

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 21

WARSZAWA, 23 MAJA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Leczenie gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul“.¹⁾

Podał

Mieczysław GOLDBAUM (Warszawa)

(Ciąg dalszy -- p. Nr. 20).

Leczenie gośćca, o ile to jest możliwe, wiązać się powinno z jego etiologią (kiła, rzeżączka, gruźlica). Po chorobach zakaźnych należy się starać usunąć doszczętnie wszelkie ogniska chorobowe, pozostałe po nich, np. po durze wyleczyć należy pęcherzyk żółciowy, po czerwonce nieżyt przewlekły jelit grubych, po płonicy nieżyt gardzieli i migdałków, którym przewlekłe cierpienia stawowe często zawdzięczają swoje powstanie.

Hołdując amerykańskiej teorii o „focal-dental infection“, jako częstej przyczynie gośćca, należy bacznie zwracać uwagę zwłaszcza na migdałki i zęby, usuwać jednakże te ogniska drogą chirurgiczną należy tylko wtedy, jeśli są one ogniskami ropnemi.

W przypadkach, w których podejrzewać należy etiologiczną rolę gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, leczenie winno być na nie skierowane. W nadmiernej czynności tarczycy dobrze działają promienie Röntgena i rad. Natomiast w upośledzeniu jej czynności leczyć należy tyreoidyną. W zaburzeniach, związanych z okresem przekwitania lub po owariotomjach, wskazane są przetwory jajników. W przypadkach wątpliwych najwłaściwiej jest stosować przetwory wielogruczowe, np. horminę.

Ważną rolę w leczeniu cierpień stawowych grają środki objawowe, których zadaniem jest zwal-

czać dominujący tu objaw — ból. Na czele tej grupy leków stoi kwas salicylowy i mnóstwo jego pochodnych. Środki te działają prawie zawsze tylko paljatywnie, niekiedy zaś pozostają zupełnie bez skutku. Zawiodły zupełnie pod względem działania na chore stawy nadzieje, pokładane w proteinoterapii, Gudzent zupełnie ją zarzucił.

Dobre skutki, jak zgodnie świadczą wszyscy autorzy, osiąga się naświetlaniami promieniami Röntgena i radem. Poprawa trwa niekiedy miesiące, a nawet lata.

Klimato- i balneoterapia znajdują szerokie zastosowanie. Kraje słoneczne i suche wywierają wpływ korzystny.

Najrozmaitsze metody leczenia fizykalnego, ciepło, okłady i lampy, sollux, kwarcówki, wreszcie djatermia, w szerokim są rozpowszechnieniu. Ujemną wszelako stroną takiego leczenia za pomocą gorąca, wynoszącego np. w szafkach do 120°, jest to, że wolno je stosować tylko przy zupełnie zdrowym sercu.

Leczenie zastoiną Biera jest skuteczne głównie w sprawach stawowych ostrych, zwłaszcza w rzeżączkowych zapaleniach stawów.

Dopełniać powinny leczenia ruchy czynne i bierne, gimnastyka i masaż.

Niekiedy wywiera dobry wpływ na ostre wysiękowe zapalenia stawów djeta sucha, t. zw. Schrotta.

Z pomocą przychodzi jeszcze ortopedia i chirurgia.

Co się tyczy ostrego napadu dny, doskonale go zwalczają kolchicina i atofan.

Klinika, głównie za przewodem Brugscha i Schittenhelma, uważa djete wolną od ciał purynowych lub, co najmniej, w substancje te ubogą, za *conditio sine qua non* w leczeniu dny. Natomiast Gudzent, zgodnie z teorią swoją o alergicznym charakterze dny, nie uznaje żadnego schematu w djecie dla tej choroby.

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego w Tow. Lekarskiem Warsz. 5 III. 1929.

Umiarkowane odżywianie, unikanie diety jednostronnej, w której się właśnie może znajdować jakiś allergen, wywołujący u danego chorego ostry napad dny, godne są zalecenia.

Ruch w dniu przewlekłej, sporty, gimnastyka i masaż wywierają niekiedy zbawienny skutek. W ostrym zaś napadzie dny niezbędne jest leżenie w łóżku.

Ważne miejsce w leczeniu dny zajmuje balneo — i radjoterapia.

Niekiedy bywa w dniu potrzebny zabieg chirurgiczny, usuwający złogi moczanowe. Złogów jednakże, umiejscowionych w samym stawie, ruszać nie należy.

Po opisanu w kilku słowach metod i środków, stosowanych dotychczas w celu zwalczania gościa i dny, jako chorób, powodowanych bądź przez krążące we krwi bakterje lub ich toksyny (gościec), bądź przez zaburzenia w przemianie materji (dna), przechodzę z kolei do szczegółowego rozważenia najnowszej fazy, w jakiej się leczenie obu tych rodzajów chorób znajduje.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że dotychczasowy nasz arsenał leczniczy, jakim pod tym względem rozporządzamy, niezupełnie odpowiada naszym wymaganiom.

Przyznać otwarcie trzeba, że poza ostrym gośćcem stawowym, który, narówni z innymi ostrymi chorobami zakaźnymi, skutecznie był leczony przetworami salicylowymi, leczenie przewlekłego gościa stawowego gwałtownie domagało się rewizji.

Leczenie proteinowe (Yatren-Casein i t. d.) i siarką cieszyło się przez lata całym wielkim uznaniem. Ponnendorf, który interesował się głównie gośćcem stawowym, daleko zaś mniej gośćcem mięśniowym, w dziele swoim: „die Heilung der Tuberkulose und ihrer Mischinfektionen durch Kutanimpfung” wypowiedział pogląd, że opisane przez niego postacie gościa stawowego mają za swoją podstawową przyczynę gruźlicę, i dlatego należy je poczytywać za „mieszane zakażenie gruźlicze”. Wskutek tego posługiwał się Ponnendorf w leczeniu gościa stawowego, zarówno jak czystej gruźlicy, stężoną tuberkuliną Kocha, którą wcierał w zadrażnioną skórę. Później zaczął stosować szczepionkę „B” w leczeniu zakażeń mieszanych, która się tem różniła od poprzedniej szczepionki, że oprócz stężonej tuberkuliny Kocha zawierała jeszcze endotoksyny paciorkowców, gronkowców, pneumokoków, oraz laseczników grypy.

Na podstawie nowszych badań klinicznych zdaje się być rzeczą pewną, że dodane przez Ponnendorfa do szczepionki „B” paciorkowce, gronkowce i pneumokoki nie wywołują u chorych gościców żadnych odczynów alergicznych, i przeto działanie lecznicze tej szczepionki zależne jest tylko od tuberkuliny.

Wkrótce okazało się wszelako, że odczyny, zarówno skórne, jak ogniskowe i ogólne, wywoływane przez tę nową szczepionkę, były zbyt silne i często powodowały objawy nadwrażliwości względem tego środka. Zdarzały się nawet często przypadki martwicy i t. d.

Skłoniło to Paula, dyrektora Państwowego Instytutu szczepień w Wiedniu, do obmyślenia włas-

nej, zupełnie nieszkodliwej szczepionki przeciwko gośćcowi. Paul, w przeciwieństwie do Ponnendorfa, nie uznaje żadnych postaci gościa, z wyjątkiem gościa Ponceta, za „mieszane zakażenia gruźlicze” i na tej podstawie odrzuca metodę leczenia gościa przewlekłego za pomocą leków swoistych. Wychodzi on natomiast z tego założenia teoretycznego, że gościec przewlekły domaga się łagodnej, nieswoistej terapii drażniącej, i w tym kierunku zwrócił swe poszukiwania.

Ten pomysł Paula istotnie muszę nazwać arcyszczęśliwym, i cel swój udało się Paulowi w zupełności osiągnąć. Zamiast budzącej grozę stężonej tuberkuliny Kocha użył on do wprowadzonej przez siebie szczepionki, którą nazwał „Cutivaccina”, „Tuberkulomuciny Weleminskiego”, odpowiadającej w zupełności doświadczeniu Paula, zdobytemu w ciągu wielu lat na tysiącach chorych, dotkniętych gośćcem, że do skutecznego leczenia gościa przewlekłego potrzebny jest nie „silny”, lecz „złagodzony” bodziec. Taki bodziec złagodzony winien jednak posiadać pełnię działania.

„Tuberkulomucina” Weleminskiego jest produktem laseczników gruźlicy, zawierającym mucynę, otrzymaną drogą wieloletniej hodowli laseczników gruźlicy za pomocą specjalnej metody, dążącej do osiągnięcia najniższego stopnia jadowitości. Przetwór ten odróżnia się od innych pochodnych tuberkuliny względnie silnym odczynem skórnym i ogniskowym, natomiast niezmiernie słabym odczynem ogólnym. Przez zastosowanie tego przetworu staje się zadość dwóm niezmiernie ważnym postulatom w leczeniu gościa, a mianowicie: unika się niepożądaney, a nawet w leczeniu wprost szkodliwej nadwrażliwości na tuberkulinę i jednocześnie wyzyskuje się stwierdzoną przez doświadczenie skuteczność tuberkuliny przeciwko gośćcowi w postaci nieswoistocie działającego środka bodźczego.

Drugą składową częścią szczepionki Paula jest złagodzona „wakcynotoksyna Paula”, którą dołączył do swojej szczepionki, opierając się na swoim wieloletnim doświadczeniu, że u reumatyków, u których powtórne szczepienie krowianki daje silne odczyny szczepienne, znikają dolegliwości gościcowe nawet silnego stopnia. Ta „wakcynotoksyna” jest więc krowianką, pozbawioną żywych bakterij, co zostało niezbicie stwierdzone doświadczeniami na zwierzętach.

Trzecią i ostatnią składową częścią „Cutivacciny” jest „Saprophytin Günthera”, pochodna grupy saprofitów. Posiada ona wyraźną zdolność wywoływania odczynów skórnych.

Paul zakreśla szerokie granice działania swojej szczepionki, a więc nadają się według niego do tego sposobu leczenia nie tylko gościec stawowy i mięśniowy, dna, nerwobóle, lecz i organiczne cierpienia nerwowe, różne cierpienia skórne, jak: psoriasis, furunculosis, eczema, prurigo, sclerodermia i t. d.

Punktem wyjścia dla metody leczenia szczepieniami skórnymi cierpiących gościców było zdobyte doświadczeniem przekonanie, że skóra, ten wielki narząd ochronny przeciwko wszelkim zewnętrznym czynnikom szkodliwym, gromadzi w swoich żywych komórkach produkty życia bakterij — toksyny, które z prądem limfy i krwi krążą

w ustroju, przez zaszczepienie zaś skórne wiąza się z szczepionką tworząc antytoksyny.

„Cutivaccina” Paula jest wyrabiana w 2-ch stopniach stężenia: „Cutivaccin” *mitior* i „Cutivaccin” *fortior*.

Oba te stężenia umożliwiają przystosowanie dawkowania tego środka leczniczego do natężenia każdego poszczególnego przypadku chorobowego. Szczepienia „Cutivacciny” postawiły całą sprawę leczenia cierpień gośćcowych na właściwej stopie. Szczepionka ta bowiem, pozbawiona absolutnie jakiegokolwiek szkodliwego działania, może być stosowana prawie bez żadnych zastrzeżeń. Niema już w niej zupełnie tuberkuliny, do której chorzy, a często nawet i lekarze, zwracali się z uprzedzeniem. Odczyny po jej zastosowaniu są w większości przypadków łagodne, chorzy więc przystępują do tych szczepień bez żadnej obawy, pełni wiary w ich skuteczność, i z każdym następnym szczepieniem wiara ta rośnie i zadowolenie chorych się wzmacnia.

Widziałem to już, zanim sam przystąpiłem do stosowania tej metody, w ambulatorjum Paula w Wiedniu, gdzie podczas tygodniowej bytności miałem sposobność oglądania wyników leczenia, zdobytych tą metodą, na paru setkach chorych. Chorzy ci, przeważnie wyleczeni, lub, po osiągnięciu ogromnej poprawy, odznaczali się pogodnym nastrojem, jakiego zwykle brak tego rodzaju chorym, i pełni byli wiary w to, że nareszcie cierpień swoich się pozbędą. A dodać trzeba, że ambulatorjum to, jako prywatne, składało się przeważnie ze sfery zamożnej, która już przedtem odbyła wszelkie możliwe kuracje w najrozmaitszych badach zagranicznych bezskutecznie.

Pojechawszy z Wiednia do Pragi, te same wyniki i ten sam nastrój chorych miałem sposobność widzieć w klinice uniwersyteckiej prof. Pelnaera, gdzie pod kierunkiem adjunkta kliniki, prof. Cmunty, prowadzona jest specjalna poliklinika, nazwana polikliniką dla szczepień „Cutivacciną” Paula.

Cmunt zebrał już przeszło tysiąc spostrzeżeń, na których podstawie ma w najbliższym czasie ogłosić obszerną pracę.

Metoda ta za granicą jest już dziś dość rozpowszechniona. Stosuje ją w Frankfurcie n. Menem Kabisch, kierownik elektrofizycznego zakładu leczniczego, Ayguebère w Tuluzie, docent Skutetzky w Pradze, prof. Schrottenbach w Gracu, prof. Pribram i inni, i wszyscy oni ogłosili w tym kierunku swoje prace.

U nas w Warszawie prowadzone są w tym kierunku badania kliniczne na oddziale doktora Czesława Otto w szpitalu Ś-go Ducha oraz na oddziale doktora Bełkowskiego w szpitalu Dz. Jezus.

Wszystkie te badania dawały wyniki zadawalające w leczeniu przeważnie *polyarthritidis rheumaticae chronicae primariae*, a nawet w dość posuniętych sprawach *arthritis deformans*. W przypadkach tych ustępowały szybko bóle i chorzy wskutek tego, oraz wskutek przycichania sprawy zapalnej, odzyskiwali ruchy jako tako normalne.

Nie zatrzymując się nad poszczególnymi przypadkami cierpień stawowych, opisanymi zarówno przez naszych, jak i zagranicznych autorów, które

liczbowo górują nad wszelkimi innymi, i których sam mam w mojej obserwacji bardzo wiele, zatrzymam się na chwilę nad pracą prof. Schrottenbacha z Gracu, p. t. „Przewlekły gościec mięśniowy i jego leczenie ze szczególnem uwzględnieniem szczepień „Cutivaccin Paul”. Praca ta cechuje się znakomitą opisem dolegliwości mięśniowych, nerwowych i naczynioruchowych, jakie zwykle towarzyszą gośćcowi mięśniowemu, i tem samem dobitnie wskazuje, jak dalece skuteczne leczenie gościa mięśniowego „Cutivacciną Paula” dodatnio odbija się na całym układzie nerwowym.

Poza bólem mięśniowym, którego przyczyną jest nerwoból nerwów mięśniowych, poza wrażliwością na ucisk muskulatury lub pokrywającej ją tkanki łącznej podskórnej, poza spotykaną często w tych przypadkach nadwrażliwością naczynioruchową, ujawniającą się w zaczerwienieniu skóry, spotykamy w wielu przypadkach przewlekłego gościa mięśniowego zaburzenia w stanie ogólnym chorego, które męczą go częstokroć więcej, niż sam gościec mięśniowy. Ogólne znużenie, niechęć lub niezdolność do pracy, zwłaszcza na zmianę pogody, bezsenność lub też ciągła nawet senność w dzień, mogą być brane za objawy neurastenji i w tym kierunku bezskutecznie leczone, ponieważ przyczyna tych dolegliwości nie zostanie przez to usunięta.

O ile mialgia dotyka powłok klatki piersiowej, występują najróżniejsze przykre sensacje w obrębie serca i oddychania. Chorzy tacy skarżą się na uczucie ucisku, opasania klatki piersiowej, „ból serca” i kołatanie, niespowodowane żadnym cielesnym wysiłkiem i występujące napadowo ponadto z częstoskurczem napadowym, i wtedy mamy do czynienia z obrazem chorobowym, przypominającym zupełnie „nerwicę serca”. Stany takie odbijają się, rzecz prosta, bardzo szkodliwie na psychice chorego, wywołując stany lękowe.

Podobie przykre objawy mogą powstawać ze strony narządów brzusznych w postaci kurczów żołądka, jelit, pęcherza i t. d. Przyczyną tych wszystkich objawów nerwowych jest podrażnienie autonomicznego układu nerwowego, przenoszące się na włókna trzewiowe nerwu współczulnego.

Wszystkie tego rodzaju zaburzenia ustają wprawdzie pod wpływem masażu, prądów o silnem napięciu, leczenia kąpielami lub światłem, lecz częstokroć nie dają się te metody lecznicze należycie zastosować, wymagają bowiem wiele trudu i cierpliwości ze strony chorego i lekarza i są ponadto bardzo kosztowne.

Schrottenbach twierdzi, że dopiero „Cutivaccina Paula” dała mu ze wszech miar zadawalające wyniki w większości przypadków i to już zwykle najpóźniej po trzecim lub czwartym szczepieniu. Twierdzi on, że, na podstawie jego doświadczenia, uciekać się należy do jednoczesnego stosowania terapii fizycznej w okresie pomiędzy pierwszym a trzecim szczepieniem, gdyż odtąd dolegliwości tak dalece słabną, że obejść się można bez leczenia pomocniczego, dlatego też autor ten uważa „Cutivaccinę” za zbawienie dla bardzo rozpowszechnionych w niektórych okolicach przypadków rozległej i przewlekłej mialgji, które przedtem niczem wyleczone być nie mogły i po-

większały zastępy błędnie za neurastenję i histerję rozpoznawanych chorych.

Sam rozporządzam dość dużym materiałem, ponieważ od lipca roku ubiegłego do mego ambulatorjum w Kasie Chorych skierowywani są reumatycy ze wszystkich innych dzielnic Kasy Chorych w Warszawie. Od tego czasu znajdowało się w mojem leczeniu przeszło 300 chorych, u których dokonałem łącznie conajmniej 3000 szczepień. Mam już więc pogląd ustalony na zakres działania „Cutivacciny”, na przebieg leczenia i metodykę jej stosowania i poniżej zdam z tego sprawę.

Niniejsze moje sprawozdanie obejmuje tylko 151 przypadków, jako zupełnie wyleczonych, bądź bliskich wyleczenia lub też zupełnie nienadających się do tego leczenia. Zanim jednak przystąpię do opisu tych przypadków wspomnieć muszę o technice i metodyce szczepień „Cutivacciny”, podanej pierwotnie przez Paula, zarówno jak o tych zmianach, jakie w toku moich szczepień uważałem za konieczne zaprowadzić.

Na obmytej eterem zewnętrznej powierzchni górnej części ramienia specjalnym lancetem pomysłu Paula, t. zw. „cutistyle”, trzykrotnie zmoczonym w alkoholu i przeprowadzonym przez płomień lampki spirytusowej, wykonywam 12 — 15-u powierzchniowych, równoległych draśnień skóry, przecinających całą głębokość naskórka, lecz nie docierających do poziomu naczyń krwionośnych, gdyż unikać należy krwawienia. Poprzecznych draśnień robić nie należy.

Następnie rurkę, zalutowaną z obu końców, nadłamuje się lub obcina się pilnikiem, poczem spuszcza się kroplami „Cutivaccinę” na powierzchnię szczepienną, rozpościera się szczepionkę powierzchnią płaską lancetu po polu szczepiennem i szyjką lancetu wciera się ją do sucha. Na zakończenie nakłada się kawałek waty, którą się przytłacza plastrzem lub bandażem dla uniknięcia zanieczyszczenia lub tarcia o odzież.

Krwawienia przy szczepieniu unikać ze wszelkich miar należy, ażeby szczepionka nie dostała się odrazu do naczyń krwionośnych, gdyż wtedy zbyt szybko wydalona zostaje z ustroju, nie zdążwszy wywrzeć należytego działania. Ponadto krwawienie niezmiernie utrudnia wcieranie.

W kilka minut po zaszczepieniu tworzą się na miejscu draśnień wzniesienia skóry w postaci wałków i niekiedy, bynajmniej nie zawsze, powstaje rozlane zaczerwienienie pola szczepiennego, które trwa przez 2 — 3 dni, powodując niekiedy lekkie swędzenie skóry. Po 8-u dniach, gdy się dokonywa drugiego szczepienia, zwykle miejsce to jest już zupełnie blade, aczkolwiek niekiedy zaczerwienienie zostaje jeszcze przez pewien czas. Powikłania w postaci pokrzywki, suchej ekzemy, zdarzają się niesłychanie rzadko. Stanowią one, zarówno jak spostrzegany przeze mnie jeden raz półpasiec rozległy na całym ramieniu, jedynie indywidualność chorego. Po szczepieniu „Cutivacciny” nie pozostają żadne ślady.

Szczepień na życzenie chorego (najczęściej kobiet), dokonywać można i na udzie, co jednakże

z tego powodu jest niewygodne, że chory przez conajmniej 3 dni kąpać się nie może. Natomiast przy szczepieniu na ramieniu można się kąpać, trzymając ramię nad wodą.

Stopniowanie dawkowania odbywać się może przez zmianę powierzchni szczepiennej, zmianę liczby draśnień skóry, zmianę ilości szczepionki oraz przez przedłużenie lub skrócenie przerw pomiędzy szczepieniami.

Pierwotny przepis Paula, głoszący, że powierzchnia szczepienna powinna wynosić 4×6 cm., na której się dokonywa 12 draśnień, zmieniłem po krótkim okresie prób na 6×8 cm. z 15 draśnięciami, chcąc w ten sposób powiększyć powierzchnię wchłaniania szczepionki. Stosownie do potrzeby szczepię w przypadkach ciężkich pod względem zmian patologicznych, bądź w przypadkach uporczywych pod względem leczenia, zamiast jednej rurki, dwie rurki naraz.

Co się zaś tyczy przerw pomiędzy szczepieniami, oddawna już odstąpiłem od pierwotnego schematu Paula, który się rozciągał na półroczny okres czasu przy 5-u szczepieniach. Przyznać należy, że Paul chciał zachować zbyt daleko idącą ostrożność, która, w miarę gromadzenia doświadczenia, okazała się zbyt duża.

Drugie szczepienie wykonywam w 8 dni po pierwszym, trzecie w 14 dni po drugim, a wszystkie następne po upływie dni 20-u, stanowiących najdłuższy odstęp czasu.

„Cutivaccin” *mitior* stosuję jedynie przy pierwszym szczepieniu, poczem przechodzę do „Cutivaccin” *fortior*, lub, jak już wyżej zaznaczyłem, do 2 rurek tejże koncentracji.

W razie potrzeby nie zawahałbym się, jak to już parę razy uczyniłem, zacząć od *fortior*.

Oczywistą jest rzeczą, że jestto z mojej strony także tylko schemat, który w razie potrzeby może znów w kierunku pierwotnym być redukowany.

Jest więc tu konieczna indywidualizacja, którą kierować winno doświadczenie.

Liczba szczepień zależna jest w zupełności od powodzenia, jakie ta metoda u chorego osiąga. W przypadkach lżejszych, w których odczyny są wyraźne, i już od pierwszego szczepienia daje się zauważyć pewną poprawę, może wystarczyć 5 — 6 szczepień. Niekiedy następuje wyleczenie prawie zupełne już po 2 — 3 szczepieniach, ale mimo to, i w takich razach dociągać należy do 5 — 6 szczepień dla utrwalenia wyniku.

W przypadkach zastarzałych, uporczywych, w *arthritis deformans* i t. d. nie należy tracić cierpliwości, ani się rozczarowywać, gdyż widywałem już przypadki, w których się poprawa rozpoczynała dopiero po 6 — 7 szczepieniach. Z tego także powodu nie mogę się zgodzić z twierdzeniem, że po trzech próbach szczepienia bez żadnego odczynu należy uważać przypadek za beznadziejny.

