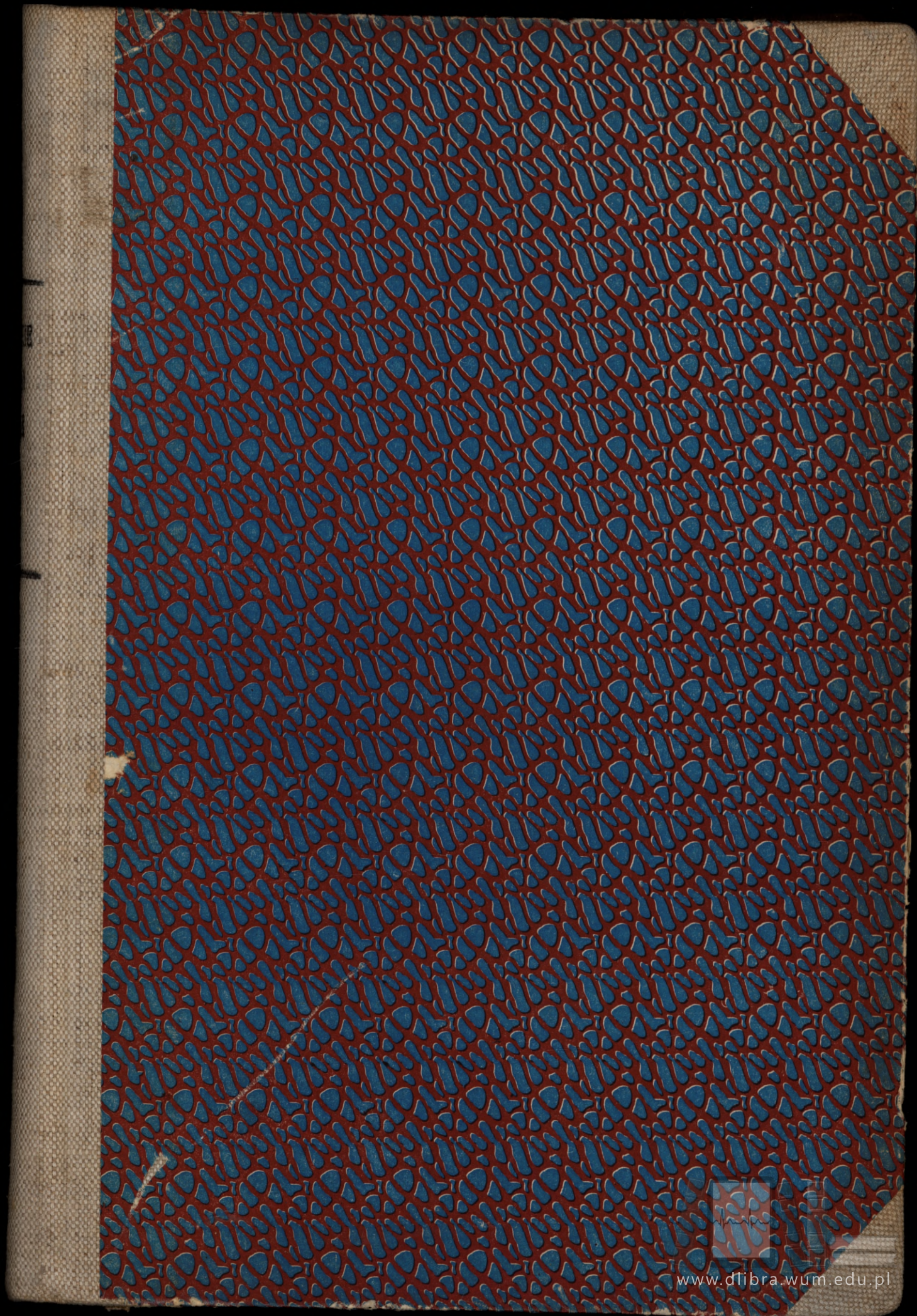




WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

W Y D A W A N E

przez R. STANKIEWICZA i W. KNAPPEGO

pod redakcją Z. SREBRNEGO

R O C Z N I K IV.

W A R S Z A W A

—
1927.



www.dlibra.wum.edu.pl



Drukarnia „WSPÓŁCZESNA“, Szpitalna 10, tel. 193-95.



SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE.

A. Wykłady Kliniczne.

	Str.
G. LEWIN. Leczenie dietetyczno-higieniczne gruźlicy płuc.	1,49
S. MINC. Mechanizm pracy zdrowego i chorego serca.	49,95
W. H. MELANOWSKI. Współczesny stan nauki o jaskrze i jej leczenie.	145,177
Ryszard HERTZ. Angina piersiowa.	210,297,329
Wiktory PAUCHET. Chirurgja przewodu pokarmowego.	250
E. HERMAN. Fizjopatologia przysadki mózgowej oraz dwa III komory	361,389,417
Stanisław MARKUSFELD. Ogólne podstawy obecnego leczenia przymiotu.	445
Dr. WASSERTHAL. O niskim parciu krwi.	473
A. W. KAPLAN i J. KONOPNICKI. O leczeniu cukrzycy insulinią.	501,529
Natalja ZANDOWA. Teoria ruchu w świetle współczesnych poglądów.	561
Leon HUFNAGEL. Schorzenia gruczołowe w przebiegu przymiotu późnego (Lymphadenitis syphilitica tarda, lymphadenitis syphilitique) i choroba Hodgina.	593
G. BYCHOWSKI. Współczesny stan nauki o morfinizmie.	625
Henryk PUSZET. O roli chorobotwórczej wielkościca jelitowego (Lambia intestinalis).	657,680

B. Z klinik, szpitali i pracowni.

E. SONNENBERG. O leczeniu tocznia nadmanganianem potasu.	6
Ludwik PIKIELNY. Przypadek torbielowato zwyrodnienia nerek.	8
A. KORYNER. O niestaości morfologicznej składu krwi w zdrowiu i chorobie.	56
Jerzy RUTKOWSKI. Uśpienie chlorkiem etylu do dłuższych zabiegów.	59
Henryk BROKMAN. Analiza biologiczna patogenyzy i kliniki płonicy	99
S. BAI-PRUSSAKOWA i Leon PRUSSAK. O przepuszczalności ośrodkowej barjery nerwowej w chorobach umysłowych i nerwowych.	101,152
Aleksander WILENCZYK. Grzyb strzygący i jego odmiany w Polsce.	105
Marjan TRAWIŃSKI. Leczenie złamań kości promieniowej w miejscu typowym na podstawie własnych spostrzeżeń.	148,181
Jerzy RUTKOWSKI. Uodparnianie miejscowe stawów.	150,183
M. SAIDMAN. Prosta metoda otrzymywania zawartości pęcherzyka żółciowego psa do badań doświadczalnych.	186
H. SPARROW i R. KACZYŃSKI. Znaczenie szczepień ochronnych w zwalczaniu płonicy.	214
H. KULIKOWSKA. Znaczenie próby beuzydynowej w badaniach sądowo-lekarskich.	218,267
P. MARTYSZEWSKI. W sprawie techniki sztucznej odmy piersiowej.	221
D. SZENKIER. Ropień gruczołu krokowego u chłopca 2½-letniego.	224
S. ADAMOWICZOWA. Epidemia grypy 1925 — 1926 r.	253
Georges PORTMANN. Leczenie chirurgiczne zawrotów głowy za pomocą otwarcia worka wchłonkowego (saccus endolymphaticus).	256
M. EIGER, F. GROSSMAN i E. KLEMCZYŃSKI. Badanie interferometryczne krwi w ciąży i w raku.	259
A. WIZEL i R. MARKUSZEWICZ. Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą.	270
A. LANDAU i B. JOCHWEDS. O odrębnych przypadkach zapalenia płuc, spostrzeganych w zimie r. 1925/26.	302
N. ZANDOWA. Przypadek przewlekłego zapalenia opon o nieznanym etiologii.	304
K. DŁUSKI. Uwagi o cieplocie podgorączkowej.	334,366
Aleksander FRYSZMAN. Przemijająca azocica, jako objaw różniczkowy w ostrej kolce nerkowej.	339
Ignacy ABRAMOWICZ i Feliks GROSSMAN. Dalsze badania doświadczalne nad wprowadzeniem neosalwarsanu do oka za pomocą jontoforezy.	365
O. BUJWID. Historia metody Pasteura i jej stosowanie obecne.	393
G. LEWIN i J. FLIEDERBAUM. O leczeniu zgorzeli i ropni płuc.	395

M. EIGER i S. RUBINSTEIN. O zależności ciał azotowych bezbiałkowych od układu nerwowego współczulnego i obokwspółczulnego.	421
A. LANDAU, M. FEJGIN i J. HELD. Parę uwag o leczeniu cukrzycy.	422
J. MUSZKATENBLIT i Marja MANCEWICZ. Kilka uwag o przebiegu duru brzuszego podczas epidemji roku 1926 — 1927.	450
Józef NUSBAUM. Badanie treści żółdkowej za pomocą próbnego trunku alkoholowego Ehrmanna (E. P. T. = Ehrmann's Probetrunk).	447
E. HERMAN i T. SIMCHOWICZ. Przypadek guza mózgu z prawdopodobnym umiejscowieniem w lewym ciele prążkowanym.	478
A. LANDAU i B. JOCHWEDS. Z kazuistyki układu krążenia.	504
E. HERMAN. Zespół jamistości rdzenia u osobnika z kłwą układu nerwowego ośrodkowego.	506
Seweryn CYTRONBERG. O wpływie czynności wysysającej i wydzielniczej pęcherzyka żółciowego na własności żółci.	538
Jerzy BABECKI. Syfilometryja Vernesa.	537
Walter RUHMANN. O odruchach rdzeniowych skórno-trzewnych.	567
H. SPARROW. Uodparnianie przeciwko durowi plamistemu.	569,597
G. GORDON. Uchyłek pęcherzowy jako treść przepukliny udowej.	572
Józef NUSBAUM. W sprawie rozpoznawania raka trzustki za pomocą próby palminowej według Ehrmanna.	595
Seweryn CYTRONBERG. Badania doświadczalne nad wpływem różnych pokarmów na ilość i jakość żółci.	630
A. STÜCKGOLD. Tętniak aorty brzusznej przyczyną niedrożności jelit.	636
D. THURSZ. O dożylnym leczeniu raka alkoholem etylowym.	660
M. GOLDMAN (junior). Badania kliniczne nad wpływem ergotaminy na układ roślinny.	663
Jerzy MUSZKATENBLIT i Edmund ZERA. Przypadek złośliwej postaci limfogramulomatozy z umiejscowieniem w kościach czaszki.	692

C. Z praktyki prywatnej.

M. ELJASBERG. Przyczynek do sprawy zapalenia szpiku kostnego pochodzenia paratyfusowego.	9
Marceli LANDSBERG. O nowym środku przeciwcukrzyczym syntetycznym.	112
L. BATAWIA. Diaphragma laryngis, leczona diatermją.	187
Ryszard HERTZ. W sprawie tegorocznej epidemji grypy.	275
H. HIGIER. O powrotnych postaciach chorób układu nerwowego.	340,369
B. KARBOWSKI. O otwarciu operacyjnym uchyłka jamy bębenkowej i jamy sutkowej (Atticoantrotomia) przez przewód słuchowy zewnętrzny.	426
W. GUMIŃSKI. Z kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego.	451
D. THURSZ. Przypadek pęknięcia wodogłowia podczas wydobywania płodu.	480
Paweł MARTYSZEWSKI. Z kazuistyki ciał obcych w płucach.	637
Jakób PUTERMAN. Przypadek rzadkoscurezu sercowego (bradycardia) w zależności od zapalenia gruczołów chłonnych w przebiegu influenzy.	665

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

a) Streszczenia zbiorowe.

Józef TYPOGRAF. O nowazurou i salirganie.	10,62
Z. SZYMANOWSKI. Plazmochina.	13
Z. SZYMANOWSKI. Bakterjofagi.	64
M. PŁONSKI. Patogeneza nowotworów w świetle nowych badań.	114
Stefan KRAMSZTYK. Patogeneza i leczenie astmy oskrzelowej w świetle badań najnowszych.	158
Henryk ADELFAŃG. O chorobach Kochlera.	189
Andrzej BIERNACKI. O twardzieli (scleroma).	225

K. BLÜTH. O kardiazolu.	Str. 280
J. KON. Rola witamin w dietetyce dziecięcej.	306,343,372,428
W. GŁOWACKA. Prace Levaditiego i jego uczniów nad zarazkiem wścieklizny.	396
Z. SZYMANOWSKI. Najnowsze prace francuskie o uodpornieniu przeciwko gruźlicy metodą Calmette'a.	453
Z. SZYMANOWSKI. Wyniki szczepienia ochronnego metodą Calmette'a w gruźlicy bydłej.	481
Z. SZYMANOWSKI. Sanokryzyna w gruźlicy doświadczalnej.	508
Władysław STERLING. Choroba Heine-Medina.	541,573
T. SPORZYŃSKI. Hodowla prątków gruźliczych i znaczenie jej w diagnostyce.	600
S. POPOWSKI. Nowe badania z dziedziny etjologii krzywicy.	638
J. BRILL. Prace wiedeńskie nad uodpornieniem przeciwko gruźlicy podług Calmette'a.	666
Bronisława FEJGIN. O zmienności bakterij w związku ze zjawiskiem d'Hérrellea.	694

b) Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

1. Zagadnienia ogólne.

J. MEHRING. Podręcznik chorób wewnętrznych wydany przez L. Krehla. Tom pierwszy. Zeszyt I. Choroby zakaźne.	67
Warszawski Kalendarz Lekarski na r. 1927.	67
N. ORTNER. Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. 4 tomy.	68
J. MEHRING. Podręcznik chorób wewnętrznych, wydany przez L. Krehla. Tom pierwszy. Zeszyt drugi. Choroby narządów oddechowych i narządu krążenia krwi.	121
FRANKOWSKA. Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby.	162
Prof. Dr. Max KAPPIS (Hannover). Organisations und ordnungsgemässer Betrieb des Operationssaals.	398
J. von MEHRING. Podręcznik chorób wewnętrznych, wydany przez L. Krehla. Tom I. Zeszyt III i tom II zeszyt IV.	483

2. Anatomja normalna i patologiczna.

KOSIŃSKI Karol. Anatomja Topograficzna kończyny górnej z praktycznym zastosowaniem dla lekarzy.	69
KAISERLING. Posocznica z anatomiczno-patologicznego punktu widzenia.	69

3. Histologia i embriologia.

F. J. LANG. Badania doświadczalne nad histogenezą myelo-poezy zewnątrzszpikowej.	398
H. de WINIARTER. Wydzielanie ziaren w nasieniowodzie ludzkim.	399
B. J. KARDASIEWICZ. Alkohol etylowy, jako utrwalacz w technice mikroskopowej.	399

4. Fizjologia normalna i patologiczna.

SYDERHELM i GOLDBERG. Ortostatyczne zatrzymanie wody.	16
L. GARRELON, D. SANTENOISE i A. le GRAND. O wpływie trzustki na napięcie i pobudliwość nerwu błędnego.	17
Max ARON. Współzależność wzajemna rozwoju zarodkowego tarczycy i wewnątrzwydzielniczej czynności trzustki.	17
Jean DEMOOR i Pierre RYLANDT. Właściwości substancji czynnej przedsiionka prwego.	17
Pierre RYLANDT. Przyczynki do badania ośrodka automatyzmu sercowego.	17
Pierre RYLANDT. Wycięcie węzła zatokowego i następce jego zaszczerpienie wśródprzedsionkowe.	17
Pierre MATHIEU i Lucien CORNILL. O bezpośrednich zmianach wentylacji płucnej po frenikotomji doświadczalnej.	230
Victor PAPILIANU i Diviu FUNARIU. O działaniu nerwu błędnego w mechanizmie hyperglikemji.	230
E. F. MUELLER i W. F. PETERSEN. I: Znaczenie wahań fizjologicznych liczby leukocytów w naczyniach obwodowych. II: Stosunek ich do unerwienia żołądka.	399
POPPER i KREINDLER. Szybkość opadania krwinek a hemoklaza trawiczna. O zmianach występujących bezpośrednio po posiłku.	400

E. ZUNZ i J. La BARRE. Czy hypoglikemja insulinowa zmniejsza wytwarzanie insuliny przez trzustkę.	601
J. NITZESCU. Czy istnieją wahania ilości insuliny w trzustce zależnie od pory roku.	601
F. FONSEA i A. de CARVALHO. O mechanizmie wpływu insuliny na wydzielanie żołądkowe.	601
A. STROHL, L. BINET i FOURNIER. O odczynie śledziony na zmniejszenie się ciśnienia barometrycznego. W sprawie polyglobulji na wysokościach.	601
LEENHARDT i CHAPTAL. O wpływie promieni pozafijolkona poziom zasobu zasad we krwi niemowląt i dzieci.	602
TISSINGER, OLIVIER et CASTERAN. O roli śledziony, a w szczególności układu śródbłonkowego śledzionowo-wątrobowego w czynności barwnikowo-wydzielniczej wątroby.	668
J. JORNS. Trzustka głodowa u człowieka.	668
H. STEINITZ. O zastępczym działaniu wydzielniczym żołądka w związku z niedomogą nerek.	669

5. Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

E. SCHLIEPHAKE. Przyczynki do poznania wpływu cholin na układ krwionośny.	18
L. MITROVITSCH. O wpływie pilokarpiny na wydzielanie i ruchy żołądka u człowieka.	18
L. MITROVITSCH. O działaniu atropiny na czynność żołądka u człowieka.	19
F. MERCIER i L. MERCIER. Wpływ sparteiny na układ sercowo-naczyniowy psa.	18
R. HAZARD i L. MERCIER. O wpływie atropiny na rytm serca.	18
P. WICEL. O wpływie małych ilości krystaloidów, a zwłaszcza cukru gronowego na ciśnienie i wzór krwi.	19
HANDORSKY. Badania doświadczalne nad spazmolitycznym działaniem cukru gronowego.	19
A. J. WEIL. O działaniu śródżylnych zastrzyków cukru gronowego na naczynia włosowate.	19
E. KAUFMAN. Działanie i zastosowanie cymaryny.	69
A. REINHOLD. Badania doświadczalne nad działaniem naprastnicy podanej przez odbytnicę.	70
JANSEN. O efedrynie.	70
H. KREITMAIR. Działanie efedryny Mercka na napad dusznicowy oskrzelowej wywołany doświadczalnie.	230
FREUND. Zagadnienia farmakologiczne działania ciał protei-nowych.	230
F. RATHERY i R. KOURILSKY. O działaniu antipiryny u djabetyków.	230
HILDING EKERFORS. Wpływ utleniania adrenaliny i pewnych związków posiadających biologiczną właściwość jej działania.	231
NILS HOLLANDER. O własnościach farmakodynamicznych kolocyntyny.	231
BERGSTROM Erik. O działaniu kumaryny na autonomiczny układ nerwowy.	231
KOLLE. Podstawy doświadczalne prób biologicznych i oceny wartości leczniczej salwasanu.	231
Victor PAPILIAN i Traian BENDASCU. O wpływie adrenaliny, atropiny i pilokarpiny na podstawową przemianę materji.	231
C. POPESCU-INOTESTI. O działaniu jonu wapniowego na układ roślinny człowieka.	231
E. L. BACKMAN, G. ERDSTROM, E. GRAHS i HULTGREN. O wpływie chlorku wapnia i cytrynianu sodu na zawartość we krwi płytek i ciałek białych.	232
E. L. BACKMAN, G. ERDSTROM, E. GRAHS i HULTGREN. O wpływie adrenaliny, histaminy i nikotyny na liczbę płytek i ciałek białych we krwi.	232
A. DOBRZANSKI. O wełnianiu nikotyny przez drogi oddechowe.	375
A. LUMIERE i H. COUTURIEUX. O stosowaniu soli cynkowych w celu przeciwdziałania krzepnięciu krwi.	375
NITZESCU. Insulina a wydzielanie żółci.	375
J. H. CASCAO de ANCIAES. Insulina a czynność żołądka.	376
L. JUNG i L. AUGER. Insulina a ciśnienie tętnicze.	376
Synonimy syntetycznych środków leczniczych z podaniem ich nazw, zastrzeżonych prawnie, właściwości chemicznych oraz wskazań leczniczych dla użytku lekarzy i aptekarzy.	483
Mr. Farm. Jan MUSZYŃSKI, prof. nadzw. farmacji Uniw. Stefana Batorego. Podręcznik do mikroskopowego rozpoznawania surowców lekarskich dla farmaceutów, lekarzy i ekspertów celnych.	483
RATHERY, LEVINA i MAXIMIN. O działaniu syntaliny na osobników zdrowych i cukrzycowych.	484

E. HELAERS. O wpływie heksetonu na morfinowe porażenie oddechu	484
P. WEGER. O wpływie strofantyny na liczbę ciałek białych i płytek krwi	484
KALK i SIEBERT. Badania nad wpływem atropiny i belladony na czynności żołądka.	669
KAEWEL i KUEHN. Czy środki bakterjobójcze wydzielają się do pęcherzyka żółciowego.	669
A. GUEBER. Indyjska herbata nerkowa Koemis Koetjing.	669

5-a. Higjena.

K. ORZECZOWSKI. Organizacja sanitarna powiatu warszawskiego.	640
--	-----

6. Biologia.

B. WERNICKE, E. SAVINI i SCOTTI. O wpływie insuliny na odczyn krwi u królika	16
P. MAURIAC i E. AUBERTIN. Zmiany glikemji, występujące po zastrzykach krwi, pochodzącej od zwierzęcia, któremu stosowano insulinę	16
I. HERMANN. W sprawie pochodzenia odczynu dwuazowego Ehrlicha	16
G. FONTES i A. YOVAUOVITSCH. O wpływie światła na azotową przemianę materji	16
F. GLASEK. Podstawy fizjologiczne dożylnego wprowadzania wapnia (wyniki porównawcze leczenia sugestją).	16
J. A. COLAZZO. O zawartości kwasu mlekowego we krwi naczyń wątroby i mięśni	229
SOLANO RAMOS i L. GARCIA FOX. O znaczeniu wody dla utrzymania równowagi kwasowo-zasadowej krwi	229
L. BINET i A. BLANCHETIERE. Badania nad zawartością wapnia we krwi. Hypercalcemia asfityczna	229
O. PICO ESTPADA i V. MORORA. O podziale glukozy między osoczem i krwinkami u zwierząt zdrowych	229
A. TOURNADE, M. CHABROL, L. HERMANN i M. PERRIN. O wpływie kokainizowania opuszki na poziom cukru we krwi	375
L. BINET i B. FOURNIER. O zachowaniu się śledziony podczas upustu krwi	375
P. CARNOT i Z. GRUZEWSKA. O stężeniu jonowem żółci i zawartości w niej Co_2 podczas wydzielania żołądkowego	375
R. BAER. O znaczeniu mięśni poprzecznie prążkowanych dla regulacji gospodarki wodnej przy doustnem stosowaniu wody ze solą	455
M. LABBE, P. VIOLE i E. ASERAD. O działaniu retropitryny na diurezę człowieka podczas snu	456
PARHON, CAHANE i MARZA. O zawartości wody w narządach zwierząt, którym zastrzykiwano wyciągi jądrowe	512
M. CAHANE. Zawartość wapnia, magnezu i potasu w mięśniach i we krwi z punktu widzenia i likobiologii	512
V. PAPILIAN i M. JANU. O wpływie obustronnego przecięcia n. błędnego na poziom cukru we krwi	512
ABADIE, BALDOUS i DORMIER. Znieczulenie rdzeniowe i azotemja	512

7. Patologia kliniczna i doświadczalna.

J. Martin SOUSBY. Dootrzewnowe przetaczanie krwi	230
Berthe HEYMANS i C. HEYMANS. O wpływie insuliny na glikogen wątrobowy	230
GUEYSSE-PELISSIER. O dyshyperleukocytozie	346
S. PETIT, L. PANISSET i P. KFOURI. O działaniu osocza pochodzącego od osobników gruźliczych na zwierzęta zdrowe lub chore	346
P. CARNOT. O wpływie wyciągów zarodkowych na szybkość gojenia się doświadczalnych wrzodów żołądka	346
M. GOLOVANOFF. O uczulaniu drogą skórną	346
M. ASKENAZY. Powstawanie raka, rozpatrywane ze stanowiska wpływu bodźca zbiorowego.	640
D. THURSZ. O wpływie alkoholu etylowego na wzrost mięśnika szczurów.	640

8. Bakterjologia i Serologia.

H. SELTER. Drobnoustroje w stanach posocznicych	121
R. PIERRET i V. BILOUET. Bakterjofagi u noworodków	122
L. HIRSZFELD. Serologia konstytucyjna w związku z badaniem grup krwi	430, 456
P. LESBRE i H. JAUSION. O zdolności redukującej gronkowców różnej jadowitości w stosunku do błękitu metylowego	483
O. Thomsen. Badania grup serologicznych u starców z punktu widzenia żywotności poszczególnych grup	483

TALIAFERRO L., G. FISCHER A. B. Odczyny precypitacyjne w malarji	580
PARISH H. J. Ziarenkowate formy prątków błonicy	580
CHESNEY, ALAN M., HALLEY, CHARLES R. L. and KEMP, JAROLD E. Badania doświadczalne na kila	580
DOCHEZ A. R. and STEVENS, FRANKLIN A. Badania nad biologją paciorkowców. VII. Odczyny alergiczne z paciorkowcami róży	580
Fred. W. STEWART. Zapalenie u psów opon mózgowych wywołane typem I pneumokoków	580
Juljan NOWAK, prof. Un. Jag. Documenta microbiologica Atlas mikrofotograficzny bakterji, grzybków i pierwotniaków.	697
MASIAKOWIEC i KAZARNOWSKA. Przygotowanie antygenu zapomocą bakterjofagów.	697
W. WEICHARD. Antivirus Besredki.	697

9. Djagnostyka.

C. i S. AUGUSTE. Szybki sposób określania zawartości mocznika we krwi	71
HASELHORST. O wartości klinicznej opadania krwinek	71
S. BALACHOWSKY. Czego może żądać klinika od odczynu opadania krwinek?	71
POP i GRÜNBAUM. Doświadczenia nad opadaniem krwinek	192
E. REYNOLDS. O znaczeniu djagnostycznym albumozurji Bence-Jones	192

10. Lecznictwo.

SCHLAGER i WOLF. Doświadczenia z lecnictwem stosowaniem żyjących drobnoustrojów u ludzi	79
BöhNE. Podstawy nieszkodliwego lecnictwa stosowania żyjącej protoplazmy	79
V. R. STÜHLERN. O wpływie insuliny u chorych na raka	79
P. SAXL. Fortschritte und Probleme in der Therapie innerer Krankheiten	121
W. ROCHL. Zagadnienia chemoterapii	121
W. WICK. O znaczeniu przerw w proteinerapii na zasadzie badań klinicznych u chorych ocznych	121
P. CARNOT i TERRIS. Przybytek na wadze wywołany przez wyciągi z narządów zwierząt utuczonych	192
KEHRER. Zespolecie żyły odpiszczelowej (Saphena) wewnętrznej z jamą brzuszną	192
E. v. THURZO. O unikaniu zakrzepów i uszkodzeń ścian żylnych przy wstrzykiwaniach śródżylnych	192
GARTENMEISTER. Przypadek zranienia ołówkiem atramentowym	192
KNOLL. O koraminie	319
EKKERT PETERSEN. O leceniu stanów posocznicych septakrolem Ciba	319
— O leceniu raka ołowiem	319
FRANK. Insulina jako środek tuczający	319
THALES Martins. O ożywianiu już nieczynnego serca za pomocą zastrzykiwań środków pobudzających do żyty szynnej	311
Mieczysław KOSINSKI. Technika mięsienia lecnictwa (masaż) z 60 rycinami w tekście według oryginalnych zdjęć	422
E. MAKAI. Leczenie zapaleń produktami zapalnymi (autopyoterapia)	432
P. SAXL. O oddziaływaniu na układ śródbłonkowo-siatkawkowy w celach lecnictwa	432
F. WEIDLINGER. Doświadczenia z koraminą	512
A. SELIG. O działaniu kąpeli kwasowogłowych	513
A. LOEWY. O stosunku czynników klimatu wysokogórskiego do patologji	513
G. BITTE. O leceniu przewlekłego, nawracającego gośdca stawowego zapomocą doustnego podawania ichtyolu	580
Toby COHN. Przypadek śmierci po Saprowitaniu	580
GUDZENT i KUSSAT. Naświetlanie radem w przypadkach tarczycowych	580
WALINSKI. Doskórne wstrzykiwania normosalu.	580
STEISKAL. O żywieniu przez skórę.	640
SIMON. Leczenie za pomocą tuczenia insuliną.	640
BOAS. Leki gorzkie i pobudzające trawienie w teorji i praktyce.	640
ANGEL, PEREP, ANDRÉ. Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem lecnictwem koraminy.	641

11. Choroby zakaźne.

K. NEERGAARD. O użyteczności leczenia metalami chorób zakaźnych	19
MATHES. O posocznicy (referat dyskusyjny)	29
JOHAN. O próbie Dicka i szczepieniach przeciwożniowych	29

	Str.
Hans BEHRAND, O wpływie warunków społecznych na zapadanie na płonice i blonię	20
H. W. HILL i E. BEERE, Brak stosunku pomiędzy złem życiem dzieci szkolnych, a zapadaniem na choroby zakaźne	21
Olga BENCIU, O częstotliwości i cechach swoistości paciorkowców hemolitycznych wyodrębnionych u chorych na płonice	122
PAPILIAN, Wpływ jądów sympatykotonicznych na rozwój zakażeń gronkowcowych	122
N. KOSOVITSCH, Krew w durze płamistym	122
E. FISCHL, Wrażenia z tegorocznej epidemii grypy	281
FRIEDEMANN, O leczeniu grypy	282
J. HABABON-SALA, O rozpoznawaniu duru brzuszego za pomocą odczynu śródskładkowego	457
F. LUST, O zapaleniu mózgu po odrze i jego następstwach	457
E. GILDEMEISTER i K. HERZBERG, Dalsze badania nad stosunkami odpornościowymi między wypryskiem a ospą	457
E. FIEDLER, Choroby ośrodkowego układu nerwowego po szczepieniu ospy	458
M. KOCH, Szczepienie ospy i zapalenie gardła (angina)	458
Doc. Dr. Józef KOSTRZEWSKI, Czerwonka bakteryjna	513
BLANC i CAMINOPELOS, O szczepieniach przeciwczernkow- wych za pomocą domięśniowych zastrzyków żywych prątków Shiga	514
J. ENKLING, Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy drem rze- komym B a zapaleniem wyrostka robaczkowego ze szcze- gólnym uwzględnieniem obrazu krwi	514
ZOELLER i RAMON, Szczepienie przez nos	514
STRIECK i WILSON-GLASGOW, Badania nad przemianą ma- terji w okresie wylęgania chorób zakaźnych	697
GOEBEL, Spostrzeżenia nad odrą doświadczalną	697
LORENC i NOBEL, Badania porównawcze nad toksyną Dicków różnego pochodzenia	698
K. SCHEER, Półpasiec i ospa wietrzna	698

12. Gruźlica.

H. SIEGEN, Badania nad pierwotnym zespołem gruźliczym z uwzględnieniem wtórnego zakażenia płuc	21
KIRCHNER, O infekcji mieszanej	21
G. SCHRÖDER, O technice i wynikach sztucznej odmy piersio- wej	21
BRAUNSFELD, Leczenie gruźliczej odmy ropno-powietrznej	21
P. M. MATTIL i M. H. WALL, Odma sztuczna	22
K. DELBECQ, O objawach ubocznych skutek nakłucia opłucny podczas odmy sztucznej	22
I. BERNARD, L. BARON i J. VALTIS, Zapalenie opłucny zrostowe (<i>pleuritis adhaesiva</i>) pochodzenia urazowego w przebiegu odmy sztucznej	22
BEZANCON, BRAUN i AZONLAY, Wskazania i technika wlewania oliwy do opłucny (<i>oleothorax</i>)	22
FINIKOFF, Leczenie gruźlicy chirurgicznej	23
MAXIMOW A, Gruźlica tkanek zwierząt ssących w hodowli	72
K. WEISE i H. FERNBACH, Hodowanie laseczników gruźli- czych z płynu mózgowo-rdzeniowego i ropni na żółtka jajka	72
WERNECKE, O ogniskach podobojczykowych Assmanna	73
E. LÖWENSTEIN, Przyczynki krytyczne do sprawy szczepie- nia ochronnego Calmettea	73
JESSEN, O udoskonaleniu barwienia jednoczesnym prątków Kocha oraz włókien sprężystych	73
†, PAREL, O próbach leczenia gruźlicy zapomocą sztucznego zwiększenia ilości kwasu moczowego we krwi	73
BOCQUET i NEGRA, Antygen metylowy w poszukiwaniu prze- ciwciał gruźliczych i w leczeniu gruźlicy doświadczalnej drobnych zwierząt pracowniowych	73
J. SEVERIN, Rozpoznanie, rokowanie i leczenie pierwotnej gruźlicy żołądka	193
R. ERICKSON, Objawy gruźlicy kiszek	193
— Wpływ światła pozafioletowego na objawy gruźlicy kiszek	193
DMITRESKO-MANTE i ALEXANDRESCO, W sprawie lepkości kropli w gruźlikach	193
A. MOELLER, Czynne uodpornienie przeciw gruźlicy przez doskórne wcieranie żywych prątków	193
A. BACEMEISTER, Doświadczenie praktyczne co do wyłączenia n. przeponowego w gruźlicy płuc	233
William H. TEARLE M. D., Radykalna frenikotomia w gruźlicy płuc	233
J. GEHRT, O znaczeniu prognostycznym gruzelków naczyńiówki	233
A. HITTMAIR, Wole i gruźlica płuc	233
LIBEROPOLI, O przypadku gruźlicy płuc u syfilityka	234
R. GAJKOWICZ, Leczenie tuberkulozowo-bolnowo	311

TOENIESSEN i RIEDRICH, O zależności gruźliczego odczynu gorączkowego od ogniska gruźliczego	311
D. ZACKES, O gruźlicy gruczołów węzkowych (o względnej wartości objawów ogólnych, wyników badania fizykalne- go i radioskopowego dla rozpoznawania gruźlicy gruczo- łów okołoskrzelowych)	311
Franz ICKERT, O infekcji gruźliczej	311
A. CONVELAIRE, Noworodek pochodzący od matki gruźliczej	347
H. DOLD, W sprawie szczepień ochronnych zabitemi laseczni- kami gruźlicy	347
ZADEK i MEYER, Wyniki praktyczne szczepienia przeciw- gruźliczego według Langer'a	347
S. PARADISTAL i S. POPOWSKI, Poradnia przeciwgruźlicza z przedmową Doc. T. Janiszewskiego	400
A. FRAENKEL, O znaczeniu patogenetycznym obrazu rentge- nowskiego płuc w gruźlicy	400
L. STEEFEN, O praktycznym znaczeniu obrazu rentgenowskiego dla rozpoznania gruźlicy płucnej	401
E. HARDE i P. FOCSA, Odporność myszy dotkniętych nowo- tworami w stosunku do mało złośliwych prątków gruźlicy	432
M. SALOMON i de POTTER, O związku między cholesterynemją i ciśnieniem krwi u chorych gruźliczych	432
Hans DORENDORF, O gruźliczem zacieczeniu umiejscowionem pod obojczykiem	433
LEPSKAJA i BACHLIN, Insulina jako środek tuczający w gruźlicy	433
H. ALEXANDER i A. BECKMAN, Röntgenatlas der Lungen- tuberkulose des Erwachsenen	513
BERGERON i BOURGAREL, Rozpoznawanie bakteriologiczne gruźlicy u dzieci	514
A. ADAM, O znaczeniu heterogenetycznej alergji tuberkulino- wej w powstawaniu wrażliwości na tuberkulinę	514
Franz BEDEKER, O wczesnym nacieczeniu i niestępnym łą- czeniu sprawy szczytowej z gruźlicą dorosłych	514
P. LANSEL, Krwawienia z płuc w wysokich górach	515
ZWERG, O chemoterapii gruźlicy płuc	515
WOLF i LOSSEN, Wyrwanie nerwu przeponowego w przypad- ku gruźlicy jamistej górnego płata płuca prawego	515
NEUMANN i WOLF, Trwałość wyników leczenia odma w górach	515
RUBEL, W sprawie przewlekłych stanów podgorączkowych u kobiet	602
LYTKIN, Wpływ leczenia gruźlicy słońcem na opadanie krwi- nek czerwonych	602
J. GUREWICZ, O zachowaniu się trombocytów we krwi w prze- biegu gruźlicy płuc	602
K. SCHEER, Przyczynki do gruźlicy wrodzonej	602
W. NEUMAN, O wartości stosowania tuberkuliny	602
A. SZTERNBERG, Konstytucja i klinika gruźlicy	609
A. TOGOUNOFF, Badania nad istnieniem w płwocinie przesą- czalnych czynników jadu gruźliczego	670
A. TOGOUNOFF, O przesączalnych zarazkach w narządach gruźlików	670
H. BJÖRN-HANSEN, Leczenie sanokryzyną gruźlicy doświad- czalnej u królików	670
Ch. GARIN, O wskazówkach i stosowaniu tiokryzyny w lecze- niu gruźlicy płuc	670
H. HELBUCH, Silcasina w leczeniu otwartej gruźlicy u dzieci	670
H. G. ZELTER, W sprawie kuracji tuczającej insuliną w gruźlicy	670

13. Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

S. ADLER, Ropotok zębodołowy u szympanów	23
Lucien CORNIL, Kilka uwag o nowotworach przewodu gar- dzielowo-przysadkowego	23
J. ORGOGOZO, O celowości całkowitego wyluszczenia migdałków	122
W. ANTHON, Tonsillektomia z powodu ropnia okołomigdałkowego	123
H. KRAMM, Rezekcja okienkowa otoczki migdałkowej jako zabieg chroniący przed nawrotami ropni okołomigdałkowych	123
Oskar HIRSCH, Przyczynek do kliniki guzów przysadkowych, oparty na 100 przypadkach operowanych przez autora jego własną metodą wewnątrznosową	123
G. PORTMANN, Rezekcja żyły jarzmowej wewnętrznej w przy- padkach zakrzepu tego naczynia	123
M. BOUCHET i L. LEROUX, O zawrotach głowy zależnych od pozycji ciała	124
HAKEN, Angina monocytowa z zejściem śmiertelnym	433
E. URBANTSHITSCH, Mucosus—Meningitis	433
E. WIRTH, Odczyn śródskładkowy po szczepieniu paciorkowcami hemolizującymi u zdrowych i u chorych dotkniętych za- każeniem paciorkowcem ze szczególnym uwzględnie- niem zagażenia migdałkowego	484
L. PESTI, Zapalenie ropne zatoki szczękowej wywołane przez paciorkowca śluzowego	484

E. WIRTH. Podostre zapalenie wyrostka sutkowego wywołane przez zakażenie mieszane lasiecznikiem błękitnym i paciorkowcem niehemolizującym.	485
O. MAYER. Badanie histologiczne i kliniczne w sprawie wskazań operacyjnych w ostrym zapaleniu wyrostka sutkowego.	485
H. MARSCHIK. O leczeniu anginy u dzieci i dorosłych.	671
R. H. FRASER. Ciąła kontrastowe w diagnostyce oto-laryngologicznej.	671
H. RICHTER. O przejściowym obrzęku powiek w przebiegu surowiczego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego.	671

14. Choroby płuc.

BRESSOT. Rozpoznanie i leczenie torbieli bąblowcowych płuc.	23
Spiro I. VIERATO. Leczenie ropnia płuc autoszczepionką mieszaną.	32
KÜMMELL. Przyczyny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie operacyjne.	23
Dr. Zdzisław GOBECKI. Schorzenia opłucny w świetle nowych poglądów.	74
Aug. HOFMANN. Krwotoki płucne pochodzenia niegruźliczego.	74
J. PESCHER. Mierzenie pojemności życiowej płuc oraz stosowanie tegoż w gabinecie lekarskim.	74
F. JESSEN. O kaszlu i jego leczeniu.	234
Arnold LAUCHE. O powstawaniu płatowego zapalenia płuc.	234
Ch. MATTEI i F. ESCUDIER. O stosowaniu doustnym emetyku, jako środka przeciw płucnym krwotokom gruźliczym.	234
N. LENHARTZ. Różniczkowanie ostrych przypadków zap. płuc z uwzględnieniem czynników bakteryjnych.	641
K. HANSEN. O psychoterapii w dusznicy oskrzelowej.	641
J. MINEZ i POSEZ. Leczenie astmy dziecięcej szczepionkami.	641

15. Choroby serca i naczyń.

GANTER. O ciśnieniu i jego zależności od szerokości naczyń oraz czynności serca.	25
LANGE. Kształt naczyń włosowatych w nadciśnieniu.	25
WESTPHAL i BLUM. Leczenie nadciśnienia samoistnego rodnem oraz uzasadnienie tego leczenia.	26
V. BERNUTH. Uwagi nad zachowaniem się naczyń włosowatych w krwawicze oraz innych skazach krwiotocznych.	25
E. NEHLINGER. Stosunek schorzeń zapalnych i miażdżycowych zastawek do swoistego układu mięśnia sercowego.	26
WINTER. Krzywa ciśnienia krwi pod wpływem naświetlania lampą kwarcową.	26
UHLENBRUCK. W sprawie upustu krwi.	234
LORCHER. Stosowanie rodopuryny w nadciśnieniu samoistnym.	234
L. SITERMANN. O dożylnym stosowaniu tinctura strophanti w niedomodze sercowej.	234
WOLLHEIM i BRANDT. Skład krwi, ilość i ciśnienie po dożylnym wprowadzeniu małych ilości wody.	401
JAGIĆ. Leczenie przeciwkółowe w cierpieniach układu krążenia.	401
D. PLETNIEW. Czy tętniak komór serca daje się rozpoznać za życia?	458
W. HÜLSE. W sprawie nadciśnienia samoistnego.	458
W. WEISTZ. Przyczynę do rokowania w nadciśnieniu samoistnym.	458
F. MUNK. O istocie i leczeniu hypotonji tętniczej.	641
R. JAFFE. Nadciśnienie i udar mózgu.	642

16. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Hans KRAHN. Odczyn śródbłonkowo-siateczkowy czy białaczka śródbłonkowo-siateczkowa (3-cia postać białaczki).	26
I. ZADEK. W sprawie patogenetyz choroby Vaqueza.	26
MORAWITZ. O mechanizmie ustania krwawień.	27
PORCHERON et DAUFRESNE. Kuracja morska niedokrwistości.	124
ISTOMANOWA. Uwagi kliniczne nad barwieniem przyżyciowym krwinek w przypadkach ciężkiej niedokrwistości.	124
Hans ZIEMANN. Hämatologisches Praktikum.	283
George N. MÜLLER i Russel S. BOLLES. Postać brzuszna choroby Hodgkina.	283
GANSSEN, ZIPERLEN u. SCHÜR. Konstytucja hemolityczna.	348
P. Emile WEIL i STIEFFEL. O obecności czynników krwiotwórczych we krwi i surowicy osobników pletorycznych.	348
E. EWIG. W sprawie nabytej niedokrwistości hemolitycznej.	458
ROSENOW. O leczeniu białaczki szczepieniem malarji.	458
ARNETH. O odczynie szpikowo-pseudobiałaczkowym (myelosis aleuacemica).	698
G. FANCONI. Rodzinna, dziecięca niedokrwistość o typie anemii złośliwej.	698

17. Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

KATSCH i STAN. W sprawie alkaptonowego zaburzenia przemiany materji.	27
E. HEDON. Kwasica i śpiączka cukrzycza u psów pozbawionych trzustki.	27
André CHOAY. O trwałości insuliny.	28
B. A. HOUSSAY i A. CISNEROS. Wrażliwość psów pozbawionych trzustki, i ich wrażliwość w stosunku do insuliny.	28
J. BAUER. O stosowaniu salirganu i nowazurołu w przypadkach oligurji nawykowej.	28
J. DALSACE i Ch. O. GUILLAUMIN. Wpływ kastracji jajników na metabolizm wapnia i fosforu.	28
FRANK, NOTHMANN i WAGNER. O środkach syntetycznych otrzymanych działających podobnie do insuliny.	124
FRANK, NOTHMANN i WAGNER. O leczeniu cukrzycy syntalną.	124
HOLZER i KLEIN. Wpływ dużych dawek insuliny na przemianę materji w ciężkich przypadkach cukrzycy.	125
A. FLAUM. Spostrzeżenia nad przebiegiem dobowej krzywej cukru we krwi u chorych cukrowych.	125
SAVINI, CCKERMANN. O leczeniu djaternią zespołu Basedowa i częstoskurczu napadowego.	125
H. MAMROS. O wpływie wysokości poziomu cukru we krwi na rokowanie w cukrzycy.	235
W. H. WEIL i A. STORM. Przyczynki do sprawy przemiany jodu w ustroju.	235
CURSCHEMAN. W sprawie wyniszczenia o niejasnym podłożu.	347
HITZENBERGER i KAUFHEIL. O leczeniu moczołki prostej nowazurolem podawanym per os.	348
L. CORNIL i L. JOCHUM. O działaniu wyciągów jądrowych na glikozurję i poliurję djabetyków.	348
MOLNAR. O znaczeniu odwodnienia w leczeniu otyłości.	402
WOHLRATH. O leczeniu fosfaturji solarsonem.	402
GUILLAUMIN. O obliczaniu zawartości szczawianów we krwi.	402
Jakób WĘGIERKO. Kwasica cukrzycowa i jej leczenie z przedmową prof. A. Gluźnińskiego.	642
F. MÜLLER. O zachowaniu się tolerancji u chorych na cukrzycę po leczeniu insuliną.	643
F. REDLICH. O niebezpieczeństwach stosowania jodu w leczeniu choroby Basedowa i nadczynności tarczycy.	643
R. FAILLIE i P. MATHIEU. Przemiana oddechowa u otyłych. Studja nad patogenetą otyłości i jej leczeniem.	671
NONNENBRUCH. Badania podstawowej przemiany materji w przyp. dystrophiae adiposo-genitatis.	672
C. KATSUBE. O stosowaniu doustnem insuliny i pigulek Forneta.	672
A. RUBEL. W sprawie przewlekłych stanów podgorączkowych u kobiet.	672

18. Choroby narządów trawienia.

BURCHARDT. W sprawie usuwania obcych ciał z przelyku u dziecka za pomocą otwarcia żołądka.	23
DELORE, COMTE i LARRY. W sprawie krwotoków żołądkowych nieznanego pochodzenia.	24
SCHWARZ. Samorodne oraz pooperacyjne krwawienia żołądkowe i ich leczenie.	24
STRAUSS. Pseudonowotworowa postać kiły żołądka. <i>Linitis plastica</i> .	24
PRIBRAM. Gastroenterostomia, jako jednostka chorobowa.	24
BOAS. O niezycie błoniastym i śluzowym okrężnicy.	24
FLOSDORF. Wnioski z przypadku rozległego wycięcia jelita czczego.	24
FAEHRMANN. W sprawie niedrożności jelit u wygłodniałych.	24
SOLIERI. W sprawie mesosigmoiditis fibrosa.	24
PETRESCU i LAZARESCU. Wodniak wyrostka robaczkowego.	25
FONIO. Wartość leukocytozy w zapaleniu wyrostka robaczkowego z punktu widzenia rozpoznania i rokowania.	25
L. SEYBERTH. W sprawie zabezpieczenia kikuta wyrostka robaczkowego.	25
PICARD. Leczenie diaternią zwięźni odbyticy.	25
A. GOSSET i G. LOEWY. Cholecystografia.	162
G. BERGMANN. Cholecystopathia.	162
O. SPECHT. Badania doświadczalne nad wydzielaniem środków odkażających przez przewody żółciowe i nad wpływem ich na rozwój drobnoustrojów w żółci, pęcherzyku i wątrobie.	162
M. LABLE, F. NEPREUX et GAVRILA. Zakażenie dróg żółtych ogoniatkiem jelitowym.	163
H. STRAUSS. O przetocze żołądkowo-okrężniczej.	163

	Str.
J. SCHWALBE, Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Chirurgie. Achtes Heft. Peritoneum (O. Kleinschmidt). Appendicitis (E. Payr). Aeussere Hernien (E. Holbaum).	282
Leonard RADICE. W sprawie postępowania leczniczego w zwężeniach odbytnicy.	282
S. GARZILA. O odczynie płynów ustrojowych w chorobach żołądka.	401
M. M. GUTERGRITZ. W sprawie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.	401
J. ROAS. Dziesięcioletnie doświadczenie w leczeniu guzków krwawnicowych.	401
A. HEINDL. Wczesne leczenie oparzeń przelyku.	580
P. CERANKE. O wynikach leczenia bodźcowego wrzodu żołądka i dwunastnicy.	581
H. STRAUSS, <i>Colitis gravis</i> .	581
F. BERNHARD. Metoda rozpoznawania ostrych schorzeń trzustki i badania ich dalszego przebiegu.	581
K. STEINMETZER. Badania doświadczalne nad środkami żółciopędnymi.	581
GLAESSNER. Leczenie wrzodu żołądka wstrzykiwaniami.	642
FINSTERER. Wycinanie rakowatego wrzodu żołądka.	642
JAGIC i KLIMA. O działaniu leczniczym alkali.	642
EINHORN. Przypadek wyleczonego żołądka klepsydrowatego.	642
LORENZ. Przyczynę do kwestji, czy należy starszych osobników chorych na raka żołądka lub odbytnicy poddać radykalnemu zabiegowi chirurgicznemu.	642

19. Położnictwo i choroby kobiet.

A. BRINDEAU et C. JUGE. Zabiegi chirurgiczne podczas ciąży.	74
LANTUEJOUL. Sposób łatwiejszego wydobycia głowy dziecka wysokimi kleszczami.	74
G. MÜLLER. Krwotoki maciczne poporodowe i sposób Henkla.	75
G. COTTE et P. BERTRAND. Badanie radiologiczne macicy i jajowodów za pomocą iniekcji lipiodolu.	75
Al. CLAINICIANU. Stosunek między menstruacją i wczesnym peknieniem ciąży pozamacicznej.	75
Pf. M. G. SERDUKOFF. Profilaktyka akuszerskich uszkodzeń narządów rodnych.	75
M. CAUDE BECLERE. Znaczenie mierzenia ciśnienia przy zastrzykiwaniu lipiodolu do macicy.	75
F. VOGEL. O hormonalnym leczeniu krwawień macicznych.	193
Prof. Dr. Robert ZIMMERMANN. Die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. (Diagnose und Differentialdiagnose).	312
LEVY-SOLAL, WEISSMANN-NETTER i DALSACE. Badania porównawcze równowagi kwasowo-zasadowej krwi matki i dziecka, otrzymanego za pomocą cięcia cesarskiego.	312
SCHMID. Zapalenie wyrostka robaczkowego a ciąża zewnątrzmaciczna.	312
W. STOECKEL. Rzucawka porodowa. Szybkie rozwiązanie.	312
SCHNEIDER i EISLER. Rozpoznawanie ciąży pozamacicznej za pomocą promieni Roentgena	376
G. SCHUBERT. Operować włókniki macicy czy naświetlać je?	376
L. HABERLANDT. Wyjaławianie samicy za pomocą hormonów	433
Oskar KORTHAUER. Cięcia cesarskie w przypadkach łożyska przodującego	433
BÜBEN. Wpływ diatermji na miesiączkowanie i jej lecznicze działanie w miesiączkowaniu bolesnem.	433
BRINDEAU et LANTUEJOUL. Znieczulenie lędźwiowe w akuszerji	485
PORTES et SEGUY. Wpływ ciąży, porodu i pólgu na ostre zapalenie kiszki ślepej	485
A. A. SZOROCIOWA. Sztuczne zapładnianie u ludzi	485
E. GROSS. O stosowaniu leczniczym cukru gronowego w gorączce płożowej i o wynikach tego leczenia	485
K. WARMKROS, N. LOUROS i M. BECKER. O leczeniu posocznicy płożowej za pomocą nowej surowicy	486
E. HENKEL. Rozmyślanja nad powstawaniem i leczeniem upławów pochwowych.	486
L. CLEISZ et LAUDAT. Azotemja podczas ciąży, podczas porodu i po porodzie.	673
J. LHERMITTE et R. DUPONT. Skasowanie nerwów jajnikowych.	673
G. COTTE et P. BERTRAND. Wszczepienie jajowodu do macicy.	673
De ROUVILLE et MOCQUOT. Konserwatywne operacje w zapaleniach przydatków macicznych.	673
P. M. MURET. Krwawienia w okresie przekwitania.	673
Louis MICHON et René LABRY. O pozostawieniu macicy samej po wycięciu przydatków z obu stron.	673
J. L. LAPEYRE. Chirurgja konserwatywna i radjoterapia w torbielach jajnika.	674

20. Choroby dzieci.

E. HENGER i J. LONGCHAMT. Uwagi o samoistnych drgawkach u dzieci.	76
H. BARBRER. Spostrzeżenia nad zakażeniami gronkowcowymi w rodzinach	76
Z. BABENNEIX i J. MORNET. Zuchwa mrugająca	76
L. PAYAN i M. MASSOT. Spostrzeżenia nad <i>poliomyelitis infantilis</i> w Marsylii. Obecne nasilenie się epidemji.	76
M. PEHU i P. ARDISSON. O akrodynji w wieku dziecięcym	76
LIPSCHUTZ i LOWENBURG. O pneumonii streptokokowym zapaleniu otrzewny u dzieci	194
MURRAY BASS. O znaczeniu występowania ekstrasystolji w wieku dziecięcym	194
A. HEIMANN-TROSIEN i H. HIRSCH-KAUFMANN. O cukrzycy dziecięcej ze specjalnem uwzględnieniem leczenia.	313
C. PELFORT. Ostre zapalenie opon mózgowych u niemowląt wywołane przez prątek Pfeiffera	313
S. STRANSKY. Przyczynę do prawidłowej i patologicznej morfologii krwi noworodków	313
Ch. RICHET—syn. O odżywianiu dzieci w wieku od 4 do 15 lat	377
M. LEDERER. Przyczynę do nauki o <i>Spasmus nutans</i> .	402
J. ZAPPERT. Z nauki o <i>Spasmus nutans</i> .	402
— <i>Spasmus nutans</i> .	402
— <i>Microcephalia foetalis rentgenogenes</i> .	403
Karl SCHRUTZ. O wrażliwości skóry niemowląt na promienie X	403
A. SOECKNICK i F. THOENES. O rodzinnej niewydolności trzustki, przyczynę do patologji trzustki wczesnego wieku dziecięcego	403
St. ENGEL. O leczeniu nieżyty nosa osesków	516
Ch. LESTOCQUOY. Sztuczne karmienie noworodków. Mleko krowy i mleko przerabiane	516
L. LANGSTEIN. Maślanka w proszku, jako środek dożywczy dla dzieci	517
A. MAHNERT. O wpływie insuliny na krzywą wagi dzieci słabowitych i przedwcześnie urodzonych.	517
M. GÜNSBERG. Przemiana materji purynowej u niemowląt	544
M. LANDSBERGER i L. SILBER. Przemiana materji węglowodanowa w krzywicy i tęczy	545
HAMBURGER. O leczeniu grypy w wieku dziecięcym	545
VOLLMER. O leczeniu krzywicy cholesteryną	603
Walter BLOCK. Stosowanie insuliny u niemowląt i u dzieci starszych w stanach niezależnych od cukrzycy	603
O. FALKENHEIM. W sprawie leczenia krzywicy niemowląt czynnymi preparatami ergosterynowymi (Vigantol)	603
LASCH i BEHRENS. O działaniu ergosteryny w krzywicy	603
P. GYRGY. Spostrzeżenia nad działaniem leczniczym naświetlanej ergosteryny	603
ROHR i SCHULTZ. Doświadczenia z naświetlaniem żółtka jaja promieniami fioletowymi w krzywicy	603
HOTTIGER. Badania nad naświetlaną ergosteryną.	603

21. Choroby dróg moczowych.

STAPP i PETERS. Przypadek wybitnego białkomoczu, przewyższającego znacznie ilość zawartości białka we krwi	194
K. SAGSTATER. O leczeniu zakażeń dróg moczowych tryptoflaviną	194
L. BLUM i D. BRAUN. O zawartości chloru i sodu w narządach osobników, nie dotkniętych chorobami nerek	517
J. BLUM i D. BRAUN. O zawartości chloru i sodu w narządach chorych, dotkniętych mocznicą.	517
L. BLUM i D. BRAUN. W sprawie patogenazy mocznicy	517
Prof. Dr. L. KORCZYNSKI. Choroba Brighta	583
F. CATHELIN. Co winien każdy praktyk widzieć o drogach moczowych	583
LITTEN i SPIRO. O znaczeniu szybkości opadania czerwonych krążków krwi w urologji	584
F. LEBERMANN. O nowej prostej próbie wydolności nerek.	698
Ch. PERIER. O leczeniu kamicy w dolnym odcinku moczowodu.	698

22. Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

BUSCHKE, LANGER, SCHAYER. O epilacji w chorobach włosów przy pomocy Thallium	23
MASSON P. Znamiona barwnikowe, guzy nerwowe	28
S. B. BRÄNNAUER. Leczenie róży światłem pozafioletkowym	29
KRIKORIAN. Leczenie szankra miękkiego i jego powikłań zapomocą szczepionki Nicollea	39
ROBITSCHENK. O właściwościach moczopędnych związków bizmutowych	39
SELLEI, BARSONY i LIEBNER. Leczenie przyszczyty za pomocą wstrzykiwań dożylnych 10% roztworu soli kuchennej	76

IV. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 10.II. 1927	236
„ z dnia 12.V. 1927	377
„ z dnia 10.X 1927	645
„ z dnia 17.XI 1927	646

Sekcja kliniczna Polskiego Tow. Med. Społecznej.

