

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 7

WARSZAWA, 31 LIPCA 1926 R.

Rok III.

PRACE ORYGINALNE.

Rozprawy.

Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby *).

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

G. Choroby układu nerwowego.

Powołując się na część ogólną, w której skreśliłem zasadnicze kierunki biegu myśli lekarskiej w ubiegłym dwudziestopięcioleciu, oraz na część szczegółową, która omawiała główne działy interny, poświęcić chcę słów kilka chorobom nerwowym, informujących o podstawowych zdo-
byczach neuropatologii i psychiatrii nowoczesnej.

O postępach w neuropatologii, tym najrozsławniejszym dziale medycyny wewnętrznej, który się najwcześniej i najniestęśniej oddzielił od pnia macierzystego interny, wspominałem wyżej niejednokrotnie, rozprawiając o podstawowych cechach konstytucjonalizmu, hormonizmu i i neurowegetatywnym i związku ich z układem autonomicznym, torami pozapiramidowymi i podstawno-zwojowymi.

Przechodząc do szczegółów z semiotyki i kliniki, musimy z góry być przygotowani, że układ nerwowy zajmie w nim więcej miejsca od innych układów i narządów wewnętrznych, gdyż aparat nerwowy, również jak układ krwionośny, obejmuje nie jeden odosobniony narząd (mózg, rdzeń), lecz wszystkie bez wyjątku narządy i tkanki, wewnętrzne i zewnętrzne, wkracza innerwacją najgłębiej w gospodarkę każdej prawie komórki animalnej i wegetatywnej.

Gdy jest mowa o postępach w neurologii, to trudno pomijać milczeniem problematyki histofizjologiczne, zapoczątkowane przez Brodmanna w jego cytoarchitektonice mózgu i pomyślnie kontynuowane przez Belschowsky'ego i Economo. Badania porównawczo-anatomiczne i doświadczalne ustaliły układ wielowarstwowy w korze, w którym się ujawnia zasadniczy plan rozwoju. W korze dają się wyodrębnić dwie podstawowe warstwy: wewnętrzną, egzekutywną, dającą początek odśrodkowym torom projekcyjnym, i zewnętrzną recepcyjną dla włókien dośrodkowych, służącą za punkt wyjścia torów asocjacyjnych. Spoidło mózgu wykazuje w rozwoju swoim równoległość do stopnia inteligencji. Układ jąder podkorowych czyli podstawnych (Extrapyramidium), według Antona filogenetycznie o wiele starszy od układu korowego (Pyramidum), dzięki klasycznemu studjum O. i C. Vogta, Lewy'ego, Foerstera, Jacoba, Hunta zyskał nową anatomję i bardziej współczesną fizjopatologję.

Podział dawnych anatomów jądra prążkowanego na jądro ogonowe i soczewicowe okazał się błędnym. Połączono Nucleus caudatus i Putamen w jedno Corpus striatum, które przeciwstawiono jądro żółtemu (Nucleus palli-

us). To przeciwstawienie, wynikające z histologii embriologii, okazało się trafnem nie tylko ze stanowiska fizjologii i mikrochemji (różnica jąder w zawartości tłuszczu, soli wapnia, barwnika), ale nader szczęśliwem dla dżagnotyki klinicznej. Wzmogoną przemianę materji żelaza, dawniej jako curiosum uważane, stwierdzono, w swojscie na żółto, czerwono i czarno zabarwionych jądrach: Corpus pallidum, Corpus rubrum, Substantia nigra, Nucleus dentatus.

Jądro żółte (Pallidum) okazało się ośrodkiem dla licznych pierwotnych ruchów, które bywają zmodyfikowane przez jądro prążkowane (Striatum), ten złożony aparat regulacyjny automatyzmów, gry mimicznej, współruchów, zmian położenia, ruchów obronnych i ochronnych, niezależnie od wzgórka wzrokowego (Thalamus), pełniącego czynności psychiczne, afektywne, psychomotoryjne, naczynioruchowe, wydzielnicze i czuciowo-zmysłowe. Rozległy ów układ podkorowo-pozapiramidowy, filogenetycznie o wiele starszy od korowo-piramidowego, nabiera życia przez swój wielki mechanizm odruchów, posiadający ważną odnogę czuciową (pallidum—thalamus—cerebellum) z włókami dośrodkowymi oraz odnogą ruchową (striatum—pallidum—rubrum) z włókami odśrodkowymi.

Jako wynik praktyczny dokładnych badań odnośnych ostatniego dziesięciolecia nad układem piramidowym, pozapiramidowym i ich torami, w których to badaniach brał udział prawie cały świat neurologiczny Europy i Ameryki, należy na pierwszym miejscu wspomnieć o udoskonaleniu nauki lokalizacyjnej (siedlisko, wysokość i szerokość spraw chorobowych mózgu i rdzenia), do czego się przyczyniła znakomicie poza danymi fizjologicznymi, klinicznymi i doświadczalnymi zdobyciami, endoskopia w postaci encefalografji i myelografji rentgenowskiej (Dandy, Bingel) z wprowadzeniem, wstępującem i zstępującem, ciał kontrastowych—lipiodolu, jodipiny, powietrza—(Bau-Prussak), które dają nam kontury jam, otworów Magendie i Luscka, komór otwartych i uwięzionych, przestrzeni pod- i międzyoponowych, normalnych i zrostowo—uciskowych, słowem, rodzaj anatomji in vivo.

Nauczono się wydobywać płyn z różnych odcinków kanału mózgowordzeniowego (nakłucie lędźwiowe, podpotyliczne, komorowe, pod- i nadguzowe) i badać jego ciśnienie na różnych wysokościach (Queckenstedt, Mackiewicz), oraz pod wpływem ruchów głowy (Bregman, Zandowa), głębokich wdechów, wypuszczenia płynu i wprowadzenia jądów. Sam płyn badano dokładnie, morfologicznie i chemicznie, na zawartość krwi, cukru, barwników wewnętrzzpochnych i zzewnątrzwrowadzonych (ksantochromja, chromoneuroskopia) i zaczynów (amylaza, katalaza, peroksydaza, tryptaza), bakterjologicznie i biologicznie (Wassermann, Kafka, Goldsol, Normomastix, Meinicke, Nonne-Apelt, Nissl, Pandyt. d.).

Przyzwyczajono się krytyczniej rozważać zmiany

*) Dokończenie serji artykułów drukowanych w NNr. 7, 8, 9 i 10 z r. 1925.

radjograficzne, zwłaszcza kręgosłupa i siódła tureckiego, i śmiało wprowadzać do worka lędźwiowego, do *hiatus canalis* i do *cisterna cerebellomedullaris* obce ciała lecznicze, jak salwarsan, barwiki (trypafławina), optochinę, szczepionki, surowice i odwrotnie wprowadzać płyn rdzeniowy i krew (autohemoterapia) pod skórę i do żył.

Względnie mało się przyjęła — i niesłusznie — metoda wydostawania za pomocą nakłucia czaszki (metoda Neisser-Pollacka) cząsteczek mózgu i opon dla celów rozpoznawczych guza (komórki mięsakowe), porażenia postępującego (złogi hemosideryny), wylewu międzyoponowego.

Walka ściśle lokalizacyjnego poglądu (Meynert, Wernicke, Förster) z poglądem o jedności czynnościowej kory (Monakow, Goldstein) nie została ostatecznie zdecydowana. Prawdopodobnie jest, że mózgowie czyli kora, jako *Neencephalon*, załatwia czynności mnesticzne i egzekutywne, posiada poszczególnie pola asocjacyjne, które zwalniają i hamują czynność, głębiej w *Palaeencephalon* położonych ośrodków automatycznych, rządzących pozatem sprawami afektywnymi, popędowymi, instynktownymi.

Wzgórek wzrokowy okazał się wbrew nazwie przeważnie narządem czuciowym (C. i O. Vogt) mimo, iż trzy główne jego tory (*thalamo — corticale*, *thalamo — striatum*, *thalamo — subthalamicum*) służą czynnościom ruchowym.

Drogi ekstrapiramidowe dają znać o sobie głównie, gdy zostają uszkodzone i występują (Pieńkowski) znane zespoły kliniczne: *hyperkinetyczno-dystoniczne* i *akinetyczno-hypertoniczne*.

Nauka o czynnościach psychicznych kory i ich zaburzeniach (afazja, agnozja, asymbolia, apraksja) kwitnie i w związku z psychologią pamięci oraz amnezją ogólnych i częściowych się rozwija, mimo iż dawne koncepcje obrazów pamięciowych — ruchowych i zmysłowych — znacznej uległy modyfikacji i rekonstrukcji.

W patologii mózdzku utrzymał się dawny szemat *Lucianiego* (*ataxia*, *asthenia*, *atonía*), natomiast zaczyna się poważnie chwiać (K. Goldstein) prawo obywatelstwa nowych lokalizacyjnych ośrodków mózdzkowych Baranego, t. zw. segmentalno-kierunkowych.

Przyznać wprawdzie należy że zarówno w *Neocerebellum* — jak w *Palaeocerebellum* są okolice, zarządzające eumetrią, eustenją, eutonją kombinacji ruchowych, ale czynność ta według słusznej uwagi Mingazziniego jest podporządkowana i zależna od podniet egzogennych, tak zwanych proprioceptywnych (Sherrington), dopływających zarówno z kory, jak z obwodu ciała i z błędniaka.

Mimo to okazało się na zwierzętach i ludziach — co jest zresztą zdobyczą ostatniej doby (Spiegel, Foerster), — że dokuczliwe napięcie mięśni encefalityków (*Bigor subpallidalis*) i nie poddające się leczeniu uporczywe bóle chorych władowych (*Crises tabétiques*) dają się usunąć bezpowrotnie przez przecięcie nie pęczka mózdzkowego lub bocznopiramidowego, lecz przedniobocznego (*Chordotomia anterolateralis*).

Stosunek funkcjonalno — kliniczny i topograficzno — anatomiczny siatkówki do mózgu ulega ciągłym rewizjom ze strony kliniki (Henschen, Brouwer, Monakow), psychologów (Gelb, Goldstein) i anatomopatologów (Nissl-Mayerdorf). Projekcja siatkówki na korze, odbicie plamki żółtej w *fossa calcarina* zrazu potylicznego, sprawa perymetrii pola widzenia i teoria widzenia wogóle, związek aparatu wzrokowego i okoruchowego z mechanizmem przedsionkowo-ortostatycznym ucha (optometrija), geneza tarczy zastoinowej i zapalenia nerwu wzrokowego — znajdują się mimo wieloletniej aktualności problemu i przyniatającego piśmiennictwa obecnie jeszcze w okresie badań i poszukiwań.

Sprawa unaczynienia i unerwienia mózgu, a zwłaszcza opon, i histologia obu tych aparatów (Stöhr) znaczne zrobiły postępy, mniej się wysświetlił stosunek krwi do płynu mózgowordzeniowego, sposób komunikowania się ich, rola ochronna wyściółki komór, spłotu naczyńnastego (Zand), *membrana limitans gliae* i układu siateczkowo — śródbłonkowego mimo, iż w tej dziedzinie liczne stosowano metody badania: wyborczego współ-

czynnika przepuszczalności wału ochronnego *barrière hémato-encéphalique*; *membrane arachnoido-piémérienne*), czynnika biologicznego (Hauptmann, Walter) i kolorometrycznego barwienia tkanek przyżyciowego (Flatau).

Płyn mózgowordzeniowy okazał się cieczą bardzo skomplikowaną, przy zrostach i przeszkodach oponowych nie jednakową w różnych odcinkach, cieczą, wydzielającą się z gruczołowo zbudowanego *Plexus choroidaeus* i z przestrzeni okołonaczyniowych *adventitiae*, zbierającą się w worku lędźwiowym, komorach, cysternach i uchyłkach mózgowych, przestrzeniach podpajęczynowych. Substancje ze krwi, przedostające się podczas choroby do płynu, działają nie tylko przez drobnoustroje, zaczyny, endotoksyny i wytwory przemiany materii, ale przez samą surowicę białkową krwi (Rotstadt) swoście i nieswoście na substancję nerwową. To też coraz ściślej się opracowuje wskazania do nakłuć rozpoznawczych i leczniczych, stosując je głównie w sprawach oponowych, zarówno urazowych, jak zapalnych, wysiękowych i krwotocznych, surowicznych i ropnych, miejscowych i ogólnych.

Z dziedziny zatorów i wylewów mózgowych poznano bliżej anatomię zatorów powietrznych i tłuszczowych oraz klinię wylewów twardówkowych u starców (Chiari) i dzieci, wylewów aneurysmatycznych (Borchardt) i t. zw. samoistnych podpajęczynówkowych u młodzieńców (Herman, Mackiewicz, Flatau, Bregman, Rotfeld, Goldflam).

W dziedzinie chorób rdzenia najpoważniejszy postęp wykazują dagnostyka i chirurgia spraw nowotworowych. W obecnym stanie wiedzy o istnieniu sprawy uciskowej rozstrzygają: a) różnica w ciśnieniu i chemizmie płynu, z górnych i dolnych pięt kanału wydobywanego, b) t. zw. zespół uciskowy płynu (Foix-Froment-Nonne) z ksantochromją, odczynem Nonne-Apelta, zwiększeniem się zawartości białka przy braku limfocytozy, samoistnem zjawieniem się zgęstkwieńc blokowanie (*descendens et ascendens*) czyli zatrzymanie w miejscu ucisku wprowadzonego powietrza, barwnika, oleju (Sicard), rozpoznawalne subiektywnie czasem jako ból, obiektywnie często jako cień radjograficzny *loco morbi*.

Klinika nauczyła nas rozpoznawać dokładnie przed operacją zarówno górny, jak dolny biegun rozkładnych guzów (Babiński, Jarkowski) oraz stosunek sfery odruchowej, obronnej i automatycznej rdzenia do przerwy całkowitej lub częściowej jego (Minkowski, Goldflam, Marburg).

* * *

Z chorób zakaźnych mózgu i rdzenia prym trzymają: zapalenie nagminne śpiączkowe, meningo-kokowe i wodowstrętowe, choroba rdzenia, poliomyelityczna czyli Heine-Medina i zapalenie pierwotne nerwów wzrokowych.

Drobnoustroj znany właściwie tylko jeden: dwoinkę nagminnego zapalenia opon mózgowych. Jady w *Encephalitis lethargica*, *Poliomyelitis* i *Lyssa*, po części i w *Herpes febrilis* nie są nam bliżej znane, posiadają jenó cechy wspólne: są przesączalne, ultramikroskopowi dostępne, trzymają się długo w stanie suchym, są przeszczepialne, wykazują, jak wyżej obszerniej omawialiśmy, powinowactwo nie tylko do substancji nerwowej ale i do zbliżonej z nią embriologicznie ektodermy (*Ectodermoses neurotropiques-Levaditi*).

Sero- i wacynoterapię posiada prawie każda z nich (szczepionka Pasteura, surowica Rosenowa, Jochmanna, wacyna Levaditiego i t. d.), najpewniejsze w wodowstręcie i drętwy karku, mniej w zapaleniu rdzenia, najmniej w zapaleniu mózgu. W wodowstręcie odkryto pewien antagonizm między jadem stałym (*virus fixe*) a ulicznym (*virus des rues*).

Co do zapalenia nn. wzrokowych ustalono, że obok toksycznych (alkohol) są zakaźne, ogólne i miejscowe, a wśród tych ostatnich wstąpiła się, zazwyczaj wielce dobrotniwa w przebiegu i zejściu, *Neuritis retrobulbaris*, na tle cierpienia zatok bocznych nosa (*sinusitis posterior*), rozwijająca się i ze względu na jej przypuszczalny, a niedowiedziony związek z najczęstszą chorobą mózgowordze-

niową, ze *sclerosis disseminata*, wielce niebezpieczna. W chorobie tej mimo poszukiwań ultramikroskopowych nie stwierdzono (Rothfeld, Hornowski) ostatecznie wartości praktycznej licznie w niej znajdujących drobnoustrojów (*spirochaetosis Steiner, Kuhn, Pettit, Marinesco*) i wrzekomych hodowli.

Niektórym udawało się (Behr) właśnie w przypadkach zapalenia pozagałkowego, przebiegającego z zajęciem zatok nosowych, materiał otrzymany z kości sitowej przeszczepić skutecznie królikom podobonowo, wywołać porażenia kończyn, zapalenie nn. wzrokowych, stwierdzić zmiany drobnowidzowe w rdzeniu, a nawet przeprowadzić wtórne pasażu jadu.

Ze spraw sklerotycznych mózgu (Higier) poważnie się zapowiada dział dotąd bliżej nie zbzdany *Encephalitis periaxialis diffusa s. scleroticans*, najdokładniej opisany przez Schildera i przez Jacoba (*Pseudosclerosis spastica*), co do swej patogenyzy jeszcze nader ciemny (Flatau).

Dawna *Myelitis idiopathica* rozplynęła się prawie zupełnie w stwardnieniu wielogniskowym, cierpieniach toksyczno-infekcyjnych, systemowo-skombinowanych, w sprawach uciskowych, nowotworowych i spondylitycznych.

Leczenie tych dwu ostatnich spraw chorobowych uciskowych zasadniczo nie wiele się zmieniło. Sprawy spondylityczne leczy się przeważnie konserwatywnie, rzadziej metodą Abbéego lub laminectomią przy zajęciu wyrostków lub ropniach przy- i okołowyrostkowych. Sprawy nowotworowe leczy się wyłącznie drogą operacyjną z następczem naświetlaniem zarówno mózgu jak rdzenia. W leczeniu spraw uciskowych mózgu przybyły nowe metody. Z farmakologicznych zasługuje na uwagę amerykańska, polegająca na osmotycznym usuwaniu bólu głowy i wymiotów przez wprowadzenie płynu hipertonicznego (Ca i Mg), odciągającego nadmiar płynu hydrocefalicznego i zmieniającego rozkład elektrolitów, oraz metoda zniżania ciśnienia wewnątrz czaszki epiglandolem przysadkowym (Hoff) i dużymi dawkami jodu w połączeniu z tyreoidyną i teobrominą (Marburg).

Jako ultimum refugium pozostaje, jak dawniej, chirurgja, która do mózgu wkracza bezpośrednio przez sklepienie czaszki, rzadziej przez nos, gardziel i oczodoł. Zabieg ten poprzedza stosowanie czasem rentgenizacji i odmocy czaszkowej. Ta ostatnia (*encephalo- s. ventriculographia*) nie wypowiedziała jeszcze ostatniego słowa w sprawach leczenia ucisku (Orzechowski, Tyczka), zwłaszcza zależnych od zbiorowisk płynu i od starych blizn pozapalnych i pokłowych (*Arachnitis cystica, serofibrinosa*).

Również w okresie prób znajduje się leczenie Rentgenem, które przedewszystkiem wskazanem jest w glejakach, w guzach nieprzystępnych, na podstawie mózgu usadowionych, zbyt rozległych, niezlokalizowanych i złośliwych. Dawne cyfry, mówiące o poprawie i wyleczeniu radiologicznem w połowie przypadków (Nordentofl 1919), podają stosunek 18:9, nowsze statystyki (Jüngling 1924) w przybliżeniu 16:7 czyli prawie to samo.

Objawowa dekompresja zyskała w ostatnim piętnastolecu kilka nowych metod: wentyl Kocheera, otwór podskroniowy Cushinga lub potyliczny, przekłucie spoidła Anton-Bramana, przekłucie podpotyliczne Anton-Schmiedena i trepanację odciażającą pochwę nn. wzrokowych Müllera, usuwanie spłotu naczyniastego, drenowanie 4-ej komory, wodociągu Sylwiusza, oczodołu.

Większość młodszych chirurgów usuwa guzy mózgu pod znieczuleniem miejscowem, niektórzy wybitni znawcy mózgu (Frazier, Cushing) wyłącznie pod ogólną narkozą, jedni wolą zabieg jednookresowy (Horsley, Cushing), drudzy dwu- i trzy-okresowy (Krause, Küttner), jedni zachwalają szybką pracę (Krause), drudzy nie obawiają się 4-godzinnej operacji (Cushing), jedni usuwają nowotwór jednorazowo, drudzy częściowo kawałkami na 2 lub 3-ch posiedzeniach, oszczędzając sąsiednie tkanki, jedni posiłkują się chętnie dawnym młotkiem i trepanem ręcznym (Krause), większość trepanem elektrycznym i szczypcami kostnymi.

Sprawa oddawna sporna częstości poszczególnych ro-

dzajów guza przedstawia się na ogromnym, z górą 1000 obejmującym materiale bio- i autoptycznym Ameryki w ten sposób, że wypada na: glejaki 40%, gruczolaki i torbiele przysadki 25%, nabłoniaki 12%, neurinomy kęta mózdkowo-mostowego 9%, ziarniaki zakaźne (gumma, tuberculum) 4% i mieszane i przerzutowe guzy 10%.

Najwięcej sposobów operacyjnych wyrobiły sobie przysadka, mózdek i kęta mostowy, przy czem najlepsze wyniki osiąga się przy pierwszej (80% wyleczeń), najgorsze przy ostatnim (20% wyleczeń). Przeważająca śmiertelność wynosi w Niemczech i Austrii do 40%, w Ameryce Północnej tylko 12%. Jeśli Horsley przed laty uważał, że ledwie 1 na 12 w porę rozpoznanych i operowanych guzów mózgowych wraca do zupełnego zdrowia, to obecnie Europa może się poszczycić cyfrą 1 na 5, a co do guzów zewnątrzoponowych rdzenia, to Elsberg z Ameryki osiągnął rekord 7% śmiertelności. Wszystko to, oczywiście, w porównaniu z innemi działami chirurgji operacyjnej nie oznacza jeszcze bynajmniej triumfu chirurgji cierpień nerwowych, nie mniej przeto ogromny postęp w niedostępnej przed laty dziedzinie.