(Dok. nast.).



Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze Szpitala na Zawodziu w Częstochowie.

(Ordynator: Dr. L. BATAWIA).

Przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego.

Wyzdrowienie po operacji.

Podał

Dr. L. BATAWIA (Częstochowa).

Patologia zapalenia ucha środkowego nie jest jednolita: przebieg tej choroby zależny jest nie tylko od wywołującego ją drobnoustroju, lecz od wielu innych znanych i nieznanых nam jeszcze czynników. Podczas jednej i tej samej epidemii obserwujemy różnorodny przebieg zapalenia u różnych chorych: często w jednym uchu proces zapalny przebiega inaczej, niż w drugim; niekiedy groźne na początku choroby objawy z bardzo wysoką ciepłotą ustępują w krótkim czasie, a wyjątkowo łagodny początkowo przebieg niekiedy prowadzi do katastrofalnego zapalenia opon mózgowych. Nie są bez znaczenia dla przebiegu choroby wpływ pory roku, budowa anatomiczna wyrostka, konstytucja organizmu i wreszcie t. zw. *genius epidemicus*.

Epidemicznie występuje nie tylko ostre zapalenie ucha środkowego w pewnych okresach grypy i innych chorób zakaźnych, lecz i powikłania ze strony wyrostka sutkowego, a nawet i wewnątrzczaszkowe w jednym okresie epidemii występują częściej, w innym natomiast okresie tej samej epidemii znacznie rzadziej. Na oddziałach usznych obserwujemy epidemie nie tylko schorzenia wyrostka sutkowego, lecz i powikłań wewnątrzczaszkowych.

W klinice Wiedeńskiej przed 3-ma laty w jednym miesiącu naliczono aż 16 przypadków zakrzepowego zapalenia zatok mózgowych po ostrem zapaleniu ucha środkowego. Nie był to przypadek, lecz wyjątkowy przebieg panującej wówczas epidemii.

W pierwszych miesiącach 1928-go roku zauważono w klinice Wiedeńskiej znaczny wzrost przypadków zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Sytuacja stawała się tem poważniejsza, że, gdy zaczęto analizować te przypadki zazwyczaj śmiertelne, okazało się, że objawy mózgowe występowały u tych nieszczęsnych chorych bardzo wcześnie—już w pierwszych dniach choroby ucha. Ani wczesne cięcie błony bębenkowej, ani natychmiastowa trepanacja w większości przypadków chorych nie uratowały: chorzy ginęli w 5-ym—7-ym dniu po pierwszych objawach zapalenia ucha. Oprócz Neumanna, podobne przypadki w tymże okresie czasu obserwowali w Wiedniu, jak to wykazują biuletyny Tow. Otologicznego, O. Mayer, Marschik, Ruttin, Frey. Wszyscy ci autorzy jednoznacznie podkreślają, że obserwowane przez nich przypadki należały do świeżych, że objawy mózgowe występowały już w pierwszych dniach cho-

roby, kiedy nie zdążył się jeszcze rozwinąć proces ropny w wyrostku sutkowym. Objawy kliniczne, rezultat badania płynu mózgowo-rdzeniowego we wszystkich przypadkach wykazywały zapalenie opon, w przypadkach zaś śmiertelnych sekcja stwierdzała *meningitis basilaris purulenta*. Ponieważ tak wczesnie występujące zapalenie opon mózgowych nie było dotychczas obserwowane, Neumann przypuszcza, że pod wpływem panującej epidemii patologia zapalenia ucha środkowego uległa zmianie, że obecnie częściej w tem cierpieniu występuje zapalenie opon mózgowych i to już w pierwszych dniach choroby.

Alexander zwalcza taki pogląd Neumanna i wprost neguje możliwość wczesnego wystąpienia zapalenia opon mózgowych, jako powikłania usznego. Stara on się dowieść, że w klinice Wiedeńskiej i na innych oddziałach szpitalnych niedokładnie w tych zagadkowych przypadkach zbierano wywiady, że przy dokładniejszej anamnezie wyjaśniłoby się, iż choroba ucha trwała już wiele tygodni przed wystąpieniem objawów mózgowych. Argumenty Alexandra nie są dostatecznie poważne, trudno bowiem odmówić sumienności i dokładności w badaniu i obserwowaniu chorych tak poważnym klinicytom, jak Neumann, Marschik, Ruttin i inni.

Jeżeli genezę zapalenia opon mózgowych w tych przypadkach postawić na innej płaszczyźnie i, ze względu na wczesne jego występowanie, traktować je nie jako powikłanie zapalenia ucha środkowego, to należałoby przyznać, że w obserwowanych przypadkach wiedeńskich miano do czynienia z równoczesnym, jakby równoległym wystąpieniem dwóch chorób: ostrego zapalenia ucha środkowego i zapalenia opon mózgowych. Jeżeli takie przypadki były obserwowane i dawniej, to prawdopodobnie należały one do wyjątkowo rzadkich i nigdy nie występowały w takiej liczbie, jak w roku 1928-ym w Wiedniu. Należy więc przypuszczać, że *genius epidemicus* się zmienił. Czy w innych miejscowościach również obserwowano podobne przypadki, w dostępnej mi literaturze wzmianek nie znajduję.

W lipcu 1928-go roku obserwowałem na moim oddziale przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych, który ze względu na zainteresowanie, jakie budzą obecnie podobne przypadki wśród otologów, pozwolę sobie niżej opisać.

Dawid G. lat 42, zamieszkały w Myszkowie, zasięgał u mnie po raz pierwszy porady lekarskiej z powodu choroby ucha w październiku 1925-go roku. Przedtem na uszy nie chorował, cięższych chorób nie przechodził, czuł się zawsze zdrowym i silnym, pracuje ciężko, jeździ po jarmarkach z towarami. W październiku 1925-go roku przez kilka dni miał silne bóle w lewym uchu. Po paracentezie przez tydzień wydzielala się ropa z ucha środkowego, poczem ropienie ustąpiło.

Od owego czasu chory czuł się zupełnie dobrze, na ucho nie cierpiał. 17-go lipca 1928-go roku nazajutrz po kąpieli rzecznej wystąpił silny ból ucha, i trzeciego dnia pacjent przyjechał do mnie. Skonstatowałem wówczas przekrwienie lewego bębenka bez wypuklenia, detale bębenka dają się odróżnić. T° 37°. Chory po konsultacji powrócił koleją do Myszkowa.

Nazajutrz, t. j. dnia 19 lipca, wieczorem zawiadomiono mnie, że D. G. w stanie ciężkim przywieziony został do szpitala. W szpitalu dowiedziałem się, że po powrocie do domu z Częstochowy chory poczuł się gorzej, wystąpił silny ból głowy a nazajutrz, t. j. 19-go lipca, w południe chory stracił przytomność, raz jeden wymiotował. W tym stanie przywieźli go do Częstochowy.

Chory słusznego wzrostu, silnej budowy, barczysty, dobrze odżywiony, mięśnie dobrze rozwinięte, błony śluzowe różowe. T⁰ 37,2°. Tętno równe, 88 na minutę. Chory leży spokojnie, na nic nie reaguje, na nic się nie skarży, nie mówi, zupełnej utraty przytomności jednak niema: na pytanie, czy mnie poznaje, kiwa potakująco głową. *Opisthotonus* i lekko zaznaczony *Kernig*. W narządach wewnętrznych zmian niema. W lewym uchu bębenek silniej przekrwiony, nacieczony, bez wypuklenia, wyrostek bez zmian. Ucho prawe normalne. Wykonano paracentezę bębena lewego: wydzielila się jedynie krew. Zastrzyknięto śródżylnie cytotropinę, na głowę zaleciłem okłady lodowe.

Dnia 20.VII. T⁰ 37,6°. Tętno równe, 82. Chory zupełnie przytomny, podniecony, chętnie rozmawia, skarży się na silny ból głowy. Z ucha chorego wydzielila się surowiczko-krwawy płyn, wyrostek nie obrzękły, przy silnym ucisku bolesny.

Przeprowadzone dokładne badanie neurologiczne wspólnie z kol. *Frenkenbergiem* (neurologiem) wykazało: wybitną sztywność karku, *Kernig* i *Brudziński* wyraźnie dodatni, *Babiński* zaznaczony po stronie lewej, *Oppenheim* po stronie lewej przy drażnieniu kończyny prawej; przeczulica na ucisk i kłucie. Odruchy brzuszne i jądrowe zachowane, kolanowe i ze ścięgna *Achillesa* żywe, jednakowe z obu stron. Objawów ataktycznych nie stwierdzono, oczopląsu również nie było.

Punkcja lędźwiowa wykazała: płyn wydzieliał się pod silnem ciśnieniem, był mętny, przeszło 500 leukocytów w 1 mil. sześć. *Nonne Appelt* —, białka 0,05%.

Tegoż dnia w uśpieniu wykonałem trepanację wyrostka sutkowego. Kość okazała się silnie unaczyniona, z komórek wydzieliał się krwawy płyn, ropy w nich nie znalazłem. Zatoka poprzeczna znacznie przesunięta ku przodowi, opona twarda leży prawie na tylnej ścianie przewodu kostnego, tak, że jama sutkowa przedstawia się jako wąska szpara, której tylną ścianę stanowi opona twarda. W jamie sutkowej nieco surowiczopropnego płynu. Obnażyłem na dużej przestrzeni tylną i środkową jamę czaszkową, usunąłem tylny górny brzeg kości skalistej, tak, że obie jamy czaszkowe zostały połączone ze sobą. Opona twarda przekrwiona, ściana zatoki cienka, prześwieca. Nakłucie zatoki wykazało krew płynną. Opatrunek.

21.VII. T⁰ rano 38°, wieczorem 38,9°. Tętno 90, równe. Silny ból głowy. Chory zupełnie przytomny; w nocy spał mało. Cytotropina dożylnie.

22.VII. T⁰ rano 38, T⁰ wieczorem 39,2°. Tętno rano 102. Ból głowy silny. Sztywność karku mniejsza. Zmiana opatrunku. W uchu ropy. Cytotropina dożylnie.

23.VII. T⁰ rano 38,2°, wieczorem 39,1°. Tętno rano 84. Stan ogólny lepszy.

24.VII. T⁰ rano 37,8° wieczorem 37°. Tętno rano 88. Sztywność karku mniejsza, *Kernig* lekko tylko zaznaczony, *Babiński* —. Skarży się na ból głowy. Podczas zmiany opatrunku przy oddzielaniu gazy z zatoki silny krwotok — przerwanie ściany. Tamponada. Z ucha wydzielina ropna.

25.VII. T⁰ rano 36,2° wieczorem 38,5°. Objawy podmiotowe ze strony opon mózgowych ustępują, ból głowy tylko utrzymuje się. Tętno 86. Cytotropina śródżylnie, *Coagulen* śródmięśniowo.

26.VII. T⁰ rano 36,9° wieczorem 39,1°. Dreszczu nie było. *Argochrom* dożylnie.

27.VII. T⁰ rano 36,4° wieczorem 37,2°.

28.VII. T⁰ rano 36,6° wieczorem 37,4°. Stan ogólny poprawia się. Chory sypia lepiej, skarży się jedynie na ból głowy. Lekka sztywność karku, *Kernig* —, *Babiński*, *Oppenheim* —.

Zmiana opatrunku. Zatoka nie krwawi. Rana czysta, W uchu ropa.

29.VII. T⁰ rano 36,2° wieczorem 36,3°.

30.VII. T⁰ rano 36° wieczorem 38,4°, dreszczu nie było. Cytotropina dożylnie. Ani sztywności karku, ani innych objawów mózgowych niema. Ból głowy trwa. Rana pokryta różową ziarniną. W dniu tym wyjechałem na urlop i chorego pozostawiłem w szpitalu pod opieką kolegów.

Po moim wyjeździe, jak przekonałem się z karty szpitalnej, jeszcze kilkakrotnie ciepłota wieczorem podniosła się do 39°, a dnia 6.VIII. rano T⁰ była 36,5° wieczorem 38,1°, dnia 7.VIII. rano T⁰ 36°. Choremu zastrzykiwano cytotropinę narzeczian z *argochromem* dożylnie, opatrunki zmieniano co drugi dzień. Stan ogólny poprawił się, ból głowy jednakże nie ustępował.

Ponieważ po moim wyjeździe chory nie miał w szpitalu stałej pomocy otjatrzy, dnia 7-go VIII. wyjechał do Krakowa, gdzie został umieszczony w szpitalu *Bonifratrów* na oddziale doc. *D-ra Hładzego*. Z łaskawie przesłanego mi przez szpital *Krakowski* odpisu karty szpitalnej przytoczę dalszy przebieg choroby.

Dnia 7.VIII. wieczorem T⁰ 38,6° tętno 104. Rana pooperacyjna żywo granulująca, z nieznaczną ilością wydzieliny ropiastej. Chory skarży się na silny ból głowy. Opukowo i dotykaniem nie stwierdza się żadnej bolesności w otoczeniu rany.

Dnia 8.VIII. Spadek ciepłoty do 37°. Ból głowy utrzymuje się. Przeprowadzone w dniu tym badanie dna oka lewego wykazało przekrwienie średniego stopnia w obrębie brodawki nerwu wzrokowego o charakterze zapalnym.

Dalszy przebieg choroby kształtował się pomyślnie dla chorego. Po paru dniach znów podniesienie ciepłoty do 38°, które po trzechdniowym trwaniu ustąpiło. Odtąd ciągle poprawa: bóle głowy mniejsze, rana czysta, goi się szybko.

22.VIII. Powtórne badanie oka wykazało cofanie się zmian na dnie oka. Rana za uchem prawie zagojona.

Chory opuszcza szpital.

W miesiąc po opuszczeniu szpitala ponowne badanie dna oka wykazało zupełne cofnięcie się zmian. Rana za uchem zagojona zupełnie, w uchu ropy niema, bębenek cały, słuch dobry. Pacjent czuje się zupełnie dobrze, pracuje.

W opisanym przypadku zapalenie opon mózgowych powstało na tle zapalenia ucha środkowego. Dowodzą tego wystąpienie objawów mózgowych podczas choroby ucha, powrót chorego do przytomności po nakłuciu błony bębenkowej i widoczna stała i dosyć szybka poprawa po trepanacji. Do chwili operacji potęgowały się zarówno objawy przedmiotowe, jak i podmiotowe, po operacji już w pierwszych dniach zarysowała się wyraźna poprawa. Jedynie zmiany zapalne na dnie oka świadczyły jeszcze po 6-ciu tygodniach o przebytej chorobie, z objawów zaś subiektywnych dokuczały choremu przeszło miesiąc uporczywe bóle głowy nawet po spadku ciepłoty. Podniesienie ciepłoty między 30. VII. a 8. VIII. uzależniam od skrzepu, który uformował się po krwotoku z zatoki poprzecznej.

Zadziwiające jest tu wczesne wystąpienie zapalenia opon mózgowych w tym okresie choroby ucha, gdy wysięk jamy bębenkowej nie zdążył jeszcze przejść w ropny, gdy wyrostek sutkowy

mało był jeszcze zmieniony, gdy w komórkach jego podczas operacji znaleziono jedynie krwawy płyn surowiczy, a w jamie sułkowej zaledwie kilka kropel surowiczo-ropnej wydzieliny. Jeżeli przyjąć, że w danym przypadku zapalenie opon mózgowych powstało wskutek wyjątkowych stosunków anatomicznych, opona bowiem twarda bezpośrednio prawie graniczyła z jamą sułkową, to i w takich okolicznościach wystąpienie objawów mózgowych u dorosłego w trzecim dniu choroby ucha należy do wyjątkowych.

Wszak nawet przy defektach kostnych zapalenie opon jest ostatniem ogniwem w łańcuchu powikłań wewnątrzczaszkowych: ropień zewnątrzoponowy, zakrzepowe zapalenie zatoki poprzecznej, zapalenie błędnika — oto etapy, jakimi kroczy zazwyczaj infekcja, zanim zaatakuje opony miękkie mózgu. Gdyby drobnoustroje obrały sobie inną drogę — przez naczynia limfatyczne, to i w takim razie wystąpienie objawów mózgowych w trzecim dniu po zapaleniu ucha, gdy w jamie bębenkowej jeszcze ropy nie było, należy do wyjątkowych.

Że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z ostrem zapaleniem ucha środkowego, a nie z chronicznym, dowodzą tego nie tylko wywiady, lecz i znalezione zmiany anatomiczno-patologiczne w kości podczas operacji, jak również i stan ucha środkowego.

Daleki jestem od myśli, że opisany przeze mnie przypadek zaliczyć można do tych, które opisuje Neumann, jako ofiary *quasi* epidemji wiedeńskiej, lecz raczej uzależniam wczesne wystąpienie zapalenia opon w naszym przypadku od budowy anatomicznej wyrostka, tem nie mniej nawiązałem mój przypadek do spostrzeżeń Neumanna, aby zwrócić na nie uwagę tych kolegów, którzy większym rozporządzają materiałem klinicznym. Być może, i u nas były podczas grypy spostrzegane podobne przypadki.

Chorych z zapaleniem opon mózgowych otchirurdzy zazwyczaj uważają za straconych i najczęściej nie operują.

Pomyślny wynik operacji w moim przypadku powinien zachęcić do jaknajwcześniejszego operowania takich chorych.

Z praktyki prywatnej.

Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

Istnieje obszerna dziedzina zachorzeń skóry, które w równej mierze są przedmiotem neurologji, jak dermatologji. Dotyczy to nie tylko całego szeregu dermatoz, które noszą nazwę skórnych nerwicy naczynioruchowo-odżywczych, a które powstają pod wpływem zaburzeń pierwotnych układu roślinnego, ale również i tych stałych lub napadowych zmian trofiki skórnej, które zawdzięczają powstanie swoje wyłącznie czynnikom natury psychicznej. Problem ten, t. zw. psychogenezy chorób skórnych, w którego świetle rozpatrywane były do niedawna niemal wyłącznie objawy t. zw. stygmatyzacji hysterycznej, zataczał stopniowo coraz to szersze kręgi i stał się w ostatnich czasach szczególnie aktualny. Niezwykły przypadek, którego opis tu podaję, należy właśnie do tej kategorii zjawisk.

9-letnia dziewczynka została w dniu 8 kwietnia b.r. ugryziona przez małą koleżankę, zamieszkałą w tym samym domu, w prawą dłoń poniżej stawu nadgarstkowego, przyczem pozostały ślady głęboko odcisniętej całej niemal szczęki górnej z zębami. Ślady te po kilkunastu godzinach minęły, natomiast ugryziona dziewczynka zaczęła się pokładać, skarżąc się na senność. Nazajutrz rano po obudzeniu się dziecko również zaczęło się pokładać, a za chwilę ukazały się ślady wszystkich poprzedniego dnia odcisniętych zębów nie tylko na prawej, ale również i na lewej dłoni w okolicy symetrycznej. Znaki te po kilku minutach ustąpiły, pozostawiając czerwone plamy z nikłym śladem; pacjentka przytem przez dłuższy czas nie pozwalała się

dotknąć do miejsc powyższych, skarżąc się na dotkliwie bóle. Od tego czasu analogiczne stygmaty zaczęły zjawiać się co pewien czas: początkowo co kilka dni, w ostatnich tygodniach prawie codziennie, a nawet po kilka razy na dobę. Zjawiały się one na jednej albo na obu dłoniach, na jednym albo na obu kolanach, na przedramionach i ramionach, na klatce piersiowej i szyi, w okolicy pomiędzy łopatkami, na policzku i nosie, a w ostatnich czasach również na palcach dłoni i stóp. Najczęściej wszakże znaki powyższe występują na dłoniach — zwłaszcza na prawej — albo w miejscu pierwotnego ugryzienia, albo w jego bezpośrednim sąsiedztwie. Występują znamiona te albo pojedynczo, albo w postaci wielokrotnej, jako liczne mniej lub więcej głębokie odciski całego szeregu zębów górnej szczęki — zupełnie, jak odbicie, tylko głębokie, orientacyjnej pieczętki dentystycznej. Przy wielorakim występowaniu znaków są one zazwyczaj ułożone w szeregu podłużnym (rzadko bardzo jeden obok drugiego — przy 2 — 3 stygmatach), przyczem często bardzo jedno odciski zachodzi na drugie. W rzadkich bardzo przypadkach zarysy stygmatu odcinają się wydatnie od dokładnego odbicia kształtu łukowatego półkola zębowego, przybierając postać bardzo wydłużonej podkowy, albo podłużnego przecięcia próbki laboratoryjnej. Częściej natomiast widoczne są odbicia o zarysach klasycznych, ale fragmentarycznych: to znaczy, że jedno skrzydło półkola jest nieco krótsze, albo znacznie krótsze od drugiego, wykazując np. o jedno, dwa lub nawet pięć odcisków zębów mniej, niż drugie. Niekiedy taka fragmentaryczność stygmatów odciskowych dotyczy obu skrzydeł półkola: tak np. w jednym ze spostrzeganych przeze mnie napadów stygmat składał się z łukowato zarysowanych dwu odcisków na jednym, a trzech na drugim skrzydle półkola. W bardzo wielu spostrzeganych przeze mnie osobiście i odrysowanych bezpośrednio stygmatach brak było górnego sklepienia łukowatego, które łączy oba skrzydła odbicia. Niekiedy wreszcie wklęsnięcia, odpowiadające zębom, układają się tylko jednostronnie, tworząc tylko jedno skrzydło łukowate stygmatu, przy czem i w tych wypadkach liczba odcisków zębów może być rozmaita i redukować się do kilku zaledwie

wklęśnięć. Sam spostrzegałem jeden z ostatnich napadów w postaci rudymentarnej, jako wyłącznie dwa odciski zębów. Wszystkie wszakże ukształtowania powyższe należą raczej do wyjątkowych, regułą bowiem stanowi pełne odcisnięcie zębów górnej szczęki w kształcie pieczętki dentystycznej. Poza tem kształt i wielkość stygmatów zależy może nie tylko od liczby odcisniętych zagłębień, ale również od ogólnego masztabu odbicia i wymiarów poszczególnych wklęśnięć. Niekiedy wielkość ich jest tak znaczna, że całkowicie odpowiada średnicy szczęki dziecięcej — zwłaszcza, o ile ma to miejsce na dłoni albo na przedramieniu, częściej natomiast widzimy tylko miniaturowe zarysów szczękowych — o najbardziej różnorodnych zmniejszeniach, przyczem nawet podczas jednego i tego samego napadu dają się spostrzegać niekiedy odbicia różnorakiej wielkości. Również i kierunek położenia stygmatów nie zawsze jest jednakoowy. Najczęściej ułożone są one w ten sposób, że uwypuklenie łuku, którego średnica podłużna przebiega równoległe do podłużnej osi ciała lub kończyny, zwrócone jest ku dołowi. Zdarza się jednak wręcz odwrotny kierunek położenia, w rzadkich zaś wypadkach odbicia ułożone są skośnie, a nawet prostopadle do podłużnej osi ciała lub kończyn.