Posiedzenie z dnia 6.XI. 1926	34
„ z dnia 4.XII. 1926	34
„ z dnia 11.XII. 1926	35
„ z dnia 8.I. 1927	129
„ z dnia 15.I. 1927	129
„ z dnia 29.I. 1927	130
„ z dnia 12.II. 1927	196
„ z dnia 26.II. 1927	196
„ z dnia 5.III. 1927	196
„ z dnia 26.III. 1927	350
„ z dnia 9.IV. 1927	350
„ z dnia 30.IV. 1927	350
„ z dnia 7.V. 1927	350
„ z dnia 28.V. 1927	606

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej

Posiedzenie z dnia 8.VI. 1926	35
„ z dnia 22.VI. 1926	79
„ z dnia 19.X. 1926	80
„ z dnia 2.XI. 1926	81
„ z dnia 16.XI. 1926	168
„ z dnia 30.XI. 1926	168
„ z dnia 14.XII. 1926	168
„ z dnia 21.XII. 1926	168
„ z dnia 18.I. 1927	169
„ z dnia 2.III. 1927	488
„ z dnia 15.III. 1927	488
„ z dnia 29.III. 1927	488
„ z dnia 12.IV. 1927	518
„ z dnia 6.V. 1927	518

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Posiedzenie z dnia 7.IV. 1926	317
„ z dnia 21.IV. 1926	317
„ z dnia 5.V. 1926	404
„ z dnia 19.V. 1926	404
„ z dnia 2.VI. 1926	405
„ z dnia 22.IX. 1926	405
„ z dnia 4.X. 1926	434
„ z dnia 20.X. 1926	435
„ z dnia 3.XI. 1926	435
„ z dnia 17.XI. 1926	462
„ z dnia 8.XII. 1926	462
„ z dnia 22.XII. 1926	462

Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne.

Posiedzenie z dnia 17.III. 1926	197
„ z dnia 16.III. 1927	584
„ z dnia 11.V. 1927	585

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 28.X. 1926	81
„ z dnia 25.XI. 1926	131
„ z dnia 30.XII. 1926	132
„ z dnia 27.I. 1927	286
„ z dnia 24.II. 1927	287
„ z dnia 31.III. 1927	674
„ z dnia 28.IV. 1927	700

Warszawskie Towarzystwo Okulistyczne.

Posiedzenie z dnia 26.I. 1927	606
„ z dnia 6.II. 1927	606
„ z dnia 17.III. 1927	607
„ z dnia 27.IV. 1927	607
„ z dnia 18.V. 1927-	608

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

36 — 82 — 133 — 169 — 197 — 237 — 288 — 318 — 351 — 378 — 405 — 436 — 463 — 488 — 519 — 585 — 608 — 646 — 675 — 701.	
--	--

V. Zjazdy.

Ze Zjazdu lekarzy weterynarii we Lwowie.	36
Intersujące tematy na Międzynarodowym Zjeździe Lekarskim w Karlsbadzie.	198

Str.

VI Zjazd Lekarzy i działaczy Sanitarnych Miejskich w Łodzi (24 — 25 kwietnia 1927 r.).	237
I Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Warszawie (26 — 29 maja 1927).	319
IV-ty Zjazd Międzynarodowy Medycyny i Farmacji Wojskowej.	320
XXXIX Zjazd Internistów niemieckich w Wiesbaden (25 — 28 kwietnia 1927 r.).	353
Zjazd w Paryżu przedstawicieli Zakładów szczepień według metody Pasteura.	406
III-ci Zjazd Pedjatrów Polskich.	436
V Zjazd Higienistów Polskich w Poznaniu (28.VI—1.VII. 1927).	464
VII Zjazd Internistów Polskich w Poznaniu.	585
II Zjazd lekarski w Krynicy.	586

VI. Krytyka Lekarska.

Zygmunt SREBRNY. Czy panuje obecnie w Warszawie epidemia grypy?	37
M. FLAUM. Nauka a reklama.	88
M. FLAUM. Jeszcze o nowych lekach.	133
M. GANTZ. O właściwą miarę.	170
St. KRAMSZTYK. Z powodu artykułu „Nauka a reklama”.	200
M. FLAUM. Nieporozumienie.	201
Z. SREBRNY. Stare prawdy o cytatach.	233
St. KR. Sprawa Wojnowskiego.	352
Leon ZAMENHOF. Na marginesie sprawy Wojnowskiego.	409
M. FLAUM. Lekarz a znachor.	533
N. ZANDOWA i Z. SZYMANOWSKI. W sprawie zapalenia mózgu po szczepieniu ochronnym ospy.	648

VII. Przegląd Terapeutyczny.

Józef TYPOGRAF. O strofantynie.	378
Lucjan JELENKIEWICZ. Współczesny stan leczenia wewnętrznej kamicy żółciowej.	406,438
Leon ADOLF. Koramina „Ciba”, jej działanie i zastosowanie lecznicze.	465
Ludwik PIKIELNY. O środkach używanych do przemywania pęcherza moczowego.	489
Ludwik PIETKIEWICZ. Przyczynki do stosowania buljonów szczepionkowych Besredki.	409
Z. SWIDER, i J. TYPOGRAF. Dalsze spostrzeżenia nad terapią cholesterynowo-arsenową.	519
Aleksander KRASUSKI. Notatka terapeutyczna w sprawie leczenia stanów nadkwaśności oraz wrzodów żołądka i dwunastnicy.	548
Leon PRUSSAK. Kilka uwag o leczeniu paralizu postępującego zimnicą.	586
Władysław JANOWSKI. Wartość lecznicza wyciągów z grasicy (gl. thymus) w zwalczaniu objawów przekwitania płciowego u kobiet (climax).	609
Hanna HUFNAGEL. Fosforany nieorganiczne, czy organiczne w lecznictwie?	646
Fr. GRODECKI. Extractum fluidum florum Sorbi w lecznictwie	648
A. LANDAU, B. JOCHWEDS, K. HUMIECKI i R. PEKIELIS. Dwa przypadki włośnicy (trichinosis), leczone skutecznie za pomocą zastrzyków dożylnych nowasurolu	675
Stanisław ELWICZ. Sposób uniknięcia przykrych następstw wadliwego zastrzyknięcia płynów do żył.	701

VIII. Medycyna Społeczna.

L. RAJCHMAN. Liga Narodów a Zagadnienia Higjeny.	38
Ludwik JUSTMAN. Czem jest a czem winna być Kasa Chorych	86
W. GABEL. Wskazówki dotyczące badania lekarskiego wychodźców	135
Zuzanna GODZIEMBA-MALESZEWSKA. Poradnictwo zawodowe z punktu widzenia lekarsko-pedagogicznego.	171,202
Tadeusz KASZUBSKI. Nowy projekt ubezpieczeń społecznych opracowany przez M. P. i O. S.	239
Konrad ORZECZOWSKI. Organizacja sanitarna powiatu warszawskiego.	288
Juljan BIRENCWAJG. Z powodu artykułu Dr. Orzechowskiego — „Organizacja sanitarna powiatu warszawskiego”	324
K. ORZECZOWSKI. Odpowiedź panu doktorowi J. Birencwajgowi.	325
Marcin KACPRZAK. Zdrowie Warszawy w okresie powojennym.	354,382,411
Stanisław TUBIASZ. Angielskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego (Ministry of Health).	442,469
Marta ERLICHOWNA. Organizacja pracy na oddziale noworodków.	496

Stanisław WIŚNIEWSKI. Budżet Państwowej służby zdrowia za okres 31.III. 1926 — 31.III. 1927 r.	Str. 524,557,589
M. KACPRZAK. Epidemiologia porażenia dziecięcego.	610
Zygmunt SOBAŃSKI. Z działalności państwowej przychodni do zwalczania kiły na Huculszczyźnie	650
Mieczysław GANTZ. O ustawodawstwie przeciwgruźliczem	683
Leon WERNIC. O projekcie rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej w sprawie zwalczania chorób wenerycznych.	702
Z. SZYMANOWSKI. W sprawie projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.	705

IX. Sprawy zawodowe.

Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1926.	141
Protokół dorocznego sprawozdawczego posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 30 stycznia 1927 r.	242
A. SCHWARZBART. Projekt reformy nauczania otorynolaryngologii w Uniwersytetach.	499
Leon ZAMENHOF. Wolny wybór, czy równe prawo	610
Z. SZYMANOWSKI. W sprawie reformy studiów lekarskich. Nauka higieny w uniwersytecie.	620
Protest Stowarzyszenia Lekarzy Polskich	682

X. Odcinek.

S. RUBINROTH. W sprawie orzeczeń rentgenologicznych.	320
Władysław MEDYŃSKI. Z zagadnień psychologii lekarskiej.	
W. GABEL. Wrażenia z podróży do portów europejskich	677
	439,467,491,520

XI. Życiorysy.

Emil KRAEPELIN (wspomnienie). Nap. Maurycy Bornsztajn.	41
Teofil LAENNEC (1781 — 1826). Nap. M. Gantz.	41

XII. Korespondencja.

Marek LEWENFISZ. List otwarty.	494
M. PŁONSKI. List otwarty.	588
Wł. MATECKI. List otwarty.	610

XIII. Polemika.

L. KORCZYŃSKI. Kilka uwag z powodu oceny mojej monografii choroby Brighta przez Pana Dr. M. Landsberga.	681
Marceli LANDSBERG. Odpowiedź na uwagi prof. L. Korczyńskiego.	681
L. EBIN. Kilka uwag z powodu mojej monografii przez Pana Dr. Thursza.	702
Dr. THURSZ. Odpowiedź na list P. Dr. Ebina:	702

XIV. Wiadomości bieżące.

Na końcu każdego numeru.

Spis autorów prac oryginalnych.

ABRAMOWICZ Ignacy	365
ADAMOWICZOWA S.	253
ADELFANG Henryk	189
ADOLF Leon	465
BABECKI Jerzy	537
BATAWIA L.	187
BIRENCWAJG Julian	324
BIERNACKI Andrzej	225
BORNSZTAJN Maurycy	41
BRILL J.	666
BROKMAN Henryk	99
BLÜTH K.	280
BUJWID O.	393
BYCHOWSKI G.	625
CYTRONBERG Seweryn	593
DLUSKI K.	344,366,630
EIGER M.	259,421
ELJASBERG M.	9
ERLICHOWNA Marta	496
FEJGIN M.	432
FLAUM M.	83,133,201,553
FLIEDERBAUM J.	395
FRYSZMAN Aleksander	339
GANTZ M.	170,91,683
GABEL W.	135,677

GOLDMAN Mieczysław junior	663
GORDON G.	372
GRODECKI Fr.	648
GROSSEMAN Feliks	259,365
GUMIŃSKI W.	451
HELD J.	422
HERMAN E.	361,389,417,478,506
HERTZ Ryszard	210,297,327,375
HIGIER H.	340,369
HUFNAGEL Hanna	646
HUFNAGEL Leon	593
HUMIECKI K.	675
JANOWSKI Władysław	609
JELENKIEWICZ Lucjan	406,438
JOCHWEDS B.	302,504,675
JUSTMAN Ludwik	86
KACPRZAK M.	354,382,411,610
KACZYŃSKI K.	214
KAPLAN A. W.	501,529
KARBOWSKI B.	426
KASZUBSKI T.	239
KIEMCZYŃSKI E.	259
KOBYRNER A.	53
KON J.	306,843,372,428
KONOPNICKI J.	501,529
KORCZYŃSKI L.	681
KRAMSZTYK Stefan	158,200
KRASIŃSKI Aleksander	548
KULIKOWSKA H.	218,267
LANDAU A.	302,422,504,675
LANDSBERG Marceli	112,681
LEWENFISZ Marek	494
LEWIN G.	1,49,395
MALESZEWSKA Z.	171,202
MANCEWICZ Marja	450
MARKUSFELD St.	445
MARKUSZEWICZ R.	270
MARTYSZEWSKI P.	221,637
MATECKI Wł.	610
MELANOWSKI W. H.	145,177
MEDYŃSKI Wł.	439,467,491,520
MINC S.	49,95
MUSZKATENBLIT Jerzy	450
NUSBAUM Józef	477,595
ORZECIOWSKI Konrad	288,325
PAUCHET Wiktor	250
PEKER M.	164
PEKIELIS R.	675
PIETKIEWICZ L.	490
PIKIELNY Ludwik	8,489
PŁONSKI M.	114,588
POPOWSKI S.	638
PORTMAN Georges	256
PRUSAK Leon	101,152,536
PRUSSAKOWA S.	101,152
PUSZET Henryk	657
PUTERMAN Jakób	665
RAJCHMAN L.	38
RUBINROTH S.	320
RUBINSTEIN I.	421
RUHMAN Walter	567
RUTKOWSKI Jerzy	59,150,183
SAIDMAN M.	86
SIMCHOWICZ T.	487
SOBAŃSKI Zygmunt	650
SONNENBERG E.	8
SPARROW H.	214,569,597
SPORZYŃSKI T.	600
SREBRNY Z.	37,238
STERLING Wł.	541,573
SZENKER D.	224
SCHWARZBART	499
STUCKGOLD A.	636
SZYMANOWSKI Z.	13,64,453,481,508,620,648
SWIDER Z.	519
THURSZ D.	480,660
TRAWIŃSKI Marjan	148,181
TURIASZ St.	422,469
TYPOGRAF Józef	10,62,378,519
WASSERTHAL Dr.	473
WILEŃCZYK Aleksander	105
WIŚNIEWSKI St.	524,557,589
WIZEL A.	270
ZAMENHOF Leon	409,619



WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

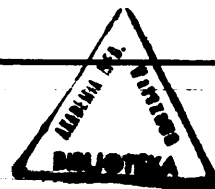
ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 1

WARSZAWA, 31 STYCZNIA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.



Wykłady kliniczne.

Leczenie djetetyczno-higieniczne gruźlicy płuc.

Podał

G. LEWIN (Warszawa).

Leczenie gruźlicy istnieje najprawdopodobniej tak dawno, jak sama gruźlica; z historii medycyny możemy się przekonać, że już za czasów starożytnych bezustannie starano się nie mniej, niż obecnie, wynajdywać środki przeciwgruźlicze. Każda prawie epoka miała swoich zapaleńców, którzy przez pewien czas się łudzili nadzieją zwalczenia gruźlicy za pomocą jakiegoś środka. Reichenbach i Sommerbrod wierzyli w skuteczne działanie kreozotu, następcy ich wychwalali gwaiajolak, kreozotal, tikiol i inne pochodne kreozotu lub gwaiajokolu. Lederer wprowadził do ftyzoterapii podskórne wstrzykiwanie hetolu (1% lub 5% wodny roztwór *natrii cinnamylizi*), jako pewny środek przeciwgruźliczy. Były czasy, kiedy za niezawodne środki przeciwgruźlicze były uważane: kwas garbnikowy, kwas węglowy, sublimat, czosnek, kreolino, jodoform, fosfor, kamfoia, eukaliptol i setki innych środków. Każdy z tych „specyfików” przez pewien czas królował w medycynie i dokonywał nawet cudów, lecz z biegiem czasu tracił stopniowo swoją sławę, aż nareszcie zostawał zdetronizowany przez nowy środek, który po pewnym czasie ulegał takiemu samemu losowi.

Od chwili odkrycia przez Kocha w 1882 r. lasecznika, który stał się osią wszelkich zagadnień w dziedzinie gruźlicy, zdawało się, że sprawa znalezienia środka radykalnego przeciwgruźliczego jest tylko kwestią czasu, i rzeczywiście po ośmiu latach, mianowicie, w końcu 1890 r., Koch podał do wiadomości powszechnej, że udało mu się otrzymać środek swoisty w postaci dobrze nam obecnie znanej starej tuberkuliny. Byłem wtedy studentem i doskonale pamiętam to kolosalne wrażenie, jakie zrobiło to doniesienie Kocha w całym świecie kulturalnym, że wszystkich stron spieszyli do Berlina lekarze po naukę, suchotnicy zaś po zdrowie.

Rozczarowanie było okropne, gdyż skutki leczenia gruźlicy płuc z pomocą dużych dawek tuberkuliny były nader smutne i na długi okres czasu unicestwiły wszelką w nią wiarę, i dopiero po kilku latach, kiedy wszystko poszło w zapomnienie, zaczęto na nowo stosować tuberkulinę, już nie w dużych dawkach, lecz w minimalnych. Obecnie piśmiennictwo o stosowaniu różnych tuberkulin jest tak wielkie, że trzeba byłoby poświęcić wszechstronnemu jego opracowaniu bardzo dużo czasu, zaś terapia swoista, pomimo trzydziestoletniego istnienia, nie zdobyła sobie dotychczas prawa obywatelstwa we ftyzoterapii; przeciwnie, ma ona bardzo dużo przeciwników, z których jedni odmawiają jej wszelkiej wartości leczniczej, drudzy zaś uważają ją nawet za szkodliwą i twierdzą, że zniknie z czasem zupełnie z widowni. Nie chcę w tej chwili wdawać się w ocenę tych sprzecznych poglądów, ale nie ulega żadnej wątpliwości, że terapia swoista nie może jeszcze pretendować do miana niezawodnego środka przeciwgruźliczego.

To samo da się powiedzieć o leczeniu chirurgicznym, o proteinoaterapii, o stosowaniu różnych preparatów złota, a nawet sanokryzyny, co do działania której nastąpiło dość prędko rozczarowanie, pomimo iście kupieckiej reklamy, która jej towarzyszyła.

Pozostaje więc stare wypróbowane leczenie djetetyczno-higieniczne, które zapoczątkował Brehmer w 1854 r., a następnie uzupełniał Dettweiler, i które jest dotychczas podstawą wszelkiej terapii przeciwgruźliczej. Nikt, rozumie się, nie uważa obecnie tego sposobu leczenia za jakiś sposób specyficzny, jak za czasów Brehmera i Dettweilera, nikt nie wierzy, aby dokazywał cudów, ale faktem jest, że innej, lepszej terapii tymczasem, niestety, nie posiadamy, a im wcześniej zaczynamy ją stosować i im szersze obejmuje ona widnokręgi, tem korzystniejszem okazuje się jej działanie. W czasach ostatnich dzięki różnym doświadczeniom, zaprowadzone zostały w tej terapii pewne modyfikacje, na które chce właśnie zwrócić uwagę w pracy niniejszej.

Leczenie djetetyczno-higieniczne, jak sama nazwa pokazuje, stanowi nie jakiś jeden czynnik, lecz obejmuje dużo czynników leczniczych, co oczywiście

daje się najlepiej przeprowadzić w sanatorjach, gdyż gruźlica płuc powinna być traktowana klinicznie, a leczenie jej powinno być indywidualne, jak w każdej innej chorobie.

Jednym z najważniejszych czynników leczenia dietetyczno-higienicznego jest czyste powietrze, gdyż w powietrzu zanieczyszczonym ognisko płucne może się stać siedliskiem różnych chorobotwórczych bakterij, a wiemy przecież, że do rozpadu płuca gruźliczego przyczyniają się w pewnym stopniu nawet zwyczajne paciorkowce. Dlatego też przebywanie gruźlika w czystym powietrzu jest kamieniem węgielnym fizjoterapii, a im lepiej czynnik ten jest wykorzystany, tem więcej nadziei mamy na dobry wynik. Ale, niestety, pewnik ten, o którym wiedzą obecnie nawet laicy, jeżeli mają do czynienia z raną zewnętrzną, nie cieszy się jeszcze uznaniem ogółu, nawet lekarzy, gdy ma się do czynienia z raną w płucach, i dotychczas jeszcze często widuję gruźlików, którzy leżą tygodniami z polecenia lekarza w zamkniętych lokalach bez dostępu świeżego powietrza. Brehmer, który powstanie gruźlicy w szczytach płucnych przypisywał t. zw. „małemu sercu“, nie mogącemu z powodu słabej dynamiki spełniać swoich obowiązków względem tych szczytów, sądził, że do leczenia gruźlicy płuc nadaje się tylko powietrze górskie, które, dzięki zmniejszonemu ciśnieniu, wywołuje wzmocnienie skurczów sercowych, co wpływa skutecznie na krążenie krwi. Ta teoria Brehmera o „małym sercu“ gruźlików nie miała wielu zwolenników nawet w epoce przedlasecznikowej, a tembardziej po odkryciu lasecznika Kocha, korzystny zaś wpływ zmniejszonego ciśnienia na serce okazał się bardzo problematycznym. Pomimo to jednak niektórzy następcy Brehmera wierzyli w specyficzność górskiego powietrza i zakładali sanatoria dla gruźlików w bardzo wysokich górach, jak np. w Leysin, Davos i Arozie, rozumując, że, jeżeli wyniki leczenia są dobre na wysokości 560 metrów, na której leży Gorbisdorf, gdzie Brehmer urządził pierwsze uzdrowisko dla gruźlików, to tembardziej będą dobre na wysokości 1800 metrów, gdzie wszystkie zalety, przypisywane górskiemu powietrzu, są przecież jeszcze wybitniejsze. Ale na zasadzie różnych doświadczeń przekonano się, że obok większej insolacji w górach główną zaletą górskiego powietrza jest jednak wyłącznie jego czystość w znaczeniu bakteriologicznym, a z tego wynikało, że do leczenia gruźlicy płuc nadaje się wszelkie czyste powietrze, czy to w górach, czy to na nizinie, zdale od ośrodków przemysłowych. Ten pogląd stał się kamieniem węgielnym urządzania sanatoriów przeciwgruźliczych zamiejskich, na co rzucili się przedewszystkiem Niemcy, gdzie towarzystwa ubezpieczeń na wypadek śmierci i niedołęstwa założyły całą sieć sanatoriów ludowych w lasach około wielkich miast przemysłowych, i okazało się, że statystyka popraw, a nawet wyzdrowień była w nich nie gorsza, niż w sanatorjach wysokogórskich. Niektórzy fizjoterapeuci poszli wtedy jeszcze dalej i twierdzili, że do leczenia gruźlicy płuc wystarcza w murach miasta balkon po stronie słonecznej na wyższym piętrze, gdzie powietrze jest już stosunkowo czystsze i mniej zawiera kurzu, niż na dole, i na którym możnaby było werandować. Pomimo całej krańcowości tego poglądu, zawiera on w

sobie jednak dużo prawdy, boć przecież stoimy obecnie na takim punkcie widzenia, że wszelkiego rodzaju sposoby leczenia gruźlicy płuc mogą być korzystne tylko w przypadkach wykazujących tendencję do poprawy; bez tej tendencji jesteśmy, niestety, wogóle bezsilni; jeżeli więc mamy gruźlika, który dla braku środków nie jest w stanie wyjechać do lasu na czas dłuższy, to jest jeszcze wielkie pytanie, czy nie lepiej jest próbować leczyć go na balkonie, niż radzić rodzinie sprzedać ostatnie sprzęty, aby dać mu możliwość wyjazdu na krótki czas do lasu. Mogę twierdzić, że osiągałem niejednokrotnie wyleczenie kliniczne na balkonach przy ulicy Miłej i Gęsiej i nie wątpię, że i inni lekarze praktycy miewali takie same przypadki.

Gruźlik powinien korzystać z powietrza ciągle, we dnie i w nocy, nie tylko podczas ładnej słonecznej pogody, lecz i podczas wszelkiej znośnej. Deszcz lub śnieg nie stanowią przeciwwskazania, przeciwnie, powietrze podczas opadów atmosferycznych jest czystsze i obfituje w ozon, nawet mgła nie jest szkodliwa, jeżeli nie jest nasycona — jak w miastach — kurzem i sadzami. Podkreślam powtórnie, że gruźlik powinien korzystać z powietrza nawet w nocy, gdyż znam ten strach laików, a nawet wielu lekarzy przed powietrzem nocnym; strach ten jest niczem nie uzasadniony i należy do przesądów; przeciwnie, powietrze w nocy jest w miastach czystsze, niż we dnie, z powodu zmniejszonego ruchu ulicznego. Przeciwwskazane jest dłuższe przebywanie na powietrzu tylko podczas silnego, zimnego i suchego wiatru, który przynosi ze sobą — zwłaszcza w miastach — dużo kurzu i drobnoustrojów, powietrze zaś mroźne nie jest przeciwwskazane. Kiedym przed dwudziestu kilku laty zobaczył w Arozie po raz pierwszy gruźlików, którzy werandowali i sypiali przy oknach otwartych podczas 10 stopniowego mrozu, to mnie wprost strach ogarniał, ale po pewnym czasie mogłem się przekonać, jak to wyśmienicie oddziaływa na płuca i na ogólny stan chorych. Tolerancja płuc jest wogóle znacznie większa, niż powszechnie sądzą. Nie chcę, rozumie się, przez to powiedzieć, że zimne powietrze jest specyficzne dla leczenia gruźlicy płuc, gdyż ani powietrze zimne, ani też ciepłe nie mają nic wspólnego ani z etiologią gruźlicy płuc, ani też z jej leczeniem. Mieszkańcy zimnej Finlandji lub Archangielska chorują na gruźlicę tak samo, jak mieszkańcy gorącej Senegambji lub Madery. Był wprawdzie czas, kiedy wśród lekarzy dominował pogląd, jakoby klimat ciepły nadawał się bardziej do leczenia suchot płucnych i dlatego kierowano wtedy gruźlików przeważnie na południe, lecz sam fakt istnienia gruźlicy płuc nawet w osławionej Maderze zadaje kłam temu pogładowi. Trzeba jednak przyznać, że suchotnicy słabi i anemiczni czują się rzeczywiście lepiej w klimacie łagodnym i ciepłym, gdzie wtórne objawy kataralne płuc zwykle się zmniejszają i kaszel się uspakaja; ciepły jednak klimat, obok swoich zalet, posiada i wady, osłabia bowiem przemianę materji i produkcję ciepłota, w dodatku zaś, zamiast zahartować ciało udelikatnia je. Jaccoud trafnie zauważył, że klimat łagodny nie leczy, lecz może być tylko dobrym świadkiem leczenia.

Co się tyczy wpływu suchego lub wilgotnego powietrza na leczenie gruźlicy płuc, to wiele zależy od

formy schorzenia: chorym o nieznacznych wydzielnach lub z powikłaniem krtani lepiej służy klimat wilgotny, chorzy zaś, którzy mają dużo płwocin, czują się lepiej w suchym powietrzu. Znam przypadki, kiedy stan gruźlików ze zmianami w krtani znacznie się pogarszał w Otwocku, gdzie powietrze jest bardzo suche, a natomiast w obok leżącym Świdrze, gdzie powietrze jest wilgotniejsze z powodu obecności rzeki, ci sami chorzy czuli się znacznie lepiej, i stan ich zdrowia się poprawiał.

Przebywanie na powietrzu ma jeszcze to doniosłe znaczenie, że przyczynia się do zahartowania ciała gruźlika, co jest wprost niezbędne we fryzoterapii. Jak wiadomo, w żadnym innym cierpieniu choroby nie są tak wrażliwi na zmiany atmosferyczne, jak w gruźlicy płuc; najmniejsze zaziębienie, lub, jak chorzy to zwykle nazywają, „influenza“ powoduje często zaostrzenie się procesu, co niweczy nieraz poprawę, osiągniętą dużym wysiłkiem. Użyłem tylko co słowa „zaziębienie“, wiedząc doskonale, że jest to obecnie wyraz nienaukowy, ale, niestety, wiadomości nasze o istocie t. zw. zaziębień, pomimo różnych teorii, nie są jeszcze mniej mgliste, niż przed kilkudziesięciu laty, kiedy „zaziębienie“ było koszem, do którego rzucano wszystko, co nie dawało się umieścić gdzieindziej. Faktem jest, że gruźlik często się zaziębia, a to zaziębienie, nad którym człowiek zdrowy przechodzi prędko do porządku dziennego, wyprowadza często gruźlika z równowagi na długi przeciąg czasu i pogarsza jego stan ogólny. Sternberg nazywa to ostrą dekompensacją.

Ustrój nasz posiada dobrze zorganizowany aparat, regulujący ciepłotę ciała w stosunku do otoczenia, u gruźlików aparat ten funkcjonuje widocznie słabo i dlatego też musimy ich hartować, t. j. doprowadzać ten aparat do stanu mniej więcej normalnego.

Jak wiadomo, głównym narządem tego aparatu, regulującego naszą ciepłotę, jest skóra i jej zahartowanie możemy osiągnąć zapomocą właściwego ubrania, aëro- i hydroterapii.

Jeżeli się przyjrzymy przeciętnemu gruźlikowi, przebywającemu np. w Otwocku, to przekonamy się że nosi on zwykle — nawet w porze letniej — ciepłą koszulkę, ciepłe kalessy, kamizelkę watową, lub futrzaną, a na niej ciepłe ciężkie palto. Zimową porą dochodzi futro, szalik gruby na szyi, głębokie kalosze itp. W ten sposób nieszczęśliwy chory chce się wystrzeżać zaziębień. Otóż obowiązkiem naszym jest nie ograniczać się do przepisania takiemu choremu właściwej diety i lekarstwa, lecz zwrócić mu uwagę, że takiego rodzaju odzienia nie tylko nie ochrania go od zaziębień, lecz, przeciwnie, wywołuje zaziębienie, gdyż z powodu zbyt ciepłej odzieży chory ciągle się poci, — co znów ochładza ciało.

Aby nie wywoływać potów, ubranie powinno być nieciężkie i niezbyt ciepłe, z materiału dobrze przepuszczalnego dla powietrza. Jeżeli chory przyzwyczaja się do noszenia ciepłej koszulki, to może nosić wełnianą koszulkę na gołym ciele, a nie na koszuli — gdyż przez wełnę powietrze znakomicie się wentyluje i w ten sposób skóra przyzwyczaja się do powietrza, t. j. hartuje się. Grubość koszulki powinna być ściśle za-

stosowana do pory roku. Szyja powinna być wolna od wszelkich chustek; kołnierz od koszuli nie powinien być ani ciasny, ani za wysoki, dla uniknięcia potów. Nogi są wogóle skłonne do pocenia się, i $\frac{4}{5}$ potu, wydzielanego przez organizm, przypada na nie, przyczem, będąc bardziej oddalone od serca, mają one gorzsze krążenie; dlatego pożądane jest, aby gruźlik nosił zimową porą skarpetki ciepłe, wełniane. Wogóle przy ubieraniu się gruźlik powinien się kierować nie kalendarzem, lecz ceplomierzem i pogodą.

O aëroterapii mówiliśmy już poprzednio obszernie, w tem miejscu dodam tylko, że w pokojach, gdzie chory przebywa, nie powinno być zbyt ciepło, wystarcza zupełnie 13—14° R.

Przyzwyczajanie się skóry do powietrza jest już bezwarunkowo bardzo ważnym czynnikiem przy hartowaniu ciała, ale, musimy również przyzwyczaić chorego do zimnej wody i zwalczać znany przesąd, dość rozpowszechniony wśród szerszych warstw społeczeństwa naszego, że woda jest wogóle szkodliwa, szczególnie zaś zimna.

Działanie zimnej wody może być termiczne i mechaniczne; pierwsze działanie będzie tem intensywniejsze, im większa będzie różnica pomiędzy ciepłotą wody i ciepłotą ciała, efekt zaś mechaniczny zależy od siły prądu, uderzenia, nacierania i t. p.

Przy uwzględnieniu tych dwóch czynników musimy kierować się jeszcze stopniem wrażliwości chorego i jego konstytucją, dlatego też hydroterapii nie powinno się stosować szablonowo, lecz ściśle indywidualnie.

Manipulacje hydroterapeutyczne nie ograniczają się wyłącznie do działania na skórę, lecz dzięki podniesieniu napięcia tkanek i naczyń, jak również podrażnieniu zakończeń nerwów czuciowych mogą dodatnio wpłynąć na warunki krążenia i przemiany materji wogóle. Hydroterapia jest bardzo pożyteczna dla gruźlików jeszcze z tego względu, że pod wpływem podrażnienia skóry wodą zimną mogą, jak wiadomo, wystąpić we krwi zmiany morfologiczne, mianowicie: liczba krążków białych powiększa się często w trójnasób, czerwonych zaś o przeszło milion, a ilość hemoglobiny o 14 — 15%, co trwa nierzadko dwie godziny i po manipulacjach. Rovighi konstatował u zwierząt po manipulacjach hydroterapeutycznych powiększenie się liczby krążków czerwonych i białych we krwi nie tylko na powierzchni ciała, lecz i w narządach wewnętrznych, jak wątroba i śledziona, a stopień powiększenia był tak duży, że o temwle nie mogło być mowy. Zbyteczne jest chyba dodawać, że powiększenie się liczby krążków białych i czerwonych nie zależy od wytworzenia się nowych elementów krwi, lecz dzięki ulenszeniu pod wpływem hydroterapii krążenia, z powodu energicznej akcji serca i podniesienia napięcia tkanek i naczyń, wypycha się do ogólnego krwiobiegu duża ilość krwi, która z powodu zastoju zmagazynowana była w różnych narządach, i w ten sposób ustrój korzysta z większej ilości krwi czynnej.

W jaki sposób stosować hydroterapię? U chorych gorączkujących lub wrażliwych i nieprzyzwyczajaj-

nych do wody zimnej zaczynamy zwykle od nacierania klatki piersiowej rano i wieczór wodą pokojową, do której można dodawać trochę spirytusu lub soli. De t t w e i l e r zaleca w takich razach nacierać na suchą skórę kawałkiem grubego płótna lub flaneli do zaczerwienienia. Można również u takich chorych z dobrym wynikiem stosować krzyżówki raz lub dwa razy dziennie po kilka godzin. Po pewnym czasie przechodzimy do nacierania całego ciała najpierw wodą pokojową, a następnie wodą zimną. Jeżeli mamy do czynienia z rekonwalescentem, to powinien on po nacieraniu prędko się ubrać i wyjść na spacer lub używać ruchu w pokoju. To nacieranie wodą zimną całego ciała odgrywa bardzo ważną rolę w hartowaniu chorego, przyzwyczajamy bowiem jego ustrój do takich samych mniej więcej zmian, jakie występują podczas nagłych zmian atmosferycznych. Do wszelkich czynności hydroterapeutycznych trzeba oczywiście mieć personel doświadczony; w praktyce zaś niezamierzalnej zaznajamiamy z głównymi zasadami wodoleczenia samych chorych lub kogokolwiek z ich otoczenia.

U chorych niegorączkujących z niewielkimi zmianami w płucach i już zahartowanych można stosować raz dziennie natrysk z początku w ciągu kilku sekund, następnie trochę dłużej. U chorych zaś z większymi zmianami w płucach lepiej jest natrysków nie stosować, gdyż przy głębokich wdechach, które natrysk wywołuje, może nastąpić aspiracja płwocin do miejsc, nie dotkniętych jeszcze gruźlicą. Natryski są również przeciwwskazane u chorych ze skłonnością do krwotoków płucnych, nagły bowiem znaczny skurcz naczyń skórnych może wywołać przekrwienie narządów wewnętrznych, a więc i płuc. Chory powinien też brać przynajmniej raz tygodniowo kąpiel ciepłą 27 — 28° R. Rekonwalescentom, u których gruźlica przeszła w stan nieczynny, można z najczystszym sumieniem pozwalać na kąpiel rzeczną lub morską z pewnemi, rozumie się, zastrzeżeniami.

Przechodzimy teraz do bardzo ważnego czynnika w leczeniu higieniczno-dietetycznym, mianowicie do t. zw. werandowania, które wprowadził De t t w e i l e r wyłącznie dla chorych gorączkujących, o słabem sercu i ze skłonnością do chudnięcia, i które następcy jego zaczęli stosować u wszystkich gruźlików bez wyjątku. Niektórzy lekarze stopniowo dochodzili w tym względzie do suchego schematyzmu i szkodliwej przesady. S c h r ö d e r np. żąda, aby gruźlik gorączkujący wcale się nie ruszał i leżał, jak trup (Kadaverruhe), inni zaś lekarze, wychodząc z założenia V o l l a n d a, że jednym z momentów etiologicznych gruźlicy płuc jest niedokrwistość szczytów płucnych, zaprowadzili podczas werandowania pozycję zupełnie poziomą, aby w ten sposób zwiększać przepływ krwi do szczytów. J a c o b y poszedł jeszcze dalej i układał pacjentów swoich w ten sposób, aby dolna część ciała leżała wysoko, górna zaś — nisko, ze skierowaną w tył głową. Nie ulega, zdaje się, żadnej wątpliwości, że leżenie przez kilka godzin w takiej nienormalnej pozycji jest dla chorego prawdziwą męką, a w dodatku jeszcze szkodliwą, gdyż utrudnia mu wyksztuszenie i przeszkadza wentylacji szczytów płucnych. V. H a y e k ma słuszość, twierdząc, że

przekrwienie ogniska gruźliczego można osiągnąć za pomocą terapii swoistej, która, bądź co bądź, jest mniej uciążliwa dla chorego, niż karkołomne leżenie przez kilka godzin dziennie, tembardziej, że są głosy, że długie leżenie nie wywołuje wcale przekrwienia wierzchołków płuc. H a r t przyszedł do takiego przekonania na zasadzie badań pośmiertnych płuc gruźlików, u których za życia stosowane było przez długi okres czasu werandowanie, i ostrzega wprost lekarzy przed szablonowym stosowaniem werandowania u gruźlików w okresach początkowych, aby nie sprzyjać tem zatrzymaniu się wydzielin i wytwarzaniu niedodmy.

Z tych wszystkich sprzecznych poglądów wynika przede wszystkim, że nie powinno się stosować długiego werandowania szablonowo jednakowo u wszystkich gruźlików, lecz indywidualnie w ścisłej zależności od stanu chorego wogóle i stanu płuc w szczególności. Dla gruźlików o postaci wytwórczej lub wysiękowo-serowatej, silnie gorączkujących, ze skłonnością do chudnięcia jest bezwarunkowo wskazany spokój i oszczędzanie sił, chorym zaś z małymi zmianami w płucach o postaci włóknistej, z niedużą gorączką i ze skłonnością do artretyzmu i tycia — długie werandowanie bez ruchu jest bezwarunkowo szkodliwe.

Lekarze amerykańscy starają się uzupełnić spokojne zachowanie się chorego ograniczeniem jego ruchów oddechowych, przekonali się bowiem na zasadzie badań życia różnych zwierząt i fizjologii porównawczej, że zwierzęta, u których liczba oddechów jest stosunkowo mała, długo żyją i rzadko zapadają na gruźlicę płuc. Królik, który oddycha 55 razy na minutę, jest bardzo wrażliwy na infekcję gruźliczą. morska świnka, która oddycha na minutę 80 — 140 razy, jest jeszcze bardziej wrażliwą, koń, zaś, który oddycha tylko 10 razy, najrzadziej zapada na gruźlicę płuc ze wszystkich zwierząt domowych; krowa, która oddycha 15 — 30 razy, zapada częściej; żółw, który żyje bardzo długo, wykonywa tak mało oddechów, że trudno je wprost zauważyć. Ograniczenie ruchów oddechowych niektórzy lekarze osiągają za pomocą nakładania na chorą stronę klatki piersiowej lenkich plastrów lub ad hoc sporządzonego pasa. Wprawdzie sztuczna odma piersiowa może lepiej sprostać zadaniu unieruchomienia chorej strony, ale rękoczyn ten nie jest znów takim niewinnym środkiem, jak wielu sobie wyobraża, a ośrodek tego nie zawsze da się skutecznie. K n o p f zaleca ograniczenie ruchów oddechowych przez chorego samego i radzi gruźlikom oddychać tylko 5 — 6 razy na minutę i w dodatku powierzchownie i wstrzymywać się w miarę możliwości od kaszlu; przy takim ograniczeniu ruchów oddechowych może wprawdzie nagromadzić się w ustroju dużo kwasu węglowego, ale podług W e b e r a jest to nawet korzystne w gruźlicy płuc. Lekarze amerykańscy bardzo chwalą ten sposób leczenia. Norman B r i d g e np. twierdzi, że u wielu jego pacjentów z czynną gruźlicą płuc wystąpiła dzięki temu sposobowi znaczna poprawa i że jakoby się nawet zmniejszała gorączka. Zatrzymywanie w miarę możliwości kaszlu stosuję już od szeregu lat u gruźlików i u chorych na krztusiec i przekonałem się, że,

o ile chorzy nauczą się opanować pobudliwość do kaszlu, — co nie jest wcale tak trudne, jak się zdaje — to kaszel rzeczywiście staje się mniej męczący, a wykrztuszenie łatwiejsze; w książce swojej: „20 lat suchotnikiem“, opowiada Max Reichmann o swojej własnej historii choroby: „...leżałem już 4 tygodnie w łóżku i nie było jeszcze żadnego polepszenia. Przy najłżejszym kaszlu pokazywała się krew. Wtedy prosiłem lekarza, aby przepisał mi cokolwiek dla uspokojenia podrażnienia kaszlowego, i co dał mi? cztery treściwe wyrazy: „niech Pan nie kaśnie“! Samowolne ograniczenie ruchów oddechowych daje się przeprowadzić tylko u pacjentów inteligentnych, i mam wrażenie, że jest ono dla nich korzystne.

Obok werandowania gruźlik nawet podczas niewysokiej gorączki powinien używać trochę ruchu; niemęcząca przechadzka wpływa korzystnie na apetyt, trawienie, sen i na ogólny stan chorego. Według v. Hayeka ruch posiada tę zaletę, że prowokuje reakcję ogniskową, dzięki której mogą ustać wszelkie objawy toksyczne, gdyż z powodu autotuberkulinizacji wytwarzają się, zdaniem tego autora, przeciwciała, które tak wzmacniają odporność komórkową, że naturalne przeciwciała zużytkowują się prędko, i żadna substancja toksyczna nie dostaje się już do krwiobiegu. U gruźlików tego zjawiska, niestety, nie obserwowałem, natomiast w adenopatii nieraz mogłem konstatować, że chorzy, którzy przez kilka miesięcy gorączkowali, leżąc w łóżku, zaczęli tracić gorączkę, po kilku spokojnych, systematycznie przeprowadzonych spacerach.

Jeżeli gruźlik, który długo werandował, czuje się po przechadzce zmęczonym, gorączka się wzmacnia, i tętno staje się przyspieszone, to trzeba powrócić do werandowania, a ruch czynny zastępować biernym z pomocą lekkiego masażu; jeżeli zaś pacjent znosi przechadzkę dobrze, to można ją stopniowo przedłużać, ale również ostrożnie. Znam przypadek, kiedy pacjent — lekarz, który doskonale się był poprawił, po jednym forsownym spacerze zmuszony był położyć się do łóżka na kilka miesięcy.

Wielu lekarzy radzi wzmacniać płuca z pomocą gimnastyki t. j. z pomocą częstych głębokich wdechów podczas werandowania; jest to właściwie antytezą spokojnego powierzchownego oddychania, zalecanego przez lekarzy amerykańskich. Gimnastyka płuc jest bezwarunkowo pożyteczna dla ludzi słabowitych o wąskiej piersi w wieku rozwoju, u gruźlików zaś jest ona, moim zdaniem, przeciwwskazana, gdyż przez głębokie wdechy gruźlica może się w płucach rozszerzyć, o czym mówiliśmy już poprzednio. Ozdrowieńcom zaś można zalecić głębokie wdechy, ale metodycznie wykonywane, mianowicie: wdychać powoli nosem głęboko, utrzymać na krótko oddech i następnie prędko wydychać, forsowne zaś głębokie wdychanie może być szkodliwe.

Wdychanie różnych gazów, sproszkowanego wapnia (robotnicy przy wyrobie gipsu są rzekomo bardziej odporni względem gruźlicy), suchego gorącego powietrza, lignosulfitu (produkt, który się wytwarza podczas fabrykacji drewnika, zawierający kwas siarczany), formaldehydu i t.p., ma tylko znaczenie historyczne, gdyż nikt tego sposobu obecnie nie stosuje. Muszę jednak wspomnieć o jednym środku do inhalacji, znanym p. n. „Weninger 174“, który jest obecnie ogromnie reklamowany w Niemczech z pomocą specjalnych broszur i artykułów w prasie codziennej. Wynalazcą jest dr. v. Weninger, który przez dłuższy czas przebywał w Ameryce, a od 1923 r. mieszka w Berlinie. Nazwa „174“ pochodzi stąd, że środek ten był jakoby przerabiany, aż 173 razy, dopóki został udoskonalony. W 1923 roku dr. Weninger obiecał oddać ten środek do użytku publicznego, ale dotychczas jeszcze nie określił nawet ściśle jego części składowych, wiemy tylko, że środek ten składa się z kilku minerałów (Uran — Tor — Mangan i inne) i kilku kwasów z dodatkiem jakiejś rośliny z południowej Ameryki: „Macco duro“. Z tej mieszaniny wytwarza się, zdaniem autora, nowy związek, który on nazywa Entoplasminą, posiadający jakoby właściwość przenikania przez woskową otoczkę laseczników Kocha i niszczenia tam wszelkich toksyn. Trudno wprowadzić sobie wyobrazić, w jaki sposób niszczą się laseczniki bez uszkodzenia tkanki płucnej, ale reklama kupiecka z tem się nie liczy.

Wspomnę jeszcze o masce Kuhna, którą się nakłada na usta i nos chorego; przy jej pomocy utrudnia się tylko wdech, wydech zaś pozostaje normalnym, co wywołuje rozrzedzenie powietrza w jamie piersiowej. Ten czynnik powoduje jakoby głębokie oddechy i przekrwienie płuc, co ułatwia wykrztuszanie płwocin, powiększa zawartość hemoglobiny we krwi i t. p. Przed kilkunastu laty stosowałem tę maskę przez długi czas w gruźlicy płuc, jak również w astmie, ale ją porzuciłem, gdyż nie widziałem tych dobrych skutków, o których mówił Kuhn. Maskę ta może być poniekąd korzystna, jak dowcipnie zauważył Klemperer, dla chorych gadatliwych.

Na używanie sportu można pozwolić tylko ozdrowieńcom, z pewnemi jednak zastrzeżeniami: nie wolno im brać udziału w wyścigach, nie powinni również używać szybkiej jazdy na rowerze, wiosłowania forsownego lub futbolu, gdyż w tych sportach trudno unikać przesady i zmęczenia. Wogóle na spacerach i przy używaniu sportu trzeba pamiętać regułę Brehmerowską, że „zdrowy człowiek może odoczywać dopiero po zmęczeniu się, gruźlik zaś — nim się zmęczy“.

(Dokończenie nastąpi).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze szpitala Ś-go Aleksandra w Łodzi.

O leczeniu tocznia nadmanganianem potasu*)

Podał

E. SONNENBERG, lekarz naczelny szpitala (Łódź).

W styczniu 1926 r. M. Aurégan na posiedzeniu francuskiego towarzystwa dermatologicznego podał do wiadomości stosowany przez siebie sposób leczenia tocznia, który polega na wyłyżczkowaniu ogniska wilkowego i na pokrywaniu bezpośrednio potem miejsc wyskrobanych grubą warstwą sproszkowanego nadmanganianu potasu¹⁾. Aurégan nazwał wymienione leczenie metodą nową. Obecny na posiedzeniu Darier zwrócił w dyskusji uwagę na to, że ani łyżczkowanie w przypadkach tocznia nie jest zabiegiem nowym, ani stosowania nadmanganianu potasu w toczniu nie można nazwać nową metodą, że jedynie chyba rzeczą nową jest tu kombinacja tych dwóch zabiegów: mechanicznego i kaustycznego. Ze uwaga Dariera była słuszna, świadczą o tem wzmianki w piśmiennictwie o stosowaniu nadmanganianu potasu w toczniu. Zauważe jednak, że wzmianki te są bardzo skąpe (Max Joseph²⁾, Brocq³⁾, Riecke⁴⁾, F. Lewandowsky⁵⁾, Jadassohn⁶⁾, Butte, Hallopeau i Robert Bernhardt⁷⁾). Nieco więcej uwagi poświęcił omawianemu środkowi niedawno Weill, który stosował go w wilku w armji niemieckiej podczas ostatniej wojny⁸⁾.

Ponieważ doniesienie Aurégana obudziło zainteresowanie i zwróciło znów uwagę dermatologów na leczenie tocznia środkami żrącymi, korzystam z tej okoliczności i pozwalam sobie również podać do wiadomości wyniki leczenia wilka nadmanganianem potasu w szpitalu Ś-go Aleksandra w Łodzi. Do podania moich w tej sprawie spostrzeżeń skłania mnie i ta okoliczność, że stosowanie wymienionego leku odbiega od wzorów, podawanych przez innych autorów.

Zanim omówię szczegóły stosowania przeze mnie tego leku, zaznaczę mimochodem, że szpital Ś-go Aleksandra, pomimo usilnych moich starań, urządzeń światłolecznictwa nie posiada. Toteż w leczeniu

tocznia, jak również i niektórych innych cierpień jesteśmy ściśnieni i z konieczności musimy posilkować się środkami prostymi. Nie potrzeba chyba bliżej wyjaśniać, że przytem przepada dużo czasu, a często i trudów poniesionych. Podkreślam ten szczegół, jako komentarz, niestety, nie wolny od pewnego żalu.

Przechodzę obecnie do opisu stosowanego przeze mnie sposobu leczenia.

Środek, o którym mowa, stosuję obok innych środków żrących od r. 1915, t. j. od jedenastu lat. Stosuję go w postaci maści o następującym składzie⁹⁾

<i>Rp. Kalii hypermanganic. sub. pulveris</i>	7,5
<i>Acid. salicylici</i>	1,5
<i>Novocaini</i>	3,0
<i>Vaselin. fl. Americ.</i>	10,0

Leczeniu temu poddawaliśmy chorych, u których rozległość sprawy gruźliczej nie była duża. Wilków dużych rozmiarów, daleko posuniętych, zaniedbanych, ze znacznymi zniszczeniami i zniekształceniami, jak również umiejscowionych na błonach śluzowych, omawianym sposobem nie leczylśmy.

Ponieważ działanie naszej maści ujawnia się tylko wówczas, kiedy powierzchnia tocznia jest owrzodziła, a nie występuje, kiedy toczeń jest pokryty naskórkiem, staramy się przez uprzednie zniszczenie naskórka utworzyć na powierzchni tocznia jak największą powierzchnię, o której lek nasz mógłby zacząć¹⁰⁾.

Pod wpływem maści powłoka skórna na miejscach, zajętych przez wilka, już po kilku dniach ulega większemu zniszczeniu. W ten sposób uchylona zostaje zasłona, pokrywająca zmienione przez chorobę tkanki, i dla oka naszego stają się dostępne głębsze warstwy, które leżą przed nami rozwarte. Po oczyszczeniu watą i ciepłą wodą miejsc obnażonych i posunięciu maści oraz rozpadłej tkanki gruźliczej, stwierdzamy, że cały teren jest porany licznymi wyniosłościami i zagłębieniami. Często układ powierzchni ma tu wygląd gąbczasty, dziurkowaty, podobny do siata o wielkich otworach. Nieraz znów wyniosłości, o których mowa, są poszarpane i przerżnięte głębokimi brózdami. Wymienione nierówności mogły tu powstać jedynie tylko z powodu niejednakowego oddziaływania leku na miejsca, dotknięte wilkiem: utleniające działanie nadmanganianu potasu spotyka się, ze strony tkanki zdrowej z oporem, tkanka natomiast schorzała, gruźlicza, nie przeciwstawia się temu działaniu, wskutek czego tam, gdzie były guziki wilka, powstają brózdy i głębokie miejsca postrzeżone. Te brózdy oraz zagłębienia są dokładnem odbiciem wyostrzeń przez działanie leku tworów gruźliczych, które przestrzenie te wypełniały.

W miarę jak lek dłużej pozostaje na miejscach, dotkniętych cierpieniem, i miejsca te dłużej ulegają jego wpływowi, przed naszymi oczyma przesuwa się coraz to inne obrazy, gruźliczo bowiem zmienione

*) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Oddz. Łódz. Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w dn. 22 września 1926 r.

1) M. Aurégan: Traitement du lupus par curetage et immersion au permanganate de potasse finement pulvérisé. (Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligr. 1926, Nr. 1, p. 44).

2) Max Joseph: Lehrbuch der Hautkrankheiten 1915.

3) L. Brocq: Traitement des maladies de la peau 1892 p. 507.

4) Riecke: Lehrbuch der Hautkrankheiten 1909.

5) F. Lewandowsky: Die Tuberkulose der Haut. 1916. S. 267.

6) Jadassohn: (Macek: Handbuch der Hautkrankheiten 1916).

7) Robert Bernhardt: Choroby skóry, str. 456.

8) T. Weill: Die Bedeutung des Kaliumpermanganats fuer die Lupusbehandlung bei Kriegsteilnehmern. Dermatolog. Wochenschr. 1917, Nr. 16.

9) Maść tę, rozsmarowaną w grubej warstwie na gazie, kładziemy na miejsce, dotknięte sprawą wilkową, i bandażujemy. Opatrunki codziennie zmieniamy.

10) Najbardziej nadają się do leczenia nadmanganianem potasu wrzodziejące postaci tocznia.

tkanki są tu coraz bardziej podważane i wypierane ze swych pierwotnych siedlisk. Z tego powodu różnica między tkanką zdrową a patologicznie zmienioną zaostrza się i w późniejszych okresach kontrasty między wyniosłościami i zagłębieniami występują jeszcze jaskrawiej.

Zdjęcie fotograficzne (Fig. 1), przedstawia obraz, powstały pod wpływem naszego leku: opisane wyżej nierówności zostały dosadnie uchwycone i dobrze w szczegółach uwypuklone¹¹⁾.

Fig. 1.



Nasuwa się obecnie pytanie: kiedy należy stosowanie leku przerwać?

Pytanie to jest dla nas dużej wagi, o ile chcemy, ażeby nasz zabieg był celowy. Z jednej bowiem strony chodzi o to, aby działanie lecznicze naszego środka posunąć możliwie najdalej w głąb chorego miejsca i wydobyć z niego resztki nadszarpiętych sprawą chorobową tkanek, z drugiej znów strony — jest porządkiem, aby zbyt daleko poza ramy chorej tkanki nie wybiegać i zdrową tkankę oszczędzać. Działanie bowiem nadmanganianu potasu jest ześrodkowane na tkance chorobowo zmienionej, jednakże nie jest wyłączone, że zbyt długotrwałe i nieogłędne stosowanie tego leku, jak i wogóle innych leków o podobnym działaniu, nie będzie dla tkanki zdrowej obojętne i nie spowoduje większych owrzodzeń.

Względy te powinniśmy mieć na uwadze, jeżeli pragniemy, aby wynik leczenia wypadł korzystnie dla chorego i pod względem kosmetycznym. Punkt więc ciężkości sprawy przesuwa się, jak widzimy, na pogranicze dwóch warstw: tkanki gruzliczo-zmienionej i tkanki jeszcze zdrowej. Części te, które lek nasz wyprowadził na jaw z ukrycia, możemy codziennie do-

kładnie oglądać. Po upływie pewnego czasu stwierdzamy, że działanie leku starło już zupełnie z terenu, objętego cierpieniem, wyraz poprzednich zmian, i powierzchnia tego miejsca, po zniknięciu tkanki gruzliczej, o tyle się już zmieniła, że jesteśmy w stanie, w pewnej przynajmniej mierze, orjentować się i domyślać, czy już dotarliśmy do zdrowej tkanki i na jakiej przestrzeni, czy też pozostały jeszcze miejsca, wymagające dalszego pogłębienia. Można jedynie się domyślać, gdyż nigdy, nawet przy najskrupulatniejszym oglądaniu i przy pomocy tępego zgłębnika, a nawet szkiełka przedmiotowego, nie będziemy mieli pewności, czy nie przeoczyliśmy jakiegoś głębiej ukrytego ogniska chorobowego. Nie tracąc więc z oczu już osiągniętych wyników i włączając, gdy zachodzi tego potrzeba, do sfery wpływu naszego leku coraz niżej leżące warstwy, staramy się drogą pogłębienia i przeprowadzania wciąż pewnych zmian sięgnąć z tego splotu tkanki gruzliczo zmienionej i zdrowej do miejsc, lekami jeszcze nietkniętych, i resztki nacieków wilkowych, które tkwią w tkance, od gruntu zdrowego oderwać. W ten sposób, posuwając się wytrwale i konsekwentnie w głąb tkanki, kształtujemy drogą ciągłych uzupełnień nasz wynik leczniczy. Kiedy już istnieje podstawa do przypuszczenia, że teren został dostatecznie przygotowany, przerywamy stosowanie naszej maści i zalecamy środki obojętne, na przykład, kompresy z kwasu bornego, pod których wpływem miejsca leczone zabliźniają się w ciągu 10 — 20 dni.

Chorzy naogół opuszczali szpital z blizną, z której starte zostały wszelkie znamiona choroby, i która pod względem wyglądu nie pozostawiała nic do życzenia: nie było w niej ani śladu przeświecających z głębi brunatnych plamek, była płaska, równa, miękka, gładka i nieskażona żadną żyłką. Na pozór przynajmniej chorzy wydawali się zupełnie wyleczeni. (Fig. 2).

Fig. 2.



11) Zdjęcia fotograficzne zostały wykonane przez kol. E. Reichera, lekarza-wolontariusza, szpitala Ś-go Aleksandra.

Każdemu choremu, gdy szpital opuszczał, dawaliśmy wskazówki i radziliśmy, aby do szpitala powrócił, skoro tylko zauważy, że w bliźnie zaczyna tworzyć się owrzodzenie. Niezależnie od tego staraliśmy się, aby u osób, przez nas leczonych, stan rzeczy kontrolować. W tym celu posyłaliśmy po chorych do domu i mieliśmy sposobność mniej więcej co pół roku ich oglądać.

Otóż okazało się, że nieraz mijały lata, a blizna nie wykazywała żadnych śladów choroby: znajdowaliśmy ją zawsze taką samą, jaką była w chwili wypisania pacjenta. Takich chorych, których leczylimy tylko raz jeden, a u których w ciągu wielu lat nawrotów nie było, moglibyśmy naliczyć wielu. U innych znów chorych po roku, dwóch lub trzech spostrzegaliśmy w bliźnie nieznaczne owrzodzenia. Do większych jednak rozpadów gruczliczych lub do zupełnego wznowienia sprawy chorobowej w jej poprzednim rozmiarze nigdy nie dochodziło. Chorzy tacy zostawali poddani powtórnemu cyklowi leczenia.

Mieliśmy chorych, u których musieliśmy nasze leczenie powtarzać dwa, a czasem i trzy razy.

Słowem — mieliśmy przypadki, kiedy wystarczało jednokrotne zastosowanie naszego leku, lecz mieliśmy również i takie, kiedy leczenie połączone było ze stopniowym pokonywaniem trudności.

Czy dochodziło do zupełnego i ostatecznego opanowania sprawy? Należy przypuszczać, że mieliśmy często takie wyniki, jakkolwiek musimy być bardzo ostrożni, jeśli chcemy mówić o doszczętnym wyleczeniu wilka, ponieważ dobrze wiemy, że źródło złego, nie będąc widoczne, długo może kryć się w głębi tkanki w postaci znikomo małego guziczka, do którego lek nasz może nie mieć dostępu, i który może być punktem wyjścia do wznowienia i szerzenia się sprawy chorobowej.