O wiele lepsze są wyniki operacyjne w sprawach urazowo-zapalnych na nerwach obwodowych, gdzie walczą o palmę pierwszeństwa: mało wartościowe plastyka, tubulizacja, anastomoza, transplantacja z celową rezekcją i szwem. Najlepsze czynnościowe rezultaty osiągnięto w chorobach nabytych, z pogranicza neurologiczno-ortopedycznego, dotyczącego tkanek mezenchymalnych, od środkowego listka zarodkowego pochodnych (mięśni, kości, stawów, więzów i powięzi) oraz w wazoneurotroficznych, od układu współczulnego zależnych.

Ze układu autonomicznego czyli wegetatywnego szybkiej i owocnej od wszystkich innych działów neurologji teoretycznej się rozrósł w ciągu ostatnich dwóch dziesiątków lat, widzieliśmy wyżej. Przyjął się podział Langleya: na układ trzewny, sympatyczny i parasympatyczny lub dawny autonomiczny czyli błędny, przyczem w tym ostatnim rozróżniać nauczono się trzy zasadnicze odcinki: *pars tectalis, bulbaris, lumbosacralis*.

Układ wegetatywny drogą okólną wpłynął na rewizję nauki o odruchach, która, rozwijając się stopniowo, przestała być dziedziną neurologji, wkroczyła niepostrzeżenie i zawojowała sobie prawo panowania w psychologii i psychjatrii, internie i pedjatrii, oftalmologii i otjatrii. Do dawno znanych odruchów: ścięgowych, skórnych, okostnowych i automatyczno-rdzeniowych (obronnych, ucieczkowych) przybyły dziesiątki odruchów z tejże grupy (Jacobsohn, Goldstein-Mayer, Simchowicz i t. d.).

Nowe horyzonty zapowiadają odruchy: psychogalwaniczne (Veraguth), przedścionkowe (Barany-Rothfeld), otolito-olukowe, błędnikowe i szyjne (trzymanie głowy i szyi), indukowane, odruchy tonizujące (Magnus, de Kleijn), rządzące napięciem mięśni (Goldstein), odruchy statyki ciała czyli ułożenia i ustawiania, odgrywające rolę przy chodzeniu, staniu, leżeniu, pływaniu, gimnastykowaniu.

Część dość poważna tych odruchów znika tuż po urodzeniu (Minkowski) lub po ukończeniu okresu niemowlęctwa (Bychowski), część w wieku młodzieńczym, jedne odruchy, których ośrodki lokalizują się prawdopodobnie w części szyjnej i przedłużonej rdzenia, uwydatniają się jedynie w stanach chorobowych, w narkozie, przy wykonywaniu ruchów podświadomych lub przy tendencji do ich wykonania (*Haltungsreflexe, Stellreflexe*), inne wpływają na zmiany w napięciu mięśni wszystkich lub poszczególnych (Goldstein, Hoff, Schilder), jeszcze inne na czynności myślowe i spostrzegawcze.

Dalsza grupa odruchów, głównie dzięki badaczom rosyjskim bliżej poznana, t. zw. odruchy warunkowe (Pawłow) lub kojarzeniowe (Bechterew), psychiczne, nie wrodzone lecz nabyte, przedstawia poniekąd akt odruchowy w odpowiedzi na podjęcie nie zawsze współmierną, fizjologiczną (wydzielanie śliny przy myśli o jedzeniu lub skojarzonym z nią dźwiękiem, przyptływ mleka do wymion krowy przy spojrzeniu na cielę, wzmożenie perystaltyki przy wzruszeniu). Praktyczne zastosowanie

znalazła nauka o odruchach psychicznych w medycynie, gdzie stwierdzono wpływ tych odruchów na powstawanie nerwicy dziecięcych, wymiotów niemowlęcych (Czerney), zanoszenia się (Zappert), objawów hysterji monosymptomatycznej (Ibrahim), dysfagji, napadów wrzaskomokrzusćcowych, pollakurji, napadów omdlewania (Stier) ze wzruszenia, nerwicy zawodowych i narządowych. Niektóre odruchy powyższe (zwłaszcza Magnusa i de Klejina) mogą według Krolla tłumaczyć nam liczne, dotąd niezrozumiałe objawy kliniczne, jak *torticollis otica*, *fle-xio meningitica*, zataczanie się tabetyków przy odwracaniu głowy, znikanie odruchu paluchowego (Bychowski) w pozycji brzusznej.

Wreszcie ostatnia grupa bliżej zbadanych odruchów wchodzi w zakres układu współczulnego. Prototypem ich służyć mogą odruchy ruchowe, — pomijając wydzielnice, — przewodu pokarmowego: a) bez przerwy działający odruch dotykowo-mechaniczny (*Mechanoreflex*) i b) okresowo działający odruch chemiczny (*Chemoreflex*), trwający dopóty, dopóki w miazdze pokarmowej znajdują się substancje przyswajalne, do asymilowania zdolne.

Do innych zaliczyć należy odruchy wegetatywne, których łuk dośrodkowy leży: a) na obwodzie, b) w korze, c) we krwi. Zależnie od kierunku działania (zadziałanie czucia bólowego lub hormonu na układ autonomiczny i odwrotnie nerwów współczulnych na czucie lub hormon) można rozróżnić: odruchy czuciowo-wegetatywne, wegetatywno-cuciowe, wegetatywno-ruchowe, intrawegetatywne, psychowegetatywne, hemowegetatywne i t. d.

Że na drodze tychże chemorefleksów wegetatywnych, z zaburzeń izochemji i izotonji krwi wychodzących, biorą początek wszystkie prawie instynkty (oddechu, głodu, pragnienia, rozrodczy), dowodziłem w innym miejscu, gdzie też omówioną była sprawa chemorefleksu termoregulacyjnego, w życiu najniezbędniejszego, który na drodze naczynioruchowej rządzi przebiegiem zapalenia, powstawaniem leukocytozy i leukopenji, tworzeniem przeciwciał, wywołaniem gorączki, wstrząsów, zapaści i przełomów w chorobach zakaźnych, toksycznych, auto- i egzointoksykacyjnych (Higier).

Sprawa odruchów wegetatywnych ściśle też wiąże się, jak widzieliśmy, z całem zagadnieniem zbadanego w ostatnim dziesięcioleciu układu ekstrapiramidowego, filogenetycznie i ontogenetycznie starszego od piramidowego, a niemniej pierwszorzędna odgrywającego rolę w klinice, która pod tym nowym kątem widzenia zdołała umiejscowić liczne jednostki nozologiczne: chorobę Parkinsona w *Substantia nigra*, chorobę Wilsona i Strümpell-Westphala — w *Palladium*, płasawicę, skurez tor-syjny, atetozę, *torticollis* — w *Striatum*, zapalenie mózgu nagminne *Econom*o — we wszystkich jądrach podstawy mózgu, dna 3 i 4-jej komory oraz wodociągu Sylwiusza. W dosyć częstej przewlekłej odmianie tej choroby jedni (Spatz) widzą wyłącznie pozostałości przebytego ostrego zapalenia, podczas gdy inni (Jakob) znajdują obok i niezależnie od zapalenia szarych jąder, przebiegający proces degeneracyjny w substancji miąższowej mózgu.

Badania odnośnie ostatnich lat zdają się przemawiać za przenikaniem zarazka przez jamę nosową, zakażeniem przedewszystkiem okolicy zbiornika podstawy mózgu i lejka oraz za rozprzestrzenianiem się tegoż drogą płynu, jak to ma miejsce prawdopodobnie i w sprawach przymiotowych mózgu i opon.

Sprawa napięcia mięśni, aktualna od lat kilkudziesięciu, kroczy nowymi drogami. Napięcie zdaje się być dwójakiej natury: *Tonus contractilis et plasticus*, przy-czem pierwszy zależny jest od kory i jej toru ruchowego, drugi poprzez jądro prądkowane (*Nucleus striatus*) od układu współczulnego. Słusznie też wnioskuje niektórzy fizjologowie (Darlt) z faktu pojedynczego unerwienia — sympatycznego — mięśni gładkich (*Dermal muscle*), a podwójnego unerwienia — somat sympatycznego — mięśni poprzeczoprądkowanych (*Mesodermal muscle*), że te ostatnie są filogenetycznie młodsze i że się rozwijają z gładkich, ulegając różniczkowaniu w budowie i zyskując większą szybkość kurczliwości. Niektórym auto-

rom poszczęściło się stwierdzić (Hunter, Boeck) dla tegoż obwodowego włókna mięsnego dwa zakończenia a nerwowe: rdzeniowe dla grubszego, współczulne dla cieńszego włókienka mięśniowego, zaś innym badaczom (Marcus) udało się nawet w mięśniu sercowym uchwycić przejście bezpośrednie neurilemmy w sarkolemme, neuroplazmy w sarkoplazmie, dwa fakty zasadniczo nader ważne, wymagające jeno potwierdzenia.

Być przeto może, że kwestja ta, pozornie czy-sto teoretyczna, nabierze z czasem nieco wagi praktycznej i potrafi nam wytlómaczyć swoiste zachowanie się uszkodzonego mięśnia i nerwu względem prądów elektrycznych, galwanicznych i faradycznych (odczyn zwyrodnienia), niesamowitość formuiki chronakcji w muskulaturze poprzeczno-prądkowanej i gładkiej oraz prądów czynnościowych (*Actionsstrom*) w tejże.

Ostatni wreszcie problem zasadniczy w rozwoju neuropatologii nowoczesnej stanowi ściśle związek unerwienia wegetatywnego z układem dokrewno-gruczołowym. Nie wchodzimy we wzajemny stosunek nadrzędności względnie podrzędności obu tych układów. Zmiany w okolicy podwzgórza — siedziska wyższych ośrodków współczulnych — sprowadzają, jak wzmiankowaliśmy, dyshormonizm z jednej, a dystonię mięśniowo-nerwową z drugiej strony. Że nie zaniedbano w tym dziele jednoczesnej pracy nad chemją koloidalną protoplazmy komórki mięśniowej, nad związkiem między napięciem a stanem sztywności mięśni (Foerster) i nad stosunkiem dowolnej muskulatury poprzeczoprądkowanej do niewolnej sarkoplazmy (Hunt, Orzechowski), wspomnę mi-mochodem.

W dziele wzmóženego napięcia, kurczów, skurczów i drgawek mięśni najdokładniej pracowano nad patogenezą i chemizmem soków i krwi w padaczce i tężyczce. Zwłaszcza w tej ostatniej zauważono stałe zmiany izochemji i izotonji krwi na drodze chemicznej (chloran wapnia, salmiak) usuwano zespół objawów klinicznych, zależny przeważnie od zaburzeń przemiany wapniowej w gruczołkach przytarczycznych. Ostatnio metoda hyperwentylacyjna Foerstera zapowiada odkrycie bliższego pokrewieństwa między tężyczką a padaczką (Frisch, Fried, Sterling).

Od padaczki samoistnej i padaczki korowej wyodrębniono bardzo liczne postaci, powierzchownie tylko mające do nich podobieństwo, jak narkolepsję, hypnolepsję, pyknolepsję, drgawki podstawno-zwojowe, afektywne, zespoły błędno-naczyniowe, dromomanię, automatyzm napadowy i t. d. (Higier, Sterling).

To samo uczyniono z hysterją i psychastenją, które po części dzięki swej psychogennej genezie słusznie weszły w zakres psychjatrij.

Z chorób nerwowych organicznych nigdy nie schodziły z porządku dziennego wyżej omawiane w części ogólnej sprawy syfilityczne i metasyfilityczne mózgu i rdzenia, pod względem biologicznym na ludziach, pod względem patogenetycznym na zwierzętach (króliki, małpy, lamy) dokładnie w ostatnich latach zbadane. Z prób biologiczno-rozpoznawczych pierwsze miejsce zajmuje pierwotna Wassermannna, na drugim miejscu stoja dwie jej odmiany (Sachs-Georgi i Sachs-Klopstock), par excellence swoiste, technicznie szybciej i prościej wykonalne. Gorzej sprawa stoi z doświadcza-lnym przymiotem zwierzęcym, nad którym pracuje obecnie świat cały i w którym odkryto zasadniczy wielki błąd laboratoryjny, prowadzący na manowce we wnioskowaniu. Króliki cierpią nierzadko samoistnie na zapalenie mózgu (*encephalitis spontanea*), pozatem zapalenie mózgu, występujące u nich po najróżnorodniejszych szczy-pieniach — nie tylko zawiesiną mózgową paralityków, do-jądrowo wprowadzoną — i bardzo pokrewne sobie pod względem klinicznym, serologicznym i histologicznym, wskazują na to, że szczepionemu materiałowi przypada rola mała, rola pośrednia. Materiał ów przy pomocy swoich sniochet, endotoksyn, enzym, zaczynów lub zwykłych lipidów protei-nowych wprowadzonego obogatunkowego białka mózgowego — uczula jad gnilny, wśród królików nader rozpowszechnio-ny (Pette), i czyni go chorobotwórczym, wywołującym

stany zapalne w mózgu, wątrobie, nerce. Swoistość więc tego zapalenia mózgowego stała się dość problematyczną.

Stąd krok jeden do modnego obecnie leczenia nieswoistego, pobudzającego, jak u tuberkulika, jedynie siły żywotne organizmu luetyka (flogetan, artygon, mleko, yatren-kazeina, wakcyneuryna, tuberkulina, nukleina, tyfowakcyna, zimnica). Stąd krok drugi do leczenia mieszanego (neosalwarsan, zimnica), stosowanego obecnie nawet zapobiegawczo już w pierwotnym okresie zakażenia, i do leczenia wewnątrzkrążeniowego (Gennereich), mającego sprowadzać oczyszczenie zupełne płynu u luetyków mózgowych w 100%, u paralityków zgórą w 50%.

Jeśli dodamy do powyższej niespodzianki laboratoryjnej nieustalony jeszcze stosunek biologiczny płynu do krwi, to zrozumiemy chwiejność tezy, która widzi wielkie różnice patogenetyczne spraw syfilitycznych i metasyfilitycznych w miejscowej przemianie materii substancji mózgowej.

Według badań Spatz'a, w lues cerebri jad szerzy się drogą płynu mózgowodzeniowego, w metalues cerebri, czyli paraliżu postępującym, drogą naczyń krwionośnych mózgu, co też ją czyni trudniej uleczalną. Nie więc różne powinowactwo obu spraw tkanki mezo- lub ektodermalnej, lecz różne wrota wnikania spirochety stanowiłyby o stanie rzeczy. Różnica w miejscowej przemianie materii substancji mózgowej, stanowiąc jednocześnie, zdaniem tegoż autora, szybką metodę orjentacyjno rozpoznawczą, uwydatnić się ma w tem, że w naczyniach korowych paralityka, nie zaś zwykłego syfilityka mózgowego, osadza się żelazo organiczne, łatwo rozpoznawalne przez ciemne barwienie się wyciętego nawet przyżyciowo kawałeczka kory, polanego siarczkiem amonu.

Że równoległe z rozkwitem chirurgii mózgu, rdzenia i nerwów szedł rozwój, raczej szło powstawanie chirurgii układu współczulnego, wiedzą nie mniej od neurologów, jako kierowników, wykonawcy chirurdzy. To też po wskrzeszeniu dawnej sympatektomii okołonaczyniowej, pierwotnie zaproponowanej przez Higiera jedynie w niektórych angio- i trofoneurozach (choroba Raynauada, mal perforant, erythromelalgia, czyli obecna kaulalgja, claudication intermittente), rozszerzono zakres, stosując ją też do zwykłych owrzodzeń uporczywych goleni, do sklerodermji i bólów wegetatywno-neuralitycznych.

Obok pierwotnej: 1) obwodowej wprowadzono 2) sympatektomję narządową czyli bezpośrednią denerwację narządu (nephrosis, ulcus ventriculi), przecinanie korzonków rdzenia, zawierających tory współczulne (rises), gałązek łącznych (objawy spastyczne), znieczulenie spłotów (kolki nerwowe, wątrobowe, zapalenie wyrostka). Ostatnio stosuje się coraz częściej — tu i owdzie bezkrytycznie i niefizjologicznie — metodę przecinania części szyjnej n. współczulnego, gałązek brzusznych poza- i przedzwojowych (nerwoból twarzy, dusznica, dychawica, padaczka, jaskra).

Wychodząc z zasady, że według Hessa i Epingera nadpobudliwość parasympatyczna stanowi podłoże w obstipatio spastica, colica mucosa, retentio urinae, hypersecretio acida i w niektórych z wyżej wymienionych chorób, stosowano też (Orzechowski) jady wegetatywne, wagotoniczne, ze skutkiem pomyślnym, hypotonizującym, przeciwskurczowym i przeciwbólowym (np. pilokarpina usuwa bóle neuralgiczno-kauzalgiczne, zatrzymanie moczu, nowokaina przykręgowo wstrzykiwana znosi hipertoniczny zespół skurczu w chorobach żołądka, kiszek, serca, nerek, pęcherza).

Ze pod wpływem omawianego kierunku rozrósł się też znakomicie obszar chorób dokrewnych czyli endokrinoz (Dystrophia adiposogenitalis, Cachexia hypophysearia, Lipodystrophia, Morbus Basedowii Morbus Addisoni, Acromegalia) z przybudówkami (Infantilismus, Eunuchoidismus, Pubertas praecox, Status thymicus) było do przewidzenia. Tajemnicą jeno zostaje, dlaczego endokrinozy wciągają w całości do neuropatologii.

Jak się przedstawia bieg myśli w rozwoju nauki o cierpieniach czynnościowych, o nerwicach, zawiązujących tę nazwę neurologii angielskiej z końca 18 stulecia. Dział ten w opracowaniach podręcznikowych stanowi jakąś pstrą mozaikę, konglomerat niezwykle, swoiste mixtum compositum. Jak przed 60 la-

ty, tak i obecnie, nerwicami nazywamy czynnościowe choroby nerwowe bez tła anatomicznego. Określenie to jest atoli bardzo często błędne, gdyż w rzędzie nerwic spotykamy niejedną, która nie jest chorobą nerwową w ścisłym tego słowa znaczeniu, nie jest czynnościową i nie jest bez tła anatomicznego. Postępy w nauce histologii, konstytucjonalizmu i wydzielania wewnętrznego, w dziedzinie psychologii, psychjatrii i psychoterapii nauczyły nas coraz więcej postaci wyodrębnić z dawnego wszechobejmującego rozdziału nerwicowego, zaś pozostałe, jako łatwiej już z jednolitego stanowiska poddające się klasyfikacji, rozpatrywać nozograficznie nie tylko jako poszczególne jednostki chorobowe, lecz jako typy reakcyjne, zespoły kliniczne.

Tak rozumując, przekonamy się, że zamiast pozornej anarchji i chaosu istnieje tendencja do uporządkowania olbrzymiego materiału klinicznego, w porównaniu z okresem Charcota i Erba.

Padaczka, liczne tiki, płasawica i myoklonja przysuwają się coraz bardziej ku organopatjom mózgowym: zarówno Epilepsia genuina jak Jacksonowska; zarówno Chorea Sydenhami i electrica, jak Huntigtona i starcza; zarówno Myoclonia Unverrichta, jak Paramyoclonus Friedreicha. Nerwice urazowe (Neurosis traumatica), o ile nie są psychogenne, przyjmują charakter organicznej sprawy komocyjnej mózgu z encefalograficznym zwężeniem komór, blokowaniem wprowadzonych soli (NaJ) i uszkodzeniem drobnowidzowej struktury kory. Dawna nerwica zawrotowa (Vertigo Menieri) stopinowo usuwa się z dziedziny nerwic, gdy otjatrja nam stwierdza zmiany organiczne w uchu lub reakcji kalorycznej ze strony błędnika. Tęczyzka i spazmofilja, choroba Basedowa i śluzozobrzęk, akromegalia i choroba Addisona, nerwowość okresu przekwitania, sklerodermja, adipositas dolorosa Dercuma — opuszczają bezpowrotnie kadry nerwic, od chwili gdy się okazały sprawami hormonowymi, cierpieniami wewnątrzsekrecyjnymi, zależnymi od hyperfunkcji lub hypofunkcji tarczycy, jajnika, gruczołków przytarczycznych, nadnercza i przysadki.

Różne dawne nerwice odruchowe (Reflexneurosen), narządowe (Vegetative Neurosen s. Organneurosen) z zaburzeniami — ze strony przetyku i żołądka, kiszek i pęcherza, serca i naczyń — wydzielniczymi, hyper- i hypomortynemij, naczynioruchowymi okazały się organopatjami, od zakłócenia równowagi w układzie autonomicznym zależnymi, niesłusznie wago- i sympatykotonją zwanymi. Do tych należą: gastropatje, enteropatje i kardiopatje nerwowe, Cadospasmus, Pylorospasmus, Rectospasmus, Ruminatio, Acroparaesthesia Schultzego, Neurosis vasomotoria Nothnagla, Asphyxia localis Raynauada, Erythromelalgia Weir Mitchela.

Względem niektórych dawnych, dość niejasnych nerwic (Asthma bronchiale, Urticaria, Coryza vasomotoria, Oedema angioneuroticum, Migraina) wysuwa się coraz bardziej koncepcja alergji i anafilaksji (Bolten, Strom van Leuwen).

Sferę tików, kurczów umiejscowionych (szyi, przepony) i innych ruchów mimowolnych, połączonych tu i owdzie z myślami natrętnymi, poznano jako zależną często od strony lub przewlekłe przebytego schorzenia jąder podkorowych. Do tejże rozległej grupy przesunięto już zakwestjonowane dawno przez neurologów nerwice ruchowe z pogranicza organiczno-funkcjonalnego w rodzaju drżaczki porażennej czyli choroby Parkinsona, pseudosklerozy samoistnej czyli choroby Westphal-Strümpf'a, nerwicy torsyjnej czyli choroby Ziehena, atetozy essenjonalnej czyli choroby Hammonda.