Same zagłębienia, odpowiadające potencjalnym odcisnieniom poszczególnych zębów, mogą wykazywać rozmaite głębokość i rozmaite zachowanie wyścielającej je skóry. Niekiedy bywają tak głębokie, jak po silnem bardzo ugryzieniu, niekiedy jednakże są bardzo powierzchowne, ale zawsze powodują bardzo przykre sensacje, które według określenia małej pacjentki są czemś pośredniem pomiędzy bólem a swędzeniem. Dziewczynka reaguje na ich wystąpienie zazwyczaj stanem niepokoju i podniecenia, o ile zaś występują na dłoniach lub przedramionach — pluciem i pocieraniem danego miejsca, jak gdyby w celu usunięcia znaku. Skóra w samym wgłębieniu, a często i dookoła niego zazwyczaj jest za zzerwieniona, ale natężenie tego zaczerwienienia bynajmniej nie jest proporcjonalne do głębokości znaku: podczas całego szeregu napadów spostrzegałem stygmata, w których niektóre zagłębienia wykazywały zaczerwienienie, inne natomiast zupełnie normalne zabarwienie skóry. Niekiedy bywa i tak, że podczas samego trwania zagłębień stygmatycznych charakter i zabarwienie skóry nie ulega żadnej zmianie, natomiast po wyrównaniu się wklęśnięć występują czerwone lub czerwono-sine plamy, które nie ograniczają się do samych zagłębień, ale, zlewając i rozszerzając się, zajmować mogą cały teren wewnętrzny zarysowanego łuku szczękowego, a nawet niekiedy znacznie go przekraczać. Taka reakcja następcza trwać może niekiedy, tracąc stopniowo na natężeniu, do kilku nawet godzin — w przeciwieństwie do samych zagłębień, które według osobistej mojej obserwacji trwają bardzo krótko — a mianowicie zaledwie kilka minut. Najdłuższe obserwowane przezemnie trwanie stygmatu wynosiło $6\frac{1}{2}$ minuty, przyczem nigdy nie ustępował on odrazu, ale zawsze wklęśnięcie wypełniało się stopniowo. Dwukrotnie w okresie wypełniania się wgłębienia spostrzegałem na dnie ich drobniutkie wybroczyny wielkości łepka od szpilki, które wessały się całkowicie po upływie kilkunastu minut. W innych napadach natomiast następcze plamy sino-czerwone wykazywały nie gładką, lecz chropowatą powierzchnię skóry, która po pewnym czasie zaczęła pękać, tworząc nadżerki podłużne, z których sączyła się krew. W innych przypadkach natomiast na miejscu owych nadpęknięć skórnych występowała nie krew, lecz uwypuklenie w rodzaju bąbla o wielkości grochu i o podłużnym kształcie ziarna owsianego.

Napady powyższe występują z szczególną predylekcją w godzinach rannych i wieczornych. Przez pewien czas zjawiały się nawet z pewną regularnością pomiędzy 9—10 godziną rano i pomiędzy 8—9 godziną wieczorem. Występowały jednak również i w porach odmiennych — a mianowicie, w godzinach wizytacji lekarskich pomiędzy 5 — 8 godziną po południu.

Ważne jest bardzo, że bynajmniej nierzadko stygmata występowały również w nocy, przyczem dziecko budziło się ze snu z uczuciem lęku i fatalnego samopoczucia, skarżąc się na ból i swędzenie w okolicach występowania znaków. Na tem jednak nie ograniczał się związek występowania napadów stygmatycznych z procesem snu. Nietylko bowiem miały one tendencję do wyłaniania się ze snu fizjologicznego, ale niezmiennie często rozwijały się ze zjawiska somnolencji, wzgl. hiposomnambulizmu, w ogromnej bowiem większości spostrzeżeń powstawanie stygmatów poprzedzane było przez stany narkoleptyczne — niekiedy bardzo znacznego natężenia. Mianowicie, już na dłuższy czas przed napadem (pół godziny, godzinę, a nawet półtorej godziny) ogarniała zazwyczaj pacjentkę senność, która wszakże nigdy nie przechodziła w zupełny sen, co ważniejsze wszakże, zjawiała się szczególna niemoc muskulatury, kończyny zapadały się podczas chodzenia, i dziecko, ślaniając się, padało na ziemię. Wielokrotnie w drodze do lekarza matka musiała brać dziewczynkę na ręce lub zawozić ją dorożką, gdyż senność i niemoc kończyn całkowicie uniemożliwiały dziecku chodzenie.

O wpływie warunków zewnętrznych oraz chwilowych konstelacyj rodzinnych i życiowych na prowokację napadów stygmatycznych nie można powiedzieć nic pozytywnego. Kilka razy wprawdzie znaki ujawniły się po sprzeczce z bratem, jeden raz po odmówieniu dziecku jakiejś zachcianki, przeważnie jednak powstawania znamion nie poprzedzały, ani nie towarzyszył mu jakkolwiek motyw uchwytyny. Niewątpliwie wszakże powstawaniu choroby i podsycaaniu jej sprzyjała atmosfera rodzinna, szczególnie ze strony matki, która od dłuższego czasu leczy się u mnie z powodu objawów natury histerycznej. Wogóle każdy napad stygmatyczny wywołuje w domu szczególne podniecenie, zainteresowanie i zaniepokojenie, starszy brat pacjentki z zamiłowaniem i dokładnością odrysowuje zjawiające się znaki, matka zaś, która z usposobienia i zachowania się dziewczynki potrafi przepowiedzieć mający wystąpić napad, przejmując się nim w sposób niewątpliwie egzagerowany, lamentuje długo i uporczywie i wobec pacjentki oświadcza na głos wielokrotnie, że nie „wyobraża sobie większego nieszczęścia, niż to, które spotkało jej dziecko“. Natomiast stosunek samej pacjentki do występowania znaków nie wykazuje absolutnie żadnych cech chęci zainteresowania niemi otoczenia, żadnej przesady w reagowaniu na nie, ani jakichkolwiek intencji teatralizacji całego zjawiska. Jedyne, co się daje zauważyć, to niepokój, malujący się na twarzy dziecka, plucie i gwałtowne pocieranie znaków oraz niewątpliwie spotęgowanie stanu dysforycznego, który na dłuższy czas poprzedza wystąpienie całego zjawiska. Wobec prawdopodobieństwa psychopochodnego charakteru zjawiska oraz niemożności pogodzenia go z aktualną obecnie teorią pitjatyizmu, zwrócona została szczególna uwaga na możliwość chorobliwej symulacji, i wszelkie obserwacje prowadzone były osobiście, rejestrowane przy zastosowaniu wszelkich możliwych kauteli i demonstrowane *ad oculos* całemu szeregowi lekarzy. Chora przesiadywała całymi godzinami w mojej poczekalni lub nawet w gabinecie, to też niejednokrotnie miałem możliwość być świadkiem całego napadu, poczynawszy od narkoleptycznych i kataplektycznych objawów prodromalnych — aż do wystąpienia stygmatów i całkowitego ich ustąpienia. Wobec tego nie ulega żadnej wątpliwości, że w całym szeregu obserwowanych przezemnie napadów nie mogło być mowy o świadomej lub podświadomej symulacji, ani o sztucznej produkcji znamion skórnych, nie mówiąc już o tem, że podczas niektórych napadów stygmata były bardzo liczne i występowały w miejscach najzupełniej niedostępnych ewentualnym manipulacjom pacjentki, co samo przez się uniemożliwiało występowanie ich w postaci artefaktu.

Po wyłączeniu możliwości dowolnego wywoływania znamion przez pacjentkę nastęrczało się do rozstrzygnięcia zagad-

nienie, czy dostępne jest spowodowanie ich w sposób obiektywny przez wpływ lekarza — bądź drogą sugestji na jawie, wzgl. sugestji hipnotycznej, bądź przez zadziaływanie w jakikolwiek bądź inny sposób na organizm dziecka. Otóż przedewszystkiem trzeba było stwierdzić fakt paradoksalny, że dziecko, które do tego stopnia skłonne było do podlegania zjawiskom somnozomicznym, że poprzedzały one prawie zawsze występowanie znamion, absolutnie nie podatne było na hipnozę: podczas całego szeregu prób w tym kierunku nie udało się osiągnąć ani razu choćby najbardziej powierzchownych stanów snu hipnotycznego. Również i sugestja na jawie nie osiągnęła ani razu wyniku pozytywnego. Nie udawało się również nigdy drogą sugestji negatywnej powstrzymać wystąpienia znamion w tych wypadkach, w których nieomylnie przepowiadały ich zjawienie się omówione już poprzednio zjawiska prodromalne. Natomiast udało mi się wywołać je w sposób bardzo plastyczny za pomocą eksperymentu hiperwentylacyjnego. Mianowicie, po 12 — 14 minutach forsownego oddychania, które nie spowodowało ani drgawek, ani żadnego z objawów z serii tężyczkowej, wystąpiło ogólne dygotanie ciała z drżeniem palców, dłoni głowy i warg o niezmiernie szybkim tempie i drobniutkich oscylacjach, dziecko zaczęło skarżyć się na ból i zamęt w głowie, poczem wystąpił stan silnego podniecenia i niepokoju, płacz i obfite łzawienie, zaś w 5 — 7 minut potem prawa dłoń, oba przedramiona i szyja obsypane były szeregiem głębokich odcisnięć zębów — o wielkości mniej więcej równomiernej, położonych osi podłużną równoległą do podłużnej osi tułowia i kończyn — bez jakiegokolwiek zaczerwienienia skóry. Trwanie stygmatów tych nie przekraczało 5 — 6 minut, przyczem wyrównały się one szybciej, niż przy występowaniu samoistnym, nie pozostawiając po sobie żadnego zaczerwienienia, ani wybroczyn, powodując jednakże zwykłe swędzenie i nieznaczny ból. Znamienne jest, że tego rodzaju reakcję pozytywną otrzymałem tylko jeden raz — mianowicie, podczas pierwszej próby hiperwentylacyjnej, która według doświadczenia mojego stanowi bardzo często u dzieci gwałtowny wstrząs wzruszeniowy. Przy wszystkich próbach następnych nie spostrzegałem już ani razu występowania znamion, ani intensywnej reakcji wzruszeniowej charakterystycznej dla pierwszego eksperymentu, co najwyżej, nieznaczne drżenie głowy i palców dłoni, a niekiedy i warg. Również bez żadnego wpływu prowokacyjnego ani leczniczego pozostawało podawanie jądów roślinnych wago — lub sympatykonicznych (pilokarpiny, atropiny, skopolaminy i adrenaliny).

Z wywiadów na pierwszym miejscu postawić należy epizod z przed kilku miesięcy, pozostający w ścisłym związku z omawianymi napadami stygmatyzacyjnymi. Mianowicie, w końcu ubiegłego roku szkolnego dziewczynka w szkole powszechnej uderzona została z powodu niespokojnego zachowania w klasie przez nauczyciela dużą linją w ten sposób, że z lewej strony

na szyi wystąpiła duża czerwona pręga. Kiedy po ukończeniu zajęć szkolnych pacjentka powróciła do domu, zaczęła prężyć ból w miejscu uderzonem doznawać swędzenia na klatce piersiowej, tułowiu i kończynach — i wtedy matka po rozebraniu dziewczynki zauważyła na piersiach, z boku od kręgosłupa, na obu udach, ramionach oraz przedramionach liczne pręgi rozmaitej długości i szerokości, analogiczne do pręgi na szyi — tylko znacznie od niej bledsze. Trwało to podobno do wieczora tego samego dnia, dziecko następnie przespało noc dosyć spokojnie, a nazajutrz nie było już żadnego znaku po uderzeniu, ani znaku na tułowiu i kończynach. Te ostatnie nie wystąpiły już potem ani razu.

Dziewczynka jest trzecim dzieckiem z rzędu, starsi bracia zupełnie zdrowi. We wczesnym dzieciństwie przeszła odrę i błonicę, chodzić zaczęła po ukończeniu 1½ roku, mówić na dwa miesiące przedtem. Była zawsze dzieckiem roztropnem i roztropnie, wykazywała dużo samodzielności w zachowaniu się, usposobienie miała miłe i pogodne, do rodziców i rodzeństwa była bardzo przywiązana, żadnych dziwactw charakteru dotąd nie zdradzała. Natomiast już w początkowym okresie szkolnym wystąpiły dosyć poważne trudności w nauce, zwłaszcza w rachunkach — tak, że pacjentka pozostawiona była na drugi rok w pierwszym oddziale. Ojciec zupełnie zdrowy, matka, jak już wspominałem, zdradza wyraźne cechy zaburzeń historycznych. Poza tem nie udaje się stwierdzić w żadnym kierunku dziedzicznego obciążenia neuropatycznego.

Badanie obiektywne nie stwierdza pod względem somatycznym żadnych odchyśleń od normy. Narządy wewnętrzne w porządku. Nerwy czaszkowe bez zmian. Brak jakiegokolwiek znieczuleń skóry i błon śluzowych. Odruchy ścięgnowe i skórne umiarkowane. Badanie inteligencji stwierdza przy zachowaniu się dziewczynki żywym i roztropnem i doskonałej zaradności w życiu codziennem — iloraz inteligencji = 0,66, co odpowiada tej postaci oligofrenicznej, którą opisałem, jako typ rezolutny łagodnego debilizmu. Badanie metodą Rohrschacha stwierdziło wybitnie eideetyczne nastawienie psychiki młodej pacjentki. Usposobienie dziecka miłe, dostępne, pogodne, pozbawione wszelkich cech afektacji i kobotynerji, słowem, brak tu cech zwyrodnieniowych, odpowiadających t. zw. charakterowi historycznemu.

Zabiegi terapeutyczne nie doprowadziły dotąd jeszcze do zupełnego wyleczenia. Jak to zaznaczone było, napady stygmatyzacyjne absolutnie nie podatne były na hipnozę i sugestję na jawie. Natomiast zwykła galwanizacja, stosowana codziennie i systematycznie, spowodowała znaczną poprawę: napady, które początkowo występowały prawie co dzień, a nawet kilka razy na dobę, obecnie zjawiają się zaledwie co kilka tygodni.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Podstawy leczenia gruźlicy kostno-stawowej.

Podał

N. PIWKO (Warszawa).

(Dokończenie — p. Nr. 20).

W ostatnich czasach, jako czynnik, wspomagający leczenie gruźlicy chirurgicznej, zaproponowano stosowanie odpowiednio ułożonych dyet.

Pierwszymi rzecznikami tego poglądu, opierającego się na badaniach mikrochemicznych płynów ustrojowych osobników, dotkniętych gruźlicą, są: Sauerbruch, Gerson i Hermansdorfer. Autorzy ci, wychodząc z założenia, że ustrój gruźlicy wykazuje pewne niedobory soli mineralnych, zaproponowali stosowanie specjalnej diety, zawierającej sole mineralne. Głównymi jej częściami składowymi są: pokarmy roślinne oraz mieszanka, spre-

parowana przez autorów — Mineralogen. Jarzyny i owoce podają przeważnie w pół surowym lub zupełnie surowym stanie. Dyeta ta zawiera, poza dużą ilością soli mineralnych, białko, tłuszcze, witaminy, przy jednoczesnej małej ilości węglowodanów. Pomocniczo działa tu tran rybi z fosforem, który sprzyja odkładaniu się wapnia. Przeciwwskazane jest przy stosowaniu tej diety podawanie soli kuchennej, co ma zapobiegać zatrzymywaniu się wody w ustroju. Dzienna zawartość kaloryczna podawanego pożywienia jest bardzo znaczna i wynosi ok. 3000 kaloryj. Nie należy jednak, wedle tych autorów, otrzymanych przez nich dobrych wyników kłaść na karb ilości pokarmów i ich wartości kalorycznej, lecz na karb jakości doprowadzanego pożywienia. Pacjenci, którzy pod wpływem diety bezsolnej prędko przybierali na wadze, gdzieindziej, pomimo bardzo energicznego i intensywnego odżywiania, najmniejszej poprawy nie wykazywali. Dyeta ta różni się od ogólnie przyjętych norm tuczenia i opiera się na specjalnem zestawieniu i właściwościach pokarmu.

Wła duże trudności przy stosowaniu tej diety natrafia się wskutek całkowitego usunięcia soli kuchennej. Niektórzy autorzy (Rehn, Michelis) zmuszeni byli pójść na kompromis i małe ilości soli do pożywienia dodawać. Wyniki nie ulegały przez to zasadniczej zmianie. Bez trudu jednak i oporu znoszą doskonale dietę bezsolną dzieci, które szybko reagują na tę terapię znacznym przybytkiem na wadze. W każdym razie, i to sami autorzy przyznają, technika stosowania tej diety w praktyce natrafia na duże trudności. Wymaga to ze strony personelu pielęgniarskiego znacznej dozy cierpliwości i zręczności, by wstręt chorego do przyjmowania pokarmów, pozbawionych soli, pokonać.

O wyniku decydować ma tylko należycie i wedle przepisu przeprowadzona dyeta. Statystyki, które operują autorzy, są naogół zachęcające. Z 37 przypadków gruźlicy kostnej 18 wykazało wybitną poprawę, 6 poprawę, 1 tylko pozostał bez poprawy, 1 zmarł. O 8 z ogólnej liczby wobec zbyt krótkiego okresu obserwacji nic powiedzieć nie można. Pojęcie wyleczenia autorzy wyłączyli całkowicie ze swoich danych statystycznych, leży bowiem w istocie samej gruźlicy, że nawet po zupełnem wyleczeniu kliniczem nawroty zjawiają się, i to niezależnie od rodzaju leczenia.

Wyniki leczenia dają się sprowadzić do szybszego bliznowacenia ognisk gruźliczych, do szybszego zamykania się średnich i większych przetok.

Inni autorzy (Rehn, Michelis, Schiller) potwierdzają dodatnie wyniki leczenia diety bezsolnej. Naogół dają się jednak słyszeć głosy (Mueller, Schewen), które podają w wątpliwość wartość diety bezsolnej, ponieważ żadnych wyników *in plus* nie zauważyli.

Przed kilkoma zaledwie tygodniami Fluegel z kliniki Lorenza podał nową metodę dyetetycznego leczenia gruźlicy chirurgicznej — za pomocą podawania śledziony cielęcej. Podstawy teoretyczne, które mu posłużyły za punkt wyjścia, są następujące: śledziona, przez jej dużą zawartość ciał ochronnych, odgrywa bardzo ważną rolę w walce z chorobami zakaźnymi. Śledziona bierze czynny udział w ogólnej przemianie materji, stojąc w ścisłym wzajemnym związku z gruczołami wydzielania

wewnętrznego. Szczególna korelacja łączy ją z grasicą, której wpływ na rozwój i regenerację kości jest dziś powszechnie uznany. Znalazło to nawet zastosowanie praktyczne. W przypadkach opóźnionego tworzenia się blizny kostnej podajemy preparaty grasicy. Otóż śledziona bierze na siebie zastępczo czynność grasicy, gdy ta ostatnia ulega zanikowi fizjologicznemu. Potwierdzenie tego poglądu znajdujemy w spostrzeżeniu Naetzla, że u chorego, pozbawionego śledziony, blizna kostna uległa wybitnemu opóźnieniu. Wreszcie zasługują na uwagę badania Schroedera, które wykazały, że w śledzionach królików i cieląt znajdujemy ciała ochronne przeciw droboustrojowi gruźliczemu *typus humanus*, i że pod wpływem diety śledzionowej tworzą się około ognisk gruźliczych wały łącznotkankowe.

Opierając się więc na spostrzeżeniach, podkreślających znaczenie śledziony, jako organu ochronnego w walce z zakażeniem, jej wpływ na regenerację kości, bujanie łącznotkankowe i bliznowacenie ognisk gruźliczych, autor przypuszcza, że przez podawanie preparatów śledzionowych będziemy w stanie destrukcyjne procesy zapalne zamienić w wytwórcze. Innymi słowy, będzie to nic innego, jak gojenie się sprawy.

Metoda ta ma za sobą okres rocznych prób na materiale szczególnie ciężkim, rekrutującym się zpośród form przetokowych i ropnych. Miałem możność zaobserwowania wyników pierwszych prób, przeprowadzonych przez Fluegla, i przyznaję, że były wyjątkowo efektywne. Szczególnie utkwił mi w pamięci przypadek, który i Fluegel w swojej pracy podkreślił. Tyczył się pacjenta 24-letniego z ciężką gruźlicą stawu skokowego. Liczne przetoki, olbrzymi ropień na grzbiecie stopy, obrzęk jej, nieznosna bolesność przy najlżejszem dotknięciu kończyny, fatalny stan ogólny, gorączka septyczna — nasuwały jedyną możliwość ratunku: amputację. Dieta śledzionowa, którą tu zastosowano, w krótkim czasie zmieniła ten ciężki obraz chorobowy nie do poznania. Wydzielina z przetok zaczęła się zmniejszać, obrzęk stopy i bóle znikły, gorączka opadła, stan ogólny zaczął się szybko poprawiać, choremu przybywało na wadze. Takie i temu podobne przypadki zachęcają bardzo do najszybszego wypróbowania tego środka terapeutycznego.

Podaje się zwykle śledzionę cielęcą w dawkach niewielkich: 5 — 10 gram. dziennie, w formie różnolitej: w zupie, smażoną lub jako pasztet. Wynalazczość kulinarna może pod względem umożliwienia tej podobno niezbyt smacznej potrawy wiele zdziałać. Ważne jest podawanie jej we względnie surowym stanie. Śledzionę podaje się przez dłuższy czas, po każdych czterech tygodniach następuje przerwa dwu-trzy tygodniowa.

Olbrzymiego znaczenia nabrały w leczeniu gruźlicy chirurgicznej promienie Roentgena. Istota ich działania, pomimo niewątpliwie dodatniego wpływu na przebieg choroby, jest dotychczas nie wyjaśniona.

Jako wynik dotychczasowych badań należy przyjąć, że promienie R. bezpośrednio na prątki gruźlicze nie oddziałują. Być może, że działają one drogą pośrednią, ale dotąd nie zostało to dowiedzione. Nie ulega jednak dyskusji oddziały-

wanie i to bezpośrednie promieni R. na grzliczą tkankę granulacyjną, której komórki pod wpływem naświetlań, i to już przy bardzo małej dawce, ulegają rozpadowi.

Badania Juenglinga dowiodły, że rozmaite komórki tkanki granulacyjnej wykazują różną wrażliwość na promienie R., a więc limfocyty i leukocyty grzełka są najwrażliwsze, komórki nabłonkowe zaś są względnie mało wrażliwe. Prawdopodobnie przy rozpadzie komórek oswabadzają się ciała odpornościowe, które dodatnio na proces chorobowy oddziałują. Promienie R, wedle Haasa, działać więc będą dodatnio tylko wtedy, kiedy organizm w swej walce z infekcją zdołał już swe siły odpornościowe zmobilizować, a więc kiedy już sprawa chorobowa weszła w okres przewlekły, gdy objawy ostre, bólowe minęły, gdy stan ogólny chorego zmienił się o tyle, że walkę podjął. W okresie ostrym natomiast terapia rentgenologiczna może przynieść nawet szkodę, przyspiesza bowiem sprawy zapalne, doprowadza do szybszego rozpadu komórki, pomaga więc raczej infekcji w jej pracy niszczącej i szkodliwej.

Nie wszystkie formy grzlicy stawowej jednakowo na tę terapię reagują. Najlepsze rezultaty otrzymuje się przez naświetlanie włóknistych form zapalenia stawu. Również w *hydrops* otrzymuje się wyniki dobre, ale właśnie w tej formie schorzenia stawu trudno jest orzec, czy rzeczywiście mamy do czynienia ze sprawą grzliczą.

Ciężka, daleko posunięta grzlica stawu, ze znacznym zniszczeniem kości, przetokami, infekcją mieszaną, która niegdyś stanowiła absolutne wskazanie do interwencji chirurgicznej, szczególnie nadaje się do leczenia rentgenologicznego.

Zamknięty *fungus* stawu natomiast reaguje na leczenie promieniami X. znacznie wolniej i gorzej. Ciała ryżowate są niewrażliwe na promienie R.