Gdy więc chodzi o to, czy wyniki, otrzymywane przez nas w każdym poszczególnym przypadku są trwałe, czy tylko dorywcze, przemijające, to w tej mierze ostatnie słowo może powiedzieć tylko dłuższa obserwacja. Nasze doświadczenie, nabyte przy stosowaniu omówionego leku, pozwala nam jedno tylko stwierdzić napewno: stan rzeczy, który powstaje dzięki działaniu naszego leku, zapewnia bliźnie długie trwanie.

Uwydatnienie tego szczegółu w stosunku do wartości naszego leku nie byłoby pełne, gdybyśmy nie podkreślili jeszcze innej cechy, spostrzeganej przy stosowaniu tego leku, a która stanowi wyraz zewnętrzny jego zalet. Mam na myśli wyniki naszego leczenia pod względem kosmetycznym. Otóż otrzymywane przez nas wyniki były nieraz tak piękne, jak rzadko kiedy przy stosowaniu innych środków lub metod. Kładę nacisk na ten szczegół, który przy ocenie wartości naszego środka uważany być powinien za okoliczność wcale niepodrzedną.

Z drugiego oddziału chirurgicznego szpitala małż. Poznańskich w Łodzi.

(Ordynator Dr. GOLDMAN)

Przypadek torbielowatego zwyrodnienia nerek.

Podał

Ludwik PIKIELNY (Łódź).

Przypadek dotyczy chorej B. A. lat 35, przybyłej do naszego szpitala z powodem nagie powstałego i trwającego od 9 dni krwimocz. bólow zażnyc chora nie miewa, ciepota ciała normalna. — Anamneza rodzinna bez znaczenia. W dzieciństwie i późniejszym wieku poważniejszych chorób nie przechodziła; dopiero podczas zimy zeszłego roku zaczęła kasnąć i miewała krwiotęplenia. — Stan odżywiania chorej mierzny, tkanka tłuszczowa słabo rozwinięta, zaważwienie skóry twarzy blade. W prawym płucu nad grzebieniem łopatką stwierdzono skrócony odgłos wypukowy, oddech zszonony do oskrzelowego oraz znaczne wzmoczenie przewodnictwa głosu i szepotu. Drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony; tętno miarowe, nieprzyspieszone, dość napięte. Przy ogłanianiu brzucha ujawnia się lekkie wypuklenie pod łukiem żebrowym zarówno z prawej, jak i lewej strony; przy obmacywaniu wyczuwa się w tym miejscach napięcie, miewające się jednakże ściśle odgraniczyć. Po obfitem wypróżnieniu (środek czyszczący) z łatwością dał się stwierdzić pod lewym łukiem żebrowym guz wielkości pięści męskiej, o powierzchni gładkiej, przy nacisku niebolesny; taki sam guz, lecz o nieco mniejszych rozmiarach, stwierdziliśmy pod łukiem żebrowym prawym. Oba guzy biorą udział w ruchach oddechowych.

Nim przejdziemy do rozważań różniczkowo-rozpoznawczych, należy nadmienić kilka słów o samym krwimocz. Chora w ciągu 9 dni przed przybyciem do szpitala, jak również w ciągu 11 dni przebywania na naszym oddziale oddawała moczkę krwawą z przerwami: moczenie krwawe, trwające dni kilka, ustępowało na dzień lub dwa moczeniu bez zawartości krwi (makroskopowo), przyczem należy wzmiankować, że w ciągu całego tego czasu, chora leżała w łóżku. Natężenie krwawego zaważwienia moczu było jednakowe podczas całego czasu trwania oddawania moczu (hématurie totale). Bólu przytem chora nie doznawała. Ten rodzaj hematurji już sam przez się wskazuje z wielkim prawdopodobieństwem, że mamy w tym przypadku do czynienia z krwawieniem pochodzenia nerkowego, a jednocześnie nowotworowego. Ze względu na obecny krwimocz, a poprzednie krwiotęplenia nie można było w pierwszej chwili nie pomyśleć o gruczlicy nerkowej. Jednakże w osadzie moczu łasieczników Kocha nie znaleziono; brak zaś objawów ze strony pęcherza, stwierdzenie cystoskopem braku zmian na błonie śluzowej pęcherza, a jednocześnie obecność innych objawów nietypowych dla gruczlicy nerek, o których mowa niżej, skierowały naszą myśl na inne tory. Badanie moczu wykazało nieco białka oraz dużą liczbę czerwonych i białych ciałek krwi; ciężar gatunkowy wynosił 1006. Czynnościowe badanie nerek — próba wodna i koncentracyjna — wykazało czynnościową niedomogę nerek w znacznym stopniu. Najniższy ciężar gatunkowy wynosił 1001, zaś najwyższy 1006, czyli że zdolność koncentracyjna nerek jest bardzo upośledzona. W parze z tym wynikiem był też wynik chromocystoskopji: po zastrzyknięciu dożylnie 5 cm.³ indygo-karminu nie spostrzeżono po upływie 30 minut żadnego wydzielania ani z prawego, ani z lewego ujścia moczowodu. Wyniki te pozwalają na wniosek, iż mamy w tym przypadku do czynienia ze schorzeniem, które w znacznym stopniu uszkodziło miąższ nerkowy. Biorąc dalej pod uwagę, że ciśnienie krwi wynosi według Riva-Rocci 170/110, i że chora oddaje na dobę 1700 — 2000 cm.³ moczu, mamy typowy obraz marskości nerek. Jednakże przeciwko marskości bądźto wtórnej, bądź pierwotnej przemawia to, że pacjentka nigdy choroby nerkowej nie przechodziła, i jej młody wiek. Przytoczone objawy: brak bólów, krwimocz, zwiększona ilość moczu, jego niski ciężar gatunkowy, wysokie ciśnienie krwi, obecność guza w okolicy obu nerek naprowadzają na rozpoznanie torbielowatego zwyrodnienia nerek. O ile małe pojedyncze torbiele, powstające zwykle na tle zastoinowym, spostrzegane są w nerkach często i nie mają żadnego znaczenia klinicznego, o tyle torbielaki nerkowe, mające tło nowotworowe, są cierpieniem, klinicznie rzadko rozpoznawanem. Wobec tego pozwoliliśmy sobie na omówienie naszego przypadku. W ciągu ostatnich 3 dni pobytu w szpitalu krwawienia u naszej chorej ustały. Pacjentka na własne żądanie została wypisana, i z tego powodu proponowane zdjęcie rentgenowskie nie zostało wykonane.

Z praktyki prywatnej.

Z prywatnego Zakładu Leczniczego „Unitas” w Łodzi.

Przyczynek do sprawy zapalenia szpiku kostnego pochodzenia paratyfusowego.

Podał

M. ELJASBERG (Łódź).

Pomimo szerokiego rozpowszechnienia prątków duru rzekomego, jako zarazków chorobotwórczych, jak również często i pasorzytów, w etiologii schorzeń chirurgicznych, a zwłaszcza kostnych, spotykano je rzadko. Od 1896 roku, kiedy A. H a r d - B e n s a u d e wykryli po raz pierwszy prątki duru rzekomego w ropniaku mostkowo-obojczykowym u 5 cioletniego dziecka, w piśmiennictwie znajdujemy nieliczne opisy pojedynczych spostrzeżeń. Dopiero w czasie wojny światowej oraz podczas epidemii duru rzekomego w Rosji w latach 1922 i 1923 zebrany został obfity materiał. Badanie tego materiału, jak i nasze własne spostrzeżenia wykazują pewną typowość przebiegu tych schorzeń; dlatego też zasługuje na omówienie obserwowany przez nas przypadek.

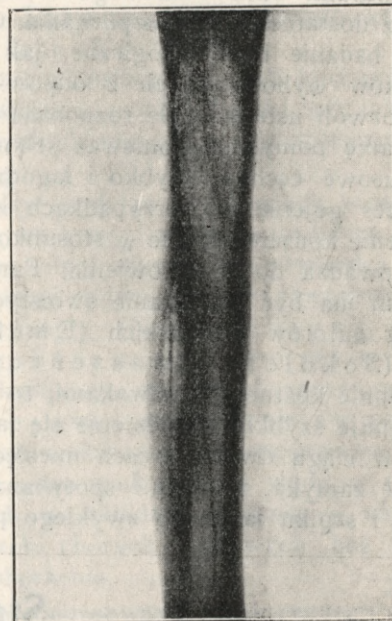
Panna L. O., 21 lat, przed 2 laty przebyła, jak podaje, dur brzuszny. Pod koniec choroby, która trwała przeszło 2 miesiące, zjawily się skargi na bóle w prawym udzie, które wkrótce ustąpiły. Kilka miesięcy po wyzdrowieniu bóle w udzie znów się zjawily. Bóle o charakterze tępych, niestałych, przeważnie występowały podczas dłuższego chodzenia. W ciągu tych 2 lat leczyla się u szeregu lekarzy. Bóle brano za gośćcowe lub nerwobóle, jednakże pomimo leczenia bóle nie ustępowały, a w ostatnich czasach nawet się wzmacniały. Przy badaniu stwierdzono: chora prawidłowej budowy ciała, dobrze odżywiana; ze strony organów wewnętrznych żadnych objawów chorobowych nie stwierdzono; nie gorączkuje. Wygląd prawego uda bez zmian. W środkowej części uda po stronie zewnętrznej bóle przy ucisku, w tem też miejscu chora zwykle odczuwa dolegliwości. Dokonano zdjęcia rentgenowskiego (Dr. Keilson), które wykazało: „Na zewnętrznej powierzchni środkowej części kości udowej wybitne nawarstwienie okostny. Pomiędzy zgrubiałą okostną a korą kości miejsce wyjaśnione; w nim wzdłuż kości długi cienki martwak”. Na tej zasadzie chorą poddano operacji, dnia 14.XII—25 (Dr. G o l d m a n).

W uśpieniu eterem dokonano cięcia wzdłuż środkowej części uda po stronie zewnętrznej. Po przecięciu zgrubiałej okostnej kilku uderzeniami dłutka zdjęto cienką ścianę niewielkiej jamy kostnej, zawierającej łyżkę stołową gęstej, żółto-szarawej ropy i cienki martwak długości około 2 cm. Po wyczyszczeniu jamy kostnej wytempowano ją, ranę częściowo zaszyto, kończynę ułożono w szynę. W przebiegu pooperacyjnym trzeba było jednak szwy rozpuścić z powodu ropienia; gojenie postępowało szybko; jama wypełniła się zdrową ziarniną i po 6 tygodniach była zupełnie zagojona. Ropę, pobraną jałowo w czasie operacji, zbadał w Łódzkim zakładzie bakteriologicznym (Kierownik Dr. Z a ł ę s k i). Wyniki badania były nader ciekawe. W mazankach znaleziono śluz w bardzo dużej ilości, niebardzo liczne leukocyty, laseczki, przypominające morfologicznie laseczki z grupy okrężnico-durowej. Laseczka, wyhodowana z ropy na agarze i buljonie, nie barwi się metodą Grama, jest słabo ruchoma, posiada cechy laseczek z grupy okrężnico-durowej. Odczyny aglutynacyjne z surowicami swoistymi wypadły, jak następuje: z surowicą duru brzusznego oraz durów rzekomych A i B i odmianem X19 nie aglutynuje nawet w rozcieńczeniu 1 na 100. Natomiast z surowicą duru rzekomego C do rozcieńczenia 1 na 100.

Z powyższego opisu widzimy, że był to przypadek ropnego zapalenia tkanki kostnej, spowodowanego prątkami duru rzekomego para—C i trwający 2 lata po przebyciu duru, który zapewne był również rzekomy a nie brzuszny.

Najczęściej ropnie te obserwuje się jako powikłania po durze rzekomym, przyczem z obu postaci klinicznych, w jakich dur rzekomy się objawia, najmniej

znaczenia chirurgicznego posiada postać ostrego nieżytu żołądka i jelit. Natomiast postać durowa często daje powód do powikłań chirurgicznych. Już na początku choroby stwierdza się znaczne nagromadzenie we krwi prątków duru rzekomego, które w dalszym przebiegu choroby, częściowo giną, częściowo zaś utrzymują się w pewnych narządach i tkankach, gdzie też najbardziej odporne wywołują niekiedy tworzenie się ropni. Zarazki przechowują się w miejscach zmniejszonej odporności, czy to już poprzednio patologicznie zmienionych, czy też na skutek miejscowej traumatyzacji tkanek; dlatego obserwujemy je w szkieletie kostnym w miejscach, najczęściej ulegających urazom (brzeg pierszczi, udo, w tkance podskórnej w miejscach zastrzykiwań) w organach, zmienionych patologicznie: pęcherzyk żółciowy, nerki, worek i t. p.



O ile prątki napotykają takie mniej uodpornione miejsca w ustroju w czasie początkowego nagromadzenia się we krwi, powstanie ropni towarzyszy już pierwotnym objawom chorobowym. Jako правило jednakże, ropnie tworzą się w różnych okresach choroby, w okresie wyzdrowienia i jeszcze później, jako powikłania po durze rzekomym. Ten późny okres występowania powikłań, zwłaszcza kostnych, jest cechą bardzo charakterystyczną dla schorzeń paratyfusowych. Tak J e n s e n - K o c h obserwował ropień uda w 20 lat po durze rzekomym. G i l d e m e i s t e r opisał przetokę dolnej 1/3 kości promieniowej, wydzielającą prątki duru rzekomego w ciągu 11 lat po przebyciu duru.

Schorzenia kostne, wywołane przez prątki duru rzekomego, niekiedy mają przebieg ostry, typowy dla zakażeń spowodowanych przez gronkowce (S p a s o k u k o t z k i, A o k i). Schorzenia kostne występują wtedy nie jako powikłania, lecz jako schorzenia samodzielne. Prątki duru rzekomego bowiem, często stwierdzane jako pasorzyty w zdrowym ustroju, gdzie je wyhodowano ze krwi, moczu i wydzielin dróg pokarmowych, pod wpływem pewnych czynników nabierają własności zwykłych ropotwórczych zarazków,

powodując zapalenie okostny i szpiku kostnego o przebiegu ostrym. Przypadki te należą do nader rzadkich.

Klinicznie przebieg schorzeń kostnych paratyfusowych cechuje nadzwyczaj powolny rozwój samego cierpienia, rozciągnięty na dłuższy czas, co niekiedy daje powód do myśli o gruźlicy (O e h l e c k e r).

Umiejscawiają się one identycznie z powikłaniami duru brzuszego: najczęściej na kończynach, w kręgach dolnych piersiowych i lędźwiowych, w żebrach. Podług S o k o ł o f f a dość często zachorowuje grzebień talerza biodrowego. Napięcie i charakter bólów mają cechy zmienne. Miejscowo tworzą się obrzęki bolesne na ucisk; o ile dochodzi do powstania ropnia — występuje niekiedy chęłbotanie.

Najczęstszą formą anatomiczną jest zapalenie okostny, ropnie kostne powstają rzadziej.

W rozpoznaniu swoistego charakteru schorzenia badanie odczynu aglutynacji ma pierwszorzędne znaczenie. Podług B a r u c h a aglutynacja surowicy chorego z szczepami duru rzekomego w rozcieńczeniu 1:75 jest już dostateczna dla rozpoznania. O ile wydobyto ropę, badanie bakterjologiczne, jak i aglutynacyjne prątków wyhodowanych z odpowiedniami surowicami pozwoli ustalić ściśle rozpoznanie.

Rokowanie pomyślne, ponieważ schorzenia kostne paratyfusowe cechuje szybko i łagodnie przebiegający proces gojenia. W przypadkach zapalenia okostny leczenie konserwatywne w stosunkowo krótkim czasie doprowadza do wyzdrowienia. Bardzo pomocnym przytem ma być stosowanie swoistych szczepionek, podług autorów francuskich (E m i l e - W e i l) i rosyjskich (S o k o ł o f f, I w a s z e n c e w). O ile powstały ropnie kostne z martwakami, to po ich usunięciu następuje szybkie wypełnienie się jamy zdrową ziarniną, i w ciągu dwóch, trzech miesięcy rana doszczętnie się zamyka, rzecz nie spotykana w zapale niach kości i szpiku kostnego zwykłego pochodzenia.

Co się tyczy strony bakterjologicznej, to najczęściej wzmiankowane schorzenia z licznej grupy szczepów duru rzekomego powoduje szczep para-B; szczep ten wydaje się najbardziej chorobotwórczym i pod tym względem wykazuje pewne powinowactwo z pałeczką okrężnicy. H ü b n e r przez wzgląd na te własności stawia szczep para — B obok paciorkowców. Osobliwy nieco charakter posiada szczep para-N, wyhodowany w Rosji przez I w a s z e n c e w a, K u l e s z e i innych, powoduje bowiem zapalenie okostnykości, jako powikłania po durze powrotnym; niekiedy i plamistym, dając przykład mobilizacji pasorzytujących prątków duru rzekomego pod wpływem innego zakażenia.

W naszym przypadku wyhodowano prątki szczepu para—C. Szczep ten, opisany po raz pierwszy przez H i r s z f e l d a w roku 1916, stwierdzony został następnie przez S u p n i e w s k i e g o podczas epidemii w Płocku i w Warszawie w r. 1920. Szczep ten wywołuje obraz kliniczny bardzo podobny do obrazu duru brzuszego. Od szczepów para—A i para—B odróżnia się pewnymi własnościami biochemicznymi i aglutynacyjnymi.

Na podstawie powyższego pozwolę sobie wysnuć następujące wnioski:

- 1) Paratyfusowe schorzenia kostne mają typowy obraz chorobowy.
- 2) Zakażenie paratyfusowe może przez dłuższy czas pozostawać w ustroju w formie utajonej.
- 3) Przebieg i rokowanie tych schorzeń są pomyślne.

PISMIENICTWO.

1) B a r u c h u. M a d e l u n g: Chirurgie des Abdominal typhus. 1923. 2) S o k o ł o f f: Bruns Beiträge z. kl. Chirurg. 1925, Bd. 133, Heft 2 (piśmiennictwo). 3) H i r s z f e l d L. i S e y d e l J.: Z bakterjologii durów rzekomych. Przegl. Epidemiologiczny. 1921. T. I. Zeszyt 6.

Streszczenia zbiorowe.

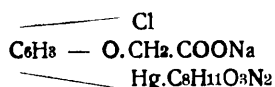
Z oddziału wewnętrzznego „B” Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
(Ord. doc. dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

O nowazurolu i salirganie.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Nowazurrol został wynaleziony i wprowadzony do lecznictwa jako rtęciowy środek przeciwkiłowy (1917). Jest to biały bezpostaciowy proszek łatwo rozpuszczalny w wodzie o wzorze chemicznym



(podwójne połączenie soli sodowej kwasu mercuri — o — chlorfenoksylactowego z dietylmalonylmocznikiem). 10% roztwór wodny zawiera w 1 cm.³ 0,0339 gramów rtęci w niejonizującej postaci.

W r. 1919 uległ nowazurrol niespodziewanie zasadniczej zmianie i powiększeniu wskazań do swego

stosowania. Mianowicie S a x l na klinice W e n c k e b a c h a w Wiedniu zauważył, że podczas leczenia niewyrównanych wad zastawek tętnicy głównej pochodzenia kiłowego, zastrzyki nowazurolu, dokonywane celem leczenia swoistego preparatem rtęciowym choroby zasadniczej, powodowały nagłe kolosalne powiększenie się diurezy, powiększenie tak wielkie, jakiego dotychczas nie widziano przy stosowaniu żadnego środka moczopędnego. Następnie okazało się, że nowazurrol zachowuje swe działanie diuretyczne we wszelkich niewyrównaniach serca bez względu na ich swoiste lub nieswoiste pochodzenie. Ta niezwykła i niespodziewana właściwość nowazurolu została następnie potwierdzona przez licznych klinicystów. Okazał się on bardzo cennym i potężnym środkiem moczopędnym i stał się przedmiotem licznych badań. Dotychczasowe piśmiennictwo o nowazurolu wynosi około 100 prac. Odkrycie moczopędnych właściwości nowazurolu należy zaliczyć do wielkich odkryć terapeutycznych lat ostatnich.

Wszystkim badaczom narzucało się pytanie, gdzie jest punkt uchwytu nowazurolu: w nerkach,

czy też pozanerkowo. Wielce zasłużony w sprawie nowazurołu Saxl, następnie Eppinger oraz Nonnenbruch uważali za pewne, że punkt uchwytu nowazurołu w każdym razie nie jest w nerkach. Jako jeden z głównych argumentów za takim ujęciem sprawy przemawiają spostrzeżenia Nonnenbrucha, który stwierdził znaczny ubytek wagi po nowazurołu u ludzi zdrowych; przemawia to za pozanerkowym oddawaniem wody przez tkanki, przebiegającym jednocześnie ze wzmożoną diurezą. Dalším czynnikiem, przemawiającym za obwodowym umiejscowieniem wyniku moczopędnego, jest stwierdzenie faktu, że jednocześnie z diurezą nowazurołową odbywa się wzmożone wydzielanie chlorków. Te dwa spostrzeżenia o diurezie u ludzi zdrowych i o chlorkach są zgodne z panującym obecnie poglądem (Volhard), uznającym za podstawę patologii nerek opanowanie przemiany wodnej i solnej przez t. zw. czynniki pozanerkowe.

Za obwodowym mechanizmem działania nowazurołu przemawiają również doświadczenia Bohna, który stwierdził, że po zastrzykach nowazurołu zachodzą jednakowe zmiany we krwi zarówno u zwierząt zdrowych, jak i pozbawionych nerek. Ellinger uważa, że nowazuroł, podobnie jak ciało czynne tarczycy, pierwotnie powiększa wiązanie wody w surowicy i w ten sposób sprzyja przechodzeniu wody tkankowej do krwi. Molitor i Pick stwierdzili na odpowiednich preparatach żaby zmiany stanu pęcznienia tkanek, występujące po nowazurołu.

Wszystkie te spostrzeżenia i doświadczenia przemawiają za tem, że nowazuroł należy uważać za tkankowy środek moczopędny, działający wprost na obrzękniętą tkankę i zmniejszający jej zdolność wiązania wody.

Ostatnio podnoszą się jednak głosy przemawiające przeciwko jednostronnemu przecenianiu czynników pozanerkowych i stawiające znowu na pierwszym planie sprawę nerkowego punktu uchwytu nowazurołu. Liczni autorzy (Schur, Tannhauser, Mühlhing, Gottlieb, Schmidt) przytaczają szereg danych, przemawiających, według ich zdania, za swoistym działaniem nowazurołu na nerki. Sprawa dokładnego poznania mechanizmu działania nowazurołu jako środka moczopędnego, pozostaje więc narazie nierozstrzygnięta. Bleyer i Schlayer uważają, że możliwym jest, iż okaże się, że punkt uchwytu nowazurołu jest bardziej zawily, że wchodzi tu w rachubę wzajemne współdziałanie różnych, nie poznanych jeszcze dokładnie spraw, a na pierwszym planie stoją chemiczno-kołoidalne zmiany w gospodarce wodnej i solnej.

Przy stosowaniu nowazurołu u chorych obrzękniętych z powodu niedomogi serca stwierdza się w 2—3 godz. po zastrzyku wzmożone wydzielanie wody przez nerki, utrzymujące się najczęściej około 12 (Hubert), a najdłużej przez 24 godz. (Haggene-y). Ilość ogólna wydzielonej wody zależy od stopnia obrzęknięcia; w niektórych przypadkach jest ona wprost zadziwiająca. Żaden z dotychczasowych środków moczopędnych nie dawał nawet w znikomej części takich wyników, jak nowazuroł. Diureza dobową po zastrzyku wynosi przeciętnie około 4—5 litrów (Eppinger, Geronne, Nonnenbruch, spostrze-

żenia własne). W krótkim czasie waga chorego spada o kilka do kilkunastu klg. Saxl opisuje chorego, który utracił 15 klg. Osobiście spostrzegaliśmy chorego z niedomogą serca, który, nie reagując uprzednio na stosowane środki nasercowe i moczopędne, po zastosowaniu nowazurołu w ciągu 12 dni stracił na wadze 23 klg. Dobowa diureza 7—8,5 litrów (Biedermann, Geronne, Schur, Kulcke, Brun) wcale nie jest taką rzadkością. Rekord pod tym względem stwierdził Fodor w przypadku z diurezą dobową 16 litrów.

Jednocześnie z kolosalnem wydzielaniem zatrzymanej uprzednio wody wszyscy autorzy (Saxl i Heilig, Kollert, Nonnenbruch i inni) opisują znaczne wydalenie soli kuchennej. Stężenie jej w wydalanym moczu bywa różne, dochodzi do 1,4% (w 24 godzinny moczu — Bleyer) albo nawet do 2,09% (w poszczególnych porcjach moczu — Schur). Dobowa ilość wydalonej soli przekracza często ogólną zawartość soli w surowicy; dochodzi do 40,08 (Bleyer); Straus opisuje chorego, który wydzielil w ciągu doby 48 gr. Na Cl.

W przeciwieństwie do soli kuchennej stężenie innych składników moczu (kwasu moczowego, mocznika, kreatyniny) nie ulega znacznieszym zmianom (Mühlhing).

Pomiędzy wydaleniem moczu a stosunkami, zachodzącymi we krwi, istnieje zasadnicza rozbieżność.

Pomimo silnej diurezy nie stwierdza się u człowieka we krwi żadnej zmiany zawartości wody lub soli kuchennej. (Nonnenbruch, Bleyer, Mühlhing, Strauss). Bohn zaś w doświadczeniach na królikach stwierdzał zaraz po zastrzyku rozwodnienie krwi i powiększenie się poziomu soli.

Głównem wskazaniem do stosowania nowazurołu są wszelkie nagromadzenia się wody w ustroju przy zaburzeniach w układzie krążenia, a na pierwszym planie obrzęki chorych sercowych bez względu na etiologię schorzenia.

Co do zastosowania praktycznego nowazurołu, to opinia o nim wszystkich badaczy jest zupełnie jednomyślna, mianowicie, że przy właściwym wskazaniu nie zawodzi on prawie nigdy. Wielokrotnie widywaliśmy chorych sercowych, przybyłych na oddział w rozpaczliwym stanie niewyrównania krążenia, z typowymi objawami zastoi żylnego w postaci rozległych obrzęków, płynu w opłucnie, osierdziu i jamie brzusznej, ze zmniejszoną do minimum ilością moczu; chorych tych zawsze we względnie krótkim czasie udawało się za pomocą nowazurołu całkowicie odwodnić.

Przypadki niewyrównanych wad zastawek aorty (Brun, Saxl, Kollert) lub też zastawki dwudzielnej (Haggene-y, Gerhardt) oddziaływały na nowazuroł jednakowo i zawsze z doskonałym wynikiem. Samet opisuje przypadek potrójnej wady serca, w którym po 4-0 miesięcznej kuracji strofantyną, naparstnicą, kofeiną, diuretyną, teocyną, tyreo-dyną nie osiągnano poprawy, a który po nowazurołu wydzielil tak znaczne ilości wody, że osiągnięto odciążenie krwioobiegu i przerwanie błędnego koła i doprowadzono do dłuższej poprawy czynności serca i nerek. Podobnie jak w przypadkach wad serca zachowuje się nowazuroł i w przypadkach zwyrodnienia

mięśnia sercowego, w których częstokroć doprowadza do tak doskonałego wyniku, że, według słów Eppingera, „można mówić prawie o wyleczeniu”. Geronne opisuje chorego z miażdżycą nerek i zwyrodnieniem mięśnia sercowego, u którego wypróbowano bezskutecznie wszystkie istniejące środki nasicerowe i moczopędne; chory ten przybył na klinikę z ledwo wyczuwalnym i niemiarowym tętnem, słabo słyszalnymi tonami, silnymi obrzękami nóg, płewowi brzucha, płynem w jamach otrzewnowej, osierdżiowej i opłucnowej, z diurezą dobową 150 cm³ i w ciągu 24 godz. po zastrzyku nowazurołu wydzielił 5 litrów moczu i wykazał podmiotowo, jak i przedmiotowo oznaki poprawy krążenia i oddychania.

Haggeney pisze, że na nowazuroł reagują naturalnie w różnie silnym stopniu, właściwie wszyscy chorzy sercowi. Zawodzą jedynie bardzo nieliczne przypadki, i to przeważnie ciężkie przypadki końcowe.

Kulcke zwraca uwagę, że w różnych etiologicznie niedomogach nie stwierdza się zasadniczej różnicy odczynu na nowazuroł. Dla postawienia przeto wskazania do nowazurołu można nie zwracać uwagi na powód osłabienia krążenia, a kierować się tylko obecnością objawów niewyrównania, przebiegających z zatrzymaniem wody.

Nonsensem byłoby oczywiście mówić na podstawie doskonałego działania nowazurołu na chorych sercowych o nowazurołu jako o środku nasicerowym, to też koniecznym jest jednocześnie z nowazurołem stosować leki naparstnicowe lub strofantynowe.

Przy obecności w ustroju płynów pochodzenia innego, niż niedomogowego, a więc skutkiem mechanicznego utrudnienia krążenia, w przypadkach płynów zapalnych, nowotworowych, charłacznych, nowazuroł nie działa tak pewnie i stale, jak w obrzękach sercowych. Opinie różnych autorów co do działania nowazurołu przy obecności płynu w jamie brzusznej na tle marskości wątroby są rozbieżne: jedni mieli wyniki dodatnie (Saxl, Heilig, Hassenkamp, Schur), inni zaś (Hegler, Hubert) — ujemne.

Tak samo niejednolite (przeważnie zresztą ujemne) są zdania autorów o wpływie nowazurołu na płyny zapalne oraz nowotworowe w jamach surowiczych (Kulcke, Mühlring).

W r. 1925 Eppinger, lecząc z powodu niedomogi serca bardzo otyłego chorego (136 klg.), zastrzyknął mu, po uprzednim bezskutecznym stosowaniu naparstnicy i diuretyny, nowazuroł. Środek ten w przeciągu krótkiego czasu spowodował spadek wagi, wynoszący 20 klg., pomimo że u chorego stwierdzono jedynie bardzo nieznaczny obrzęk. Wobec tego, że nagromadzenia tłuszczu w ustroju ludzkim składają się w 50% z wody i wykazują wysoką zawartość soli kuchennej, spostrzeżenie powyższe nasunęło Eppingerowi myśl stosowania nowazurołu w przypadkach czystego otluszczenia (jednocześnie z dietą małosolną). Drugie odnośne spostrzeżenie Eppingera dotyczyło 27-letniego człowieka o wadze 121 klg.; za pomocą diety głodowej i małosolnej udało się obniżyć jego wagę o 6 klg., dalszego jednak odchudzenia nie można było osiągnąć. Tyreoidyna żadnego wpływu nie wywierała. Wówczas przystąpiono do zastrzyków nowazurołu, po których wa-

ga ze 115 spadła do 100 klg. Utrata soli w ciągu 60 dni na dietę małosolnej wynosiła 493 gr.

Utrata na wadze po zastrzykach nowazurołu u osób otyłych okazuje się znacznie większa, niż to odpowiada utracie wody, z czego wynika, że nowazuroł przyczynia się do rozkładu nadmiernie nagromadzonego tłuszczu ustrojowego. Na mocy swych spostrzeżeń Eppinger dochodzi do przekonania, że nadmierna otyłość ze względu na zatrzymanie w ustroju dużej ilości wody i soli, może być również wskazaniem do leczenia jej nowazurołem, wpływającym tak wybitnie na gospodarkę wodną i solną. Jest to więc dalsze rozszerzenie wskazań do stosowania nowazurołu.

Głównym przeciwwskazaniem do stosowania nowazurołu są stany zapalne nerek (*glomerulonephritis*). Nefroza zaś i nefroskeroza pozwalają na ostrożne stosowanie nowazurołu. Haggeney otrzymywał dobre wyniki w przypadkach nefrozy oraz w amyloidzie nerek po ciężkiej gruźlicy płuc. Nerka zastoinowa, nawet z umiarkowaną ilością białka i niewielką ilością wałeczków pozwala na stosowanie nowazurołu. Niebezpieczne są więc jedynie ostre i przewlekłe stany zapalne nerek. Schlayer uważa, że przy stosowaniu nowazurołu w praktyce doskonałym wskaźnikiem niezbędnej dla wydzielania nagromadzonej w ustroju wody wydolności nerek jest zdolność nerek stężania moczu, rozpoznawana za pomocą badania c. g. w poszczególnych porcjach moczu. O ile c. g. waha się między 1008 — 1012, wówczas prawdopodobnie mamy do czynienia z niedomogą nerki, i stosowanie nowazurołu przedstawia pewne ryzyko. Dalszym wskaźnikiem jest białko: o ile się go stwierdza więcej niż 4‰, to lepiej stosowania nowazurołu zaniechać. Co się tyczy osadu, to wałeczki szkliste przemawiają raczej za zastojem, natomiast wałeczki ziarniste, a głównie obecność erytrocytów są to przeciwwskazania stanowcze do stosowania nowazurołu. Pojedyncze erytrocyty (1 — 2 w polu widzenia) mogą być również i w osadzie nerki zastoinowej, natomiast większa ich liczba wskazuje na zmiany zapalne w nerce. Przeciwwskazane również jest stosowanie nowazurołu w przypadkach ciężkiej niedokrewności, charłactwa, w gorączce oraz w biegunkach.

Działania uboczne, jakie się czasem, zresztą bardzo rzadko, przy stosowaniu nowazurołu stwierdza, są to działania uboczne, związane z obecnością w nowazurołu rtęci i znane z innych zawierających rtęć środków. Opisywano więc w poszczególnych przypadkach po stosowaniu nowazurołu gorączkę, objawy skórne, stany podrażnienia nerek, biegunki, a stosunkowo najczęściej rtęciowe zapalenie jamy ustnej o przeważnie łagodnym przebiegu. Dla uniknięcia tych przykrych powikłań należy przedsięwziąć zwykłe przy podawaniu preparatów rtęciowych stosowane środki ostrożności, a więc dbanie o regularny stolec i czystość jamy ustnej. Co do ogólnej oceny ewentualnych działań ubocznych, Ziler mówi, że przy uwzględnieniu zawartości rtęci i nadzwyczaj cennego działania moczopędnego, nowazuroł wyjątkowo rzadko prowadzi do jakichkolwiek przykrych powikłań, to też można go we właściwych przypadkach stosować bez żadnej obawy. Osobście nie widzieliśmy po nowazurołu poza lekkimi objawami zapalenia jamy ustnej ani razu żadnych przykrych objawów.

Nowazurrol stosuje się wyłącznie dożylnie lub domięśniowo. Przy właściwej technice zastrzyki są zupełnie niebolesne i nie powodują żadnych nacieków. Najlepiej zastrzykiwać przed południem, aby konieczność częstego oddawania moczu nie psuła choremu odpoczynku nocnego. Co do wielkości dawki, większość autorów radzi rozpoczynać od 0,5 — 0,75 cm³., a następnie, gdy diureza się rozpoczęła, powoli w odstępach 2—4 dniowych dawkę powiększać. Więcej niż 1,5 nie okazuje się potrzebną dawką. Jest ciekawym, że wynik diuretyczny nie jest proporcjonalny do wielkości podanej dawki (H-u-b-e-r-t), nie ma również ścisłej zależności pomiędzy rozmiarem obręzków i diurezą (S-c-h-u-r). Dla dawkowania wchodzi przeto w rachubę nie ilość zatrzymanej wody, ale stan ogólny chorego, wydolność jego nerek i czynność serca. Po 4 — 10 zastrzykach udaje się prawie zawsze chorego całkowicie odwodnić. W razie nowego obrzęku, po pewnym czasie można z tym samym wynikiem kurację nowazurrolową powtórzyć (S-a-x-l, H-e-i-l-i-g, D-o-l-l). Więcej niż 10 zastrzyków w jednej kuracji należy unikać, gdyż według K-l-e-m-p-e-r-e-r-a diureza w tym czasie się zmniejsza. Kulcke uważa, że jest to skutek przyzwyczajania się ustroju. Zarówno jednak K-l-e-m-p-e-r-e-r, jak i K-u-l-c-k-e, widzieli niesłabnącą diurezę po 32 wzgl. 37 zastrzykach.

Ze względu na swe doskonałe działanie moczopędne w przypadkach obręzków sercowych nowazurrol, stosowany u kolosalnej liczby chorych we wszystkich krajach, został jednomyślnie uznany jako cenny, ratujący lub przedłużający życie lek.

(Dok. nast.).

Plazmochina.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Przemysł niemiecki nie ustaje w wysiłkach uniezależnienia się od braku surowców krajowych, niezbędnych dla otrzymywania rozmaitszych produktów. Chinina, która dzisiaj jest środkiem zastępowym w rozmaitych chorobach, zwłaszcza w zimnicy, otrzymuje się z kory drzew, rosnących tylko w krajach gorących i to nie wszędzie. Próby sadzenia drzew chinowych, rozpoczęte w różnych miejscowościach Europy południowej, nie dały dotąd zadowalających wyników. Wobec tego chemicy oddawna już usiłowali otrzymać chininę syntetyczną i w tym celu mnóstwo pracy pochłonęło poszukiwanie wzoru strukturalnego chininy. W ostatnich latach cała sprawa nabrała wielkiej aktualności. Cena chininy poszła ogromnie w górę, a tymczasem zapotrzebowanie jest coraz większe, gdyż kraje Europy południowej zaprowadzają u siebie jeden po drugim systematyczną akcję zwalczania zimnicy. Początek dały Włochy, za niemi poszła Hiszpanja i Portugalja, ostatnio zaś Jugosławja zaczęła tę walkę na olbrzymią skalę. Wskutek tego sprawa otrzymania chininy syntetycznej zapowiadała się jako doskonały interes handlowy. Zauważyć trzeba, że pomimo wielkiej obfitości syntetycznych preparatów przeciwgorączkowych nie znamy dotąd żadnego, któryby tak swoiście działał na zimnicę, jak chinina. W ostatnich latach niezmordowane wysiłki, nanowo podjęte przez kierownictwo fabryki barwików Bayera w Elberfeldzie, uwieńczone zostały wynikiem pomyślnym. Otrzymano preparat

nazwany plazmochiną, zbadano dokładnie jego własności chemiczne, lecznicze i zapobiegawcze. Na ostatnim zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Düsseldorfie plazmochina była przedmiotem kilku referatów, które tu w streszczeniu podajemy.

Chemik H. H-o-e-r-l-e-i-n mówił o wzorze strukturalnym chininy. Dokładne poszukiwania, wykonane w laboratorium tej fabryki, pozwoliły ustalić, który z dotychczasowych wzorów jest najbardziej zbliżony do prawdy. Jest to t. zw. wzór R-a-b-e-g-o, zbyt złożony, aby go tutaj rozpatrywać. Nas interesuje tylko to, że próby otrzymania ciała syntetycznego o składzie podobnym do wzoru R-a-b-e-g-o zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem. Autor nie podaje żadnych szczegółów bliższych w celu zachowania patentu dla swej fabryki i swego kraju.

Z drugiego referatu W. R-o-e-h-l-a dowiadujemy się o własnościach biologicznych plazmochiny.

Przed przystąpieniem do prób leczniczych należało ustalić doświadczalnie, czy preparat wogóle działa na zarazek zimnicy. Doświadczenia zostały wykonane na kanarkach, zakażonych t. zw. zimnicą ptasią, wywołującą u drobnych ptaków chorobę gorączkową, w której, tak jak w zimnicy ludzkiej, znajdujemy pasorzyty w czerwonych ciałkach krwi. Pasorzyt ten jest to również pelzak, nosi nazwę, *Plasmodium relictum*, przenosi się przez ukłucie zwykłego komara, (*Culex pipiens*). Pelzak ten różni się od ludzkiego, ale wywołuje, jak on, chorobę o typowym okresowym przebiegu. Już poprzednio było wiadomo, że chinina działa na zimnicę ptasią, że zastrzyknięcie jej powoduje znikanie pasorzyty z krwi, względnie opóźnia jego zjawianie się u kanarków, zakażonych sztucznie (przez zaszczerpienie krwi ptaka chorego). Nawiasowo wspomnieć należy, że na zimnicy ptasiej ustalono ponad wszelką wątpliwość, że oprócz chininy działa na pasorzyty zimnicze błękit metylenowy i niektóre inne barwiki anilinowe, zasadowe, chociaż w stopniu bez porównania słabszym. Środki te stosowano już przedtem empirycznie w praktyce leczniczej bez uprzedniego badania doświadczalnego.

R-o-e-h-l przystąpił do badania plazmochiny podług klasycznych metod farmakologii doświadczalnej, po raz pierwszy wprowadzonych przez E-h-r-l-i-c-h-a. Zamiast określać wyłącznie tylko dawkę leczniczą i dawkę toksyczną, postanowił leczyć chorobę doświadczalną, oznaczyć dawkę leczniczą i porównać ją z odnośnymi dawkami chininy i innych środków. Wielką trudność stanowiło działanie uboczne i miejscowe preparatu, wprowadzonego podskórnie. Wobec tego autor posługiwał się wlewaniem wprost do żołądka zapomocą strzykawki i cieniutkiego cewnika. Kawałki cewników moczowodowych doskonale się nadawały do tego celu. Autor wprowadzał lek nie od razu, lecz w kilku dawkach w ciągu dnia, w sumie 1 cm.³ dziennie. Żadnych objawów ubocznych nie było. Krew była badana codziennie na obecność pasorzytów. Jedna serja kanarków dostawała plazmochinę, druga chininę. Kanarek, zakażony krwią, zawierającą pasorzyty zimnicy ptasiej, wykazuje zazwyczaj obecność pasorzytów na 4-ty lub 5-ty dzień.

Ptaki, które od chwili zakażenia dostają raz na dzień w ciągu 6 dni dawkę chininy w ilości 1 cm.³ roztworu 1:200 mają pasorzyty dopiero na 10-ty lub 12-ty dzień. Działanie chininy jest ściśle proporcjonalne do wielkości dawki. Dopiero rozcieńczenie 1:1600, nie daje żadnego opóźnienia. Tak więc opóźnienie ukazywania się pasorzytów w porównaniu z kontrolą jest wskaźnikiem działania leczniczego. Autor uważa za miarodajne opóźnienie przynajmniej o 5 dni. Chłera chininy w ilości 1 cm.³ w rozcieńczeniu 1:200 nie wywołuje żadnego szkodliwego działania u kanarka wagi 20 gr. Rozcieńczenie 1:800 już wystarcza do wywołania wyraźnego opóźnienia przebiegu infekcji. Roztwór 1:1600 nie działa wcale. Stosunek dawki leczniczej do dawki tolerowanej wynosi 1:4.

Zapomocą takiej metody autor zbadał w ciągu 3-ech lat około setki rozmaitych preparatów syntetycznych, zawsze z wynikiem ujemnym. Dopiero plazmochina dała rezultat pomyślny. Zastosowanie ściślej

metody ilościowej pozwoliło porównać plazmochinę z chininą. Okazało się, że plazmochina działa o wiele potężniej, niż chinina, gdyż opóźnia wyraźnie występowanie pasorzytów jeszcze w rozcieńczeniu 1:50000. Plazmochina jest więc 60 razy silniejsza od chininy. Dawka maksymalna plazmochiny wynosi 1 cm³ w rozcieńczeniu 1:500; dawka nieszkodliwa jest 3 razy mniejsza (1:1500). To znaczy, że organizm kanarka znosi plazmochinę 8 razy gorzej od chininy. Jeżeli teraz porównamy dawkę leczniczą z dawką nieszkodliwą, to otrzymamy 1:30. Widzimy więc, jak dalece pod tym względem plazmochina przewyższa chininę: rozpiętość obu dawek jest dla plazmochiny 8 razy większa, niż dla chininy. Rozcieńczenie 1:50000 daje opóźnienie, wynoszące do 10 dni. Większe dawki działają znacznie lepiej i mogą powstrzymać zjawienie się pasorzytów we krwi w ciągu 6-ciu tygodni. Przeszczepiając krew kanarka leczonego, można niekiedy wywołać zimnicę u drugiego ptaka. Wynika stąd, że pasorzyty niezupełnie znikają ze krwi. W tym okresie zakażenia utajonego szczepienie ptaka chorego krwią ptaka nieleczonego nie wywołuje choroby i opóźnia zjawienie się pasorzytów o 3 tygodnie. Czasem jednak wszystkie pasorzyty znikają ze krwi doszczętnie pod działaniem plazmochiny. W takich razach szczepienie powtórne przyjmuje się tak samo, jak u ptaka zdrowego, i krew zawiera pasorzyty na 5-ty lub 6-ty dzień.

Dotąd mówiliśmy o działaniu plazmochiny, wprowadzonej do ustroju jednocześnie z zarazkiem. Próby leczenia ptaków, mających już pasorzyty we krwi, również dały ciekawe wyniki. Autor stosował tu dawki znacznie większe i obserwował wyraźne zmiany po upływie 48 godzin. Pasorzyty dorosłe, nawet formy płciowe t. j. gametocyty, znikają zupełnie; pozostawały tylko formy młode, w dodatku wybitnie zmienione. Jądro chromatynowe i skupienie pigmentu było widoczne, ale ciało pasorzyta zawierało coś w rodzaju wielkiej wodniczki, miało jakby wybitą dziurkę. Stan taki trwa jeszcze przez dzień następny, potem pasorzyty znikają. Mniejsze dawki dają zmiany mniej wyraźne. Dopiero rozcieńczenie 1:100000 nie działa wcale. Dawka 1:50000 działa zarówno zapobiegawczo, jak leczniczo. Ale nawet najwyższe dawki nie dają wyleczenia całkowitego. Już po upływie kilku dni pasorzyty pokazują się na nowo, z początku pojedyncze, potem liczniejsze normalnego kształtu i wielkości. Następuje okres zakażenia utajonego. Plazmochina może przerwać ostry napad, kiedy krew zawiera mnóstwo pasorzytów, ale nie daje całkowitego wyleczenia w sensie wielkiej terapii sterylizującej Ehrlicha. I tu rzuca się w oczy rozpiętość dawki działającej: od 1:800 do 1:2500, a więc 1:30. Chinina nawet w największych dawkach nie działa tak skutecznie. Zmiany morfologiczne wymagają jeszcze dokładnych badań, również jak pytanie, gdzie ukrywają się pasorzyty w okresie zakażenia utajonego.

Na pierwszy plan wysuwa się kwestja, na czym właściwie polega działanie plazmochiny: czy niszczy ona zarazki zimnicze, względnie hamuje ich rozwój, czy też wzmacnia odporność ustroju. Jedno wykluczyć można z pewnością, a mianowicie nieswoiste wzmocnienie odporności. Mysz, zakażona innymi pasorzytami, np. świdrowcami lub krętkami duru powrotnego, zachowuje się zupełnie obojętnie względem plazmochiny; zastrzyknięcie tego środka nie opóźnia, ani nie przyspiesza przebiegu zakażenia. Plazmochina jest więc środkiem, działającym swoiście na zarazki zimnicy. Zastrzyknięcie plazmochiny na 2 godziny przed zakażeniem zimnicą ptasim pozostaje bez wpływu na przebieg choroby. Wynika stąd niezbicie, że plazmochina działa tylko na samego pasorzyta oraz że stosunkowo bardzo szybko albo opuszcza ustrój, albo traci w ten czy w inny sposób swe własności. Cały szereg faktów przemawia na korzyść bezpośredniego działania plazmochiny na pasorzyta. Zastrzyknięta w stężeniu 1:1500 w 6 godzin po zakażeniu ptaka zimnicą, opóźnia wybitnie zjawienie się pasorzytów we krwi, a nawet niekiedy zupełnie zapobiega chorobie. Ponadto plazmochina wywołuje, jak wiemy, także wyraźne zmiany w wyglądzie pasorzyta.

Zachodzi teraz pytanie, w jakiej mierze badanie doświadczalne jest w tym wypadku miarodajne dla zastosowań leczniczych, czy wyniki, osiągnięte na zimnicy ptasiej, dadzą się przenieść na zimnicę ludzką. Odpowiedź znajdziemy w referatach dalszych. Tu zauważymy tylko, że zimnica ptasia jest wogóle bardzo odporna względem chininy. Wobec tego można oczekiwać, że zimnica ludzka będzie i na plazmochinę wrażliwsza od ptasiej.

Kliniczne badanie plazmochiny poszło w 2-ch kierunkach. Prof. Sioli wypróbował jej działanie na zimnicę u paralityków. Leczenie paraliżu postępującego zapomocą szczepienia zimnicy jest dziś tak szeroko stosowane, że w każdym większym zakładzie dla umysłowo chorych można zawsze znaleźć materiał do badań nad zimnicą. Szczepi się przeważnie zimnicę trzciaczkę, najbardziej u nas rozpowszechnioną. Sioli ustalił, jaką dawkę człowiek znosi bezkarnie. Okazało się, że można wala się po 2-ch dniach leczenia, a po 3-ch dniach nie dała już dalszych lekkich zatruciu, w którym przedewszystkiem rzuca się w oczy sinica warg, sama przez się bez znaczenia, stanowiąca łatwo dostrzegalny objaw ostrzegawczy. Autor zatrzymał się na 3-ch dawkach po 0,05. W jednym przypadku zimnicy szczepiennej choroba przerwała się po 2-ch dniach leczenia, a po 3 ch dniach nie dała już dalszych nawrotów. Wobec tego dawkę zmniejszono. Okazało się wtedy, że jedna dawka w ilości 0,0125 podawana w ciągu 3-ch dni jest już zbyt mała, chociaż nie jest bez wpływu na przebieg napadów. Autor starał się dojść do takich dawek, które pozwoliłyby stosować plazmochinę przez dłuższy przeciąg czasu. 5 dawek dziennie po 0,01 w ciągu 6-iu dni nie zawsze wystarczało do wyleczenia. Dopiero 4 dawki po 0,02 względnie 2 dawki po 0,04, podawane w ciągu 6 dni, względnie jeszcze przez 3 dni po osiągnięciu spadku temperatury, wywarły pożądaną skutek. Za przykładem metody N o c h t a autor powtarza to leczenie w ciągu 2-ch lub 3-ch tygodni po 4 dni tygodniowo. Podawanie dawek mniejszych sprowadzało nawroty w różnych odstępach czasu. To samo dotyczy i skracania leczenia. Nawroty ustępowały pod wpływem plazmochiny. Oporność pasorzytów nawrotowych na plazmochinę nie wystąpiła ani razu. Co się tyczy objawów zatrucia większymi dawkami, to paralitycy mają naogół wrażliwość przytępioną i wskutek tego nie zgłaszają skarg. Jeden tylko skarżył się na bóle brzucha. Chory ten dostał w ciągu 8 dni 0,6 plazmochiny, w tem w ciągu ostatnich 3-ch dni 0,1, potem 0,15 i 0,25. Był on bardzo osłabiony, skóra była biała i szara, wargi sine. Obiektywnie nie znaleziono nic w narządach wewnętrznych, temperatura i puls były normalne. Krew zawierała zwykłą ilość hemoglobiny, lecz była koloru czekoladowego. Methemoglobiny nie znaleziono ani we krwi, ani w moczu. W cztery dni po zaprzestaniu leczenia wystąpił w moczu szary osad. Przy wstawianiu z łóżka chory zemdlął i wymiotował. Stan taki trwał kilka dni, poczem chory szybko się poprawił. Odtąd autor przerywał zawsze leczenie z chwilą wystąpienia pierwszych objawów sinicy warg. Na ogólną liczbę 40 chorych objaw ten wystąpił 7 razy, gdy dawka dzienna przekraczała 0,1. Dalszych powikłań autor nie obserwował. Chorzy, u których kuracja musiała ulec przerwie z powodu sinicy, byli wszyscy z zimnicy wyleczeni. Autor nadmieniał, że pomiędzy paralitykami, którzy dostali plazmochinę, nie było dotąd ani jednego przypadku śmierci.

Zimnica, wywoływana u paralityków w celach leczniczych, różni się od naturalnej. Wywołujemy ją przez zastrzyknięcie krwi chorego na zimnicę, niema tu więc pasażu przez widliszka. Wyniki, które otrzymał Sioli, były jednak tak pomyślane, że można było śmiało przystąpić do leczenia zimnicy naturalnej. Sprawą tą zajął się prof. M ü h l e n s z Instytutu medycyny podzwrotnikowej w Hamburgu. Próby były dokonane częściowo na miejscu w szpitalu Instytutu, częściowo w Macedonji. Leczenie chorych było połączone z codziennym badaniem krwi. Chodziło nie tylko o wyleczenie klinicz-

ne, ale także o efekt parazytologiczny. Badanie trwało długo po zaprzestaniu kuracji. Z początku codziennie, później w mniejszych lub większych odstępach czasu, gdy brak pasorzytów mógł już uchodzić za pewny. Podawanie leku było pod stałym dozorem lekarzy lub medyków. Dawka dzienna wynosiła 0,1, tylko wyjątkowo 0,15. Plazmochinę podawano w kapsułkach po 0,05 raz lub dwa razy dziennie, potem po 0,02—5 razy dziennie. W ostatnich czasach fabryka zaczęła wyrabiać pastylki plazmochinowe po 0,02 z solą kuchenną. Chorzy biorą lekarstwo chętnie. Preparat nie ma tej goryczy, co chinina.

M ü h l e n s również zauważył sinicę warg po większych dawkach (3 razy po 0,05). Jednocześnie występują kurecze żołądkowe. Po przerwaniu kuracji objawy te znikają szybko.

Kuracja trwa z początku 5 — 7 dni codziennie, aż do zupełnego ustąpienia pasorzytów. Potem po 5-dniowej pauzie chory znów dostaje lekarstwo przez 3 dni z rzędu. Całkowita kuracja trwa przez 4 — 6 tygodni z takimi samymi odstępami. Nie zawsze chory pozostawał w obserwacji aż do ukończenia leczenia. Jeżeli więc autor mówi o braku nawrotów, to ma na myśli tylko czas obserwacji. Dopiero dłuższe doświadczenie będzie mogło sprawę rozstrzygnąć całkowicie. Jedna serja chorych dostawała plazmochinę przez 14 dni codziennie i już potem nie była dalej leczona. Chodziło tu o wybór najskuteczniejszej metody leczenia.

Referat M ü h l e n s a opiera się przedewszystkiem na 134 przypadkach, leczonych w Hamburgu. Wszystkie 3 rodzaje zimnicy ustępują pod wpływem plazmochiny. Napady szybko przerywają się, pasorzyty znikają ze krwi już po upływie kilku dni. Zwłaszcza trzeciaczka i czwartaczka leczą się najlepiej. Bardzo niewielu chorych leczonych ambulatoryjnie zgłosiło się z nawrotami. Autor odniósł naogół wrażenie, że plazmochina daje mniej nawrotów, niż chinina, w trzeciaczce i czwartaczce. Zimnica podzwrotnikowa zachowuje się przeciwnie: liczba nawrotów po leczeniu samą tylko plazmochiną jest większa. Autor zauważył tu jednak rzecz bardzo ciekawą. Oto formy pierścieniowe (schizonty) zachowują się inaczej, niż gamety, t. j. półksiężyce. Tylko pierwsze opierają się działaniu plazmochiny, gdy tymczasem drugie znikają szybko i łatwo. Chodzi tu oczywiście tylko o zimnicę podzwrotnikową. Dotąd nie mieliśmy żadnego środka, któryby niszczył formy płciowe szybko i pewnie. Nawet najsilniejsza kuracja chininowa pozostawiała półksiężyce we krwi. Można było je znaleźć we krwi obwodowej w ciągu 6 tygodni, a nawet i dłużej. Rozumie się samo przez się, że osobnik taki nie przestaje być nosicielem zimnicy i źródłem dalszych zakażeń za pośrednictwem widliszków. Plazmochina usuwa to niebezpieczeństwo w ciągu 5 — 7 dni, nawet gdy liczba półksiężyców jest bardzo znaczna. Chory, leczony plazmochiną, nie udziela zimnicy widliszkom i przeto staje się dla otoczenia zupełnie nieszkodliwym. W przypadkach świeżych, zawierających wielką obfitość pierścieni, plazmochina zapobiega powstaniu form płciowych, zarówno narazie, jak i w dalszych nawrotach (również leczonych plazmochiną). Po nawrotach, leczonych chininą, półksiężyce zjawiały się bardzo szybko. Można niejako dowolnie niszczyć raz jedną postać, raz drugą: pod działaniem chininy ustępują pierścienie, pod działanie plazmochiny półksiężyce. Fakt ten ma także teoretyczne znaczenie. W swoim czasie S c h a u d i n n twierdził, że nawroty zimnicy polegają na swoim dzieworódtwie. Podług niego formy płciowe, ukryte w przerwach między nawrotami w narządach wewnętrznych, mogą się przekształcać w formy bezpłciowe, t. j. pierścienie, i wywołać nowy napad. Plazmochina powoduje ustąpienie półksiężyców przynajmniej ze krwi obwodowej. Gdyby pomimo to część ich pozostała w narządach wewnętrznych, w takim razie w chwili napadu musiałyby zjawiać się we krwi obwodowej chociażby nieliczne półksiężyce. U chorych, leczonych plazmochiną, autor nie widział tego ani razu, chociaż nawroty zjawiały się bardzo często.

Z powyższego wynika, że sama plazmochina leczy trzeciaczkę i czwartaczkę pod względem zarówno klinicznym, jak bakterjolo-

gicznym. Zimnica podzwrotnikowa wymaga innego leczenia, a mianowicie kombinacji chininy i plazmochiny w postaci zwykłych dawek plazmochiny z dodatkiem małych dawek chininy.

Autor zaczął od leczenia w ten sposób nawrotów, wkrótce jednak przeszedł do stosowania tej samej metody od pierwszej chwili leczenia. Obecnie fabryka wyrabia pastylki *plasmochinum compositum*, zawierające 0,01 plazmochiny i 0,125 *chinin. sulf. sicc.*

Dawka chininy z pewnością będzie mogła być zmniejszona. Preparat ten niszczy szybko i pewnie zarówno pierścienie, jak półksiężyce. Autor obserwował tylko jeden przypadek nawrotu u chorego, dotkniętego zakażeniem mieszanym trzeciaczką i formą podzwrotnikową.

Tak więc czysta plazmochina niszczy wszystkie formy wielkie, gdyż pierścienie trzeciaczki i czwartaczki, a także gamety czyli półksiężyce zimnicy podzwrotnikowej należą do tej wspólnej kategorii w przeciwieństwie do pierścieni zimnicy podzwrotnikowej, które są małe. *Plasmochinum compositum* posiada własność niszczenia zarówno jednych, jak i drugich.