Skurczył się więc dla racjonalnie myślącego lekarza ogrom t. zw. nerwic właściwie do 3-ech głównych jednostek, katexochen chronicznie, często okresowo przebiegających: hysterji, neurastenji i psychastenji, dla których charakterystycznym jest wszędzie i zawsze — obok drugorzędnego czynnika fizjo- czy psychopochodnego — usposo-

bienie neuropatyczne, konstytucja psychopatyczna, choroba osobowości. Dotąd obowiązują jeszcze dawny, a słuszny pogląd, że załazek charakteru małowartościowy (labilitas) i upośledzenie wrodzone sfery woli (suggestibilitas) są swoiste dla hysterji, wzmoczenie lub zmniejszenie pobudliwości psychicznej i uczucie wyczerpania duchowego dla neurastenji, zaś choroba jaźni, natręctwo myśliczynów obok stanów lękowych dla psychastenji, blisko spokrewnionej z dawną hypochondrią, która w swoich cięższych postaciach rozplątywała się całkowicie w psychiatrji.

We wszystkich tych trzech stanach, reprezentujących nie tyle jednostki chorobowe, ile zespoły odczynowe, rozpoznanie różniczkowe w cięższych formach waha się między pospolitą nerwicą a istotną psychozą, zwłaszcza między hysterją młodzieńczą a schizofrenją, między neurastenją okresową a cyklotymją, między psychastenją cięższą a paranoją. W rzeczywistości bowiem dawna, nieprzeparta granica między czynnościową psychozą a nerwicą w określeniu wyżej podanem runęła bezpowrotnie, słupy graniczne się mocno zachwiały, a tendencja tworzenia ściśle odgraniczo-

nego systemu nozologicznego okazała się zarówno w teorji, jak w praktyce nieuzasadnioną.

We wszystkich tych zespołach nerwicowych, skądinąd wrodzonych, wpływ czynników zewnętrznych jest duży (otoczenie, kształcenie, zawód, małżeństwo, wstrząsy), a wychowawczo-leczniczych wybitny (suggestja Bernheima, perswazja Dejerinea, dialektyka Dubois, hypnoza Forela, psychoterapia emocjonalna Babińskiego, reedukacja duchowa Janeta, couëzizm Baudouina i Couego, kotartyzm Breneta, psychanaliza Freuda), o ile lekarz uświadamia sobie 1) że psychogenne jest zawsze funkcjonalne, a nie odwrotnie, 2) że istnienie czynnika somatycznego nie wyłącza bynajmniej współistnienia, a nawet przewagi psychogennej, 3) że symbioza ciała cielesnego i duchowego jest rzadką, 4) że symulacja u tego rodzaju chorych nie zawsze jest świadoma, a dyssymulacja nie zawsze jest celowa.

Jedynie tak pojęta sprawa newroz i psychoneuroz odpowiada obecnemu stanowi wiedzy lekarskiej, nie zadawał-niającej się dawnym, przez autorytet wielkich klinicystów (Charcot, Trousseau, Erb, Oppenheim) uparcie bronionym szablonem teoretycznym. (Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału wewnętrznego "B" Szpitala Św. Łazarza, w Warszawie.

(Ordynator: doc. dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

Porażenie splotu barkowego typu Duchenne-Erba w związku z zakażeniem rzeżączkowym.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Chory J. S., lat 25, motorniczy tramwajowy, kawaler. Dziedzicznie nie obciążony, rodzeństwo zdrowe. Warunki życiowe dość dobre, alkoholu nie nadużywał, pali umiarkowanie. Chorób, przebytych w dzieciństwie, nie pamięta. Poza grypą o lekkim przebiegu w r. 1922 wogóle nigdy nie chorował, zawsze był zdrowy i silny. W dniu 3.VIII. 25r. zaraził się rzeżączką. Leczył się ambulatoryjnie, nie przestając pracować jako motorniczy. Pomimo 4-tygodniowej kuracji objawy miejscowe nie ustępowały: chory nadal odczuwał ból przy oddawaniu moczu, mocz był mętny, z domieszką śluzu, ropy, a czasem i krwi, wyciek z cewki był b. nieznaczny.

W dniu 3.IX, czyli w miesiąc po zarażeniu tryprotem, chory stopniowo, bez żadnej widocznej przyczyny, począł odczuwać dość dotkliwy ból w prawym ramieniu. Ból nie był tak silny, aby uniemożliwiał pracę, tak że chory, starannie oszczędzając dotkniętą kończynę, prowadził nadal wóz tramwajowy (jako motorniczy pracuje przeważnie ręką lewą). W ciągu następnego dnia ból powoli, ale stale się wzmacniał i przy ruchach stawał się bardzo silnym. Chory zauważył wówczas stopniowo wzrastające osłabienie prawej kończyny górnej i stwierdził, że porusza nią z trudem nie tylko ze względu na ból, ale również z powodu postępującego osłabienia władzy i siły. Wkrótce przyłączyła się gorączka i dopiero wówczas, 5.IX chory poczuł się zmuszonym porzucić pracę i położyć się do łóżka. Natężenie bólu chwilami, zwłaszcza w nocy, gwałtownie się wzmacniało, to też chory spędzał noce przeważnie bezsenne; chwilami następowało zwolnienie bólu, przerw zupełnie wolnych nie było wcale. Wezwany lekarz dał mu lekarstwo i zalecił okłady. Chory unikał starannie wszelkiego poruszenia dotkniętej kończyny, albowiem przy najbliższych ruchach, a także przy nieodpowiednim ułożeniu kończyny bóle wybitnie się potęgowały. Stopnia bezwładności ramienia chory nie potrafił określić, gdyż ze względu na ból nie próbował wcale ruszać ręką. Gorączka dochodziła do 40°. W chorej kończynie pacjent odczuwał sensacje w postaci palenia i mrowienia. Wobec zupełnej bezskuteczności dotychczasowego leczenia domowego lekarz skierował chorego do

szpitala. W dniu 18.IX chory przybył na nasz oddział z rozpoznaniem *omarthrits gonorrhoeica*.

Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje: chory budowy prawidłowej, o miernym stanie odżywiania. Narządy wewnętrzne żadnych zmian chorobowych nie wykazują. Tę 39°. Samopoczucie złe z powodu silnego drażącego bólu w okolicy prawego stawu barkowego i w warstwach głębokich ramienia. Chory unika najbliższego nawet ruchu w prawym stawie barkowym, porusza się bardzo powoli i ostrożnie, kończynę chorą trzyma zgiętą w stawie łokciowym, przytrzymując ją przy każdym poruszeniu ręką zdrową. Bardzo silna bolesność na dotyk w okolicy prawego stawu barkowego. Żadnego zniekształcenia, zaczerwienienia, obrzmienia w okolicy stawu nie stwierdza się. Wyraźne zanik w okolicy mięśnia trójkątnego, nadgrzebieniowego, podgrzebieniowego, piersiowego większego i dwugłowego. Napięcie mięśni, obejmujących przedramię, obniżone. Obwód ramienia prawego mniejszy niż lewego. Ze względu na bardzo dotkliwy rwący ból chory nie pozwalał na dokładniejsze zbadać dotkniętej kończyny.

Badanie moczu: mocz mętny, z licznymi nitkami śluzu. Białka ani cukru niema. Urobilinogen i odczyn dwuazowy ujemne. W osadzie całe pole widzenia usiane ciałkami ropnymi.

Niedawno przebyta, niewyleczona zresztą jeszcze rzeżączka, w której przebiegu wystąpiło bardzo bolesne zajęcie jednego tylko stawu, przemawiała za rozpoznaniem rzeżączkowego zapalenia prawego stawu barkowego. Jako zaś zupełnie niezwykłe powikłanie miało tu miejsce porażenie mięśni barku i ramienia, którego ścisłych rozmiarów w ostrym okresie choroby wobec wielkiego bólu nie można było chwilowo dokładnie określić.

Choremu zastrzyknięto domięśniowo w okolicę pośladkową 5cm.³ mleka oraz dano salicyl i atofan. Środki te spowodowały znaczną ulgę w cierpieniach chorego, tak, że mógł na kilka godzin zasnąć. Temperatura wieczorem wynosiła 38°8'. Następnego dnia dalsza poprawa subiektywna: bolesność stawu barkowego na dotyk, aczkolwiek jeszcze duża, dozwalała jednak na dokładniejsze zbadanie chorej kończyny. Wówczas stwierdzono wyraźnie, że chory nie porusza ręką nie tylko dlatego, że obawia się powiększania się bólu przy ruchach, ale dlatego, że znaczna część mięśni ramienia uległa zupełnemu porażeniu. Jeszcze po dwóch dniach, gdy bolesność ustąpiła prawie zupełnie i można było przeprowadzić ściśle badanie neurologiczne, stwierdzono stan następujący:

Zdolność ruchowa prawej kończyny górnej upośledzona w stopniu bardzo znacznym: ramię zwisa bezwładnie, zupełnie niezdadne do użytku. Kończyna wyprostowana przylega do tułowia, jak przyklejona; ani wzniesić do poziomu, ani zgiąć jej w stawie łokciowym chory nie jest w

stanie. Ruch wznoszenia ramion ze strony dotkniętej wyraźnie słabszy, prawy bark nieznacznie opuszczony. Ruchomość bierna w stawie barkowym znacznie upośledzona, ruchy ramienia możliwe tylko z jednoczesnym poruszaniem łopatki, z którą ramię tworzy dość ściśle spójną całość. Chory może powoli zgiąć kończynę w stawie łokciowym, ale skutecznie to w ten sposób, że przedtem nawraca przedramię i korzysta przy jego zgięciu głównie z mięśnia ramieniowego wewnętrznego i odwracającego długiego. Napiecia mięśnia dwugłowego przy zginaniu przedramienia nie stwierdza się wcale. Odruchu mięśnia dwugłowego nie można wywołać. Obwód prawego ramienia 24 cm., lewego 27 cm.

Splaszczanie okolicy barkowej i uwydatnienie zarysów kości stawu barkowego dowodziły zaniku mięśnia trójkątnego. Wyraźny zanik oraz objawy niedowładu wskazywały na zajęcie sprawą chorobową również i mięśnia piersiowego większego. Powstałe w okolicy mięśnia podgrzebieniowego charakterystyczne zagłębienie i wystawanie grzebienia łopatki wskazywało na zanik tego mięśnia. Takie zagłębienie, wyrażone jedynie nieco słabiej, stwierdza się w okolicy mięśnia nadgrzebieniowego. Brzeg wewnętrzny łopatki przebiega równoległe do kręgosłupa i nie odstaje od tylnej ściany klatki piersiowej. Wszelkie ruchy dłoni i wyprostowania przedramienia zachowane w zupełności. Ruchy bierne w stawie łokciowym dość bolesne, bez żadnego oporu mięśniowego; mięśnie porażone wiotkie, zanikowe, napięcie ich wyraźnie obniżone. Drżenia włókienkowe w mięśniach porażonych nie stwierdza się. Rozluźnienia w stawie barkowym na skutek porażenia i zaniku mięśni, odgrywających tak ważną rolę w ustaleniu stawu, nie było.

Zmiany czuciowe polegały na znacznym osłabieniu czucia bólu, temperatury i dotyku w okolicy mięśnia trójkątnego i części promieniowej przedramienia. Bolesności przy ucisku na przebiegu nerwów w chwili badania nie było. Skóra w obrębie zajęтым żadnych zmian chorobowych nie wykazywała.

Mieliśmy tu więc do czynienia z porażeniem spłotu ramieniowego górnem, czyli porażeniem ramieniowem typu Duchenne-Erba, zależnem od zajęcia V i VI korzeni szyjowych. Porażone były mięśnie: trójkątny (nerw pachowy), dwugłowy (n. skórno-mięśniowy), piersiowy większy (n. piersiowe przednie), nad- i podgrzebieniowy (n. nadłopatkowe), które w stosunkowo tak krótkim czasie uległy znacznemu zanikowi.

Zdjęcie Roentgenowskie (dr. Grynkrant) żadnych zmian chorobowych w okolicy stawu barkowego nie wykazało.

Badanie pobudliwości elektrycznej mięśni (Dr. Hermann) zmian ilościowych, ani jakościowych nie wykazało, czyli, że mieliśmy tu do czynienia z zanikiem prostym bez cech zwyrodnienia.

Reasumując powyższe, widzimy, że mieliśmy tu do czynienia z chorym, u którego w przebiegu ostrej rzeżączki wystąpiło górne porażenie spłotu ramieniowego. Wobec braku jakiegokolwiek innego czynnika etiologicznego należało w danym przypadku uznać za taki niedawno nabyte i niewyleczone jeszcze zakażenie rzeżączkowe i zaliczyć dane zapalenie nerwów do grupy zakaźnych zapaleń nerwów, rozwijających się podczas albo po rozmaitych chorobach zakaźnych ostrych i przewlekłych.

Dalszy przebieg choroby był następujący: choremu zastosowano leczenie swoiste; otrzymał on 7 zastrzyków szczepionki gonokokowej. Na zajęty staw i porażone nerwy stosowano szafki elektryczne, gdyż ciepło sprawiło choremu znaczną ulgę. Przeciwko bólom dostawał salicyl i atofan. Po upływie dwóch tygodni bóle ustąpiły zupełnie, i chory mógł już bez dolegliwości wykonywać rozległe ruchy bierne i dobrze znosił masaż. Poprawa natomiast w dziedzinie ruchowej była bardzo niewielka, sprawność mięśniowa pozostawała nadal rękocieczna. Temperatura wieczorem wahała się około 37,2, 12 X.25, czyli po 24-godinnym pobycie w szpitalu, chory na stanowcze własne życzenie wypisał się celem dalszego leczenia się ambulatoryjnie. W przy-

chodni stosowano mu elektryzację i naświetlanie zajętego stawu lampą Sollux oraz kontynuowano leczenie swoiste. Stan prawie zupełnego bezwładu kończyny trwał jeszcze około tygodnia, następnie zaś ruchy czynne zaczęły stopniowo powracać, a rozmiary porażenia powoli się cofać. Chory mógł już względnie łatwo ubierać się bez pomocy. Po upływie 15 dni chory, który jest członkiem orkiestry, był już w stanie, aczkolwiek z pewnym trudem, grać na puźonnie, a po 4 tygodniach ruchy w stawie łokciowym i barkowym, choć jeszcze ograniczone, wystarczały już jednak, aby chory powrócił do swej pracy zawodowej. W 6 tygodni po wypisaniu się ze szpitala, a w 2 i pół miesiąca od chwili wystąpienia porażenia, na przebytą sprawę chorobową wskazywały jedynie trwające nadal, bardzo uporczywe zaniki, nieznaczne osłabienie grubej siły mięśniowej i ograniczenie ruchomości prawego stawu barkowego w związku z powstałą podczas zapalenia stawu zrostami. Ruch wznoszenia ramienia ponad poziom chory wykonywał niezgrabnie i z trudem, natomiast ruchy zginania przedramienia były zupełnie prawidłowe.

Na szczególną uwagę w powyższym przypadku zasługuje niezwykle szybkie wystąpienie zaników, które w chwili przybycia chorego do szpitala, t. z. po upływie zaledwie 15 dni od chwili zachorowania, były już bardzo znaczne. Zaniki te zasługują na tem bardziej na uwagę, że przebiegały bez odczynu zwyrodnienia. Nasuwało to podejrzenie, czy nie są one zależne raczej od zachorzenia stawu barkowego, zaniki bowiem pochodzenia stawowego cechują się właśnie brakiem jakościowych zmian pobudliwości elektrycznej. Brak jednak znaczniejszych zmian w stawie barkowym, obszerny zakres porażonych mięśni, obecność zmian czuciowych oraz bardzo ostry przebieg przemawiały stanowczo za nerwowem, a nie stawowem pochodzeniem zaników.

Jak wykazują dane z piśmiennictwa, brak odczynu zwyrodnienia jest cechą swoistą gonokokowego zapalenia nerwów, w żadnym bowiem z opisanych spostrzeżeń odczynu tego, podobnie jak i w naszym przypadku, nie stwierdzono.

Zajęcie nerwów obwodowych w związku z zakażeniem rzeżączkowem należy do wielkich rzadkości. Podręczniki chorób nerwowych w dziale etiologii porażań obwodowych oraz podręczniki chorób wenerycznych w dziale opisu pozamoczopłciowych powikłań rzeżączki albo wcale, albo zaledwie w kilku słowach wzmiankują, że również i rzeżączka może być powodem zajęcia nerwów. Orłowski, wyliczając w swym podręczniku długi szereg chorób zakaźnych, podczas albo po których spotyka się porażenia, o rzeżączce nie wspomina wcale. W podstawowym dziele Oppenheima oraz w 10 tomie Kraus-Brugscha znajdujemy zaledwie krótkie wzmianki, że pośród chorób zakaźnych, mogących powodować zajęcie nerwów obwodowych, znajduje się również i rzeżączka. Dokładniejsze dane w tej sprawie znajdujemy jedynie w XI tomie (3-ia część) *Spezielle Pathologie u. Therapie Neithagla*, opracowane przez Reinaka i Flatau. Według autorów tym zajęcie nerwów w rzeżączce dotyczy prawie wyłącznie kończyn dolnych i występuje jednocześnie z zajęciem stawów albo bez niego, najczęściej w obrębie nerwu kulszowego i zasłonowego. Wobec tego, że powikłanie zajęciem nerwów w rzeżączce dotyczy prawie wyłącznie kończyn dolnych, Leyden uważa, że nie jest wyłączone miejscowe przechodzenie sprawy za-

palnej z jej głównego ogniska na nerwy, bardziej się jednak skłania do uznania toksycznego wpływu jadu rzeżączkowego. Lesser na mocy objawów klinicznych uważa za prawdopodobne, że odosobnione neuralgie, rwa kulszowa i rzadkie schorzenia innych oddzielnych nerwów polegają na prawdziwych przerzutach gonokoków, choć, co prawda, przeniknięcia gonokoków do nerwów obwodowych nikt jeszcze nie stwierdził. Natomiast **polyneuritis gonococcica** ma jakoby być wywołana działaniem jadów. Przypadki gonokokowego zapalenia wielonerwowego opisywali Engel-Reimers, Cros, Weland, Allard i Meige, Raymond. Przypadki zajęcia poszczególnych nerwów opisywali Naunyn, Nürnberg, Lazarus, Bloch, Eulenburg, Pickenbach, Delamare, Veraguth, Bernhardt.

Opisany przez Bernhardta przypadek dotyczący kelnera, u którego w przebiegu rzeżączki wystąpiło odosobnione zajęcie prawego nerwu skórno-mięśniowego. Wobec tego, że zapalenie gonokokowe atakuje prawie wyłącznie kończyny dolne, autor przypuszcza, że porażenie w danym przypadku dotknęło tę okolicę nerwowo-mięśniową, którą chory zawodowo od długiego czasu przeważnie i nadmiernie pracował. Nasz przypadek przeczy przypuszczeniu, jakoby okolica nerwowo-mięśniowa, z której osobnik głównie w swej pracy zawodowej korzysta, miała przedstawiać *locum minoris resistentiae* dla ew. jej zajęcia przez zakaźną sprawę chorobową. Motorniczy tramwajowy prowadzi wagon, regulując jego bieg korbą, poruszającą ręką lewą, a prawą trzyma przeważnie spokojnie na hamulcu ręcznym, z którego korzysta względnie rzadko. Pomimo to porażenie dotknęło u naszego chorego właśnie to stosunkowo niewiele nadwyżę ramię prawe. Możliwe, że zajęcie prawego spłotu ramieniowego było tu jedynie wtórne, albowiem wszelka sprawa zapalna stawu barkowego może, rozszerzając się, przejść z łatwością na leżący w bezpośrednim sąsiedztwie z ogniskiem chorobowym spłot, lub też wywołać w nim stan zapalny wskutek podrażnienia. Ze względu jednak na prawie że jednocześnie wystąpienie objawów zajęcia stawu i nerwów oraz stosunkowo niewielki odczyn zapalny ze strony stawu, bardziej prawdopodobne jest przypuszczenie równorzędnego wpływu sprawy chorobowej zarówno na staw, jak i na nerwy.

Porażenia ramieniowe są uogólnie bardzo uporczywe, w znacznej części przypadków kończyna dotknięta do sprawności zupełnej nie wraca nigdy. Porażenia nerwów gonokokowe dają rokowanie znacznie lepsze i chorzy dość szybko wracają do zdrowia zupełnie lub prawie zupełnie. Rokowanie rzeżączkowego zapalenia nerwów jest lepsze, niż rokowanie rzeżączkowego zapalenia stawu.

Leczenie rzeżączkowego zapalenia nerwów, poza ew. stosowaniem leczenia swoistego, niczem się nie różni od leczenia zwykłych porażań innego pochodzenia.

Podczas gdy porażenia urazowe typu Duchenne-Erba są dość częste ze względu na powierzchowne położenie odpowiedniej części spłotu—porażenia takie w przebiegu chorób zakaźnych należą do wielkich rzadkości; opisu zaś takiego porażenia w związku

z rzeżączką w dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłem.