Dawniej uważano, że tylko małe stawy nadają się do terapii rentgenologicznej, że wobec dużych zawodzi ona. Pogląd ten datuje się od czasów, gdy jeszcze terapii głębokiej nie znano. Dziś, gdy technika na polu rentgenologicznym z dnia na dzień się doskonali, otrzymujemy i przy naświetlaniu stawów dużych doskonałe wyniki.

Wiek chorego nie jest obojętny dla wyników. Naogół osobniki młode reagują na naświetlanie lepiej, niż stare.

Ponieważ terapia rentgenologiczna niema własności specyficznych, a jest tylko jednym z czynników w całokształcie leczenia, nie należy zaniedbywać i innych będących do naszej dyspozycji środków leczenia ogólnego i ortopedycznego.

Co się tyczy dawek, które należy stosować, to decyduje tu doświadczenie kliniczne i fachowe. W każdym poszczególnym przypadku należy stosować dawki indywidualne, zależne od wieku, konstytucji danego osobnika, własności aparatów. Naogół jednak wskazane są dawki małe, a im większy staw, tem mniejsze (Palugya).

Metoda postępowania, w zasadzie konserwatywna, rezerwuje sobie jednak w pewnych przypadkach rolę bardziej aktywną. Nie ulega bowiem wątpliwości, że leczenie chirurgiczne daje częstokroć doskonałe rezultaty.

Pierwotna rezekcja stawu, jaką przed laty stosowano w każdym przypadku grzlicy chirur-

gicznej, przeszła dziś do historii. Wychodziło się wtedy z założenia, że grzlica stawu jest pierwszym i jedynym objawem zakażenia specyficznego, należy tylko staw, jak nowotwór złośliwy, wyciąć, a tem samem usuwa się infekcję z ustroju. Wyniki takiego postępowania były, oczywiście, fatalne. Szczególnie u dzieci operacja ta przez usunięcie chrząstek przynasadowych powodowała wybitne skrócenia i zniekształcenia, jakich nigdy nie wywoływała choroba sama, przeciw której postępowanie to było skierowane. Dzisiaj, pomimo wybitnie konserwatywnego leczenia grzlicy chirurgicznej, istnieją jednak pewne przypadki, wobec których nie cofniemy się przed zastosowaniem noża rezeekcyjnego. Szczególnie grzlica stawu kolanowego u dorosłych będzie wdzięcznym polem do postępowania chirurgicznego wtedy, gdy leczenie konserwatywne zawodzi, i gdy istnieją wskazania natury socjalnej: jak najrychlej postawić chorego na nogi, by uczynić go zdolnym do pracy zarobkowej.

Dalszem wskazaniem do rezekcji stawów będą te przypadki, w których stan ogólny stale się pogarsza, i życie chorego jest zagrożone, oczywiście, przedewszystkiem u osobników dorosłych.

Częstokroć amputacja kończyny nie da się ominąć. Wskazaniem do tego zabiegu będzie późny wiek chorego z grzlicą narządów wewnętrznych i miażdżycą tętnic. Podobne amputacje wpływają często dodatnio na stan grzlicy płucnej. Trzeba jednak podkreślić, że kończyna po rezekcji stawu długi czas jeszcze ma wybitną tendencję do przykurczów, t. zw. przykurczów porzeekcyjnych, co wymaga leczenia zapobiegawczego. Chory przez długi czas jeszcze musi nosić aparat ortopedyczny.

Wdzięczne pole do leczenia chirurgicznego przedstawiają również ogniska grzlicze, umiejscowione w kościach. Ogniska te leżą przeważnie w częściach przynasadowych, a czasami w trzonach kości długich i mają tendencję do przebiccia do stawu. Przez wczesne usuwanie tych ognisk zapobiegamy szerzeniu się procesu chorobowego. Ważne jest wszakże przed zacydowaniem zabiegu stwierdzenie, czy ognisko to leży poza obrębem stawu, czy też staw już został zakażony. W przypadku drugim z zabiegu rezygnujemy. Najwdzięczniejsze są, oczywiście, ogniska zamknięte, ale i takie z przetokami dzięki zabiegowi operacyjnemu szybciej ulegają zagojeniu. Po zabiegu operacyjnym w każdym przypadku następuje naświetlanie promieniami Roentgena. Dzięki temu przyspieszamy bardzo znacznie proces gojenia. Przeciwwskazania do zabiegu stanowią: ogniska rozsiane oraz ogniska w kościach śródstopia. Martwaki grzlicze ulegają pod wpływem promieni Roentgena rezorbcji, względnie zostają samoistnie wydzielone. Wymaga jednak to leczenie długiego bardzo okresu czasu, i dlatego wskazaniem jest i tu chirurgicznie wkroczyć, co okres leczenia bardzo skraca. Zabieg oczywiście wchodzi w rachubę tylko wtedy, gdy martwak uległ już demarkacji, i gdy stawowi przez nasze manipulacje nie grozi niebezpieczeństwo.

Częste powikłanie, towarzyszące grzlicy chirurgicznej, ropnie opadowe, wymagają interwencji tylko wtedy: 1) gdy powodują bolesny ucisk na otaczające organy i grożą niebezpieczeństwem dla

życia chorego (pozagardzielowy ropień), 2) gdy wywołują gorączkę, 3) gdy szybko rosną i grożą przebicciem w miejscach niewskazanych. To, że ropni opadowych nie należy nacinać, tylko nakłuwać, jest rzeczą dzisiaj powszechnie znaną. Nacięcie ropnia grozi niebezpieczeństwem wtórnego zakażenia, pogarszającym wybitnie stan ogólny chorego, prowadzącym poprzez skrobiawicę do śmierci.

Zaniechano obecnie w klinice Lorenza wstrzykiwań na miejsce opróżnionego ropnia emulsji jodoformowej, którą przed laty stosowano. Stwierdzono bowiem, że powodują wysoką gorączkę, wywołują przetoki, a czasami i zatrucia jodoformowe. Zimne ropnie stawowe, powodujące pomimo unieruchomienia silne bóle, winny być opróżnione przez nakłucie.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Fizjologia normalna i patologiczna.

H. M. EVANS i M. E. SIMPSON. Antagonizm 2 hormonów przedniego płata przysadki mózgowej. (J. of the Am. Med. Ass. Tom. 91, Nr. 18 r. 1928).

W ostatnich latach rozmaici badacze, pracując zupełnie niezależnie od siebie, stwierdzili obecność 2 hormonów w przednim płacie przysadki mózgowej o rozmaitem działaniu.

Jeden z hormonów, a mianowicie alkaliczny wodny wyciąg, ma działanie, pobudzające wzrost, drugi zaś (kwaśny wodny wyciąg) posiada wybitne działanie na dojrzewanie płciowe, nie wpływając wcale na wzrost. Ten ostatni przypomina nieco wyciągi z łożyska co do działania na dojrzewanie płciowe.

Mocz ciężarnych zawiera tylko hormon dojrzewania. Hormon ten przechodzi także przez sączek Berkefelda w przeciwieństwie do hormonu drugiego, jest on także wogóle bardziej trwały.

Co do działania jednoczesnego obydwu hormonów, to znoszą się one wzajemnie zupełnie. To samo można zauważyć przy jednoczesnym stosowaniu obydwu.

Okoliczność, że wzrost odbywa się przed dojrzewaniem płciowym dowodzi, że część przysadki, wytwarzająca hormon wzrostowy, jest wcześniej rozwinięta od drugiej. W miarę rozwoju tej drugiej części, wzrost ustaje i następuje przewaga hormonu dojrzewania.

Komórki wydzielnicze są odpowiednio zróżniczkowane, jako zasadochłonne i kwasochłonne.

B. G.

C. W. MAC CLURE. O fizjologii patologicznej wydzielania zewnętrznego wątroby i trzustki. (Am. J. Med. Sciences. Tom. 176, Nr. 3, r. 1928).

Autor bada znaczenie zgłębnikowania dwunastnicy według Lyonsa, nie zgadza się jednakże z wywodami tego autora.

Uważa, bowiem, że żółć wydobyta z dwunastnicy świadczyć może raczej o sprawach chorobowych w samej wątrobie aniżeli w pęcherzyku żółciowym.

Jednocześnie badanie na fermenty daje nam obraz czynności soku trzustkowego. Badanie zaś zawartości barwników żółciowych może poniekąd świadczyć o składnikach żółci jako takiej.

Wlewanie roztworu siarczanu magnezu może wpłynąć dodatnio na czynność wydzielniczą wątroby.

B. Goldstein.

R. GESELL. O regulacji oddychania płucnego za pomocą oddziaływania jonów kwaśnych krwi i płynów tkankowych. (Journ. of the Am. Med. Ass. Tom 91, Nr. 17, r. 1928).

Jak obecnie ogólnie wiadomo, regulowanie wentylacji płucnej odbywa się przez działanie na ośrodek oddechowy jonów kwaśnych w pewnym stężeniu.

Wiadomo także, że zwiększona kwasota zwiększa wentylację, i, odwrotnie, alkalizacja wywołać może nawet zatrzymanie oddechu.

Jednakże istnieje bardzo dużo wyjątków z tego prawidła w których mamy zjawisko raczej odwrotne, a mianowicie, wzmożenie oddechu po wprowadzeniu do ustroju zasad oraz osłabienie po kwasach.

Například, po zastrzyknięciu dwuwęglanu sodu, a więc zalkalizowaniu krwi wentylacja płucna faktycznie się wzmacnia. Po zastrzyknięciu atoli węglanu sodu oddech się zatrzymuje.

Inny wyjątek stanowi wprowadzanie gazu o niskiej zawartości tlenu — następuje alkalizacja (?) krwi. Po powrocie do zwykłego powietrza — zwiększa się kwasota krwi, a zarazem zatrzymuje się oddech.

Podobne zjawisko obserwuje się po dożylnym zastrzyknięciu cyanku sodowego. Krew alkalizuje się jednocześnie ze wzmożeniem oddychania.

Autor tłumaczy zjawiska podobne w ten sposób, że przy wprowadzeniu kwasów do ustroju, np. HCl następuje początkowo wzmożenie oddechów, które z kolei przez nadmierne wypędzenie CO₂ sprowadza alkalizację i wreszcie zwolnienie oddechu. Przy wprowadzeniu zasad stosunki są odwrotne.

B. G.

H. SUSSMAN i in. O wchłanianiu niestrawionego białka z jelita. (Arch. of Int. Med. Tom. 42, Nr. 3, r. 1928).

Autorzy zauważyli, że pokazne ilości niestrawionego białka z jaj ulegają wchłonięciu w przewodzie pokarmowym w około 85% przypadków badanych, wobec czego zjawisko to może być uważane poniekąd za rzecz fizjologiczną.

Niestrawione białko jaja kurzego było wykryte we krwi w ciągu pierwszych 15 minut tylko w 1 przypadku, w 6 innych przypadkach w ciągu pierwszej 1/2 godziny, u reszty w ciągu pierwszej godziny.

Czynniki, wpływające na wchłanianie białka rybiego, wpływają również na białko jaja kurzego.

W większości przypadków, w których dowiedziono wchłaniania się białka, podanego drogą ust, można było wykazać takie wchłanianie drogą odbytniczą, i, odwrotnie, pacjenci, którzy nie wchłaniali białka, podanego doustnie nie wchłaniali go także od strony odbytnicy.

Okoliczność ta dowodzi, że zjawisko wchłaniania obcego białka jest prawdopodobnie natury konstytucjonalnej, a nie miejscowej.

Wchłanianie z odbytnicy zazwyczaj odbywało się nieco wolniej i w mniejszym stopniu, aniżeli w górnych odcinkach jelita.

B. Goldstein.

Lecznictwo.

L. C. KNOX. O leczeniu ołowiem. (J. Am. Med. Ass. tom. 92, Nr. 2).

Omawiając wyniki leczenia ołowiem kolloidalnym, autor podkreśla następujące okoliczności.

Pojedyncze dawki ołowiu wahały się pomiędzy 30 a 110 mg. ogólna zaś ilość pomiędzy 300 a 600 mg. Niedokrewność u cho-

rych, leczonych ołowiem, była regułą. Niekiedy zdarzały się dreszcze w kilka godzin po zastrzyknięciu. Od czasu do czasu zjawiały się w moczu ślady białka oraz pojedyncze wałeczki. Hematoporfiryna występowała niemal ciągle. Rąbek ołowiany na dziąsłach występował w przeszło połowie przypadków. Układ nerwowy z reguły nie był zajęty.

Objawem częstym i dokuczliwym były nudności, które występowały już po 100 mg. ołowiu, to też najmnij wskazuje jest to leczenie w przypadkach zajęcia przewodu pokarmowego.

Przypadków zejścia śmiertelnego na skutek leczenia ołowiem nie zanotowano, trzeba jednak zaznaczyć, że osobników bardzo wycieńczonych oraz chorych na nerki nie zakwalifikowano do leczenia.

Wyniki ostateczne jeszcze nie są pewne.

B. G.

WATERS, COLSTON i GAY, Ołów koloidalny oraz głęboka rentgenoterapia w leczeniu nowotworów. (J. Am. Méd. Ass. tom 92, Nr. 1, r. 1929).

Badania autorów nad wynikami skombinowanego leczenia zastrzykiwaniem koloidalnego ołowiu z jednoczesnym naświetlaniem promieniami twardymi dały rezultat następujący:

Po naświetlaniach następowało znaczne polepszenie, przerzuty zanikały, trwało to jednak bardzo krótko, poczem rozrost nowotworu odbywał się w jeszcze bardziej szybkim tempie, i pacjenci ginęli bez wyjątku wszyscy.

Niedokrewność w trakcie leczenia probowano leczyć zapomocą transfuzji krwi, przyczem najlepiej ją wykonać, zanim ilość hemoglobiny osiągnie 60%.

B. G.

H. J. GERSTENBERGER i J. I. HARTMAN. Lampa kwarcowa w leczeniu krzywicy oraz tężyczki. (J. Am. Méd. Ass. tom 92, Nr. 5, r. 1929).

Badania autorów, przeprowadzone na 14 dzieciach, wykazały, że naświetlania lampą kwarcową w dawce około jednej dawki rumieniowej (wedł. Rosta i Kellera) na tydzień, zarówno od przodu, jak od tyłu, spowodowały faktyczne wyleczenie kliniczne w czasie krótszym, aniżeli metody dawniejsze.

Metoda ta jest praktyczna, wygodna i tania, wobec czego zalecają ją autorzy do szerszego stosowania jako środek zapobiegawczy w ochronkach, przytulkach i t. p.

Objawy tężyczki nie ulegają pogorszeniu, i czas reakcji katodowej staje się nawet krótszy.

B. G.

M. RENAUD, O własnościach leczniczych serwatki. (Paris Médical Nr. 48, r. 1928).

Autor gorąco zaleca stosowanie serwatki mlecznej p. n. „Lactoserum“.

Serwatka taka posiada własności pobudzające działanie wszystkich gruczołów wydzielniczych. W szczególności pobudzona zostaje czynność wydzielnicza nerek; ilość moczu wzrasta bardzo wybitnie, przyczem wzrasta także ilość składników rozpuszczonych.

Serwatka pobudza także wybitnie wydzielanie żółci.

Na skutek działania na gruczoły trawienne zostaje pobudzona czynność ruchowa jelit.

Lepsza sprawność narządów wydzielniczych oczyszcza ustrój od substancji zanieczyszczających go. Samopoczucie osób, spożywających serwatkę, poprawia się znakomicie, szczególnie w przypadkach zaburzeń narządów, wyżej wymienionych.

Autor rozróżnia 2 rodzaje kuracji serwatkowych: większą, polegającą na pijaniu 3 — 4 szklanek serwatki zrana naczczo przez jakie 10 dni, oraz mniejszą — o jednej tylko szklance.

Leczenie serwatkowe może być łączone z pijaniem wód mineralnych, terapią fizykalną oraz innymi metodami leczenia

B. Goldstein.

H. REINWEIN. Sionon jako nowy środek zastępujący cukier. (D. m. W. Nr. 10, 1929).

Sionon, d. Sorbit, jest środkiem od roku wprowadzonym do handlu i wypróbowanym w 47 przypadkach. Działania leczniczego sionon nie posiada, nie zmniejsza ketonurji i pomimo tego może być stosowany zamiast sacharyny i dulcyny. Ma przyjemny smak słodki, jest dobrze znoszony w ilościach nie większych jednak niż 70 gr. i przy stopniowym podawaniu. Nie wywołuje cukromoczu i przecukrzenia krwi, a zjawiające się biegunki u osób wrażliwych łatwo ustępują pod wpływem makuwca; posiada dość znaczną wartość kaloryczną.

St. Luxemburg.

M. SCHNAASE, Doświadczenia z koraminą. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45, 1928).

Sch. stosował koraminę w całym szeregu przypadków chirurgji ginekologicznej i stwierdza, że przetwór ten znakomicie nadaje się w przypadkach ostrych zapaci i długotrwałego pooperacyjnego osłabienia krążenia, w których dotąd zwykle stosowano kamforę. W stosunku do tej ostatniej koramina ma wyższość ze względu na dokładne dawkowanie i niebolesne zastrzykiwania oraz na możliwość dożylnego stosowania w przypadkach nagłego niebezpieczeństwa. W stosunku do kamfory i heksetonu koramina ma pierwszeństwo ze względu na żywienie oddechu, mające wielkie znaczenie w stanach zapaci podczas uspiania. O wiele ważniejsza staje się koramina tam, gdzie zależy na jednoczesnym oddziaływaniu na krążenie, oddech i wykrztuszanie. Autor obserwował po powtarzanych 3 razy dziennie podskórnych wstrzykiwaniach po 2 cm³, koraminy rozrzedzenie ciągnącej się plwociny i obfite wykrztuszanie. Jednoczesne pogłębienie oddechu jest również czynnikiem, zapobiegającym powstaniu zapalenia płuc. Do tego dochodzi podniesienie ciśnienia krwi i pobudzenie czynności serca.

X.

Choroby zakaźne.

P. SCHMIDT. Czy istnieje możliwość skutecznego zapobiegania grypie? (D. m. W. 1929 Nr. 4).

Zapobieganie natrafia w grypie na trudności głównie z powodu niedokładnej znajomości etiologii i rozprzestrzeniania się tej choroby. Zdaniem autora, przyczyną choroby jest zarzek Pfeiffra.

W 19 spostrzeżeniach klinicznych ustalono, iż rozwojowi sprawy chorobowej najbardziej sprzyja obecność zarzków na błonie śluzowej jamy nosowo-gardzielowej i tylnych części nosa oraz w worku spojówkowym; niepewny jest natomiast wynik zakażenia z warg i przedniej części nosa.

Przenoszenie zarzków bezpośrednio — palcami — praktycznie nie ma większego znaczenia z powodu małej wytrzymałości bakterji Pfeiffra na światło i wysychanie.

W czasie epidemji dużą rolę odgrywa rodzaj kaszlu, odległość od osobnika kaszlącego (1 mtr.), odpowiednia higiena mieszkań (częste przewietrzanie), unikanie skupień ludzkich, co ma niepośledni wpływ również na złośliwość epidemji. Mniejszy wpływ natomiast wywierają na przebieg epidemji zmiany pogody.

Zapobiegać możnaby przez noszenie tamponów z waty w nosie i okularów, niezwykle ważna jest pedantyczna czystość chustki do nosa i rąk. Wielkie znaczenie ma odpowiednie uświadomienie i dążenie do wzmocnienia higieny osobistej. Nie raz należy się uciec do zabronienia wszelkich zebrań publicznych i zaprowadzenia życia bardziej samotnego.

S. Luxemburg.

PLATE A. Epidemiczne obrzmienie gruczołów podszczękowych w grypie. (D. m. W. Nr. 2, 1929 r.).

Autor opisuje 11 przypadków grypy w wieku dziecięcym (do 2 lat), w której przebiegu, po ustąpieniu stanu gorączko-

wego po 3 — 4 dniach następowało ponowne podniesienie ciepłoty z bolesnym obrzękiem i zaczerwienieniem gruczołów podszczękowych. W jednym z przypadków ze zropiałego gruczołu wyhodowano paciorkowce ropotwórcze, przyczem obraz krwi wykazywał powiększenie liczby białych ciałek z przesunięciem wlewo. Pendzlowanie roztworem trypaflawiny 1:500 zapobiegało rozprzestrzenianiu się sprawy chorobowej. Czy obecność paciorkowca jest stałym objawem i przyczyną obrzęku gruczołów — okażą dalsze badania.

S. L u x e n b u r g.

BECKER, Nowa surowica błonniczo — płonicza. (D. m. W. Nr. 2. 1929 r.).

Szereg przypadków ciężkiej postaci błonicy i nieskuteczności surowicy przeciwbłonniczej zwróciły uwagę na istnienie mieszanego zakażenia paciorkowcem. Badania kliniczne wykryły istnienie współżycia pomiędzy bakteriami płonicy i błonicy, a autorowi udało się otrzymać pożywkę, na której wyhodowano oba rodzaje bakterij jednocześnie. Wychodząc z tego założenia uodporniono konia obu rodzajami bakterij i otrzymano surowicę, zawierającą równą ilość przeciwciał. Surowica ta może mieć zastosowanie w niejasnych przypadkach anginy i być ochroną przeciwko dwum możliwościom. Podobną symbiozę bakterijną proponuje autor zastosować w szczepieniach ochronnych.

S. L u x e n b u r g.

Choroby narządów trawienia.

∞ Prof. Dr. L. KUTTNER, dyr. szpit. im R. Virchowa w Berlinie. *Fehldiagnosen und Fehlbehandlung sowie deren Verhütung auf dem Gebiete der Verdauungs-Krankheiten* (Nakład G. Thieme, 1929; str. 59 z 10 rysunkami).

Na podstawie wielkiego materiału klinicznego i dużego doświadczenia autor przebiega kolejno wszystkie postaci chorobowe narządów trawienia: jamy ustnej, przełyku, żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i grubego, wątroby i trzustki — i podaje, jakie objawy i próby kliniczne należy uwzględnić, żeby nie wziąć sprawy miejscowej za sprawę ogólną (zanik dziąseł i cukrzyca; zanik śluzówki języka i gruźlica; leukoplakia i niedokrewność złośliwa lub kiła, zgorzelinowe zapalenie śluzówki i ostra białaczka, zwężenia przełyku i rak lub tętniak aorty i t.d.) Miejscami autor przytacza typowe przypadki kliniczne, które dawały powód do pomyłek, lub w których pomyłki uniknięto dzięki zastosowaniu promieni Roentgena lub próby chemicznej.

Dużo miejsca poświęca autor wrzodowi żołądka i dwunastnicy i dowodzi, że coraz częściej rentgenografia, która wyparła w ostatnich czasach sondowanie żołądka, zawodzi, i że obecnie należy napowrót posilkować się próbami fizjologicznymi i chemicznym badaniem kału w celu odróżnienia wrzodu od nerwicy lub nieżyłtów oraz nowotworów.

Szeroko omawia sprawę ostrego zapalenia trzustki i twierdzi, że błędy w tym kierunku zdarzają się częściej, niżby się zdawać mogło. Sprawa ta powinna być częściej brana pod uwagę, a wobec rozpowszechnionych dziś już analiz mikrochemicznych krwi (cukier, diastaza) i sondowania dwunastnicy znacznie już łatwiej jest uniknąć błędu. Tak samo drobniogowo omawiają się sprawy wątrobowe, głównie żółtaczka. Sprawa ta powinna więcej interesować klinicystów, gdyż zdaniem autora, już po dwóch tygodniach trwania żółtaczki nawet łagodnej, rozwija się cholemia, która daje powód do śmiertelnych krwawień nawet w tydzień po zabiegu chirurgicznym. Ciekawe jest, że autor całkowicie zarzucił cholecystografię za pomocą dożylnych zastrzyków środków kontrastowych (wyniki niepewne: tylko w 50% otrzymuje się zarysy kamieni, co zresztą, niewiele rzadziej daje się osiągnąć drogą zwykłego prześwietlania; nadto wstrzykiwania powodują dość często zakrzep żylny; zresztą, nie zawsze

kamienie są przyczyną danej sprawy, znacznie częściej zakażenie), natomiast zaleca raczej prześwietlania żołądka i dwunastnicy, które prędzej i ściślej wyjaśniają sprawę, przypisywaną kamicy.