Chorzy, leczeni w Hamburgu, stanowią materiał jednostronny. Przeważają wśród nich przypadki przewlekłe, albo świeże nawroty; i jedne i drugie były już przeważnie leczone chininą. Pożądane było uzupełnienie obserwacji materiałem świeżym, nieleczonym poprzednio. W tym celu M ü h l e n s zorganizował na większą skalę leczenie plazmochiną w ogniskach endemicznych najcięższej zimnicy, a więc na Bałkanach, w Jugosławii, Bułgarii i Grecji. Próby były wykonane dotąd w 6-ciu szpitalach na 250 chorych na podstawie dokładnych instrukcyj autora z codziennym systematycznym badaniem krwi. Pewną trudność stanowiło zatrzymanie chorych pod obserwacją przez czas dostatecznie długi. Wyniki były naogół również pomyslane i dały cały szereg ciekawych szczegółów.

Bardzo ważną rolę odgrywa stan ogólny chorego, a zwłaszcza stan odżywienia. Chorzy słabi i wyniszczeni wymagają dłuższego leczenia i reagują wolniej. Tak było z uchodźcami greckimi i bułgarskimi. To samo dotyczy ciężkich postaci komatycznych, gdy krew obwodowa zawiera formy podziałowe i przejściowe zimnicy podzwrotnikowej. Chorzy tacy dostają poza zwykłą dawką 0,5 — 1,0 chininy w postaci zastrzyknięcia wśródmięśniowego. Odnosne dawkowanie plazmochiny nie jest jeszcze ustalone.

Niezależnie od prób na Bałkanach R o e h l prowadzi obecnie badania w Hiszpanii, a S c h u l e m a n n i M e m m i we Włoszech. I tu również zimnica pierwotna, nie leczona przedtem chininą, ustępuje pod wpływem plazmochiny tak samo, jak zimnica nawrotowa. Dla trzeciaczki i czwartaczki wystarczają 3—4 dawki po 0,02, zimnica podzwrotnikowa ustępuje pod wpływem 6 pastylek *plasmochinum compositum* dziennie. Przypadki trzeciaczki nie dały nawrotu ani razu, zimnica podzwrotnikowa tylko raz po upływie 6 tygodni. Właściwie tak wyglądają rezultaty na Bałkanach. We Włoszech nawroty zimnicy podzwrotnikowej były liczniejsze i będą zapewne wymagały leczenia energiczniejszego. Spostrzeżenia, dotyczące półksiężyców, znalazły potwierdzenie w całej pełni.

Autor wspomina, że nawet niemowlęta przy piersi można leczyć plazmochiną. Dzieci, które nie mogą łykać pastylek, dostają ją w zawieszynie i znoszą bardzo dobrze. Trzeciaczka ustępuje już niekiedy po 48 godzinach. Dzieci 3-letnie dostają 0,06, 10-letnie do 0,1 dziennie. Występująca niekiedy sinica ma charakter przemijający. Nawet 0,18 przez kilka dni z rzędu nie spowodowała żadnych następstw szkodliwych. M ü h l e n s przypuszcza, że sinica ma pochodzenie naczynioruchowe i tem tłumaczy sobie jej nieszkodliwość.

We Włoszech skonstatowano, że sinica ustępuje pod działaniem chininy, albo gdy chory zamiast plazmochiny czystej dostaje *plasmochinum compositum*. Doświadczenia farmakologiczne na zwierzętach potwierdziły tę obserwację.

Autor podkreśla jako zaletę plazmochiny, że nie działa ona

szkodliwie na krwinki. Istotnie zawartość hemoglobiny wzrasta podczas leczenia, a obrzęk śledziony ustępuje bardzo szybko. Krwimocz zimniczy naogół leczy się dobrze, jeżeli chodzi o trzecieczkę lub czwartaczkę. W zimnicy podzwrotnikowej jest oporniejszy, ale z czasem też ustępuje. Wymaga tylko dłuższego leczenia. Pacjent jeden pobral w ciągu $1\frac{1}{2}$ miesięcy 2,915 plazmochiny bez żadnej szkody. W przypadku idiosynkrazji chininowej plazmochina oddała cenne usługi.

Próby profilaktyki plazmochinowej są w toku. Załoga okrętu w podróży do Afryki dostawała, nie wyłączając palaczy, 2 razy

tygodniowo po 0,09. Rezultat był bardzo pomyślny, chociaż podróż trwała 10 tygodni.

Na zakończenie autor wyraża opinię, że plazmochina stanowi wynalazek pierwszorzędnej doniosłości i że powinna odegrać wybitną rolę nie tylko w leczeniu chorych, ale zwłaszcza w zwalczaniu zimnicy, tej największej klęski krajów gorących, wskutek wybiórczego poniekąd działania na formy płciowe zimnicy podzwrotnikowej.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

B. WERNICKE, E. SAVINI i SCOTTI. O wpływie insuliny na odczyn krwi u królika. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 31 — 1925).

Badania nad zmianami składu krwi, zachodzącymi pod wpływem insuliny, dokonane na różnych zwierzętach, dały wyniki rozmaite. U konia autorzy stwierdzili, że insulina powoduje nieznaczne zmniejszenie PH. Badanie zaś odczynu krwi królika wykazało znaczne powiększenie PH po zastrzyku insuliny. Alkalozja ta jest niezależna od poziomu cukru we krwi, a zależy prawdopodobnie od wzmożenia wentylacji płucnej.

J. Typograf.

P. MAURIAC i E. AUBERTIN. Zmiany glikemii, występujące po zastrzykach krwi, pochodzącej od zwierzęcia, któremu stosowano insulinę. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 21 — 1925).

Autorzy badali, czy zastrzykiwanie królikowi krwi drugiego królika, któremu stosowano insulinę, wywołuje w pierwszych godzinach po zastrzyku zmiany poziomu cukru we krwi, i przekonali się, że te zastrzyki krwi, pochodzącej od zwierzęcia w stanie hypoglikemii insulinowej, powodują najczęściej stan hyperglikemii.

Wynika z tego, że w chwili, gdy insulina wywołuje swe działanie hypoglikemiczne u zwierzęcia, krew jego uzyskuje właściwość wywoływania efektu wprost przeciwnego, może naskutek podrażnienia ośrodków glikemicznych lub adrenalino-wydzielniczych.

Zastrzykiwanie krwi królika zdrowego innemu królikowi żadnych określonych zmian glikemii nie powoduje.

J. Typograf.

I. HERMANN. W sprawie pochodzenia odczynu dwuazowego Ehrlicha. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. B. 152. H. 3/4).

Według autora etiologia odczynu dwuazowego Ehrlicha w moczu jest niejednorodna. Spostrzeżenia były robione w przypadkach duru brzuszego, raka wątroby oraz gruźlicy; otóż we wszystkich tych przypadkach odczyn ten był uwarunkowany obecnością w moczu pewnych substancji, różnych w każdym poszczególnym przypadku.

Co się tyczy raka, to do wystąpienia odczynu dwuazowego przyczynia się pochodna tryptofanu — kw. oksyindolooctowy.

W przypadkach duru brzuszego znaleziono w moczu pewien oksykrezol najprawdopodobniej pochodny brenzkatechiny. Substancją macierzystą tego związku ma być tyrozyna, która w prawidłowym moczu zazwyczaj nie występuje.

W gruźlicy autor stwierdził obecność w moczu wielowartościowego fenolu; możliwe, że jest to kumaron utleniony w rdzeniu benzołowym. Związek ten znajduje się także w nieznacznej ilości w prawidłowym moczu.

Wszystkie te produkty są pochodzenia wewnątrzustrojowego, za czym przemawia brak odczynu dwuazowego po doustnym podaniu ich substancji macierzystych. Według autora powstają one w ustroju tylko przy toksycznym uszkodzeniu komórek.

Goliborska.

G. FONTES i A. YOVANOVITSCH. O wpływie światła na azotową przemianę materji. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 23 — 1915).

W poprzednich swych doświadczeniach nad przemianą azoto-

wą autorzy stwierdzili, że wydzielanie całkowitego azotu w moczu podczas snu w nocy jest mniejsze niż wydzielanie w ciągu dnia, pomimo dokładnie jednakowych pozostałych warunków, dotyczących odżywiania, stanu spoczynku, temperatury i pracy mięśniowej. Autorzy wyciągnęli z powyższego wniosku, że to zmniejszenie wydzielania azotu w nocy zależy prawdopodobnie od snu.

W dalszych swych doświadczeniach autorzy przekonali się, że przeoczyli bardzo ważny czynnik, mianowicie wpływ światła. Okres snu odbywał się zawsze w ciemności. Zostały pomieszczone dwa czynniki: snu i braku światła.

W obecnej swej pracy autorzy próbowali rozdzielić te czynniki i ustalić, który z nich warunkuje zmniejszenie wydzielania azotu, i stwierdzili, przy zmianie jedynie snu i czuwania oraz światła i ciemności, a przy ściśle jednakowych warunkach pozostałych, że nieobecność światła nawet w stanie czuwania wywiera wyraźny wpływ obniżający na natężenie azotowej przemiany materji. Wpływ ten łączy się zwykle z wpływem snu, ale daje się od niego oddzielić. Sen przy świetle wywiera jednakże lekki wpływ obniżający na metabolizm azotowy w stosunku do stanu czuwania przy świetle.

Ciemność jest ważnym czynnikiem, warunkującym odpoczynek ustroju

J. Typograf.

F. GLASER. Podstawy fizjologiczne dożylnego wprowadzania wapnia (wyniki porównawcze leczenia sugestją). (Deutsch. med. Woch. Nr. 32, 1926).

Leczenie dożylnymi wlewami wapnia daje dobre wyniki w całym szeregu spraw chorobowych o podłożu wagotonicznym. Działanie wapnia polega na wzmaganiu napięcia układu współczulnego. Dożylne wprowadzenie zwiększa tylko przejściowo ilość wapnia w surowicy. Jansen przekonał się, że jedynie mała część wapnia opuszcza organizm przez nerki i przewód pokarmowy, większa zaś pozostaje w narządach, wzmagając miejscowe napięcie n. współczulnego.

Analogiczne przejście wapnia ze krwi do narządów spostrzegali autor pod wpływem zabiegów hypnotycznych u wagotonicznych. Pod wpływem sugestji następuje podrażnienie n. współczulnego z następczem przesunięciem jonów wapnia do miejsc o wzmożonym napięciu nerwowym.

Autor przypuszcza, że w międzymózdku znajduje się ośrodek nerwowy, regulujący poziom wapnia we krwi. Przesunięcia w ilości wapnia, zależne od zmian uczuciowych zgadzają się z nowszymi poglądami, że życie uczuciowe z jego nastrojami bierze początek w ośrodkach układu roślinnego, zwłaszcza w substancji szarej 3-ciej komory, skąd bodźce przez nerw błędny i współczulny przechodzą na narządy wewnętrzne.

Otrzymaone po zabiegach sugestywnych zmiany w ilości wapnia autor uważa za wyraz zmian nastrojowych, zachodzących w międzymózdku.

M. Goldman jun.

Fizjologia normalna i patologiczna.

SYDERHELM i GOLDBERG. Ortostatyczne zatrzymanie wody. (Deutsch. med. Woch., Nr. 31, 1926).

Autorowie rozpatrują nerkowe i z pomocą wagi obliczone pozerkowe wydzielanie wody. Doświadczenie przeprowadza się w pozycji stojącej i leżącej oddzielnie; chory wypija 1 litr wody, wody z solą; mocz zbiera się po 4 godz., 12 godzin przedtem chory nie nie je, ani nie pije.

Okazuje się, że zmiana pozycji w warunkach pozatem niezmiennych wywołuje znaczne zmniejszenie wydzielania nerkowego,

jak i pozanerkowego w pozycji stojącej, przyczem obu rodzajów w jednakowym stosunku. Odpowiednio do zahamowania wody w pozycji stojącej ma miejsce znaczna retencja.

Refraktometrycznie badane w czasie doświadczenia surowice osobników, poddanych próbie w pozycji stojącej i leżącej, nie wykazały żadnych różnic. Lécz po wypiciu wody z solą występowała hydremja jednakowa w obu pozycjach, wykazując, że wzmożonej retencji w pozycji stojącej nie możemy tłumaczyć zwolnieniem resorpcji. Woda po wessaniu zostaje u osobnika w pozycji stojącej zatrzymana w tkankach, za czem przemawia jednakowy skład surowicy w obu pozycjach.

Przyczyny tego dopatrują się S. i G. we wzmożonym napięciu mięśni człowieka stojącego. Zahamowanie wydzielania pozanerkowego, jak i nerkowego wody odbywa się prawdopodobnie na drodze odruchowej.

M. Goldman junior.

L. GARRELON, D. SANTENOISE i A. LE GRAND. O wpływie trzustki na napięcie i pobudliwość nerwu błędnego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 33, 1925).

Fizjodzy i patolodzy ustalili fakt wpływu wydzielania wewnętrznego trzustki na glikoregulację.

Prace, prowadzone przez autorów od wielu lat, wykazały, że wydzielanie wewnętrzne trzustki wywiera jednocześnie wybitny wpływ pobudzający na układ parasympatyczny.

Główne dowody wagotonizującego wpływu trzustki są następujące:

- 1) Insulina jest mocnym środkiem pobudzającym nerw błędny.
- 2) Po usunięciu trzustki stwierdza się stale zmniejszenie napięcia i pobudliwość układu nerwu błędnego.
- 3) Zastrzyknięcie krwi zwierzęcia wagotonicznego (niepozbawionego trzustki) zwierzęciu, pozbawionemu trzustki, wywołuje u niego pojawienie się z powrotem zanikłego napięcia i pobudliwości układu nerwu błędnego. Ilość krwi niezbędnej do zastrzyku, natężenie i czas trwania odzyskanej pobudliwości są zależne od stopnia wagotonji dawcy, która z kolei zależy od ilości krążącego wagotonizującego hormonu trzustkowego.
- 4) Zastrzyki krwi, pobranej po usunięciu trzustki dawcy i po następstwie zmniejszeniu u niego napięcia nerwu błędnego nie okazują żadnego wpływu na napięcie i pobudliwość układu parasympatycznego.
- 5) Substancja wagotonizująca istnieje we krwi krążenia ogólnego w ilości fizjologicznie czynnej, gdyż omawiane wyniki można otrzymać już przy stosowaniu 30 cm³ krwi serca lewego lub krwi tętniczej.
- 6) Autorzy pobierali krew przed usunięciem trzustki oraz po dokonaniu zabiegu i stwierdzili, że zastrzyknięcie temuż samemu zwierzęciu jego własnej krwi, pobranej przed pankreatektomią, doprowadza przejściowo pobudliwość układu parasympatycznego do stanu, który się stwierdzało przed zabiegiem; zastrzyknięcie zaś krwi, pobranej po usunięciu trzustki, żadnego wpływu na napięcie i pobudliwość układu parasympatycznego nie wywierało.

Z doświadczeń powyższych autorzy wyciągają wniosek, że trzustka wydzielą substancję o czynności wagotonizującej. Trzustka jest dla układu parasympatycznego tem, czem są nadnercza dla układu współczulnego.

J. Typograf.

Max ARON. Współzależność wzajemna rozwoju zarodkowego tarczycy i wewnątrzwydzielniczej czynności trzustki. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 4, 1926).

Autor badał równolegle na preparatach histologicznych rozwój przejawów czynności wewnątrzwydzielniczej tarczycy i trzustki u różnych kręgowców i stwierdził, że zarodkowa tarczyca ulega w pewnym okresie swego rozwoju zmianom, cechującym się oznakami morfologicznymi rozpoczęcia jej czynności wewnątrzwydzielniczej.

Dokładnie w tejże samej chwili stwierdza się w trzustce zjawienie się czynnych wysepek wewnątrzwydzielniczych.

Ta dokładna współczesność rozwoju tarczycy z rozwojem wewnątrzwydzielniczej czynności trzustki dowodzi ścisłej zależności wzajemnej, łączącej te dwa narządy.

J. Typograf.

Jean DEMOOR i Pierre RYLANT. Właściwości substancji czynnej przedsionka prawego. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 28, 1925),

Przedsionek prawy serca królika, pogrążony w płynie Locke'a, z dodatkiem glukozy i tlenu bije rytmicznie. Przedsionek lewy w tych samych warunkach pozostaje pewien czas biernym, a następnie wykonywa gwałtowne drgania niemiarowe. Dodanie do płynu Locke'a wyciągu wodnego lub alkoholowego węzła Keitha królika powoduje, że przedsionek lewy zyskuje właściwość bicia według prawidłowego rytmu sercowego i otrzymuje w ten sposób zdolność odczytującą przedsionka prawego. Z doświadczeń tych wynika, że węzeł Keitha zawiera substancje czynne, posiadające właściwość zmieniania podstawowej kurczliwości tkanki sercowej i umożliwiające jej przejawianie właściwej czynności fizjologicznej.

Dalszy szereg doświadczeń z wyciągami z węzła Keitha królika, cielęcia, barana i konia wykazał, że wywierają one na przedsionki królika wpływ zupełnie jednaki, czyli, że substancje czynne, umieszczone w tym węźle, nie wykazują swoistości zoologicznej.

Czynność przedsionka lewego królika, bijącego miarowo, po dodaniu wyciągu z węzła Keitha barana lub konia wreszcie po krótszym lub dłuższym czasie (od 10 minut do 5 godzin) ustaje, i przedsionek zaczyna znowu drgać niemiarowo; wystarcza wówczas dodanie do płynu Locke'a 2 do 4 kropli adrenaliny dla odzyskania z powrotem rytmu miarowego, utrzymującego się przez długi czas i kończącego się równie gwałtownie. Na przedsionek lewy, nie poddający się działaniu wyciągu z węzła Keitha, adrenalina żadnego działania nie wywiera; przedsionek lewy uczulony reaguje na adrenalinę tak samo, jak przedsionek prawy.

Miarowe bicie, wywołane przez wyciąg z węzła, cechuje się we wszystkich doświadczeniach nagłym zakończeniem bez żadnych oznak uprzedniego zmęczenia.

J. Typograf.

Pierre RYLANT. Przyczynek do badania ośrodka automatyzmu sercowego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 28, 1925).

Tkanka żyły głównej górnej, otaczająca zatokę, posiada własności automatyzmu. Metody elektrograficzne określają dokładnie następstwo fal i pracę żyłno-zatokowo-przedsionkową.

Ośrodek bicia serca u kota i królika znajduje się w tkance żyły głównej górnej, w miejscu, odpowiadającym środkowi brzozy granicznej, w odległości jednego lub dwóch milimetrów od zatoki. Tam powstaje pierwszy skurcz, po którym następuje po 0,005 do 0,01 sek. skurcz zatoki, a następnie po 0,01 do 0,02 sek. skurcz przedsionka.

Pobudzenie nerwu błędnego przedłuża czas przewodnictwa żyłno-zatokowego i zatokowo-przedsionkowego. Po zniknięciu czynności żyłnej może natychmiast nastąpić samoistna praca zatokowa o częstości nieznacznie mniejszej, niż praca żyły głównej górnej.

Serce składa się więc w rzeczywistości z kolejnego następstwa 4 części, kurczących się samoistnie i w określonym porządku, przyczem opuszcza żylna okazuje się obdarzoną w wysokim stopniu właściwością automatyzmu i miarowości.

J. Typograf.

Pierre RYLANT. Wycięcie węzła zatokowego i następstwo jego zaszczepienie wśródprzedsionkowe. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 28 — 1925).

Wycięcie węzła zatokowego zwalnia rytm serca i przemieszcza ośrodek bicia w okolicę zatoki wieńcowej. Węzeł wieńcowy działa niezależnie od tkanki przedsionkowej; drogi przewodnictwa wieńcowo-przedsionkowe i wieńcowo-komorowe mogą przedstawiać podobnie jak i drogi zatokowe blok częściowy lub całkowity. Węzeł wieńcowy składa się conajmniej z dwóch ugrupowań czynnościowych, których działanie może być odróżnione.

Tkanka zatokowa, wszczepiona do przedsionka, uprzednio jej pozbawionego, przyjmuje się, zaczyna okazywać swe działanie natychmiast po zabiegu i znowu rządzi automatyzmem sercowym.

Podczas operacji usuwania węzła wszystkie istniejące połączenia nerwowe i mięśniowe zostają zniszczone. Występująca przeto regeneracja może być jedynie pozornie bezpośrednią. Można więc przypuszczać, że wpływ szczepienia węzła na serce, stwierdzany bardzo wyraźnie we wszystkich doświadczeniach, polega na działaniu hormonalnym węzła.

J. Typograf.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

E. SCHLIEPHAKE. Przyczynę do poznania wpływu cholinę na układ krwionośny. (Arch. f. klin. Med. B. 152, H. 3/4.

Szereg obserwacji, poczynionych przez autora, wykazał, że wynik działania cholinę na ustrój osobników zdrowych jest identyczny z otrzymanym przy elektrycznym podrażnieniu nerwu błędnego.

Objawy ze strony układu krwionośnego po podaniu cholinę były następujące: tętno po krótkim okresie przyspieszenia ulegało zwolnieniu, przewodnictwo zmniejszało się już po upływie $\frac{1}{2}$ min. od chwili wstrzyknięcia cholinę. (Doświadczenia były sprawdzane na krzywej elektrokardjogramu: odległość PQ wyraźnie się wydłużała). Tętno serca osłabione, wyraźny spadek ciśnienia. Z innych objawów: ból głowy, osłabienie bliskie utraty przytomności, (zapaści u osobników zdrowych nie obserwowano), zaczerwienienie skóry, pocenie, ślinotok, łzawienie, nadmierne wydzielanie śluzu, kaszel — wszystkie objawy typowe dla podrażnienia n. błędnego. Doświadczenia, wykonywane na osobnikach chorych, wykazały:

1. U osób z cierpieniem mięśnia sercowego częściowy lub całkowity blok serca, obok zahamowania węzła K. F., naskutek podrażnienia ośrodków heterotopowych, skurcze dodatkowe. Podobne wyniki otrzymano nawet w ukrytych cierpieniach mięśnia sercowego, tak, że autor w tych przypadkach gotów jest uważać cholinę za potężny środek rozpoznawczy.
2. U osób z nadczynnością tarczycy cholina wywoływała bardzo małe zmiany: brak zaburzeń przewodnictwa, brak pocenia, łzawienia, ślinotoku, natomiast nieznaczne tylko zwolnienie tętna i krótkotrwały spadek ciśnienia.
3. U osób z nadciśnieniem (w zapaleniu i marskości nerek) odczyn na wstrzyknięcie cholinę wypadł, jak u zdrowych, z tą różnicą, że spadek ciśnienia był wybitny i długotrwały; w ciągu $1\frac{1}{2}$ godz. przynosił wielką ulgę choremu.

Doświadczenia były wykonywane przez podawanie dożylnie preparatu acetyl-cholinę w roztworze 6%, 0,04 gr. czystej substancji; domięśniowo 2 cm³ 20%, czystej substancji 0, 4 gr. W celu uniknięcia niepożądanych powikłań autor zaleca bardzo powolne wstrzyknięcie $\frac{1}{10}$ cm³ cholinę, potem przerwę minutową; o ile w ciągu tego czasu pacjent będzie się czuł zupełnie dobrze, to wstrzykiwanie można kontynuować bez obawy. Zabieg ten powinien trwać 5 — 7 min. Gdyby przy nieostrożnym postępowaniu wystąpiły objawy zapaści, należy natychmiast podać dożylnie atropinę.

Przy wstrzykiwaniu cholinę podskórnie i domięśniowo objawy występują później i trwają dłużej, dlatego u osób z nadciśnieniem autor zaleca podawanie domięśniowe.

Nie należy cholinę stosować u osób ciężarnych.

G o l i b o r s k a.

L. MITROVITSCH. O wpływie pilokarpiny na wydzielanie i ruchy żołądka u człowieka. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 3 — 1926).

Jeżeli uważać pilokarpinę za jad, pobudzający nerw błędny, to powinna ona powodować odpowiednio do teorii wagotonji nadkwaśność soku żołądkowego i objawy spastyczne ze strony odzwiernika. Badania autora wykazały jednak, że zachodzą tu stosunki zupełnie odmienne.

Zastrzykiwał on badanym osobnikom 0,015 pilokarpiny, następnie zaś badał zachowanie się czynności żołądka zapomocą zgłębnikowania oraz prześwietlania promieniami Roentgena. Z badań jego wynika, że pilokarpina wpływa na wydzielanie soku żołądkowego i na ruchy żołądka. Nadkwaśności nie wywołuje. Działa na wydzielanie gruczołów śluzowych żołądka zupełnie w ten sam sposób, jak na wydzielanie gruczołów śluzowych oskrzeli, tchawicy i błony śluzowej nosa, t. zw. wzmacnia je. Stwierdzone zmniejszenie się ogólnej kwasoty zawartości żołądka zależy prawdopodobnie od obecności większej ilości zasadowego śluzu, który ją zobojętnia. Ruchomość żołądka zmniejsza się: stwierdza się zmniejszenie się liczby skurczów perystaltycznych i zwiotczenie mięśniówki.

Wydaje się, że pilokarpina w swem działaniu na żołądek albo nie wpływa na zakończenie nerwu błędnego, albo też na unerwienie żołądka należy się zapatrywać jako na unerwienie szczególne, odmienne od innych narządów.

J. T y p o g r a f.

L. MITROVITSCH. O działaniu atropiny na czynność żołądka u człowieka. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 3—1926).

Atropinę uważa się za alkaloid antagonistyczny w swem działaniu do pilokarpiny. Wobec istnienia pewnych rozbieżności, co do działania atropiny na czynność żołądka (szczególnie na jego czynność ruchową), autor wykonał szereg badań na ludziach i stwierdził, że atropina wpływa na wydzielanie soku żołądkowego, zmniejszając najczęściej jego kwasotę i zawartość pepsyny. Wpływ atropiny na ruchomość żołądka, kwasotę soku i wydzielanie pepsyny okazuje się w każdym poszczególnym przypadku do pewnego stopnia różnym, każdy osobnik reaguje na nią indywidualnie.

Opróżnienie zawartości żołądka okazuje się zawsze opóźnieniem, aczkolwiek skurcze żołądka były różne, zarówno co do ich liczby, jak i natężenia. Antagonizmu między działaniem na żołądek atropiny i pilokarpiny nie stwierdza się, a raczej wprost przeciwnie, wyniki, otrzymane z temi dwoma alkaloidami, okazują się w stosunku do ich wpływu na ruchomość żołądka, kwasotę i wydzielanie pepsyny zupełnie analogicznymi, choć mechanizm ich działania prawdopodobnie nie jest ten sam.

J. T y p o g r a f.

F. MERCIER i L. MERCIER. Wpływ sparteiny na układ sercowo-naczyniowy psa. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 24 — 1925).

Badania doświadczalne autorów, wykonane na psach, wykazały, że wpływ sparteiny przy jej stosowaniu dożylnem na ciśnienie tętnicze polega bądź na nagłym i przelotnym podniesieniu ciśnienia z szybkoim. powrotem do ciśnienia prawidłowego, bądź na nieznacznej i krótkotrwałej obniżeniu ciśnienia, bądź też nie wywiera ona żadnych zmian w ciśnieniu.

Wpływ sparteiny na serce: stwierdza się zwolnienie i powiększenie amplitudy tętnienia tętnic szyjnych i równoległe zwolnienie powiększenie amplitudy skurczów przedsionka i komory prawej serca *in situ*.

Objawem stałym jest całkowite umiowanie rytmu serca: niemiarowość oddechowa, fizjologiczna u psa, znika, znikają zupełnie skurcze dodatkowe pochodzenia nerwowego lub mięśniowego, następuje umiowanie serca chorobowo niemiarowego. Pod wpływem sparteiny stwierdza się również zmniejszenie pobudliwości elektrycznej mięśnia sercowego i zmniejszenie pobudliwości nerwu błędnego.

Z doświadczeń powyższych autorzy wyciągają wnioski, że u psa sparteina w dawkach od 0,001 do 0,01 na klg. wagi:

- 1) powiększa amplitudę skurczów sercowych bez zmniejszenia siły mięśnia sercowego;
- 2) zwalnia i umiawia rytm serca;
- 3) nie wywołuje trwałszego spadku ciśnienia tętniczego.

J. T y p o g r a f.

R. HAZARD i L. MERCIER. O wpływie atropiny na rytm serca. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 4 — 1926).

Wielu autorów spostrzegło już dawniej zwolnienie częstości skurczów sercowych po zastrzykach małych dawek atropiny. Porównując działanie tych małych dawek z działaniem dawek, zwykle stosowanych, a powodujących przez porażenie włókien hamujących nerwu błędnego przyspieszenie działalności serca, niektórzy badacze doszli nawet do wniosku, że atropina w dawkach małych działa nie jako jad porażający nerw błędny, lecz pobudzający go.

Autorzy zbadali na psach zmiany częstości rytmu serca pod wpływem dożylnego zastrzykiwania bardzo małych dawek atropiny. Zastrzykiwano atropinę wielokrotnie co 10 minut w dawkach, stopniowo wzrastających, od 0,01 mgr. do 0,2 mgr. na klg. wagi zwierzęcia.

Z doświadczeń tych wynika, że stosowana w powyższy sposób atropina powoduje stopniowo wzrastające zwolnienie rytmu sercowego. Pobudliwość nerwu błędnego, zmniejszająca się od chwili osiągnięcia dawki 0,02 mgr. na kilo wagi, znika zupełnie z chwilą, gdy zwierzę otrzymało ogółem 0,04 mgr. (in refracta dosi — w 3 zastrzykach). Po porażeniu tem, stwierdzanem za pomocą badania odruchu oko-sercowego i pobudliwości elektrycznej, nigdy nie następował okres przyspieszenia czynności serca. Dawka całkowita, użyta w każdym z doświadczeń (około 1 mgr. w 9 zastrzykach), powodowała ostatecznie zwolnienie częstości skurczów serca przeciętnie o połowę, podczas gdy ta sama dawka, zastrzyknięta odrazu, wywołuje przyspieszenie rytmu serca.

Ze spostrzeżeń tych wynika, że u psa działanie atropiny na

rytm serca okazuje się biegunowo różnym, zależnie od tego, czy frakcjonujemy dawki zastrzykiwane, czy też nie.

J. Typograf.

P. WICHELS. O wpływie małych ilości krystaloidów, a zwłaszcza cukru gronowego na ciśnienie i wzór krwi. (Zeitschr. für klin. Med. Tom 102, zes. 4 — 5).

Autor wprowadzał dożylnie 10 — 20 cm.³ 10 — 20% cukru gronowego, 20 cm.³ 10% lewulozy i 7 cm.³ 5% NaCl. Glukoza w 21 na 26 badanych przypadków hipertensji samoistnej dała wyraźne obniżenie ciśnienia o 20 — 60 mm. Hg; spadek ten dotyczył zarówno skurczowego, jak i rozkurczowego ciśnienia. Lewuloza i NaCl wykazywały znacznie mniejszy wpływ na ciśnienie.

W przypadkach marskiej nerki ciśnienie nie obniżyło się zupełnie; w 1 przypadku przewlekłego zapalenia nerek — spadło o 15 mm. Hg. Na normalne ciśnienie zastrzykiwania te nie wywierały prawie żadnego wpływu.

Natomiast we wszystkich przypadkach, zarówno z podniesieniem, jak i z normalnym ciśnieniem, pod wpływem zastrzykiwań następowały zmiany we krwi, charakterystyczne dla „crise hémoclasique“ Widal'a (leukopenia, limfocytoza), co autor — zgodnie z panującymi poglądami — tłumaczy zmianami w rozmieszczeniu ciałek białych, występującymi pod wpływem zmian w układzie roślinnym („Abdomineller Vagusreflex“ wg. Gläsera). I rzeczywiście, uprzednie zastosowanie atropiny przy śródżylnych zastrzykiwaniach cukru, bądź zupełnie nie dopuszczało do zmniejszenia liczby leukocytów, bądź też wywoływało odwrócenie odczynu z wystąpieniem leukocytozy.

Okoliczności te przemawiają — zdaniem autora — za tem, że wpływ leczniczy zastrzykiwań glukozy występuje przez zadziałanie na układ autonomiczny. Nie jest to — prawdopodobnie — swoiste działanie cukru gronowego, gdyż występuje ono i przy zastosowaniu lewulozy i NaCl. Zastrzykiwania cukru gronowego dają jednak wyniki szybsze, wybitniejsze i bardzo stałe.

W II części swych badań, autor stwierdził wpływ cukru gronowego na napięcie jelita cienkiego. Napięcie to, zwiększone przez dodanie surowicy do płynu odżywczego, w którym była zanurzona wycięta pętla jelit, obniżała się przy dodaniu glukozy w ilości 91%. Dodanie NaCl w tem samym stężeniu pozostawało bez skutku.

Powyższe działanie cukru gronowego nie występowało, jeśli preparaty jelitowe nie znajdowały się pod wpływem surowicy, nawet po uprzednim wprowadzaniu ich w stan podrażnienia przez zadziałanie pilokarpiny.

Wniosek: Dodanie małych ilości krystaloidów do surowicy wywołuje zmiany w zachowaniu się koloidów krwi. Ten odczyn „koloidów-klastyczny“ przejawia się m. inn. w zwiększeniu „bezpośrednio dającej się wytrząsnąć“ cholesteryny i prowadzi do zmian w układzie autonomicznym.

J. Goldfeil.

HANDORSKY. Badania doświadczalne nad spazmoliptycznym działaniem cukru gronowego. (Zeitschr. für klin. Med. Tom 102, zes. 4 — 5).

Badania swe autor przeprowadzał na wyciętych sercach zwierząt ssących (wg. Krawkova). Dodanie cukru gronowego do płynu Ringera, przepuszczanego przez naczynia krwionośne, pozostawało bez wpływu na szybkość przepływu. Surowice zwierzęce i ludzkie wywoływały natychmiastowy skurcz naczyń wieńcowych, nieraz aż do zupełnego zahamowania przepływu tego płynu; niektóre surowice zachowywały swe wazokonstrykcyjne działanie jeszcze przy rozcieńczeniu ich za pomocą płynu Ringera w stosunku 1:16. Cukier gronowy (w rozcieńczeniu 1:250 do 1:500) był w stanie znieść, wzgl. zmniejszyć zwężające naczynia działanie niektórych tylko surowic. Dotyczy to wszystkich ciętych surowic, z ludzkich zaś przeważnie pochodzących z przypadków hipertensji samoistnej. I tu jednak dla wystąpienia spazmoliptycznego działania glukozy konieczne jest pewne optymalne rozcieńczenie surowic, gdyż nierozcieńczone działają one zbyt silnie.

Opierając się na swych poprzednich badaniach, autor przypuszcza, iż przyczyna tego działania cukru gronowego tkwi w występujących pod jego wpływem zmianach w zachowaniu się koloidów surowiczych. Albowiem dodanie *in vitro* do surowicy nieznacznych ilości krystaloidów wywołuje między innymi, zwiększenie się „dającej się bezpośrednio wytrząsnąć“ cholesteryny (direkt ausschüttelbares Ch.). Ta zmienność stanu koloidalnego cholesterolu jest różna w różnych surowicach. Daje się ona stwierdzić i *in vivo* przy dożylnym wprowadzaniu krystaloidów (glukozy, NaCl i t. d.). Ma

to miejsce we wszystkich tych przypadkach, w których dożylne zastrzykiwania cukru wykazują swe spazmoliptyczne działanie na naczynia. Stąd — zdaniem autora, koniecznym warunkiem dla wystąpienia tego działania jest chwiejność stanu koloidalnego cholesterolu i. prawdopodobnie, całej surowicy.

Przypuszczenie to znajduje swe potwierdzenie w wybitnej zmienności cholesterolu u hipertoniców, przy względnie małej jej ogólnej zawartości; natomiast w przypadkach nefrozy jest ona mało zmienna, ogólna zaś jej zawartość jest wybitnie zwiększona.

J. Goldfeil.

A. J. WEIL. O działaniu śródżylnych zastrzykiwań cukru gronowego na naczynia włosowate. (Zeitschr. für klin. Med. Tom 102, zes. 4 — 5).

W przypadkach z normalnymi warunkami krążenia pod wpływem zastrzykiwań nie występowały żadne charakterystyczne zmiany.

W przypadkach hipertensji samoistnej z ciśn. od 145 do 275 mm. Hg. kapilary wykazywały spastyczno-atoniczny zespół objawów; wprowadzenie dożylnie glukozy wywoływało rozszerzenie uprzednio zwężonego ramienia tętniczego kapilarów i zmianę krążenia, które stawało się przodem i b. regularnem. Zmiany w naczyniach włosowatych szły równoległe z krzywą ciśnienia: rozszerzenie ramienia tętniczego poprzedzało największy spadek ciśnienia i największe przyspieszenie krążenia odpowiadało najniższemu poziomowi ciśnienia.

Hypertensje z ciężkimi zmianami arteriosklerotycznymi i nerwice naczyniowe źle reagują na powyższe zastrzykiwania.

W przypadkach przewl. zapal. nerek i marskości wtórnej i pierwotnej dało się stwierdzić pewne polepszenie krążenia kapilarnego; obserwowany tu w 2 przypadkach spadek ciśn. (15 i 35 mm. Hg) dotyczył przewl. zapal. nerek i pierwotnie marskiej nerki u kobiet, nieczłonowazonych psychicznie; obniżeniu prawdopodobnie uległa tu czynnościowa wstawka psychiczna.

Równoległe badania z roztynem NaCl (7 cm³ 5%), osmotycznie równoważnościowym z 10 cm³ 20% glukozy, wykonały dodatni wpływ na krążenie kapilarne i ciśnienie w jednym tylko przypadku: ciśnienie obniżyło się tu o 75 mm. Hg. W dwóch pozostałych przypadkach nie udało się stwierdzić wyraźnego wpływu na ciśnienie i kapilary.

Wniosek: Śródżylnie zastrzykiwania 10 cm.³ 20% cukru gronowego w przypadkach hipertensji i samoistnej wywołują polepszenie krążenia w kapilarach i rozszerzenie uprzednio zwężonego ich ramienia tętniczego; zmiany te przebiegają równoległe z obniżeniem ciśnienia krwi. W hipertensjach pochodzenia nerkowego nie stwierdzono pod wpływem glukozy prawie żadnych zmian.

J. Goldfeil.

Choroby zakaźne.

K. NEERGAARD. O użyteczności leczenia metalami chorób zakaźnych. (Deutsch. med. Woch. Nr. 36, 1926).

Autor przedstawia działanie srebra w jego rozmaitych postaciach, mających najszerze zastosowanie w leczeniu zakażeń ogólnych.

Srebro występuje bądź w ścisłym połączeniu z grupą organiczną o złożonej budowie, a działanie jego polega raczej na swoistej chemoterapii, bądź też — w związkach nieorganicznych, w których metal znajduje się prawie tylko w postaci zjonizowanej, przy czem skuteczności preparatu nie należy mierzyć ilością wolnych jonów metalu. W związkach białkowych, stosowanych dożylnie, powstają adsorbcyjnie działające roztwory, a ich wpływy toksyczne czy też bakterjobójcze zależą nie od stężenia całkowitego metalu lecz od stężeń przez adsorbację powstałych na powierzchni cząstek białkowych względnie bakteryj. Istota działania preparatów koloidalnych polega na jednoczesnym występowaniu jonów rozproszonych, koloidalnego srebra metalicznego, koloidalnych soli srebrowych oraz koloidu ochronnego. W organizmie srebro metaliczne przechodzi w nierozpuszczalny chlorek srebra, nawet w siarce srebra.

Regułą w używaniu preparatu srebra jest zastrzyk dożylny.

Obawa argirozy przy leczeniu chorób infekcyjnych jest płonną, gdyż występuje przynajmniej po 4 — 6 gr. Ag. Działanie toksyczne połączeń jonów rozproszonych polega na uszkodzeniu układu nerwowego ośrodkowego (drgawki, porażenie oddechu) oraz naczyń włosowatych (spadek ciśnienia, wylewy krwawe, obrzęk płuc).

Działanie toksyczne metalu koloidalnego zdarza się zupełnie wyjątkowo. Metal koloidalny już po 5-ciu minutach znika z krwi-

biegu, pochwycony w pierwszym rzędzie przez układ śródbłonkowo-siateczkowy wątroby, śledziony, w mniejszym stopniu rdzenia, nerek i płuc.

Mechanizm działania leczniczego polegać może przede wszystkim na bezpośrednim bakterjobjęjącym wpływie, który w największym stopniu posiadają metale zjonizowane. Największy efekt terapeutyczny otrzymalibyśmy, gdyby udało się znaleźć związek silniej adsorbowany przez bakterje, niż przez białko ważnych dla życia narządów. Celowe byłoby działanie metalu na drobnoustroje, znajdujące się w ognisku posoczniczem (Schottmüller).

Działanie pośrednie dotyczy wzmocnienia procesów ochronnych ustroju i da się porównać do działania nieswoistego terapii proteinowej. Już znacznie mniejsze ilości od tych, jakie są niezbędne dla działania bakterjobjęjącego, mogą dać bardzo silne odczyny. Wzmocnienia procesów ustrojowych oczekiwać należy tylko przy dawkowaniu optymalnym, gdy przedawkowanie z łatwością wywołuje skutki przeciwny.

Punkt zaczepienia dla działania metali koloidalnych leży, według autora, w układzie śródbłonkowo-siateczkowym, który wychwytuje z jednej strony metal, z drugiej — same bakterje, odgrywa poza tym niepoślednią rolę w procesach obronnych ustroju. Istnieje poza tym możliwość, że napozór pośrednie działanie koloidów może być również bakterjobjęjące. Jeśli bowiem cząsteczka metalu koloidalnego, jak i drobnoustroj, zostają pochłonięte przez tę samą komórkę, możemy przeto przypuścić, że w pewnych okolicznościach stężenie metali będzie bakterjobjęjące, mimo, że wprowadzona do organizmu ilość nie da objawów toksycznych.

Jednakże wyniki lecznicze są tak jeszcze niepewne, że w posocznicy usilnie dążyć musimy do chirurgicznego otwarcia ogniska. Gdy to jest niemożliwe, uciekamy się do leczenia metalami. Jeśli oczekujemy działania bakterjobjęjącego, przekładamy preparaty o jonach rozproszonych (koloidalny chlorek srebra, względnie preparat barwikowy) — w dużych ilościach: przynajmniej 2 mg. srebra na 1 kg. wagi dziennie. W leczeniu nieswoistym pobudzającym lepsze rezultaty dają metale koloidalne: jako zwykłą dawkę dzienną wstrzykujemy 0,1 gr. srebra, zwracając baczną uwagę na stan krążenia.

M. Goldman junior.

MATTHES. O posocznicy (referat dyskusyjny). (Deutsch med. Woch., Nr. 29, 1926).

Autor zwraca uwagę na septyczne postacie anginy, przebiegające z zajęciem żył okołomigdałkowych i pominięciem zachorowania gruczołów chłonnych. W tych przypadkach brak powiększenia gruczołów. Niekiedy występuje bezbolesność ich po jednej stronie szyi. Rozszerzające się zakażenie daje cały szereg przerzutów ropnych, mimo tego dreszczy może nie być.

M. podkreśla trudności w rozpoznawaniu niektórych septycznych cierpień jamy ustnej i ostrej białaczki. Jedną z tych posocznicznych postaci przebiega z neutropenią i limfocytozą (do 90%), objawami skazy krwotocznej, niedokrwistości, a W. Schultz opisuje i sprawy wrzodzące w jamie ustnej oraz tromopenję, którą jednak autor widywał i w ostrych białaczkach. Drugą analogiczną postać opisał W. Schultz pod nazwą agranulocytozy. Jest to sprawa gorączkowa, ostra, szybko prowadząca do śmierci, z objawami zgorzelinowemi w jamie ustnej, drogach rodnych, ze znacznym zmniejszeniem się liczby białych ciałek, zwłaszcza wielojądrazdowych; natomiast brak małopłytkowości, objawów skazy, jak i niedokrwistości: stale pod koniec życia występuje żółtaczka. Przeważająca liczba opisanych dotąd przypadków dotyczyła kobiet. Decastello opisał podobny przypadek po nieostrożnym naświetlaniu promieniami Röntg. białaczki szpikowej.

W przeciwieństwie do tych ciężkich stanów septycznych opisał amerykańskie przypadki ostrej limfadenozy z limfocytozą, przebiegające również z procesami martwicznymi w jamie ustnej, obrzękiem gruczołów chłonnych — miejscowych i odległych, oraz ze znaczną limfocytozą. Opisano tu również krwawienia; brak jednak było powiększenia śledziony. Amerykanie podkreślają też występowanie nietypowych limfocytów z dużą ilością protoplazmy bladej i okrągłym lub cwałnym jądrem. M. utożsamia te postacie z opisanymi przez W. Schultza przypadkami „anginy monocytarnej”. Rokowanie w tych sprawach jest dobre.

W leczeniu stanów septycznych przekłada autor eukupinę, trypaflawinę i preparaty srebra nad leczenie białkowe. Ostrzeżenie przed stosowaniem w celach przeciugorączkowych kąpiele, które mogą się przyczynić do powstania zatorów.

M. Goldman junior.

JOHAN. O próbie Dicka i szczepieniach przeciwploniczych. (Deutsch. med. Woch. Nr. 31, 1926).

Autor opiera się na 9275 przeprowadzonych odcz. Dicka. Największa liczba dodatnich odczynów Dicka przypada u dzieci w 2-m roku życia. Wyższą przeciętnie wrażliwość niż w Ameryce tłumaczy autor większą siłą stosowanej toksyny. Poniżej największą liczbą zachorowań na plonicę przypadała na 8-my rok życia, zwraca J. uwagę, iż, poza wrażliwością (dodatnim odczynem Dicka), odgrywają rolę i inne czynniki.

Szczepienia rozpoczyna aut. od 3000 jednostek skórných, zwiększając dawkę w zależności od natężenia odcz. Dicka do 7500 jednostek.

M. Goldman junior.

Hans BEHREND. O wpływie warunków społecznych na zapadanie na plonicę i błonicę. (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Tom 106, z. 3, 1926).

Choć liczne badania dotychczasowe wykazują, że wśród chorób dziecięcych właśnie ostre choroby zakaźne posiadają jaknajmniej — znaczenie pod względem patologii społecznej, to jednak trudno sobie wyrobić jasne pojęcie, czy rzeczywiste liczbę zachorowań jest niezależna od warunków społecznych, czy zakażenie np. plonicą jednako dotyka sfery ubogie i bogate; jaki jest stosunek między wrażliwością dziecka na ostrą chorobę zakaźną, a środowiskiem, w którym wzrasta? Czy dobrobyt i gęstość zamieszkiwania odgrywają jaką rolę? Te pytania zadał sobie autor i zajął się rozstrzygnięciem ich w stosunku do plonicy i błonicy.

Jako materiał do pracy posłużyły autorowi dane o zgłoszonych policyjnie przypadkach w okresie styczeń 1920 — październik 1925, w Frankfurcie.

Pewne trudności nastręczało kryterjum co do umieszczenia w grupie „ubogich” lub „zamożnych”. Sprawdzenie, np. na miejscu, we wszystkich przypadkach, wobec gęstości zamieszkiwania wymagałoby zbyt wiele czasu i pieniędzy. Ostatecznie, sprawę tę rozstrzygnięto w ten sposób, że kierowano się rodzajem szkoły, do której uczęszcza pacjent, względnie jego rodzeństwo, i zawodem ojca, względnie rodziców; brano również pod uwagę ulicę, wzgl. część miasta, gdzie chory mieszka. Niekiedy korzystano też z osobistych wywiadów pielęgniarek. Dzieci w pierwszym roku życia nie brano wcale pod uwagę.

Jak wynika z badań autora, na 1742 dzieci od roku do lat 14, chorych na błonicę przypadało na klasy lepiej usytuowane społecznie — 565, t. j. 32,4%, a na 1584 chorych na plonicę w tym samym wieku 515, t. j. 32,5%, czyli zadziwiająco jednakowo w obu chorobach.

Już z pierwszego wejrzenia na cyfry widać, że dzieci ze sfer ubogich nie stanowią przytłaczającej masy przypadków zakażenia w tym wieku, ale jeżeli wziąć pod uwagę, że w ogólności 80% wszystkich dzieci stanowią dzieci proletariatu, to, zdaniem autora, należałoby raczej uważać, że dzieci „zamożne” są bardziej predysponowane i zapadają na plonicę i błonicę 3 razy częściej od „biednych”. Do podobnych wniosków doszli w swoim czasie Reichel i Rosenfeld, którym nie udało się stwierdzić, by choroby zakaźne były mniej rozpowszechnione w „wyższych sferach”.

Podobnież śmiertelność na plonicę i błonicę u dzieci ze sfer zamożnych jest dwa razy większa, niż u dzieci „biednych”. To samo udało się stwierdzić Butlerowi w stosunku do zarażenia się odrą. Według obecnych zapatrywań, istnieje pewien związek pomiędzy zawartością antytoksyn, a częstością chorób, który w tym specjalnym przypadku wyrażałby się w tem, że w ogólności dzieci w złych warunkach społecznych posiadają większą lub na dłużej wystarzającą ilość przeciwciał, niż dzieci „bogatszych”.

Jak wiadomo, wedle panujących obecnie poglądów, punkt kulminacyjny zapadania na błonicę przypada, odpowiednio do zawartości antytoksyn w surowicy, między 2 a 4 r. ż. Jednak z badań autora wynika, że tylko krzywa dzieci „ubogich” odpowiada tym ogólnym zapatrywaniom. Krzywa dzieci „zamożnych” wznosi się stopniowo do 6 r. ż. („ubogich” stromo do 3 r. ż.), krzyżuje się z krzywą „ubogich” i trzyma się względnie stale na tym poziomie, aż do 14 lat. Przeczytana obecnie zapatrywaniom o równoległości pomiędzy zawartością antytoksyn a częstością zachorowań w różnych latach życia, wydaje się nawet, że należałoby odpowiednio zróżniczkować badanie antytoksyn u bogatych i biednych. Co się tyczy plonicy, to i tu zasada maximum zapadania między 7 — 8 roku życia odzwierciedla się tylko na krzywej „ubogich”. Krzywa plonicy dzieci „zamożnych” przebiega podobnie, jak błonicy, lecz skrzyżowanie następuje później.

Jak z tego wynika, znaczenie środowiska społecznego dla skłonności do zapadania na chorobę zakaźną jest większe, niżeli dotąd przypuszczano.

Henryk Rabinowicz.

H. W. HILL i E. BEERE. Brak stosunku pomiędzy złem życiem dzieci szkolnych, a zapadaniem na choroby zakaźne. (The Canadian Medical Association Journal. T. XV, Nr. 9, 1926).

W pracy tej autorzy zajęli się stosunkiem, zachodzącym pomiędzy częstością zapadania na choroby zakaźne wśród dzieci a złem żywieniem. Jako materiał do pracy posłużyły im dane, dotyczące szeregu grup dzieci ze szkół, w ogólnej liczbie 8000. Wyniki, przedstawione na szeregu tablic, wykazują, że w żadnej grupie nie udało się im stwierdzić jakiegokolwiek związku pomiędzy niedożywieniem, a przypadkami choroby zakaźnej. Wniosek autorów jest następujący: w praktyce dzieci dobrze żywione i źle żywione są jednakowo skłonne do zakażenia.

Henryk Rabinowicz.

Gruźlica

H. SIEGEN. Badania nad pierwotnym zespołem gruźliczym z uwzględnieniem wtórnego zakażenia płuc. (B. z Kl. d. Tub. t. 63, z. 2).

Praca ma dać odpowiedź na 3 pytania: 1. czy można z pewnością odróżnić ognisko pierwotne w płucach od wtórnego, 2. czy ognisko pierwotne w płucu jest w swym początku natury wysiękowej czy wytwórczej, 3. czy zespół pierwotny jest na tyle w sobie zamknięty, że wtórne zakażenie na drodze wewnętrznej jest niemożliwe. Na pierwsze pytanie daje autor odpowiedź w sensie ujemnym, gdyż niezawsze można z pewnością odróżnić ognisko pierwotne od wtórnego. Co się dotyczy drugiego pytania, to sądzić należy, że początkowe zmiany są charakteru wysiękowego. Wreszcie badania autora przemawiają za tem, że ognisko pierwotne może być źródłem zakażenia wtórnego. Co więcej, ponieważ ognisko wtórne najczęściej umiejscowione bywa w szczytach, gdy ognisko pierwotne, powstające zzewnątrz, prawie wyłącznie tkwi w dobrze wentylowanej części płuc, więc należy przypuszczać, że droga wewnętrzna odgrywa główną rolę w powstawaniu zakażeń wtórnych.

M. G.

KIRCHNER. O infekcji mieszanej (B. zur Kl. der Tub. tom. 64 zes. II-gi 1926 r.

Już pierwsza era badań nad stosowaniem terapeutycznym tuberkuliny i różnym jej oddziaływaniem na ustrój doprowadziła do wniosku, że obok zmian, wywołanych przez sam prątek Kocha, istnieją w płucach zmiany, wywołane przez bakterje, które przedtem istniały tam, jako saprofity, a rozwinęły swą działalność na przygotowanym uprzednio przez prątki gruźlicze podłożu. Należą tu przede wszystkim łańcuszkowce, gronkowce, pneumokoki, laseczniki grypy, laseczniki ropy błękitnej, mikrokoki nieżyłoty.

Na istnienie infekcji mieszanej wskazuje znaleziona we krwi leukocytoza neutrofilowa, do dalszych objawów należą gorączka trwająca, utrzymująca się ropienie w jamach, przyspieszenie tętna, dręszce. Wogóle istnienie infekcji mieszanej pogarsza rokowanie, zwłaszcza jeśli chodzi o paciorkowce, gronkowce i pneumokoki. Wychoząc z założeń teoretycznych, próbowano stosować odpowiednią terapię za pomocą odpowiednich surowic i auto-wakcyno-terapię, wraz z kontrolą i miareczkowaniem szczepionki zapobiegającą odczynu skórnegu.

Dla stwierdzenia rozwoju infekcji mieszanej należy robić hodowlę z płwociny (po uprzednim jej oczyszczeniu przez przemycanie) oraz wykonać badanie bakteriologiczne (posiewy) i serologiczne krwi. To ostatnie sprowadza się do znalezienia wskaźnika opłonicznego oraz aglutynacji szczepu, otrzymanego z płwociny, z surowicą chorego.

Autor wyraża nadzieję, że z czasem uda się może opanować najpierw infekcję mieszaną drogą autowakcyny, a potem dopiero na oczyszczonym w ten sposób gruncie stosować terapię tuberkulinową.

Najczęstszą stosunkowo kombinacją jest połączenie prątków Kocha z żywymi paciorkowcami. Te ostatnie jednak źle się nadają do otrzymywania autowakcyny.

Trybowska.

G. SCHRÖDER. O technice i wynikach sztucznej odmy piersiowej (Beitr. zur Kl. der Tub. Tom 64, z. 2 — 1926).

Ogólnie przyjętą metodą przy zakładaniu odmy jest metoda nakłucia, która, jako prostsza w zastosowaniu i dająca mniej możliwości zakażenia opłucny, ma więcej zwolenników, niż metoda nacięcia. Autor jednak jest zdania, że najpoważniejsze z niebezpieczeństw, jakie grożą przy zakładaniu odmy, a więc zator gazowy, znacznie rzadziej zachodzi przy stosowaniu metody nacięcia, niż metody nakłucia.

Za szczególnie dogodną uważa autor technikę odmy według K a u f m a n n a, przy której robi się tylko małe nacięcie (1—2 cm) przez skórę i powięź, i tu wprowadza się igłę, do samego zaś przebicia opłucny używa się kaniuli S a l o m o n a, którą wprowadza się skośnie, zeslizgując się po powierzchni płuca. Na 200 dokonanych tą metodą I-szych założeń odmy nie miał autor ani jednego przypadku zatoru powietrznego, jednocześnie zaś odpadają te niedogodności (emphysema), jakie pociąga za sobą metoda B r a u c e r a.

Co do wyników, osiągniętych przy stosowaniu odmy, to są one w różnych statystykach bardzo niejednolite i zależne od materiału ludzkiego, jaki mamy w kuracji. U ludzi zamożniejszych, którzy mogą nie pracować i łączyć odmy z leczeniem sanatoryjnym, wyniki są znacznie lepsze, niż u biednych, u których odmy stosuje się ambulatoryjnie i którzy muszą ciężko pracować w warunkach często niehygienicznych. Autor ostrzega przed zbyt pochopnym i zerowym stosowaniem odmy bez uwzględnienia postaci i rozmiarów gruźlicy oraz grożących powikłań, zwłaszcza w postaci wysięku. Trzeba zawsze mieć na uwadze wskazania i przeciwwskazania.

Wskazania są następujące:

1. Gruźlica przeważnie jednostronna.
2. Wielkie krwotoki płucne z pewną lokalizacją.
3. Ciężkie, uporczywie powracające suche zapalenie opłucny.
4. Ciężka lub nawet średnio ciężka, jednostronna, czynna gruźlica płuc u kobiet ciężarnych.
5. Ze względów społecznych u chorych będących w złych warunkach domowych i przedstawiających niebezpieczeństwo dla otoczenia.
6. W innych jednostronnych schorzeniach płuc.
 - a) świeże rozstrzenie oskrzeli,
 - b) ropienie płuc,
 - c) zgorzel płuc.
7. Dla celów dajagnostycznych, zwłaszcza w złośliwych nowotworach płuc i opłucny.
8. W ciężkich wysiękach gruźliczych (zastąpienie usuniętego płynu przez gaz).

Przeciwwskazania:

1. Czynna gruźlica po stronie przeciwnej.
2. Posunięta gruźlica krtani lub jelit.
3. Ciężkie zmiany zapalne w nerkach, łącznie z dwustronną gruźlicą nerek.
4. Serowate zapalenie płuc i septyczne postaci gruźlicy.
5. Niewyrównane wady serca, zapalenie mięśnia sercowego i silnie rozwinięta rozedma płuc po stronie zdrowej.
6. Ciężka cukrzyca.
7. Konstytucjonalna mniejsza wartość ustroju.
8. Chorzy, którzy przekroczyli 50-ty rok życia.

Trybowska.

BRAUNSFELD. Leczenie gruźliczej odmy ropno-powietrznej. (B. z Kl. d. Tub. tom. 64, z. 2 — 1926).

Powikłanie omawiane występuje zazwyczaj w późniejszych okresach odmy, choć warunki sprzyjające temu, jak podrażnienie zapalne opłucny przez sam zabieg oraz obecność ognisk gruźliczych na powierzchni płuca tuż pod opłucną, skąd prątki przechodzą na opłucną — istnieją już od początku. Zazwyczaj mamy do czynienia przede wszystkim z wysiękiem surowiczym, który z czasem ulega stopniowej przemianie na ropny. Niektórzy autorowie radzą w większości przypadków postępować konserwatywnie i wyczekująco. Wadą takiego postępowania jest to, że przede wszystkim ogólny stan ustroju cierpi wskutek obecności płynu ropnego; poza tem wskutek tendencji do wytwarzania się zrostów samej odmie grozi zbyt szybkie przerwanie, wreszcie plyn o ile nagromadzi się w zbyt wielkiej ilości, może szukać sobie odpływu przez płuco, co jest powikłaniem bardzo niebezpiecznym.