Piśmiennictwo:

Orłowski, Choroby nerwów obwodowych. Bregman, Diagnostyka chorób nerwowych. Malinowski, Choroby weneryczne. Bing, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Nothnagel, Sp. Pathol. u. Therap. t. X. 1900. Krauss-Brugsch, Sp. Pathol. u. Therap. t. X. Riecke, Handbuch der Haut-u. Geschlechtskrankheiten. Jesner, Lehrbuch der Haut-u. Geschlechtsleiden. R. Bloch, Zur Kenntniss der gonorrhoischen Gelenks und Nervenkrankungen. A. f. Derm. u. Syph. 1899. t. 48. A. Eulenburg, Ueber gon. Nervenkrankungen D. med. Woch. 1900. Nr. 43. Pickenbach, Neuritis nach Gonorrhoe. Med. Klin. 1907. Nr. 27. Bernhardt, Isolierte Lähmung des rechten Nervus muscul. cutaneus nach Tripper. Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 35. G. Delamare, Les accidents nerveux de la blennorrhagie. Gaz. des hop. 1901. Nr. 57. F. Raymond, Sur un cas de polyneurite generalisée avec diplegie faciale d'origine vraisemblablement blennorrhagique. Pr. med. 1901 No. 30.

Z Zakładu Rentgenologicznego Kasy Chorych m. Warszawy
(Kierownik: Dr. S. RUBINROT)

Rentgenoterapia wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Podał

S. RUBINROT (Warszawa)

Naświetlanie żołądka promieniami Rentgena zapoczątkowali Bonejel i Bruegel, którzy stwierdzili zmniejszenie się kwasoty pod wpływem naświetlań. Régaud, Nogier, Lacassagne stwierdzili zmiany zanikowe w gruczołach żołądka u naświetlanych psów. W r. 1913 podał Kodon 18 przypadków naświetlanych wrzodów żołądka z poprawą ogólną u wszystkich chorych. Wilms w roku 1916 zalecał stosowanie rentgenoterapii w skurczu odźwiernika. Menzer w roku 1919 podał przypadek dwudzielnosci spastycznej żołądka, w którym po naświetlaniu kształt żołądka powrócił do normy.

W r. 1921 na zjeździe rentgenologicznym w Berlinie podał Schultze-Berge 77 przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy, które nadawały się do operacji, ale zostały poddane naświetlaniu; w 52 przypadkach (70%) nastąpiło wyleczenie kliniczne z przybraniem na wadze do 30 funtów, w 16 przypadkach (20%) była znaczna poprawa, w 9-ciu (12%) wynik był ujemny.

Dobre wyniki otrzymali również Menzer i Kottmaier. Strauss w roku 1923 podał 52 przyp., przyczem tylko w 5-ciu był wynik ujemny.

Mattoni podał w roku 1923 wyniki naświetlania chorych, obserwowanych od 2 — 3 lat po naświetlaniu; zupełne uleczenie kliniczne otrzymał w 108 przypadkach (77%), poprawę wybitną w 19 (13%), wynik ujemny w 13 (9%). Według Mattoniego naświetlanie wskazane jest zarówno we wrzodzie zwykłym (*ulcus simplex*) jak i drążącym (*ulcus penetrans*), przeciwwskazanie stanowią wrzody modelowate i przewężające. Szczególnie dodatni wpływ mają naświetlania przy źle działających zespoleniach

operacyjnych. W 5-ciu podobnych przypadkach już w kilka dni po naśw. ustępowały wszystkie dolegliwości podmiotowe, i zespolenie zaczynało funkcjonować prawidłowo. Powikłań cięższych w postaci przedziurawienia Mattoni w żadnym ze swoich przypadków nie spostrzegali; przeciwnie, u chorych, którzy przybyli do oddziału z obfitymi krwawieniami, wkrótce krwawienie znikło i nawet jako utajone nie mogło być wykryte w kale. Prawie stałym objawem była zmniejszona nadkwaśność (w 22 przyp. na 26).

Jüngling, chirurg z Tubingi, wypowiada w swoim podręczniku rentgenoterapii z r. 1924 zdanie, że pomimo tak zachęcających wyników rentgenoterapii wrzodu żołądka, nie są one jednak przekonujące, albowiem okresowość nasileni objawów we wrzodzie żołądka jest rzeczą znaną. Dla stwierdzenia leczniczego działania promieni żąda Jüngling, aby przedstawiony był przypadek wrzodu, dającego niewątpliwie obraz rentgenologiczny w postaci nyży Haudeka, i który na zasadzie dzisiejszych poglądów klinicznych nadawałby się do operacji: „dowodem przekonującym leczniczego działania mogłoby być tylko zniknięcie nyży po naświetlaniach, ale dowodu takiego dotychczas brak“.

W niespełna rok potem na zjeździe rentgenologów w Naulheim w r. 1925 podał Lenk, asystent Holcknechta wyniki naświetlania wrzodu drążącego żołądka z rentgenologicznie stwierdzonymi nyżami. W ogólnej liczbie około 100 naświetlanych przyp. otrzymał Lenk bardzo dobre wyniki prawie w 90%, atoli rozpatruje bliżej tylko 7 przypadków, kontrolowanych w ciągu 3 — 8 lat. W 4 przypadkach były wrzody żołądka z nyżami, w 1-y m nyża w dwunastnicy, w 2-ch charakterystyczne zniekształcenie opuszki. Z tych 7 przypadków tylko jeden musiał być operowany wobec poprawy przemijającej, natomiast w 6-ciu pozostałych — a więc w 85% ustąpiły wszelkie objawy kliniczne i zniknął obraz nyży z rentgenogramów. We wszystkich przypadkach nie stosowano żadnego leczenia lekarskiego i żadnej diety prócz powstrzymania się od bardziej szkodliwych potraw.

Z objawów klinicznych wrzodu najrychle ustępują trapiące chorych bóle, najpóźniej po 10 — 14 dniach po naświetlaniu, dłużej pozostaje ból od ugniatań w okolicy nyży. Wkrótce ustępuje uporczywe zaparcie, normuje się lanknienie chorych przybierają na wadze. Zgodnie z innymi autorami stwierdzał Lenk ustąpienie krwawień, co przypisuje oddziaływaniu jednocześnie naświetlanej śledziony.

Nadkwaśność w większości przypadków z początku zmian nie przedstawia lub niewiele się zmniejsza, rzadko tylko spada raptownie. Niekiedy kwasota wraca do normy długo już po zaprzestaniu leczenia, niekiedy jednak nadkwaśność pozostaje. Wobec tej okoliczności wypowiada Lenk przypuszczenie, że nadkwaśność nie odgrywa w tej chorobie takiej roli, jaką się jej przeważnie przypisuje.

Ciekawe są doświadczenia Mieschera na psach, naświetlanych po nalożeniu przetoki żołądkowej; badania te, jakkolwiek nie wyjaśniły jeszcze istoty działania promieni Rentgena na błonę śluzową żołądka, przekonują jednakże, że naświetlania powodują znaczne zmiany w czynności wydzielniczej żołądka.

W piśmiennictwie polskim omawiana metoda leczenia dotychczas mało była poruszana. W r. 1923 podał Groszlik 4 przypadki z Łódzkiej Kasy Ch., gdzie w 3 przypadkach nastąpiła znaczna poprawa; bliższych szczegółów brak.

Spostrzeżenia moje osobiste dotyczą zaledwie kilkunastu przypadków z powodu braku odpowiedniego materiału, jakkolwiek sprawę tę poruszałem kilkakrotnie na posiedzeniach Sekcji Gastrologicznej W. T. L. i innych.

W przypadku pierwszym klinicznie i rentgenologicznie stwierdzony był wrzód dwunastnicy, przy czym zwykłe metody leczenia nawet w specjalnych sanatoriach — pozostały bez wyniku. Po 2-ch seriach naświetlań wszelkie dolegliwości ustąpiły, i dziś od lat już 10-ciu chora nie przestrzega żadnej diety.

W kilku innych przypadkach dobry wynik obserwuję od 2-ch lat. Wreszcie naświetlałem wrzód trawienny po operacji zespolenia, który wystąpił po kilku latach pomyślnego stanu zdrowia i trwał od roku. Po jednej serii naświetlań dolegliwości ustąpiły.

Przed miesiącem rozpocząłem naświetlania chorej z wrzodem dwunastnicy w Zakładzie Rentgenologicznym Warsz. Kasy Chorych. Po 3-ch tygodniach bóle ustąpiły prawie zupełnie, kwasota spadła z 70 na 24, kwas solny wolny z 60 na 18. Obecnie chora rozpoczęła drugą serię naświetlań wobec wystąpienia niewielkich bólów.

Co do techniki naświetlań, stosuję zwykle 2 duże pola — przednie i tylne, dając na każde pole po 1/3 lub 1/2 dawki 2 lub 3 razy z tygodniowymi przerwami. Pomimo małych dawek chorzy reagują jednak zwykle dość silnie, — po kilku godzinach występują nudności, niekiedy wymioty. Radzimy chorym powstrzymać się od przyjmowania pokarmów kilka godzin, względnie leżeć. Następnego dnia objawy te zwykle przechodzą.

Pomimo absolutnego bezpieczeństwa, jakie ta metoda lecznicza przedstawia i względnie pomyślnych wyników nie zwróciła ona na siebie tej uwagi lekarzy, na jaką zasługuje. Chorzy na wrzód żołądka leczeni są bądź paljatywami, jak bizmut i narkotyki, bądź też operowani z odpowiednim odsetkiem powikłań, nawrotów i śmiertelności. Stosowana ostatnio proteinoterapia daje względnie niewielki odsetek uleczeń i to przeważnie tylko we wrzodach dwunastnicy. Jeżeli zważymy jak częsta jest ta choroba (przez Zakład Rentgenologiczny K. Ch. przewija się około 1000 takich chorych rocznie) i jakie koszty pociąga za sobą długotrwałe leczenie chorych, wytraconych ponadto z normalnego trybu życia pracy, to przyjdziemy do przekonania, że nie należy przechodzić do porządku dziennego nad omawianą metodą leczenia, — że zasługuje ona w każdym razie na bliższe zapoznanie się z nią i na wypróbowanie jej na obfitym materiale.

Piśmiennictwo:

- Lacassagne. Arch. d'électrologie médic. 1912.
Bruegel. Münch. Med. Woch. 1917. Schultze-Berge. Strahlentherapie T. XIV, 1920. Mattoni. Med. Klinik. 1923. Strauss. Deutsche Med. Woch. 1923, Nr. 13.
Groszlik. Polska Gazeta Lekarska 1924. Jüngling. Roentgenbehandlung chirurg. Krankh. 1924. Lenk. Strahlentherapie, T. XX, 1925.

Z II oddziału chir. szpít. Przem. Pańsk. w Warszawie.
(Ordynator: Dr. A. ZAWADZKI).

O leczeniu pooperacyjnej niewydolności wątrobowej insuliną.

Podał

J. POMPER (Warszawa).

W przebiegu pooperacyjnym w rzedzie wielu różnych powikłań zaczęto ostatnio również wyróżniać te powikłania, które w związku z podaniem środka narkotycznego, przeważnie chloroformu ale także i eteru, mają za miejsce swego wyścia upośledzenie komórki wątrobowej. Zaznaczyć należy, że powikłania te, aczkolwiek o wiele rzadziej, również występują przy zabiegach w znieczuleniu miejscowym.

Wyraża się to najczęściej w dosyć typowym obrazie klinicznym. Na drugi czy na trzeci dzień po zabiegu, występują obfite wymioty, tętno staje się szybkie, nitkowate, oczy zapadłe, oddech powierzchowny, czasami zjawia się żółtaczka. We krwi stwierdzamy wówczas znaczne powiększenie mocznika. Walka z tym stanem chorego często kończy się smutnie, wskutek autolitycznego rozpadu tkanki wątrobowej, co stwierdziliśmy kilkakrotnie na materiale sekcyjnym.

Opierając się na badaniach Richtera, który w podobnym obrazie ostrego żółtego zaniku wątroby próbował stosować insulinę wraz z cukrem na zasadzie doświadczenia Rogera, wykazującego, że zwierzęta, pozbawione glikogenu, nie są w stanie oprzeć się jadom, wstrzykniętym do żyły wrotnej, podczas gdy równocześnie podanie glikogenu zabezpieczało je od zgubnego działania jodu, zaczęliśmy w przypadkach pooperacyjnej, ostrej hepatargji również stosować insulinę. Wynik, jak dotychczas mogliśmy zaobserwować na jeszcze bardzo skromnym materiale, bo wynoszącym zaledwie 3 przypadki, był znakomity. Choczy, wczoraj jeszcze znajdujący się w ogólnym ciężkim stanie z objawami wyżej podanymi, w kilkanaście godzin po wstrzyknięciu insuliny szybko się poprawiali, przyczem, co jest rzeczą nader charakterystyczną, zmiana ta ku lepszemu występowała prawie ze raptownie.

Technika nasza polega na wstrzyknięciu podskórnem około 500 cm. sz. 10% cukru gronowego z następczem wstrzyknięciem domięśniowem 10 jedno-

stek insuliny. Zastrzyki mogą być powtarzane na drugi dzień.

Przypadków tych ostrej niewydolności wątrobowej nie należy utożsamiać z imemi powikłaniami, najczęściej z pooperacyjną kwasicą, w których stosuje się *larga manu* insulinę ze zmiennym skutkiem.

Dla lepszego uwypuklenia powyższego podaję w streszczeniu opisy 3 przypadków niewydolności pooperacyjnej wątroby, w których zastosowaliśmy insulinę.

Przyp. I. Chory W. J. lat 17, przybył na oddział z powodu gruźliczego zapalenia stawu skokowego z licznymi przetokami kostnymi. W znieczuleniu eterowem dokonano odjęcia kończyny w górnej 1/3 części podudzia. Na drugi dzień po operacji zjawily się silne wymioty, towarzyszące bólowi w prawej połowie brzucha, co w pierwszej chwili zrobiło wrażenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Dokładne badanie brzucha wykazało powiększoną wątrobę, bolesną przy obmacywaniu. W kilkanaście godzin po zastosowaniu insuliny z cukrem gronowym wszystkie objawy podrażnienia wątroby cofnęły się.

Przyp. II. Chory A. W., lat 52, przybył na oddział z powodu dwustronnej przepukliny pachwinowej. Na drugi dzień po zabiegu w znieczuleniu eterowem doszczętnego usunięcia przepukliny chory dostał żółtaczki, wymioty wzmogły się, ciepłota podniosła się do 39°. Tętno stało się słabe, nitkowate, twarz wyciągnięta, oczy zapadłe. Po wstrzyknięciu insuliny z cukrem gronowym po dobre żółtaczka była już ledwie widoczna, ciepłota zaczęła się obniżać, chory stopniowo powrócił do stanu normalnego, odpowiedniego dla okresu pooperacyjnego.

Przyp. III. Chora, S. A. lat 22 przybyła na oddział z przetoką pęcherzyka żółciowego, wykonaną w Paryżu przed ½ rokiem. Po operacyjnem usunięciu pęcherzyka żółciowego wraz z przetoką na 3 dzień stan chorej znacznie się pogorszył. Zjawily się wymioty, twarz się wydłużyła, tętno stało się szybkie, słabo napięte. We krwi stwierdzono powiększoną ilość mocznika (0,78%). Kilkakrotne płukanie żołądka oraz podanie całego arsenału środków nasercowych, sytuacji nie zmieniło. W kilkanaście zaś godzin po wstrzyknięciu insuliny wraz z cukrem gronowym stan chorej zmienił się znacznie ku lepszemu. Wymioty znikły, tętno się poprawiło, jak również nastąpiło znaczne polepszenie samopoczucia chorej.

Uważając komunikat niniejszy za doniesienie tymczasowe, ograniczyliśmy się do przedstawienia własnego skromnego doświadczenia w sprawie stosowania insuliny po zabiegach chirurgicznych w przypadkach niewydolności wątrobowej, pozostawiając do uzupełnienia w przyszłości szersze ujęcie sprawy insuliny w terapii pooperacyjnej na materiale własnym oraz zaczerpniętym z literatury.

Z praktyki prywatnej.

Przypadek postrzału czaszki *).

Podał

Witold KRZEMIŃSKI (Warszawa).

J. B. lat 11 prawie od lat 3 nosi w głowie 23 kulki śrutowe, jako pozostałość po postrzale lewej połowy głowy, z odległości niecałych 12 metrów.

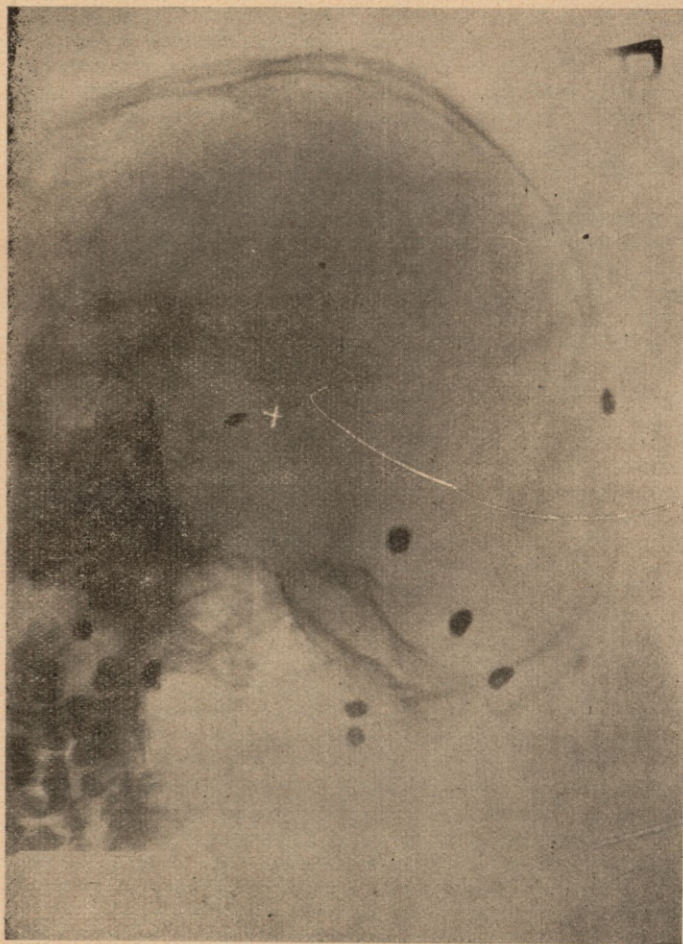
*) Przedstawiony na posiedzeniu Pol. Tow. Lek. dn. 31/III 1926 r. i na posiedz. Warsz. Tow. Neurolog. dn. 17/I 1925 r.

Chory wnet po postrzale stracił przytomność, został przewieziony do szpitala, gdzie lekarz ordynujący stwierdził lewostronne porażenie połowicze. Po upływie 4 tygodni pacjent wypisany został ze szpitala w Zamościu z porażeniem lewych kończyn i lewej połowy twarzy.

Obecnie malec czuje się dobrze, uczy się przykładnie w szkole. Sprawność ruchowa lewej kończyny górnej poprawiła się o tyle, że w życiu codziennem matka chorego nie stwierdza prawie ubytków czynnościowych. Lewa kończyna dolna jest nieco słabszą od p. k. d., malec chodzi i biega, lekko utykając na tę kończynę — ta okoliczność sprowadziła matkę chorego do lekarza.

Badanie przedmiotowe układu nerwowego stwierdza, co następuje: nieznaczna asymetria twarzy (dyskretny niedo-

wład dolnego *facialis* po stronie lewej), wzmożone napięcie mięśni i odruchów ścięgowych i okostnych w kończynach lewych, szczególnie kończynie dolnej. Flexion combinée de la cuisse et du tronc po str. lewej. Dodatnie objawy Babińskiego i Rossolimo po str. lewej. Wszyst-



kie rodzaje uczuć bez zmian. Brak zmian przedmiotowych i ubytków czynnościowych ze strony innych mechanizmów nerwowych.

Powyższe świadczy o przetrwałych zaburzeniach w torach piramidowych prawej półkuli, które ostro wystąpiły wnet po postrzale i stały się powodem wystąpienia obja-

wów znamienych dla typu kapsularnego porażenia lewostronnego.

Zestawienie zdjęć rentgenowskich w pozycji frontальной i sagitalnej stwierdza, że 22 kulki śrutowe umiejscowione są przeważnie w miękkich częściach głowy—natomiast jedna



przeszyła czaszkę i tkwi w mięszu mózgu w prawej półkuli — ta to kulka najprawdopodobniej stała się powodem owego porażenia lewostronnego, o którym była mowa powyżej.

Streszczenia zbiorowe.

Narządy kamyczkowe i rola ich w układzie statycznym *).

Podał

B. KARBOWSKI (Warszawa).

Problemat przestrzeni jest problemem o silnym zabarwieniu filozoficznym. Nas, lekarzy-przyrodników, filozoficzne ujęcie kwestji, definicje, jako takie, mniej interesują; interesuje nas natomiast w pierwszym rzędzie ujęcie przyrodnicze problemu.

*) Według odczytu wygłoszonego na pos. nauk. Zrzeszenia Lekarzy.

W pierwszej połowie XIX wieku niektórzy badacze usiłowali zbliżyć się do rozwiązania zagadnienia przestrzeni; ustowania te nie dały zadowalniających wyników z przyczyn metodologicznych. Badacze ówczesni ograniczyli się w swoich badaniach wyłącznie do spostrzeżeń czysto wzrokowych (Johannes Müller, Helmholtz i wielu innych).

Dopiero w drugiej połowie XIX wieku, kiedy zapoznano się w ogólnych zarysach z fizjologją układu n. przedsionkowego, badania w szybkim tempie posunęły się naprzód już po linii właściwej.

W roku 1877 Cyon bronił w Akademji Paryskiej następujących tez:

1. N. słuchowy składa się z dwóch różnych pod względem funkcji nerwów — n. ślimakowego i n. przedsionkowego.

2. Narządy kanałów półkolistych są narządami obwodowymi zmysłu przestrzeni; podrażnienie zakończeń nerwo-

wych w kanałach daje wrażenia, związane z odczuwaniem trzech kierunków przestrzeni.