Pod względem leczniczym autor ostrzega przed stosowaniem zachwalanych dziś środków „wypychających” kamienie, jak hipofizyna, pituitryna, gallofizyna i t. p., gdyż kamienie większe niezdolne są przecisnąć się przez drogi żółciowe, a wypędzanie kamieni z pęcherzyka do dróg żółciowych bynajmniej nie zabezpieczy chorego przed operacją. Opróżnienie pęcherzyka do jelit, choćby drogą „szczęśliwej” porforacji, bynajmniej nie usuwa zapalenia pęcherzyka. Jednym słowem: zabieg chirurgiczny jest jedyną racjonalną metodą leczenia kamicy i schorzeń pęcherzyka żółciowego.

W każdym rozdziale autor stawia na głównym miejscu sprawy nowotworowe i rozróżnia je od gruźlicy, kiły, promienicy.

Wreszcie omawia nerwice przewodu pokarmowego, objawy żołądkowo-kiszkowe w przebiegu chorób nerek, serca, dny, cukrzycy, gruźlicy, wiatru, ciąży, acetonemji i niedrożności mechanicznej (ciała obce). Autor widywał liczne przypadki przetoki żołądkowo-okreżniczej i ostrzega przed opieraniem się w rozpoznawaniu wyłącznie na obrazie rentgenowskim po zadaniu papki *per os*. Błędu uniknąć można tylko po wprowadzeniu środka kontrastowego *per rectum*. Natomiast autor, widać, mało widywał wrzodów trawiennych jelita czczego, gdyż o tej sprawie zaledwie wspomina, nie podaje ani cech rozpoznawczych ani właściwej drogi leczniczej.

Z tego krótkiego zestawienia widać, jak bogata w materiał rzeczowy jest broszura, ile zawiera cennych rad i wskazówek, które każdemu, nawet doświadczonemu specjalście przydać się mogą. Rzecz napisana jest w sposób żywy i przejrzysty, a wydanie broszury, jak zwykle w firmie Thiemeego bez najmniejszego zarzutu. W całej broszurze niema ani jednego błędu zecerskiego, ani jednej „zbitej” czcionki. Sztuka drukarska doprowadzona do perfekcji, a co to znaczy, pojmie każdy, kto prace swoje ogłasza drukiem.

W. K n a p p e.

S. M. ROSENTHAL. Czynność trzustkowa a trawienie górnej części jelita. (Arch. of Int. Medicine, tom 41, Nr. 6. 1928).

Po wprowadzeniu królikowi 10 gr. surowej skrobi w lekko zakwaszonym roztworze przez cienką sondę żołądkową występuje podniesienie się poziomu cukru we krwi (do 62 mlgr. %).

Te same próby, przeprowadzone po uprzednim podwiązaniu przewodu trzustkowego, nie wykazały tego wzrostu, względnie wzrost bardzo nieznaczny (5 — 31 mlgr. %).

Dodanie 1 — 4 cm³. jednonormalnego kwasu solnego do skrobi zmienia wybitnie ten odczyn krwi. Krzywa cukru we krwi również miała inny przebieg, wskazujący, że trawienie skrobi było silnie zahamowane w ciągu pierwszej godziny po podaniu, potem zaś powoli wzrastało i trwało jeszcze, kiedy normalnie już trawienie było ukończone.

Wszystkie te zjawiska zależą od hamującego działania kwasu na czynność enzymów jelitowych, co zresztą potwierdza okoliczność, że takie same ilości kwasu, dodane to podobnych roztworów cukru gronowego, na przebieg krzywej cukru we krwi żadnego wpływu nie miały.

B. G o l d s t e i n

W. THALHIMER i F. D. MURPHY. Rak aparatu wyspekowego trzustki. (J. Am. Med. Ass. Tom 91, Nr. 2. 1928 r.).

Autorzy opisują przypadek guza trzustki o niezwyklej przebiegu.

W ciągu 2½ roku stopniowego narastania objawów u pacjenta rozwinął się stan półodrętwienia z częstymi napadami

drgawek i wyraźnej hipoglikemji. Stan taki trwał do samej śmierci, która nastąpiła z powodu zupełnego wycieńczenia.

Na autopsji stwierdzono pierwotny ograniczony nowotwór trzustki. Badanie drobnowidowe tego guza wykazało, że pochodzi on z komórek *Langerhansa*, i że guz ten jest albo rakiem albo też gruczolakiem. Objawy, obserwowane za życia, były wywołane prawdopodobnie przez nadmierne wydzielanie insuliny.

B. Goldstein.

Manfred LANDSBERG. Pankrealgja w stanach przedśpiączkowych i w śpiączce cukrzyczej. (D. m. W. Nr. 50, 1928).

Autor opisuje przypadki, spostrzegane w klinice *Ehrmanna* w Berlinie z powodu gwałtownych bólów brzucha. Dokładne badanie wykazało zależność tych objawów od nagłego i szybkiego rozpadu tkanki trzustkowej w okresie przedśpiączkowym lub w śpiączce cukrzyczej. *Ehrmann* wprowadził dla tych stanów nazwę pankrealgji. Występują one w postaci ostrych bólów o charakterze kolki w górnej lub prawej połowie brzucha; jednocześnie istnieją objawy śpiączki lub stanu przedśpiączkowego: senność, zamroczenie świadomości; głęboki lub zwolniony oddech, zapach acetonu w powietrzu wydychanym, cukromocz; pozatem istnieje opisane porażenie przez *Ehrmanna*, znaczne obniżenie ciśnienia krwi.

Podobnie gwałtowne bóle mogą występować w *pancreatitis acuta*, gdzie, poza nieznacznym cukromoczem, obraz jest zupełnie odmienny; głównym objawem różniczkowym jest obecność podwyższonej ciepłoty, kamica w wywiadach, zwiększone ilości lipazy i diastazy w surowicy krwi.

Nieprzewyciężone trudności rozpoznawcze nasuną się, gdy w ciężkiej cukrzycy wystąpi ostra martwica trzustki.

Przy różniczkowaniu obrazu pankrealgji należy wykluczyć gwałtowne bóle brzucha, występujące nierzadko w czasie grypy, jako następstwo stanów skurczowych jelit; prawdopodobnie grają tu rolę czynniki toksyczne. Pozatem nie należy zapominać o objawach otrzewnowych, występujących w kolce nerkowej.

M. Goldman junior.

Choroby serca i naczyń.

J. A. E. EYSTER. O przeroście serca. (J. A. M. A. Tom 91, Nr. 24, 1928 r.).

Przerost mięśnia sercowego jest wynikiem zwiększonej jego pracy. Zwiększona zaś praca mięśnia sercowego ma miejsce wtedy, gdy ustroj potrzebuje więcej krwi (praca fizyczna), lub też gdy przeszkody, które serce ma do pokonania są zwiększone (miażdżycza naczyń, nerek, wady zastawkowe i t. p. stany).

Według badań autorów amerykańskich przerost serca zawsze jest poprzedzony przez rozszerzenie. Doświadczalnie wykazano na przykład, że po uszkodzeniu serca bardzo szybko powstaje rozszerzenie (stwierdzone radioskopowo).

Dopiero po kilku dniach wielkość serca wraca do stanu poprzedniego. Szczególnie wyraźne jest rozszerzenie lewej komory po uszkodzeniach tętnicy głównej. Stopniowo powstaje potem przerost mięśnia sercowego przede wszystkim w odcinku, leżącym tuż nad uszkodzeniem. Przerost ten jest dokonany po jakich 90 — 100 dniach.

W czasie rozszerzenia we włóknach mięsnych zachodzą zmiany wsteczne, które pociągają za sobą przerost mięśnia. O ile przeszkodę sztuczną (założoną w celach doświadczalnych) usunąć zaraz po powstaniu wspomnianych zmian wstecznych, to przerost pozostanie, mimo że warunki krążenia wrócą do normy. Nie powstaje zaś tam, gdzie zmian wstecznych w mięśniu nie było.

B. G.

J. A. E. EYSTER. Rentgenologiczne określenie przerostu serca. (Arch. of Intern. Med. Tom 41, N. 5, z r. 1928).

Autor uważa, że ortodiagram serca jest najlepszą metodą rozpoznawania przerostu serca pod warunkiem uwzględnienia warunków klinicznych, wieku, wzrostu i wagi ciała.

B. G.

F. J. HIRSCHBOECK. Leczenie zaburzeń czynnościowych serca. (J. A. M. A. Tom 91, N. 24, r. 1928).

Do dziś dnia, pomimo dużego postępu w metodyce badań narządu krążenia, natrafia się na przypadki trudne do zróżniczkowania w sensie przynależności do organicznych lub też czynnościowych schorzeń serca.

Istnieje cały szereg zaburzeń ustrojowych w tej właśnie dziedzinie, które do niedawna jeszcze były traktowane jako sprawy „czynnościowe”, obecnie są zaliczane do okresów początkowych cierpień organicznych, i rokowanie musi być ostrożne.

Istnieją 2 rodzaje cierpień czysto czynnościowych serca. Pierwszy — jest to astenia nerwowo-krążeniowa z jej rozmaitymi objawami. Drugi — to czysta nerwica serca zazwyczaj pochodzenia psychogennego lub uczuciowego.

W przypadku nerwicy serca — leczenie winno się oprzeć przede wszystkim na psychoterapii, później idą środki uspokajające i t. p.

W przypadku astenji neurokrążeniowej na pierwszy plan wysuwa się leczenie fizyczne — głównie ćwiczenie, takie czy inne, niedorozwiniętego układu.

B. G.

PARADE G. W. i VOIT K. Leczenie zespołu objawów Adams - Stokesa za pomocą adrenaliny i efetoniny. (D. m. W. N. 5, 1929 r.).

Autorzy opisują przypadek z ciężkim sespołem objawów Adams-Stokesa; napady i omdlenia ze znikaniem tętna dochodziły do 10 — 15 na dzień, trwając czasem do 30 sek. Bez skutku pozostawało podawanie kofeiny i naparstnicy. Natomiast adrenalina wpłynęła w wybitnym stopniu na zmniejszenie się liczby i czasu trwania napadów. Podobne działanie posiadała efetonina, stosowana następnie doustnie zamiast adrenaliny. Napady nie występowały przez dłuższy przeciąg czasu.

S. Luxemburg.

W. B. FARNUM. Wpływ tonsillektomji na istniejące cierpienia serca u osób dorosłych. (The. Am. Journ. of Med Sciences Tom 176, N. 4, r. 1928).

Na zasadzie bogatego materiału autor stwierdza, że tonsillektomja niema żadnego znaczenia dla powstrzymania biegu istniejących już spraw sercowych. Może natomiast w niektórych przypadkach (nawet w idealnych warunkach aseptyki) wywołać zaostrenie sprawy reumatycznej oraz sercowej.

Tonsillektomja bynajmniej nie zapobiega powstawaniu i nawrotom zapaleń gardzieli; nawroty te prawdopodobnie stoją w związku ze sprawą reumatyczną.

Tonsillektomja nie ma żadnego wpływu na ewentualne nawroty czy powstawanie płaswicy gośćcowej.

Pacjenci po usunięciu migdałków mogą ulec dekompenсации sercowej z gorączką lub też bez niej.

Naogół więc, o ile sprawa chorobowa w sercu jest już definitywnie wyrażona, to zabieg usunięcia migdałków nie może powstrzymać biegu choroby. Raczej możnaby się spodziewać jakichkolwiek wyników w sprawach początkowych, lub też zanim objawy sercowe wystąpiły.

Należy przeto skierować wysiłki lecznicze i zapobiegawcze w stronę ogólnych zabiegów wzmacniających i uodparniających ustroj przed zakażeniami.

B. G.

BOTTCHER P. G. Prawidłowe doustne stosowanie g - strofantyny. (D. m. W. Nr. 10, 1929).

Nieskuteczność podawania g - strofantyny per os upatruje

autor w zbyt małych dawkach, jakie dotychczas stosowano. Zaleca wobec tego podawanie od 2—2,5 mgr. 3 do 6-ciu razy dziennie. Dawki powyższe, dobrze znoszone przez chorych, dawały pomyślne wyniki w ciężkich stanach niedomogi sercowej. Na specjalne wyróżnienie zasługuje silnie występująca diureza.

St. Luxemburg.

Medycyna sądowa.

I. BYCZKOW. Sposoby dokonywania dzieciobójstw. (Sud—Mied. Ekspiertiza. 1928 VIII.)

Na podstawie materiału Sądu Okręgowego w Moskwie za rok 1926—1927 w 99 przypadkach dzieciobójstw autor stwierdza, że sposoby dzieciobójstw były następujące: zadławienie — 26 razy; zaduszenie przez zawinięcie w gałgany i t. p. — 8 r.; zatkanie otworów jamy ustnej papierami i t. p. — 4 r.; zaduszenie poduszką — 9 r.; przez ucisk ciałem matki — 2 r.; zadzierżgnięcie — 8 r.; zadzierżgnięcie pępownią — 3 r.; zakopanie żywcem — 3 r.; utopienie — 14 razy. Razem śmierć wskutek zaduszenia w 77 przypadkach.

Pozostawienie na zimnie — 2 r.; zagłodzenie — 4 r.; zadanie ran tłuczonych — 2 r.; zadanie ran narzędziem ostrym — 3 r.; otrucie kwasem octowym — 6 r.; sublimatem — 1 r.; przyczyna śmierci nieznana — 4 razy.

W. Grzywo Dąbrowski.

MEIXNER. Samobójstwo pod wpływem cierpień fizycznych. (Dtsch. Z. gerichtl. Med. 12 Bd.)

Pewien mężczyzna cierpiał na miażdżycę naczyń wieńcowych serca, wskutek czego miewał bardzo silne ataki duszniczy bolesnej, połączone z silnym uczuciem lęku i t. p. Pozbawił się on życia, zadając sobie 8 ran kłutych w okolicę serca. Autor przypuszcza, że chory pod wpływem silnych bólów zadał sobie rany właśnie w okolicę, która była źródłem bólów.

W drugim przypadku pewien dymisjonowany oficer, cierpiący na wrzód okrągły żołądka, pozbawił się życia, strzelając w serce. Zamach samobójczy był dokonany pod wpływem silnych bólów, które wystąpiły jako skutek przebicia wrzodu i ogólnego zapalenia otrzewny. Po pierwszym strzale denat wystrzeżił po raz drugi, lecz kula tylko powierzchownie drasnęła skórę pod pachą. Nie zważając na to, że kula spowodowała rozżucie lewej komory przy koniuszku na przestrzeni 3 cm., denat zdążył jeszcze włożyć pistolet (kal. 6,35) do otwartej szuflady szafki nocnej.

W. Grzywo Dąbrowski.

FRIBOURG-BLANC. Czyny przeciwspołeczne w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. (Annales de medecine légale. 1928 VII.)

Dupony i in. zwracali już uwagę, że encefalitycy często miewają popędy do zbiorowego samobójstwa. Pewna chora trzy razy próbowała pozbawić się życia pod wpływem dolegliwości, występujących podczas napadów skurczów mięśni ocznych; ta sama chora namawiała do wspólnego samobójstwa swą towarzyszkę szpitalną. Druga chora, która przeszła ostry atak choroby przed trzema laty, próbowała pozbawić się życia przez utopienie się i chciała wraz ze sobą u opieki i swe dziecko. W trzecim przypadku pewien mężczyzna, który cierpiał na połowiczą lewostronną drżączkę po przebytem przed trzema laty zapaleniu mózgu, miewał nieprzewidywalną chęć szkodenia samemu sobie, między innymi chciał się otruć.

Chorzy tego typu, szczególnie w parkinsonizmie poencefalitycznym, często miewają myśli i popędy samobójcze, które występują szczególnie silnie w okresach depresji; ponieważ tacy chorzy zwykle nie są specjalnie dozorowani, mają wobec tego możliwość łatwego popełnienia samobójstwa.

W. Grzywo Dąbrowski.

E. SOREL. Pęknięcie serca jako następstwo zakażenia krwi, powstałego w związku z wypadkiem przy pracy. (Annales de med. légale. 1927 r.)

26 X 1926 r. mężczyzna l. 62 przy pracy ukłuł się gwoździem w lewą rękę, wskutek czego wywiązało się zakażenie i ropowica tej ręki. Aczkolwiek choroba była bardzo poważna, chory jednak chodził, a 8 XI 26 udał się do lekarza celem zbadania i w jego gabinecie zmarł. Rozpoznano, że śmierć nastąpiła wskutek porażenia serca, i zwłoki pochowano. Rodzina zmarłego zażądała odszkodowania, lecz tow. asekuracyjne odmówiło, i sprawa była skierowana do sądu, który nakazał wykonać ekshumację i sekcję zwłok, co zostało dokonane na początku lutego 1927 r. Na sekcji zwłok stwierdzono pęknięcie ściany lewej komory serca w pobliżu jego koniuszka, ropowicę tkanek lewej ręki, brak zmian chorobowych w naczyniach, dość daleko posunięty rozkład zwłok. Autor określił, że przyczyną zgonu było pęknięcie ściany serca, będące następstwem ostrego zwyrodnienia mięśnia sercowego, które wystąpiło wskutek ropowicy lewej ręki; wobec powyższego autor wydał opinię: jeśli miał miejsce wypadek przy pracy, odpowiedzialność tow. asekuracyjnego należałoby uznać jako uzasadnioną.

A. Piotrowski.

Wskazówki praktyczne.

— Sulfoderm, kolloidowy puder siarczano-krzemowy poleca Zippert nie tylko przeciwko łojotokowi i zmianom skórnym na tle łojotoku, lecz również i przeciwko wypryskowi, śwędzeniu po świerzbie i t. d. Na samą świerzbę przetwór ten działa nie wywiera.

(D. m. Woch. 1929. Nr. 12).

— Ilsa Müller zauważyła u wielu kobiet, noszących fryzurę à la garçonne, nadmierny porost włosów na linii białej, w okolicy szczęki dolnej i naokoło brodawek sutkowych. Większość tych spostrzeżeń dotyczyła kobiet ciężarnych, jednak u ciężarnych z długimi włosami fenomenu tego nie notowano.

(M. m. Woch. 1929 Nr. 1).

Uwagi godne są wyniki leczenia pęcherzycy (pemphigus) za pomocą spirocidu, otrzymane przez Kromayera: w 6 przypadkach tego ciężkiego cierpienia nastąpiło bądź wyleczenie

zupełne, bądź wybitna poprawa. Zużyto w sumie 60, 82, 112, 172, 440 i 600 pastylek przeważnie bez jakichkolwiek bądź, przykrych powikłań. Jeżeli zaś występowały objawy uboczne, to robiono przerwę od 1 do kilku tygodni.

(D. m. Woch. 1929. Nr. 6).

W leczeniu gruźlicy stosuje Melion triphal z wynikiem dodatnim w 33%. Technika: zastrzykiwanie dożylnie 0,005; 0,01; 0,025; 0,05; 0,1; 0,15 — przerwa 8 dniowa, poczem powtórzenie ostatniej dawki. Lek rozpuszcza się w 1, a przy dawkach wyżej 0,1 w 2 ctm.³ wody. Wrazie zastrzyknięcia dawek wyższych przerwa najmniej 10 dniowa.

(W. kl. Woch. 1929. Nr. 8).

Aronsohn stosuje w leczeniu otyłości przetwór solutin, którego części składowe stanowią: jod, terpentyna i cebula (scilla maritima). Przetworu tego używa się w postaci oleju

lub maści, które się wciera w skórę 1 — 2 razy dziennie. Podrażnienia skóry nie zauważono.

(M. m. Woch. 1929. Nr. 8).

Vasano. kombinacja przetworu kamforowego hyoscyaminy i skopolaminy, stosowana z powodzeniem przeciwko chorobie morskiej, okazała się środkiem, ratującym życie w przypadkach rozległych, ciężkich oparzeń, nawet 3 stopnia, Schreiner podaje

4 takie spostrzeżenia. Zastrzyknięcie jednej ampułki *Vasano* sprowadza wybitne uspokojenie i sen. Uśmierza ból i przerywa wymioty. Najwyższa dawka, zastosowana w ciągu kilku godzin wynosiła 4 ampułki, t. j. 1 miligr. alkaloidu. Zwykle wystarcza 1 — 1½ — 2 ampułek. W żadnym ze spostrzeganych przypadków nie zanotowano ujemnego wpływu na tętno i oddech.

(Med. Klin. 1929. Nr. 18).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

101 posiedzenie z dn. 12 II 1929 r.

(Dokończenie—p. Nr. 20).

3) Odczyt:

J. Luxenburg, M. Płoński, I. Dworecki, B. Chorażycki — *Przypadki ciężkiej posocznicy w następstwie anginy*.

A) Luxenburg podaje 3 przypadki, spostrzegane na oddziale w szpitalu na Czystem. M. C. 11 lat, dziewczynka, zachorowała na bicie serca, bóle w kolanach i kiści prawej. Gardło nie bolało. Leżała 12 dni, potem znacznie osłabiona; w 10 dni później pogorszenie: duszność, gorączka—przybyła na oddz. VI szpitala na Czystem w stanie b. ciężkim. Migdał prawy nieznacznie powiększony; gardziel biała. *Endo-et pericarditis. Bronchitis diffusa*. Śledziona i wątroba powiększone. We krwi 9000 l. z neutrofilozą 80%, co - 0. W moczu ślad białka. R o z p o z n. *endocarditis septica* prawdopodobnie pochodzenia migdałkowego. Nazajutrz śmierć.

L. K. 13-o letnia dziewczynka dostała nagle mocnych dreszczy, 38°, bólu gardła, głowy, nóg. Taki stan trwa od 10 dni, t° - do 41°. Od 3-ch dni wymioty. Wykic z lewego ucha. Na oddział przybyła z żółtaczką. Gruczoły szyjne zwłaszcza lewe powiększone; lewa połowa szyi nieco uwypuklona, bolesna aż do karku. *Otitis media pur. chr. sin.* Gardziel i migdały silnie zaczerwienione. Serce i płuca bez zmian. Śledziona macalna na 2½ palca, wątroba—tuż pod łukiem. Krew: leuk. 7500, neutr. 80%, co — 1%, posiew ujemny. W moczu ślad białka, bilirubina. Rozpozn. posocznica po anginie. Na 7-y dzień śmierć.

P. M. 18-o letni chłopiec dostał nagle 40°, ból głowy, wymioty, na trzeci dzień ból gardła, sztywność karku. W takim stanie przybył na 10-ty dzień choroby na oddział. Gardziel czerwona, prawy migdał powiększony, z licznymi czopami. Gruczoły podszczękowe — macalne. Badanie laryngologiczne — brak zmian. Nakłucie łądżwiowe — płyn przezroczysty, chemicznie i morfolog. — bez zmian. Lekki oczopląs. W narządach klatki piersiowej i brzusznych brak zmian. Krew — leukoc. 11000, neutr. — 80%, co — 0. Rozpozn. posocznica po anginie. Po 2 dniach śmierć.