Samo nakłucie z wypuszczeniem płynu jest zabiegiem częstokroć niewystarczającym, gdyż plyn wypuszczony powraca na nowo; poza tem często tworzy się przetoka w miejscu nakłucia. Z postępowania energiczniejszych wymienić należy przemycanie opłucny oraz zabieg

operacyjny (torakoplastyka). Ta ostatnia metoda jest zabiegiem ciężkim, zwłaszcza, że mamy tu do czynienia z jamą wypełnioną ropą gruzliczą.

W przypadkach, gdy przełykanie opłucny nie daje właściwych rezultatów, należy uchwycić odpowiedni moment, aby, zanim ustrój dojdzie do wyniszczenia, wykonać zabieg operacyjny.

Najgorszym powikłaniem, w którym i zabieg operacyjny nie zawsze daje wyniki, jest przedostanie się ropy do płuca i stała komunikacja jamy opłucnowej z górnymi drogami oddechowymi, co doprowadza do zakażenia opłucny infekcją mieszaną o różnej złośliwości. W przypadkach zakażenia mieszanego radzę początkowo próbować przełykania opłucny, a potem dopiero wykonać zabieg radykalnie chirurgiczny.

Samo przełykanie wykonywamy w ten sposób, że wprowadzamy najpierw w górnej części klatki piersiowej igłę, którą łączymy z manometrem aparatu odmowego. Poniżej w najniższym punkcie opłucny wkładamy igłę z rozgałęzieniem zewnętrznym; przez jedno ramię wprowadzamy ciecz (20% roztwór kw. bornego) przez drugie odpływa płyn z opłucny. Na zakończenie wprowadzamy kilkanaście cm³ płynu odkażającego np. roztworu jodu P r e g l a.

Z dwudziestu leczonych w ten sposób przypadków 12 zostało wyleczonych, 8 — bez poprawy.

W zestawieniu autor mówi:

1. Tylko małe zbiorowiska ropy w opłucnie pozwalają zachowywać się wyczekując. 2. Z 20 przypadków w 12 leczenie przepłukiwaniem i wprowadzaniem substancji odkażającej dało pomyślny wynik. 3. Dopiero w razie bezskuteczności tego postępowania i o ile jama nie zarasta — jest wskazany zabieg chirurgiczny. 4. W przypadku zakażenia mieszanego cięższego stopnia przełykanie daje wynik pomyślny. 5. W razie nagłego przerwania się empyemu do płuca niezbędny jest zabieg chirurgiczny.

W. Stankiewicz — Trybowska.

P. M. MATTIL i M. H. WALL. **Odma sztuczna.** (The American Review of Tuberculosis. T. XIII, Nr. 6, 1926).

Na zasadzie 150 przypadków odmy sztucznej autorzy wypowiadają wnioski następujące:

Odma sztuczna winna być zastąpiona przez torakoplastykę w tych przypadkach, gdzie niema wolnej przestrzeni opłucnowej.

Torakoplastyka zalecana jest w tych przypadkach, w których odma daje wyniki tylko częściowo zadawalające lub gdzie wskazane jest trwale zapadnięcie płuca.

Wartość odmy sztucznej jest ograniczona wskutek powikłań gruzliczych i niegruzliczych.

Najczęstszym powikłaniem jest płyn, który autorowie widzieli w 50% przypadków.

Odma nie jest wskazana w przypadkach wczesnych. W przypadkach bardziej zaawansowanych, z pewnymi wyjątkami, nie należy jej stosować, zanim się nie wypróbuje leczenia sanatoryjnego.

Płuco drugie, jako ideał, winno być zupełnie wolne od sprawy czynnej. Jednak sprawy zagojone lub postać włóknista nie są przeciwwskazaniem; natomiast obecność sprawy czynnej, wykrytej przy badaniu fizykalnym, lub świeży naciek, stwierdzony promieniami Roentgena, są w większości przypadków wyraźnym przeciwwskazaniem.

Gdy to tylko jest możliwe, należy używać ciśnienia ujemnego. Ciśnienie dodatnie jest usprawiedliwione do podtrzymywania zapadnięcia, gdy istnieje skłonność do obliteracji przestrzeni opłucnowej.

Skuteczność odmy nie jest dowiedziona przez te nieliczne przypadki, w których powstrzymano postęp choroby.

Henryk Rabinowicz.

E. DELBECQ. **O objawach ubocznych wskutek nakłucia opłucny podczas odmy sztucznej.** (Paris Médical, Nr. 4, 1926)

W następstwie nakłucia opłucny podczas dokonywania odmy sztucznej spotykamy się z rozmaitymi objawami ubocznymi, które zwykle nazywamy „rzucawką opłucnową“ (eclampsie pleurale). Patogeneza tych przypadków jest jeszcze niejasna. Niektórzy tłumaczą je zatorom gazowym, wywołanym bądź przez nakłucie płuca, bądź przez pęknięcie unaczynionego zrostu opłucnowego. Inni tłumaczą je odruchem hamującym z opłucny.

Warunki, w których autor obserwował swoje dwa przypadki, nie pozwalały na przypuszczenie zatoru powietrznego. Oba wystąpiły, zanim jeszcze dokonano insuflacji i zanim jeszcze założono wpuścić choćby najmniejszy pęcherzyk powietrza. W jednym drgawki ogólne, następnie głęboki sen z charczącym oddechem, trwający

½ godziny; w drugim przejściowa ślepota, uczucie ogólnej niemocy, wymioty. Zejście w obu przypadkach było pomyślne.

B e s a n c o n tłumaczy większość podobnych przypadków odruchem opłucnowym i, szukając przyczyn, któreby mogły sprzyjać powstawaniu jego, zalicza do nich niepokój chorego (w jednym przypadku autora był on wielki), Zdaniem D. szczególnie wielkie znaczenie ma tu stan opłucny. Oba przypadki wystąpiły po nakłuciu w pasie świeżo wytworzonych zrostów, które wywoływały bóle samoistne.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń autor zauważył, że w czasie dokonywania odmy wrażliwość na ból podczas nakłuwania jest niezmiernie różna u różnych osobników. Podczas gdy jedni są zupełnie niewrażliwi, inni znośzą bez obawy przejście igły przez skórę, natomiast bardzo żywo odczuwają dotknięcie opłucny. U tych właśnie osobników można oczekiwać objawów, związanych z odruchem.

W zakończeniu swej pracy D. pyta, czy tym chorym nie należałoby uprzednio zastrzykiwać morfiny lub dokonać znieczulenia kokaïną.

Henryk Rabinowicz.

I. BERNARD, L. BARON i J. VALTIS. **Zapalenie opłucny zrostowe (pleuriis adhaesiva) pochodzenia urazowego w przebiegu odmy sztucznej.** (Paris Médical, Nr. 1, 1926).

Autorzy mieli ostatnio możność obserwowania u chorych, leczonych od dłuższego czasu odmą sztuczną, która dotąd rozwijała się bez powikłań, w następstwie urazu klatki piersiowej, przypadki zapalenia zrostowego opłucny.

Jeden przypadek dotyczył chorej 24 l., u której pod wpływem leczenia odmą nastąpiła wielka poprawa stanu ogólnego, spadek temperatury do normy, wybitne zmniejszenie kaszlu i płwociny. Chora co 8 dni zgłaszała się do ambulatorjum na insuflację. W międzyczasie pod wpływem silnego urazu przez przejeżdżający wóz powstały u niej gwałtowne samoistne i dotykowe bóle klatki piersiowej. Wobec takiego stanu rzeczy następną insuflację odłożono i dokonano jej dopiero w 12 dni po wypadku. Okazało się jednak niepodobniestwem wprowadzenie więcej, niż 150 cm³ powietrza. Od tego czasu wogóle większe insuflacje są niemożliwe wskutek wytworzenia się zrostu zupełnego części górnego płata z klatką piersiową. W dolnych częściach płuca zjawił się płyn, temperatura stale utrzymuje się powyżej normy, a wskutek ponownego rozwarcia się jamy gruzliczej w górnym płacie chora dużo kaszle i splota.

Drugi przypadek dotyczy chorej 21 l., u której pod wpływem odmy osiągnięto znakomitą poprawę. Chora otrzymywała co 15 dni insuflację. Tydzień po ostatniej insuflacji chora spadła ze schodów. Przez dwa dni gorączkowania i miała silne lamania w klatce piersiowej. Gdy 8 dni po wypadku zgłosiła się do ambulatorjum, okazało się, że gaz znikł zupełnie. Po trzech nieudanych próbach z trudnością wprowadzono 375 cm³ powietrza. Prześwietlenie wykazało, że płuco, które dotąd było wolne, w części górnej jest zrośnięte ze ścianą klatki piersiowej.

Trzeci przypadek dotyczy mężczyzny, od trzech lat leczonego z powodzeniem odmą sztuczną, który, idąc na insuflację, spadł ze schodów; nauczani poprzednimi przypadkami, autorzy zdecydowali się nie zważając na silne bóle klatki piersiowej, na natychmiastowe dokonanie insuflacji. Bóle po paru dniach minęły, a powikłania w postaci płynu i zrostów nie wystąpiły. Jak z tego wynika, uraz klatki piersiowej osobnika, noszącego odmę, może wywoływać zapalenie opłucny o charakterze zrostowym i wkręca dalszy przebieg odmy.

Mechanizm tej sprawy jest dość prosty. W chwili wstrząsu mięsz płucny zostaje mniej lub więcej odcisnięty ku ścianie klatki piersiowej. Obie opłucne szybko stają się miejscem czynnego zapalnego, wskutek czego już po kilku godzinach mogą powstać zrosty między mięszem płuca a ścianą klatki piersiowej, jednocześnie też wytwarza się zwykle pewna, przeważnie niewielka ilość płynu.

B. ważnem jest w tych przypadkach nie dać się powodować bólem klatki piersiowej i możliwie wcześniej dokonać insuflacji, aby uniknąć tworzenia się zrostów, które w przyszłości mają bardzo przykre dla chorego następstwa.

Henryk Rabinowicz.

BEZANÇON, BRAUN i AZONLAY. **Wskazania i technika wlewania oliwy do opłucny (oleothorax)** (Paris Méd. Nr. 8, 1926).

Mowa o leczeniem stosowaniu wlewań oleju gomenolowego (2%) po wypuszczeniu odpowiedniej ilości płynu ropnego z opłucny w przypadkach ropień gruzliczych samoistnych czy w związku z odmą. Technika jest dość prosta, polega bowiem na wypuszczeniu

pewnej ilości płynu ropnego i zastąpienie go taką samą ilością płynu jałowego gomenolowego. Wyniki mają być niekiedy zupełnie dobre.
M. G.

FINIKOFF. Leczenie gruźlicy chirurgicznej. (Pr. Med. Nr. 99, 1925).

Sposób leczniczy autora polega na uproszczeniu metody Hotza, — jodu w emulsji jodoformowej, — stosowanej domięśniowo. Na zasadzie badań doświadczalnych i klinicznych autorowi udało się wypracować metodę, która odpowiadałaby 3 zasadniczym desideratam, koniecznym dla leczenia spraw gruźliczych chirurgicznych: 10. Dla powiększenia ilości lipazy i limfocytyzy zapomocą wstrzykiwań domięśniowych tłuszczu roślinnego lekko wysysającego się. 20. Dla pobudzenia polinukleozy przez dodanie nalewki jodowej w małych dawkach. 30. Dla uwapnienia organizmu przez podanie soli wapnia.

Praktycznie sposób ten różni się od metody Hotza tem, że nie zawiera jodoformu, który, według F., czasami daje zbyt silną reakcję. W statystyce swojej autor podaje wyniki lecznicze u 16 chorych, obserwowanych w okresie nie mniej, niż jednorocznym.

J. Pomper.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

Sh. ADLER. Ropotok zębodołowy u szympanów. (Prace Instytutu Mikrobiologicznego Uniwersytetu Hebrajskiego w Jerozolimie. Harefuah, Vol. II, Nr. 1, Paźdz. Listop. 1926).

Podczas badań nad zimnicą w Afryce zachodniej (Sierra Leone) A. obserwował przebieg ropotoku zębodołowego u 5 młodych szympanów (*Anthropopithecus troglodytes*) w wieku od 3 miesięcy do 2 lat, które, jako jarośnie, dostawały pokarmy wyłącznie roślinne, z wyjątkiem najmłodszego, który był karmiony wyłącznie mlekiem. We wrześniu 1922 r. został sprowadzony jeszcze jeden szympan dwuletni, chory na ropotok zębodołowy, umiejscowiony w 2 zębach przedniolich. Leczenie miejscowe (jod, nadmagania potasu) nie skutkowało.

Nowoprzybyły szympan przebywał wyłącznie w towarzystwie 2-letniego szympana i nie rozstawał się z nim nawet w nocy, ale po 5 tygodniach już padł, wykazując objawy martwicy szczęki dolnej. Towarzysz jego również zachorował na ropotok zębodołowy w 3 tygodnie po umieszczeniu go razem z nim. Przebieg choroby jego był błyskawiczny: w ciągu 2 tygodni rozwinęła się martwica szczęki górnej, i w końcu następnego tygodnia zwierzę padło. Stwierdzono u niego „zapalenie kości obydwu szczęk i zapalenie mózgu“. W jamie ustnej obydwu zwierząt stwierdzono zwykle drobnoustroje ropotwórcze (gronkowce, paciorkowce, dwójniki, pałeczki etc.). W ciągu następnych trzech miesięcy padły wszystkie pozostałe zwierzęta przy objawach ropotoku zębodołowego i jego powikłań.

A. miał po pewnym czasie możność obserwowania ropotoku zębodołowego u młodego szympana, który został ocalony tylko dzięki usunięciu zębów zaraz po wykryciu choroby.

A. dochodzi do następn. wniosków: ropotok zębodołowy jest chorobą zakaźną, gdyż został zawleczony przez nowoprzybyłe zwierzę, i swoista, gdyż przenosił się od jednego zwierzęcia do drugiego z coraz to większą siłą. Ma też okres wylegania trzytygodniowy. Spowodowany jest prawdopodobnie przez jad ultramikroskopowy.

Patologia szympana jest podług A. podobna do patologii człowieka, zwłaszcza pod względem flory kiszkowej.

B. Chorążyczki.

Lucien CORNIL. Kilka uwag o nowotworach przewodu gardzielowo-przysadkowego. (Annales d'Anatomie Pat. T. III. Nr. 3, 1926).

Autor opisuje nowotwór podstawy czaszki u mężczyzny 30 lat w postaci torbieli, zawierającej w ścianie twór kalafiorowaty wielkości maliny. Objawy kliniczne guza przemawiały za etjologią swoistą. Histologicznie nowotwór o charakterze nabłonkowca przypominał częściowo szkliwiaka, częściowo raka Krompechera. W tkance łącznej brodawkowatych wyrosła zwracała na siebie uwagę obecność tworów okrągłych współśrodkowo ułożonych na wzór perel rakowych. Powinowactwo do barwików (Mallory-Masson, Leroix) oraz brak związku z nabłonkiem wykazały, iż twory składają się z tkanki łącznej klejodajnej, ułożonej w sposób swoisty.

Umiejscowienie oraz charakter histologiczny nowotworu wskazują na pochodzenie jego z przewodu gardzielowo-przysadkowego.

Półtorzycka.

Choroby płuc.

BRESSOT. Rozpoznanie i leczenie torbieli bąblowcowych płuc. (Lyon chirurg. t. XXIII, Nr. 2).

Doświadczenie autora opiera się na 11 przypadkach torbieli bąblowcowych płuc oraz 33 torbieli bąblowcowych wątroby. Na 11 przypadków, 8 było operowanych.

Rozpoznanie bąblowca płuca jest łatwe, gdy torbiel jest otwarta, na zasadzie właściwości charakterystycznych płwociny.

Gorzej, gdy torbiel jest zamknięta. Pierwszym objawem jest wówczas domieszka krwi w płwocinie oraz, bardzo często, bóle z uczuciem ściskania w klatce piersiowej. Rozpoznanie opiera się przeważnie na charakterystycznym obrazie rentgenowskim, dającym wyraźny cień doskonale skreślonego koła. Odczyn laboratoryjny Weinberga ma znaczenie względne. To samo tyczy się eozynofilji. Najczulszy jest odczyn skórny, który w przypadkach autora wypadł dodatnio w 5 przypadkach na 7.

Zabieg operacyjny bywa wykonywany w znieczuleniu miejscowym w pozycji siedzącej. Cięcie — międzyżebrowe z rozszerzeniem rany rozwieraczem Tuffier. Po obnażeniu opłucny, w razie nieobecności zrostów, zakłada się mały tampon z jodyną i czeka się od 10 do 12 dni. Gdy zrosty są dostateczne, przenika się przez miąższ płuca do torbieli, którą po otwarciu opróżnia się z zawartości i oczyszcza się tamponem, przesiąkniętym eterem. Jeżeli zawartość torbieli jest przezroczysta i jasna, można torbiel zaszyć, przymocowując tylko w celu zapobiegawczym torbiel do ściany.

8 operowanych w ten sposób przyp. autora zostało wyleczonych. Co się zaś tyczy wyników dalszych, to na 7 obserwowanych w okresie od 7 miesięcy do 4 lat, tylko w 1 przypadku nastąpił miejscowy nawrót; reszta pacjentów wyzdrowiała.

J. Pomper.

SPIRO LIVIERATO. Leczenie ropnia płuc autoszczepionką mieszaną. (Paris, Médical Nr. 43, 1926).

Autor opisuje przypadek ropnia płuc, który rozwinął się w następstwie zapalenia płuc. Z ropy, otrzymanej drogą nakłucia próbnego, przygotowano szczepionkę, przyczem drobnoustroje wzięto w takim stosunku, w jakim je znaleziono w ropie zapomocą badania bakterjologicznego. Wstrzykiwania śródmięśniowe robiono co 2 dni po 50, 100, 200, 300 milionów tej mieszanej szczepionki, poczem ciepłota spadła do normy, znikły dreszcze, zmniejszyła się znacznie ilość płwociny, która przedtem dochodziła do 300 cm.³ na dobę, wystąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego i miejscowego, co potwierdziło porównawcze badanie rentgenologiczne, dokonane przed wstrzykiwaniem i po nich.

Józef Nusbaum.

KÜMMELL. Przyczyny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie operacyjne. (Archiv. f. Kl. Chir. t. CXXXIII).

Jak wiadomo, autor uznaje za przyczynę ataków dychawicy oskrzelowej nadmierną pobudliwość mięśni, zwięzających oskrzela. Z tego założenia wychodząc, K. stosuje jako środek leczniczy usunięcie zwojów szyjowych nerwu współczulnego w celu usunięcia powyższej pobudliwości.

Liczba osobników, operowanych przez Kümmella, wynosi 13, z tego 4 z dwóch stron. U wszystkich operowanych, z wyjątkiem jednego, napady natychmiast ustąpiły. U dwóch operowanych, u których zabieg był wykonany z jednej tylko strony, nawrót miał miejsce po 2 i 3 tygodniach. Reszta osobników operowanych wyzdrowiała. W przypadku 4-ym brak wyzdrowienia był uzależniony od niedostatecznego usunięcia głębokich zwojów.

J. Pomper.

Choroby narządów trawienia.

BURCHARDT. W sprawie usuwania obcych ciał z przełyku u dziecka za pomocą otwarcia żołądka. (Zblatt. t. Chir. Nr. 26, 1926).

U dziecka, mającego 3 lata i 9 miesięcy, zatrzymała się w przełyku połknięta 10-fenigowa moneta, której, pomimo

wszelkich prób, nie udało się przepchnąć do żołądka. Badanie rentgenowskie wykazało, że jej brzeg dolny znajduje się na wysokości górnego brzegu 6 kręgu grzbietowego. Z powodu stałego kurczu, a szczególnie objawów zapalnych ze strony przełyku, usunięcie monety zapomocą wziernika przełykowego było niemożliwe.

Autor, po otwarciu brzucha, naciął żołądek na długości około 5 cm. Po usunięciu zawartości żołądka, stopniowo rozszerzając małym palcem wpust, osiągnął do miejsca w przełyku, gdzie utknęła moneta, poczem zakrzywionymi szczypcami ją uruchomił i usunął. Dziecko wyzdrowiało.

J. Pomper.

DELORE, COMTE i LARRY. W sprawie kwotoków żołądkowych nieznanego pochodzenia. (Pr. Méd. Nr. 6, 1926).

W 2 przypadkach kwotoków żołądkowych jedynymi zmianami, stwierdzonymi podczas zabiegu, były nienormalne unaczynienia żołądka; liczne podwiązanie naczyń żołądkowych jest w takich przypadkach doniosłym środkiem leczniczym, który można uzupełnić zespoleniem żołądkowo-jelitowym w przypadkach dużego i opuszczonego żołądka.

Ze względu na charakterystyczny wygląd autorowie nazwali ten obraz anat.-pat. „żołądkiem unaczynionym pulsującym“.

J. Pomper.

SCHWARZ. Samorodne oraz pooperacyjne krwawienia żołądkowe i ich leczenie. (München. Méd. Woch. 1926, Nr. 3).

Autor przytacza dane statystyczne, przemawiające za wczesnym leczeniem chirurgicznym krwotoków żołądkowych. Przy krwawieniu przewlekłym radzi on kierować chorego do zabiegu — po uprzednim wypróbowaniu leczenia wewnętrznego. W przypadkach ostrych — należy chorego kierować do chirurga już w kilka godzin po rozpoczęciu się krwotoku, jeżeliby środki wewnętrzne zawiodły. Wczesna operacja jest rękojmią powodzenia. Wycięcie części żołądka daje najlepszy rezultat w krwotokach żołądkowych. W przypadkach ciężkich należy się zadowolić obkluciem wrzodu. — Bardzo często występują krwotoki żołądkowe po dokonaniu zespolenia żołądkowo-jelitowego. Należy to przypisać zbyt silnemu szarpaniu lub wyciąganiu i obmacywaniu żołądka podczas zabiegu chirurgicznego.

Frank.

STRAUSS. Pseudonowotworowa postać kiły żołądka. Linitis plastica. (Méd. Kl. Nr. 50, 1926).

Strauss przychylił się do zdania tych autorów, którzy twierdzą, że kiła żołądka jest chorobą rzadką. Kiła żołądka przejawia się przeważnie w 3 postaciach: jako zapalenie błony śluzowej, wrzód kiłowy żołądka, guzowata postać kiły. Szczególnie ostatnia postać jest trudna do różniczkowania od nowotworu złośliwego żołądka. Podobny przypadek opisuje Strauss: 52-letni pacjent zgłosił się do szpitala wskutek dolegliwości żołądkowych, w wywiadach dawno przeżyta kiła, Wassermann we krwi ujemny, w jamie brzusznej wyczuwalny opór wielkości pięści, nieco ruchomy, bolesny, po próbnym śniadaniu wolnego kwasu nie stwierdzono, ogólna kwasota 8. Badanie rentgenologiczne przemawiało za obecnością guza w żołądku. W wyniku badań rozpoznano złośliwy guz żołądka. Po pewnym czasie pacjent znów powrócił do szpitala, wskutek utrzymującego się dobrego stanu jego. powiązano niegdyś przeżyta kiłę z obecnym cierpieniem żołądka, a przeprowadzona kuracja przeciwiłkowa dała bardzo dobre wyniki subiektywne i obiektywne.

Dla rozpoznania kiły żołądka nie posiadamy dostatecznych kryteriów, i jedynie przebieg choroby oraz wynik leczenia swoistego mogą być miarodajne. Przeważnie stwierdza się brak wolnego kw. solnego (Haußmann), lecz obserwowano również przypadki z nadkwaśnością. Obraz rentgenologiczny nie daje nic charakterystycznego.

Kiła żołądka może przebiegać w postaci *Linitis plastica* (Buntón). Strauss podkreśla, że genetycznie tło tej postaci chorobowej bywa różne i że różne czynniki, powodujące odczyn zapalny, są przyczyną jej powstawania w zależności od indywidualnego rodzaju oddziaływania osobnika na dany bodziec.

(Przypadek kiły żołądka podobny do opisanego przez Straussa, opisałem w Nr. 6 „Warsz. Czas. Lek.“, 1925 r. przyp. sprawozd.).

M. Goldman senior.

PRIBRAM. Gastroenterostomia jako jednostka chorobowa. (Zbl. f. Chir. 5, 1926).

Autor jest zdania, że wszelkie dolegliwości, na które uskarżają się chorzy po gastroenterostomii, nie są zupełnie zależne od techniki operacyjnej i ew. błędów w nakładaniu zespolenia, lecz wyłącznie od źle funkcjonującej przetoki żołądkowo-jelitowej. Czas wystąpienia owych zaburzeń odpowiada czasowi wygojenia się sprawy chorobowej, która była wskazaniem do wykonania zespolenia; ogólnie można powiedzieć, że szybkość wystąpienia zaburzeń po gastroenterostomii jest w stosunku odwrotnym do wielkości zmian, stwierdzonych w żołądku. Za wskazanie do wykonania zespolenia autor uważa tylko niedrożność odźwiernika.

S. Grubstein.

BOAS. O niezycie błoniastym i śluzowym okrężnicy. Die Therapie der Gegenwart, 1926, Nr. 1).

Przed wojną światową nader często spotykane opisy przypadków cierpienia — *Colitis membranacea* oraz *C. mucosa* — są obecnie coraz rzadziej przedmiotem obrad naukowych, aczkolwiek charakter cierpienia oraz leczenie tegoż nie są jeszcze dostatecznie wyjaśnione. — Kobiety zapadają stosunkowo częściej. Cierpienie może przebiegać jednocześnie z innym schorzeniem jelita (zapalenie wyrostka). Częste lub systematyczne dodawanie do ławatyw mydła lub gliceryny może być przyczyną powstawania niezytu śluzowego okrężnicy. Boas zwraca uwagę na następujące 3 objawy cierpienia: 1) kolka jelitowa, 2) wydalenie tworzą błoniastego oraz 3) zespół objawów nerwowych. Leczenie: przepłukiwanie jelita, spokój, narkotyki. Przeciwwskazane są wszelkie środki przeczyszczające, natomiast B. jest wielkim zwolennikiem parafiny — (3 razy dziennie po 2 łyżki stołowe), jak i wogóle tłustych potraw. Ze środków farmaceutycznych — najlepsze rezultaty daje atropina.

Frank.

FLOSDORF. Wnioski z przypadku rozległego wycięcia jelita czczego. (Zblatt f. Chir. Nr. 29 1935).

Autor opisuje przypadek, w którym przed 3 laty po skrobance był zmuszony do wycięcia około 2 metrów jelita z powodu przedziurawienia tegoż. Otóż po 3 latach stan zdrowia pacjentki znacznie się zmienił na gorsze. Waga, pomimo dobrych warunków życia, znacznie się zmniejszyła. Stałe wzrastające osłabienie zmusiło ją do zaprzestania wszelkiej pracy. Chora ma wciąż dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Wszystkie te dane wskazują na obniżenie się ogólnego odżywiania po rozległych wycięciach jelitowych.

J. Pomper.

FAEHRMANN. W sprawie niedrożności jelit u wygotniałych. (Z. f. Chir. Nr. 29, 1925).

Nędza, panująca w Rosji, pozwoliła poznać cały szereg obrazów patologicznych, powstałych na tle głodu. Między innymi są opisywane przez chirurgów przypadki niedrożności, powstałe z powodu zbytnej ruchomości próżnych jelit, których krezka straciła prawie cały podkład tłuszczu, co ze swej strony usposobiło do skręcenia. Autor podaje szczegółowy opis 2 przypadków niedrożności jelit z inną modyfikacją co do sposobu jej powstania. W przypadkach tych nastąpiło uwężnienie pętli jelitowej w oczkach zmienionej sieci, która po zupełnym straceniu tłuszczu i wessaniu się nabłonka otrzewnego zmieniła się w zespolone ze sobą sznurki naczyńowe.

J. Pomper.

SOLIERI. W sprawie mesosigmoiditis fibrosa. (Policlinico, ser. chir. Zesz. 11, rocznik 31, w-g ref. Zentralorgan f. die ges. Chir., T. XXXI, zesz. 3).

Ostatnio z powodu pracy Leśniowskiego zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na powyższe cierpienie. Autor rozróżnia 4 typy *mesosigmoiditis fibrosa*. I typ z włóknistym ściąganiem u podstawy krezki, co doprowadza do wytworzenia się kształtu omegi (Leśniowski). II typ — ściąganie krezki esicy u nasady jelita. III typ — ściąganie w kierunku *lig. infundibulo-pelvicum* ze wzrostem z ostatnim (Solieri). IV — skurczenie krezki esicy w kierunku swej osi z przyrośnięciem na tylnej ścianie brzusznej.

Dane powyższe autor ilustruje całym szeregiem przypadków, wziętych po większej części z pracy Leśniowskiego.

J. P o m p e r.

PETRESCU i LAZARESCU. Wodniak wyrostka robaczkowego. (Pr. Méd. Nr. 69, 1925).

Autorowie podają opis rzadkiego przypadku wodniaka wyrostka robaczkowego ślepej kiszki. Opierając się na badaniu zawartości chemicznej płynu wodniaka, na budowie anatomo-patologicznej ścianki wogóle i śluzówki w szczególności, w związku z pochodzeniem embrjologicznym, P. i L. przychodzą do wniosku, że między wodniakiem pęcherzyka żółciowego oraz wyrostka istnieje identyczność w patogenezie oraz rozwoju tych obydwu spraw chorobowych.

J. P o m p e r.

FONIO. Wartość leukocytozy w zapaleniu wyrostka robaczkowego z punktu widzenia rozpoznania i rokowania (Schw. M. W. Nr. 34, 1925).

Na zasadzie dokładnie zbadanych 312 operowanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego autor przyszedł do następujących wniosków, dotyczących się obrazu krwi chorych: 1) zapalenie wyrostka przewlekłe: 6000 — 9.000 leukocytów z limfocytozą i często z eozynofilią; 2) zapalenie podostre: 8.000—9.000 z lekką polinukleozą; 3) w początku zapalenia: 8.000—11.000 z wyraźną polinukleozą bez eozynofilii; 4) w ostrym zapaleniu: 10.000 — 14.000; 5) w zgorzeli wyrostka lub ropniu: 10.000 — 28.000. W zapaleniu otrzewny przeważają liczby z ostatniej grupy. Lecz często stwierdzić można leukopenię, co się da wytłumaczyć stałym odczynem organizmu z powodu szybkiego zadziałania zakażenia lub też z powodu tego, że szpik kostny nie był zdolny do zareagowania. Lecz i w tych przypadkach można było otrzymać wyzdrowienie, ograniczając wstrząs operacyjny do minimum.

J. P o m p e r.

L. SEYBERTH. W sprawie zabezpieczenia kikuta wyrostka robaczkowego. (Zend. f. Chir. Nr. 45, 1925).

Wszystkie dotychczas stosowane odmiany sposobu zabezpieczenia kikuta wyrostka robaczkowego, polegające na wgłobieniu podstawy odciętego wyrostka do kątnicy — dają zupełnie dobre wyniki. — Zdarzają się jednakże przypadki, w których sposób ten nie daje się zastosować z powodu zbyt grubej lub niepodatnej tkanki kątnicy, wywołanej stanem zapalnym i zrostami. W przypadkach tych celem uniknięcia powstania przetoki kałowej autor wycina ze ściany brzusznej płat otrzewnowy prostokątny na szerokiej szypule, odwraca go, nakłada powierzchnią otrzewnową na miejsce odciętego wyrostka i przymocowuje kilkoma szwami do kątnicy. Płat winien być dostatecznie duży, aby bez napięcia pokrywał kątnicę. Defekt otrzewnowy w powłokach brzusznych daje się przeważnie w całości zeszyć.

Sposób ten dał autorowi dobre wyniki i nie wywołał ani razu powikłań.

P. G.

PICARD. Leczenie diatermją zwężeń, odbytnicy. (Zbltt. Chir. Nr. 31, 1925).

Trudne do wyleczenia zwężenia odbytnicy znalazły w diatermji dobrą metodę leczniczą. Jako elektrody używa się z jednej strony zgłębnika metalowego, sięgającego do miejsca zwężenia, z drugiej strony — szerokich tarcz, umieszczonych w okolicy podbrzusnej i krzyżowej.

Statystyka autora wynosi 16 przypadków, 14 z prawdziwym zwężeniem odbytnicy (u 5 był Wassermann dodatni), oraz 2 jako skutek ujemny po operacji hemoroidów. Tylko w 2 przypadkach nie było wyniku dodatniego: w jednym z powodu zwężenia po wycięciu raka odbytnicy, w drugim z powodu objawów niedrożności jelit, co zmusiło do wykonania kolostomji. Wszyscy inni chorzy wyzdrowieli, niektórzy z okresem więcej niż 3-letnim. W 2 przypadkach słabych nawrotów powtórne zastosowanie diatermji usunęło wszelkie dolegliwości.

J. P o m p e r.

GOLDENBERG. Szew autoplastyczny w leczeniu dość częstym przepuklin pachwinowych. (Pr. Med. Nr. 92, 1925).

Autor opisuje nową metodę Wainschenkera, dotyczącą materiału, używanego do szwów w plastyce przepuklin pachwinowych. Zamiast jedwabiu stosuje się bezpośrednio przy zabiegu wyrwane włókna rozciągnięta, nawlekane na igłę Reverdina.

Dodatką cechą tego sposobu jest unikanie pozostawienia obcego ciała, jakim jest jedwab, rozpuszczanie się zaś włókien tkankowych swoistych trwa kilka tygodni w odróżnieniu od ketgutu, który wysysa się nader szybko i wobec tego często powoduje nawroty. Statystyka autora dotyczy 125 przypadków przepuklin, operowanych sposobem Węglińskiego, przy zastosowaniu szwu autoplastycznego, z czego był tylko jeden nawrót pooperacyjny.

J. P o m p e r.

Choroby serca i naczyń.

GANTER. O ciśnieniu i jego zależności od szerokości naczyń oraz czynności serca. (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. B. 151. H. 5 — 6).

Autor uważa, że w rozpoznawaniu przyczyny nadciśnienia stanowiącemu zbyt mało uwagi poświęca się badaniu objętości pojedynczego tętna oraz tętna na minutę, czynniki te bowiem bardzo wyraźnie wpływają na stan ciśnienia krwi. Udało mu się to stwierdzić zupełnie przypadkowo podczas doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach, z doświadczeń tych wynika, że niezawsze zwężenie naczyń powoduje wzrost ciśnienia, albowiem ciśnienie może pozostać niezmienione pomimo bardzo znacznego zwężenia naczyń, a nawet wzrosnąć przy rozszerzonych naczyniach. Wytłumaczeniem tych zjawisk jest zachowanie się objętości tętna. Jedynie wówczas stan naczyń jest miarodajny w sprawie ciśnienia, o ile objętość tętna pojedynczego oraz na minutę nie ulega zmianie. Pomimo, że te doświadczenia dotyczyły zwierząt, to jednak autor uważa, że należy się liczyć z podobnymi możliwościami także w praktyce klinicznej. Na dowód przytacza przypadki miażdżycy z wyraźnymi zmianami w ścianach naczyń. — a pomimo to z normalnym ciśnieniem; w tych przypadkach musi, według autora, być zmniejszona objętość pojedynczego tętna. Tak samo nie wszystkim przewlekłym zapalnym cierpieniem nerek towarzyszy wzrost ciśnienia, chociaż wszelkie dane wskazywały na zwężenie naczyń krwionośnych: błądność skóry, stan dna oka i t. p.; widocznie i tutaj objętość tętna na minutę jest zmniejszona. Obok tych znane są także klinice przypadki wręcz odwrotne, kiedy rozszerzonym naczyniom towarzyszy wyraźne nadciśnienie t. zw. „czerwone nadciśnienie Vollharda”. Autor uważa, że powodem nadciśnienia w tych przypadkach jest jedynie zwiększenie objętości tętna. Chociaż w przeważnej liczbie przypadków nadciśnienie jest spowodowane przez wzrost oporów naczyniowych, to jednak należałoby je raczej rozpatrywać jako niestosunek oporów do objętości tętna.

G o l i b o r s k a.

LANGE. Kształt naczyń włosowatych w nadciśnieniu. (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. B. 152, H. 5/6).

Autor obserwował kształt naczyń włosowatych w 152 przypadkach nadciśnienia oraz w tyluż przypadkach cierpień, w których przebiegu ciśnienie zachowywało się prawidłowo. Według autora możnaby naczynia włosowate podzielić na określoną liczbę typów, a to ze względu na kształt, przebieg, długość i stosunek ramienia doprowadzającego do odprowadzającego. Prawidłowo przebiegające naczynia włosowate są równoległe do siebie i znajdują się w równej odległości od siebie, w warunkach chorobowych mogą przebiegać nierównoległe, a nawet się krzyżować.

Pod względem długości rozróżniamy kapilary długie, średnie i krótkie. Zwykle ramię doprowadzające jest nieco węższe od odprowadzającego żylnego, czasami jednak stosunki są odmiennie i tutaj są trzy możliwości: ramię doprowadzające może być zbyt wąskie, a odprowadzające zbyt szerokie, oba ramiona mogą być zbyt wąskie lub zbyt szerokie. Prawidłowe naczynia włosowate z kształtu, oglądane pod drobnowidzem, przypominają szpilkę od włosów o podwójnych ramionach, w przypadkach chorobowych mogą być mniej lub bardziej poskręcane, czasem znów obok naczyń włosowatych jest widoczny splot podbrodawkowy.

W przypadkach nadciśnienia wygląd naczyń włosowatych nie wiele odbiega od normy, są one jedynie nieco dłuższe i bardziej pokręcone, kształt zaś ich oraz stosunek ramion do siebie przeważnie zachowują się prawidłowo. Nie możemy zatem z badań kapilaroskopowych wnosić o nadciśnieniu.

G o l i b o r s k a.

WESTPHAL i BLUM. Leczenie nadciśnienia samoistnego rodanem oraz uzasadnienie tego leczenia. (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. B. 152 H. 5/6).

Według całego szeregu badań w 75% przypadków nadciśnienia samoistnego stwierdzono we krwi nadmiar cholesteroliny, skąd nasunęło się przypuszczenie, że cholesterolyna podnosi ciśnienie. Dalsze badania nad włóknami mięsnymi i ich otoczkami oraz cały szereg innych badań wykazał, że trwałość skurczu mięśnia zależy w pierwszym rzędzie od ilości cholesteroliny w jego otoczce. W myśl tych przypuszczeń stwierdzono, że włókna mięsne białe, szybko się kurczące i szybko ulegające zmęczeniu, zawierają mało cholesteroliny, wówczas gdy włókna t. zw. czerwone, których skurcz jest długotrwały, wykazują stosunki wręcz odwrotne. Cholesterolyna zatem za pośrednictwem mięśniówki średnich i drobnych naczyń krwionośnych, wywołując ich skurcz, podnosi parcie krwi. O ile nie we wszystkich przypadkach cholesterolynemji stwierdzono nadciśnienie, to widocznie z powodu dodatkowych zmian fizyczno-chemicznych. Według autora należy zatem zwalczać nadciśnienie środkami t. zw. „lipotropemii”, o działaniu wręcz przeciwnym do cholesteroliny. O tej grupy zalicza, obok całego szeregu innych środków, także jod i rodan, które uważa za najskuteczniejsze. Autor stosował rodan w rozmaitych przypadkach z dobrym skutkiem; pomijając przypadki nadciśnienia samoistnego, zwłaszcza pomyślny był wpływ tego leku na chorobę Raynaua, rozmaite skurcze naczyń, chromanie przestankowe, a nawet udało mu się w jednym przypadku dzięki rodanowi zapobiec zgorzeli. Dawkowania ostatecznie jeszcze nie ustalił. Duże dawki rodanu w postaci soli K, Na, NH_4 trzy razy dziennie po 0,5 gr., średnie $3 \times 0,2$ gr., małe, poczynając od $3 \times 0,1$ gr., kończąc na 0,05 gr. i mniejszych. Przeciwwskazanie do stosowania stanowią: zapalenie kłębuszków nerkowych, marskość wtórna nerek, czynne postacie gruźlicy oraz wszelkie sprawy zapalne.

Goliborska.

V. BERNUTH. Uwagi nad zachwianiem się naczyń włosowatych w krwawicze oraz w innych skazach krwiotocznych. (Arch. f. Kl. Med. B. 152. H. 5/6).

Autor przecinał naczynia włosowate według metody Magnusa przy pomocy specjalnego mikronożyka i oglądał je pod drobnowidzem. W warunkach prawidłowych naczynko włosowate natychmiast się zamykało, aby w przyszłości wogóle zaniknąć. Inaczej sprawa się ma w cierpieniach układu krwionośnego, którym towarzyszą objawy skazy krwotocznej. W tych przypadkach autor rozróżnia zasadniczo dwa rodzaje cierpienia: krwawiczkę o typowym dziedziczeniu się oraz cały szereg innych skaz krwotocznych. Otóż obserwacje powyższe wykazały, że w krwawiczkach naczynia włosowate po przecięciu zachowują się, jak w warunkach prawidłowych, wówczas gdy we wszystkich innych skazach krwotocznych po przecięciu pozostają szerokie i drożne.

Goliborska.

E. NEHLINGER. Stosunek schorzeń zapalnych i miażdżycowych zastawek do swoistego układu mięśnia sercowego. (Deutsch. Arch. f. Kl. Med. B. 152, H. 3 — 4).

Autor podaje w obszernym artykule wyniki badań sekcyjnych oraz histopatologicznych w przypadkach zespołu klin. Adamsa-Stokesa i dochodzi do następujących wniosków.

1. Najczęstszą przyczyną tego zespołu są wszelkie sprawy zapalne mięśnia sercowego oraz zapal. przyścienné wsierdza (*endocarditis parietalis*).
2. Na drugim miejscu, co do częstości wywoływania przerw w przewodnictwie, jest zapalenie wrzodziejące zastawek tętnicy głównej oraz miażdżycy wstępującej jej ścian.
3. Wobec przebiegu odnogi wspólnej pęczka Hisa poprzez pierścień ścięgnisty zastawek trójdzielnej, dwudzielnej i aorty, mogłyby także sprawy, toczące się na tych zastawkach, przechodzić na pęczek Hisa. Sprawy jednak zapalne w obrębie zastawki trójdzielnej są bardzo rzadko spotykane i nie mogą być brane pod uwagę. Zapalenie brodawkowe wsierdza zastawki dwudzielnej zwykle ogranicza się do wolnych jej brzegów, nie przechodząc na pierścień ścięgnisty, sąsiadujący z pęczkiem Hisa; jedynie zapalenie wrzodziejące tej zastawki może spowodować zespół Adamsa-Stokesa.

Na jeden jeszcze szczegół zwraca autor uwagę, że zaburzenia przewodnictwa w miażdżycy wstępującej tętnicy głównej mogą przez dłuższy czas przebiegać skrycie; wystarczy jednak chwilowe zwiększenie napięcia n. błędnego, czy to z powodu nagromadzenia się nadmiaru CO_2 (rozedma, zap. oskrzeli), czy też z innych powodów, aby spowodować nieoczekiwana przerwę w przewodnictwie i nagłe zejście śmiertelne. Odrębnie sprawa się przedstawia w zapaleniu wrzodziejącym wsierdza (druga najczęstsza przyczyna zespołu Adamsa-Stokesa), tutaj klinicznie zwykle mamy obraz ciężkiego ciężarzenia.

Goliborska.

WINTER. Krzywa ciśnienia krwi pod wpływem naświetlania lampą kwarcową. (Med. Klin., z. 42).

Oto wyniki badań autora:

We wszystkich przypadkach stwierdzono przy końcu naświetlania wyraźny spadek ciśnienia słupa krwi od 2 — 23 mm. Hg. (przeciętnie 9.1). Ten spadek utrzymywał się przez 5 — 30 min. i dłużej (przeciętnie 20') po ukończeniu naświetlania.

W 16 przypadkach był na początku naświetlania krótki wzrost ciśnienia 2 — 7 mm. Hg. Proporcji pomiędzy trwaniem naświetlania a stopniem widocznego skutku nie stwierdzono, jak również nie zauważono wyraźnej różnicy przy naświetlaniu po włączeniu wieńca Hagemanna. Na podstawie tych badań jasne jest, że krzywa ciśnienia przy naświetlaniu sztucznym słońcem jest zupełnie analogiczna do krzywych napięcia, otrzymanych w hydroterapii. Brak początkowego wzniesienia krzywej ciśnienia w niektórych przypadkach należy położyć na karb niedoskonałości aparatu.

Należy więc przyjąć, że przy naświetlaniu sztucznym słońcem zasadniczym i wybitnym efektem jest po krótkim wzniesieniu dość długie i dość znaczne obniżenie się ciśnienia krwi, na co w pierwszej mierze wpływa aparat naczyniowy.

K. Reich (Kraków).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Hans KRAHN. Odczyn śródbłonkowo-siateczkowy czy białaczka śródbłonkowo-siateczkowa (3-cia postać białaczki). (Deutsch. Arch. f. klin. Med. B. 152 H. 3/4).

Autor rozpatruje przerost układu śródbłonkowo-siat. w rozmaitych zakażeniach ustroju. Obraz kliniczny w tych przypadkach wykazuje przeważnie powiększenie gruczołów chłonnych, śledziony, wątroby, zmiany w szpiku kostnym, w krwi wybitną monocytosę, liczba zaś białych ciałek zachowuje się rozmaicie.

Septycznie stwierdzono w powyżej wyszczególnionych narządach rozrost układu siateczkowo-śródbłonkowego. Dokładne badania drobnowidzowe przemawiają, według autora, za powstawaniem monocytów z komórek siateczk.-śródbł. Powyższy zespół kliniczny autor nazywa „odczynem śródbł.-siateczk.”

Podobne postacie chorobowe były opisywane przez Reschard-Schillinga, Fleischmanna i innych; autorzy ci jednak uważali je za 3-cią postać białaczek, białaczkę śródbł.-siateczk., a nawet rozróżniali, jak w białaczkach, dwie jej odmiany: leukemiczną i aleukemiczną.

Autor stanowczo występuje przeciwko wyróżnianiu 3-ciej postaci białaczki, wypowiadając się, za istnieniem jedynie przemijającego odczynu śródbł.-siat. ustroju, analogicznego do odcz. limfatycznego i szpikowego.

Stanowisko swe popiera następującymi uwagami:

1. Przedewszystkiem w żadnym z opisywanych przypadków nie mamy do czynienia z samoistnym, chorobowym bujaniem układu śródbł.-siateczk., gdyż istotą sprawy zawsze było zakażenie ustroju (zap. migdałków, powolne zap. wsierdza lub inne).
2. W jednym z przyp., opisywanym klinicznie jako 3 postacie białaczki, badanie drobnowidzowe wykazało jednocześnie bujanie dwóch układów: śródbł.-siateczk. oraz szpikowego; takie połączenie postaci białaczek dotychczas nie było spostrzegane.
3. Pochodzenie monocytów, jako odrębnej morfologicznej postaci krwi, nie jest jeszcze ostatecznie stwierdzone.

Goliborska.

I. ZADEK. W sprawie patogenety choroby Vaqueza (Deutsch. Med. Woch., Nr. 35, 1926).

W chorobie Vaqueza nie spotykamy zmniejszonego rozpadu krwi. Przeciwnie, znajdujemy prawie zawsze objawy wzmoczonego rozpadu (hyperbilirubinemię, hyperkoprocholię, hemosiderozę wątroby, erytrocytofagię w śledzionie). Nadkrwistość powodowana

jest przede wszystkim zwiększoną liczbą dojrzałych krwinek; natomiast zmniejszona jest liczba ciałek białych, spośród których zawsze są niedojrzałe postacie wielojądrowe.

Wyrazem nadczynności szpiku kostnego jest znaczne jego przekrwienie i wzmożona liczba normoblastów w samym szpiku.

Przy wzmożonej wytwórczości krwi przedostają się do krwioobiegu. tylko postacie dojrzałe ciałek czerwonych, gdy leukocytyr wydostają się ze szpiku i w formach niedojrzałych. We krwi naczyń obwodowych nie udaje nam się pochwycić objawów zwiększonej erytropoezy, gdyż nasze sposoby badania dotyczą postaci niedojrzałych, istota zaś choroby *Vaqueza* polega na wzmożonym wytwarzaniu form dojrzałych.

M. Goldman junior.

MORAWITZ. O mechanizmie ustania krwawień (Deutsch med. Woch., Nr. 33, 1926).

Zatrzymanie krwawienia jest zjawiskiem złożonym, w którym krzepliwość występuje jako czynnik nie najważniejszy. Znamy sprawy chorobowe zależne przeważnie od zmian w krzepnięciu krwi (krwawiczka). Jednakże w wielu skazach krwotocznych skłonność do krwawień tłumaczy się niedostatecznym wytwarzaniem zamykającego uszkodzone naczynie krzepu płytkowego, który autor uważa za pierwszy etap krzepnięcia. W małopłytkowości brak tego krzepu ma tłumaczyć wydłużenie czasu krwawienia. W niedokrzepliwości (krwawicze) mimo złego krzepnięcia powstaje wiotki krzep płytkowy, zamykający drobne naczynia (czas krwawienia jest normalny), nie wystarcza jednak do samodzielnego zatrzymania krwawień z dużych naczyń.

Operacyjne usunięcie śledziony, utrzymująca się następnie małopłytkowość, jak i zatrzymanie krwawień, wskazują, że krzepliwość i zdolność tworzenia krzepu płytkowego nie wystarczają do ujęcia mechanizmu ustania krwawień.

Autor podkreśla znaczenie czynnika naczyniowego.

Badania *Perzoga*, przeprowadzone na języku żaby, wykazały, że uszkodzenie naczyń włosowatego powoduje szybkie sklejenie się ścian przylegających, zapobiegające występowaniu krwi z naczyń. Odczyn ten nie wystarcza do zatrzymywania krwawienia z drobnych żył i tętnic. Pozatem w miejscu uszkodzenia naczyń włosowatego powstaje zastój, i to nie tylko w obydwu końcach, ale i w naczyniach doprowadzających, co się odbywa prawdopodobnie na drodze odruchu, zatrzymującego dopływ krwi do miejsca uszkodzonego.

Te dwa ważne mechanizmy umożliwiają naczyniom współdział w tamowaniu krwawień.

Autor, wraz z *Naegelim*, uzależnia cały szereg krwawień z nosa, ginekologicznych o nieznanym pochodzeniu — wyłącznie od zmian naczyniowych anatomicznych względnie czynnościowych, które mogą mieć znaczenie, jeśli nie dla uporczywości, to dla występowania samodzielnego krwawienia, jak np. w plamicy *Henoch-Schönleina*, szkorbutcie, chorobach zakaźnych, gdzie obraz krwi może nie przedstawiać żadnych odchyśleń od normy.

Praktycznie duże znaczenie mają zmiany we krwi i naczyniach dla zabiegów operacyjnych. Największe niebezpieczeństwo zabiegu istnieje u chorych z zaburzeniami krzepliwości. Wydłużony czas krwawienia, jak i zmiany naczyniowe rzadziej są przyczyną krwawień następnych.

M. Goldman junior.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

KATSCH i STAN. W sprawie alkaptonowego zaburzenia przemiany materji. (Deutsch. Arch. f. Kl. Med. B. 151, H. 5 — 6)

Katsch zauważył, że u osób, posiadających w zwykłych warunkach kw. homogentynowy w moczu. (t. zw. alkaptonurja), ciało to znika z chwilą zjawienia się w moczu acetonu; to mu nasunęło cały szereg przypuszczeń co do istoty powyższego zaburzenia przemiany materji. Jedną z dawniejszych teorii głosiła, że powodem alkaptonurji ma być wrodzony brak pewnego zaczynu, inni natomiast utrzymują, że aminokwasy aromatyczne: tyrozyna i fenylalanina są przetwarzane w przypadkach alkaptonurji na kw. homogentynowy, w okresie zaś acetonurji przemiana tych związków odbywa się w odmienny sposób, i to znów z powodu braku pewnego zaczynu. Spostrzeżenia autora obalają pierwsze przypuszczenie. trudno bowiem sobie wyobrazić, aby zaczyn, którego brak od urodzenia, miał się zjawiać w głodzie, gorączce i t. p. stanach. w tych bowiem warunkach zjawia się aceton w moczu. *Garnier i Voirin* wystąpili

z teorią, że kw. homogent. jest pośrednim produktem w przemianie materji tyrozyny i fenylalaniny, także i w prawidłowych warunkach, z tą tylko różnicą, że u osób z zaburzeniem alkaptonowym dalsza przeróbka tego kwasu się nie odbywa. Teoria ta posiada najwięcej zwolenników. Autorzy nasi zgadzają się z tem przypuszczeniem, twierdzą jednak, że przemiana tyrozyny i fenylalaniny niekoniecznie musi przejść poprzez etap kw. homogentynowego, istnieje bowiem, wedł nich, cały szereg innych sposobów przemiany tych aminokwasów, i tylko bliżej nieznane czynniki wpływają na przewagę tego lub innego sposobu. Za tą możliwością przemawia także i ta okoliczność, że ilość kw. homog. w alkaptonurji niezawsze odpowiada ilości spożytych związków macierzystych tej substancji, jest natomiast daleko mniejsza.

Drugą sprawą, budzącą wiele nieporozumień, było rozstrzygnięcie kwestji, dlaczego kw. homogent. nie jest ostatecznie spalany. *Gross* twierdzi, że przyczyną tego zaburzenia jest brak zaczynu w surowicy odpowiednich osobników. Doświadczenia swoje wykonywał w ten sposób, że dodawał kw. powyższy do surowicy osób zdrowych oraz osób z zaburzeniem alkaptonowym: otóż u tych ostatnich wykazywał obecność tego kw. w surowicy po upływie 24 godz. w ilości niezmiennionej. *Katsch* natomiast nie zgadza się zasadniczo z tem: przypuszczaniem, twierdzi on bowiem, że zmniejszona ilość kwasu w surowicy osobników zdrowych należy tłumaczyć zwykłym utlenianiem się tego związku przez tlen powietrza, tak samo bowiem znikał kw. homogent. z wody destylowanej, która przeciw żadnym zaczynom nie posiada, jak również pozostawał niezmienniony w otoczeniu beztlenowym, także i w surowicy osób zdrowych. Według autora, kwas ten utlenia się na ciało bezbarwne oksyalkapton, wystarczy jednak dodać najmniejszą ilość zasady, aby ono natychmiast ściemniało. Stąd wniosek, że osoby z zaburzeniem materji alkaptonowej cechuje nie brak zaczynu, a raczej obecność pewnego ciała w surowicy, które hamuje proces utleniania. Ciało to jest bliżej nieznane; o ile wiemy, że alkaptonurja znika w acetonemji, to możliwe są dwie ewentualności: 1) albo przemiana tyrozyny i fenylalaniny w tym przypadku nie idzie poprzez kw. homogent, albo 2) ciało, hamujące utlenianie kw. tego, jest unieszkodliwione w warunkach kwasowych.

Goliborska.

E. HEDON. Kwasica i śpiączka cukrzycza u psów, pozbawionych trzustki. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 21, 1925).

Objawy charakterystyczne dla śpiączki cukrzyczej, tak jak się je spostrzega u człowieka, nie występują wyraźnie w zwykłych warunkach u psów, pozbawionych trzustki, choć zwierzę wydziela czasem znaczne ilości ciał acetonowych. Typowe objawy kwasicy i śpiączki można wywołać w sposób wybitny u psa, pozbawionego trzustki, gdy po pewnym czasie leczenia insuliną zaniechamy jej stosowania w ciągu kilku dni.

Autor opisuje psa, który po operacji usunięcia trzustki, był leczony insuliną i w ciągu roku czuł się doskonale. Gdy przzerwano zastrzyki, pies na 6-ty dzień zapadł w typową śpiączkę cukrzyczą. Zastrzyki insuliny, wznowione na drugi dzień, usunęły hyperglikemję i glikozurję, ale nie wywołały żadnej poprawy stanu ogólnego. Zwierzę było w agonji. Badanie krwi wykazało, że rezerwa alkaliczna osocza spadła do 11 na 100 (norma 40 na 100). Zastosowano wówczas dożylnie zastrzyki dwuwęglanu sodu, które, po pierwszym zastrzyku, dały poprawę przemijającą, w drugim efekt również był dobry, lecz przelotny, natomiast zastrzyk trzeci spowodował prawdziwe zmartwychwstanie: zdychający pies podniósł się o własnych siłach, zaczął chodzić i jeść. Pod wpływem dużych dawek dwuwęglanu sodu i insuliny pies bardzo szybko wrócił do swego poprzedniego stanu doskonałego zdrowia.

To samo doświadczenie powtórzono jeszcze raz. Tym razem nie czekali na tak wybitne zakwaszenie, jak poprzednio, i, gdy zasób zasad spadł do 19 na 100, wznowiono zastrzyki insuliny: wówczas wystarczyło podawanie dwuwęglanu sodu przez usta, aby psa uratować.

Zmiany moczu w tych doświadczeniach były następujące. W pierwszych dniach po zaprzestaniu insuliny występuje poliurja z dużą ilością cukru, kwas octoowy wybitnie dodatni, ilość acetonu i kwasu betaoksymasłowego niewielka.

W drugim okresie przy pierwszych objawach kwasicy mocz staje się mętnym od wałeczków ziarnisto-tłuszczowych i licznych wolnych ziarenek tłuszczowych.

W trzecim okresie wybitnej kwasicy do lipurji dołącza się białkomocz. stwierdza się obecność hemogloburji i bilirubinurji, jednak bez reakcji *Haya*; ilość cukru się zmniejsza. W okresie

tym osocze krwi jest silnie zabarwione hemoglobina. Powstaje więc w tym okresie wybitna hemoliza z jej skutkami.

Z chwilą, gdy zwierzę wraca do stanu prawidłowego, opisane zmiany moczu stopniowo, lecz całkowicie ustępują. Wszystkie te zaburzenia metabolizmu w obu dokonanych doświadczeniach nie pozostawiły żadnego trwałego śladu, i pies odzyskał doskonały stan zdrowia. Dowodzi to, że jego narządy są zdrowe, i że lipurja z wydzieleniem wałeczków ziarnisto-tłuszczowych nie przedstawia objawu tak ciężkiego, za jaki się go naogół uważa, gdyż jest zaburzeniem czynnościowym.