3. Dzięki wrażeniom kierunku powstaje w świadomości naszej pojęcie o idealnej trójwymiarowej przestrzeni, z czym związane są percepcje innych zmysłów dotyczące umiejscowienia przedmiotów, jak również ciała naszego w przestrzeni.

4. Dzięki pobudzeniom, które odchodzą od obwodowych narządów zmysłu przestrzeni, układ ośrodkowy tegoż reguluje podczas ruchów w trzech zasadniczych kierunkach siłę i czas trwania innerwacji mięśni gałek ocznych kończyn i tułowia.

5. Zaburzenia w czynności narządów kanałów półkolistych powodują następujące objawy: zawroty głowy, fałszywe wyobrażenie o położeniu ciała w przestrzeni i o stosunku jego do otaczających przedmiotów, nieprawidłową innerwację poszczególnych grup mięśniowych.

Tezy te, w szczegółach opracowane, były tym fundamentem, na którym zbudowana została bardzo ciekawa koncepcja teoretyczna Cyona. Koncepcja ta brzmiała „narządy ucha wewnętrznego są narządami zmysłu matematycznego i geometrycznego. Jeżeli w ogóle dopuszczalna jest w nauce tak daleko idąca synteza, to koncepcja teoretyczna Cyona wytrzymuje krytykę, albowiem czyni załość wymaganiom teoretyczno-poznawczym.

Cyon zastanawiał się również nad tak ważnym i tak skomplikowanym zagadnieniem, jakim jest stosunek układu n. przedsionkowego do układu statycznego. Ujął on to niezwykle ciekawe zagadnienie w następującą formę: jeżeli źródła wszelkiej energii (proprioceptory i eksteroceptory) nazwiemy energien; drogi, po których energia ta przebiega, nazwiemy energiedrom; zbiorniki tej energii w rdzeniu przedłużonym i w mózdzku nazwiemy energienom, — to narządy nerwu przedsionkowego są energiemetrami. Zadaniem energiemetrów jest stopniować i mierzyć energję nagromadzoną w zbiornikach. Jest to, rzecz jasna, zbyt schematyczne ujęcie tego tak bardzo skomplikowanego zagadnienia, przyczem nie uwzględnione zostały nowsze zdobycze w interesującej nas kwestji. Odróżniamy obecnie zmysł statyczny, jako funkcję niższą, która zarządza czuciem kierunku pionowego i odchyleniami od pionu; zmysł statyczny jest niezależny od czynności kory; jako funkcja niższa, ma charakter obwodowy, czysto odruchowy. Ośrodki dla tych odruchów znajdują się w pniu mózgowym, — od górnych szczytnych segmentów do śródmózgowia włącznie. W odróżnieniu od zmysłu statycznego zmysł przestrzenny bezwzględnie związany jest z czynnością kory; wchodzi tu w grę bardzo skomplikowane procesy skojarzeniowe. Dla zmysłu przestrzennego zmysł statyczny jest podstawą; zmysł przestrzenny jest projekcją psychologiczną statycznych percepcyj nazewną w przestrzeni — jest to funkcja wyższa. Między zmysłem statycznym a zmysłem przestrzennym włączone zostaje wyobrażenie kierunku, oparte na pośrednio określonej wielkości kątów; wchodzi tu w grę bardzo skomplikowane procesy optomotoryczne i sensomotoryczne. Funkcja ta prawdopodobnie zależna jest od czynności kory — od ośrodków dotyku, słuchu, wzroku i od ośrodków węchowych u zwierząt. Odczyny błędnikowe, związane ze zmysłem statycznym, są bardziej zbliżone do czystych odruchów, o typie rdzeniowym; odczyny zaś błędnikowe, związane ze zmysłem przestrzennym, przeciwnie zależne są od momentów psychologicznych i nie są czystymi odruchami.

Tak naprz., objaw omijania związany jest ze zmysłem przestrzennym i, jak dowiedli Voda i Fiszler, najeżony jest momentami psychicznymi; odczyn zaś ze strony gałek ocznych jest raczej czystym odruchem z mniej więcej ustalonym szlakiem nerwowym. Odczynowi ze strony gałek ocznych przypada też najważniejsza rola w klinice.

Dla zrozumienia roli, jaką narządy przedsionkowe odgrywają w statyce ciała, musimy się uciec do doświadczeń na zwierzętach, u których wyższa czynność mózgowia mniej hamuje czynności odruchowe ośrodków niższych; musimy niekiedy zapomocą specjalnych metod operacyjnych uniezależnić doświadczenia od kory mózgowej i w razie potrzeby i od śródmózgowia. Magnus i de Kleyn swoje doświadczenia prowadzili właśnie na zwierzętach odmóżdżonych lub też talamicznych. Poważną przeszkodą do przepro-

wadzenia dokładnych doświadczeń nad rolą układu przedsionkowego w układzie statycznym i statokinetycznym był brak metody, która umożliwiłaby przeprowadzenie izolowanych doświadczeń wyłącznie na narządach kamyczkowych bez udziału narządów kanałów półkolistych. Obecnie posiadamy już taką metodę i zawdzięczamy ją Wittmaackowi.

Metoda Wittmaacka polega na tem, że świnki morskie, umieszczone w skrzynkach, przymocowanych do promieni dużego koła transmisyjnego, zostają, wprowadzoną w ruch z szybkością 2000 obrotów na minutę. Kilkakrotne wirowanie, trwające 1/2 minuty, niekiedy zabija morską świnkę; niekiedy zaś powoduje stan ciężki zwierzęcia, co uniemożliwia prowadzenie doświadczeń w pierwszym tygodniu. Po upływie 8 — 9 dni stan świnki morskiej o tyle się poprawia, że możliwe się stają obserwacje kliniczne.

Badanie drobnowidzowe kości skalistych tych morskich świnek wykazało, że błony kamyczkowe oddzielone są od płamek łagiewki i woreczka. W narządach kanałów półkolistych poważniejszych zmian nie stwierdza się.

Wittmaack przeprowadził te doświadczenia celem stwierdzenia, jaki wpływ ma brak pobudzeń ze strony narządów kamyczkowych na oczopląs. Swoimi doświadczeniami za pomocą wirowania Wittmaack dowiódł, że po oddzieleniu błon kamyczkowych od płamek oczopląs i odchylenie łba nie zmieniają się. Nie zwrócił, natomiast, uwagi Wittmaack na cały szereg zaburzeń w czynności układu nerwowego u tych zwierząt. Zaburzenia te nie uszły uwadze tak genialnych i tak doświadczonej badaczy, jakimi się okazali Magnus i de Kleyn. Tym dwóm badaczom udało się wykryć cały szereg nieznanych dotychczas odczynów położenia, ustawienia i uzupełniających ustawień gałek ocznych; udało im się ustalić mechanizmy fizjologiczne, które wchodzi w grę; wreszcie zwrócili uwagę na współzależność odczynów błędnikowych od innych odczynów związanych z powierzchownym i głębokim czuciem.

W dawniejszej literaturze niejednokrotnie omawiana była sprawa zależności uczucia położenia od narządów n. przedsionkowego. Obserwowane ruchy na skutek zaburzeń w czynności narządów n. przedsionkowego tłumaczono sobie wówczas dążeniem zwierzęcia do skorygowania spostrzeżonego nienormalnego położenia. Okazało się jednak że odczyny położenia i ustawienia nie są bynajmniej zależne od czynności kory; okazało się, że mamy tu do czynienia z odruchami, zbliżonymi do czystych odruchów rdzeniowych. Zostało to dowiedzione przez Magnusa i de Kleyna studjami ich nad odczynami położenia (Lagereflexe) i odczynami ustawienia (Stellreflexe) i nad uzupełniającymi ustawieniami gałek ocznych (Kompensatorische Augenstellungen), które przeprowadzone zostały bądź to na zwierzętach odmóżdżonych metodą Sherringtona, bądź to na tak zwanych zwierzętach talamicznych.

Co to są odczyny położenia? Jeżeli weźmiemy zwierzę odmóżdżone metodą Sherringtona (cięcie poprzeczne przez rdzeń przedłużony na wysokości miejsca wstępu osmej pary), to zwierzę takie wykazuje sztywność z odmóżdżenia. Zwierzę takie, ustawione na wszystkich czterech kończynach, sto; pchnięte pada, nie będąc zdolnym zmienić swego położenia. Okazało się, że dla zwierzęcia takiego, wykazującego sztywność z odmóżdżenia, istnieje jedno jedyne położenie w przestrzeni, w którym jest maksymalne napięcie mięśni kończyn, jedno jedyne położenie, w którym jest minimalne napięcie. Zwierzę odmóżdżone z łbem unieruchomionym zapomocą opatrunku gipsowego wykazuje maksymalną sztywność w położeniu grzbietowym z nieco podniesionym łbem (u królików i u kotów szpara paszczy znajduje się mniej więcej 45° powyżej poziomej), minimalną sztywność kończyn w położeniu różniącym się o 180°, t. j. mniej więcej w normalnym położeniu neutralnym z opuszczonym łbem (szpara paszczy do 45° poniżej poziomej). W każdym innym położeniu sztywność zmienia się w zależności od stopnia odchylenia od wyżej wspomnianych krańcowych położenia łba w przestrzeni.

Jeżeli te same doświadczenia przerobimy na zwierzętach odmóżdżonych, u których narządy ucha wewnętrznego zostały zniszczone, lub też na morskich świnkach, u których metodą Wittmaacka błony kamyczkowe zostały

oddzielone od plamek, wówczas zmiany położenia łba w przestrzeni nie wykazują wpływu na napięcie mięśni kończyn. Tem samym zostało dowiedzione, że istnieje toniczny odczyn na kończyny, zależny od narządów kamyczkowych.

Odczyn toniczny błędnikowy na kończyny nie znikając na skutek zniszczenia jednego błędnika, albowiem pozostały drugi błędnik, ściślej mówiąc, narządy kamyczkowe drugiego błędnika wywierają swój wpływ na mięśnie kończyn obu stron. Maksymalne napięcie będziemy mieli wówczas, gdy błony kamyczkowe zwisają i wywierają trąkację, minimalne napięcie, kiedy uciskają na komórki zmysłowe plamek. Łagiewki t. j. plamki łagiewek (*maculae utriculi*) zajmują położenie poziome i symetryczne, z czego wynika, że błony kamyczkowe uciskają na plamki w położeniu zwykłym normalnym, wywierają trąkację w położeniu grzbietowym. Odczyn toniczny błędnikowy na kończyny mają według Magnusa i de Kleyna zależeć wyłącznie od narządów kamyczkowych łagiewek.

Jeżeli weźmiemy zwierzę odmożdżone, u którego czynność narządów kamyczkowych została wyeliminowana bez opatrunku gipsowego, i zmienimy położenie łba w stosunku do tułowia, to przekonamy się, że zmiany w ustawieniu łba w stosunku do tułowia również wywołują zmiany w napięciu mięśni kończyn. Zgięcie grzbietowe powoduje wzmocnienie napięcia mięśni wyprostnych kończyn przednich i osłabienie napięcia mięśni wyprostnych tylnych kończyn. Zgięcie brzuszne łba powoduje osłabienie napięcia mięśni wyprostnych w kończynach tylnych. Dotyczy to kotów, psów, małp i świnki morskiej. U królika niema różnicy między zachowaniem się przednich i tylnych kończyn.

Zwroty łba również powodują zmiany w napięciu mięśni wyprostnych, zwrot łba w prawo powoduje wzmocnione napięcie mięśni wyprostnych prawostronnych, zmniejszenie napięcia lewostronnych; zwrot łba w lewo wywołuje analogiczne zmiany w napięciu kończyn.

Zmiany w napięciu kończyn na skutek zmiany położenia łba w stosunku do tułowia występują u zwierząt odmożdżonych i wówczas, gdy tylko korzonki odnośnych kończyn zostały przecięte, również, gdy wyłuszczone zostały zwoje współczulne (Dusser de Barenne).

Oprócz wyżej opisanych błędnikowych odczynów tonicznych na kończyny istnieją odczyn toniczny błędnikowy na mięśnie potyliczne szyi. Położenie grzbietowe powoduje maksymalne napięcie; położenie, różniące się o 180°, powoduje minimalne napięcie mięśni potylicznych. Ustawienie łba w stosunku do poziomu jest takie same, jak i przy tonicznych błędnikowych odczynach na kończyny. W przeciwieństwie do tonicznych odczynów na kończyny, odczyn błędnikowo-szyjny są jednostronne.

Odczyn toniczny, zarówno błędnikowy, jak i szyjny, są odczynami, które trwają tak długo, jak długo trwa zmiana położenia. Są to t. zw. "Dauerreaktionen".

Z przytoczonych doświadczeń wynika, że istnieją dwójakiego rodzaju odczyn na kończyny; każdy z tych odczynów ma swój sobie tylko właściwy mechanizm fizjologiczny:

1. Odczyn błędnikowy toniczny na kończyny.
2. Odczyn szyjny toniczny na kończyny.

W warunkach normalnych oba te odczyn występują w najróżnorodniejszych kombinacjach — mamy tu do czynienia ze współdziałaniem w szerokim znaczeniu tego słowa. Jedno i to samo położenie łba w przestrzeni da różny stopień napięcia, zależny od ustawienia łba w stosunku do tułowia w danym momencie; odwrotnie, to samo ustawienie łba w stosunku do tułowia da odmienny stopień napięcia w kończynach, zależny od położenia łba w przestrzeni. Warunki komplikują się jeszcze przez to, że są zwierzęta, u których szyjne odczyn toniczne mają przewagę nad błędnikowymi odczynami tonicznymi; są też zwierzęta, u których przeciętnie przewagę mają odczyn błędnikowy nad szyjnymi. Jest również i trzecia grupka, w której oba odczyn znajdują się w równowadze.

(Dok. nast.).

Znaczenie amoniaku dla ustroju.

Podał

Alfred GALEWSKI (Warszawa).

Prace Pawłowa wykazały, że krew, wypływająca z przewodu pokarmowego jest daleko bogatsza w amoniak, aniżeli krew tętnicza. Według Zaleskiego krew w żyłę bramnej jest przeszło 4 razy bogatsza w amoniak, niż krew tętnicza, mianowicie na 100 mg. krwi żyłnej znalazł on około 2 mg. amoniaku, podczas gdy w tejże samej ilości krwi tętnicznej stwierdzono około 0,5 mg. Dzięki ulepszonemu metodom w ostatnich czasach skonstatowano mniejszą zawartość amoniaku we krwi żyłnej, jednak zawsze więcej, niż w tętnicznej.

Podczas trawienia zwiększa się ilość amoniaku w gruczołach jelitowych, powstaje on dzięki odszczepieniu z niektórych aminokwasów za pomocą specyficznych enzymów.

Powstały amoniak zmienia lokalnie PH w stronę alkalozę, pobudzając między innymi motoryczną funkcję jelit.

Szkółka Pawłowa wykazała wzmożoną perystaltykę żołądka, powstającą przez wprowadzenie NH_4OH , względnie NH_4Cl . Ten ostatni, wprowadzony do krwi, wywołuje zakwaszenie, rozszczepia się na jony NH_3 i Cl , pierwszy łączy się z CO_2 , tworząc mocznik, a jon Cl zmienia równowagę między jonami H i OH w kierunku kwasoty. Nie bacząc na ogólne zakwaszające działanie NH_4Cl , ten wprowadzony *per os*, wywołuje w przewodzie pokarmowym lokalną alkalozę, przy której zwiększa się perystaltyka, następują ruchy antyperystaltyczne nawet z wyrzucaniem żółci do żołądka. Powstają wymioty, których masy są zabarwione żółcią.

Badania ściślejsze w tym kierunku wykazują, że nie tylko grupa hydroksylowa OH jest owym czynnikiem, pobudzającym motoryczną funkcję jelit, ile sam kation NH_4^+ .

Amoniak, wytwarzający się podczas trawienia, jest więc normalnym fizjologicznym bodźcem, pobudzającym ruchy żołądka i jelit.

Bykow i Sawitsch wykazali, że amoniak, wytwarzający się w wielkiej ilości, może nawet wywołać wymioty, bywa to np. w tężyczce (po usunięciu gruczołów przytarczycowych, względnie w razie ich zaniku).

Amoniak ma wiązać się w ustroju z magnezem lub wapniem, mechanizm tej reakcji według Hürtle'a jest następujący: $\text{MgX}^2 + \text{NH}_4\text{OH} + \text{K}^+\text{HPO}_4 = 2\text{KX} + (\text{NH}_4)^+\text{MgPO}_4 + \text{H}_2\text{O}$. Po lewej stronie równania mamy sole MgX^2 i K^+HPO_4 , w które obfitują tkanki naszego ustroju, w odróżnieniu od płynów tkankowych, które obfitują bardziej w sole Ca i Na ; reakcja więc powyższa odbywa się przedewszystkiem w tkankach, a potem w płynach tkankowych.

Amoniak łączy się z temi solami w podwójną sól t. zw. fosforan amono—magnezowy. Zupełnie analogiczne działanie do amoniaku "hormonu" jak chcą niektórzy badacze, ma również CO_2 "hormon", który wiąże w tkankach jony Ca i Mg , tworząc sole CaCO_3 , względnie MgCO_3 . Podobnie, jak wprowadzone do ustroju kwasy: szczawiowy, cytrynowy lub tartronowy wiążą duże ilości Ca , również i amoniak, wprowadzony do ustroju, łączy się z magnezem. Chociaż działanie amoniaku, jak wyżej wspomniałem, zależy przedewszystkiem od jonu NH_4^+ , a potem od jonu OH , to jednak działanie jego wraz z niewielką ilością NaOH lub KOH jest daleko wyraźniejsze.

Amoniak znajduje się w ustroju prawie we wszystkich tkankach. Horodyński i Sałaskin znaleźli na 100 gm. tkanki mięsnej 13 mg. NH_3 , w mózgu 12 mg. w trzustce 22 mg. i w wątrobie 23 mg.

Amerykańscy badacze, jak Peare i inni, wykazali, że m. *gastrocnemius* żaby przy każdym skurczu wydziela 1.10^{-9} mg. NH_3 , a nerw 14 razy więcej podczas pracy mięśniowej, a 13 razy w spokoju. Wiadomo, że we wszystkich tkankach znajduje się pewna ilość magnezu, po podaniu dużej ilości magnezu nie wykazano zwykłej w tkankach; najwidoczniej nadmiar ten zostaje związany. Ostatnie badania to potwierdzają, wykazując w tkankach ową sól podwójną fosforan amono—magnezowy.

Magnez działa na tkankę nerwową narkotycznie. Działanie to można usunąć, wprowadzając amoniak; tkanka,

pozbawiona magnezu, staje się bardziej alkaliczną i stąd bardziej pobudliwą (L o e b).

W celu wykazania ścisłego antagonizmu pomiędzy Mg a NH_3 robiono doświadczenia na mięśniach szkieletowych żaby, żołądku, jelitach, podawano z początku NH_3 , a potem Mg. Pewien stan stężenia i drgawek po NH_3 ustąpił niezwłocznie po podaniu soli Mg. Doświadczenia powyższe powtórzone na sercu (Prawdzisz-Nieński), po podaniu jednoczesnym Mg i NH_3 ; rezultat był ten, że ta mieszanina miała zdolność przyspieszania pracy serca, był to więc synergizm działania. Ciekawe to jest z tego względu, że skład chemiczny tego płynu zbliża się bardziej do krwi, niż płyn bez NH_3 , widocznie więc NH_3 , będące we krwi, ma wpływ na pracę serca. Podczas zmęczenia zwiększa się ilość NH_3 , tkanki ubożają w Mg i Ca, których sole zjawiają się w większej ilości w moczu; przed zmęczeniem ich niema.

Zmęczenie mięśniowe można usunąć, wprowadzając sole Mg (B e n d a).

Kwas mleczny, powstający podczas zmęczenia, jako silniejszy, ma wypierać owe trójfosforany, które znajdują się w moczu (R a n c k e).

Znaczenie amoniaku hormonu jest duże i podobne do CO_2 hormonu. Pierwszy zawiera jeden z produktów przemiany materii N, a drugi C.

Sole magnezu mają pewne znaczenie kliniczne:

1) oczyszczają przewod pokarmowy, 2) używane są w celach narkotycznych, 3) w celu uspokojenia drgawek, 4) dla uspokojenia perystaltyki żołądkowej, 5) przeciwko nadkwasności żołądka i 6) przeciwko wymiotom.

Mg jest antagonistą Ca, ten ostatni znosi narkotyczne działanie Mg.

Kwas szczawowy, wiążąc w tkankach Ca, potęguje tem samem działanie magnezu.

Ilość amoniaku waha się w ustroju w dość ścisłych granicach, ilość dobową wydzielanego NH_3 u normalnego człowieka wynosi 0,6—1,0 g. Zawarty w nim N wynosi 3—4% ogólnej ilości azotu.

Im więcej podajemy białka, tem więcej wydziela się w ustroju NH_3 , który zubożnia powstałe z białka kwasy; jak siarkowy, fosforowy i oksyproteinsulfonowe.

Tłuszcz jest czynnikiem wielce oddziaływającym na wydzielanie NH_3 ; spalają się bowiem kwasy tłuszczowe, które zubożnia amoniak. W pewnych chorobach ilość NH_3 niepomniernie wzrasta, bywa to np. w mocznicach, moczowcach cukrowej, marskości wątroby, żółtym zaniku wątroby, zatruciu fosforem i po narkozie. Nie zawsze NH_3 gra rolę czynnika szkodliwego. W moczowcach cukrowej działa neutralizująco i wogóle we wszystkich tych przypadkach, kiedy jest kwasota, wtedy prawdopodobnie uchyla się od syntezy z CO_2 na mocznik i zubożnia kwasotę.