We wszystkich tych trzech przypadkach pozornie mało zmienione migdały wykazały na sekcji w I przyp. — nacieki zapalne, w II — przewlekłą sprawę ropną i stąd zakrzepowe zapalenie żyły jarzmowej, w III — zapalenie migdałka i ropień pozamigdałkowy.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń referent dowodzi, że znaczną liczbę przypadków posocznicy „kryptogenetycznej” stanowią następstwa nierozpoznanej albo zbyt późno rozpoznanej anginy. Migdały bywają często pomijane podczas badania albo badane niedostatecznie i nieumiejętnie. Później małe zmiany kliniczne w migdałkach nie wykluczają zmian głębokich, a nawet ropni. Stąd następstwa groźne dla życia, o ile pomoc późno zostaje podana (*thrombophlebitis v. facialis post. et venae jugularis*), albo też dłużej trwające zmiany na błonach surowiczych i w różnych ważnych narządach.

W pierwszym przypadku L. jest za podwiązaniem żył i usunięciem migdałków, a w przypadkach nawrotów anginy i chociażby słabych objawów posocznicy — za usuwaniem migdałków.

Obraz kliniczny zająć żył (bolesność wzdłuż przebiegu, wczesne dreszcze, często dodatni wynik posiewu krwi) nawet przy nieznacznych pozornie zmianach w migdałkach jest dostatecznym wskazaniem do interwencji. L. powołuje się na przy-

padki w literaturze (Claus, Schlittler, Lenharz i in.) i przypadki własne, które są w obserwacji.

B) Płoński.

3 przypadki omawiane reprezentują główne możliwości następstw ciężkich zapalenia migdałków. W jednym przypadku było: *Tonsillitis parenchymatosa et ulcerosa*. Migdały były duże, miękkie, o powierzchni dość równej; w górnym biegunie prawego migdałka powierzchowny ubytek. Mikroskopowo — znaczny przerost tkanki limfatycznej, nabłonek rozluźniony z wysiękiem, tkanka limfatyczna obrzęknięta, miejscami pod nabłonkiem nacieki z leukocytów. W jednym miejscu głęboki ubytek w nabłonku. W tym przypadku sprawa posuwała się drogami chłonnymi, dając ogólną posocznicę z zapaleniem wśierdzia.

W drugim przypadku było: *Tonsillitis chronica purulenta*. Migdały były małe, płaskie, o powierzchni wyjedzonej, nierównej. W mięszu drobne ropnie. Mikroskopowo — zanik tkanki limfatycznej, rozrost tkanki łącznej, zakrzepy w małych żyłach. Tu sprawa szła przez żyły, dając wreszcie zakrzep żyły jarzmowej.

Wreszcie w trzecim przypadku było: *Tonsillitis phlegmonosa et abscessus peritonsillaris*. Migdały były małe, o powierzchni nierównej z ubytkami; prawy nieco większy zawierał u podstawy ropień wielkości ziarna grochu, drażący głęboko aż do przetrzeni przygardzielowej. Mikroskopowo — mierny rozrost tkanki łącznej, tkanka limfatyczna zachowana: obfite nacieki i martwica u podstawy. Tu sprawa szła „per continuitatem”.

Widzimy więc, że niezależnie od głębokości i stopnia nasilenia sprawy, toczącej się w migdałkach, grozi niebezpieczeństwo ciężkich jej następstw. Stąd właśnie wynikają trudności klasyfikacyjne zapalenia migdałkowych, szczególnie, jeżeli idzie o ich rokowanie. Należy pamiętać iż istnieje cały szereg warunków anatomiczno - fizjologicznych, specjalnie ułatwiających powstawanie spraw zapalnych w migdałkach z ich następstwami, a mianowicie.

1) ścisły stosunek pomiędzy nabłonkiem jamy ustnej a wrażliwą, bądź co bądź, tkanką limfatyczną,

2) obecność krypt,

3) brak w kryptach przewodów wyprowadzających gruczołów śluzowych,

4) istnienie li tylko dróg chłonnych odprowadzających, a więc kierunek dośrodkowy limfy z migdałków.

Co się dotyczy czynności migdałków, to żadna z dotychczasowych teorii nie okazała się słuszną. Można im tylko przypisać tę samą rolę, jaką przypisujemy wszelkim ogniskom limfatycznym, a więc funkcję wchłaniania i ew. przeróbki różnych substancji.

C) Dworecki, omawiając florę bakt. nalotu z gardzieli w anginie zaznacza, że ustalenie właściwego zarazka ostrej anginy — poza przypadkami błonicy i ang. *Plaut-Vincenti* nie jest rzeczą łatwą. Za najbardziej miarodajną w tym względzie należy uważać wyraźną przewagę jakiegoś gatunku drobnoustrojowego w bezpośrednim rozmazie wydzielin. Przytem paciorkowce nie zajmują wyłącznego stanowiska w etiologii angin, jakoteż wyhodowanie *strept. haemolyticus* z gardzieli nie posiada większego znaczenia klinicznego. Powikłania poanginowe są skutkiem bakteriemii która — w anginie — jest najprawdopodobniej objawem bardzo częstym. Różne zejście tej bakteriemii (brak następstw, umiejscowione zapalenia o najrozmaitszej lokalizacji, posocznica) zależne jest — poza czynnikami endogennymi — od niejednakowej zjadliwości zarazka. W jednym z omawianych przypadków Luxenburga D. wyhodował *enterococcus haemolyticus* o wybitnej zjadliwości zarówno dla człowieka (ciężka posocznica z zejściem śmiertelnym), jak i dla zwierząt laborat. (mysz, królik).

D) Chrażycki.

Ciężkie powikłania po anginie należą do kategorii t. zw. chorób septycznych. Pod sepsą rozumiemy ogólny stan chorobowy, w którym z pewnego ogniska ciągle albo w pewnych odstępach czasu przedostaje się materiał infekcyjny do krwiobiegu. Jako ulubione miejsca takich ognisk są już dawno znane przydatki macicy, wyrostek robaczkowy, jamy boczne nosa, pęcherzyk żółciowy. Na pierwszym jednak miejscu stoją niewątpliwie migdałki podniebienne, około których w ciągu ostatnich 20 lat utworzyła się najbogatsza literatura. Dla ścisłości muszę jeszcze wymienić sprawy zębowe, które również mają już obszerną literaturę i stoją poniekąd w związku ze sprawą migdałkową.

Nie mogę się tutaj rozwodzić nad anatomją i fizyologją migdałków. O tem słuchacze znajdują szczegółowe dane w moich pracach w Przeglądzie Oto-laryngol. i w Czasopis. Lekarskim. Nadmienię tylko, że migdałki są odcinkami błony śluzowej gardzieli, usianym grudekami chłonnymi, otoczonemi tkanką limfatyczną, na modłę blaszek Peyera. Z tą tylko różnicą, że w migdałku błona śluzowa jest ułożona w postaci harmoniji i wtłoczona w ciasne granice niszy migdałkowej między łukami podniebniennymi. W ten sposób tworzą się dla migdałków specjalne warunki topograficzne i mechaniczne, które, podług mnie, dotychczas nie zostały jeszcze w dostatecznym stopniu ocenione w odpowiedniej literaturze.

Znaczenie doniosłego odkrycia Stoehra, znane pod mianem „prądu limfocytów“, zostało mocno przesadzone. Dotychczas jednak trudno sobie zdać sprawę, w którą stronę idą limfocyty, przepełniające wielowarstwowy nabłonek dołeczków migdałkowych, i wszelkie teorie, mające za podstawę wzmiankowany prąd limfocytów — czy to teoria obronna Briegera (Abwehrtheorie), czy to teoria wrót otwartych — nie mają żadnego znaczenia praktycznego. Ważniejsze jest to, że migdałek często jest schowany w swej niszy i zamknięty przez fałd trójkątny, tak, że lekarz go wcale nie widzi. Trzeba go specjalnie wywrócić mniej więcej tak, jak się bada gałkę oczną, odsuwając i wywracając powieki. Wtedy się widzi, że migdałek może wypełniać podniebienie miękkie, i zawartość jego dołków nie może się swobodnie wydzielać w stronę mezofaryngealną czyli do gardzieli.

Wiadomem jest, że migdałek jest do pewnego czasu narządem, na którym się odbijają wszelkie stany infekcyjne naszego organizmu. We wszelkich chorobach zakaźnych widzimy t. zw. anginy swoiste, więc w durze, szkarlatynie, odrze, róży i t. d. Nadchodzi jednak moment, kiedy migdałek może nabierać własności szkodliwych, przestaje być wskaźnikiem zakażenia organizmu i zaczyna sam być źródłem ogólnej choroby septycznej. Ten moment może nastąpić dość wcześnie. Widziałem już 3—4 letnie dzieci, u których gilotynowanie i rozkwalanie migdałków nie odnosiły skutków i dopiero najskrupulatniej ze wyłuszczenie ich usuwało stany gorączkowe i ogólnosptyczne.

Stosunkowo rzadko się zdarza, żeby już po pierwszej anginie nastąpiło poważne powikłanie ogólne czy nawet miejscowe. Chory musi przejść kilkakrotną anginę, pewna akumulacja czynników szkodliwych musi mieć miejsce, żeby zakażenie przekroczyło granicę migdałka. Często powtarzające się zapalenia migdałków niewątpliwie zostawiają w nich zmiany, które klinicznie wyrażają się w stałej gotowości do stanów zapalnych, anatomo-patologicznie zaś w szeregu ognisk ropnych różnej wielkości i różnej lokalizacji. Odróżniamy ropy follikularne (*abs. folliculares*), powstałe wskutek zropienia grudek chłonnych, ropy okołozatokowe (*abs. perilacun.*), otaczające dno dołeczka czyli krypty, i wreszcie ropy podotoczkowe (*abs. subcapsulares*), znajdujące się już na granicy tkanki migdałkowej, ale jeszcze wewnątrz otoczki. Te ostatnie mogą przy pewnym obostrzeniu stanu zapalnego przerwać otoczkę i dać powikłanie w tkance luźnej okołomigdałkowej w postaci ropnia okołomigdałkowego, który zwykle nie przekracza zwieracza gardzieli (*musc. constr. pharyng.*). Po tamtej stronie zwieracza znajduje się t. zw. *spatium parapharyngeum*, wypełnione luźną tkanką łączną i podzielone na dwie części przez czołowo położony listek powięzi gardłowej i mięsień rylcowo-gardłowy (*m. stylopharyngeus*). Przedostanie się zakażenia do tego *spatium parapharyngeum* może mieć następstwa wprost fatalne, bo tylnej jego części leżą duże naczynia krwionośne (*art. carotis. v. jugularis int.*), których nadżarcie może dać śmiertelne krwotoki, w przedniej zaś części, t. j. między *m. constr. phar.* i *plyng. internus*, leży spłot żylny (*plexus pter.*), dochodzący do *foramen ovale*, tak, że zakażenie może się szerzyć wzdłuż niego do góry, przedostać się do *cavum cranii* i dać zakrzepowe zapalenie zatoki jamistej.

Najczęściej jednak zakażenie, wychodzące z migdałków, szerzą się zupełnie inną drogą, a mianowicie: zapalenie zakrzepowe drobnych żył migdałkowych postępuje w kierunku ogólnym wzdłuż żył twarzowych i obejmuje nareszcie żyłę twa-

rzową wspólną i żyłę jarzmową wewnętrzną. Ostatnia może być zaatakowana na całej linii przyczem zakażenie może iść w kierunku wstecznym do góry i przejść przez *foramen jugulare* do jamy czaszkowej, atakując zatokę esowatą i poprzeczną. Zapalenie zakrzepowe tej ostatniej nie jest połączone z takim niebezpieczeństwem, jak zapalenie zatoki jamistej. To też są już ogłoszone przypadki, wyleczone za pomocą bardzo rozległych operacji przez Clausa, Reyeego i inn. Claus ogłosił już przed rokiem 28 przypadków, z których połowa została szczególnie zoperowana i wyleczona. Droga prywatną dowiaduję się, że od czasu ogłoszenia tej pracy zoperował jeszcze 9 przypadków z jeszcze większym powodzeniem. Wszystkie żyły zaatakowane zostają obnażone, podwiązane, wyrezekowane; tkanka luźna wzdłuż żył twarzowych zostaje sączkowana aż do łoża migdałkowego, a sam migdałek też zostaje wyluszczonej, jeżeli pozwala na to stan chorego. Jednocześnie zostają usunięte gruczoły chłonne, które zwykle tworzą jedną masę zropiałą przy ujściu żyły twarzowej do żyły jarzmowej. Zajęcie tych gruczołów może być zależne też od szerzenia się zakażenia od migdałków wzdłuż naczyń chłonnych drogą, wskazaną przez Goldmanna, mianowicie: najpierw zostaje zaatakowany gruczoł paratonsylarny w okolicy pozażuchwowej, następnie gruczoły między kością gnykową a chrząstką tarczową, wreszcie zaś wspomniane gruczoły przy ujściu żyły twarzowej do żyły jarzmowej, tak, że zajęcie tej ostatniej może się odbyć też z ominięciem drogi żyłnej.

W przypadkach Clausa poza zwykłymi objawami septycznymi występował twardy obrzęk pasmowy wzdłuż przedniego brzegu *musc. sternocleid.*, wskazujący na zajęcie żyły jarzmowej. W wywiadach zwykle nie brak anginy. Łagodnie przebiegające przypadki mogą przypominać t. zw. ropowicę twardą Reclus (Holzphlegmone). Wspomniany jednak obrzęk pasmowy obok objawów, wskazujących na przejście zakażenia do amy czaszkowej, nakazuje szybką interwencję chirurgiczną.

Zapobiegawczo nawet w przypadkach z mało wybitnymi objawami ogólnego zakażenia (gościec stawowy i mięśniowy, *nephritis, endocarditis* i t. d.) należy doszczętnie wyluszczyć migdałki, jeżeli związek choroby ze stanem tych ostatnich nie ulega wątpliwości. U osobników zdrowych higiena migdałków pokrywa się poniekąd z higieną zębów. Najlepszym środkiem hartowania dzieci i ochronienia ich przed anginami jest mycie zimną wodą twarzy, szyi i klatki piersiowej zrana przed wyjściem do szkoły.

Sekretarz J. Merenlender.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Przypadek prosówki kłowej płuc spostrzegali Gaté, Dechaume i Gardère (pos. tow. lek. szpif. parysk. w maju). Chory 40-letni miał stałą i bardzo wybitną sinicę, poprzedzoną krwioopluciami, bardzo wysoką ciepłotę. Badanie pośmiertne wykazało prosówkę, którą można było wziąć za gruźlicę. Badanie drobnowidzowe przekonało, że miano do czynienia z drobnymi kilkakami, że nie znalezione ani budowy gruźliczej, ani prątków Kocha. Poza tem wykryto obecność rozszerzeń oskrzeli i kilaki w wątrobie i śledzionie. Przez analogię z pierwszym raz opisanym przez Fadrea i Contamina w r. 1928 lekarze wyżej wymienieni gotowi są uznać swój przypadek za prosówkę kłową. (Pr. med. 1929 N. 37)

Trzy przypadki erytemii (choroby Vaqueza¹, skutecznie leczone chlorkiem fenilhydrazyny, spostrzegali Vaquez i Mouquin (Akad. lek. maj). Jeden z tych przypadków był uprzednio bez skutku leczony naświetlaniem. Przetwórn powyższy podawano doustnie, rozpoczynając od dawki 0,1 i powoli zwiększając dawkę do 0,15 — 0,25. Po osiągnięciu tej dawki i powtarzaniu jej przez kilka dni można stwierdzić stopniowy spadek liczby krążków czerwonych i wzrost szybki liczby ciałek białych. Zazwyczaj po upływie dni 15-stu od chwili osiągnięcia właściwej dawki krew staje się normalną; leczenia wówczas nie należy przerywać zupełnie, lecz prowadzić z pewnymi przerwami. Można tą drogą uzyskać wyleczenie, które trwa już w jednym przypadku rok. Poza lekką żółtaczką leczenie nie powoduje skutków niepożądanych. Mimo to leczenie należy przeprowadzać ostrożnie. W chwili obecnej jest to najlepszy sposób leczenia erytemii. (Pr. med. 1929. Nr. 49).

Dargein i Germain na majowym posiedzeniu Tow. Lek. Szpitaln. w Paryżu mówili o rzadszych powikłaniach grypy, cytując 2 przypadki zapalenia stawu barkowego i 1 przypadek zapalenia jądra i przyjądrza.

Flandin, Marchali i Langlois na tem samym posiedzeniu omawiali 3 przypadki zimnicy, rozchudzonej pod wpływem grypy. (Pr. med. 1929 Nr. 39).

Z j a z d y.

VI-y Międzynarodowy Zjazd Przeciwegrężliczy w Rzymie.

(Dokończenie — p. Nr. 19 i 20).

Trzeci wykład publiczny wyłosił prof. L. Brauer z Hamburga O chirurgji suchot płucnych. Mówca podkreśla, że wszystkie metody leczenia chirurgicznego grężlicy płuc polegają na uciśnięciu płuca chorego, sprawa zaś otwierania jam grężliczych ma bardzo podrzędne znaczenie. Autor pokrótce omawia znaczenie zupełnej odmy, częściowej odmy, obustronnej torakoplastyki, plombowania płuc, frenikotomji, torakokaustyki; szerzej zatrzymuje się nad znaczeniem unieruchomienia i uciśnięcia chorego płuca, omawiając wyniki mechaniczne i fizjologiczne. Rozpatruje różne postaci torakoplastyki (opłucnową i pozaczopnową częściową lub szeroką); podaje szczegóły techniczne torakoplastyki, sposoby znieczulania, leczenie pooperacyjne, o isjje spiografję podług Anthony'ego. niezbędną do określenia objętości płuca w czasie leczenia uciskowego. Niezmiernie ciekawy i pouczający swój odczyt prof. Brauer ilustrował licznymi przezroczami, wielkimi transparentami filmowymi, tablicami i odlewami.

Poza streszczoną powyżej naukową stroną Zjazdu czas pobytu w Rzymie był wypełniony i innymi czynnościami, związanymi ze Zjazdem, jak zwiedzaniem wystawy grężliczej, urzędzeń przeciwegrężliczych, wreszcie zebraniemi towarzyskimi i przyjęciami.

Wielka wystawa międzynarodowa przeciwegrężlicza rozmieszczona była w tym samym Palazzo dell'Esposizione, w którym odbywały się posiedzenia Zjazdu. Wystawa obeślana została przedewszystkiem przez Włochów, widzieliśmy tu na licznych mapach, tablicach, fotografiach, wykresach i t. p. szeroką działalność przeciwegrężliczą, rozwiniętą przez wielkie instytucje publiczne, jak Dyrekcja Generalna Służby zdrowia, Fundacja narodowa dla inwalidów wojennych, Sanatorium Wojskowe w Anzio, Kasa Narodowa Ubezpieczeń Społecznych, Dyrekcja Generalna Domów poprawy, Czerwony Krzyż, Fundacja Narodowa Opieki nad matką i dzieckiem. Bogate pawilony wystawiły wielkie miasta włoskie, jak Rzym, Neapol, Turyn, Medjolan, Florencja, Brescia. Niemniej pouczająco przedstawia się działalność licznych instytucji dobroczynnych oraz Zjednoczeń przeciwegrężliczych prowincjonalnych (w liczbie 20); znalazły się też urzędzenia przeciwegrężlicze Generalnego związku Faszystowskiego przemysłowego, wreszcie licznych instytucji i zakładów prywatnych. Dział Włoski pod każdym względem imponował i przyciągał działy innych państw, z których znów niewątpliwie na pierwszy plan wybiła się Polska.

Pawilon Polski, umieszczony w dobrym miejscu i doskonale zorganizowany przez Polski Związek Przeciwegrężliczy i jego energiczną wysłanniczkę panią Mirę Kaszynową już zdaleka zwracał uwagę bardzo pomyslową mapą plastyczną Polski z przedstawieniem rozwoju w naszym kraju Towarzystw przeciwegrężliczych, przychodni, sanatoriów i szpitali dla grężliczych w 3 okresach: 1920, 1925 i 1928 lat; na mapie tej różnokolorowymi lampkami elektrycznymi oświetlone były różne instytucje w tych okresach. Liczne modele ośrodków zdrowia, fotografie i piękne przezroczka sanatoriów polskich, liczne mapy, wykresy, wydawnictwa — wszystko to, bardzo gustownie rozmieszczone, wywołało prawdziwe uznanie i podziw zarówno ze strony urzędowych sfer włoskich, jak licznie zwiedzających wystawę Włochów i cudzoziemców. Po za Polską eksponaty wystawiły następujące Państwa: Francja, Szwajcaria, Hiszpanja, Czechosłowacja, Monako, Finlandja, Norwegja, Holandia, Brazylja oraz Liga Czerwonych Krzyży, Czerwony Krzyż Amerykański i Japoński. Przez cały czas trwania wystawy wyświetlany był film, przedstwiający najwybitniejsze instytucje przeciwegrężlicze w Polsce.

Przyjęcie oficjalne dla wszystkich uczestników Zjazdu wydane było przez przewodniczącego — prof. Paolucciego w Hotelu Excelsior, dla delegatów oficjalnych w Castello dei Cesari na Palatynie; tutaj przemawiali przedstawiciele 5 głównych narodów (Francja, Hiszpanja, Polska, Anglja i Niemcy). W imieniu polskich uczestników wygłosił mowę po francusku płk. dr. Rudzki, podkreślając znaczenie Wiecznego Miasta w kulturze ogólnowświatowej.

Zwiedzanie instytucji i miejscowości najwybitniejszych danego kraju stanowi zwykle największą atrakcję Zjazdów Międzynarodowych.

Włosi dali uczestnikom ulgowe bilety na podróż po całym kraju w ciągu 6 tygodni. Każdy tedy zwiedzał przed zjazdem to, co go najwięcej interesowało. W czasie zaś samego zjazdu zorganizowane były pokazy urzędzeń przeciwegrężliczych w Rzymie i najbliższej okolicy; a więc pokazano nam Centrum profilaktyki przeciwegrężliczej Gubernatorstwa Rzymskiego z bardzo ciekawymi wykresami, fotografiami i kartotekami wszystkich rodzin, znajdujących się pod opieką przychodni; wzorową Centralną przychodnię przeciwegrężliczą; Instytut Klimatyczny Włoskiego Czerwonego Krzyża im. Cesare Battisti w odległości 4 km. za Rzymem, będący sanatorium dla dorosłych i dzieci; prewentyrium Emilio Maraini Wł. Czerw. Krzyża; wreszcie Kolonie pracy Kasy Ubezpieczeń Społecznych za Porta Furba.

Poza Rzymem zwiedzono Sanatorium wojskowe w Anzio, przeznaczone dla żołnierzy służby czynnej i dla inwalidów wojennych i doskonale prosperujące pod kierunkiem kpt. dra Bocchetti'ego, oraz Szpital morski Vittorio Emanuele III w Ostii.

Z Rzymu uczestnicy Zjazdu udali się 28.IX specjalnym pociągiem do Medjolanu, gdzie Prezydent faszystowskiego Związku przemysłowego Benni wygłosił w pałacu Sforzów odczyt o organizacji przeciwegrężliczej w zakładach przemysłowych medio'ańskich, poczem zwiedziliśmy fabrykę magnesów Morellego w samym Medjolanie i różne urzędzenia w Legnano. W wielkiem tem centrum przemysłowem oglądaliśmy przedziałnię Cantoni, zatrudniającą 10 tysięcy robotników i Sanatorium Elena di Savoia na 120 łóżek, założone i utrzymywane wspólnie przez przemysłowców i robotników, Sanatorium to wzorowo urządzone, pozostaje pod kierunkiem prof. Redaelli, który demonstrował nam na ekranie wszystkie szczegóły administracyjne oraz zabiegi operacyjne, wykonywane w sanatorium.