Obecnie pies po tych dwóch doświadczeniach zakwaszenia, z których pierwsze było niesłychanie silne, znajduje się w 18 miesięcy po operacji usunięcia trzustki w doskonałym stanie zdrowia i odżywiania.

J. Typograf.

André CHOAY. O trwałości insuliny. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 3, 1926).

Badania autora nad zachowaniem przez insulinę jej właściwości obniżania poziomu cukru we krwi wykazały, że insulina, czy to w postaci stałej, czy też w roztworze, jest w stanie zachować bez znacniejszego zmniejszenia swe działanie hypoglikemiczne w ciągu blisko dwóch lat.

J. Typograf.

B. A. HOUSSEY i A. CISNEROS. Wrażliwość psów pozbawionych tarczycy, ich wrażliwość w stosunku do insuliny. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 28, 1925).

Autorzy badali na psach pozbawionych tarczycy ich wrażliwość w stosunku do insuliny i stwierdzili, że poziom we krwi opadał u nich cokolwiek szybciej i dochodził do poziomu nieznacznie niższego oraz wznosił się znacznie powolniej, niż u psów kontrolnych.

J. Typograf.

J. BAUER. O stosowaniu salirganu i nowazurołu w przypadkach oligurji nawykowej. (Kl. Woch. Nr. 29, 1926).

Oligurja nawykowa jest jako jednostka chorobowa przeciwstawieniem poliurji nawykowej, czyli moczożce prostej. Autor odróżnia następujące postacie omawianego zachorzenia:

1) Oligurja konstytucjonalna pierwotnie nerkowa. Dotyczy ona ludzi, których nerka jest nastawiona na bardzo wysoki przeciętny ciężar gatunkowy moczu. Chorzy tacy mogą wydzielać znajdujące się w moczu produkty przemiany materji jedynie w roztworze stężonym, czyli że dla ich wydzielenia przez nerki potrzebują mało płynu.

2) Konstytucjonalna pierwotna oligodipsja. W przypadkach takich ilość moczu jest zmniejszona wtórnie wskutek pierwotnie zmniejszonego pragnienia.

3) Oligurja na podstawie zatrzymania wody w tkankach. W tych postaciach tkanki okazują szczególnie duże powinowactwo do wody, a zwłaszcza obfite pokłady tłuszczu takich przeważnie otyłych ludzi zatrzymują znaczne ilości wody. Drugą grupę tej postaci przedstawiają chorzy z rozlaniami mięsziowemi zachorzeniami wątroby.

4) Oligurja wskutek zatrzymania soli w tkankach. Jest to po raz pierwszy opisana przez Jungmanna osobliwa postać zaburzenia solnej przemiany materji, polegająca prawdopodobnie na uszkodzeniu określonego ośrodka nerwowego na podstawie trzeciej komory. Oddzielną postać wśród tych przypadków przedstawiają chorzy, u których duże pokłady tłuszczu zawierają znaczne ilości zatrzymanej soli i wody. U tych chorych w przeciwstawieniu do grupy poprzedniej nie stwierdza się właściwych obręzków. Jungmann nazywa tę postać chorobową hydrolipomatozą.

Pod względem leczenia w wszystkich przypadkach odtuszczenia z oligurją i zatrzymaniem soli wchodzi na pierwszym planie w rachubę odwodnienie za pomocą salirganu lub nowazurołu (oczywiście jednocześnie z ograniczeniem dowozu soli i wody). Terapię tę można stosować naprzemiennie z krótkimi okresami podawania preparatów tarczycy.

W ten sposób udaje się w krótkim czasie zmniejszyć w znacznym stopniu wagę ciała. U jednej chorej np. z odtuszczeniem, oligurją i zatrzymaniem soli diureza dobowa po domięśniowym zastrzyku 1 cm³ salirganu podniosła się z 8 gr. do 26 gr., waga zaś ciała obniżyła się w przeciągu 24 godzin o 2,7 kg. W innym przypadku z ogólną hydrolipomatozą, który zachowywał się całkowicie opornie w stosunku do najróżnorodniejszej uprzednio stosowanej terapii, udało się dopiero dzięki salirganowi i nowazurołowi obniżyć wagę ciała w stosunkowo krótkim czasie o przeszło 20 kg.

J. Typograf.

J. DALSACE i CH. O. GUILLAUMIN. Wpływ kastracji jajników na metabolizm wapnia i fosforu. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 33, 1925).

Autorzy badali poziom wapnia i fosforu we krwi u kobiet przed operacją usunięcia jajników i po dokonaniu zabiegu. Na 5 chorych u 4 stwierdzili wyraźne zmniejszenie się kalcemji po zabiegu oraz u 3 znaczne obniżenie uprzednio spostrzeganej hyperfosfatemji.

Wobec wzajemnej zależności poziomu wapnia i fosforu we krwi i ich ilości w ustroju stwierdzone pooperacyjne obniżenie P i Ca potwierdza istniejącą hipotezę, że pewne bóle kostne i mięśniowe, występujące po kastracji jajnikowej, zależą od braku wapnia i fosforu w ustroju.

J. Typograf.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

BUSCHKE, LANGER, SCHAYER. O epilacji w chorobach włosów przy pomocy Thallium. (Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 20).

Przypadek dotyczy 6-letniego chłopca, który zgłosił się z powodu liszaja wyłysiającego uwłosionej skóry głowy (Mikrosporja). Zastosowano 4 mg. octanu Thallium na kilo wagi (dawka normalna, wywołująca wypadanie włosów wynosi 8 mg. na kilo wagi), oraz naświetlanie promieniami Roentgena po 1/3 HED przy 1/2 mm. Al. w dwóch seansach. Jest to również dawka znacznie mniejsza od normalnie używanej w tym celu (4/5 HED przy 1/2 mm. Al.). Po 16 dniach włosy zupełnie wypadły, z wyjątkiem małego pasemka w okolicy czoła. Thallium, jak wykazały badania, działa na układ współczulny, włosy zaś, znajdujące się na granicy czoła, należą do tak zwanych włosów dotykowych (Sinnshaare), te zaś są unerwione przez nn. twarzowy, trójdzielny i łokciowy.

Metoda ta jest pod tym względem wygodna, iż, stosując jednocześnie Thallium i promienie Roentgena, można chorego naświetlać dawką niższą od zwykłej epilacyjnej, przez co unikamy z jednej strony szkodliwości, powstających u ludzi specjalnie uczulonych na promienie Roentgena, z drugiej zaś strony wyżej wymieniona niewielka dawka Thallium jest dla zdrowia pacjenta absolutnie nieszkodliwa. Większe dawki Thallium, jak wykazały doświadczenia Sabouraud i innych autorów, wywołują zahamowanie wzrostu u zwierząt, zmiany krzywicze, niemoc płciową oraz zaćmę.

B. Gelbfisz.

MAS-ON P. Znamiona barwnikowe, guzy nerwowe. An. d'anath. path. Nr. 5, T. III, 1926, str. 417—458; Nr. 7, T. III, 1926, str. 657—696).

Opierając się na pracy Soldana z 1899 roku, który uważał znamiona barwnikowe za neurowłókniaki, Masson przedsięwziął cały szereg badań histopatologicznych, aby udowodnić tę tezę.

Rozpoczął od badania znamion skóry uwłosionej i wykazał, że znamiona te są zbudowane stale według jednego i tego samego typu: w głębi przebiegają włókna rdzenne, które, tracąc myelinową osłonkę, rozgałęziają się i gubią wśród pasm komórek o wyglądzie wstążkowatym. Te ostatnie tworzą sploty, których budowa — im bliżej powierzchni — tem bardziej staje się zawiłą. Komórki tworzą coś w rodzaju zespólni, którą autor ze względu na wygląd nazywa zespólnią splotową. Są to według Massona bujające komórki ostonki Schwanna. Wśród pasm, szczególnie w warstwach bardziej powierzchniowych można odnaleźć liczne „ciałka znamienia“, przypominające zupełnie swą budową ciała dotykowe Wagner-Meissnera. W pobliżu nabłonka w skórze właściwej, znajdując się skupienia komórek, które autor uważa również za neuropodochne, gdyż znajdował cały szereg postaci przejściowych pomiędzy nimi, a leżącymi niżej pasmami. Wśród tych komórek również można znaleźć liczne włókna nerwowe. W samym nabłonku pokrywającym zwraca uwagę znaczna liczba komórek Langerhansa, komórek jasnych i komórek znamienia. Są to wszystko komórki nerwowe; jeden z najprymitywniejszych typów zakończeń nerwowych, jak komórki Merkel-Ranvier. Różnorodny wygląd zależy od okresu czynności, gdyż są to komórki twórcze.

Dochodzi więc Masson do wniosku, że znamiona są to twory nerwowe; ubarwienie ich jest zjawiskiem wtórnym, zależnym od zmian w nerwach.

Aby udowodnić, że wszystkie znamiona posiadają charakter jednakowy, autor badał wszelakiego rodzaju znamiona. Doszedł on do zupełnie analogicznych wyników, jak w swych badaniach nad znamionami skóry uwłosionej. Minowicie, w skład ich wchodzi liczne komórki *Langerhansa*, komórki znamienia i zespólna spłotowa; elementy te są połączone z nerwami rdzennymi. Wrodzone plamy barwikowe, w których znajdują się tylko komórki *Langerhansa* w znacznej liczbie, są punktem wyjścia znamion. Przekształcanie się odbywa się w taki sposób, że zaczynają bujać w kierunku skóry właściwej komórki *Langerhansa*, równocześnie zaś w głębszych warstwach skóry zjawiają się zespoły komórek, przypominające zespólnie spłotową.

Cały szereg zjawisk przemawia za pochodzeniem nerwowym wszelakiego rodzaju plam barwikowych: tak — występowanie tych ostatnich w chorobie *Recklinghausena* oraz w przewlekłych drażnieniach skóry, czy to przez rozwijające się nowotwory, czy przez nacieki zapalne, uciskające lub rozczłonkujące nerwy.

A. Siedlecka.

S. B. BRÜNAUER. Leczenie róży światłem pozafiołkowym. (Med. Klin. 1924, Nr. 48).

Rozwój nauki o leczeniu światłem, zwłaszcza kwarcowym, dostarczył wiele materiału doświadczalnego, stanowiącego już dzisiaj niejako odrębny dział lecznictwa, odnośnie zaś do leczenia róży wskazał, jak i w innych sprawach chorobowych wiele nowych dróg.

Stosowano z początku światło czerwone, promienie *Roentgena* w silniejszych dawkach, z kolei światło kwarcowe, któremu już to przypisywano względnie odmawiano pozytywnych wartości leczniczych.

W międzyczasie *Heller* oparł stosowanie nasilenia światła na ściślejszej podstawie, a mianowicie na reakcji określonego roztworu chemicznego pod wpływem oznaczonego natężenia światła kwarcowego.

Nasświetla się 25 cm³ 1% roztworu jodku potasu, 5,3% roztworu kwasu siarkowego, 6—8 kropli 1% skrobi i 1 cm³ 1/400 roztworu tiosiarczanu sodowego — zawartych w naczyniu szklanym o przekroju 5 cm², a zawartości 100 cm³ w połowie odległości zwyczajnej, a w kręgu promieni o średniej objętości — aż do wystąpienia błękitnej barwy.

Czas potrzebny do tego jest jednostką światła kwarcowego (JSK), czyli przeciętną dawką potrzebną do wywołania pierwszego zaczerwienienia u osobnika o prawidłowej wrażliwości skóry.

Jest to miara schematyczna, za pośrednictwem której można było ustalić odległość 50 cm. przy długości 1.20 min. — jako normę przy leczeniu róży.

Nasświetlaniu podlegały przybrzeżne części zmienionych miejsc tudzież i bezpośrednio do nich przylegające odcinki skóry zdrowej, części centralne miejsc zapalnych zasłaniało się czarnym papierem, pozostałe zwyczajnie opaskami.

Jeżeli róża zajmuje jednocześnie kilka miejsc np. na głowie, obu połowach twarzy — to nasświetla się każde miejsce z osobna.

Poczynając od jednostki światła kwarcowego przedłużało się w następnych dniach, co ½ min. (Do złagodzenia całkowitego zaczerwienienia nadają się kwaśny octan glinowy lub roztwór wody borowej).

Spadek temperatury i ustąpienie objawów występowały mniej więcej równocześnie, wyleczenie przypadało w największej liczbie w połowie czasu leczenia — aż wreszcie do ostatniego dnia.

Pierwsze 2 dni leczenia dały w około 80%, ustąpienie temperatury i objawów, dalsze, t. j. po 5 — 6 dniach wyleczenie w 60%.

O ile idzie o stronę teoretyczną opisanego wpływu światła kwarcowego, to tłumaczenie działaniem przeciwbakteryjnym wzgl. przeciwtoksycznemu nie wytrzymuje krytyki pomimo niektórych przypuszczeń, zwłaszcza takich, jak co do osłabienia substancji toksycznych. Tu raczej zaważa sama temperatura, t. j. wpływ długich promieni.

Dośćdatnie wyniki tego leczenia skłaniają prędzej do przypuszczenia, że działanie to polega na ogólnym wpływie na ustrój, a więc w szczególności na przemianę materji, ewentualnie na wzmoczeniu wytwarzania ciał odpornościowych. Dalej *Carl* przyjmuje wpływ światła na przybłonki kapilarów zawartych w brodawkowej warstwie skóry, co spowodować w swem następstwie czynne przekrwienie. Przeprowadzono też analogję z działaniem pozajelitowo wprowadzanego białka, wreszcie przyjmowano hiperleukocytozę i t. p.

Ostatnie badania nad stanem koloidalnym protoplazmy komórkowej rzuciły już nieco więcej światła w tym kierunku. Stwierdzono (*Heller*) zmianę pod wpływem światła kwarcowego roztworu koloidalnego o dużej dyspersji na roztwór małodrobinowy,

zwiększenie się ilości globulin kosztem albumin, a nadewszystko wpływ na fermenty, jako jedne z tych ciał koloidalnych, które odgrywają dużą rolę w przemianie materji. One to ulegają uszkodzeniu pod silniejszym zadziaływaniem światła pozafiołkowego.

Możliwym jest zatem, że przy leczeniu róży te właśnie fermenty zostają osłabione, czyli wyprowadzone niejako z optimum swych warunków biologicznych, w jakich się wtedy znajdowały — co oznacza innemi słowy upośledzenie podłoża dla egzystencji swoistych bakterij, warunkujących właśnie istnienie danej sprawy chorobowej.

Do tych samych wyników dochodzi *Hesse*, stosując promienie *Roentgena*. Pomiędzy obydwoma metodami zachodzi pewnego rodzaju paralelizm, tylko, że stosowanie lampy kwarcowej jest prostsze w użyciu i naogół przystępniejsze.

J. Bleiweis (Kraków).

KRIKORIAN Leczenie szankra miękkiego i jego powikłań zapomocą szczepionki *Nicollea*. (Paris Médical Nr. 41, 1926).

Autor zwraca uwagę na skuteczność działania szczepionki *Nicollea* zarówno we wrzodzie miękkim, jak i w jego komplikacjach. Szczepionka powyższa jest emulsją bakcyli *Ducroya*, zawierającą w 1 cm³ 225 milionów ciał mikrobowych. Wstrzykiwać należy wyłącznie dożylnie, gdyż wprowadzone podskórnie mogą wywoływać w miejscu zastrzyknięcia powstanie szankra.

Jedyną ujemną stroną tej wacynoterapii jest gwałtowna reakcja ogólna, która występuje mniej więcej w 2 godz. po wstrzyknięciu (niekiedy jeszcze wcześniej) i która przejawia się w silnych dreszczach, podniesionej do 40—40,5 ciepłocie, objawach subiektywnych, niekiedy wymiotach. Ta reakcja występuje po każdym zastrzyku. Po pierwszym jest bardzo gwałtowna i trwa od 12 godz. do 3-ch dni, zmuszając chorego do przerwania pracy. Po następnych — jest słabsza i trwa od 5 — 10 godz. Złych następstw przytem nie spotrzegano.

Józef Nusbaum.

W. ROBITSCHENK. O właściwościach moczopędnych związków bizmutowych. (Med. kl. Nr. 27, 27, 1926).

Autor zastosował zastrzyki domięśniowe przetworów bizmutowych, używanych w leczeniu przyniotu, dla wywołania diurezy w przypadkach silnych obrzęków skóry i jam ustroju, w których żadne środki moczopędne nie dawały efektu. W niektórych przypadkach wynik był bardzo dobry. Dzienna ilość wydalanego moczu wynosiła 3100 ccm., nawet 4900 ccm., obrzęki ustępowały. Chorzy traciли na wadze 7,5 — 10,5 kg. Najlepszy efekt leczniczy osiągnano w tych przypadkach, gdzie cierpienie rozwinęło się na tle przyniotu, lecz nawet u tych chorych, u których nie było żadnych danych, wskazujących na przyniot, działanie moczopędne soli bizmutowych było również bardzo silne. Działanie moczopędne przetworów bizmutowych stwierdził autor u 19 chorych ze znacznymi obrzękami; z nich u 13 chorych zakażenie kilowe było dowiedzione lub prawdopodobne. Silna diureza występowała dopiero po kilku zastrzykach, a nie po pierwszym. W ograniczonej liczbie przypadków sole bizmutowe zawiodły, nie zwiększając diurezy. Szkodliwego wpływu bizmutu na nerki autor nie stwierdził, raczej działanie to było lecznicze u 3 chorych z białkomoczem, epitelurją i cylindrurją.

S. Gelbfisz.

Choroby kości i stawów.

BESSON et EHRINGER. Rozpoznawanie zapalenia stawów pochodzenia czerwonkowego. (Paris Médical Nr. 44, 1926).

Autorzy zwracają uwagę, iż podawane cechy artropatii pochodzenia dysenteryjnego, a mianowicie: powstawanie tych spraw w okresie rekonwalescencji, łagodność przebiegu i brak zaatakowania serca nie posiadają wartości realnej. Badania, przeprowadzone na chorych, dotkniętych cierpieniem stawów pochodzenia dysenteryjnego, wykazały, iż płyn stawowy, otrzymany drogą nakłucia stawowego był mętny, mikroskopowo stwierdzono brak drbnoustrojów i formułę wielojądrzastą. Nazajutrz po odstawieniu i oddzieleniu włóknika otrzymany płyn był jasny, aglutynował bakterje *Shiga* i *Flexnera*, nie wykazywał zupełnie aglutynacji bakterij *Hissa*, nie aglutynował też bakterij okrężnicy, otrzymanych z kału.

Badania na chorych z cierpieniami stawowymi pochodzenia nieczerwonkowego wykazały w płynie stawowym zu-

pełny brak zdolności aglutynacyjnej bakterij Shiga i Flexnera lub co najwyżej w rozcieńczeniu 1:50.

Józef N u s b a u m.

MARFAN. Objawy i zaburzenia, towarzyszące zniekształceniom kostnym w krzywicy. (Paris Médical Nr. 45, 1926).

Wśród zaburzeń, towarzyszących zniekształceniom kostnym w krzywicę, prawie stale spotykamy: nabrzmienie narządów limfoidalnych, anemię i pewne zmiany w składzie mineralnym krwi oraz zmniejszenie napięcia mięśniowego. Tworzą one wraz z deformacjami kostnymi syndrom krzywicy. Inne zaburzenia spotykane są rzadziej, prawie wyjątkowo, lecz zdarzają się one jedynie u osobników krzywiczych, a mianowicie: stan grasiczo-limfatyczny, anemia śledzionowa rzekomo—białackkowa, tężyczka i katonja.

Józef N u s b a u m.

BREITLAENDER. Przyczynek do nauki o schorzeniach stawowych kręgosłupa w wiądzie rdzenia. (Arch. f. klin. Chirurgie Bd. 139. H. 2/3 1926).

51 letnia pacjentka z więdem rdzenia skarży się na silne bóle opasujące. Obraz rentgenologiczny kręgosłupa wykazuje: skrzywienie boczne w prawo dolnych kręgów piersiowych i górnych lędźwiowych. Zamiast zwykłego skrzywienia kręgów lędźwiowych ku przodowi. skrzywienie ku tyłowi z boleśnością. Znaczne zniekształcenie kręgów lędźwiowych II — V. III krąg lędźwiowy prawie w całości wysunięty ku przodowi i w lewo wykazuje znaczne zagęszczenie struktury. II i IV lędźwiowe zapewne, V zaś z pewnością zupełnie zniszczone. Liczne nawarstwienia i sklerozy. Na zdjęciu bocznym nie udaje się odróżnić poszczególnych kręgów lędźwiowych II — IV. Podobne schorzenia należą do rzadkości. W literaturze opisanych jest wszystkiego 39 przypadków. Zmiany kręgosłupa w wiądzie rdzenia występują niekiedy bardzo wcześnie. Dodatni wynik rentgenologiczny bywa niekiedy pierwszą oznaką schorzenia. Umieszczenie przeważnie w dolnych piersiowych i górnych lędźwiowych w przeciwieństwie do zmian kręgowych, umiejscawiających się w dolnych szyjowych i górnych kręgach piersiowych. W miejsce zwykłego w innych schorzeniach kręgosłupa zaniku kostnego występuje skleroza.

B. K.

H. BORDIER. Leczenie wysięków stawowych kolana za pomocą diatermji. Paris, Médical Nr. 41. 19 6).

Za najbardziej skuteczny, łatwy do zastosowania i nieprzykry dla pacjentów środek terapeutyczny w przypadkach lekkich i średnio-ciężkich wysięków stawowych ostrych i chron. autor uważa diatermję. Jedną elektrodę umieszcza na przedniej powierzchni uda, drugą na tyłcie. Wymiary elektrod. — 15×20 cm. Dla dokładnego przylegania elektrod do skóry robi na nich odpowiednie nacięcia. Linje prądu bieżą zatem skośnie, krzyżując się w stawie. Wyniki ciepłne diatermji są największe tam, gdzie odcinek ciała jest najmniejszy, a zatem w kolanie, którego przekrój w stosunku do uda i łydki jest najmniejszy. Napięcie prądu może dojść do 1500 miliamperów bez wywoływania oparzeń. Seansy powinny trwać pół godz., poczem autor nakłada opaskę Velpeau dla uciśnięcia kolana, poczynając od palucha. Wyniki, tą drogą otrzymane, autor tłumaczy z jednej strony przekrwieniem czynnym, które, rozwijając się w stawie, ułatwia wessanie się płynu, z drugiej — i to ma mieć większe znaczenie — wpływami elektrycznymi i termicznymi na maziówkę i płyn. Doświadczenia *in vivo* w zupełności to potwierdziły.

Józef N u s b a u m.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ E. SCHILF. Das autonome Nervensystem. G. Thie me. Lipsk, 1926.

Monografia młodego docenta wszechmocy berlińskiej, oparta głównie na Langleya słynnej książce pod tymże tytułem, której jedynie część pierwsza za życia autora się ukazała.

Rozdział ogólny, przeważnie na większej monografii L. Müllera wzorowany, omawia w kolejnym porządku obok ona-

tomji obwodowej i ośrodkowej układu sympatycznego i parasympatycznego fizjologję i farmakologję zwojów obwodowych, odruchów axonowych i wpływu na nie nikotyny zwojochłonnej, napięcie unerwionych tkanek, rytmikę, stan podrażnienia i porażenia. W części szczegółowej główna uwaga zwrócona została na układ naczyniowy, przyczem autor rozprawia się krótko, ze zwojami naczyń współczulnymi. znacznie obszerniej z naczyniorozszerzaczami natury sympatycznej i pozasympatycznej.

Bardzo umiejętnie i krytycznie zreferowany został dział unerwienia tętnic, żył i naczyń włosowatych oraz zaopatrzenia w naczynioruchowce poszczególnych narządów, gruczołów i kończyn. W następnych działach analizuje Schilf bliżej innerwację muskulatury gładkiej organów, gruczołów skórnych, gruczołów dokrewnych i gruczołów narządowych.

Krótko wypadł problemat nerwów autonomicznych dośrodkowych oraz napięcia muskulatury dowolnej, poprzeczno-prążkowanej. Ze sprawa wagotonji, niezasłużenie lat kilkanaście na wsze strony walcowana i dyskutowana, zajmuje tylko jedną stroniczkę, mniej zastanawia, niż poświęcenie niecałych 3-ch stron nader aktualnej kwestji chirurgji układu autonomicznego.

Praca sumienna, obejmująca na 200 stronicach wszystko zasadnicze, zbyt skąpo ilustrowana, jest względnie nie droga (18 marek niemieckich).

H. Higier.

∞ F. MUELLER i H. SPATZ. Icones neurologicae- (z objaśnieniami. Drugie wydanie tablic ściennych. STRUEMPELL JACOB.) Wydawnictwo J. Lehmanns. Monachjum 1926, 104 marki niem., na podszewce płóciennnej 143 marki niem.

Müller i Spatz, internista i neurolog monachijski, wydali dawne, w wielu miejscach poważnie zmodyfikowane i uzupełnione, w handlu od lat kilkunastu zupełnie wyczerpane tablice ścienne, mozołnie ułożone w swoim czasie przez Strümpf'a i jego asystenta Jacoba.

Tablice ścienne, mające to do siebie, że służą rzadziej do samonauczenia, niż do celów wykładowych i demonstracyjnych, lepiej się prezentują, gdy nie są przeładowane napisami, oznaczeniami, przy których widz ciągle się gubi w drobnych szczegółach topograficznych, rozprasza swoją uwagę i nie obejmuje przejrzystej całości. To też wydawca uważał za stosowniejsze do rycin „ślepych“ dodać specjalny zeszyt kartkowy z minjaturą oryginałów rysunków i oznaczeniem terminów naukowych z wskazówkami i linjami z boków. Kartki pojedyncze mogą być łatwo wyrwane i dolepiane do dużych rysunków. (Szkoda wielka, że kartki zeszytu nie są dublowane, gdyż uczącemu się zupełnie wystarcza minjatura, zaś demonstrator musi mieć jedno i drugie).

Co nowe tablice różni poniekąd od dawnych, to jest następujące:

- 1) zawierają więcej rycin dobrze sprostowanych zgodnie z postępem anatomji makroskopowej i histologicznej;
- 2) są rysowane z natury i jest zachowana barwa istoty białej i szarej, jak je student zwykł widzieć na stole anatomicznym, operacyjnym i sekcyjnym; jedynie na przekrojach, barwionych metodą Weigerta, a pouczających o przebiegu torów, robiono wyjątek z prawda;
- 3) dodano liczne preparaty dziecięcego mózgu, w których się lepiej uwydatniają nie pokryte jeszcze myeliną drogi nerwowe;
- 4) zachowano wymiary normalne przez fotografowanie preparatów i odbijanie diapozytów za pomocą aparatu projekcyjnego wprost na papier rysunkowy, gdzie wszystko zostało węglem przerysowane i wreszcie
- 5) dodano schematycznych rysunków możliwie mało.

Pierwsze 6 tablic obejmują: mózg z zewnątrz, wewnątrz i podstawnej powierzchni, cztery przekroje poziome i sześć pionowych półkuli. Następne 4 tablice dają serję preparatów myelinowych z licznymi przekrojami pnia mózgowego i rdzenia na różnych wysokościach, przez śródmózdze, ciała czworacze, most, opuszkę i rdzeń w sześciu głównych jego odcinkach ze zwojami międzyskręgowymi i nerkami współczulnymi. Ostatnia wreszcie tablica ilustruje w 2-ch połowach swoich schemat włókien w pniu mózgowym, dając:

1) neurony obwodowy, ośrodkowy i wegetatywny, ruchowy i czuciowy;

2) pęczek Monakowa, ośrodkowe drogi czepcowe, tor Helwega, drogi czołowo-mostowe i skroniowo-mostowe, tory tylnomostowe i oliwkowo-mózdkowe, tory mózdkowe ramion spajających.

Papier i wykonanie doskonałe. Cena niezbyt wyczerpująca.

H. Higier.

J. D. PERKEL. Przyczynek do badań objawów wtórnych, występujących po nakłuciu łędzwiowem. (Presse médicale, Nr. 79, — 1925).

Nakłucie łędzwiowe, będące tak cennym środkiem dla rozpoznawania i leczenia chorób ośrodkowego układu nerwowego, powoduje jednak dość często objawy meningizmu, które, choć przejściowe, są dość przykre. Polegają one na zawrotach i bólach głowy, wrazeniu ciężaru w głowie i karku, mdłościach, wymiotach, uczuciu znudzenia, bólach w kręgosłupie i w innych częściach ciała.

Doświadczenie autora opiera się na 1600 nakłuciach łędzwiowych, z pośród których w 852 przypadkach mógł on śledzić stan chorych po nakłuciu odnośnie do wszystkiego, co dotyczy objawów meningizmu.

Ilość wypuszczonego płynu wynosiła 7 do 8 cm.3.

Objawy meningizmu zaczynają się po punkcji i zależą głównie od odpływu płynu mózgowo-rdzeniowego przez kanał nakłucia do przestrzeni podtwardówkowej; w przypadkach tych stwierdza się najczęściej zmniejszenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, a rzadziej zwiększenie.

Pewną rolę w etiologii meningizmu odgrywa shock mózgowo-rdzeniowy i włosowate wylewy krwawe, powstające w oponach mózgowia, a wywołane gwałtowną zmianą równowagi ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego po jego wypuszczeniu. Pewne znaczenie w powstawaniu meningizmu ma również i odruchowy wpływ opon na ośrodki naczynio-ruchowe podczas nakłucia łędzwiowego.

Objawy meningizmu występują u kobiet znacznie częściej, niż u mężczyzn. Znacznie częściej stwierdza się je również u chorych ambulatoryjnych, niż u leżących w szpitalu. Przypadłości meningizmu rzadziej występują u ludzi, których płyn mózgowo-rdzeniowy okazuje się chorobowo zmienionym, a częściej u ludzi, których płyn okazuje się normalnym. Największy odsetek występowania meningizmu stwierdza się u chorych niekilowych, których ośrodkowy układ nerwowy okazuje się nienaruszonym, następnie w kile utajonej; najmniejszy odsetek stwierdza się w porażeniu postępującem. Kila czynna, wiał rdzenia i choroby ośrodkowego układu nerwowego pochodzenia kilowego lub niekilowego zajmują miejsce pośrednie.

Czas trwania meningizmu wynosi najczęściej 6 do 10 dni, następnie 3 do 5 i 1 — 2 dni; dłużej niż 10 dni trwa meningizm bardzo rzadko. Najdłuższy czas trwania meningizmu stwierdzano w przymocie mózgu, najkrótszy w porażeniu postępującem, następnie w kile czynnej i u chorych niekilowych.

Największe nateżenie meningizmu spotyka się w chorobach ośrodkowego układu nerwowego niekilowych i w kile utajonej; najłagodniejsze stwierdza się w kile czynnej i w wiałdzie rdzenia.

W leczeniu objawów meningizmu najlepsze wyniki w przypadkach ze zmniejszonym ciśnieniem płynu mózgowo-rdzeniowego otrzymuje się, stosując dożylnie zastrzyki wody przekroplonej lub zastrzyki podskórne pituitryny albo pituglandolu; w przypadkach zwiększonego ciśnienia należy stosować doustnie stężony roztwór cukru. W przypadkach tych dobre wyniki dają również epiduralne zastrzyki roztworu fizjologicznego, dość trudne jednak z praktycznego punktu widzenia stosowanie tego zabiegu, jego względnie skomplikowana technika i ewentualne objawy wtórne zmniejszają znaczenie lecznicze tego zabiegu.

J. T y p o g r a f.

RASDOLSKY. Powstawanie przewagi jednej strony ciała. Deut. Z. f. N. 1925).

Nie jest wyjaśnionem, dlaczego strona prawa ciała zdobywa przewagę nad lewą. Rozmaite po temu przytaczano względy, jak: lepsze ukrwienie lewej półkuli mózgowej (H e c h t), ułożenie w życiu płodowym i t. p. R. sądzi, iż w zaraniu istnienia społeczeństw ludzkich konieczność ochrony serca przed ciosami napastnika zdecydowała o posługiwaniu się raczej prawą ręką (S m i t h, P r e y e r, W e b e r). A s t w a z a t u r o w wypowiedział przypuszczenie, iż unerwienie lewej kończyny górnej, wspólne do pewnego stopnia z unerwieniem serca, wpływa na większe oszczędzanie tej kończyny. (N. Z. Z.).

BACHMAN i STRIECK. Rzadkie postacie zapalenia opon mózgowych. (Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilkundl. T. 85, z. 65 — 6, 1925).

Autorzy podają opis kliniczny 3 przypadków zapalenia opon, które w 2 przypadkach stanowi powikłanie ostrej sprawy zakaźnej (*Polyarthritidis rheumatica, scarlatina*), w jednym zaś jest następstwem urazu czaszki.

I. U chorego 25 letniego występują podczas nawrotu ostrego zapalenia stawów objawy mózgowe: ból głowy, wymioty i sztywność karku. Ciężota ciała dochodzi do 380. Odruchy kolanowe wzmożone. Płyn mózgowordzeniowy przezroczysty, jałowy, zawiera 328 limfocytów w 1 mm3. Odczyn N o n n e g o — A p e l t a ujemny, ilość alumin wzmożona. Po nakłuciu łędzwiowem sztywność karku ustąpiła, ból głowy się zmniejszył, po drugim ustał zupełnie.

Płyn mózgowordzeniowy wykazywał w 6 tygodni po wystąpieniu objawów oponowych nieznaczny pleocytozę (12 ciałek białych). Wkrótce po zniknięciu klinicznych objawów zapalenia opon mózgowych ustąpiło również zapalenie stawów.

II. Chłopiec lat 16. Szkarlatyna o niezbyt ciężkim przebiegu. Na 10-ty dzień choroby wystąpiły objawy oponowe: ból głowy, sztywność karku, objaw K e r n i g a. Płyn mózgo-rdzen. przezroczysty, jałowy, zawiera 680 limfocytów. Odcz. N.-A p e l t a ujemny, Ilość albumin wzmożona. Po drugim nakłuciu znaczna poprawa. To 36.50. Równocześnie łuszczenie się naskórka.

III przypadek dotyczy 16 letn. chłopca, u którego w 5 — 6 miesięcy po urazie czaszki (upadek z drzewa) wystąpiły objawy mózgowe: ból głowy, wymioty, stan zamroczenia, sztywność karku, objaw K e r n i g a oraz początek tarczy zastoinowej. Płyn mózgowordzeniowy przezroczysty, jałowy, zawierał około 220 limf. w 1 mm3. Odcz. N.-A p e l t a dodatni. Po 4 tyg. zupełnie zdrowy. W 4 miesiące potem nawrót cierpienia, przyczem obraz chorobowy i zmiany w płynie mózgowordzeniowym były takie same, jak na początek choroby. Po upływie 6 tyg. zupełnie zdrowy. Cierpienie więcej się nie powtórzyło (2-letnia obserwacja).

Autorzy rozpoznają w tym przypadku *Meningitis serosa post trauma* i zwracają szczególną uwagę na występowanie tego cierpienia nawet w kilka miesięcy po urazie czaszki, co ma wielkie znaczenie sądowo-lekarskie.

B a u - P r u s s a k o w a.

S. GOLDFLAM. Przyczynek do symptomatologii ropnia zrazu skroniowego. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Band 90. H. 1 — 3).

W pierwszym rozdziale swej pracy „O bólu równobocznym“ Goldflam zwraca naszą uwagę na objaw, który dotychczas nie był uwzględniany, a mianowicie na ściśle umiejscowiony ból w oku po stronie równobocznej. Ból bywa w niektórych przypadkach tak silny, że dominuje nad wszystkimi innymi objawami podmiotowymi. Ból ten ma być typowy dla ropni zrazu skroniowego i uwarunkowany jest przez ucisk powiększonego w swoich rozmiarach zrazu na I gałązkę n. trójdzielnego. Za tem przemawia złagodzenie lub też ustąpienie bólu po opróżnieniu ropnia, powracanie bólu w razie zatrzymania się ropy, który to ból znowu znika z chwilą umożliwienia dostatecznego odpływu ropy.

W rozdziale „Cierpienia, którym towarzyszy ból oka, a mechanizm powstawania bólu w ropniach skroniowych“ znajdujemy bliższą charakterystykę tego objawu bólowego. Ból w oku naskutek ropnia w zrazie skroniowym nie ma charakteru bólu neuralgicznego lub bólu naskutek zapalenia nerwu (*neuritis*). Niema punktów bolesnych, niema arefleksji rogówki, niema anestezji, ani hyperestezji, jednym słowem, niema tych wszystkich objawów, które są typowe dla spraw, w których n. trójdzielny jest bezpośrednio zaangażowany, naprz. zespół F o i x (Syndrome du carrefour petro-sphenoidal), nowotwory w obrębie siodła турецkiego, kilowe sprawy na podstawie czaszki, wylewy krwawe podpajęczynówkowe. Ból oka w ropniach zrazu skroniowego bez jakichkolwiek innych towarzyszących objawów podmiotowych nie jest zależny od wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (*meningitis serosa, hydrocephalus intern. externus*) lecz, jak już wspominałem, wywołany jest przez ucisk powiększonego w swoich rozmiarach zrazu, który uciska na I gałązkę n. trójdzielnego. Że ucisk na zewnętrzną ścianę zatoki klinowej jest znaczny, za tem przemawia często spostrzegane porażenie n. odwodzącego, który, zarówno jak i I gałązka n. trójdzielnego, leży między listkami rogówki i przylega do zewnętrznej ściany kości klinowej. Zmniejsza poniekąd znaczenie dające objawu bólowego ból oka o tym samym charakterze w ropnych cierpieniach ucha środkowego w których proces rozprzestrzenienia się w głąb kości skalistej i docho. dzi do wierzchołka, wciągając leżącą tu pierwszą gałązkę n. trójdzielnego w proces zapalny. Zazwyczaj po dokonaniu antrotomji. ew. doszczętnej operacji, ból ten znika

W rozdziale „Rozpoznanie różniczkowe“ autor zwraca uwagę na tę trudność, jakie napotyka niekiedy klinicysta w różniczkowaniu między ropniem mózgowia a ropniem zewnątrzoponowym lub międzyoponowym. Słusznie też podkreśla autor, że sprawy zapalne opon, bądź to ropne, bądź gruźlicze, przeważnie w młodym wieku mogą klinicznie przebiegać tak, jak ropień mózgu. Podane są również rzadkie obserwacje, w których w następstwie zapalenia opon o pomysłnym przebiegu powstały ropnie mózgu. Potwierdza to mało znany fakt, że jeżeli w przebiegu ropnego zapalenia opon płyn staje się klarownym i pod względem biopiecznym i chemicznym wraca prawie do normy, natomiast ogólny stan chorego nie wykazuje poprawy — tego rodzaju rozbieżność przemawia za ropniem mózgu.

W rozdziale „Ropne zapalenie narządu słuchu a nagminne zapalenie opon“, autor zwraca uwagę na przypadki nagminnego zapalenia opon u osobników, u których stwierdzamy jednocześnie przewlekłą sprawę uszną. Trudności w wykrywaniu swoistego zarazka nagminnego zapalenia opon, brak opryszczki na twarzy uniemożliwiają we wczesnym już okresie różniczkowanie między następującą sprawą opon pochodzenia usznego a pierwotnym nagminnym zapaleniem. Podany w tym rozdziale przypadek o bardzo ciekawym przebiegu klinicznym wskazuje nam, jak trudne może być rozpoznanie różniczkowe. Pewne wątpliwości ma i autor, ale raczej skłonny jest wykluczyć następcze ropne zapalenie opon.

W końcowym rozdziale przypomina nam autor, że w przebiegu przewlekłym spraw ropnych ucha zmuszeni jesteśmy niekiedy różniczkować między sprawą gruźliczą opon, a zwykłym ropnym zapaleniem opon. W niektórych przypadkach klinicysta stoi przed trudnym do rozwiązania zagadnieniem.

B. Karbowski.

K. GOLDSTEIN i W. BOERNSTEIN. O skurczach, przypominających ruchy rzekomo-samoistne. (Deut. Zft. f. Nerv 1925).

Na podstawie przypadku, w którym występowały objawy skurczowe, autorzy poddają analizie skurcze wogóle. Podkreślają ich podobieństwo do zespołów ruchowych fizjologicznych, celowych. Tak np. skurcz dłoni, przy którym dwa pierwsze palce są wyprostowane, zaś trzy ostatnie — zgięte, przypomina ruch wskazywania na coś, zaś przeciwny mu układ (zgięcie dwóch pierwszych palców i wyprostowanie trzech ostatnich) — chwytanie ostrożne szczypty jakiejś. Autorzy sądzą, że owe zespoły automatyzmów ruchowych wyzwalają się w przypadkach odpadnięcia wpływu kory mózgowej na aparat prążkowo-bładowy (jak np. w przytoczonym przez nich przypadku padaczki), lub w razie podrażnienia szarych jąder, lub wreszcie „w przypadkach schorzenia samego aparatu prążkowego“. Tu zauważyć należy, iż ta trzecia kategoria nie odpowiada tłumaczeniu autorów, przytoczonemu w dwu pierwszych kategoriach. W dalszych wywodach autorzy podkreślają, iż „ruchy indukowane“ (Goldstein a) nie zależą od uszkodzenia kory lub szlaków piramidowych, jak tego chce Simonson, lecz zjawiają się tylko tam, gdzie obok zmian w piramidach istnieje uszkodzenie ciała prążkowego.

(N. Z. Z.).

ALRUTZ SYDNEY. Objaw perseweracji analizowany i leczony hipnozą. (Zetschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. XCIX, 2—3).

Od dłuższego czasu prześladowała pacjentkę autora marzenie senne iienne następującej treści: podczas jazdy pociągiem, przechodząc z jednego do drugiego wagonu, pacjentka spada między szyny; pociąg przejeżdża nad nią, zawadza hakiem o jej ubranie i ciągnie ją dłuższy czas po ziemi. To marzenie senne pacjenta poraz pierwszy miała, gdy była, — jako dziecko, — chora na tyfus. Podczas hipnozy chora przypomina sobie dziecięce przeżycie i widzi, jak przywieziono do szpitala zakrwawionego chłopca, którego przejechał pociąg. Autor ustala na podstawie notatki dziennikarskiej, że fakt taki rzeczywiście miał miejsce w czasie, poprzedzającym chorobę pacjentki (tyfus), i sądzi, że przez osłabienie psychiczne, spowodowane tyfusem, pacjentka nie była w stanie odreagować uczuć, wywołanych majaceniami gorączkowymi o treści powyższego wypadku, utotłamsiła się z chłopcem, którego przedtem widziała przed szpitalem, — następnie treść tego majaczenia gorączkowego pozostała i powtarzała się, jako przeżycie afektywnie nieodreagowane, w ma-

rzeniach sennych i dziennych chorej. Po tej jednej hipnozie objaw ten, dręczący pacjentkę, ustąpił, i tylko bardzo rzadko, gdy pacjentka jest osłabiona, powraca (12-letnia obserwacja przypadku).

(A. sądzi, że pacjentkę swą wyleczył metodą katarctyczną F. r. e. u. e. r. a i F. r. e. u. d. a, co jest, zdaniem ref., niezupełnie słuszne, gdyż autor podczas hipnozy powiedział chorej, że obecnie, gdy ona wie, skąd powstaje ten objaw, będzie zdrowa i nigdy już więcej podobnych marzeń sennych mieć nie będzie, — a więc było tu jednocześnie i działanie hipnozy. Poza to, zdaniem ref., przypadek ten psychologicznie zupełnie zanalizowany nie został: gdyż autor nie objaśnia, dlaczego owa scena, widziana przez chorą przed szpitalem, wywarła na niej tak silne wrażenie, że następnie powtarzała się stale, jako marzenie senne i nawet dienne, — gdyż osłabieniu, spowodowanemu przez tyfus, tak wielkiej roli przypisać nie można).

R. Markuszewicz.

Medycyna sądowa.

W RABINOWICZ. Wpływ rozcieńczenia kwasu octowego na wynik próby Teichmana. (Archiw. kriminologii. 1926, z. I; Charków).

Po przeprowadzeniu odpowiednich badań autor przychodzi do następujących wniosków: rozcieńczenie w pewnej mierze kwasu octowego wodą nie wpływa na wynik próby Teichmana, jeśli inne techniczne warunki tej próby są zachowane. Przy dodaniu do 3 gr. kwasu octowego 6 gr. wody prawie stale otrzymuje się kryształki Teichmana, natomiast przy większych rozcieńczeniach kwasu octowego kryształki te już nie występują.

W. Grzywo-Dąbrowski.

G. SCHMIDT. Wątpliwý przypadek przedwczesnej dojrzałości płciowej noworodka. (Zeitschrift für Sexualwissenschaft XIII, 1926).

Przedwczesną dojrzałość płciową (*makrogenitosomia praecox*) obserwowano przeważnie w przypadkach guzów szyszynki i nowotworów kory nadnerczy i gruczołów płciowych, bardzo rzadko natomiast spotykano się z przypadkami t. zw. pierwotnego przedwczesnego rozwoju cech płciowych (*hypergenitalismus*).

Guzy szyszynki w postaci potworniaków, glejaków etc. w połączeniu z przedwczesnym rozwojem płciowym występują prawie wyłącznie u płci męskiej, natomiast guzy kory nadnerczy wraz z *makrogenitosomia praecox* — obserwuje się przeważnie u płci żeńskiej; nowotwory gruczołów płciowych występują przeważnie w postaci mięsaków.

Autor obserwował przypadek następujący: w 8-ym mies. ciąży urodził się noworodek 52 cm. długości, 4 kg. wagi, płci żeńskiej. Na sekcji znaleziono w jajniku ciało żółte prawdziwe i przerost kory nadnerczy; zestawiając przedwczesny rozwój jajnika z nadmiernym rozwojem ciała noworodka, autor uważa, że był to przypadek przedwczesnego rozwoju płciowego; przerost kory nadnerczy mógł tu wywrzeć swój wpływ na przedwczesny rozwój ciała.

W. Grzywo-Dąbrowski

H. MERKEL. Czy występują uszkodzenia narządów wewnętrznych przy upadku ciała do wody ze znacznej wysokości. (Zeitschrift f. d. ges. ger. Med., VIII, Bd.).

Uszkodzenia tego rodzaju są rzadko spotykane i jeszcze rzadziej opisywane. Autor miał sposobność badać 2 podobne przypadki, dotyczące ludzi, którzy rzucili się do wody z wysokiego mostu. W jednym z nich — widział on drobne uszkodzenia skóry na czole i plecach, wybroczyny krwawe pod opłucną i rozległą rozedmę śródmiąższową i podopłucnową płuc. Innych uszkodzeń nie stwierdzono.

W drugim przypadku znaleziono pęknięcia płuc i wylewy krwi do tkanki płucnej, rozedmę śródmiąższową i podopłucną, pęknięcie śledziony, powierzchowne pęknięcia wątroby, zatętnienie płuc.

Szczególnie ciekawy był przypadek 3-ci: pewien artysta kinematograficzny rzucił się z wysokości 45 metrów z latawca do jeziora i w tym momencie był fotografowany aparatem kinematograficznym. Fotografia wykazała, że uderzył on się prawym bokiem o powierzchnię wody i utonął. Ciało znaleziono; przy sekcji stwierdzono: podbiegnięcie krwi w tkance podskórnej prawego boku i w prawych mięśniach piersiowych, powierzchowne pęknięcia prawego płata wątroby, pęknięcia prawego płata oraz mniejsze pęknięcia

i płuca lewego, rozednię podopłucnową, pęknięcia wsierdzia komory lewej i pęknięcia prawej nerki.

W. Grzywo-Dąbrowski.

K. WALCHER. Krwotoki do tkanki płucnej u noworodków. (Zeitschrift f. d. ges. ger. Med. VIII, Bd.).

Na podstawie licznych badań makro i mikroskopowych płuc noworodków autor wyciąga następujące wnioski: U donoszonych noworodków często się spotyka wylewy krwawe w tkance łącznej międzyzrazikowej, w przegrodach pęcherzyków i w samych pęcherzykach płucnych. Wylewy te na powierzchni płuc mają wygląd wybroczyn. Nieraz wybroczyn krwawych nie można ustalić inaczej jak tylko na drodze badania mikroskopowego. Przy znaczniejszych wylewach znajdowano zawsze i zastoinę w płucach. Wylewy krwi do płuc znajdowano w razie asfiksji wewnątrzmacicznej, w razie obumarcia dziecka podczas porodu, zaraz po porodzie i nawet — w razie śmierci w czas pewien po porodzie; częściej spotykano te zmiany u płodów niedonoszonych. Autor ma wrażenie, że krwotoki do płuc częściej występują w razie śmierci samoistnej, występującej powoli, w związku z osłabieniem serca, niż w razie śmierci naglej. Wogóle — noworodki, względnie niedonoszone, wykazują dużą skłonność do tworzenia wybroczyn krwawych, szczególnie zaś dotyczy to tkanki płuc.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Dr. G. BRUCKREUSS. Przypadek ropnia mózgu po uderzeniu w twarz. (D. Zeitschrift für g. Medizin. 2/3—XII Bd.).

Autor opisuje przypadek następujący: pewien chłopak otrzymał policzek, wskutek czego nastąpiło pęknięcie lewego bębienka, a po trzech dniach — ostre ropne zapalenie ucha środkowego, co ostatecznie doprowadziło do ropnia mózgu w lewym płacie skroniowym. Dokonano operacji w celu opróżnienia ropnia. Po 4½ miesiącach pacjent wypisał się w stanie naogół dobrym; jednak pozostało znaczne upośledzenie słuchu na ucho lewe.

Autor podkreśla, że nie są mu znane z literatury przypadki tego rodzaju (postacie ropnia mózgu w związku z wypoliczkowaniem). Z punktu widzenia sądowno-lekarskiego, według prawa karnego niemieckiego, policzek wraz z następstwem w postaci znacznego jednostronnego stopienia słuchu, należy kwalifikować, jako lekkie uszkodzenie ciała. Autor uważa, że należy domagać się, żeby jednostronne upośledzenie słuchu było pod względem prawnym traktowane na równi z utratą wzroku na jedno oko.

W. Grzywo-Dąbrowski.

FOUQUIEZ. Rozdarcie jelit pod parciem zgęszczonego powietrza. (A. de Médecine légale, Nr. 3, 1926),

Po wnikięciu prądu zgęszczonego powietrza do wnętrza jamy brzusznej przez otwór stolcowy, względnie po uderzeniu takiego prądu w okolicę odbytu spotkać można następujące uszkodzenia.

1. Przy ciśnieniu słabym — rozdarcie jelit i brzucha, sięgające nawet do poziomu sutków oraz unieruchomienie przepony, co klinicznie ma wyraz w niewolcznym omdleniu i duszności, poczem powietrze wchłania się, i chory stopniowo wraca do zdrowia.

2. Przy ciśnieniu znacznym (8 — 25 atmosfer) — rozerwania kroczka i okolicy odbytu; pęknięcia prostrnicy, esicy; ostrą rozstrzeń żołądka; w takich przypadkach następuje niezwłocznie utrata przytomności i szybki zgon wśród silnego bólu.

Autor powołuje się na przypadki własne i opisane w literaturze.

A. Piotrowski.

BERG. Mówienie przez sen jako samooskarżenie. (Zeitschrift f. d. ges. ger. Med., VIII Bd.).

W pewnym procesie o zabójstwo był pytany przez sąd autor, jako biegły, czy to, co mówi więzień przez sen, może mieć wartość, jako materiał do jego oskarżenia. Okoliczności sprawy były następujące: 28.VIII. 1919 r. w Düsseldorfie były wyłowione z Renu zwłoki nieznanego mężczyzny, ze związanymi rękami i z ciężkim kamieniem, przywiązanym do ciała; pozatem znaleziono 2 rany postrzałowe czaszki i klatki piersiowej. Sprawców zbrodni nie znaleziono, nie ustalono również osobistości zamierle. W listopadzie 1924 r. jeden z więźniów zawiadomił władzę więzienia, że jego spótwiężeń, przebywający z nim w celi, pewnej nocy przez sen powiedział: „Rzuc go do Renu, przywiązać kamień do ciała — już nie będzie donosił”. Na drugi dzień, gdy zapytał on swego kolegę, co znaczy to, co on mówił, ten odpowiedział, że w r. 1919 wraz z innym mężczyzną zabił on swego kolegę — złodzieja M. dwoma strzałami z rewolweru, a zwłoki, po uwiązaniu do nich kamienia, wrzucono do wody; zabójstwa dokonano w obawie, że M. wyjawia ich sprawki wobec władzy.

Po dokonaniu ekshumacji zwłok utopionego nieznanego mężczyzny stwierdzono rzeczywiście 2 rany czaszki i klatki piersiowej; ustalono pozatem, że M. rzeczywiście znikł z domu w czasie, poprzedzającym znalezienie tych zwłok. Pytany przez sędziego, więzień ten stwierdził, że o znalezieniu zwłok wiedział z gazet, lecz nie mógł wy tłumaczyć, skąd wiedział o imieniu zmarłego i o szczegółach uszkodzeń, gdy w gazetach była podana tylko notatka o znalezieniu uszkodzenia klatki piersiowej.

Autor, jako biegły, nie wyłączył możliwości, że mowa przez sen była odbiciem rzeczywistych przeżyć badanego. Sąd skazał oskarżonego na karę śmierci.

W. Grzywo-Dąbrowski.

S. MATWIEJEW. W sprawie dziedziczności linii brodawkowych palców. (Arch. kryminologii. Z. 1. 1926).

Po przeprowadzeniu badań porównawczych 25 rodzin, autor znalazł w 9 przypadkach zupełne podobieństwo formuлки jednej ręki. Na podstawie powyższego autor przychodzi do wniosku, że dziedziczenie linii brodawkowych jest rzeczą zupełnie pewną, jednak z tem zastrzeżeniem, że obraz daktyloskopowy u ojca i u syna nie będzie przedstawiał zupełnej identyczności, lecz duże podobieństwo. (Jak dotychczas, zapatrywania nasze na tę sprawę są inne, powszechnie jest przyjęte, że obraz daktyloskopowy nie podlega dziedziczeniu. Przyp. ref.).

W. Grzywo-Dąbrowski.

Wskazówki praktyczne.

— Zamiast zastrzykiwań podskórnych insuliny zalecają Frank, Nothmann i Wagner w lekkich i średnio ciężkich przypadkach *moczówki cukrowej* doustne stosowanie *syntaliny*, pochodnej guanidyny. Nawet w ciężkich przypadkach udaje się 40 — 60 jednostek insuliny zastąpić przez syntalinę. Dzienny koszt leczenia syntaliną wynosi mniej więcej 6-ą część ceny 50 jednostek insuliny. W stanach przedśpiączkowych i w śpiączce syntalina jest przeciwwskazana, gdyż działanie jej jest zbyt powolne, aby odwrócić mogło grzące niebezpieczeństwo. Tutaj insulina wchodzi w swoje niepodzielne prawa. (D. m. W. 1926, Nr. 50).

— Hitzengerger i Kauffheil zalecają *Nowazuroł* w leczeniu *moczówki zwykłej*. Dwie dawki tego środka po 0,2 zażyte w przerwie półgodzinnej raz na tydzień w ciągu 3 miesięcy, nie wywołują żadnego szkodliwego działania ubocznego. (W. kl. W. 1926, Nr. 47).

— Winckler stosuje z dobrym skutkiem roztwór *octanu glinu* (*Liqu. Aluminium acet.*) przez usta przeciwko *oxyuris vermicu-*

laris. Stosownie do wieku pacjenta, daje się 5 — 10 — 15 kropel, aż do całej łyżeczki trzy razy dziennie w wodzie ocukrzanej w ciągu 8 — 14 dni. Po 8 dniowej pauzie powtarza się w ten sam sposób leczenie. (W. m. W. 1926, Nr. 49).

— Ludewig leczy *grypę zastrzykiwaniem własnej krwi chorego*. Zastrzykuje się domięśniowo 2 razy 10 ctm. sz. krwi własnej. Cała procedura powinna być wykonana szybko, aby wyciągnięta z żyły krew nie skrzepła przedwcześnie. Wpływ tego leczenia na samopoczucie chorego ma być nader pomyślny. (D. m. W. 1926, Nr. 50).

— Singer chwali leczenie *moczówki cukrowej pozajelitowym wprowadzeniem białka*. Na początku kuracji daje małe ilości węglowodanów; pod wpływem leczenia proteinowego ustrój zdobywa stopniowo zdolność przyswajania większych ilości węglowodanów. Leczenie białkowe wpływa też dodatnio na powikłania chirurgiczne (czyraki zgorzel), które goją się bez pomocy chirurgicznej, a zwłaszcza tam, gdzie z powodu innych zachorzeń u dietetyków należałoby wykonać większe zabiegi chirurgiczne. (M. m. W. 1926, Nr. 45).

-- *Przewlekłe sprawy zapalne przydatków macicznych oraz otrzewny miedniczej* leczy Bodner z dobrym skutkiem jodem w następującej postaci: *Jod. pur. 0,1; Kal. jodat. 0,1; But. Cacao 3,0, M. f. supp. vag.* Jako objaw uboczny spostrzega się często upławy połączone z paleniem, względnie pogorszenie się już istniejących upławów (W. m. W. 1926, Nr. 42).

-- *Niedermeier* zauważył, że *płaska stopa* bywa przyczyną bólu krzyża oraz kończyn dolnych u kobiet. Ból ten, w przeciwieństwie do podobnych dolegliwości, sprawianych przez tyłopochylenie macicy, uspakaja się podczas leżenia w łóżku. Ażeby prze-

konać się, czy przyczyną bólu jest tyłopochylenie, czy płaska stopa, stosuje się naprzemian pessarium i wkładkę do trzewika. (Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 51-a).

-- *Carlten* stosował *przetaczanie krwi u dzieci* i poleca je bardzo przeciwko zapaści, utratom krwi, rozległym oparzeniom i zatruciom zewnątrzpochođnym. Iretaczanie krwi stosować można już od 7 dnia życia chorego. Zastrzykuje się dożylnie 10 — 15 ctm. sz. krwi na funt wagi ciała. (Lancet. 1926, Nr. 5382).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 6.XI. 1926 r.

Pokazy:

1. *Lubelski*. Przeszczepienie wolnego płata sieci w przypadku periduodenitis i pericholecystitis u 11-letniego chłopca.