W schorzeniach wątroby jest zwiększoną ilość NH_3 we krwi i moczu, gdyż schorzała tkanka wątrobowa nie wytwarza mocznika, ani też nie wytwarza nowych aminokwasów z amoniaku i odpowiednich tym aminokwasom kwasów organicznych. W cukrzycy zwiększa się ilość amoniaku, którego N stanowi 2,2 — 3% azotu całkowitego; podczas śpiączki ilość jego dochodzi w moczu do 7 g., jest to najwyższa cyfra azotu, którą ustrój diabetyka wydziela tylko w postaci amoniaku.

Podczas głodu ilość NH_3 wzrasta do 0,72 — 1,0 g. W gorączce ilość amoniaku dochodzi do 2,0 (Waldvogel) w ciągu dnia = 12% azotu całkowitego (Hellevoorden). W białaczce mamy zmniejszoną ilość NH_3 w moczu. U dnawych niema zwiększonej ilości NH_3 (Magnus-Lewy).

W chorobach jelit, np. w zaparciu, wykazano zwiększoną ilość amoniaku. Po całkowitem usunięciu wątroby powstaje alkalozja, w moczu więcej NH_3 . Stosując przetokę E c k a (S a t a s k i n i Z a l e s k i) wykazano dużo amoniaku w moczu.

Amoniak w ustroju bywa pochodzenia egzogenego i endogenego. Pierwszy wprowadzany razem z pokarmami, przyczem po pokarmach mięsnych wydziela się daleko więcej amoniaku, niż po pokarmach roślinnych. Drugi powstaje jedynie z rozpadu białka; amoniak, odszczepiony z aminokwasów w jelitach, idzie do wątroby, która kończy dezamidację reszty aminokwasów; wątroba zużywa ten amoniak częściowo na mocznik, a częściowo na tworzenie nowych aminokwasów, z odpowiadających im kwasów tłuszczowych; czy też oksykwasów.

Badania wrocławskich badaczy, jak F a l k e n h a u s e n a i B o e h m a, przemawiają za tem, że jednak wątroba nie odgrywa dominującej roli w dezamidacji aminokwasów. Wycinali oni gęsiom wątrobę i wstrzykiwali pewną ilość aminokwasów, po 10 minutach ilość azotu amoniowego we krwi się nie zwiększyła, zato zwiększyła się ilość azotu amoniakalnego.

U ptaków dezamidacja zupełnie swobodnie się odbywa bez udziału wątroby.

Nowsze badania mówią o tworzeniu się amoniaku w nerce.

Ostatnie badania P a r n a s a wykazują, że powstawanie amoniaku we krwi nie odbywa się kosztem ani mocznika, ani też aminokwasów, kreatyny i kw. moczowców; ilość tych substancji przed i po powstaniu amoniaku jest jednaka; również nie powstaje on kosztem ciał białkowych, gdyż P a r n a s brał do badania krew odbiałzoną. Według P a r n a s a we krwi odbiałzonej istnieje jakaś substancja, która ma w sobie azot, mająca być źródłem amoniaku.

Jak widać z powyższego, ilość amoniaku człowieka zdrowego waha się w dość szczupłych granicach, u człowieka zaś chorego, i to tylko w pewnych wyżej wspomnianych stanach chorobowych, może niepomniernie wzrastać lub maleć. Mocz mięsożernych zawiera 0,4 — 0,5 g. amoniaku na 1 litr; mocz roślinożernych jest go zupełnie pozbawiony. Przez podawanie mięsożernym kwasów nieorganicznych, a więc niespalających się w ustroju, jak solnego lub fosforowego, powiększa się zawartość amoniaku w moczu, również wszędzie tam, gdzie kwasy organiczne z jakiegoś powodu się niezupełnie spalają, bywa to np. w cukrzycy, głodzie i gorączce, jak wyżej wspomniałem. Wszędzie zaś tam, gdzie kwasy organiczne spalają się w zupełności, a więc aż do CO_2 , ilość amoniaku się zmniejsza, gdyż wiąże się z CO_2 na mocznik.

Zwierzęta roślinożerne na podanie kwasów nie wytwarzają amoniaku, posiadają więc mniejszą odporność od mięsożernych względem zatrucia kwasami.

Po podaniu mięsożernym zasad ilość amoniaku wyraźnie się zmniejsza. Ilość wydzielanego amoniaku zależna jest od wieku. Człowiek — dziecko wydziela około 15% N w postaci NH_3 , a więc 4 razy więcej, niż dorosły; w drugim roku życia liczba ta spada do 6% (Pfaundler). Zjawisko to powstaje po części wskutek różnicy pokarmu ssawca i dorosłego.

Ustrój broni się przed wielką ilością amoniaku we krwi, regulacja jego odbywa się na ogólnych prawach utrzymania stałego PH we krwi, a więc zapomocą moderatorów, a następnie płuc i nerek.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

Alexis CARREL. O czynniku przysączalnym mięsaków kur wywołanych arsenikiem. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 31 — 1925).

W jednej ze swych poprzednich prac autor wykazał,

że złośliwy mięsak smołowy można z łatwością rozmnażać zapomocą przesączonego wyciągu z niego, i że wyciąg ten posiada, podobnie jak i czynnik R o u s s y e g o, właściwość zamieniania *in vitro* makrofagów w komórki sarkomatyczne i obfitego rozmnażania się w hodowlach. Doświadczenia te przemawiają za hipotezą, że mięsak R o u s s y e g o bynajmniej nie jest zakaźny i że czynnik, znajdujący się w prze-

sączu, nie jest, jak to uważa Gye jadem, lecz substancją, posiadającą pewne właściwości jadu i wytwarzaną przez tkanki pod wpływem nieswoistych ciał chemicznych. W celu sprawdzenia tego przypuszczenia autor próbował wywoływać sarkomaty u kur zapomocą różnych substancji i stwierdzić, czy przesączone wyciągi z tych nowotworów są w stanie znowu wywołać nowotwory *in vivo* i *in vitro*.

Wiadomo oddawna, że arsen wywołuje czasem u człowieka guzy złośliwe. Długi jednak okres czasu niezbędny do powstania nowotworu nie pozwala na stwierdzenie, czy arsen jest jego jedyną przyczyną. Autor postawił sobie za zadanie szybką przemianę tkanek zdrowych w tkanki sarkomatyczne w takich warunkach, aby możliwość ew. zakażenia była zupełnie wyłączone. Zastrzyknął w tym celu domięśniowo kurom mieszaninę kwasu arsenikowego i miazgi zarodkowej. U czterech kur w bardzo krótkim czasie powstały duże guzy nowotworowe z przerzutami, które szybko doprowadziły zwierzęta do śmierci. Były to mięsaki wrzecionowatokomórkowe. Hodowle *in vitro* i przeszczepy wykazywały mięsaki o dużej złośliwości (44 przypadki śmierci w ciągu 10 — 20 dni na 48 szczepień przy 14-ym pasażu).

Wyciągi pierwotnego guza arsenikowego, przesączone przez filtr Berkefelda, okazały się równie złośliwymi, jak i przeszczepy nowotworów. Wywoływały one duże guzy z przerzutami do płuc, wątroby i śledziony; zwierzęta ginęły w ciągu 3 — 4 tygodni. Przesączone wyciągi z przeszczepów nowotworowych okazały się tak samo złośliwe, jak i wyciągi z guza pierwotnego. Widoczne jest, że guzy arsenikowe zawierają czynnik przesączalny, podobny do czynnika guzów Roussyego i zdolny do wywoływania *in vivo* sarkomatów wrzecionowatokomórkowych.

Dodanie do hodowli leukocytów 0,5 przesączu nowotworowego powodowało metamorfozę ciałek białych w sarkomaty.

Wydaje się, że w przypadkach nowotworów arsenowych, podobnie jak i w przypadkach bardzo złośliwych nowotworów smołowych, stoimy przed ważnym zjawiskiem wytwarzania przez tkanki pod wpływem nieswoistych substancji chemicznej czynnika podobnego do jadu, działającego w sposób specyficzny na komórki pewnego typu i odradzającego się nieskończenie w obecności tych komórek.

J. Typograf.

A. REMOND, J. BERNARDBEIG i M. SENDRAIL.
Warunki nerwowe wzrostu nowotworów. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 31 — 1925).

Autorzy badali na królikach wpływ przecięcia włókien nerwowych na powstawanie i rozwój nowotworów, które wywoływali za pomocą smoły na uszach zwierząt. Jednym z nich dokonywano sympatektomji szyjnej, innym neurektomji, jeszcze innym oba zabiegi jednocześnie; rezekcję wykonywano zawsze jednostronnie, aby drugie ucho mogło służyć jako kontrola doświadczenia.

Z doświadczeń, dokonanych po neurektomji, wynika, że nowotwory doświadczalne nie rozwijają się w okolicy, pozbawionej połączenia z ośrodkowym układem nerwowym, tak łatwo, jak na stronie zdrowej.

Z drugiego szeregu doświadczeń wynika, że przecięcie odpowiedniego pnia współczulnego sprzyja powstawaniu nowotworu doświadczalnego i przyspiesza jego wzrost.

Z obserwacji przypadku jednoczesnej neurektomji i sympatektomji odnosi się wrażenie, że z tych dwóch czynników antagonistycznych przewyższa wpływ, wywierany przez przecięcie nerwu współczulnego.

Dane histologiczne o unerwieniu nowotworów i dane doświadczalne o przeciwdziałającym wpływie neurektomji na wzrost nowotworów dowodzą, że życie komórkowe tkanek, mniej zróżniczkowanych, nie uchyla się z pod wpływów neurotropowych.

Co zaś się tyczy przeciwdziałającego wpływu nerwu współczulnego i pobudzającego wpływu sympatektomji, to jest możliwem, że działają one za pośrednictwem układu naczyniowego.

Pewne zmiany, spostrzeżone przez autorów, a występujące jednocześnie ze zjawianiem się nowotworów (zmniejszenie podstawowej przemiany materji, obniżenie poziomu zjonizowanego wapnia), również dowodzą, że przewaga nerw-

wu błędnego w równowadze napięcia neurowegetatywnego jest czynnikiem sprzyjającym wzrostowi nowotworowemu.

J. Typograf.

M. LOEPER, R. TURPIN, ZIZIN. **Wpływ kastracji na zawartość potasu w transplantatach nabłonkowych i w tkankach u myszy.** (Bulletin de L'Ass. Fr. pour l'Etude du Cancer. Tom IV, Nr. 6, 1925).

Znany fakt, iż zawartość soli potasu w tkankach nowotworowych jest miernikiem ich wzrostu oraz złośliwości, znajduje jeszcze raz potwierdzenie w pracy autorów. Przeprowadzając szczepienia raków gruczołu piersiowego na myszach, stwierdzili oni, iż kastracja wpływa ujemnie na tkankę nowotworową. Wprawdzie rozwój transplantatu u takich myszy odbywał się szybciej, jednak już dość wcześnie ulegał on owrzodzeniu oraz regresji. Autorzy wobec tego zajęli się zbadaniem wartości soli potasu i wapnia w tkance nowotworowej, jak również w tkankach myszy i porównali wyniki z otrzymanymi u zwierząt kontrolnych. Wyniki badań autorów dadzą się streścić w dwóch punktach:

1. Zawartość potasu, jak również stosunek K/Ca są daleko mniejsze w tkance nowotworowej u myszy kastrowanych, niż u myszy normalnych.

2. Kastracja obniża zawartość soli potasu oraz stosunek K:Ca w tkankach całego organizmu zwierzęcego. Ta ostatnia obserwacja dotyczy nie tylko zwierząt z rozwijającymi się przeszczepionymi rakami, ale również i tych, u których nowotwory ulegały wyraźnemu cofaniu.

J. Laskowski.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

Hakan RYDIN. **O działaniu nikotyny na sympatyczny i parasympatyczny układ nerwowy serca żaby.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 32 — 1925).

Langley i Dickinson wykazali, że nikotyna po krótkim okresie drażniącym poraża autonomiczne komórki zwojowe w ten sposób, że podrażnienie włókien przedzwojowych pozostaje bez wyniku, podczas gdy podrażnienie włókien zazwojowych okazuje swe działanie. Autor badał na sercu żaby wpływ nikotyny na autonomiczny układ nerwowy i stwierdził, że nikotyna posiada nie tylko Langleyowską zdolność porażania komórek zwojowych, lecz, że w dawkach dużych okazuje wybitne powinowactwo do zakończeń autonomicznego układu nerwowego i powoduje częściowe lub zupełne porażenie zarówno sympatycznych zakończeń ruchowych, jak i parasympatycznych zakończeń porażających. Z tego względu jest możliwem, że nikotyna znosi zupełnie ruchowe działanie adrenaliny na serce. Adrenalina często okazuje w tych warunkach działanie bardzo niewyraźne, słabo widoczne, albo nawet żadne.

Wobec tego, że doświadczenia autora wykazały, że duże dawki nikotyny porażają zakończenia parasympatyczne, na które działa acetyl-cholina, jest mało prawdopodobne, aby stwierdzone przez autora bardzo słabe działanie hamujące wywołane przez czystą adrenalinę na serce nikotynizowanym mogło zależeć od pobudzenia parasympatycznych zakończeń nerwowych. Bardziej prawdopodobną wydaje się hipoteza Backmanna i Lundberga, że serce posiada również słabe unerwienie hamujące pochodzenia sympatycznego.

Adrenalina Parkes-Davisa wywołuje na sercu nikotynizowanym zupełnie wyraźne działanie hamujące, zależne jednak w tym przypadku głównie od zawartej w niej domieszki chloretonu.

Z doświadczeń autora wynika, że nikotyna poraża ruchowe unerwienie współczulne, a w dawce dostatecznej również i hamujące unerwienie parasympatyczne.

J. Typograf.

Erik BERGSTRÖM. **Przyczynę do badania farmakodynamicznego działania kwasu agarycynowego.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 32 — 1925).

Autor starał się poznać bliżej działanie farmakodynamiczne kwasu agarycynowego, szczególnie co do jego wpływu na pobudliwość zakończeń nerwowych układu autono-

micznego. Jako materiałem doświadczalnym, posługiwał się macicą i jelitem cienkiem królika oraz sercem żaby. Z bardzo licznego szeregu doświadczeń wynika, że kwas agarycynowy posiada wyraźne powinowactwo do zakończeń nerwowych układu autonomicznego: powiększa on pobudliwość ruchowych zakończeń układu sympatycznego i parasympatycznego macicy, jelit i serca i wzmaga w ten sposób działanie adrenaliny oraz alkaloidów o czynności parasympatycznej. W dawkach silniejszych kwas agarycynowy okazuje działanie wprost przeciwne, mianowicie powoduje zmniejszenie pobudliwości parasympatycznych zakończeń nerwowych; w dawkach jeszcze większych powoduje wreszcie porażenie komórek mięśni gładkich.

J. T y p o g r a f.

Tore JACOBSON. **Działanie kolchicyny na serce.** (Cmpt. rend. de la Soc. de biol. Nr. 32 — 1925).

Autor badał wpływ kolchicyny na serce, uwzględniając szczególnie jej działanie na nerwowy układ autonomiczny tego narządu. Doświadczenia wykonał na żabach i stwierdził, że działanie kolchicyny na serce żaby bywa bardzo różnorodne i że zależy ono prawdopodobnie od pobudliwości serca i stosowanej dawki. Kolchicina może wywołać albo działanie czysto ruchowe, albo też z początku działanie hamujące, a dopiero później ruchowe, albo wreszcie trwałe zahamowanie czynności serca. We wszystkich przypadkach działanie kolchicyny okazało się całkowicie odwracalne po przemyciu preparatu, i można je było powtarzać wielokrotnie na temże samem sercu. Zatrucie, wywołane częstymi i silnymi dawkami kolchicyny, powodowało stopniowo powstawanie niemiarowości.

Doświadczenia te są ciekawe z tego względu, że kolchicina występuje w nich raz jako obdarzona wyraźnym działaniem ruchowym, innym razem okazuje niemniej wyraźne działanie hamujące, albo też oba te działania jednocześnie. Wyniki doświadczeń skłaniają do przypuszczenia, że kolchicina posiada pewne powinowactwo do autonomicznego układu nerwowego serca z jednej strony, a może być również i do samej komórki mięśniowej z drugiej. Z doświadczeń, dokonanych z ergotaminą i atropiną, wynika, że część działania ruchowego kolchicyny zależy od podrażnienia współczulno-ruchowych zakończeń nerwowych. Często bywa ono tak silne, że przytłumia pobudzenie jednoczesnego działania hamującego. Działanie zaś hamujące kolchicyny zależy głównie od jej wpływu na mięśnie albo układ zwojowy.

Nawet w dużych dawkach nie okazuje kolchicyna żadnego uchwytne go wpływu na działanie nasercowe adrenaliny. Na parasympatyczne środki pobudzające (acetylcholina, pilokarpina) działa natomiast w ten sposób, że w dawkach dostatecznych znosi ich działanie.

Z doświadczeń powyższych wynika, że kolchicina poraża parasympatyczne zakończenia nerwowe w sercu, ale nie działa wcale na jego współczulne zakończenia ruchowe.

J. T y p o g r a f.

Knut GRANBERG. **O działaniu fizostygminy na część ruchową unerwienia współczulnego.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 32 — 1925).

Fizostygmina jest alkaloidem, któremu się przypisuje szczególną zdolność wybitnego powiększenia pobudliwości zakończeń nerwowych układu parasympatycznego. W pewnym stopniu alkaloid ten posiada również właściwość drażnienia tychże zakończeń. Poza tem fizostygmina zachowuje się, jak środek pobudzający mięśnie; wydaje się również, że działa ona skurczowo na tkankę mięśniową.

Autor badał, czy fizostygmina posiada pewne powinowactwo do części ruchowej unerwienia współczulnego i stwierdził, że posiada ona to powinowactwo w stopniu tak znacznym, że nawet adrenalina traci w jej obecności swą właściwość zwężania naczyń krwionośnych i zamienia się w środek, rozszerzający naczynia.

W działaniu swem na serce fizostygmina wywołuje porażenie współczulnych zakończeń nerwowych i znosi w ten sposób zwykłe działanie pobudzające adrenaliny na serce, zamieniając ją na czynnik słabo hamujący. Zmniejszenie częstości bicia serca, występujące nasłutek powtarzanych dużych dawek fizostygminy, należy sobie tłumaczyć, jako

skutek porażenia zakończeń nerwu współczulnego, gdyż właśnie w tym okresie również i adrenalina nie okazuje swego wpływu ruchowego.

Fizostygmina działa na macicę królika i macicę bydła rogatego w ten sposób, że zamienia działanie ruchowe adrenaliny na działanie hamujące, nie powodując bynajmniej żadnego porażenia samej komórki mięśniowej.

Działanie fizostygminy polega więc na porażeniu części ruchowej unerwienia współczulnego bez wywierania widocznego wpływu porażającego bądź na unerwienie parasympatyczne, bądź hamujące unerwienie współczulne, bądź na same składniki kurczliwe.

J. T y p o g r a f.

Djagnostyka.

DEUSCH. **Rozpoznanie bąblowca u człowieka za pomocą odczynu doskórnego.** (D. Med. W. Nr. 32. 1925).

Autor stosuje sposób Botteri, wstrzykując 0,1 — 0,2 cm.³ płynu bąblowego ludzkiego wyjąłowanego do skóry chorego. Utworzenie się w ciągu 24 godzin w miejscu wstrzyknięcia odczynu zapalnego w postaci obrzęku i czerwoności, na przestrzeni około 5 — 6 cm., trwającego do 4 dni, udowodni obecność bąblowca w organizmie. U 9 chorych z bezspornymi lub potwierdzonymi operacyjnie torbielami bąblowcowymi płucnymi i wątrobowymi, autor wykonał odczyn powyższy z 8 wynikami dodatnimi. W 9 przypadkach rzecz tyczyła się zropiałej torbieli u osobnika b. wycieńczonego, u którego wogóle była osłabiona wszelka możliwość odczynowa.

Autor zaznacza, że odczyn ten nigdy nie wyraża się dodatnio w sprawach pozabąblowcowych, nawet w kile lub u osobników z pasorzytami jelitowymi.

J. P o m p e r.

A. MANDELSTAMM. **Technika próby piramidonowej dla wykazania krwawień wewnętrznych.** (Deut. med. W. Nr. 20. 1926).

Do trzech probówek bierzemy: 1) 3 ccm 5% alkoh. (96°) roztw. piramidonu + 8 krop. 50% kw. octowego lodowatego + 8 krop. 3% H₂O₂; 2) 2 ccm 5% piramidonu + 1 ccm (96°) alkoholu + 8 krop. 50% kw. octow. lodowatego + 8 krop. 3% H₂O₂; 3) 1 ccm 5% piramidonu + 2 ccm alkoholu + 8 krop. kw. octow. lod + 8 krop. H₂O₂; do każdej probówki dodajemy po 1 kropli surowicy chorego (Antoschina). Dodatni wynik (ametystowe zabarwienie), jako wyraz wysysania się krwi wylanej, występował we wszystkich przypadkach pękniętej ciężkiej jajowodowej, w krwawieniach jajnikowych i t. p. Próba nie występowała w sprawach zapalnych.

Zamiast zwykłej surowicy autor dodawał po 1 kropli surowicy otrzymanej przy obliczaniu szybkości opadania krwinek we krwi z cytrynianem.

M. G o l d m a n junior.

F. FRANKE. **Dwa sposoby odróżnienia wewnętrznych i zewnętrznych bólów jamy brzusznej.** (Deut. med. Woch. Nr. 21. 1926).