Gmina i prowincja medjolańskie posiadają naogół 10 sanatoriów i szpitali dla grężliczych; największy z nich jest Szpital — Sanatorium Vittorio Emanuele III w Garbagnate, posiadający 228 łóżek dla chorych grężliczych. Pierwszorzędnym ten zakład, będący pod kierunkiem prof. Ronzani, wydał na cześć Zjazdu piękną książkę pamiątkową, zawierającą 42 prace naukowe z dziedziny grężlicy i świadczącą bardzo chwalębnie o działalności miejscowych lekarzy.

W Medjolanie zakończyła się oficjalna część Zjazdu, poczem, odbyła się najciekawsza wycieczka po Sanatoriach okręgów Valtellina, Alto Adige i Trentino. W wycieczce brało udział 315 osób, w tej liczbie 67 uczestników z Polski; równie licznie reprezentowani byli Czesi tak, że Słowianie naogół stanowili prawie połowę członków wycieczki.

Wśród Polaków byli między innymi z Warszawy doktorostwo Sterling-Okuniewscy z córeczką (cieszącą się powszechną sympatią Zjazdu „najmłodszą kongresistką”), dr. Martyszewscy, dr. Dąbrowscy, dr. Rudzki, mniejsze grupy z Poznania, z drem Górskim na czele i ze Lwowa; szereg lekarzy; wreszcie grupa pielęgniarek (panie Nagórska i Zmudzka z Warszawy oraz niezmordowane i wyróżniające się zapałem i energją w zwiedzaniu Panie Dąbska i Mańkowska ze Lwowa).

Podróż naukową rozpoczęliśmy 30-ego rano z Medjolanu koleją wzdłuż jezior Lecco i Como do Sandrio (298 m. ponad poziomem morza), a stąd pieliśmy się autokarami do sanatorium ludowego im Umberto I w Prasomaso (1250 m.). Sanatorium to, należące do gminy medjolańskiej, posiada 178 łóżek dla dorosłych i rozpoczęty pawilon dla dzieci na 40 łóżek, pomysłany jako sanatorium — szkoła. Sanatorium to ma trudny dostęp, lecz warunki klimatyczne posiada bardzo dobre i urządzone jest zupełnie celowo.

Z Prasomaso przez Tirano udaliśmy się samochodami do Sondalo, ponad którem znajduje się najstarsze sanatorium włoskie dla chorych piersiowych L'Abetina (1100 m.) od początku będące pod dyktando dr. Zubiani. Sanatorium obliczone na 150 chorych, jest wzorowo urządzone i doskonale prowadzone. Zasluguje ono na poparcie ze strony lekarzy nie tylko włoskich, lecz i obcokrajowych, pragnących umieścić chorych w klimacie górskim na południu. Powyżej Abetiny jest mniejsze sanatorium Pinetti Sortenna. Z Abetiny udaliśmy się do Bormio (1340 m.) stacji kąpielowej z wysoce radioaktywnymi źródłami; piękny ten zakład nie przyjmuje chorych piersiowych. Po przenocowaniu w Grand Hotel Bageni Nuovi wczesnym rankiem 1 października wyruszyliśmy z Bormio w góry autokarami i odbyliśmy jedną z najpiękniejszych w Europie wycieczek turystycznych, przejazd przez słynną przełęcz Stelvio (2760 m.) gdzie wspieliśmy się serpentynami w krainę wiecznych śniegów i po przebyciu około 50 km, górskiej drogi zjechaliliśmy w pokrytą owo-

cam i winogronami cudną dolinę Meranu. Na zwiedzanie Meranu poświęciliśmy 2 dni. Kilku nas polaków umieszczonych zostało w Sanatorium Stefania należącym do rodaka naszego dra Bindera. Sanatorium to, przeznaczone dla chorych nerwowych i wewnętrznych z wyłączeniem chorób płuc, jest jednym z najlepszych w Europie zakładów leczniczych pod względem komfortu, żywienia i urządzeń lekarskich.

Poza pięknym zakładem dra Bindera zwiedzaliśmy jedynie, jak obecnie, w Meranie Sanatorium dla piersiowo chorych Ungaria, mieszczące się w 3 niewielkich pawilonach o ogólnej pojemności 56 łóżek, z których zaledwo jeden pawilon przeznaczony jest dla gruźlicy. Sanatorium tem zarządza dr. Gara, asystentką zaś jest córka dra Szontagha, znanego dyrektora sanatorium w Smokowcu czeskosłowackim.

Zaznaczyć należy, że lekarze merańscy i władze włoskie starają się naogół ograniczyć dopływ gruźliczych do Meranu.

Na posiedzeniu naukowym, urządzonym dla kongresistów, szereg lekarzy merańskich (dr. Solla, dr. Gara dr. Schmidt, dr. Matscher) wygłosili odczyty, w których zalecano klimat miejscowy, jako „łagodny i orzeźwiający” nadający się dla ozdrowieńców po różnych ciężkich chorobach, dla neurasteników, chorych wewnętrznych, ale nie dla gruźliczych lub co najwyżej, dla chorych z początkowymi okresami gruźlicy.

Prąd ten przeciwstawiający się tak rozpowszechnianemu uznawaniu Meranu za stację klimatyczną par excellence gruźliczą, rozpoczął się jeszcze przed wojną, obecnie zaś panuje wszechwładnie w Meranie. Natomiast w planach miejscowych czynników decydujących jest urządzić szereg zakładów dla gruźliczych w górach prowincji Bolzano ponad Meranem i Bolzano (górskie obszary Avelengo, Giogo di San Vigilio, Valteina, Renon, a zwłaszcza Plancios koło Bressanone).

Po 2 dniowym pobycie w Meranie, — 3 października udaliśmy się wszyscy do Bolzano, będącego obecnie stolicą prowincji zdobytej przez Włochów w czasie wojny światowej. Tu organizatorzy Zjazdu w imieniu VI Kongresu złożyli wieniec na grobie nieznanego żołnierza. Pomnik wspaniały, wystawiony przez Włochów dla uczczenia poległych swych żołnierzy, ma charakterystyczny napis, głoszący, iż to, co zdobyli oni orężem, utrwalone będzie „*litteris, artibus et lingua*”.

Po krótkim zwiedzaniu Bolzano, autokary odwiozły nas na drugi brzeg Adygi do Gries. Znana ta dawniej stacja klimatyczna dla gruźliczych obecnie również zmieniła swój charakter. Jedynie od dwudziestu kilku lat istniejące tam sanatorium dra Malferera zamienione zostało na Kurpension Savoy, które ciężiej chorych piersiowych nie przyjmuje; „Sanatorium” Grieserhof, do którego nas zawieziono, przeznaczone jest dla różnych cierpień, nie wyłączając ocznych, natomiast gruźlicę nie przyjmuje wcale.

Z Gries część wycieczkowiczów udała się do Bressanone, część w Dolomity. W Bressanone (561 m.), dawnym Brizen, jest zakład leczniczy miejski zbudowany przed samą wojną, na 200 chorych; przyjmowani tu są wśród innych chorych również lekko chorzy piersiowi. W Dolomitach oglądaliśmy przepiękną Córza al Lago (1670 m) położoną u samych stóp Rosengarten. Wspaniały Grand Hôtel Carezza, otwarty przez lato, daje wszelkie warunki dla potrzebujących wypoczynku i leczenia powietrzem w górach. Po powrocie z tych wycieczek wszyscy uczestnicy udali się do Arco, gdzie 3 go wieczorem odbyła się pożegnalna uczta w salonach Kasyna. Tu w imieniu polskiej grupy przemówił dr. Dąbrowski, dziękując Włochom za gościnność i podnosząc zasługi

Włoskich uczonych na polu fizjologii. Ostatni dzień wycieczki 4 października poświęcony był zwiedzaniu Arco i jeziora Garda.

Arco (91 m.) jest najcieplejsza i najbardziej zasłonięta od wiatrów stacja klimatyczna w południowych Alpach. Jednocześnie jest to jedyna obecnie miejscowość na południu Włoch, posiadająca dobre sanatoria dla gruźliczych. Góruje nad wszystkimi sanatorium San Pancrazio dra Sartori. Z innych sanatoriów zwiedzaliśmy: Villa Europa (dyrektor prof. Arrigoni z Padwy, który miał wykład o spaceniu odmy sztucznej wbrew przepisom Forlaniniego), Quisisana, niewielkie prywatne sanatorium dr. Tappainera oraz będące również pod jego kierunkiem Sanatorium Krajowe im. Vittorio Emanuele. Poza tem Arco posiada liczne pensjonaty i hotele, przystosowane do użytku chorych jak Hotel Strasser, Monte Baldo, delle Rose i inne.

Od Arco ciągnie się aż do jeziora Garda łagodna płaszczyna, pokryta winnicami, gajami oliwnymi, drzewami figowymi, morwowymi i migdałowymi. Doliną tą udaliśmy się do Rivy, stąd zaś specjalnym statkiem przepłynęliśmy całe jezioro Garda (60 m. nad poziomem morza).

Cudne to jezioro, jedno z najpiękniejszych w Europie, z powodu pochmurnej pogody nie miało tym razem swej zwykłej ciemno-granatowej barwy. Ze stacji klimatycznych, będących nad jeziorem, nie zwiedziliśmy najbardziej znanej Gardone Riviera, lecz zatrzymaliśmy się w obok leżącym Fasano, gdzie oglądaliśmy wspaniały Grand Hôtel, niewiele ustępujący słynnemu Grand Hôtelowi z Gardone Rivieri, oraz Villa delle Rose (Prima Pensione Sanitaria del Garda); jest to zapoczątkowanie zakładu leczniczego na 50 łóżek dla lekko chorych, w tej liczbie płucnych.

W drugim końcu jeziora obok Desenzano zwiedziliśmy wspaniały zakład do leczenia słońcem — „Clinica Elioterapica” dra Magrassi. Jest to pierwszy we Włoszech zakład helioterapeutyczny zbudowany w 1915 r. i prawidłowo funkcjonujący od 1919 r. Przeznaczony on jest przede wszystkim dla gruźlicy chirurgicznej oraz dla gruźlicy błon surowiczych, przyjmowane są również chore z cierpieniami kobiecimi. Zakład posiada 50 łóżek i obszerne otwarte werandy, otaczające klinikę ze wszystkich stron. Pod względem urządzeń nie ustępuje on pierwszorzędnym zakładom szwajcarskim i francuskim.

Na pięknym tym zakładzie zakończyliśmy naszą wycieczkę naukową po sanatoriach włoskich.

Porównyując stan obecny z dawniej widzianymi we Włoszech instytucjami leczniczymi, stwierdzić możemy niewątpliwie wielki postęp na polu walki z gruźlicą. Walka ta wysuwa się co raz to więcej na jedno z najpierwszych zadań Państwa Włoskiego.

Włochy posiadają obecnie dla gruźlicy 4338 prewentoriów, 182 przychodnie, 1610 łóżek w sanatoriach ludowych i prywatnych, 7819 — w szpitalach i oddziałach szpitalnych, 5950 — w szpitalach morskich i szpitalach dla gruźlicy miejscowej, 800 łóżek w lecznicach prywatnych, wreszcie 390 w domach ozdrowieńców Kas Ubezpieczeniowych społecznych — razem 16570 łóżek dla chorych gruźliczych.

Zjazd Rzymski udowodnił raz jeszcze wielką celowość i pożytek międzynarodowych kongresów przeciwgruźliczych i zrobił na wszystkich uczestnikach jaknajlepsze wrażenie, a niewątpliwie pozostawi długotrwałe i najmilsze wspomnienia.

Dr. Stefan Rudzki (Warszawa).

Krytyka lekarska.

Genjusz twórczy, a medycyna.

Man muss das Wahre immer wiederholen, weil auch der Irrtum um uns her immer wieder gepredigt wird ..

Goethe

Kiedy rzuca się okiem na niezwykle rozmach techniki i wiedzy, dokonany w ostatnich latach, pomimo woli nasuwa się pytanie, co w tym samym okresie genjusz ludzki dokonał w kierunku wiedzy lekarskiej?

Jest to pytanie zupełnie naturalne, albowiem medycyna jest bliższa najżywotniejszych interesów

ludzkości, niż nawet najgenialniejsze wynalazki praktyczne.

Ludzkość umiała ujarzmić olbrzymie potęgę natury, uczyniła z czasu i przestrzeni igraszki swej woli. Czy przyczyniła się ona chociażby z przybliżonym skutkiem do opanowania swego największego wroga — choroby?

Czy umieliśmy zaimponować światu wynikiem swych zdobyczy na polu praktycznym?

Jeżeli mamy sądzić z nastrojów nazewnątrz, to, niestety, odpowiedź musi wypaść ujemnie.

Niepohamowany rozwój znachorstwa lat ostatnich, walczącego z nami nie bez powodzenia o pal-

mę uznania, jest smutnem świadectwem naszej bezsilności.

Świat lekarski lekceważy sobie to zjawisko, tłumacząc je brakiem kultury.

Lecz czemuż ta niska kultura wystarcza w zupełności do ocenienia doniosłości postępu w innych dziedzinach wiedzy?

Bądźmy przynajmniej względem siebie szczerzy!

Niezawodnie medycyna posuwa się szybkim krokiem naprzód. Praca nad jej udoskonaleniem wre bezustannie, ale czy tempo, w którym posuwa się ona, odpowiada chociażby w przybliżeniu zawrotnej szybkości postępu w innych dziedzinach?

Jeżeli rzucimy okiem na dotychczasowe kierunki w medycynie, które zmieniały się niemal, jak w kalejdoskopie, to, zaiste, trudno się oprzeć sceptycyzmowi.

Pozornie niewzruszone, granitowe brzegi, wśród których płynęła wiedza lekarska w różnych okresach, niestety, nie umiały się oprzeć naporowi nawet krótkiego czasu, i dziś, choć wiedza ta płynie nieprzerwanie naprzód, łożysko jej wciąż pozostaje kapryśne, nieopanowane.

Nie ulega wątpliwości, że w dziejach swoich medycyna miała piękne, imponujące momenty, lecz, czy te okresy naszego rozkwitu zawdzięczamy wyłącznie sobie?

Czy anatomja, histologja, klinika, a nawet terapia dosięgłyby dzisiejszego rozkwitu, gdyby fizyka i chemja nie dały epokowych wynalazków w postaci mikroskopu, Roentgena i radu?

W obronie przeciw zarzutom o zbyt wolnym postępie medycyny w kierunku praktycznym zazwyczaj chętnie posługujemy się, jako argumentem, niezwykłym rozkwitem naszej techniki chirurgicznej, zdobytej wyłącznie przez genjusz lekarski.

Jest to istotnie dziedzina, w której medycyna może się szczycić nieprzeciętnymi zdobyczami praktycznymi.

Chirurgja nie tylko podniosła znakomicie wyniki medycyny terapeutycznej, lecz również przez wprowadzenie „autopsji na żywym” przyczyniła się znacznie do rozwoju patologji i kliniki.

Ale chirurgja nie jest bynajmniej ideałem medycyny, której hasłem jest *restitutio ad integrum*.

Zachowanie życia kosztem usunięcia nawet zupełnie bezużytecznych organów jest zdobyczą doniosłą, ale pozostanie zawsze tylko paljatywem, środkiem tymczasowym, stojącym wysoko pod względem technicznym, lecz dalekim od ideału terapii racjonalnej. Zbyt szybki rozwój chirurgji kryje w sobie nawet pewne niebezpieczeństwo dla postępu medycyny w kierunku jej prawdziwego ideału.

Medycyna doby dzisiejszej, pomimo niezaprzeczonego postępu, niema właściwie jednolitego kierunku. Przeżywa ona do pewnego stopnia okres sceptycyzmu. Do tego wniosku uprawniają stosowane dziś chaotycznie metody lecznictwa, przypominające najróżniejsze okresy z dziejów medycyny od humoralizmu i wampiryzmu aż do nowoczesnego kierunku mechaniczno — materialistycznego.

I chaos ten panuje bynajmniej nie tylko w szeregach niedyscyplinowanych wyznawców sztuki lekarskiej, lecz również wśród tych, którzy umieli sobie zdobyć zaszczytne stanowisko w szeregach twórców medycyny.

Biera usiłują dziś zaliczyć do heretyków. Niestety, tak się rozprawia zawsze większość z tymi, którzy dla tych lub innych względów wyłamali się z ogólnych szeregów i mieli odwagę pójścia własną drogą.

Bier w ostatnich latach nie jest właściwie głosicielem nowych prawd. Odwaga jego polega na tem, że zdobył się na krytykę nowych kierunków i sięgnął znacznie wstecz do arsenału środków, przez długie lata nietylko wyszydzanych, lecz również potępianych.

Bier jest jeszcze umysłem zbyt logicznym, aby nad jego dziwactwami można było łatwo przejść do porządku dziennego.

Zresztą, czy jest on dziś jedynym głosicielem zarzuconych dawno kierunków? Czy cała nowocześnie organo-iseroterapia nie są zwrotem wstecznym w kierunku homeopatii? Zalecany przez Biera zabieg heroiczny w postaci przyżegań, tchnący prawdziwem średniowieczem, jest tylko dowodem panującego dziś w medycynie chaosu, krokiem rozpacz w szukaniu wyjścia z błędnego koła.

Czemu to się dzieje? Dlaczego sztuka lekarska, ta najwięcej obchodząca ludzkość dziedzina wiedzy, porusza się niepewnym krokiem naprzód? Chyba nie będziemy usiłowali bronić się tym banalnym argumentem, że natura wyjątkowo zazdrośnie broni dostępu do tej dziedziny swych tajemnic!

Trzeba szukać wytłumaczenia tego zjawiska na innych drogach, więcej realnych, więcej przemawiających do przekonania!

Jedną z najpoważniejszych przyczyn jest brak racjonalnej organizacji pracy lekarskiej, sprawa, którą wszyscy jednakowo wyczuwamy, a o której rzadko wspominamy publicznie.

Nie zestawiałem porównawczo liczby pracowników w zawodzie lekarskim z innymi zawodami. Przypuszczam, że nie będzie przesadą, jeżeli powiem, że liczebnie „wyznawcy medycyny” nie ustępują innym zawodom.

Jeżeli spojrzymy na rezultaty naszej pracy umysłowej, to nawet z pewną dumą możemy powiedzieć, że plony jej na polu literatury zawodowej może nawet znacznie przewyższają inne. Lecz, niestety, przewaga na tem polu jest tylko ilościowa...

Są dwa typy pracowników medycznych — tych, którzy pracują w pracowniach, oddanych wyłącznie wiedzy, i tych, którzy pracują na polu praktycznego zastosowania medycyny. Liczebnie pierwsi stanowią zaledwie drobny odsetek. Olbrzymia większość należy do grupy drugiej.

Niezależna nauka właściwie promieniuje tylko z tych pierwszych pracowni. Wśród pracowników drugiej kategorii to dążenie do czystej wiedzy jest hamowane całym szeregiem warunków natury materialistycznej.

Przedewszystkiem pracownie praktycznego zastosowania medycyny, czyli tak zwane kliniki i szpitale, powołane są w pierwszym rzędzie do niesienia pomocy doraźnej, a nie popierania nauki.

Z drugiej strony lekarze, pracujący w tych instytucjach, nawet uprawiając naukę, mają głównie na celu wybiecie się na terenie praktyki. Przejęci tą przewodnią myślą, muszą więc dbać o to, aby spopularyzować swoje nazwiska, i dlatego

troszczą się nietylko o czystość ideałów naukowych, ile o błyskotliwość wystąpień publicznych. Stąd to niezliczone mnóstwo prac, stąd ten brak wzajemnego do siebie zaufania, stąd ta przemijająca wartość literatury lekarskiej i szybka utrata jej aktualności.

Prof. Hans Much w swoich aforyzmach o medycynie twierdzi, że w żadnej dziedzinie pracy pamięć o wybitnych nawet jednostkach nie jest tak krótkotrwała, jak w medycynie.

Czy należy się temu dziwić?

Lekarz praktyk stawia sobie przeważnie pomnik z materiału, obliczonego najwyżej na okres swego życia.

Do takiego stanu rzeczy doprowadzają warunki pracy, w których pracuje obecnie lekarz, i pod tym względem nie o wiele jest lepiej w klinikach, niż w szpitalach.

Najsmutniejszym objawem jest spostrzeżenie, że od wpływów destrukcyjnych praktyki nie są wolne nietylko szare rzesze pracowników lekarskich, lecz i luminarze wiedzy. Pamiętamy wszyscy smutne rewelacje z procesu prof. Hohenaegga i innych. Było to zaledwie lekkim odchyleniem rąbka zakulisowych tajemnic życia lekarskiego.

Któż jest temu winien i gdzie tkwi przyczyna tych nienormalnych stosunków?

Najmniej należy tu winić samych lekarzy. Warunki ich pracy wcześniej, czy później muszą doprowadzić do ostudzenia największych zapalów do wiedzy. Szpitale i kliniki, dopuszczając w zasadzie lekarzy do pracy tylko na ograniczony okres czasu, gilotynują zgóry wszelką myśl o daleko sięgających ideałach.

Jeżeli medycyna wciąż będzie wtłoczona w krępujące ją ramy rozwoju, postęp będzie posuwał się nienormalnie wolnym krokiem.

W dzisiejszych warunkach często jest zadaniem bardzo trudnem określić, gdzie kończy się mistyfikacja w naszym dorobku naukowym, a gdzie się zaczyna istotna wiedza.

Nauka i praktyka tylko w wyjątkowych wypadkach mogą iść zgodnie do ołtarza wiedzy.

Gdzież więc jest wyjście z tego położenia? W stworzeniu dodatkowych placówek pracy klinicznej zupełnie niezależ-

nych, któreby nietylko zabezpieczyły pracę naukową, lecz również uniezależniły pracowników od demoralizującej walki o byt na terenie praktyki.

Czy możliwe jest wykonanie takiej idei?

Jeżeli coś jest konieczne, musi stać się możliwe. Jeżeli znalazły się olbrzymie sumy w budżetach państw na wytwórnię śmierci, szumnie nazywane naukowo „Instytutami gazowymi“, to muszą się znaleźć środki na pracownię życia!

Z prawdziwą ulgą dla naszego sumienia możemy oświadczyć, że ta możliwość zaczyna się realizować.

Na drugiej półkuli, w zmaterializowanej i, zdawałoby się, zupełnie zmechanizowanej Ameryce niespodzianie wytrysły źródła pięknej idei — ulżenia cierpiącej fizycznie ludzkości.

Olbrzymie sumy, które popłynęły na ten cel, stworzyły już dziś pierwszorzędne placówki naukowe, w których istotnie praca może się odbywać zupełnie niezależnie.

Dotychczasowe jednak fundusze szły niemal wyłącznie w kierunku wiedzy laboratoryjno-dosлідzawczej.

W ostatnim czasie zaczęły wpływać już ofiary również na cele kliniczne. Niedawno pisma wiedeńskie doniosły o pięknej inicjatywie pewnego amerykańskiego milionera Childa, który złożył na ręce D-ra Edelmana, tytułem wdzięczności, dużą sumę na ufundowanie szpitala dla dotkniętych rakiem.

Należy mieć nadzieję, że źródła, które raz wytrysły, nie wyczerpią się prędko, i piękna inicjatywa amerykańska nareszcie stworzy pracownię prawdziwej nauki, które pchną medycynę do szybszego, niż dotychczas, postępu.