L. przedstawił 11-letniego chłopca, którego skierowano do szpitala z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego w celu dokonania operacji wycięcia wyrostka. Szczegółowe badanie wykazało, że był to przypadek, który piśmiennictwo francuskie określa, jako „rzekome zapalenie wyrostka robaczkowego”. Przy operacji znaleziono: *pericholecystitis et periduodenitis*. L. po przecięciu zrostów wykonał operację wytwórczą z przeszczepieniem wolnego płata sieci dla pokrycia miejsc na pęcherzyku żółciowym i jelicie, pozbawionych podczas operacji otrzewny. W związku z przedstawionym przypadkiem L. omówił sprawę „rzekomych zapaleń wyrostka robaczkowego” i przedstawił 10 przypadków przez niego operowanych. W przypadkach tych znaleziono: w 5 — zasłone *Jacsona*, w 1 — *coecocolon ascendens mobile*, w 1 — *colon ascendens et descendens mobile*, w 2 — *pericholecystitis et periduodenitis*.

2. *Lewenfisz i Abramowicz*. Przypadek przetoki przełykowo-oskrzelowej.

Do kliniki oto — laryngologicznej zgłosił się chory ze skargami na utrudnione łykanie, wymioty i gwałtowny kaszel, występujące po każdym przyjmowaniu pokarmów. Z tego też powodu chory nie prawie nie jadł i wybitnie schudł. Podobne objawy wystąpić mogą we wszystkich sprawach chorobowych, w których zmianom ulega aparat obronny krtani, a więc nagłośnia i struny. Prawidłowy obraz laryngoskopowy pozwolił sprawę tę wyłączyć. Powszechnie objawy nasuwały zatem myśl o istnieniu przetoki przełykowo-oskrzelowej. Wykonane ezofago — i bronchoskopia i prześwietlenie promieniami Roentgena potwierdziły domniemane rozpoznanie. Rozpoznanie kliniczne przetoki między przełykiem a drogami oddechowymi bywa często utrudnione; znaczna liczba przetok zostaje stwierdzona dopiero na autopsji. Jedyną niezawodną metodą rozpoznawczą jest bezpośrednie badanie przełyku i dróg oddechowych — ezofago- i bronchoskopia. Najczęstszą przyczyną przedziurawienia przełyku do narządu oddechowego jest rak. Do tej kategorii należy też przedstawiony przypadek. Poza rakiem częstą przyczyną omawianych przetok bywa: uraz sprawy kiłowe i gruźlicze, promienica. Rokowanie w przetokach przełykowo-oskrzelowych jest zawsze poważne i zależy przeważnie od podstawowej sprawy chorobowej: przetoki, spowodowane rozpadającym się nowotworem, wrzodziejącą gruźlicą, w dość szybkim tempie prowadzą do zejścia śmiertelnego; przetoki kiłowe, urazowe należy leczyć leczone mogą ulec zupełnemu wyleczeniu. Leczenie przetok ma na celu w pierwszym rzędzie obronę narządu oddechowego przed przedostawaniem się pokarmów z przełyku, w drugim — dostateczne odżywianie chorego przez zgłębnik żołądkowy, lub też przez dokonaną zewnętrzną przetokę żołądkową. Przeciwwskazaniem do zakładania zgłębnika są przetoki rakowe, wskutek grożącego niebezpieczeństwa przebicia zmienionej nowotworowo ściany przełyku; w tych przypadkach zaleca się gastrostomię. I w przedstawionym

przypadku proponowano choremu gastrostomię, na którą on jednak zgodzić się nie chciał. Charłactwo postępowało z dnia na dzień, przyłączyła się zgorzel płuc i chory zmarł.

Pokaz preparatu.

Dyskusja:

Srebrny przypomina o dwóch przypadkach przetoki przełykowo-tchawicznej pochodzenia urazowego. W pierwszym, opisanym przez *Koenigsteina*, przetoka powstała na tle ciała obcego (protezy zębowej), o którym chora nie wiedziała. Proteza tkwiła, jak spinka, jednym końcem w przełyku, drugim w tchawicy, i wydobyta została przez lekarza berlińskiego drogą naturalną. Co musiało za sobą pociągnąć rozerwanie przełyku, a może i tchawicy. Chora zmarła skutkiem zgorzeli płuc. Należało, jak to radził *Sr.*, otworzyć tchawicę po ewentualnej rezekcji czasowej mostka, uwolnić ciało obce, wydobyć je z przełyku i zaszyć otwór w tchawicy i przełyku. W drugim przypadku, opisanym przez *Srebrnego*, podczas bardzo trudnej tracheotomji u dziecka przecięta została tylna ściana tchawicy i przełyk, wskutek czego pokarmy płynne całemi strumieniami wylewały się przez rurkę. Zmusiło to do karmienia dziecka przez zgłębnik w ciągu wielu miesięcy, po upływie których karmienie drogą naturalną stało się już możliwe. Wystąpił natomiast nowy objaw, mianowicie duszenie się po usunięciu rurki tracheotomijnej, która musiała być wprowadzona nanow. Druga próba wyjęcia rurki tracheotomijnej również spełzła na niczem. Okazało się, że przyczyną zwężenia tchawicy było wtłoczenie się ściany przełyku do tchawicy przez otwór w jej tylnej ścianie. Po rozszerzeniu rany tracheotomijnej i okrwawieniu brzegów obu przetok, zaszyto je, uwolnwszy przedtem tkwiącą w tchawicy ścianę przełyku. Po upływie kilku tygodni rurkę usunięto.

Grynkrant przytacza przypadek, w którym przy prześwietlaniu przewodu pokarmowego zupełnie przypadkowo spostrzeżenie wypełnianie się oskrzeli masą kontrastową, świadczące o obecności przetoki przełykowo-oskrzelowej. G. pokazuje odnośne zdjęcie.

Odczyt:

Sterling Wł. Typy kliniczne zaburzeń wydzielania wewnętrznego w wieku dziecięcym.

(Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 27.XI. 1926 r.

Dyskusja.

Szymanowski. Organizacja sanitarno-higieniczna w Jugosławji (Wydrukowane w Nr. 11 „Warszaw. Czasopisma Lek.”).

Jelenkiewicz.

Posiedzenie z dnia 4.XII. 1926 roku.

1) *Dworecki*. Technika badania krwi na obecność *la-sieczników Ebertha*.

Wszystkie statystyki (*Coleman i Buxton, Widala, Kayser i inni*) podają następujące zalety posiewu krwi, jako sposobu rozpoznania duru: 1) możliwość wczesnego ustalenia rozpoznania i 2) wyjątkowo duża miarodajność wyników w 1-m okresie choroby. D. omawia następujące punkty techniki: 1) aseptykę brania krwi; 2) sianie możliwie większej ilości krwi; 3) rozcieńczanie krwi bezpośrednio po wzięciu w dużych ilościach pożywek i 4) wybór odpowiedniego podłoża. Po ocenie krytycznej zalet i wad zwy-

kłych sposobów siania krwi na buljonie (Castellani), wodzie peptonowej (Widal), agarze i t. p. oraz na podłożu „wzbogacającym” — żółci. D. omawia sposób, łączący zalety metody płytek agarowych z wybitnymi zaletami metody siania na żółci. 4—5 cm³ krwi zmieszanej z 8—10 cm³ żółci wylewa się na 2 płytki Petriego, poczem do każdej z nich dodaje się po 12 — 15 cm³ agaru 3% rozpuszczonego i ochłodzonego do 45°. Po dobrem zmieszaniu otrzymuje się czerwone przezroczyste masy agaru żółciowo-krwistego. O dobrych wynikach metody przekonał się D. na 12 przypadkach: stosowanie jej bardzo zaleca, tembardziej, że daje ona możność wczesnego odczytywania wyników.

Dyskusja:

Knaster mówi o znaczeniu badania morfologicznego krwi w rozpoznawaniu duru brzuszego. Co do stosowania posiewu krwi, zaznacza, że w praktyce posiada ono dlatego mniejsze znaczenie, że lekarz najczęściej ma w obserwacji pacjentów już po 1-m tygodniu duru, kiedy posiew krwi zazwyczaj ma mniejsze widoki powodzenia.

Sachs podkreśla częstotliwość nietypowego przebiegu duru, w którym z powodu powikłania (naprz. zapalenia miedniczek nerkowych) zmienia się nie tylko obraz kliniczny, ale i charakterystyczny dla duru skład morfologiczny krwi.

Szymanowski zwraca uwagę na konieczność uproszczenia techniki posiewu, aby do tego ważnego badania uciec się mógł każdy lekarz praktyk. Pod tym względem pożyteczne są wyjąłowane próbki szczelnie zamknięte korkiem gumowym z wtopioną igłą, do których krew z żyły wchodzi dzięki ujemnemu ciśnieniu wewnątrz. Co dotyczy stopnia bakterjemii, to ta zaleta omówionego przez prelegenta sposobu nie posiada większego znaczenia praktycznego.

2) Jelenkiewicz. *Oznaczanie rezerwy alkalicznej krwi sposobem Vanslykea.*

3) Prussakowie. *Nowoczesne metody badania przepuszczalności osłódkowej bariery nerwowej ze szczególnem uwzględnieniem metody bromowej Waltera.* (Ukaże się w druku).

Dyskusja:

Flatau. Przepuszczalność osłódkowej bariery nerwowej względem pewnych jądów może odegrać dużą rolę w wyjaśnieniu sposobu powstawania niektórych cierpień. Nasuwa się hipoteza, że stany depresyjne i manjakkalne zależą od wiązania pewnych substancji przez określone komórki, znajdujące się w *thalamus opticus*. Również nastroża się możliwość oparcia patogenyzy rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia na działaniu jądów, przechodzących poprzez osłódkową barierę nerwową. Na stopień przepuszczalności tej bariery wpłynąć można zapomocą środków farmakologicznych. Atropina zmniejsza ją. W końcu F. omawia znaczenie kliniczne próby fuksynowej (próba Flatau) zupełnie nieszkodliwej dla ustroju, o czem F. przekonał się w 500 przypadkach, własnych.

Szczególne usługi oddaje ona we wczesnem rozpoznawaniu gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Herman. Ostatnio ukazały się prace, które stawiają w wątpliwość znaczenie próby Waltera, co do wnioskowania na podstawie jej o przepuszczalności opon w ogólności. Badania przeprowadzone wspólnie z Halberówną nad przechodzeniem izoaglutynin ze krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego wykazały, że w warunkach normalnych, nigdy one nie przechodzą do płynu, zaś w patologicznych udało się wykryć je w przypadkach zapalenia opon nagminnego, guzów rdzenia i rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia. Ciekawą jest rzeczą, że w zapaleniu gruźliczem opon, gdzie próba fuksynowa Flatau i bromowa Waltera są wybitnie dodatnie, izoaglutyniny nie przechodzą. H. i Halberówna tłumaczyli to wytwarzaniem się w tych przypadkach specjalnych przeciwciał niweczących izoaglutyniny. N. B., badania Weila i Waala nad izoaglutyninami dokonane przed wspomnianą pracą dotyczyły zaledwie kilku przypadków i ani w jednym nie dały wyniku dodatniego.

Posiedzenie z dnia 11.XII. 1926 roku.

Higier H. *Pamięć, amnezja i hypermnezja. Pokaz osobnika z niezwykle pamięcią.* (Ukaże się w druku).

Jelenkiewicz.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

63-cie posiedzenie klin. z dn. 8.VI. 26 r.

Przewodniczący: Wiceprezes H. Stabholz.

Sekr. J. Merenlender.

Pokazy chorych:

1) H. Higier. — *Coxitis hystérica.*

U młodej dziewczyny po spadnięciu ze schodów rozwija się w ciągu kilkunastu godzin — po 3 dniach zupełnie dobrych — częściowo obraz zapalenia stawu biodrowego z klasycznym chromaniem, irradjacją bólu do kolana, ogólnem wychudnięciem; częściowo obraz *corae deformatio juvenilis* z bezbolesnością przy ucisku na okolicę stawu, częściowo zaś obraz rwy kulszowej z drętwieniem palców i *points douloureux* w przebiegu n. kulszowego. Higier, analizując przebieg i rozwój choroby (trzydniowy okres inkubacyjny, znieczulenie kończyny i inne objawy), znakomicie naśladujący zapalenie gruźlicze stawu u chorej skądinąd istotnie tuberkulicznej. Proponowane u tej pacjentki przez kilku lekarzy gipsowanie i unieruchomienie stawu Higier uważa pod każdym względem za przeciwwskazane, za błąd, jak przed wielu laty ostrzegał lekarzy Charcot podczas pokazu tego rodzaju chorych przed i po szczęśliwie dokonanych operacjach. Psychoterapia w każdej formie jest wskazana.

2) J. Gelbfisz i Z. Kurlandzki. — *przypadek rogowca krwawego (angiokeratoma Mibelli).*

Dotyczy chłopca lat 12, o budowie wątłej; na rękach, na powierzchniach grzbietowych, zewnętrznej i częściowo na dloniowej spostrzega się wykwyty w postaci czerwonych plam wielkości od łębka szpilki do ziarnka soczewicy z rozszerzonymi naczyniami w środkowej ich części i tworzy zrogowacie o powierzchni brodawkowatej. Na małżowinach usznych i na stopach zmiany odmrozinowe.

W płucach: skrócenie wypuku w lewej przestrzeni międzyłopatkowej, objawy GÉNÉVIER, d'ESPINE, MARTINSONA — dodatnie. Badanie rentgenowskie płuc wykazuje zgęszczenie wnęk i powiększone gruczoły węłkowe. Pirquet — dodatni. Pozatem cały szereg objawów ze strony układu nerwowego (chód spastyczny—paretyczny, wzmożenie odruchów kolanowego i Achillesa, Babiński obustronnie — dodatni, Rossolimo — dodatni) i dane z wywiadów przemawiają za cierpieniem z grupy porażen LITTLA; WASSERMANN — ujemny. Gelbfisz zwraca uwagę, że autorzy francuscy zaliczają odmroziny i rogowiec krwawy do tuberkulidów.

3) P. Goldsztejn — *przypadek polidaktylii.*

Dziecko, skierowane do referenta przez kol. Fajnzylbera, pochodzi od zdrowych rodziców (XI dziecko). W rodzinie zboczeń rozwojowych nie było. Dziecko urodziło się prawidłowo, donoszone. Spostrzeżono na prawej stopie osiem dobrze rozwiniętych palców. Rentgenogram wykazuje, że wszystkie palce mają dobrze rozwinięte samodzielne kości śródstopne. O ile polidaktylia 6 palcowa na jednej lub kilku kończynach należy do zjawisk nierzadkich, istnienie 7-go palca dodatkowego spotyka się bez porównania rzadziej; natomiast 8 dobrze rozwiniętych palców na jednej kończynie należy do niezmiernie rzadkich, prawie że unikatów.

Odczyt: Doc. Dr. St. Klejn i Dr. A. Sołowiejczyk. *O splenektomji w chorobach narządów krwiotwórczych.*

Klej n. po przedstawieniu zarysu historycznego splenektomji w chorobach układu krwiotwórczego, podaje wyniki 11 przypadków własnych: 2 przypadki marskości HANOTA, 1 marskość LAËNNÉCA, 2 ektopicznej śledziony marskiej. 1 przypadek choroby BANTIEGO, 1 zakrzepu żyły śledzionowej, 1 żółtaczki hemolitycznej i 3 trombopenji. Wiek chorych od 5—22 lat, czas obserwacji od pół roku do 17 lat, większość chorych obserwowano 3 lata po operacji. Dwa przypadki zakończyły się śmiercią (marskość HANOTA i zakrzep śledziony). Niedokrwistości złośliwej nie kwalifikował do operacji, jest to rzecz bezcelowa. Przypadek marskości LAËNNÉCA: wynik zabiegu był niepomyślny; przypadki ektopji są po dziś dzień zdrowe, dziecko 5-letnie z chorobą BANTIEGO w pół roku po operacji jest zupełnie zdrowe, to samo dotyczy również 5-letniej dziewczynki z żółtaczka hemolityczną, u której jednak odporność krwinek pozostała zmniejszona.

Co się tyczy trombopenji, to 2 przypadki bardzo ciężkie są już od 3 lat zdrowe — wszystkie objawy w zupełności znikły, w jednym z nich nawet z nabytą podczas choroby kiłą udało się po operacji przeprowadzić leczenie swoiste, podczas gdy przed nią leczenie to wywoływało wstrząs i gwałtowne objawy skażenia krwotocznego. Natomiast w 3-im przypadku wynik pozostał w ciągu roku obserwacji zupełnie niepomyślny, przy zupełnym prawie braku płytek. Ten ostatni objaw występuje i w innych dotychczas operowanych przypadkach, ale tylko czasowo i mało wpływa na obraz choroby. Przypadek ten wskazuje, że istota choroby leży nie tylko w działaniu hamującym śledziony na szpik kostny, ale w innych jeszcze czynnikach natury, jak się następnie okazało, hormonalnej. W przypadku tym po wyprobowaniu rozmaitych środków, K. zastosował, kierując się pewnymi danymi z nauki o hormonach, zastrzykiwania podskórne mieszaniny hormonów z grasicy, ciała żółtego, hypofizy i epifizy — skutek był prawie momentalny. Oddzielnie te hormony były bezskuteczne. Dotyczyło to jednak tylko krwawień macicznych. Krwawienie z dziąseł i z nosa udało się zatrzymać zastrzykami wyciągu ze szpiku kostnego. Terapię ta na przyszłość może uczynić zbędną splenektomię w trombopenji.

A. Sołowiejczyk podaje technikę chirurgiczną wykonanych przez siebie splenektomij.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

Na posiedzeniu grudniowym (r. ub.), Tow. Biologicznego w Paryżu Retterer doniósł o *budowie jądra mądrego przeszczepionego człowiekowi przed 3½ laty*. Przy ponownym przeszczepianiu jądra mądrego wzięto do badania resztki pozostałe po przeszczepieniu pierwszym. Badanie wykazało: 1) pasemka tkanki nabłonkowej były w drodze przemiany włóknistej; 2) w przestrzeniach między pasemkami nabłonka znajdowała się tkanka siateczkowa i śluzakowata. Fakty te zgadzają się z doświadczeniami zrobionymi na zwierzętach: kanaliki nasienne przeszczepionego jądra pozostają zachowane, lecz ich wyściółka nabłonkowa ulega zmianom włóknistym. Efekt przeszczepienia utrzymuje się, póki zachowane są komórki nabłonkowe; zmniejsza się on w miarę znikania komórek tych.

Na wspomnianym posiedzeniu Prunell mówił o *zależności wzoru białych ciałek krwi od obecności przecięcia gruczołowego*. Badania prelegenta wykazują, że w przypadkach względnej limfocytozy odczyn na przeciwciała gruczołowe wypadają przeważnie dodatnio, natomiast w przypadkach względnej neutrofilozji odczyn wypadają ujemnie.

(Presse méd. Nr. 102, 1926).

Na posiedzeniu grudniowym Akademii Lekarskiej w Paryżu Marcel Labbé omawiał *przypadki cukrzycy, uchodzące jako oporne względem insuliny*. Do szeregu tych przypadków wlicza się mylnie cukrzycę nerkową i cukromocze, zależne od zaburzeń w czynno-

ści wątroby i gruczołów wydzielania wewnętrznego (nie wysepek Langerhansa), które nie są cukrzycą prawdziwą. W innych przypadkach oporność względem insuliny spowodowana jest działaniem współistniejącego zakażenia lub niedostatecznym stosowaniem diety. Prelegent odrzuca istnienie przypadków cukrzycy prawdziwej, które z istoty swej byłyby oporne względem insuliny.

(Presse méd. Nr. 2, 1927).

Na posiedzeniu wiedeńskiego Tow. Lek. Falta podał *wyniki dotychczasowego stosowania syntaliny*. Syntalina, pochodna guanidany, syntetycznie otrzymana i wprowadzona przez Franka, była zastosowana w 16 przypadkach cukrzycy. Naogół pierwotne dane o działaniu środka tego potwierdzają się.

W przypadkach cukrzycy lekkiej syntalina pozwalała łagodzić przepisy dietetyczne. W cukrzycy średnio ciężkiej dzięki zastosowaniu syntaliny można było zmniejszyć dawkę insuliny. Przykrą stroną stosowania syntaliny jest występowanie zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, zmuszających nieraz przerwać dalsze podawanie tego środka. W przypadku cukrzycy opornej względem insuliny (pacjent otrzymywał 220 jednos. bez skutku), syntalina również nie okazywała działania.

(Mediz. Klin. Nr. 49, 1926).

Na posiedzeniu berlińskiego Tow. Lek. w listopadzie 1926 r. B. Zondek wygłosił odczyt o *hormonie jajnika i przedniego płata przysadki*. Prelegent podał przegląd wyników badań klinicznych i doświadczalnych, które on przeprowadzał od roku 1919 na klinice Franza. Na wstępie wykazuje, że dotychczasowe preparaty jajnikowe sporządzane bez miareczkowania biologicznego nie mogły dawać zadawalniających wyników leczniczych. Odpowiednim miarą biologicznym dla hormonu jajnikowego okazał się odczyn rui. Badany zapomocą mikrofotogramów na podstawie metody Allena i Doisy'a. Z tym miarą pracował też prelegent. Badania implantacyjne wykazały, że wydzielanie hormonu umiejscowione jest w aparacie pęcherzykowym jajnika. Wytwarzanie hormonu następuje okresowo. Hormon jest sprzężony z lipidami, od których udało się go oddzielić. Otrzymany przytem hormon nazwano follikuliną. Błona śluzowa macicy, znajdująca się w spokoju, zostaje pobudzona przez wprowadzenie do ustroju follikuliny. Badania wskazują na brak współzależności między hormonem jajnikowym a powstawaniem jaj. Po zniszczeniu jaj przez naświetlanie promieniami Roentgena okresowe wytwarzanie hormonu trwa jeszcze nadal w ciągu tygodni i miesięcy. Wywołując u młodych zwierząt sztuczne dojrzewanie zapomocą follikuliny, spostrzega się w jajnikach zmiany, świadczące o podrażnieniu, lecz nigdy nie obserwuje się dojrzewania jaj. Dojrzewanie jaj w nieczynnych jajnikach powoduje hormon z przedniego płata przysadki, który nie działa zupełnie na ustroj kastrowany. Działanie to zostało wyzyskane, jako miano do wykrywania i miareczkowania hormonu przysadkowego. Zapomocą skombinowanego działania hormonu jajnikowego i płata przedniego przysadki można naśladować rozmaite szczegóły rozwoju płciowego.

L. J.

Zjazdy.

Ze Zjazdu lekarzy weterynarii we Lwowie.

Zawsze byłem tego zdania, że medycyna ludzka może wiele skorzystać od swej koleżanki, zwłaszcza w kierunku metod porównawczych badania i leczenia. To też wielu znakomitych badaczy z dziedziny weterynarii przeniosło metody do medycyny ludzkiej. Przytoczę tylko nazwiska Villemina, który pierwszy przed wykryciem zarazków wyraźnie określił zakaźność gruźlicy, i Nocarda, którego prace o gruźlicy i nosaciznie mają tak wielkie znaczenie dla medycyny i higieny ludzkiej. A przecież Pasteur pierwsze swe badania wykonał nad chorobami zwierzęcymi — a dziś z jego szkoły uczeń Ramon, lekarz weterynarii, wykonuje szereg ciekawych prac, mających pierwszorzędne znaczenie teoretyczne i praktyczne.

Zjazd tegoroczny odbyty w Lwowskiej Akademii weterynarii odznaczył się doбором i doskonałym opracowaniem tematów. Profesorowie D-ry Markowski, Niemcewski, Trawin-

ski, Nowak, Runge, Olbrycht, Guzek, Łabędź, Dębicki, Gordziałkowski, Gajewski, Ponicki i inni, na których referatach nie mogłem być obecny, poruszyli najważniejsze zagadnienia, dotyczące medycyny i higieny ludzkiej i zwierzęcej.

Na pierwszy plan została wysunięta walka z gruźlicą. Prof. J. Nowak z Krakowa, Prezes Zjazdu, ujął zwięźle sprawę gruźlicy w referacie programowym, w którym poruszył wszystko, co może obchodzić naukę i praktykę. Był to najlepszy, zdaniem moim, referat zjazdowy, wypowiedziany ze swadą, doskonale opanowanej treści. Wyłoniła się sprawa kontroli zdrowotności bydła mlecznego, tak ważna, ze względu na rozpowszechnioną wśród krów gruźlicę (perlicę).

Niemniej ważne zagadnienia poruszone zostały przez referentów, już poprzednio wymienionych — w sprawie mleka, mięsa oraz racjonalnej hodowli inwentarza, która wysuwa się u nas coraz poważniej na pierwszy plan z powodu trudności w kalkulacji produkcji

zboża, coraz mniej oplacającej się naszemu rolnictwu wobec silnej konkurencji krajów zamorskich, których klimat i gleba lepiej się nadają do produkcji zbóż.

Sprawa kontroli mięsa i budowy rzeźni i chłodni, tak ważna ze względu na aprowizację miast również była dobrze zreferowana przez prof. T r a w i ń s k i e g o.

Ze zjazdem była połączona wystawa okazów akademii weterynarskiej, bardzo interesujących ze względu na anatomję i patologję porównawczą, oraz ciekawe okazy z różnych dziedzin pokrewnych i tablice statystyczne.

Postępy weterynaryj na Zjeździe obecnym wyłoniły się w sposób bardzo widoczny. Jeszcze raz wyrażę żal, że tak mało lekarzy korzystało z rozpraw Zjazdu, który dla medycyny ludzkiej przedstawia obszerne pole badań i ważnych wniosków. A warto było też

poznać urządzenia klinik i pracowni Akademii, która coraz bardziej się rozwija i dorównywa instytucjom zagranicznym. Położony również został kamień węgielny pod budowę, mającą służyć za mieszkania dla słuchaczy weterynaryj. Ale ten kamień wmurowano pod budowlę, już stojącą pod dachem. Teraz wszystko idzie szybko w epokę samolotów i radia.

Nie mniej doniosłą była sprawa zwalczania wścieklizny, przedstawiona przez D-r a Ł a b ę d z i a, obok wniosków zmierzających do wprowadzenia u psów szczepień ochronnych i złagodzenia zarządzeń co do niszczenia psów niepodlegających o wściekliznę, mających gwarancję należytej opieki właściciela.

O. B u j w i d (Kraków).

Krytyka Lekarska.

Czy panuje obecnie w Warszawie epidemia grypy?

Na pewnym zebraniu lekarskiem, zwołanem celem opracowania programu walki z epidemią grypy w Warszawie, zaczęto zastanawiać się nad pytaniem, czy epidemia taka u nas obecnie panuje. Utrzymywało, że zachorowania takie, jak w tym roku, zdarzają się o tej porze rok rocznie, że niema zatem powodu do robienia paniki i mobilizacji środków nadzwyczajnych.

Stwierdzanie jednak stałe w tej porze roku pewnych objawów chorobowych nie jest argumentem przeciwko uznaniu ich za objawy grypy: może są to przypadki grypy sporadyczne, nie epidemiczne, ale zawsze grypy.

„Ponieważ“, mówiono dalej, „nie posiadamy jeszcze niezawodnego kryterjum rozpoznawczego, nie znamy bowiem swoistego dla grypy drobnoustroju (specyficzność lasecznika P f e i f f e r a dotychczas nie jest jeszcze ponad wszelką wątpliwość ustalona), musimy przeto szukać swoistych cech grypy w dziedzinie epidemiologii lub kliniki“.

„Specyficzna dla grypy jest jej pandemiczność“, twierdzono na tem zebraniu, rozumiejąc pod tym wyrazem nie, jak zwykle, szerzenie się epidemii na wielkich obszarach kuli ziemskiej, lecz masowe udzielanie się choroby mieszkańcom danej miejscowości. „Grypa odznacza się tą cechą charakterystyczną“, mówiono „że chorują na nią wszyscy“. Pod wyrazem „wszyscy“ rozumiano zapewne „większość“, bo niema chyba epidemii, której ulegaliby dosłownie wszyscy.

„Ta pandemiczność grypy“, utrzymywano, „jest jedyną jej cechą charakterystyczną, objawów klinicznych, dających prawo do rozpoznania grypy, niema“.

„Ponieważ zaś masowego zapadania, jak to było, naprz., w roku 1889, obecnie nie widać, a więc nie mamy jeszcze prawa mówić o epidemii grypy u nas“.

Przytoczonym argumentom warto się nieco bliżej przyjrzeć.

Najpierw: czy mamy w tym roku pandemię, t. j. szerzenie się grypy na wielkich obszarach kuli ziemskiej? Według wiadomości telegraficznych nadchodzących z Hiszpanji, Szwajcarji, Francji, Anglii, Niemiec, a może i z innych krajów, oraz według raportów, nadsyłanych przez Ligę Narodów—na pytanie powyższe musimy dać odpowiedź twierdzącą. Jeżeli zaś rozumieć wyraz „pandemja“ w znaczeniu nieco węż-

szem, t. j. jako klęskę, dotyczącą większość mieszkańców danej miejscowości, to musimy zauważyć, że ta większość nie choruje na grypę nigdy jednocześnie, lecz zapada na nią, jedni po drugich, w ciągu całego trwania epidemii, być więc może, iż i w przypuszczanej obecnej epidemii okaże się ku jej końcowi, że chorowała większość. Zresztą, trzeba liczyć się i z tym faktem niewątpliwym, że jest niemało ludzi, zwłaszcza starszych, którzy podczas dawniejszych epidemii grypy uodpornili się względem niej, chociaż nie ulega wątpliwości, że naogół dzieje się przeciwnie, t. j., że jednorazowe przebycie grypy u p a s a b i a do tej choroby. Ale i obecnie już „pandemiczność“ w małym zakresie stwierdzić się daje: każdy niemal nieco więcej zajęty lekarz opowiada o mieszkańcach, w których bądź jednocześnie, bądź jedna po drugiej, choruje po kilka osób. Może w tym roku wrażenie masowości zachorowań u lekarzy nie jest tak wyraźne, ale tłumaczy się to z jednej strony wczesnym okresem epidemii, który zawsze jest łagodniejszy, z drugiej — zubożeniem ludności, która tylko w ciężkich przypadkach szuka pomocy lekarskiej. Te same względy tłumaczą nam małą liczbę chorych grypowych w szpitalach, do których zgłaszają się tylko dotknięci cięższymi powikłaniami, a te stanowią zawsze mniejszość.

Tak więc argument o braku „pandemiczności“, mający dowodzić, że epidemii grypy obecnie u nas niema, upada.

A teraz pytanie: czy istotnie niema żadnych charakterystycznych cech klinicznych, któreby pozwalały na rozpoznanie grypy?

Zacniemy od dowodów może nieco słabszych, ale i niebezwartościowych.

Co to może być za choroba, która rozpoczyna się nagle wysoką gorączką (około 39° — 40°), łamaniem w kościach, bólem głowy, często i w krzyżu, trwa 1 — 2 — 3 dni i bez żadnych innych objawów i następstw przechodzi? Takie przypadki widzujemy obecnie niemal codziennie.

A jak nazwać chorobę, która rozpoczyna się gorączką 38° — 39°, czasem nawet nieco niższą, silnym katarzem nosa, bólem gardła, obrzękiem twarzy i powiek, trwa 2 — 3 dni i mija, pozostawiając długotrwały, bardzo uporczywy katar nosa, a w innych razach daje powikłania ze strony płuc, zatok nosowych lub ucha środkowego, powikłania, niepozbawione ze swej strony pewnych cech charakterystycznych, o któ-

rych niżej będzie mowa? I takie cierpienia spotykają się obecnie i może częściej, niż zwykle o tej porze.

A czym są te nagłe zasłabnięcia, rozpoczynające się wysoką gorączką i zaburzeniami ze strony żołądka i kiszek (wymioty lub rozwolnienie) bez jakiegokolwiek błędu w diecie i kończące się również w ciągu kilku dni? Nie jestem internistą, a przypadki takie widywałem.

Chorób, pod które dałyby się podprowadzić powyższe zachorzenia, poza grypą nie znamy.

Przejdźmy teraz do argumentów mocniejszych, obalających twierdzenie, że niema objawów, pozwalających na pewne rozpoznanie grypy.

Cechą charakterystyczną zapaleń grypowych jest ich intensywność. Krwotoki z nosa, tak częste u chorych na gripę, są następstwem silnego przekrwienia zapalnego śluzówki nosa. Zapalenia grypowe ucha bardzo często dają obraz charakterystyczny krwotocznego zapalenia błony bębenkowej (*myringitis bullosa haemorrhagica*) i wysięku krwawego w jamie bębenkowej. Na podniebieniu miękkim i twardym, często i na śluzówce gardzieli chorych na gripę widzimy w wielu razach wybroczyny krwawe. Na śluzówce nosa, tylnej ścianie gardzieli, na migdałkach, w krtani i tchawicy spostrzegamy od czasu do czasu wysięk włóknikowy. Grypowe zapalenie płuc zrazikowe daje płwocinę, zabarwioną krwią, czego w zwykłych postaciach nieżytowych nie spostrzegamy.

Wszystkie tu wymienione objawy są wyrazem intensywności zapalenia, tak charakterystycznego dla grypy.

Pozostaje nam jeszcze trzeci częsty objaw kliniczny, nieobojętny dla rozpoznania grypy: jest nim leukopenja przeważnie z limfocytami, czasem z monocytami. Wprawdzie ten sam obraz krwi daje dur brzuszny i rzekomy oraz ospa, ale wątpliwości

rozpoznawcze mogą tu trwać zaledwie dni parę, w ciągu, których grypa bez powikłań w większości przypadków mija.

Zresztą, jeżeliby nawet kwestjonować wartość rozpoznawczą każdego z przytoczonych objawów osobno, to już suma wszystkich trzech daje zupełne prawo do rozpoznania grypy.

Zapewne, i w tej chorobie, jak w każdej innej, mogą się zdarzać przypadki trudne do rozpoznania, zarówno lekkie, o których możnaby sądzić, że są to zwykle, zapewne też zakaźne sprawy nieżytowe, jak i ciężkie, bardzo powikłane, ale jako reguła pozostać musi zdanie, że są cechy charakterystyczne, pozwalające na pewne rozpoznanie grypy.

Opierając się przeto na dającej się i obecnie stwierdzić „pandemiczności” (choć może jeszcze w szczupłym zakresie), na spostrzeganiu licznych przypadków kilkodniowej gorączki bez żadnych objawów ogniskowych albo z umiejscowieniem cierpień na błonach śluzowych dróg oddechowych lub narządów trawienia, jakoteż z lokalizacją w układzie nerwowym, na stwierdzanej często intensywności stanów zapalnych błon śluzowych (krwotoki z nosa, wybroczyny krwawe na podniebieniu, w gardzieli, pęcherze krwawe na błonie bębenkowej, wysięk krwawy w jamie bębenkowej, płwocina z domieszką krwi w zapaleniach zrazikowych płuc), wreszcie na charakterystycznym obrazie krwi, pozwalamy sobie dać na postawione w nagłówku pytanie odpowiedź twierdzącą. Że dotychczas epidemia objęła względnie małą liczbę mieszkańców i pochłonęła mało ofiar, — to zwykła rzecz na początku każdej epidemii wogóle, a grypy w szczególności.

W ostatnich dniach jednak daje się już zauważyć jej nasilenie, i liczyć się z tem należy bezwarunkowo.

Zygmunt Srebrny (Warszawa).

MEDYCyna Społeczna

Liga Narodów a Zagadnienia Higjenu *)

Podał

L. RAJCHMAN (Warszawa — Genewa).

Panie Ministrze, Szanowni Państwo!

Przedewszystkiem niech wolno mi będzie powiedzieć, z jaką prawdziwą przyjemnością przyszedłem dziś wieczorem, by przedstawić działalność Ligi Narodów na polu higjenu. Jest mi tembardziej przyjemnie, że mogę to uczynić pod przewodnictwem p. Ministra Chodźki, do którego akurat 8 lat temu zwróciłem się o nowicjat w służbie zdrowia p. Ministra Chodźki, który był jednym z pierwszych członków Tymczasowego Komitetu Higjenu Ligi Narodów, i z którym teraz znowu wspólnie spotykam się na terenie Szkoły Higjenu.

O politycznej działalności Ligi Narodów wiadomo wszystkim, i wielu krytyków, a może i wrogów Ligi często twierdzi, że jedynie techniczna działal-

ność Ligi przyczynia się do pokoju międzynarodowego. Wiecie sami Państwo, że wypadki ostatnich kilku lat tym twierdzeniem wyraźnie zaprzeczyły. Nie starałaby się wielkie mocarstwa, nie starałaby się Polska o miejsce w Radzie Ligi, gdyby Liga nie odgrywała pod względem politycznym tej roli, dla której została stworzona, a której nie odgrywała i nie mogła odgrywać w początku swego istnienia. I ci z pomiędzy nas, Członków Sekretarjatu, którym dane było przeżyć ów pierwszy romantyczny okres działalności Ligi, przypominają sobie te pierwsze dwa czy trzy lata obojętności ze strony nawet tych, którzy w pierwszym rządzie Ligę stworzyli. Niewątpliwie rozwój Ligi zależał wówczas nie tylko od poparcia opinii publicznej, ale również od tego, czy uda się twórcom Ligi, czy uda się wykonawcom polityki ligowej przeprowadzić dowód realnego i wyraźnego zbliżenia państw na polu pracy międzynarodowej.

Liga do niedawna, do września tego roku, do chwili wstąpienia Niemiec, była niewątpliwie w znacznej mierze organizacją tych państw, które wyszły zwycięsko z wielkiej wojny światowej, oraz ich sprzymierzeńców. Te mocarstwa miały doświadczenie gro-

*) Wygłoszone w Państwowym Zakładzie Higjenu w Warszawie dn. 25.XI. 1926 r.

madnej pracy międzynarodowej i międzyrządowej podczas wojny. Jak wiadomo, jednym z warunków nieodzownych powodzenia wojny była kontrola transportów morskich i zjednoczenie w jednym ręku, skoncentrowanie wszystkich surowców. Wojnę w znacznej mierze wygrały surowce. Otóż dla tego zjednoczenia surowców i transportów w jednym ręku utworzyły rządy francuski, angielski, włoski i amerykański małą komisję, złożoną z kilku niezmiernie energicznych i rzutkich fachowców. I ci ludzie przez 4 czy 5 lat w ręku swoim mieli kontrolę najpotrzebniejszych środków w życiu większości państw świata. Kiedy Liga została stworzona, ta gromadka ludzi, ten niewielki i nieznany podczas wojny komitet wstąpił do Sekretarjatu Ligi, zajął tam stanowiska kierownicze i postanowił stworzyć jako podwalinę i kamień węgielny całej pracy to, co się nazywa organizacjami technicznymi Ligi, a co ja bym nazwał organizacją Ligi.

Trzy są takie organizacje fachowe: organizacja komunikacji i tranzytu oraz organizacja ekonomiczno-finansowa, i wreszcie ta, o której będę dziś mówić, t. j. organizacja higieny.

Co zrobiły te organizacje fachowe? Każda z nich ma inny wyraz, każda z nich stosuje inną metodę w swej pracy.

Organizacja komunikacji i tranzytu postanowiła odrazu przystąpić do uporządkowania chaotycznych środków komunikacji powojennej, rozpoczęła pracę nad całym szeregiem konwencji powszechnych. Nie będę ich tutaj wyliczał, powiem tylko jako przykład, że stworzyła światową konwencję kolejową, konwencję szosową, zajęła się uporządkowaniem ruchu samochodowego. Od szeregu lat stara się doprowadzić do ułatwień pasportowych, co już w niektórych państwach zostało dokonane, przeprowadziła już bardzo znaczne ułatwienia celne, zabrała się nawet do reformy kalendarza. I, gdybym miał chwilę czasu, opowiedziałbym wiele o posiedzeniach tego Komitetu, który jest jedynym w swoim rodzaju dlatego, że zasiadają w nim równocześnie przedstawiciele Kurji Apostolskiej, przedstawiciele wszystkich zborów ewangelickich, rabini, wybrani przez rozmaite gminy żydowskie, razem z przedstawicielami Akademii Nauk i t. d. Komisja tranzytu poszła zatem głównie w kierunku prawodawstwa międzynarodowego, opracowania konwencji, ogólnie obowiązujących, i doprowadziła do tego pierwszego niezbędnego etapu, którym jest porozumienie między departamentami, między ministerstwami rozmaitych państw, odpowiedzialnymi za te sprawy w rozmaitych krajach. W języku fachowym administracji polskiej, organizacja tranzytu doprowadziła do uzgodnienia międzyministerjalnego, tylko na terenie międzynarodowym.

Organizacja ekonomiczno-finansowa musiała wybrać inne drogi. Tu uzgodnienie działalności rozmaitych ministerstw nie było rzeczą możliwą. Tu należało zanalizować i przedyskutować wspólnie z przedstawicielami wszystkich rządów świata i przedstawicielami kół zainteresowanych finansowo-gospodarczych, związków zawodowych przede wszystkim podstawy finansów publicznych i zorientować się, na jakich zasadach powinny one być oparte po wojnie światowej. Jak Państwu może wiadomo, na pierw-

szej konferencji tego rodzaju, która odbyła się w roku 1920 w Brukseli, ustalono szereg zasad naczelnych, które powoli, a obecnie bodaj że we wszystkich państwach świata cywilizowanego zostają w życie wprowadzane. Organizacja ta zajęła się także całym szeregiem spraw całkiem już fachowych, których nie umiem wytłumaczyć, nie znając się na nich, jak np. ułatwieniami w zakresie unikania podwójnego opodatkowania, wydawnictwami wskaźników cen, studjami nad systemem celnym, i t. p.

Ale najbardziej znamieną na tem polu jest działalność Komitetu Finansowego Ligi, która umożliwiła osiedlenie wielu tysięcy, jeżeli nie dziesiątków tysięcy uchodźców, wysiedlonych z Azji Mniejszej do Grecji, i uchodźców bułgarskich, którzy wrócili do ojczyzny. Wszystkim Państwu są znane prace Komitetu Finansowego w zakresie sanacji finansowej Austrii i Węgier.

Organizacja higieny poszła zupełnie inną drogą. Nie poszła ona drogą zawierania konwencji. Nie poszła przede wszystkim dlatego, że w zakresie higieny publicznej nie było tej niezbędnej potrzeby do przeprowadzenia szeregu tez zasadniczych, a raczej potrzeba ta nie jest dostatecznie zrozumiana przez rządy świata. Ale my, to znaczy służba zdrowia publicznego w rozmaitych krajach, jesteśmy stanowczo istotnie bliżsi jedni drugim, niż wszelkie inne gałęzie administracji państwowej. Może dlatego, że jesteśmy lekarzami, — bo niewątpliwie istnieje pewien „esprit de corps“, między służbą zdrowia wszystkich krajów świata, iaki nie łatwo znaleźć wśród kolejarzy, inżynierów, ani tembardziej wśród finansistów i ekonomistów. Ponadto zdrowie publiczne jest niewątpliwie gałęzią administracji państwowej, która jest w najściślejsem tego słowa znaczeniu działalnością narodową poprzez działalność poszczególnych organów państwowych i samorządowych i poszczególnych jednostek. A zatem współpraca międzynarodowa ogranicza się z natury rzeczy, tylko do pewnych bardzo ściśle określonych wypadków. Pozwolę sobie powiedzieć, że działalność wszelkich organizacji międzynarodowych, fachowych, nie wyłączając również i organizacji higieny Ligi, ogranicza się do trzech zasadniczych dziedzin: 1) orzecznictwo fachowe dla Rady Ligi, która jest jej naczelną organizacją polityczną, oraz dla poszczególnych rządów bez względu na to, czy dane państwo jest, czy nie jest członkiem Ligi Narodów, 2) czynności Sekretarjatu fachowego, który ma liczne zadania. Przede wszystkim ma obowiązek przygotowywania pod względem fachowym prac konferencyj międzypaństwowych z zakresu higieny publicznej. Takie prace przygotowawcze, oczywiście, istniały przed powstaniem Ligi, ale nowością w życiu międzypaństwowym jest obowiązek dopilnowywania, by uchwały i postanowienia tych międzynarodowych konferencyj były istotnie w życiu przeprowadzane.

Drugim ważnym obowiązkiem tego fachowego sekretarjatu jest spełnienie na polu międzynarodowym tych czynności, które na polu państwowym lub narodowym są spełniane przez centralną służbę zdrowia.

Wreszcie 3) rozwiązywanie różnych zagadnień higieny publicznej, które stają przed administracjami sanitarnymi poszczególnych krajów i nie mogą być

rozwiązane tylko na podstawie własnego doświadczenia, lecz wymagają współpracy międzynarodowej. Z góry już mogę powiedzieć, że tylko zagadnienia istotnie trudne wędrują do Genewy.

Oprócz tej działalności codziennej, normalnej, od czasu do czasu, mam nadzieję coraz rzadziej, tylko w wypadkach wybuchu wielkich epidemii, trzeba stwarzać nadzwyczajne organizacje. Gdy w Polsce, np. stworzono nadzwyczajny komisariat do walki z epidemiami, Liga Narodów powołała swego czasu do życia Komisję do spraw epidemii. Komisje te miały do czynienia z komisariatem polskim, greckim, w Rosji Sowieckiej. Są to czasy bardzo dawne, okres dla nas iście już „przedhistoryczny“.

Postaram się Państwu bliżej wyjaśnić te trzy rodzaje naszej działalności.

Organizacja higieny jest organem doradczym Rady Ligi i poszczególnych państw. Rada Ligi jest czynnikiem decydującym we wszystkich sprawach bieżących Ligi odgrywa rolę analogiczną do rady ministrów w poszczególnych państwach. Żadne nasze zamierzenia żadne decyzje komitetu higieny, choćby najlepiej opracowane, nie mogą przez Sekretariat Ligi być wprowadzone w życie, o ile nie uzyskają aprobaty Rady Ligi. A odwrotnie Rada Ligi nie może żaden decyzji, żadnej uchwały dotyczącej higieny publicznej z punktu widzenia międzynarodowego, nie zasięgnąwszy uprzednio opinii naszego Komitetu higieny.

Przedtem powiedziałem, że Organizacja zdrowia jest do rozporządzenia wszystkich państw bez względu na to, czy wchodzi w skład Ligi, czy nie, a to dlatego, że naczelną zasadą całej naszej organizacji fachowej jest powszechność. Od samego początku naszego działania mieliśmy taką samą współpracę z Komisariatem ludowym do spraw zdrowia w Moskwie, jak z Urzędem zdrowia Rzeszy w Berlinie, i do dziś mamy tę współpracę ze stanami Zjednoczonymi A. P., w tych samych warunkach, co z innymi państwami, i to bez żadnej różnicy. Jest to istotnie szczere, a oparte na prawdziwej współpracy.

Rządy zwracają się po te wskazówki, jak to wykaże parę przykładów. Pierwszy zwrócił się był (*Ex oriente lux*) rząd perski o przeprowadzenie ankiety sanitarnej dla uzyskania wskazówek najważniejszych do walki przeciwzimmicznej. Służba Zdrowia Jugosławii zwracała się do nas kilkakrotnie w sprawach ściśle określonych i dość trudnych. W sprawie walki z zimnicą, kiedy znany nam wszystkim i przez nas wszystkich niezmiennie szanowany kierownik służby zdrowia jugosłowiańskiej, dr. Stampar, wprowadził u siebie, wbrew opinii i atakom wielu lekarzy jugosłowiańskich, organizację przeciwzimmiczną, która za darmo leczyła dziesiątki, a nawet setki tysięcy malarją dotkniętej ludności, zwrócił się on do naszej Komisji malarycznej o opinię, czy jest celowa specjalna organizacja przeciwzimmiczna, czy też powinna ona być częścią organizacji ogólnej administracji. Zwracał się też w sprawach trudniejszych pod względem fachowym.

Na prośbę rządu albańskiego wysyłaliśmy dwukrotnie do Albanii ankietowca, który przeprowadził

bardzo dokładne badania w sprawie walki z zimnicą i przeprowadzenia jej w życie.

Zwrócił się do nas rząd francuski o przeprowadzenie ankiety przeciwzimmicznej na Korsyce. To zostało dokonane, i w wyniku tej ankiety oraz w wyniku starań już wspólnie z niektórymi czynnikami została obecnie założona przy współudziale fundacji Rockefellera stacja przeciwzimmiczna na Korsyce, która prowadzi cały szereg prac, niezmiernie interesujących, dzięki którym prawdopodobnie w ciągu paru lat uda się wydatnie ująć w karby zimnicę w tym kraju, w którym panuje ona od wieków.

Zwracał się do nas rząd holenderski w sprawie trudnej i skomplikowanej, dotyczącej pewnych ułatwień żeglugi morskiej.

Zwróciły się również rządy skandynawskie w sprawie, a całkiem różnej od wymienionych, a mianowicie rozważenia i zaopiniowania projektu skandynawskiego w sprawie ujednolajnienia nomenklatury przyczyn zgonu.

Obok tego rządy, korzystając z przysługujących im praw stawiania wniosków na walnych zjazdach Ligi Narodów, występują i teraz coraz częściej o przeprowadzenie zbiorowych badań i studjów nad zagadnieniami higieny publicznej, które w ich przekonaniu mają szersze znaczenie, wybiegające poza ich bezpośrednie potrzeby. Tak np. rząd holenderski zwrócił się o powołanie do życia specjalnej komisji znawców do spraw śmiertelności niemowląt i opieki nad dzieckiem; inicjatywa ta była nawet początkowo zwalczana przez Komitet Higieny.

Rząd czeskosłowacki zwracał się do nas dwukrotnie: półtora roku temu i ostatnio we wrześniu o przeprowadzenie ankiety, co do stosunku kas chorych do służby zdrowia, a w szczególności co do możliwości wykorzystania kas chorych dla celów medycyny zapobiegawczej. Ta doniosła ankieta jest teraz w toku w 6 krajach europejskich. Po raz drugi zwracał się o przeprowadzenie szczegółowych badań nad sprawą wychowania fizycznego z punktu widzenia higieny ogólnej, a specjalnie z punktu widzenia lekarskiego. Ta bardzo ważna sprawa jest obecnie w opracowaniu.

Rząd francuski w zeszłym roku, zachęcony powołaniem i przykładem pierwszego biura epidemiologicznego, założonego przez nas na Dalekim Wschodzie w Singapurze, wrócił się o przeprowadzenie studjów nad możliwością założenia podobnego biura dla Zachodniej Afryki.

Oto są przykłady inicjatywy rządowej.

Przejdziemy do pierwszej działalności naszej, jako sekretariatu fachowego: przygotowywania konferencji. Te konferencje, przez nas przygotowywane, są zawsze obsyłane przez rządy. Organizacja higieny Ligi, jako międzypaństwowa, jest bardziej międzypaństwowa niż międzynarodowa i nie może zajmować się organizacją kongresów fachowych, naukowych lekarskich, a tylko konferencjami międzyrządowymi, na które przyjeżdżają delegaci rządu, i konferencje te mają na celu rozwiązanie określonych zagadnień higieny publicznej.

Zajmiemy się obecnie czterema konferencjami.

Pierwsza odbędzie się w roku 1930 w sprawie międzynarodowej nomenklatury o przyczynach zgo-

ów, sprawy o znaczeniu kardynalnym dla demografii i wszelkiej statystyki lekarskiej.

Druga, przygotowywana bez rozgłosu od trzech lat, jest to zamierzona konferencja rządowa w sprawie chininy. Jak wiadomo, od całego szeregu lat istnieje międzynarodowy trust chininy w rękach syndykatów holenderskich przy wydatnym współudziale fabrykantów niemieckich i angielskich. Jest to sprawa niezmiernie skomplikowana. Nie chcemy zwoływać konferencji do tej chwili, dopóki nie będziemy mieli materiałów. Mamy już teraz dane w sprawie botaniki chininy, t. zn. dane, dotyczące możliwości plantacji takiego, czy innego gatunku, przygotowane przez komitet znawców. Czynnie pracujemy nad innymi stronami tej sprawy, nie sądzę jednak, by konferencja mogła się odbyć wcześniej, niż za rok czy półtora.

Dwa lata temu zwołaliśmy konferencję rządów, zainteresowanych walką ze śpiączką afrykańską, i w wyniku tych narad wysłaliśmy specjalną komisję naukową do Afryki zwrotnikowej, do Ugandy. Komisja prowadzi już od roku studia nad epidemiologią tej trypanosomjazy. Przypuszczam, że prace te potrwają do lipca 1927 r., i że w końcu roku zwołamy powtórnie konferencję międzynarodową dla zbadania wyników studjów komisji.

Wreszcie na kwiecień przyszłego roku zwołaliśmy do Paryża, do Instytutu Pasteura międzynarodową konferencję w sprawie wścieklizny, na której w pierwszym rzędzie rozpatrywana będzie sprawa porażeń poszczepiennych, następnie wartość statystyk szczepień — rzecz zupełnie zasadnicza, która może daleko poprowadzić dyskusję, i wreszcie sprawa szczepienia.

Oto przykłady konferencji, których przygotowanie, uchwały i postanowienia albo wnioski nam przypadają w udziale.

Mówiłem, że działalność Sekretariatu fachowego ma dwa oblicza, i że obok przygotowania konferencji należy do nas typ działalności pokrewny zadaniom zarządów centralnych służby zdrowia poszczególnych krajów. Na pierwsze pole wysuwa się służba wywiadowcza w dziedzinie epidemiologicznej. Wszyscy się boją epidemii. Nieraz we wszystkich krajach wyzyskiwaliśmy tę obawę przed epidemjami, ażeby stworzyć trwałe wartości dla służby zdrowia.

Zakład Higieny w Warszawie został utworzony z sum, które pierwszy Sejm Ustawodawczy w pierwszym tygodniu swego istnienia uchwalił dla walki z dudem plamistym. Również i do powstania organizacji higieny Ligi pomogła obawa epidemii światowych w oczach mężów stanu. Jak wiadomo, epidemie często same wygasają, a wydatna działalność nadzwyczajnych komisariatów to często już tylko „coup de grâce“ końcowe. Ale niewątpliwie najważniejszym zadaniem każdego rządu w dziedzinie sanitarnej jest walka z epidemjami. Podobnie pierwszym zadaniem organizacji higieny międzynarodowej jest służba wywiadowcza epidemiologiczna. Musieliśmy przejść przez kilka etapów. Pierwszym było zebranie dokładnych wiadomości, dotyczących epidemii na terenie związku sowieckich republik radzieckich w Rosji. To udało nam się w ciągu pierwszego roku. W ciągu drugiego zapewniliśmy sobie wszystkie dane statystyczne, dotyczące przebiegu najważniejszych chorób

zakaźnych z wszystkich państw, które dane takie ogłaszają. Na to zużyliśmy 2 lata i od 2 — 3 lat mamy w swych rękach materiały, dotyczące przebiegu płonicy, błonicy, duru brzuszego i t. p. Wartość porównawcza tych danych jest względna i zależy od ich wartości w poszczególnych krajach. Posiadają te materiały jedynie duże znaczenie z punktu widzenia badań i studjów epidemiologicznych, ale dla bezpośredniego wykonawstwa zarządzeń sanitarnych, dla bezpośredniej akcji na podstawie wywiadu trzeba było odbyć pielgrzymkę na wschód, tam do ognisk wielkich epidemii, jedynie ważnych z punktu międzynarodowego, t. j. tych, które drogą żeglugi morskiej przechodzą z portu do portu i z kraju do kraju.

Po dłuższych studjach i rokowaniach między rządami założyliśmy przed 2 laty naszą filję w Singapurze, funkcjonującą od kwietnia 1925 r. Biuro to otrzymuje telegraficznie wiadomości z około 130-u głównych portów olbrzymiej części świata. Granice kręgu działalności — to ze wschodu — wybrzeża Japonii i Władywostoku, z zachodu — wschodnie wybrzeża Afryki, a na południe — Australja. Działalność tego biura prowadzona jest przez naszych urzędników pod okiem specjalnego ciała doradczego, złożonego z przedstawicieli administracji sanitarnych tej części świata.

Obecnie przeprowadzamy studia dokładne i rokowania dość żmudne i kłopotliwe z rządami nad założeniem podobnych biur w Ameryce zachodniej. W ciągu najbliższego roku zapoczątkujemy pewno dwa podobne biura na morzu Śródziemnem, jedno dla basenu wschodniego, drugie dla zachodniego.

W istocie istnieją tylko 2 czy 3 wielkie ogniska, z których drogą morską mogą się przedostać epidemie. Jedno — to daleki Wschód, poczynając od Chin, a kończąc na Indjach, gdzie cholera i dżuma panują stale, endemicznie. Drugie — to północne wybrzeże Afryki i cały wschodni basen morza Śródziemnego. A trzecie — niezmiernie ważne i niebezpieczne na przyszłość — to zachodnie wybrzeże Afryki, a w szczególności ogniska żółtej febry. Jak wiadomo, żółta febra, która jeszcze przed kilkunastu laty w Ameryce środkowej i południowej stanowiła prawdziwą plagę, została tam stłumiona, choć może nie znikła zupełnie. Obecnie jedynym prawdziwie czynnym ogniskiem żółtej febry jest zachodnie wybrzeże Afryki. Do tej chwili nie przedstawia to większego niebezpieczeństwa międzynarodowego ze względu na brak dotychczas środka komunikacji z portami i głąbią Afryki zachodniej. Ale na Dalekim Wschodzie w wielu krajach są przenosiciele żółtej febry i potrzeba tylko wprowadzenia zarazki, aby mogła wybuchnąć epidemia o rozmiarach zupełnie nieobliczalnych. Od czasu wojny staje się Afryka powoli terenem turystycznym. Dzisiaj z Algieru do zachodniej Afryki francuskiej jedzie się samochodem w przeciągu paru dni. Wysiłek za wysiłkiem zbliża dzień, kiedy linje samochodowe i kolejowe transversalne połączą zachód ze wschodem afrykańskim. Gdy się to stanie, niebezpieczeństwo przerzucenia epidemii żółtej febry na Daleki Wschód będzie prawdziwie istotne i groźne.

Zbieranie materiałów epidemiologicznych w sposób logiczny musiało nas doprowadzić do przeprowadzenia ankiety nad organizacją sanitarną poszczegól-

nych krajów w Europie i w innych częściach świata. Nie będę o tem wiele mówił, wydaliśniny już kilkanaście tomów, a dalsze są w opracowaniu.