Autor zwraca uwagę na dużą wartość obmacywania powłok brzusznych w pozycji leżącej oraz w pozycji na wpółsiadającej (bez podpierania się rękoma). W tym ostatnim przypadku silnie napięte mięśnie jamy brzusznej nie pozwalają na uciśnięcie narządów wewnętrznych; natomiast często znajduje się przeculicę powłok skórnych. W stanach zapalnych wyrostka, kamicy żółciowej, wrzodzie żołądka — przeculica jest ściśle zlokalizowana.

F. przypomina jednocześnie, że badaniem bolesności nerwów międzyżebrowych, stwierdzającym ograniczony nerwoból, da się często wykluczyć błędne rozpoznanie zapal. o. płucny, osierdzia, wady serca. Przewlekła grypa pozostawia niejednokrotnie w obrębie różnych nerwów stany zapalne, będące przyczyną szeregu błędów rozpoznawczych.

M. G o l d m a n junior.

Lecznictwo.

P. SPIRO. **O szczególnem znaczeniu siarki dla nieswoistego leczenia pobudzającego.** (Deut. med. Woch. Nr. 21. 1926).

Siarce należy przypisać, poza jej ogólnym działaniem, powinowactwo do stawów. Siarka sprzyja procesom utleniania i dehydratacji, którym nie może podołać organizm dna-wych (Marckwalder, Meyer-Bisch).

Autor nie stosuje zastrzyków domięśniowych, twierdząc, że wyniki ich zależą głównie od działania związków białkowo-siarkowych, powstałych z rozpadu komórek w miejscu wstrzyknięcia. S. wciera siarkę do skóry (prepar. „Perthisol“ firmy Dr. Wiernik et Co, Berlin) w ilości 2 — 3 ccm preparatu, zawierających 0,2 — 0,3 gr. siarki; wciera się codziennie przez 2 — 3 tygodnie. Po tym zabiegu S. nie spotykał podniesienia ciepłoty, leukocytozy, eozynopenji ani przyspieszenia opadania krwinek; natomiast stale występowała reakcja ogniskowa (w stawach, płucach), zależna od działania siarki; reakcja taka nie występowała przy wcieraniu pierwiastka siarce pokrewnego — selenu. W 33 przyp. leczonych siarką — 14 było wyleczonych, w 14-u nastąpiła znaczna poprawa. Leczeniu poddawały się przypadki przewł. zapal. stawów bez zniszczenia kości i chrząstek; najlepiej reagowały przypadki z cierpieniami nerwów i mięśni.

M. Goldman junior.

LIPSKEROW i GRZEBIN. Unieszkodliwienie toksycznych wpływów salwarsanu przy pomocy żelatyny. (Wenerologia i dermatologia, Nr. 3. 1925).

Autorowie zastrzykiwali królikom w żelatynie po 0,35 neosalwarsanu na kgr. wagi i króliki nie padały, gdy maksymalna dawka neosalwarsanu w wodnym roztworze jest 0,3 na kilogram; wobec tego autorowie przyszli do wniosku o nieszkodliwym wpływie żelatyny na salwarsan.

P. Berlis.

A. STEIN. Leczenie nacieków posalwarsanowych diatermją. (Münch. med. Woch. Nr. 31 1925).

Autor radzi niezwłocznie po nieudanym dożylnym wleciu salwarsanu zastosować leczenie diatermją; w ciągu dnia 1 — 2 sesje po 20 — 30 minut; na noc okład. Po 5 — 8 razach stosowania diatermji następuje zupełne wessanie się nacieków.

P. Berlis.

Znieczulanie.

JONNESCO. Technika ogólnego znieczulania rdzeniowego. (Pr. Med. Nr. 10, 1926).

Autor stosuje znieczulenie rdzeniowe we wszelkich zabiegach operacyjnych od głowy do stóp. W tym celu używa trzech punktów lokalizacyjnych na kręgosłupie, przez które wstrzykuje mieszanke znieczulającą. Do znieczulania w okolicy głowy, szyi, górnych kończyn i górnej części klatki piersiowej stosuje się znieczulenie rdzeniowe górne, wkłuwając igłę między 7 kręgiem szyjowym i 1 grzbietowym lub między 1 i 2 grzbietowym — jest to wstrzyknięcie górne szyjowo-grzbietowe. Do roztworu 0,5 kofeiny i 0,6 — 0,7 będzianu sodu w 2 cm³ wody sterylizowanej dodaje się 0,03—0,06 stowainy w zależności od ogólnego stanu chorego i mieszanke w ten sposób otrzymaną wstrzykuje się do rdzenia.

Znieczulenie środkowe w punkcie grzbietowo-lędźwiowym (między 12 kręgiem grzbietowym i 1 lędźwiowym) jest wykonywane dla zabiegów w górnej połowie jamy brzusznej. W tym celu stosuje się mieszanke, zawierającą w 1 ccm³ wody sterylizowanej 0,2 kofeiny i 0,3 będzianu sodu z dawką stowainy, wahającą się od 0,04 do 0,08.

Znieczulenie niskie dotyczy operacji w dolnym pięttrze brzucha, w miednicy i na kończynach dolnych. Mieszanke takąż jak poprzednio, wstrzykuje się w punkcie lędźwiowym dolnym między 4 a 5 kręgiem lędźwiowym.

Dla niektórych zabiegów, jak np. na klatkę piersiową, można stosować kombinowane wstrzyknięcia, zastrzykując płyn znieczulający przez dwa punkty na kręgosłupie.

Ogółem autor wykonał w znieczuleniu rdzeniowym 6200 zabiegów, w tem 1387 górnych i 4813 środkowych i niskich, nie mając ani jednego przypadku śmierci, ani żadnych powikłań, z wyjątkiem może lekkich bólów głowy, szybko mijających.

J. Pomper.

P. SEELIGER. Tutokaina, nowy środek do znieczulania miejscowego. (Deut. med. Woch. Nr. 21, 1926).

Tutokaina, firmy Bayer, jest w wodzie rozpuszczalna, daje się sterylizować; można ją mieszać z adrenaliną. S. twierdzi, że przewyższa dotychczas stosowane: kokainę, nowokainę, stowainę, tropakokainę.

Do znieczulań infiltracyjnych używa autor 1/4% roztworu tutokainy z adrenaliną. Do znieczulań przewodowych w skaleczeniach palców, ręki, usunięciu wola, przepukliny, żyłaków, żeber i t. p. używa S. 1/2% roztworu z dodatkiem adrenaliny. Do znieczuleń lędźwiowych — 2 ccm 2% roztworu. Do znieczulenia błon śluzowych używa 5% r. We wszystkich tych przypadkach znieczulenie występowało szybko i trwało dłużej, niż znieczulenie nowokainowe.

M. Goldman junior.

Choroby zakaźne.

C. MENSE. Handbuch der Tropenkrankheiten. (T. IV. wyd. III. str. 762. 29 tablic. 149 ryc. w tekście. I. A. Barth. Lipsk. 1926).

Pomimo utraty kolonii w krajach gorących, Niemcy nadal intensywnie pracują w dziedzinie medycyny podzwrotnikowej, doskonale zdając sobie sprawę z doniosłej roli, jaką odgrywa ta gałąź medycyny w patologji człowieka i epidemiologii chorób zakaźnych.

Prócz chorób właściwych strefie gorącej, w tomie czwartym omawiane są przedewszystkiem choroby zakaźne „kosmopolityczne“, jak dur brzuszny, ospa, kiła, płonica, błonica, odra, dur plamisty, wścieklizna, nagminne zapalenie mózgowia i inne. Warunki krajów gorących wpływają na powstanie pewnych odrębnych właściwości tych chorób: tak np. spotykamy się z rzadkością porażenia układu nerwowego w kile krajów gorących. Rzadkość postaci „metalucyicznych“ autor (P. Manteufel) stawia w związku z możliwością nabycia przez tubylców odporności wskutek endemicznie panującej tam malarji lub też dzięki rozpowszechnionej chorobie, zbliżonej do kiły — framboesia.

W krótkim opisie gruźlicy zwrócono uwagę na „dzieciwicość“ ras tubylczych względem tej choroby, która rozpowszechnia się w strefie gorącej jedynie szlakami kolonizacji. Wobec zupełnego braku odporności tubylców względem gruźlicy przebieg jej jest bardzo ciężki.

Dużo miejsca udzielono czerwonce, zarówno pochodzenia bakteryjnego, jako też wywołanej przez pełzaki. Szczegółowa monografia ta uwzględniła poraż pierwszy w literaturze niemieckiej wszystkie, znane dotąd przeważnie dzięki badaczom angielskim, pełzaki jelitowe człowieka, jednakowoż autor (Ruge) nie wyjaśnia dostatecznie sprawy nosicieli cyst *Entamoeba histolytica* w Europie, na co szczególną uwagę zwrócił ostatnio Brumpt, ustalając nowy gatunek *Entamoeba dispar*, morfologicznie identycznej z *E. histolytica*, lecz nie chorobotwórczej. Również brak ostatnich zdobyczy w diagnostyce czerwonki pełzakowej drogą hodowli *in vitro* pełzaka czerwonkowego (Boek i Drbohlar, 1925).

W dziale ostrych chorób zakaźnych podzwrotnikowych autor (Sticker) użył dość niefortunnej metody klasyfikacji według długości okresu trwania gorączki, objawiającej się ogólną nazwą „Kurzfristige Fieberkrankheiten“. Pomimo że etiologia tych 30 chorób jest przeważnie nie wyswietlona, jednakowoż byłoby bardziej racjonalnem wziąć za podstawę systematyki tej grupy epidemiologicznej choroby.

Usterki te giną jednak wśród doskonale opracowanych monografij, dających obfity materiał nie tylko lekarzom, pracującym na polu podzwrotnikowym, lecz i w warunkach europejskich — trudno jest bowiem ustalić linję demarkacyjną między chorobami strefy gorącej i umiarkowanej.

L. Anigstein.

UHLLENHUTH i W. SEIFFERT. Stan obecny zagadnienia durów rzekomych. (Deutsch. med. Woch. N. 16, 17, 18. 1926).

Zarazki z grupy durów rzekomych są w przyrodzie b. rozpowszechnione. Jedne z nich wywołują ciężkie cierpienia zakaźne o przebiegu podobnym do duru zwykłego, inne dają obraz zatrucia z objawami żołądkowo-jelitowymi prze-ważnie po zjedzeniu zepsutego mięsa. Można by przypuścić,

że mamy dwa rodzaje zarazków, z których jeden cechuje się zarażliwością, drugi — zdolnością wydzielania jadów. Spostrzeżono jednak, że objawy zatrucia występowały, gdy liczba zarazków była duża, samo zaś zakażenie bez objawów zatrucia nie świadczy o niemożności tworzenia jadów przez laseczkę zakaźną. Stwarzając lasecznikom dobre warunki rozwoju, widzieli M. i S. tworzenie się jadów, jak również zarazki, produkujące jady w hodowlach, stawały się atoksycznymi. Różnica, polegająca na tem, że jedne zarazki są zakaźne, inne — nie, da się wytłumaczyć tem, że w pewnych warunkach bakterje chorobotwórcze tracą zjadliwość, lecz przez to nie zmienia się ich zdolność tworzenia jadów. Możliwe jest, że zarazki, wytwarzające trucizny, są odmianą niebezpieczną laseczki zakaźnej (Schottmüller, Hübner, Uhlenhuth i in.).

Rozpatrując dane epidemiologiczne durów rzekomych u człowieka, podkreślają autorzy, że mimo b. licznych epidemii paradyrujących wśród zwierząt zanotowano tylko jeden fakt wybuchu epidemii u ludzi po zjedzeniu mięsa zakażonego. Jednak zarazki, spotykane u myszy i szczurów, powodowały niekiedy objawy paradyrujące u osobników mniej odpornych. Zasadniczo uznajemy dziś, że zarazki chorobotwórcze dla zwierząt nie są takimiż dla człowieka.

Zakażenie mięsa następuje w 92% po zabiciu zwierzęcia — przez człowieka (nosieli stałych i niestałych), poza którym źródłem zakażenia są myszy, szczury oraz kał zwierząt zabitych. Zakażenie zarazkiem, wywołującym sprawę zakaźną, możliwe jest przede wszystkim przez człowieka; zdają się tu jednak odgrywać rolę jakieś czynniki jeszcze bliżej nieznane. Prawdopodobnie jest, że dur rzekomy występuje często pod postacią lekkich zaburzeń żołądkowo-jelitowych.

Bakterjologicznie las. duru rzekomego jest gram-ujemna, wydziela Co_2 z cukru gronowego, nie zmienia cukru mlekowego, nie ścina mleka, nie tworzy indolu. Serologicznie wyodrębniono pośród las. paradyrujących pałeczkę duru rzekomego A, dającą cierpienie o charakterze durowym (przeważnie w krajach gorących), oraz grupę pałeczek Gärtnera. Do tej grupy należały zarazki zatrzymujące mięso i wywołujące epidemie wśród zwierząt. Wszystkie inne laseczki zaliczył Uhlenhuth do grupy paradyru B; niektóre postacie niechorobotwórcze — do grupy paradyru C. Z grupy paradyru B wyodrębniono pał. świńską, poczem laseczkę zatrzymującą mięso od laseczki zakaźnej. Wykazano również tworzenie wału śluzowego przez zarazki paradyru zakaźnego, w przeciwieństwie do postaci zatrzymujących mięso. Wszystkie te badania potwierdzili M. i S., którzy dzielą zarazki z grupy paradyru B na trzy typy: 1. typus *paratyphi B hominis* — paradyru zakaźnego z trzema receptorami, 2. typ zatrzymujący mięso (typ Freiburg) — z dwoma receptorami, 3. typ również zatrzymujący mięso (typ Breslau) — z jednym receptorem. Główną różnicę typu zakaźnego i zatrzymującego mięso stanowi liczba receptorów; postacie zatrzymujące mięso należałoby tylko uznać za odmianę laseczki B, przyjmując jednocześnie możliwość przechodzenia jednej postaci w drugą, co też zostało potwierdzone na drodze doświadczalnej.

M. Goldman junior.

SAXL, DONATH i KELEN. O powodzeniu działania ochronnego substancji chemiczno-leczniczych przeciw chorobom zakaźnym. (Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 8, 1926).

Króliki, którym uprzednio podawano dożylnie trypaflawinę lub argochrom albo przez usta trypaflawinę lub czerwien R. (Scharlachrot), były odporne na zakażenie gronkowcami, które u zwierząt kontrolnych wywoływało śmierć w ciągu 12 do 36 godzin.

H. R.

Chr. ZOELLER. Szczepienie przeciwdyfteryczne anatoksyną. (Pr. Méd. Nr. 42, 1926).

Anatoksynę otrzymujemy, poddając toksynę działaniu roztworu formaliny w temp. 40° — 42° przez 4 do 6 tygodni. Wprowadzona do organizmu anatoksyna nie daje żadnych objawów zatrucia, wytwarzając w zwierzęciu odporność na dany jad.

Autor zastrzykiwał osobnikom z dodatnim odczynem

Schick'a trzykrotnie po pół, 1 i 1 i pół ccm. anatoksyny dyfteryycznej. Pierwsze dwa zastrzyki w odstępie trzytygodniowym, ostatnie — 8-dniowym.

W pierwszej serii, wynoszącej 59 przyp., odczyn Schick'a stał się ujemnym w 100% przyp. po 6 tyg. od pierwszego zastrzyknięcia. W żadnym z powyższych przyp. odczyn następny nie był specjalnie zaznaczony. Dla uniknięcia przykrych następstw ze strony osobników nadwrażliwych Z. wykonywał 24 godz. przed I-em wstrzyknięciem — reakcję doskórą z anatoksyną rozcieńczoną. Na 10 przyp., badanych po roku, odcz. Schick'a u 2 stał się dodatni; wystarczyło jednak wstrzyknąć pół ccm anatoksyny, by po 8 dniach stał się znowu ujemnym.

Drugą serję szczepień przeprowadzał autor na żołnierzach podczas epidemii, panującej w okolicach Moguncji. Nie szczepiono osobników ze zbyt silnym odczynem doskórą. W tej grupie szczepień (143 przyp.) zanotowano 1 przypadek dyfteryty o łagodnym przebiegu u osobnika tylko 1 raz szczepionego. Autor podkreśla znaczenie terenu, na którym przeprowadza się szczepienia, możliwość zetknięcia się z zarazkiem przygotowuje częściowo organizm i ułatwia mu pracę po wprowadzeniu anatoksyny.

Trzecią serję przeprowadzono na osobnikach, którzy nie mieli możliwości zetknięcia się z zarazkiem (155 rekrutów). W przeciągu 3ch miesięcy z pośród 28 szczepionych 1 lub 2-ukrotnie — 14 zapadło na dyfteryt, na 60 trzykrotnie szczepionych — zapadło 6. Jednakże chorzy ci przeszli tylko lekką anginę, nie otrzymując nawet surowicy; widocznie zastrzyknięcie anatoksyny zapobiega rozszerzaniu się objawów klinicznych dyfteryty. Autor zalicza te przypadki do postaci alergicznych, tłumacząc ich zjawienie się tem, że wstrzyknięcie anatoksyny napotkało na grunt nieprzygotowany, któremu brakło owej współpracy między szczepieniem a zakażeniem utajonem. Przy rozważaniu wyników szczepień na dużą skalę należy brać pod uwagę powyższe czynniki. W środowiskach, gdzie panują endemie dyfteryty, zaleca Z. systematyczne szczepienie dzieci anatoksyną.

M. Goldman junior.

FRIEDEMANN i DEICHER. Powolna postać posocznicy meningokokowej. (Deutsche med. Woch. Nr. 18, 1926).

Autorzy opisują 6 rzadko spotykanych przypadków chorobowych o etiologii dotąd nieznaną. Po okresie zajęcia górnych dróg oddechowych występowała gorączka, przypominająca malarję: skoki temperatury, trwające kilka godzin, powtarzające się mniej więcej co 18 godz., bez dreszczów, przy stosunkowo niewielkich zaburzeniach stanu ogólnego. Pomimo niekiedy kilkumiesięcznego trwania cierpienia chorzy czuli się dobrze. Bardzo znamienne częścią tego obrazu była wysypka, zjawiająca się przeważnie w okresach międzygorączkowych, o cechach przypominających rumień guzowaty, względnie rumień wysiękowy wielopostaciowy. W jednym przypadku udało się autorom wyhodować ze krwi, wziętej podczas rozpoczynającego się podnoszenia ciepłoty, meningokoki. F. i D. przypuszczają, że pierwotnym siedliskiem zarazków była błona śluzowa dróg oddechowych, skąd przedostawały się one do krwiobiegu. Prawdopodobnie meningokoki są znacznie częściej przyczyną stanów zapalnych dróg oddechowych, być może, odgrywają one rolę w etiologii rumienia guzowatego i wielopostaciowego.

M. Goldman junior.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

Prof. Dr. A. CIESZYŃSKI. Zahnärztliche Roentgenologie und klinische Zahnheilkunde im Roentgenbild. (Zabiegi rentgenologiczne i kliniczne stomatologiczne w obrazach rentgenowskich). Nakładem J. A. E. Lipsk 1926 str. 446 z 643 rycinami, 2 tabl. czarn., 7 tabl. barwn. cena 43 mk. niem.

Mam przed sobą książkę A. Cieszyńskiego p. t. "Zahnärztliche Roentgenologie", wydaną w roku bieżącym w nakładzie Ambrożygo Bartha w Lipsku. Już pierwszy rzut oka na całość tego dzieła wywołuje niezwykle zajęcie. Zagłębienie się zaś w treść tej cennej książki jest dla fachowca prawdziwą rozkoszą. Przyczynia się do tego przede wszystkim bogata treść i sposób jej ujęcia. Autor z wiel-

ka ścisłością zapoznaje we wstępie czytelnika z przedmiotem rentgenologii i porusza trudne teoretyczne kwestje z wielką łatwością, uprzystępniając je w sposób zrozumiały nawet dla nieobeznanego z przedmiotem. Jest to wielką zaletą, spotykaną bardzo rzadko w dziełach fachowych. Prace rentgenologiczne Cieszyńskiego są nam znane i skądinąd. Spotykamy się więc i w ostatniej z nich z precyzyjnym opisem techniki rentgenologicznej w zastosowaniu do stomatologii, w której znajdujemy wiele pomysłów oryginalnych autora. Obliczenia kątów projekcji, z uwzględnieniem nieprawidłowości budowy szczęk, przeprowadzone w sposób doskonały, są miarą pracy, włożonej w opracowanie rentgenologii stomatologicznej. Część kliniczna książki Cieszyńskiego zawiera schorzenia zębów i szczęk oraz sąsiednich jam czaszkowych, nie tylko ze stanowiska czystej rentgenologii, ale dając całokształt objawów i sposobów leczenia. Leczenie, wyjątkowo piękne rentgenogramy uzupełniają bardzo interesującą treść. W dziale schorzeń szczęk napotykamy bardzo ciekawy opis przypadku grzybicy, wywołanej przez *Trichophyton violaceum*, i nader rzadko spotykany przypadek jednostronnego przerostu szczęki dolnej. W końcu opisuje autor zastosowanie rentgenologii w zabiegach chirurgicznych stomatologicznych, uwzględniając technikę chirurgiczną i powikłania, wynikię z zabiegu lub w czasie leczenia. Zakończenie stanowi dział rentgeno-leczniczy, obecnie jeszcze bardzo skromny w stomatologii. Mimo to uwzględnił w nim Cieszyński całą obecną literaturę, opierając się w słusznej krytyce na bogatym własnym doświadczeniu.