Na ten raz zaświeciło nam światło z zachodu. *Ex occidente lux.*

Należy tylko życzyć, aby jego ożywcze promienie nie przełamały się przez nieprzeniknioną warstwę tradycji i przesądów tych, którzy będą powołani do wykonania tych fundacji!

Hasłem tych nowych przybytków wiedzy winno być:

„Niezależni pracownicy dla niezależnej wiedzy”.

Leon Zamenhof (Warszawa).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Program wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą.

Podala

Dr. Marja SKOKOWSKA-RUDOLFOVA (Warszawa)

Organizacja zwalczania gruźlicy idzie u nas w kierunku wzorów przeważnie francuskich; ośrodkiem zwalczania staje się przychodnia przeciwgruźlicza. Główny nacisk dotąd był położony na organizację przychodni; robiły to samorządy i towarzystwa społeczne przy znacznych subwencjach

rządowych. Sprawę ułatwia taniość organizacji — fundusze znaczne nie były tu potrzebne — lekarze zdobywali nowe placówki i chętnie popierali tworzenie przychodni, wymagania były zbyt ogólne, wobec czego zarejestrowano cały szereg przychodni, które w pojęciu nowoczesnem nie są niemi. Takich zarejestrowanych przychodni było u nas 152 do dnia I.XII.1928 r.; to znaczy, że jedna przychodnia przypadała na około 200,000 ludności. Łóżek szpitalnych i sanatoryjnych jest 7,371, czyli jedno łóżko przypada na 4.000 mieszkańców.

Zestawienie prac przychodni przeciwgruźliczych wykazuje, że w roku 1927 przeszło przez te

przychodnie 59,890 osób (bez Śląska i miasta Łodzi); stwierdzono w tem chorych na gruźlicę 32,475, czyli 54%. Z pośród chorych skierowano do szpitali i sanatoriów razem 4,172 osoby, czyli zaledwie niecałe 13% (12,8%); reszta — 28,300 osób — pozostaje w domach bez jakiegokolwiek opieki zakładowej i w bardzo złych warunkach mieszkaniowych.

Tak wygląda opieka nad chorymi, znajdującymi się już w ewidencji; gorzej jast, gdy się przyjrzymy cyfrom teoretycznym.

Przeciętna śmiertelność z gruźlicy w wielkich miastach Polski wynosi 30 na 10,000 (rok 1924). Jeśli przyjmiemy tę liczbę dla całego kraju, to wypadnie, że mamy przypadków śmierci z gruźlicy przeszło 80,000, zaś chorych na gruźlicę (przyjąwszy liczbę siedmiokrotnie większą) przeszło $\frac{1}{2}$ miliona, to znaczy, że przychodnie przeciwgruźlicze mają w swojej ewidencji niecałe 12% chorych a skierowały do zakładów 0,83% tych „teoretycznych” gruźlików. Pozostają jeszcze ambulatorja Kasy Chorych, ale zaledwie 15% ludności jest ubezpieczonych, i lekarze prywatni i urzędowi — odsetek bardzo niski. Chorzy nie są kierowani do zakładów, gdyż miejsc w zakładach jest zamało. Niektóre miasta i województwa są pod tym względem uprzywilejowane (względnie, naturalnie), inne zupełnie łóżek szpitalnych i sanatoryjnych nie mają; do tych należą przedewszystkiem województwa kresowe, a więc Wołyńskie — 1,437,000 ludności i Poleskie — 880,000 ludności — po 5 łóżek, Nowogródzkie — 800,000 ludności — 2 łóżka, Tarnopolskie — 1,428,000 ludności — 0 łóżek (ludność według stanu z r. 1921, łóżka według spisu na 1.I.1929 r.).

Należy stwierdzić, że, o ile jest ogromny brak przychodni jako instytucyj rozpoznawczych i propagandowych, o tyle jeszcze jest większy brak łóżek dla obserwacji, izolacji i leczenia chorych na gruźlicę. Istnieje przerost liczby przychodni nad zakładami leczniczymi. Przychodnie nie wiedzą, co z chorymi robić, a jednak należy podkreślić, że przychodnia jest raczej nietylko ośrodkiem walki z gruźlicą, ile, według ściślejzego określenia angielskiego, sortownią i musi mieć odpływ chorych. Jest ona tylko jednym z ogniw walki z gruźlicą i wymaga istnienia szeregu innych ogniw.

Nasuwa się tu koncepcja tworzenia oddziałów obserwacyjno-izolacyjnych powiatowych, obsługujących powiat, zaś jako dla kategorii „chorych specjalnych” — zakładania przez związki wojewódzkie, obsługujące terytorjum województwa, — wojewódzkich sanatoriów i prewentoriów.

Podstawę prawną do tworzenia tego rodzaju instytucyj daje rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.III.1928 r. o związkach międzykomunalnych. Związki te przedstawiałyby organizację o mocnych podstawach finansowych, które bez trudu mogłyby zakłady specjalne utrzymywać.

Niektóre z województw z inicjatywy wojewódzkich urzędów zdrowia myślą o realizacji tak szerokiego projektu. Jako przykład możnaby przytoczyć projekty województwa białostockiego.

Województwo to pragnie mieć narazie sanatorium o 350 łóżkach (nie licząc już posiadanych 155 łóżek w szpitalach) i zamierza założyć związek samorządów w celu zrealizowania projektu, po

upewnieniu się, że Rząd udzieli mu terenu na gruntach państwowych, zapomogi z Departamentu Służby Zdrowia i pożyczki z Banku Gospodarstwa Krajowego.

Związek taki jest pomysłem, już zrealizowanym, jeśli chodzi o szpital dla psychicznie chorych, którego brak w pierwszym rządzie dawał się w tem województwie odczuwać.

Statut wymienionego, już istniejącego, związku określa cel jego powstania, wymieniając kilkanaście związków komunalnych na terenie województwa, doń należących. Związek jest osobą prawną, władzami jego są: Zarząd i komisja rewizyjna. Rada składa się z przedstawicieli po 2-ch od każdego członka, w tem z urzędu prezydent miasta wydzielnego lub przewodniczący wydziału powiatowego. Rada może wyłonić komisję do poszczególnych spraw. Z zakładów i urzędzeń związku mogą korzystać osoby, zamieszkałe na terenie członków związku. Członkowie wpłacają udziały, które stanowią majątek związku, oddzielny od majątku każdego członka. Obowiązki członka rozszerzają się w miarę rozszerzania się jego granic i zapotrzebowań.

Wydaje się, że tworzenie tego rodzaju związków oraz nowa ustawa o kosztach leczenia wskazują wyjście z sytuacji. Ostateczne uporządkowanie wniesie ustawa o zwalczaniu gruźlicy. Niezależnie jednak od daty wejścia jej w życie należałoby przeprowadzić akcję planową przez tworzenie kompleksów urzędzeń walki z gruźlicą na terenie pewnych jednostek administracyjnych, kierując wysiłek organizacyjny i finansowy bardziej skoncentrowanie, nie zaś rozpraszając go, jak dotąd działo się to z konieczności. Więć naprzykład w ubiegłym roku budżetowym udzielono mniejszych lub większych zapomóg 62 instytucjom, rozproszonym w Warszawie i 16 województwach; w bieżącym roku budżetowym już 96 instytucjom. Należy zaznaczyć, że większość tych instytucyj byłaby poważnie zagrożona przez cofnięcie zapomogi rządowej, stałe jednak subwencjonowanie tych instytucyj bardzo obciąża więcej niż skromny budżet walki z gruźlicą i rozprasza coraz bardziej wysiłki, które należałoby raczej skupić i nadać im jednolity kierunek. Nasuwa się tu pomysł zorganizowania wzorowego powiatu województwa. Departament Służby Zdrowia musiałby wziąć wydatny udział finansowy w organizacji, jednocześnie nadając jej jednolity kierunek. Natomiast utrzymanie i prowadzenie kompleksu instytucyj wzięłyby na siebie odpowiednie związki. Należałoby, oczywiście, przewidzieć udział w tych związkach organizacji ubezpieczeniowych i społecznych. Sprawa ta była przedstawiona w referacie „Rola Rządu w walce z gruźlicą” i była scharakteryzowana jako „regionalizm” w dziedzinie zwalczania gruźlicy.

Reasumując powyższe, zadania poszczególnych jednostek będą: samorządy — towarzystwa w porozumieniu z Kasami Chorych utrzymują przychodnie przeciwgruźlicze, powiaty — oddziały izolacyjno-obsługowe, związek międzykomunalny, obejmujący całe województwo, który z czasem przekształci się w związek wojewódzki, — sanatorium i prewentorium wojewódzkie.

Sprawy zawodowe.

Elaborat pana Komisarza Kasy Chorych m. Warszawy.

Najpiękniejsza idea w wykonaniu nieudolnem może być doprowadzona do najszkodliwszego absurdu.

Gdy tworzone u nas Kasy Chorych, byliśmy pierwszymi orędownikami tej pięknej idei społecznej. Nie przypuszczaliśmy jednak nigdy, że realizacja jej może doprowadzić do tego, czego dziś, niestety, jesteśmy świadkami. Prawo powierzyło nieogłędnie władzę kierowniczą w tej instytucji organom, nic wspólnego nie mającym z medycyną, które swojemi zarządzeniami prowadzą ją stale do szybkiego upadku.

Jako przykład, może posłużyć ostatni projekt umowy, zaproponowany zupełnie poważnie lekarzom przez obecnego Komisarza Kasy Chorych w Warszawie. Nie wdając się w szczegóły jej niesamowitej treści, przytoczymy najciekawsze jej punkty, dotyczące odpowiedzialności lekarzy kasowych.

„Lekarz odpowiada za szkody i straty zrządzone przez nieumiejętne lub niedbałe stosowanie środków i metod leczniczych, uznanych przez wiedzę lekarską, zrządzone przez wykonywanie zabiegów, za które kasa odpowiada wobec ubezpieczonych”.

„Lekarz ordynujący odpowiada za niewskazane potrzebą (*sic!*) porady i zabiegi czy to w przychodni, czy w domu ubezpieczonego, za nieracjonalne pod

względem jakościowym i ilościowym zapisywanie leków, materiałów opatrunkowych, środków pomocniczych i t. p.”.

„Za nieumiejętne stosowanie pomocy dajagnostycznej (Rentgen, analizy, obserwacja szpitalna i t. p.”).

Wierzyć się nie chce, aby w stolicy państwa mógł się znaleźć kierownik tak poważnej instytucji leczniczej, któryby dziś nie wiedział o tem, że Roentgena stosuje się tylko w przypadkach wątpliwych, że nawet lekarz kasowy nie może być w swych rozpoznaniach nieomylny!

Jako niezmiernie charakterystyczny dodatek, figuruje w nowej umowie paragraf, który wogóle całą odpowiedzialność za wszystko, co dzieje się w Kasie, zwała na nieszczęsnego lekarza.

„Lekarz, przyjąwszy na siebie dobrowolnie obowiązki lekarza kasowego, jest wobec ubezpieczonych organem Kasy i nie może zasłaniać się wobec nich nakazem lub zakazem Naczelnego lekarza, czy też władz Kasy...”.

Czy ten niezwykle dokument nie przekona nareszcie władz miarodajnych, że czas najwyższy wprowadzić do Kas Chorych stosunki normalne, że niewolno niefachowcom powierzać tak odpowiedzialnych stanowisk? Jeżeli sprawy pójdą tym wzorem dalej, to Kasy Chorych starą się instytucjami nie tylko zbyt czernymi, lecz szkodliwymi społecznie. Czas najwyższy, aby władze nadzorcze ze smutnego doświadczenia zrozumiwały, że spraw lekarskich w Kasach Chorych nie można powierzać laikom, którzy główne swoje zadanie widzą w walce z lekarzami.

L.

Życiorysy.

Prof. Klemens Pirquet.

(Wspomnienie pośmiertne).

W dniu 28.II r. b. zmarł w 55-tym roku życia wszechświatowej sławy pedjatra, Profesor Pirquet, Dyrektor kliniki dziecięcej Uniwersytetu Wiedeńskiego.

Przedwczesna śmierć Pirqueta okryła żałobą nie tylko pełjatrów, ale i cały świat lekarski.

Zmarły uczony habilitował się u Eschericha w Wiedniu w r. 1908, od r. 1908 — 1912 zajmował stanowisko profesora pedjatrii w Baltimore, w ciągu roku 1912 prowadził klinikę w Wrocławiu, a w r. 1913 objął katedrę w Wiedniu i tam pozostał do śmierci.

Nie jest możliwem w krótkiej wzmiance omówić wszystkie prace i wszystkie zasługi zmarłego

uczonego, wspomnę więc tylko o najważniejszych.

Nazwisko Pirqueta zostało spopularyzowane przez wprowadzenie w roku 1907 odczynu skórniego z tuberkuliną, odczynu, którego donosił wartości naukowej, rozpoznawczej i zapobiegawczej, niema potrzeby w piśmie naukowym podkreślać.

Podstawowe prace Pirqueta nad odczynem ospowym, nad odczynem tuberkulinowym, nad chorobą posurowiczą, i wiele innych uczyniły przewrót w tej dziedzinie; przez stworzenie pojęcia alergji zbudował ten uczony fundament do bardzo licznych pomysłów i prac o wielkiej wartości z klinik i pracowni całego świata naukowego.

Niezmiernie ciekawe są studia Pirqueta nad powstawaniem i morfologją wysypki odrowej i nad okresem inkubacyjnym tego cierpienia.

Znana powszechnie metoda odżywiania według Pirqueta znalazła z jednej strony gorących zwolenników, z drugiej strony przeciwników, kwestjonujących wyższość tej metody nad innymi i słusność jej podstaw; czas pokaże, który pogląd zwycięży.

Pierwszorzędnym organizator, postawił klinikę wiedeńską na poziomie najlepszych szkół pediatrycznych, zarówno pod względem nauczania, jak urządzeń (boksy, leżalnie na dachach, stacje grzaniczne i inne), to też z całego świata zjeżdżali się do niego lekarze na studia; w kursach dokształcających dla lekarzy brał przez długie lata czynny udział. Jednocześnie wyrobił znakomity personel pielęgniarski, umożliwiając nie tylko wzorową opiekę nad chorem dzieckiem, ale także wykonywanie wielu żmudnych badań naukowych.

Działalność Pirqueta nie ograniczała się do pracy naukowej, lecz dotyczyła również w wysokim stopniu opieki społecznej nad dzieckiem; w tym też kierunku uczył i rozwijał studentów, pielęgniarki i lekarzy.

Pirquet należał do tych ludzi, którzy sprawili, że nowoczesna pediatria uczyniła wiele dla rozwoju medycyny w ogóle, a zwłaszcza nauki o chorobach zakaźnych i medycyny społecznej.

Ze szkoły Pirqueta wyszedł szereg wybitnych uczonych, z pomiędzy których do ulubionych uczniów zaliczał Mistrz uczonego polskiego, profesora Fr. Gröera, dyrektora kliniki Lwowskiej.

Marta Erlich (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 29 kwietnia r. b. odbyło się plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Dra Eugenjusza Piestrzyńskiego, przy współudziale przedstawicieli Ministerstw, Uniwersytetów, Naczelnej Izby Lekarskiej Związku Kas Chorych oraz członków, powołanych z pośród świata naukowego i lekarskiego.

Porządek dzienny obejmował.

1. Projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.
2. Projekt ustawy o aptekach łącznie ze sprawą zasad unormowania handlu drogerijnego.
3. Utworzenie sekcji: a) do zwalczania chorób zawodowych, b) do zwalczania raka.
4. Projekt rozporządzenia o użyciu farb.
5. Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjagliczych.
6. Sprawozdanie z sekcji do zwalczania gruźlicy: a) sprawa uzdrowisk dla chorych gruźliczych, b) organizacja walki z gruźlicą na terenie województwa, jako jednostki administracyjne.
7. Uzupełnienie sekcji farmaceutycznej.

Po dyskusji, przeprowadzonej nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przedłożonym na posiedzenie plenarne Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przez komisję, wybraną przez sekcję do zwalczania chorób wenerycznych, zgodzono się z zasadami, przyjętymi za podstawę przedłożonego projektu ustawy.

Dłuższą dyskusję wywołał projekt ustawy o aptekach, przyczem w ogólnych zarysach zgodzono się z zasadami, przyjętymi przez sekcję Rady do spraw farmaceutycznych.

Wobec przedłożenia projektu, niezgodzonego z tezami, ustalonymi na posiedzeniu tej sekcji, odbytem w dniu 28 i 29 listopada 1928 r., postanowiono projekt zwrócić do sekcji celem wprowadzenia zmian, uchwalonych na tem posiedzeniu.

W sprawie zasad unormowania handlu drogerijnego postanowiono przekazać sekcji farmaceutycznej do rozważenia oraz do decyzji zagadnienie, czy zawód drogistowski posiada takie specyficzne własności, iż wymaga ustawowego unormowania uprawnień i obowiązków, zakresu działania tego zawodu, w razie zaś twierdzącym poruczyć sekcji ustalenie i złożenie na plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia zasad

projektu ustawy o drogerjach, przyczem wyrażono dezyderat, iż ustawa o aptekach oraz ewentualnie ustawa o drogerjach winny być jednocześnie rozpatrywane.

W sprawie aptek homeopatycznych wyrażono pogląd, iż istnienie aptek specjalnie homeopatycznych nie jest konieczne, z tem jednak, aby środki homeopatyczne mogły być utrzymywane przez wszystkie apteki.

W sprawie projektu rozporządzenia o użyciu farb uchwalono projekt odesłać, celem opracowania, do sekcji zwalczania chorób zawodowych.

Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjagliczych uchwalono odesłać do sekcji chorób zakaźnych.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie z działalności sekcji do zwalczania gruźlicy oraz zasady, które należy się kierować przy oznaczaniu stref na terenie uzdrowisk w porozumieniu ze związkiem uzdrowisk.

Zgodzono się z tezą, przyjętą w sekcji, iż należy dążyć przede wszystkim do umożliwienia chorym leczenia sanatoryjnego.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie z sekcji do zwalczania chorób zakaźnych. Ze sprawozdania wynika, iż liczba wypadków poszczególnych chorób zakaźnych w roku 1928 uległa zmniejszeniu.

— W porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higieny Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego organizuje w bieżącym sezonie wakacyjnym dwa kursy przeszkolenia higienicznego dla nauczycieli (ek) szkół powszechnych.

Program kursu przewiduje dwa działy: 1) higienę indywidualną, opartą na anatomii i fizjologii, oraz metodykę nauczania i propagowania higieny w szkole; 2) higienę społeczną, mającą na celu zaznajomienie słuchacza z metodami walki z wielkimi klęskami społecznymi, jak: choroby zakaźne, gruźlica, choroby weneryczne, alkoholizm, śmiertelność niemowląt i t. p.

Pierwszy kurs trwać będzie od dnia 8 do 27 lipca, drugi od dnia 5 do 24 sierpnia r. b. Oba odbywać się będą w Państwowej Szkole Higieny.

Zgłoszenia na kurs za opłatą 15 zł. wpisowego przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa-Chocimska 24) do dnia pierwszego lipca r. b.

— Na innym miejscu podajemy dziś wyjątek z projektu umowy między Kasą Chorych m. Warszawy a Zrzeszeniem lekarzy tej Kasy. Całość tego osobliwego projektu, świadczącego wymownie o konieczności jaknajrychlejszego uzdrowienia samej Kasy Chorych, omówimy w jednym z najbliższych numerów naszego pisma.

— I Zjazd Związku Dermatologów Słowiańskich w Warszawie, w dniach 28, 29, 30 czerwca 1929 r.

Program Zjazdu:

28.VI, godz. 8-a rano: Posiedzenie Rady Delegatów Towarzystw Słowiańskich — w Klinice Dermatologicznej — Koszykowa 82a; godz. 11-a: Otwarcie Zjazdu — Klinika Dermatologiczna; godz. 15-a: Posiedzenie naukowe (wykłady) w Klinice Dermatologicznej.

29.VI, godz. 9-a rano: Posiedzenie naukowe (pokazy chorych) w Klinice Dermatologicznej; godz. 15-a Posiedzenie naukowe (wykłady) w Klinice Dermatologicznej; godz. 20-a: Bankiet.

30.VI, godz. 9-a rano: Posiedzenie naukowe (pokazy chorych) w Szpitalu św. Łazarza — Książęca 2a; godz. 15-a: Posiedzenie naukowe (wykłady) i zamknięcie Zjazdu w Klinice Dermatologicznej.

Zgłoszenia uczestników należy przysyłać do sekretarza Komitetu Zjazdu, D-ra Kapuścińskiego — Warszawa, Koszykowa 82a — do dnia 11 czerwca.

Szczegółowy program tematów będzie przesłany po otrzymaniu zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe.

— Kol. Bronisław Handelsman z Łodzi prosi nas o podanie do wiadomości kolegów, że przystąpił do przekładu Djagnostyki Matthesa. Druk rozpocznie się w początkach czerwca r. b.

— Urząd Państwowy turystyki w Italji (Enit w Rzymie) zapowiada szóstą wycieczkę naukową do stacyj klimatycznych i zdrojowisk Włoskich dla lekarzy cudzoziemskich. Program wycieczki obejmuje miejscowości: Merano, Mendola, Carezza, Bolzano, Gries, Roncigno, Levico, Vetrilo, Molveno, Comano, Riva, Torbole, Arco, Gardone Riviera, Recoaro, Bagni della Porretta, Montecatini, Viareggio. Wycieczka trwać będzie od 10 do 26 września i kosztować ma 1600 lirów. Dla lekarzy polskich zapewnione są paszporty ulgowe oraz bezpłatne wizy włoskie. Od granicy włoskiej do punktu zbornego w Meranie oraz na powrotnej drodze od Viareggio do granicy włoskiej 50% ulgi kolejowe. Bliższych informacji udziela Ente Nazionale Turistiche, Roma, 6 Via Marghera.

— Według Journ. amer. med. Assoc. za pośrednictwem Urzędu Zdrowia m. New-York w ostatnich latach dziesięciu 500.000 dzieci, uczęszczających do szkół, zostało poddanych szczepieniu mieszaniną toksyny i antytoksyny błoniczej, przy czem nie zanotowano ani jednego przypadku działania szkodliwego tego środka. Miasto New-York kontynuuje w dalszym ciągu to szczepienie i ma nadzieję zupełnego wytepienia u siebie błonicy.

TREŚĆ: M. GOLDBAUM. Leczenie gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul”. (C. d.) — L. BATAWIA. Przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Wyzdrowienie po operacji. — WŁ. STERLING. Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych. — N. PIWKO. Podstawy leczenia gruźlicy kostno-stawowej. (Str. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdu. — L. ZAMENHOF. Genjusz twórczy a medycyna. — M. SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Program wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą. — L. Elaborat pana Komisarza Kasy Chorych m. Warszawy. — M. ERLICH. Prof. Klemens Pirquet. (Wspomnienie pośmiertne). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. GOLDBAUM. Traitement du rhumatisme, de la goutte et des névralgies par le „Cutivaccin Paul” (suite). — L. BATAWIA. Un cas de méningite d'origine otique. Guérison après l'opération. — L. STERLING. Stigmatisation et psychogenèse des troubles trophiques de la peau. — N. PIWKO. Les bases du traitement de la tuberculose des os et des articulations. (Rev. gén. fin.). — L. ZAMENHOF. Le génie créateur et la médecine. — M. SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Le programme d'organisation de la lutte contre la tuberculose. — M. ERLICH. Feu prof. Clément Pirquet.

 **Następny numer — podwójny — wyjdzie dnia 6 czerwca r. b.**

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł. kwartalnie.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.