Jednym z najważniejszych obowiązków stałych każdej służby zdrowia — to wydawanie sprawozdań rocznych. Zadaniem każdej centrali służby zdrowia jest co roku przedstawiać sprawozdanie o publicznym stanie zdrowia kraju. Nie możemy przedstawiać sprawozdania o stanie zdrowia całego świata, możemy natomiast, i to robimy po raz drugi już, zjednoczyć w jednym tomie rozdziały, napisane dla nas przez centralne organizacje sanitarne, które przedstawiają takie sprawozdania. Co rok wydawnictwo się rozszerza, i mamy nadzieję, że w ciągu paru lat nabierze większej jeszcze wartości. Drugiem sprawozdaniem jest sprawozdanie roczne, które przedstawiamy Zgromadzeniu Ligi i wszystkim służbom zdrowia o przebiegu chorób zakaźnych, znowu z tem zastrzeżeniem, że wartość jego zależy od wartości tych liczb, które nam są przedstawiane. Jednak możemy przynajmniej dla ważniejszych chorób i niewątpliwie w przeważnej części krajów i państw przeprowadzić w sposób prawie dokładny przebieg epidemii i odchylenia sezonowe.

Wreszcie trzecie sprawozdanie, natury raczej wewnętrznej, jednak przedstawiające pewną wartość — to roczne sprawozdanie o działalności Komitetu higieny i o naszej działalności. Stałe informowanie o naszej działalności niewątpliwie przyczynia się do wzmożenia tego „esprit de corps“, o którym mówiłem przed chwilą. Jest rzeczą jasną, że wszelkie zamierzenia na polu higieny publicznej, które wymagają współpracy różnych krajów, nie będą wprowadzane w życie, o ile nie istnieje wzajemne zaufanie między wykonawcami. To są te proste prawdy, których przeprowadzenie jest czasem najtrudniejsze. Jest rzeczą jasną dla wszystkich, którzy się zajmują higieną publiczną, że rozwija się ona ustawicznie, od wojny niewątpliwie dokonał się pewien przewrót, a co rok wyłaniają się nowe zagadnienia i nowe rozwiązania.

Otóż dla realizacji tego zbliżenia i dla ułatwienia bliższego zapoznania się z żywymi zagadnieniami higieny publicznej wprowadziliśmy system t. zw. wymiany personelu sanitarnego. Ta nazwa brzmi nieładnie w każdym języku, ale system stał się pożytecznym dla wszystkich służb zdrowia i daje wyniki bardziej bezpośrednie od innych gałęzi naszej pracy. Kilka przykładów wyjaśni, na czem system polega.

W r. 1926 mieliśmy w Japonii „wymianę“ (w której miałem szczęście brać udział, przynajmniej w pewnej jej fazie). W r. 1926 od stycznia mieliśmy w Anglii 2 grupy. Jedną lekarzy higienistów publicznych z 16 krajów europejskich, którzy przez 6 tygodni badali wykonawstwo służby zdrowia we wszystkich szczegółach. A w parę tygodni później podobne studia przeprowadziło 12 inżynierów sanitarnych, delegowanych przez 12 różnych administracji sanitarnych. Od wiosny zeszłego roku do czerwca podobne zbiorowe studia przeprowadziła grupa lekarzy służby kolonjalnej wszystkich kolonij zachodniego wybrzeża Afryki, która w przeciągu 3 miesięcy badała zbliżone organizacje lekarskie i higieny wszystkich tych krajów. Po raz pierwszy — podkreślam to — angielscy le-

karze zwiedzili kolonie francuskie, a Francuzi — kolonie angielskie, Hiszpani — portugalskie i t. d.

Na jesieni lekarze portów morza Bałtyckiego i morza Północnego w ciągu 6 tygodni badali organizację najważniejszych portów tego basenu. I czy Państwo uwierzycie, że naczelny lekarz portu hamburskiego, który zresztą przed dwoma laty brał udział w naszej wymianie w Ameryce, nigdy w życiu nie był w Londynie i Liwerpulu, a Anglicy, którzy brali udział, nie znali żadnych portów kontynentalnych. Podobnie, gdy na jesieni przeszłego roku urządzono podobny „échange“ dla lekarzy portów morza Śródziemnego, okazało się, że naczelny lekarz portu w Marsylii nie tylko nie był w Barcelonie i w Genui, ale nawet w Algierze.

Ten system wymiany i specjalnych misyj daje nam możliwość przeprowadzenia czegoś o znaczeniu jeszcze większem i ciekawszem, a mianowicie, zbliżenie różnych światopoglądów. I znów podam Państwu kilka przykładów.

Każdy z nas, który w roku zeszłym pojechał na Daleki Wschód w związku z „wymianą“, mógł stwierdzić z wielkiem zdziwieniem, że w Japonii i w Chinach, nie mówiąc o innych krajach Dalekiego Wschodu, istnieje olbrzymia literatura lekarska, a specjalnie w Japonii — całkiem nieznana. Nie jest ona drukowana, i zapas nagromadzonego doświadczenia z zakresu higieny publicznej, rozwiązywania codziennych zagadnień sanitarnych jest nam zupełnie niedostępny, a niezmiernie cenny. Co więcej, istnieją badania doświadczone, przeprowadzane, nie powiem przez sztab, ale przez armię całą badaczy japońskich, które nie są wcale ogłaszane, ponieważ japończycy mają ten zwyczaj, iż ogłaszają wyniki wtedy tylko, kiedy są ich zupełnie pewni, i to, co jest może najciekawsze, ten proces twórczy jest ogłaszany po japońsku. Powiedzieliśmy sobie, że, jeżeli istniejemy jako organizacja higieny dla celów współpracy międzynarodowej, powinniśmy ten mur przełamać. Co więcej, dowiedzieliśmy się zarówno od naszych kolegów brazylijskich i japońskich, że istnieje możliwość nieporozumień między Brazylią a Japonią, opartych na nieporozumieniu... parazytologicznem. Tysiące emigrantów japońskich przenoszą ze sobą parazyty, całkiem nieznane w Brazylii. I jak zwykle, pierwszym odruchem jest chęć wprowadzenia zakazów emigracyjnych. Powiedzieliśmy sobie: zastosujemy naszą metodę wymiany do usunięcia tych nieporozumień. I w tym roku sprowadzamy do Europy na 9 miesięcy 4 badaczy japońskich (z których jeden przejeżdżać będzie przez Warszawę w styczniu) dla zaznajomienia odpowiednich kół fachowych z zakresem higieny publicznej i z wynikami swych badań. Z drugiej strony wystaliśmy do Japonii w tym roku 3 badaczy: Anglika, Brazylijczyk i Jugosłowianin w tym samym celu. Wreszcie udało nam się pozyskać zgodę Brazylii i Japonii na wymianę parazytologów.

Nie przedstawiłem w sposób systematyczny działalności organizacji higieny, nie powiedziałem ani słowa o jej konstytucji, wolałem przedstawić tylko metody pracy i typy zagadnień. Ale właśnie w tym celu pragnąłbym jeszcze podkreślić sposoby wykonywania przez nas naszych zadań. Wykonawstwo ankiet i prac leży w rękach przede wszystkim komisji fa-

chowych. W organizacji higieny stworzyliśmy 10 czy 13 takich komisji, z których jedną na wniosek p. Ministra Chodźki. Są one następujące:

Komisja zimnicza do spraw walki z zimnicą.

Komisja do spraw nauczania higieny.

Komisja do spraw opium, powołana przez Radę Ligi.

Komisja mieszana do spraw węgla, powołana przez Międzynarodowe Biuro Pracy.

Komisja mian serologicznych i biologicznych.

Komisja rakowa.

Komisja gruźlicza.

Komisja do badania śpiączki afrykańskiej.

Niedawno powstała komisja do badania porażen poszczepiennych przy szczepieniach przeciwospowych (która ma na celu jednocześnie, o ile to będzie możliwe, wymianowanie krowianki ospowej).

Do tego dołączyć należy również Komitet doradczy biura w Singapore, o którym już mówiłem.

Otóż te komisje powstały albo z inicjatywy poszczególnych członków Komitetu higieny, albo z inicjatywy Rady Ligi, lub wreszcie, co najważniejsza, wskutek inicjatywy różnych ministerstw zdrowia. I tak Komisja rakowa powstała na żądanie angielskiego ministerstwa zdrowia. W Anglii przed laty powstała wielka dyskusja publiczna, odczego na raka umiera więcej Angielek, niż Włosek i Holenderek. Chodziło o stwierdzenie, czy to jest prawdą i dlaczego tak jest. Anglicy rozpoczęli własne badania, ale rychło przekonali się, że nie można obyć się bez zerknięcia z kolegami holenderskimi i bez porównania wzajemnych danych statystycznych komisji i t. d. Od 2 lat sprawę opracowują, i został już wydany cały szereg monografii istotnie cennych.

To samo było z ospą, sprawą niezmiernie doniosłości w Anglii, gdzie niema przymusu szczepień. Okazało się, że w Anglii, Holandji, Szwajcarii i Czechosłowacji były wypadki porażen poszczepiennych. Czy było to w związku ze szczepieniem trudno powiedzieć. Anglicy znowu zaczęli przeprowadzać szereg badań, doświadczeń, i znowu okazała się konieczność porównywania wyników, i wtedy powołano naszą Komisję.

Emil Kraepelin*)

(WSPOMNIENIE POŚMIERTNE).

Żalobną niosę Wam dzisiaj wieść. Panie i Panowie! W pierwszej połowie października r. b. ubył z pośród żywych uczony niepowszedniej miary, o cechach wodza i przewódcy, pod którego flagą płynęła w ciągu ostatnich lat kilkudziesięciu po zmiennej, burzliwej fali życia bandera naszej nauki. Umarł Emil Kraepelin w 71-ym roku życia.

Z nazwiskiem tem kojarzy się nie tylko wyobrażenie jednostki wielce zasłużonej, niepospolitej, jednostki o szerokim rozmachu myślowym i rzetelnej wiedzy — z nazwiskiem Kraepelina kojarzy się pojęcie epoki, pojęcie sztandaru: Epoki, której najświetniejszy okres już może przeminął, sztandaru, pod którym gromadzi się już mniej liczna, niż ongi, rzesza wyznawców i zwolenników, ale niemniej przeto wielkiej epoki i imponującego sztandaru.

W okresie najbujniejszego rozkwitu przyrodoznawstwa,

A zatem pierwsza metoda naszej pracy to badania przez Komisję, druga — badania i ankiety, przeprowadzane przez moich kolegów z Sekretariatu i znawców, przez Sekretariat zaproszonych. Cała nasza działalność jest koordynowana, i linje wytyczne są nam wskazywane przez Komitet higieny Ligi.

Na zakończenie pozwolę sobie jeszcze raz podkreślić powszechność działalności Ligi w zakresie fachowym. W obecnej chwili jeden z moich kolegów jest w Australji, gdzie rząd związkowy zwołał konferencję dla zastanowienia się nad zagadnieniami wysp Oceanu Spokojnego. To zagadnienie jest dla Anglii pierwszorzędnej wagi z dwóch powodów. Przede wszystkim ludność miejscowa wymiera, a następnie, wobec imigracji z Dalekiego Wschodu na wyludniające się wyspy, zarazki epidemiologiczne znalazły się u wrót tego rajy białej rasy, jakim jest Australja. Rząd Australji pragnie się zastanowić nad tem, czy należy założyć organizację międzynarodową tymczasową, czy stałą dla wydatnego znalezienia rozwiązania tych zagadnień.

W Zachodniej Afryce trwa ankieta nad założeniem biur epidemiologicznych. W Południowej Ameryce zwołujemy za parę miesięcy konferencję tamtejszych znawców, którzy prowadzić będą równolegle do europejskiej ankietę w sprawie śmiertelności niemo-włat.

W styczniu nasza komisja w Singapore będzie obradowała nie tylko nad służbą wywiadowczą epidemiczną, ale również nad skoordynowaniem tych ciekawych doświadczeń nad szczepieniem ochronnem per os, doświadczeń, które będą przeprowadzane w Indjach Holenderskich, w Indjach Brytyjskich, na Korei, w Indochinach i na wyspach Filipińskich.

Przygotowujemy ankietę międzynarodową w sprawie dżumy płucnej w Mandżurji, w tem głównem ognisku endemicznem na rubieży syberyjskiej.

Rzućmy teraz okiem na działalność fachową Ligi! w tym różnorodnym zakresie życia międzynarodowego i powiedzmy poprostu: „oto dzieje życia, powieść nieskończona“.

w okresie tworzenia się i rozwoju wspartej na niem psychologii eksperymentalnej, rozpoczął Kraepelin pracę nad budową gmachu psychiatrii klinicznej, na fundamentach, położonych przez Kahlbauma i Griesingera. Jako cel, do którego dążył konsekwentnie przez całe życie swoje, postawił sobie Kraepelin — stworzyć z psychiatrii dyscyplinę lekarską na wzór, jakie istnieją w medycynie somatycznej; pragnął oprzeć psychiatrię na mocniejszych, niż dotąd, podstawach, ażeby wyjść mogła po za zespoły objawowe i tworzyć zaczęła jednostki kliniczne. I jeżeli cel, jaki mu przyświecał, nie został całkowicie osiągnięty, jeżeli ten kierunek kliniczny w psychiatrii, którego Kraepelin był tak świetnym przedstawicielem, podległ krytyce, jako niedostateczny i wymagający uzupełnień — to zaprawdę, stało się to nie z Jego winy, nie dlatego, że nie potrafił dość odważnie, dość umiejętnie bronić swego stanowiska.

Nikt nie był bardziej niż Kraepelin, powołany do tego, ażeby kliniczny punkt widzenia do psychiatrii zastosować. Był on żywym wcieleniem tych cech, których się wymaga od klinicysty: bystre, intuicji pełne „oko“ kliniczne, niezwykła zdolność spostrzegawcza, precyzja w wyszukiwaniu i badaniu objawów, krytycyzm w ich ocenie i zestawieniu, niebywała zręczność w wynajdywaniu cech różniczkowych — a przede wszystkim niezrównana plastyka w opisach stanów

*) Przemówienie na posiedzeniu Warsz. Oddz. Polskiego Tow. Psychiatrycznego w d. 17. XI 1926 r.

chorobowych — oto były charakterystyczne, a jakże bezcenne cechy Kraepelina — klinicysty. Opisy stanów psychiatrycznych, które mamy w jego podręczniku, pozostaną zawsze, niezależnie od zmiennych kierunków teoretycznych, wzorem klasycznym, niedoścignionym.

Jeżeli szło o konstataowanie faktów klinicznych, o ich uplastycznienie w słowie lub piśmie, nie miał i nie ma sobie równego.

Nie mogę w tem krótkim wspomnieniu pośmiertnem, gdzie chodzi jedynie o uwydatnienie straty, jaką poniosła nauka wdawać się w poszczególne etapy działalności zmarłego. Nie mogę tu mówić o rozgraniczaniu dwu wielkich jednostek klinicznych: Psychozy manjakeno-depresyjny i *dementia praecox*.

Nie mogę tu oceniać wartości jego pojęcia paranoi, parafrenji jego objędu u głuchych lub klasyfikacji chorób psychicznych, nie mogę też mówić o jego licznych pracach z psychologii eksperymentalnej nad alkoholizmem i zmęczeniu psychicznem i ograniczyć się do rysów najogólniejszych, najcharakterystyczniejszych.

Chciałbym się cofnąć nieco wstecz.

Mija oto lat 19, kiedy w r. 1907 przez $\frac{1}{4}$ roku codziennie w ciągu godzin kilku stykał się z Kraepelinem bezpośrednio przy wspaniałym warsztacie Jego pracy klinicznej w Monachjum. Był to bodaj Jego okres najświetniejszy, wkrótce po stworzeniu przez Niego dwu wielkich jednostek klinicznych: psychozy manjakeno-depresyjnej i *dementia praecox*, kiedy pracował w otoczeniu doskonałych współtowarzyszy, bądź klinicystów, bądź pracowników laboratoryjnych. Dość wspomnieć, że na czele pracowni anatomopatologicznej stał człowiek tej miary, co Alzheimer, współpracownik Nissla. Wydawało się istotnie, że oto jest kuźnia, w której miarowymi uderzeniami młota wykuwa się przyszłość psychiatrii.

Wchłaniałem w siebie w niekłamany zachwycie i zapale wszystko, co mógł mi dać Kraepelin sam i jego otoczenie. Ale już, wówczas w charakterystyce pracy twórczej Kraepelina jaką podałem w „Medycynie”, pisałem między innemi, co następuje. „...W tem naczelnem dążeniu Kraepelina do stworzenia trwałych, niż dotąd, podstaw dla psychiatrii klinicznej, dążeniu, które nadaje tak charakterystyczne piętno Jego działalności, kryje się, zdaniem naszym, źródło jednej cechy ujemnej. Usiłując utrwalić w umysłach słuchaczy obrazy kliniczne, okupuje to może ceną nazbyt drogą: zaniedbuje stronę psychologiczną objawów chorej psychiki, ich powstawania i grupowania się. Znadto w tym względzie pokłada nadziei w psychologii eksperymentalnej *sensu strictiori* (której wprowadzenie do psychiatrii jego również jest zasługą), zamało wierzy w metodę psychologiczną, polegającą na bezpośrednim spostrzeganiu procesów psychicznych i obcowaniu z chorym. Dziś zwłaszcza uderza to szczególnie, jeżeli zważyć, że i w psychologii normalnej coraz silniej uwydatnia się kierunek, polegający na

stosowaniu zarzuconej dawną metody eksperymentu psychologicznego przez samoobserwację. Metoda ta, stosowana obecnie w psychologii, głównie w badaniach procesu myślenia (Ach, Bühler, Watt, Binet), mogłaby, o ile się zdaje, przynieść również poważne korzyści i w psychopatologii. W Kraepelinie brak tendencji w tym kierunku, albo przynajmniej nie zdradza ich niczem w swej działalności. Nie słyszałem ani razu, ażeby usiłował wyjaśnić powstawanie i przebieg psychologiczny takiego lub innego urojenia, tej lub innej drogi chorobliwego myślenia. Przechodzi nad tem do porządku dziennego, stara się jaknajprędzej ująć chorego ze strony klinicznej, z nadto jest klinicystą, zamało semjologiem. I dlatego może, wykłady jego, doskonałe pod względem logicznym, płodne pod względem kształcenia klinicystów przyszłych, zostawiają jednak uczucie pewnego niezadowolenia, niedosytu, pewnego braku pogłębienia w tych po mistrzowsku — przyznać trzeba, — naszkicowanych schematach.”

Niewiele nowego mógłbym dodać i dziś po latach 19-u do tej charakterystyki. Okazało się istotnie, że wyłącznie kliniczny kierunek w psychiatrii, kierunek oparty na wyodrębnianiu jednostek klinicznych na zasadzie trójramiennej jedności: etiologii, przebiegu i zejścia — jest niewystarczający.

Podchodzimy obecnie do zagadnień psychologicznych nie tylko od zewnątrz, w sensie opisywania segregowania objawów. śledzenia przebiegu i zejścia, stwierdzania zmian pośmiertnych w mózgu; staramy się ująć przejawy psychologiczne i od wewnątrz, ze stanowiska fenomenologicznego i ze stanowiska gienetycznego, t. j. psychoanalitycznego. Ani introspekcja, mająca na celu fenomenologicznie objawów psychotycznych, ani psychoanaliza nie przemawiały do Kraepelina, wychowanego zresztą na najlepszych wzorach psychologii eksperymentalnej, ucznia Wundta. Nie miał poprostu zrozumienia dla tych nowych kierunków psychologicznych, nie potrafił do nich nagiąć swej nieco sztywnej, nie nadającej się do dyskursywnego myślenia psychiki.

Gdyby mi wolno było zrobić porównanie z innej dziedziny myśli ludzkiej, to powiedziałbym, że Emil Kraepelin był to wielki epik psychiatrii. Rozmach i szeroki rzut, zarówno w obserwacji, jak i w opisie objawów psychotycznych, przy niedostatecznem pogrążaniu się w głębi chorej psychiki. Niemniej przeto był i pozostanie w swoim zakresie działania wielkim. i karty w historii psychiatrii, jego wypełnione ręką, należeć będą po wsze czasy do najświetniejszych.

Cześć pamięci mistrza!

Dr. Maurycy Bornsztajn (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

— Z dniem 1 stycznia r. b. objął pracę wydawniczą w „Warszawsk. Czasop. Lek.”, obok kolegi Remigjusza Stankiewicza, kol. Wilhelm Knappe. Od numeru dzisiejszego zatem obydwaj wymienieni koledzy podpisują będą pismo, jako wydawcy.

— Z powodu sygnalizowanych z rozmaitych państw Europy licznych przypadków grypy, odbyło się dnia 12 b. m. w Wydziale Zrownia Magistratu m. Warszawy zebranie, zwołane przez Naczelnika tegoż wydziału, kol. Wincentego Boguckiego. Rozprawy doprowadziły do wniosku, że choć dotychczas epidemia grypy w Warszawie nie przybrała szerszych rozmiarów, należy jednak przygotować w szpitalach miejskich dostateczną liczbę miejsc dla chorych na gripę, poprawić, w granicach możliwości, warunki mieszkaniowe oraz mieć do rozporządzenia odpowiedni personel pielęgniarstwa, któryby roztaczał opiekę nad pozostającymi w domu chorymi ze sfer uboższych.

— Ukazały się w handlu księgarskim prawie jednocześnie: Warszawski Kalendarz Lekarski na r. 1927, wydany przez kol. Birenwajga z Warszawy i Wierzbickiego z Poznania, oraz Polski Kalendarz Lekarski na r. 1927, stanowiący własność Księgarni Nowości we Lwowie i wydany nakładem tejże księgarni.

Warszawski Kalendarz Lekarski przedstawia się jako okazały tom o 800 stronicach druku i zawiera, oprócz wiadomości z hematologii, gruźlicy, gastrologji, pedjatrii, otjatrii, oftalmologii, psychiatrii i neurologji, dietetyki, balneologii i klimatoterapii, rentgenologii i chirurgji oraz medycyny sądowej, dwie prace iście benedyktyńskie. Jedna — to Polska Bibliografia Lekarska, opracowana przez kol. Stanisława Konopkę, obejmująca spis prac lekarskich, napisanych przez Polaków w czasopiśmie lekarskich polskich i zagranicznych w czasie od 1 lipca r. 1925 do 30 czerwca r. 1926. Stanowić ona będzie cenne źródło dla każdego lekarza polskiego, interesującego się stroną naukową swego zawodu, i jest prawdziwą czdobą kalendarza. Życzyćby należało, aby Polskiej Bibliografii Lekarskiej odtąd nie zabrakło w żadnym roczniku Warsz. Kal. Lek. Drugą pracą, podnoszącą wartość kalendarza, jest Spis środków farmaceutycznych z podaniem składu, działania, dawkowania i wskazań leczniczych. Spis ten obejmuje 4000 leków i ułożony został w porządku alfabetycznym przez kol. Wilhelma Knappego. Jak praca Konopki jest nieocenionym przewodnikiem dla lekarza, pracującego na niwie naukowej, tak „Spis środków farmaceutycznych” stanowić będzie dla lekarza praktyka poradnik bardzo pożyteczny.

Stroną ujemną niektórych artykułów naukowych, pomieszczonych w Kalendarzu, jest ich rozwlekłość, większość jednak czyta się z wielkim zajęciem i prawdziwym pożytkiem. Również raz w „Kalendarzu” zupełny brak części informacyjnej, a przede wszystkim działu adresowego, co tłumaczy się może i tak już zbyt wielkimi rozmiarami wydawnictwa. Należałoby w następnych latach wydawać „Kalendarz” w 2-ch częściach: naukowej i informacyjnej.

„Polski Kalendarz Lekarski”, pod względem rozmiarów mniej imponujący, zawiera dużo wiadomości pożytecznych dla lekarza praktyka w zwięzłej formie podanych, a więc: dział rozpoznawczo-leczniczy, spis ważniejszych leków oraz ich działanie, dawkowanie leków dla dorosłych i dzieci, spis zdrojowisk krajowych i zagranicznych, wiadomości z klimatu — i balneoterapii, leczenie rozmaitymi rodzajami światła, diatermję, kosmetykę, dietetykę, surowice i szczepionki, ortopedję, badania laboratoryjne, wiadomości z medycyny sądowej, proteinoaterapię, oznaczanie okresu ciąży, wiadomości o dziecku i t. d. I w tym „Kalendarzu”, niezawodnie mającym dużo stron dobrych, odczuwa się ujemnie brak części informacyjnej.

— W Nr. 2 Biuletynu, wydanym nakładem Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, umieszczono protokół Zjazdu Międzyzwiązkowego w Warszawie z dn. 2 i 3 maja 1926 r., zawierający cały szereg uchwał w sprawach Kas Chorych, Kas emerytalnych Lekarzy i t. p. z zaznaczeniem, że „podane uchwały uznano za prawomocne i winny obowiązywać wszystkie Izby”.

Pozwalamy sobie zauważyć, że ostatni ustęp protokołu może być rozumiany, jako ankietą, wreszcie pogląd uczestników Zjazdu, lecz nigdy jako stwierdzenie oficjalne, że uchwały powyższe mają obowiązywać wszystkie Izby. Aby uchwały Zjazdu międzyzwiązkowego obowiązywały Izby, winno być w stwierdzeniu oficjalnym podane, na jakiej podstawie prawnej uchwały te się opierają, a w szczególności na podstawie jakich postanowień ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich oparto decyzję, iż uchwały Zjazdu międzyzwiązkowego są obowiązujące dla poszczególnych Izb Lekarskich bez potrzeby osobnych uchwał każdej Izby.

W ustawie o Izbach Lekarskich nie wymieniono zjazdów Izb Lekarskich jako instancji prawomocnej dla Izb terytorjalnych.

— Koło Demokratyczne Radnych Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej nadesłało nam z prośbą o wydrukowanie list następujący:

Szanowny Panie Kolego!

Uważam za swój obowiązek zwrócić się do Szanownego Pana Kolegi w następującej sprawie:

Wiadomo Szanownemu Koledze, że Naczelna Izba Lekarska i jej Sąd mieszczą się w części lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie. Widok 23. W lecie roku ubiegłego Zarząd Stowarzyszenia umieścił we wspólnym przedpokoju ogłoszenie treści następującej:

„Wobec oburzenia i rozgoryczenia, panującego pośród członków S. L. P. przeciwko lekarzom oficerom, którzy nie tylko złamali wojskową przysięgę, lecz nawet sprzeniewierzyli się swemu powołaniu i wzięli udział w walce bratobójczej, Zarząd S. L. P., pragnąc zapobiec możliwym starcom w lokalu S. L. P. i stojąc na straży godności instytucji, zwraca się z apelem do Sz. Członków S. L. P., by, wprowadzając gości, mieli powyższe na uwadze.”

Na skutek tego ogłoszenia władze wojskowe cofnęły oficerom czynnej służby pozwolenie należenia do Stowarzyszenia i zabroniły im bywania w tym lokalu. Szereg kolegów, należących do Stowarzyszenia, wystąpił z niego, a dwaj członkowie Naczelnej Izby, Dr. Zofia Garlicka i Dr. Tytus Makowski, zawiadomili Zarząd Izby Naczelnej, że nie mogą być na posiedzeniach Izby, dopóki odbywać się one będą w lokalu Stowarzyszenia, i proszą o zmianę lokalu. Do obecnej chwili Zarząd Izby lokalu nie zmienił. Wprawdzie po paru miesiącach usunięto powyższe ogłoszenie z szatni Stowarzyszenia, nie zmienia to jednak postaci rzeczy, gdyż Zarząd Stowarzyszenia zaznaczył, że motywem zdjęcia ogłoszenia było dostateczne zaznajomienie się Kolegów z jego treścią.

Stoimy obecnie wobec faktu, że Izba Naczelna urzęduje w lokalu, do którego wstęp został uniemożliwiony całemu szeregowi lekarzy.

W dniu 30 stycznia ma się odbyć plenarne posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej. Jeżeli posiedzenie to będzie się odbywało w lokalu przy ul. Widok, to część członków Izby Naczelnej na posiedzenie nie przyjdzie. Takie zdekompletowanie posiedzenia podrywa jego powagę i prawomocność. Obowiązkiem naszym, Izby Naczelnej i jej Zarządu jest nie dopuścić do tego faktu. Również jed-

nak niedopuszczalne jest dalsze urzędowanie najwyższej samorządowej władzy polskiej społeczności lekarskiej, jaką jest Naczelna Izba Lekarska i Najwyższy Sąd Lekarski w lokalu, niedostępnym dla dużego odłamu lekarzy polskich.

Jesteśmy przekonani, że Szanowny Pan Kolega, niezależnie od przekonań politycznych, zgodzi się z powyższem stanowiskiem, a dlatego prosimy Go, aby zechciał rozważyć tę sprawę i zwrócić się do Zarządu Naczelnej Izby o zwołanie najbliższego posiedzenia do innego lokalu tak, ażeby wszyscy członkowie mogli wziąć udział w obradach, oraz o bezwzględną zmianę lokalu na stałą.

Z koleżeńskiemu pozdrowieniem: Adamski Jan, Brandwain Hieronim, Endelman Leon, Garlicka Zofia, Goldstein Paweł, Hertz Maurycy, Kasperowicz Marja, Milejowski Izrael, Mutermilch Jan, Róbin Wilhelm, Rudzki Przemysław, Simchowicz Teofil, Stabholz Henryk, Stefanowski Antoni, Trenkner Henryk, Zamenhof Leon, Zandowa Natalia.

Nadto do odezwy niniejszej przyłączył się plk. lek. Dr. Jan Kollataj Szrednicki.

Za zgodność: Przewodniczący Koła Demokratycznego Radnych Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej

(—) Trenkner.

— Z nadesłanej nam Odezwy Stow. Lek. Pol. w Warszawie do Zarządów wszystkich Zdrojowisk, Uzdrowisk i Zakładów leczniczych w Polsce przytaczamy ustęp końcowy:

Z początkiem roku 1927 (Luty, Marzec, Kwiecień) Stowarzyszenie Lekarzy Polskich przystępuje do zorganizowania nowego cyklu odczytów o naszych zdrojowiskach, miejscowościach i zakładach leczniczych.

„Odczyty te” — powtarzamy ustęp odezwy zeszłorocznej — „będą przeznaczone dla lekarzy i studentów. Kuracjusze mogą być dopuszczeni w tej myśli, że mogą oni wykazać życzenia co do warunków pobytu w danej miejscowości. Wejście bezpłatne. Każdy zakład leczniczy, który zechce wziąć w tem udział, przysła sam na dany termin swego mówcę, który w krótkim a zwięzłym odczycie, trwającym nie dłużej, niż godzinę, przedstawi dane geologiczne i klimatyczne, własności zdrojów, komunikację, urządzenia balneologiczne, wskazania lecznicze, warunki pobytu, projekty ulepszeń na przyszłość. Po odczycie dyskusja. Postawione dezeryaty będą skrzętnie notowane i będą przesyłane zarządom wód oraz brane pod uwagę przy wycieczkach do naszych zdrojowisk, organizowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w celu poznania naszych zdrojowisk na miejscu. Koszt wysłania mówcy i wynajęcia sali odczytowej obciąża Zarząd Zdrojowiska”.

Zwracamy się przeto do wszystkich Zarządów Zdrojowisk, Uzdrowisk i Zakładów Leczniczych, aby, jeśli pragną wziąć udział w tej pracy zbiorowej, mającej na celu propagandę naszych zdrojowisk, zechciały jaknajprędzej zawiadomić Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie (Widok 23), czy zgadzają się na wyłączone w odezwie warunki.

Zarazem prosimy Zarządy tych uzdrowisk, które z początkiem r. b. już przysłały swych przedstawicieli z odczytami, aby, o ile nie uznają za potrzebne przysłać swoich prelegentów, zechciały zakomunikować nam, czy i jakie zaszyły ulepszenia w danym zdrojowisku w sezonie ubiegłym. Materiał nadesłany posłuży nam do przedstawienia w odczycie tego postępu, jaki zaznaczył się w naszych zdrojowiskach w porównaniu do lat poprzednich.

Sekretarz—Członek Zarządu:

Dr. K. Piotrowski.

Przewodniczący:

Dr. E. Osieński.

— Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydała następujące

PRZEPISY DLA LEKARZY

w sprawie sposobu dokonywania przeglądów i badań w kierunku jaglicy.

W celu uzgodnienia i ujednolajnienia postępowania lekarzy przy dokonywaniu przeglądów w zakładach opiekuńczych, szkołach, przytułkach i t. p. instytucjach, oraz przy przeprowadzaniu przeglądów poborowych i wogóle badań w kierunku jaglicy Departament V Służby Zdrowia zarządza, co następuje:

1. Orzeczenie pozytywne lub negatywne w sprawie jaglicy lekarz może wydać jedynie na podstawie dokładnego badania oczu u każdego osobnika poszczególnie. Przy przeglądach zbiorowych poborowych, robotników zakładów prywatnych, wychowanków szkół publicz-

nych i zakładów opiekuńczych i t. p. lekarz obowiązany jest badać oczy wszystkim osobnikom, a nie tylko tym, którzy już zewnętrznymi zmianami lub też skargami na pewne dolegliwości zwracają jego uwagę.

2. Badania w kierunku jaglicy należy przeprowadzić bardzo dokładnie i uważnie na obu oczach. Ponieważ zmiany jaglicze kryją się zwykle w fałdach spojówki załamka górnego, podczas gdy reszta spojówki nie wykazuje żadnych objawów choroby, przeto należy zawsze dokładnie wynicować załamki górne oraz przebadać szczegółowo całą spojówkę. Ręczne wynicowanie załamków górnych jest dość trudne i przeważnie niedostateczne i niedokładne. Dlatego też lekarz powinien zawsze przy badaniach dla dokładnego wynicowania załamka górnego posilkować się specjalnym odwracadłem powiek modelu D-ra Zacherta. Opis tego przyrządu i sposób jego użycia znajduje się w broszurce Prof. Majewskiego „Jaglica”, wydanej przy współudziale Departamentu Służby Zdrowia oraz w artykule D-ra Zacherta „Zasady i metody leczenia jaglicy u dzieci” (Polska Gazeta Lekarska Nr. 22, 1926 r.), a sam przyrząd jest do nabycia w składzie narzędzi chirurgicznych, Al. Mann, Warszawa; Plac Małachowskiego Nr. 2.

3. Przy rozpoznawaniu jaglicy lekarze powinni trzymać się następujących kryteriów:

Na pełny obraz jagliczego schorzenia oczu składają się:

- 1) ziarna jaglicze,
- 2) łuszczyki jaglicze i
- 3) blizny po jaglicze.

Jeśli wszystkie te objawy występują współcześnie, albo przynajmniej dwa z nich, to rozpoznanie jaglicy jest łatwe i nie naraża prawie żadnych trudności. Łuszczyka jaglicza i blizny po jaglicze są jednak późnymi objawami choroby, które niekiedy występują dopiero po wielu miesiącach lub nawet po latach. W początkowych zaś stadiach jaglicy występuje tylko jeden jej znamieny objaw — ziarna. Ze względu na to, że jaglica jest chorobą zakaźną, przeto niezmiernie ważne jest rozpoznanie jej już na samym początku, aby przez przedsięwzięcie odpowiednich środków zapobiegawczych uchronić otoczenie przed zakażeniem się, oraz przez odpowiednie leczenie przeszkodzić rozwinięciu się choroby. Dlatego też, aby jaglicę rozpoznać we wczesnym stadium, lekarz musi bieżąco odróżniać ziarna jaglicze, znamienne dla jaglicy, od grudek dobrotliwych — follikulów, które występują często przy schorzeniach spojówek lub zdarzają się na spojówkach zdrowych. Przy rozstrzygnięciu tego zagadnienia należy się kierować następującymi kryteriami:

- A. Follikuły są naogół Ziarna jaglicze są nadrobne, kształtu jajowatego (1 — 2 mm. średnicy), długą osią ułożone wzdłuż załamka spojówkowego. Wygląd mają szklisty, barwę blado-różową, wystają znaczną częścią swej powierzchni ponad poziom spojówki.

- B. Follikuły zajmują przeważnie same tylko załamki, przeważnie dolne, i układają się w nich różnicowato w dosyć regularne szeregi.

Ziarna rozsypują się gęsto i mniej regularnie po całej spojówce, zajmując nie tylko załamki, ale także spojówkę tarczkową, niekiedy po sam brzeg powieki. W obrębie spojówki tarczkowej tworzą one zwykle bardzo płaskie, ledwo nieco nad poziom wystające, blado-różowe lub białawe krążki. Ta zmieniona postać ich w tej okolicy tłumaczy się tem, że tutaj spojówka posiada mało tkanki adenoidealnej i ściśle przylega do tarczki, a pozatem wzajemny ucisk powieki i gałki ocz-

nej przeszkadza ziarnom przybrać kształt bardziej do kulistego zbliżony. Spotykamy też czasem ziarna na przejściu między spojówką załamków a spojówką gałki, a nawet na załamku półksiężycowatym (plica semilunaris), gdzie follikuły nie sadowiają się nigdy.

- C. Follikuły występują z zasadą liczniej w załamku dolnym niż w górnym.

- D. Follikuły znajdują się na spojówce, zresztą prawidłowej, gładkiej, a co najwyżej lekko przekrwionej.

- E. Follikuły są jędrne i twarde i o mocnych ściankach, które nie pękają, lub tylko pod wielkim naporem, treść ich jest płynna, wodnista.

Ziarna jaglicze, jak i wogóle wszelkie zmiany trachomatycznej, rozwijają się liczniej i silniej w załamku górnym, niż w dolnym.

Ziarnom jagliczym już bardzo wczesnie towarzyszą drobne wzniesienie powierzchni spojówkowej, zależnie od przebiegu brodawkowego i nadające spojówce wygląd strzyżonego aksamitu (hypertrophia papillaris).

Ziarna jaglicze są kruche, łatwo pękające przy ucisku paznokciem i wydobywa się z nich treść galaretowatą-kaszasta.

Ten objaw jest pewnym kryterjum, przemawiającym za jaglicą.

Bliższe szczegóły, odnoszące się do diagnostyki różniczkowej jaglicy, znajdują się w powyżej zalecanej broszurce prof. Majewskiego.

4. Odnośnie zaś do klasyfikowania badanych osobników lekarze winni posilkować się następującą nomenklaturą:

- a) W przypadku stwierdzenia jaglicy następującymi zasadniczymi określeniami: jaglica początkowa, jaglica rozwinięta i jaglica powikłana.

Do jaglicy początkowej należy zaliczyć te przypadki, w których zmiany jaglicze (ziarna), znajdują się tylko na ograniczonej przestrzeni, przeważnie w załamku górnym, do jaglicy rozwiniętej zaś te, w których ziarna i nacieki jaglicze zajmują znaczną część lub nawet całą spojówkę powiekową, do jaglicy powikłanej te przypadki, w których zajęta jest nie tylko spojówka powiekowa, ale także gałkowa i rogówka (łuszczyki), oraz głębsze tkanki (tarczka).

Wreszcie zdarzyć się mogą formy jaglicy, które nie dadzą się podciągnąć pod żadną z wymienionych grup, najczęściej to dotyczy przypadków jaglicy zastarzałej, recyduwującej, z rozległymi często zmianami bliznowatymi. Wskazane jest posilkowanie się w tym wypadku prostymi określeniami: jaglica recyduwująca, jeśli obok objawów przebytej jaglicy (blizn) są świeże ziarna, i jaglica zaleczona, jeśli brak jest objawów czynnej jaglicy, a natomiast dadzą się stwierdzić zmiany, świadczące o przebiegu jaglicy, którym towarzyszą tylko objawy nieżyty.

Obok tej zasadniczej klasyfikacji jaglicy, która pozwala lekarzowi każdy przypadek, zależnie od stopnia rozwoju choroby, zaliczyć do odpowiedniej grupy, lekarz ma do dyspozycji jeszcze dwa dodatkowe określenia: „sącząca” i „sucha”, z których jedno zawsze winno być dodane do określenia głównego, zależnie od tego, czy procesowi chorobowemu towarzyszy lub nie objaw sączenia, t. i. wydzieliny chorobowej ze spojówki.

Przykład rozpoznania: jaglica sącząca rozwinięta, lub jaglica początkowa sucha.

- b) Przypadki, co do których lekarz przy badaniu nie może ustalić rozpoznania jaglicy, ale stwierdza pewne objawy, przemawiające za jaglicą, obok przemawiających jednocześnie za innym tem choroby, lekarz określa mianem tej drugiej choroby i dodaje do tego wyrazy „podejrzanie o jaglicę” np.

Nieżyt grudkowy, podejrzany o jaglicę, albo
Nieżyt chroniczny podejrzany o jaglicę.

c) Wszelkie inne schorzenia, które nie mają bliższego związku z jaglicą, lekarz określa jako „inne“.

5. Lekarz, przeprowadzający przegląd, winien odpowiednio rozpoznać zanutować na liście badanych przez siebie osobników, a dla tych osobników, u których rozpoznał jaglicę, winien wypełnić odpowiednią kartę rejestracyjną i przesłać ją właściwemu urzędnikowi sanitarnemu (lekarz powiatowy lub miejski).

6. Przy dokonywaniu przeglądów zbiorowych lekarz powinien zwracać baczną uwagę, aby nie przenieść zarazków od osobnika chorego do oka zdrowego, w tym celu po każdym badaniu winien końce palców przetrzeć wacikiem, zwilżonym w 60% alkoholu, a następnie osuszyć czystym ręcznikiem.

Po oględzinach chorych na jaglicę należy umyć ręce mydłem w strumieniu bieżącej wody, a następnie dopiero przetrzeć alkoholem.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w dn. 5 stycznia r. b. dokonano wyboru Zarządu Towarzystwa. Wybrani zostali: prezes kol. T. Załęski, wiceprezes kol. Sew. Sterling, sekretarz I kol. H. Rueger, bibliotekarz I kol. Z. Prechner, skarbnik kol. T. Mogilnicki, sekretarz II kol. A. Tennenbaum, bibliotekarz II kol. M. Kocen.

Do Komisji Rewizyjnej zostali wybrani: kol. I. Perlis, S. Skusiewicz i H. Rejterowski.

Dr. Sew. Sterling, wieloletni Prezes Towarzystwa, zrzekł się piastowania w dalszym ciągu tego stanowiska.

— Zakład Higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego przystąpił do sporządzenia i wydania Polskiej Bibliografii Higienicznej od roku 1890 do chwili obecnej. Wobec tego uprasza się wszystkich autorów prac i publikacji w najszerszym zakresie higieny, łącznie z epidemiologią, o łaskawe nadsyłanie do Zakładu Higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego (Kraków, ul. Lubicz 42) dokładnych tytułów wymienionych prac ze wskazaniem miejsca i czasu wydania. Zwłaszcza chodzi o prace, które nie były zamieszczone w rozpowszechnionych czasopismach (Zdrowie, Przegląd Higieniczny i t. p.).

(—) Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz.

P.S. Uprasza się inne czasopisma o przedrukowanie.

— *Sprawozdanie ze Zjazdu członków, pracowników i przyjaciół dawnego Tow. Domu Zdrowia, uczęcej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia” w Zakopanem, odbytego dnia 2-go stycznia 1927 r. w sali hotelu Starmy.*

W Zjeździe wzięło udział 31 uczestników, z których 23 przybyło z rozmaitych stron Polski. Po zagajeniu przez dr. Edm. Brzezińskiego wybrano prezydium w osobach prof. dr. O. Bujwida, dr. Antoniego Kuczewskiego, p. Wrocńskiego i p. Stanisława Szczepana. Przewodniczyli obradom kolejno prof. dr. Bujwid i dr. Brzeziński.

Wygłosili referaty: Dr. Kuczewski, dr. Brzeziński i p. Józefa Kuczewska, po których wywiązała się długa, ożywiona a rzeczowa dyskusja nad potrzebą zawiązania osobnego towarzystwa przyjaciół obecnego Bratniaka w celu rozbudowy tegoż tak w znaczeniu materialnym, jak ideowym w myśl przewodnich zasad dawnego towarzystwa. Chodziło o obmyślenie sposobów i źródeł dla zdobycia środków na budowę dalszych pawilonów, jak to już przy założeniu w r. 1911 obecnego sanatorium projektowano, a to w celu, aby w tem nowem rozszerzonym i rozbudowanym sanatorium znalazła miejsce cała potrzebująca leczenia uczęca się młodzież polska, a nie tylko akademicka—bez różnicy wyznania i pochodzenia narodowościowego. Wychodząc z ducha tych obrad, uchwały zjazdu opiewają:

I. Niezbędem jest zawiązanie Tow. przyjaciół Domu Zdrowia „Pomoc Bratnia” w Zakopanem i wydanie jednodniówki Zjazdu. Zjazd poleca Komitetowi Zjazdu wypracowanie statutu i zwołanie walnego zebrania w czasie najkrótszym. O uchwale niniejszej powiadamia się Zjazd z dnia 4 b. m.

II. Zjazd, odbyty dnia 2-go stycznia 1927 r. przypomina Ogólno-Polskiemu Związkowi Bratnich Pomocy, żeby warunków, na jakich obecny Dom Zdrowia od dawnego Towarzystwa przejął, ściśle przestrzegał.

III. Zjazd udziela dyrektywy Komitetowi Zjazdu wynajęcia jaknajrychlej domu celem pomieszczenia chorej młodzieży ze szkół średnich.

IV. Zjazd wyraża opinię, że pobierana obecnie od kuracjuszy Domu Zdrowia opłata uniemożliwia leczenie się najniezamożniejszych przedstawicieli młodzieży i prosi odpowiednie czynniki o wejście w powyższą sprawę.

Prof. Dr. Odo Bujwid (m. p.), Dr. E. Brzeziński (m. p.),
Dr. Antoni Kuczewski, sekr. Zjazdu.

— *Komunikat Nr. 1. Komitetu Gospodarczego I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich.*

Komitet Gospodarczy I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich podaje do wiadomości, że zgodnie z uchwałą delegatów lekarzy słowiańskich, powziętą w Belgradzie we wrześniu 1926 roku, I-szy Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich odbędzie się w Warszawie, dnia 26, 27, 28, 29 maja 1927 roku.

Jako tematy naukowo-społeczne Zjazdu postawione następujące zagadnienia:

- 1) Scleroma (Twardziel), na ziemiach słowiańskich.
- 2) Szczepienie ochronne i akcja zapobiegawcza przeciw szkarlatynie.
- 3) Najwłaściwsze formy i metody administracji zdrowia na ziemiach słowiańskich.

Opracowania pierwszego tematu łaskawie podjął się prof. dr. Teofil Zalewski (Lwów).

Opracowaniem drugiego tematu zajęli się: prof. dr. M. Michalowiec i doc. dr. Szenajch.

Temat trzeci referować będzie Generalny Dyrektor Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. dr. Cz. Wroczyński.

Przewidziane są wycieczki w różne okolice kraju.

Komunikując o powyższem, Komitet Gospodarczy prosi gorąco o jaknajliczniejszy udział Kolegów w Zjeździe. Ze względu na konieczność zarezerwowania odpowiedniej liczby mieszkań oraz inne szczegóły organizacyjne prosimy o nadsyłanie zgłoszeń uczestnictwa członków i liczby osób im towarzyszących (żony, córki) do dnia 1 marca 1927 r.

Odpowiedź prosimy nadsyłać pod następującym adresem: Dr. med. Wacław Kowalski — Warszawa, Nowogrodzka Nr. 10.

Sekretarz Generalny:

Prezes:

z-pca (—) W. Kowalski.

(—) Bron. Sawicki.

— *Komitet Organizacyjny III-go Zjazdu Pedjatrów Polskich* zawiadamia, że Zjazd odbędzie się w Wilnie, w dniach 26, 27, 28 czerwca (5 posiedzeń) i 29-go — wycieczki w okolice Wilna.

Referaty główne wygłoszą:

T. Mogilnicki: „Cel i zadania szpitali dziecięcych“.

Wł. Szenajch: „O urządzeniu i prowadzeniu szpitala dziecięcego w związku ze zwalczaniem zakażeń wewnątrzszpitalnych.“

H. Frenklowa: „Zagadnienia odżywiania niemowląt w świetle współczesnych poglądów i własnych spostrzeżeń“.

M. Michalowiec: „Linje wytyczne przy wyborze diety i jej stosowanie w wieku niemowlęcym“.

W. Jasiński: „Klinika gruźlicy dziecięcej“.

H. Brokman: „Biologia gruźlicy dziecięcej“.

Prócz tego na jednym z posiedzeń Zjazdu M. Gromski omówi sprawę stanowiska (pedjatrii) wobec dziecka niesłubnego.

Przy układaniu programu Zjazdu tematy, poświęcone niemowlęciu, będą miały pierwszeństwo przed innemi. Prócz tego, bardzo pożądane byłyby tematy z zakresu hematologii dziecięcej oraz zapobiegania chorobom zakaźnym (szczepienia ochronne).

Referaty zawierają muszą przyczynki oryginalne. Zgłoszenia przyjmowane będą do 1 IV. 1927 r., na 1 maja prelegenci obowiązani będą nadesłać krótkie streszczenia zapowiadanych referatów, które będą umieszczone w szczegółowym programie Zjazdu. Według regulaminu Zjazdów Komitet ma zastrzeżone prawo nieprzyjęcia referatu.

Wpisowe na pokrycie kosztów administracyjnych wraz z egzemplarzem Pamiętnika Zjazdu ustalono na zł. 15.

Uczestnicy Zjazdu, pragnący korzystać z ulg mieszkaniowych, lub kolejowych winni przysłać zgłoszenia wraz z opłatą za kartę uczestnictwa do 1 czerwca. Karty uczestnictwa będą odesłane niezwłocznie po otrzymaniu należności.

Dr. Stefania Gogolewska - Löwenhoff

Sekretarz Komitetu

Prof. Dr. Wacław Jasiński.

Przewodniczący Komitetu.

— Zarząd Główny Towarzystwa Internistów Polskich podaje niniejszym do wiadomości Szanownych Panów Kolegów, że VII Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Poznaniu dnia 26, 27, 28 i 29 września 1927 r.

Jako tematy główne ustalono:

- 1) Kwasicę
- 2) Dychawicę oskrzelową.

Na głównych referentów uproszono do tematu kwasicy prof. dr. J. Parnasa ze Lwowa i doc. dr. Oszańskiego z Krakowa; do tematu dychawicy oskrzelowej prof. dr. Jezierskiego i prof. dr. Lubienieckiego z Poznania.

Jako składkę członkowską na Zjazd Zarząd uchwalił 20 zł. Na prezesa Miejsowego Komitetu Organizacyjnego Zjazdu uproszono prof. Jezierskiego z Poznania (ul. Podgórna 10), pod którego kierownictwem zorganizowane zostało Biuro Zjazdu. Tenże Komitet miejskowy ogłosi niebawem wszelkie szczegóły, dotyczące zapisania się w poczet członków Zjazdu, zgłaszania referatów i t. p., oraz udzielać będzie informacji we wszystkich sprawach, dotyczących Zjazdu.

Zarząd Główny Towarzystwa Internistów Polskich:

Prezes:

(—) Prof. dr. Witold Orłowski.

Sekretarz:

(—) Doc. dr. Mściwoj Semerau - Siemianowski.

-- Program Wykładów Kursu Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w r. 1927.

Prof. Dr. Rosner: Ćwiczenia praktyczne w dajagnostyce ginekologicznej na chorych stałych i ambul. godz. 15.

Doc. Dr. Szymanowicz: Ćwiczenia praktyczne, w dajnostyce położniczej wraz z ćwiczeniami w operacjach położniczych na chorych i fantomach — godz. 9.

Doc. Dr. Zubrzycki: Zabiegi ginekologiczne z ćwiczeniami — godz. 15.

Asyst. Dr. Gawroński: Ćwiczenia praktyczne w drobnych zabiegach ginekologicznych — godz. 5.

Asyst. Dr. Stępowski: Postępowanie w III okresie porodowym i krwotoki porodowe z ćwiczeniami praktycznymi—godz. 2.

Asyst. Dr. Szancenbach: Dajagnostyka przyczyn niepłodności z ćwiczeniami praktycznymi w persufflacji — godz. 3.

Prof. Dr. Rutkowski: Pokazy chorych klinicznych z uwzględnieniem złamań kości — godz. 5.

Doc. Dr. Glatzel: a) Dajagnostyka chorób chirurgicznych jamy brzusznej — godz. 6; b) Kurs operacyjny na zwłokach (liczba uczestników ograniczona do 10) — godz. 6.

Asyst. Dr. Nowicki: Chirurgia ambulatoryjna — godz. 6.

Doc. Dr. Pisarski: Praktyczny kurs cystoskopji i cewnikowania moczowodów — godz. 18.

Prof. Dr. Majewski: Kurs oftalmoskopji—godz. 10.

Prof. Dr. Baurowicz: Dajagnostyka chorób górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego — godz. 10.

Prof. Dr. Walter: a) Nowe metody leczenia chorób skórnych ze szczególnem uwzględnieniem leczenia wewnętrznego—g. 1; b) Błędy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych i ich unikanie — godz. 2; c) Leczenie rzeżączki — godz. 1; d) Seminarjum dermatologiczne — godz. 1.

Prof. Dr. Latkowski: Klinika chorób serca—godz. 10.

Doc. Dr. Kostorzewski: Klinika chorób zakaźnych—godz. 9.

Asyst. Dr. Adamowicz: a) Zastosowanie odmy sztucznej w chorobach płuc — godz. 2; b) Rozpoznanie roentgenologiczne chorób płuc — godz. 4.

Asyst. Dr. Łukaszczyk: Chemoterapia gruźlicy—g. 1.

Asyst. Dr. Siedlecki: O znaczeniu badania przemiany spoczynkowej w chorobach wewnętrznych z demonstracjami—g. 2.

Asyst. Dr. Szczeklik: O nowszych środkach moczoopędnych — godz. 2.

Doc. Dr. Bujak: Odżywianie dzieci w stanie normalnym i chorobowym — godz. 2.

Asyst. Dr. Jaroń: a) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Nakłucie rdzeniowe i komorowe. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (z demonstracjami) — godz. 2; b) Zaburzenia odżywiania u niemowląt i ich leczenie — godz. 3; c) O zapaleniu miedniczek nerkowych i jego leczeniu u dzieci — godz. 1; d) Leczenie nych ze szczególnem uwzględnieniem leczenia wewnętrznego—g. 1; niektórych jednostek chorobowych u dzieci — godz. 1.

Asyst. Dr. Matkiewicz: O etiologii, istocie i leczeniu krzywicy w świetle nowszych badań — godz. 2.

Prof. Dr. Piltz: Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych — godz. 3.

Doc. Dr. Artwiński: a) Pokazy nerwowo chorych — godz. 3; b) Kurs praktyczny nakłucia lędźwiowego (liczba uczestników 5) — godz. 2.

Doc. Dr. Morawski: Pokazy psychicznie chorych — godz. 4.

Doc. Dr. Zieliński: Pokazy z zakresu schorzeń obwodowego układu nerwowego — godz. 2.

Asyst. Dr. Neugebauer: Znaczenie dajagnostyczne i terapeutyczne encefalografji — godz. 2.

Asyst. Dr. Sikorska: O terapii chorób umysłowych. Choroby umysłowe a stany anafilaktyczne — godz. 2.

Prof. Dr. Gądzikiewicz: a) Wybrany dział z metody badań środków spożywczych wraz z demonstracją i ćwiczeniami — godz. 2; b) Wybrany dział z higieny szkolnej z demonstracjami — godz. 2.

Prof. Dr. Gieszczykiewicz: a) O metodyce i znaczeniu badań bakteriologiczno - serologicznych przy wiewiórze — godz. 2; b) O uodparnianiu przeciw gruźlicy — godz. 1.

Doc. Dr. Janiszewski: Praktyczne uwagi, dotyczące się zadań poradni gruźliczych i wskazań umieszczania chorych w Sanatorjach ze zwiedzeniem Miejskich Zakładów Sanitarnych i Miejskiego Sanatorium przeciwgruźliczego na Prądniku — godz. 3.

Prof. Dr. Olbrycht: a) O najczęściej popełnianych błędach w technice, dajagnostyce i orzecznictwie sądowo-lekarskim — godz. 2; b) Demonstracje ciekawych i rzadszych preparatów z zakresu medycyny sądowej — godz. 2.

Kurs odbędzie się w okresie przedwielkanocnym najprawdopodobniej w czasie od 21 do 31 marca b. r. Dokładny termin będzie podany nieco później.

— Wydział lekarski Uniwersytetu w Wiedniu organizuje kursy międzynarodowe dla lekarzy z zakresu: Neurologji i Psychjatrii z szczególnem uwzględnieniem leczenia.

Kursy odbędą się między 7 a 20 lutego b. r.

Program kursów posiadają Izby Lekarskie Warszawsko-Białostocka, Krakowska, Poznańska - Pomorska i Wileńska - Nowogrodzka.

SPROSTOWANIE.

W części nakładu Nr. 12 z roku zeszłego na str. 602 do wiadomości o 30-leciu ordynatury kol. Wład. Janowskiego wkra-
dła się omyłka, którą, zresztą, zapewne każdy uważny czytelnik sam skorygował: mianowicie, z oddziału kol. Janowskiego wyszło około 200 prac, a nie jak wydrukowano — około 20.

Do numeru bieżącego dołącza się prospekt fabryki I. G. Farbenindustrie Act. Ges., Oddział Farmaceutyczny.

TREŚĆ: G. LEWIN Leczenie dietetyczno-higieniczne gruźlicy płuc.—E. SONNEBERG. O leczeniu tocznia nadmanganianem potasu.—J. PIKIENNY. Przypadek torbielowatego zwyrodnienia nerek.—M. ELJASBERG. Przyczynek do sprawy zapalenia szpiku kostnego pochodzenia paratyfusowego. — J. TYPOGRAF. O nowazuruli i salirganie (Streszcz. zbior.). — Z. SZYMANOWSKI. Plazmochina (Streszcz. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. SREBRNY. Czy panuje obecnie w Warszawie epidemia grypy? — L. RAJCHMAN. Liga Narodów a zagadnienia higieny. — M. BORNSTAJN. Emil Kraepelin. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. LEWIN. Traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode diététique et hygiénique. — E. SONNEBERG. Traitement du lupus par le permanganate de potasse. — L. PIKIENNY. Un cas de la dégénérescence cystique du rein. — ELJASBERG. Contribution à l'étude de la myélite osseuse d'origine paratyphique. — J. TYPOGRAF. Sur le novasurol et le salyrgan. (Rév. génér.). — Z. SZYMANOWSKI. Sur la plasmochine. (Rév. génér.). — Z. SREBRNY. Est-ce que Varsovie est envahie par la grippe? — L. RAJCHMAN. La Ligue des Nations et les questions d'hygiène. M. BORNSTAJN. Emile Kraepelin.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓŁCZESNA” w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95