Książkę Cieszyńskiego bierzemy się z prawdziwym zadowoleniem do ręki. Wydana na doskonałym papierze, zaopatrzona w mnóstwo wyjątkowo pięknych, jak już wspominałem, rysunków i rentgenogramów, stanowi ona cenny nabytek naukowy i ozdobę każdej biblioteki lekarskiej. Nie tylko rentgenolog, ale każdy lekarz znajdzie w niej wiele rzeczy godnych zapamiętania i nauczania się, przedmiot bowiem traktowany jest z jaknajszerszego stanowiska.

Dębicki (Lwów).

GARRELON, LUCCHETTI, THUILLAUT. *Badania doświadczalne nad zapaścią adrenalinowo-chloroformową*. (Presse médicale Nr. 28, 1926).

Opisane w piśmiennictwie ciężkie powikłania, zdarzające się w trakcie operacji wewnętrznych, dokonywanych na osobnikach chloroformowanych, u których podśluzowo została zastrzyknięta adrenalina, pobudziły autorów do przedsięwzięcia badań doświadczalnych, przeprowadzonych w warunkach powyższych na psach.

Zostało potwierdzone w rzeczywistości, że zastrzyknięcie adrenaliny w dawce nieszkodliwej wywołuje u psa chloroformowanego zapaść sercową. Stwierdzono, że zastrzyk podśluzowy podczas chloroformowania daje ten sam efekt, co i zastrzyk dożylny. Przeciwnie — zastrzyk podskórny nie wprowadza żadnych niespodzianek. Według autorów, zapaść sercową powstaje na tle działania chloroformu na organizm, uczulony przez adrenalinę (działanie wagotoniczne tejże). W tych razach atropina, paraliżując nerw błędny, chroni od zapaści. Ezeryna, działająca również wagotonicznie, zachowuje się, przy stosowaniu chloroformu, jak adrenalina.

E. Weinkiper.

Robert CLEMENT. *Schorzenia oczne pochodzenia zatokowego*. (Presse médicale Nr. 19, 1926).

Stany zapalne każdej z zatok nosowych mogą być przyczyną komplikacji ze strony oczu. Cl. rozpatruje tylko przypadki komplikacji, powstałe po ukrytych sprawach zapalnych w zatokach i szczegółowiec omawia pozagałkowe zapalenie nerwu ocznego — *neuritis retrobulbaris*.

Autor podkreśla, że mimo zastosowania wszelkich metod badania jam obocznych nosa czasem nie udaje się nam stwierdzić ich zajęcia; a mimo to zabieg operacyjny przynosi znaczną ulgę. Cl. stwierdza fakt, że często już zabieg najprostsz, jak ścięcie części muszli, lub też takie momenty, jak wywołanie krwawienia, posmarowanie roztworem kokałiny z adrenaliną pewnych okolic jamy nosowej, może grać rolę w spowodowaniu szybkiego zniknięcia powstałych zaburzeń wzrokowych.

E. Weinkiper.

L. de REYNIER. *Przyczynki do stosowania galwanokaustyki w gruźlicy krtani*. (La Presse Médicale, Nr. 20, 1926).

Autor podkreśla, że już oddawna jest zwolennikiem stosowania galwanokaustyki w gruźlicy krtani. Swoje metody i rezultaty opublikował w 1923 r. Teraz dopełnia swe poprzednie spostrzeżenia opisem nowych trzech przypadków, w których efekt leczenia wydaje mu się nader pomyślnym. Autor podkreśla, że długotrwałość schorzenia, jak również współrzędność różnych postaci gruźlicy płuc nie wpływa ujemnie na wyniki leczenia galwanokaustyką zmian krtaniowych. R. wyraża przypuszczenie, że galwanokaustyka wywołuje wewnątrz komórek odporność miejscową, naskutek czego z jednej strony tkanki chore zostają wyeliminowane, a z drugiej strony wytwarzanie się tkanki bliznowatej zostaje przyspieszone.

E. Weinkiper.

Hans BRUNNER. *Przyczynki do nauki o zapaleniu zatoki jamistej pochodzenia usznego*. (Mon. f. Ohr. H. I, 1926).

Nowsze statystyki wykazały, że sprawy zapalne zatoki jamistej są częstsze, niż dawniej przypuszczano. W sprawach zakrzepowych zatoki esowatej i poprzecznej pochodzenia usznego prawie w połowie przypadków stwierdza się na sekcji sprawę zapalną w zatoce jamistej. W większości przypadków zawartość jest ropna, rzadziej zaś stwierdzić można zakrzepy. Sprawy zapalne zatoki jamistej powikłane są bardzo często ropnem zapaleniem opon, nie jest to jednak zjawiskiem stałym. Co się tyczy dróg, którymi sprawy zakrzepowe z zatoki esowatej dostają się do zatoki jamistej, to w pierwszym rzędzie wchodzi w grę zatoka skalista górna i dolna, również żyły oczne przez żyłę jarzmową. Niekoniecznie musi sprawa zapalna powstać *per continuitatem*; droga wsteczną mogą cząsteczki zakrzepu dostać się do zatoki jamistej; zdarza się też, że niezależnie od zatoki esowatej sprawa zapalna z ucha toruje sobie drogę poprzez splot żylny szyjnotętniczy. W przypadkach, w których stwierdza się ropne zapalenie opon, zakażenie zatoki jamistej może nastąpić drogą żyły mózgowej środkowej, która oddaje krew swoją do zatoki jamistej. Próchnica wierzchołka kości skalistej także może wywołać zapalenie opony twardej, z której sprawa zapalna przedostaje się do zatoki.

Zakażenie splotu żylnego szyjnotętniczego następuje wówczas, gdy sprawa zapalna ropna, umiejscowiła się w przedniej części ucha środkowego, lub też w trąbce Eustachiusza. Ropna sprawa słuźówki prowadzi do nadżarcia kości i w ten sposób sprawa zapalna przechodzi do przestrzeni szyjnotętniczej kości skalistej. Z przytoczonej kazuistyki B. zasługuje na uwagę przypadek, w którym była próchnica wierzchołka kości skalistej, histologicznie stwierdzona, ze zmianami w zwoju Gassera, bez porażenia n. odwodzącego. Przypadek ten, zarówno iak przypadki Habermanna i Brunnera, dowodzą, że sprawy zapalne wierzchołka niekoniecznie muszą dać porażenie n. odwodzącego, na co zwrócił już uwagę Lange. Na uwagę zasługuje również brak objawów ocznych — brak zastoju w większości przypadków obserwowanych przez Brunnera. Na 5 przypadków tylko w dwóch były zmiany na dnie oka, które wystąpiły dwa dni przed zgonem. Na brak objawów ocznych w przebiegu spraw zapalnych zatoki jamistej zwrócili uwagę i inni badacze (?), Bartels skłonny jest przypuszczać, że tarcza zastoynowa w przypadkach zajęcia zatoki jamistej przemawia za innym powikłaniem mózgowym — za ropniem, lub za zapaleniem opon.

R. K.

Choroby narządów trawienia.

M. MORAWITZ. *O leczeniu wrzodu żołądka*. (Muenchener Medizinische Wochen. Nr. 47; 1925).

Kwestję, czy wrzód żołądka należy leczyć operacyjnie, czy też zachowawczo, rozstrzyga Morawitz w ten sposób, że przychylił się do operacyjnego leczenia w następujących trzech przypadkach: 1) jeśli istnieje organiczne zwężenie żołądka, odźwiernika lub dwunastnicy, 2) w razie silnych krwotoków i niebezpieczeństwa wykrwawienia, 3) przy podejrzeniu przebiecia wrzodu, uważając, że stwierdzenie jedynie na rentgenogramie niszy Haudeka nie jest

jeszcze wskazaniem do operacji. Autor przestrzega przed nadmiernym szafowaniem operacjami ze względu na występowanie bólów po dokonanej gastroenterostomji, która tłumaczy się z jednej strony powstawaniem gnilnej dyspepsji (Fäulnisdyspepsie) z powodu zbyt szybkiego opuszczania żołądka przez pokarm, a z drugiej strony konstytucjonalną skłonnością do skurczów gładkich mięśni żołądka u osobników z wrzodem żołądka, skłonnością, której przez operację nie usuwa.

Co do leczenia wewnętrznego, zastanawiając się nad trzema istniejącymi sposobami leczenia i djetami: *Lenhartz'a*, *Leubego* i *Sippyego*, odrzuca *Morawitz'a* djetę *Lenhartz'a*, jako zbyt kosztowną do stosowania szpitalnego, podając, że stosował z bardzo dobrymi wynikami następującą kombinację metod leczenia *Sippyego* i *Leubego*.

Chorzy przez 14 dni pozostają bezwzględnie w łóżku, mając ciepłe okłady na brzuchu.

Djeta: I. tydzień: 1 litr mleka, kawa bez cukru, kleiki z kaszy, opłatków owsianych, ryżu. Papka z ryżu, grysiku, kaszy, mąki kukurydzowej 50 — 60 gr. masła w papce i kupie. 2 rozbite jajka.

II. tydzień: prócz tego, co w I tyg.: przysmażane bułeczki, sucharki, skrobaną szynkę. Cukier. Purée z kartofli, szpinaku, marchwi. Jajecznicza, jaja na miękko.

III. tydzień: Dodatki z mięsa (cielęcego, ryby, mózdzku). Makaron; kartofle gotowane w całości, kalafior, młoda kalarepka. Potrawy mączne, kakao, ser.

IV. tydzień: pełna dieta za wyjątkiem surowych owoców, potraw bardzo słonych, pieprzonych, ostrych, wędlin, chleba razowego, kapusty i wogóle ciężkostrawnych roślin (ogórki, selery, rzodkiewki) oraz stoniny i tłustego mięsa, które należy wyliczyć na dłuższy czas. Potrawy należy podawać w niedużych ilościach, ale co godzinę, aby żołądek nigdy nie był pusty.

Prócz przestrzegania diety, chory otrzymuje co godzinę *Natr. bicarb.* + *Magn. usta* aa lub *Natr. bicarb.* + *Calc. carbon.* (w razie biegunki) w ilościach do pół łyżeczki oraz atropinę w małych dawkach kilka razy dziennie. Autor radzi zacząć od czterokrotnego podawania po jednej pigułce, zawierającej 1/4 mgr. atropiny, i stopniowo dawki zwiększać, aż się osiągnie granicę tolerancji (suchość w ustach!). Po paru dniach można próbować przekroczyć tę granicę, gdyż dość szybko występuje pewne przyzwyczajenie do atropiny. Istota polega na ciągłym utrzymywaniu żołądka pod wpływem atropiny.

Co do proteinoterapii, to autor nie zauważył, by dawała ona lepsze wyniki, niż stosowanie wyżej podanej kombinacji metod *Sippyego* i *Leubego*. Jednak nie należy jej w wrzodzie żołądka bezwzględnie odrzucać. Czasem chorzy, których bóle nie ustępowały przy leczeniu metodą *Leubego* i *Sippyego*, czuli się o wiele lepiej, a bóle ich znikały po zastrzykach *Novoprotiny*.

Henryk Landau.

KÖNIG. O leczeniu wrzodu żołądka. (M. Med. W. Nr. 3; 1926).

Chirurg — König zarzuca Morawitzowi, iż w swym obszernym artykule o leczeniu wrzodu żołądka nie wspominał ani razu o rezekcji żołądka. Obecnie zespolenie żołądkowo-jelitowe jest prawie zupełnie zarzucone, uważane jako "schorzenie". Natomiast rezekcja daje tylko 5% śmiertelności i powinna być uważana jako jedyna radykalna operacja.

Frank.

LEHMAN. O leczeniu wrzodu żołądka. (München. Med. Woch. Nr. 3; 1926).

Autor — jako chirurg — zajmuje się tem zagadnieniem i krytykuje Morawitz'a. Nasamprzód autor uznaje wskazanie Morawitz'a do operacji "krwawienie" żołądkowe — jako względne, gdyż większość chirurgów oraz liczni interniści są przeciwnikami zabiegu podczas ostrego krwotoku, natomiast przenikający wrzód z zagłębieniem — stanowczo należy do chirurga. Lecząc autor jest przeciwnikiem tak modnych obecnie daleko posuniętych rezekcji żołądka (tak ważnego narządu!) z powodu względnie łagodnego cierpienia. Dalej autor zarzuca Morawitzowi, iż w patogenezie wrzodu żołądka nie wspomina o nieżyście żołądka: nie

bywa wrzodu żołądka bez mniej lub więcej ciężkiego nieżytu; natomiast bywają stany chorobowe, przypominające cierpienie z owrzodzeniem żołądka bez wrzodu. Większość chorych na wrzód żołądka — są to osobnicy typu astenicznego, układ nerwowy ich więc jest wrażliwy na wszelkie podniety. A więc na początku nieżyt żołądka, dalej kurcze, niedokrewność pewnego odcinka ściany żołądkowej, nadżerka mięśniówki — oto obraz powstawania wrzodu. Całe cierpienie dałoby się określić jako „wrzodziejąco — kurczowy nieżyt żołądka”. Wobec powyższego zrozumieliśmy stają się owe częste narzekania chorych po dokonaniem zespoleniu żołądkowo-jelitowemu z powodu wrzodu żołądka! Nieżyt żołądka pozostał. Aby zabieg chirurgiczny był radykalny i przyniósł choremu ulgę w cierpieniu i na przyszłość, należałoby usunąć jak najszerszy cały nieżyty obszar żołądka. Autor jako chirurg — jest w zasadzie wrogiem takiego mu: nie należy chorego pozbawiać 2/3 żołądka. Operować, to radykalnie! Musimy, zdaniem autora stopniowo od teorii konstytucyjnej — powstawać żołądka. Konstytucja nie jest cierpieniem! Dzięki konstytucyjnie wątłemu organizmowi, żołądek jego staje się wrażliwszym, powstaje nieżyt jego przy nieodpowiednim odżywianiu. A więc, zadaniem internisty jest nie tyle leczenie już chorego na wrzód żołądka, ile zapobiegawcze normowanie odżywiania się osobnika, dysponowanego do schorzenia żołądka.

Frank.

MORAWITZ. O leczeniu wrzodu żołądka (München. Med. Woch. Nr. 3, 1926).

Autor polemizuje z *Lehmanem*, który krytykował poglądy jego co do leczenia wrzodu żołądka. Co do patogenetycznego cierpienia, to jako powód powstawania wrzodu uważa on przyczyny wewnętrzne, a więc nie da się, zdaniem Morawitz'a, objaśnić przyczyny schorzenia — samym nieżytem żołądka. Przy pomocy wewnętrznego leczenia udało się autorowi osiągnąć 55 — 60% wyleczenia zupełnego. Żądanie *Lehmana* radykalnej zmiany odżywiania się osobnika dysponowanego — jest praktycznie nie do wypełnienia; — leczenie wewnętrzne daje dobre rezultaty — dopełniają to leczenie — chirurgiczne zabiegi; widzi się prócz tego nader często na autopsjach, jako poboczny stan, samoistnie wyleczone wrzody żołądkowe.

Frank.

N. ELANSKY. Rozrost gruczolowy o typie gruczolów Brunnera w brzegach wrzodów przewlekłych żołądka i dwunastnicy. (Virchows Arch. T. 258; Z. 3, 1925).

Rozrost gruczolowy o typie gruczolów Brunnera został po raz pierwszy opisany przez *Hayema* w 1895 pod nazwą *Polyadenomes à type Brunnerien*, opracowany później szczegółowo przez autorów francuskich. (*Bensaude*, *Socca*, *Moutier*, *Audistère*).

N. Elansky zbadał mikroskopowo 107 wrzodów żołądka i dwunastnicy i w 12 przypadkach wykrył rozrost gruczolowy o typie gruczolów Brunnera (3 przyp. wrzodów dwunastnicy, 7 wrzodów odźwiernika, 2 krzywiżny małej).

Normalnie gruczolę Brunnera spotykamy tylko w śluzówce dwunastnicy; wyjątkowo odźwiernika i dna żołądka.

W 3 przypadkach autora gruczolaki o typie Brunnera usadawiały się w odźwierniku, głównie w brzegach części doogonowej wrzodu. W gruczolaku występowały bardzo nieznaczne objawy zapalne. Klinicznie i anatomopatologicznie — obraz wrzodu przewlekłego ze zmianami zapalnymi w brzegach i dnie wrzodu. Przeciętnie sprawa trwała jakieś 8 lat. W powierzchownych warstwach śluzówki stwierdzono objawy nieżyty (nacieki, komórki kubkowe). W następnych przypadkach dołącza się jeszcze dążność do dziurawień, o ile usadawia się w przedniej ścianie żołądka lub dwunastnicy. Bujanie gruczolowe stwierdza się dookoła z trzech stron lub też tylko w części doogonowej wrzodu.

Ostatnie 6 przypadków autor omawia krótko, ilustrując je foto — i mikrofotografiami.

W brzegach wrzodów długotrwałych rozrost gruczolowy dawał obrazy gruczolaków i brodawczaków i dotyczył nie tylko błony śluzowej i podśluzowej, lecz obejmował czasami całą grubość ściany, gdy gruczolę przerastały mięśniówkę. We właściwej błonie śluzowej przeważały objawy zapalne i zanikowe.

Autorzy francuscy podkreślają skłonność tych gruczolaków do bujania złośliwego.

W przypadku *Audisterea* stwierdzono przerzuty do gruczolów limfatycznych i do wątroby. *Elansky* w jednym przypadku również zauważył przejście w nowotwór złośliwy.

Co do etiologii gruczolaków *Brunnera* istnieją dwa poglądy:

1) Jedni uważają je za przejaw nieżyty przewlekłego śluzówki żołądka, pochodzenie ich jest miejscowe z gruczolów żołądka. (*Hayem*).

2) Inni twierdzą, że powstają one z pozostałości rozwojowych wysepek śluzówki jelitowej w błonie śluzowej żołądka. (*Audistere*).

Teja ognisk zabiłakanych nabłonka jelitowego w śluzówce żołądka (jako pozostałości rozwojowe) łatwiej tłómaczy powstawanie gruczolaków (pod wpływem podrażnień mechanicznych w przebiegu wrzodu), a również ich powstanie (przejście w bujanie złośliwe i przedziurawienia).

Na podstawie swoich badań autor przychodzi do następujących wniosków:

1) W brzegach wrzodów przewlekłych żołądka i dwunastnicy, stwierdza się bujanie gruczolakowate o typie gruczolów *Brunnera* w 11%.

2) Gruczolaki powstają wtórnie pod wpływem podrażnień, związanych z wrzodem, i wychodzą z wysepek czołowych jako pozostałości rozwojowych.

3) Gruczolaki najczęściej rozwijają się w doogonowej części wrzodu.

4) W warstwie błony śluzowej w obrębie gruczolaka stwierdza się objawy zapalne (nacieczenia drobnookrągłokomórkowe, pokrecone cewki gruczolowe, brodawkowate rozgałęzienia w nich oraz komórki kubkowe).

5) W błonie podśluzowej brak rozrostu ziarniny.

6) Wrzody z gruczolakami *Brunnera* w brzegach mają skłonność do przedziurawień wskutek braku rozrostu tkanki łącznej bliznowatej oraz ochronnego wpływu śluzówki przed trawiacem działaniem soku żołądkowego.

7) Gruczolaki *Brunnera* jako wytwór długotrwałych podrażnień mogą dawać początek guzom złośliwym.

J. Dąbrowska.

Choroby serca i naczyń.

PLETNIEW. Przyżyciowe rozpoznawanie praw- lub lewostronnego zamknięcia światła naczyń wieńcowych serca. (*Zeitschr. f. Kl. Med.* 16. XI. 1925).

Autor podaje dokładny opis kliniczny trzech przypadków dusznicy bolesnej, w których rozpoznania, postawione podczas napadu, ze zlokalizowaniem cierpienia w jednym z naczyń wieńcowych, zostały w całości potwierdzone podczas badania sekcyjnego. Cechą patognomoniczną dla zamknięcia prawego naczyń wieńcowego jest nagłe powiększenie wymiaru poprzecznego serca w prawo z jednostronnem, bardzo bolesnem obrzmieniem wątroby, przy braku objawów zastoinowych w płucach. Nagłe powiększenie wymiaru poprzecznego serca w lewo i ku dołowi oraz nagłe powstający obrzęk płuc pozwala nam rozpoznać zamknięcie lewego naczyń wieńcowego. Wspólnym objawem zatkania światła naczyń wieńcowych jest utrzymujący się stan dusznicy bolesnej często z jednoczesnem występowaniem objawów dychawicy sercowej, aczkolwiek objawy bólowe niezawsze występują na pierwszy plan. Autor przytacza opis przypadku, w którym za życia rozpoznawano niedomogę serca, a na sekcji stwierdzono zacopowanie światła naczyń wieńcowego — możliwe, że przy powolnem zamykaniu się światła objawy bólowe nie występują.

J. L.

FRANK i WORMS. Aortalgia i dusznica bolesna. *sche med. Woch.* Nr. 14; 1926).

Autorzy całkowicie zgadzają się z poglądem, wyrażanym przez *Ortnera*, że aortalgia i dusznica bolesna przedstawiają dwa odrębne cierpienia, wywołane przez różne czynniki; gdy dusznica bolesna jest cierpieniem naczyń wieńcowych serca, aortalgia wypływa z ograniczonego cierpienia ściany tętnicy głównej. Schorzenie aorty może istnieć bardzo długo, dając wreszcie objawy dusznicy bolesnej, jako wyraz rozszerzenia się sprawy chorobowej i na tętnice wieńcowe.

Skargi chorych przy istniejącem cierpieniu tętnicy głównej polegają na bólu i uczuciu gniecenia w tyle poza mostkiem i nieco na lewo od niego. Ból ten występuje po najlżejszych niekiedy wysiłkach, może jednak istnieć w spoczynku. Ból nie łączy się z uczuciem strachu, rozchodzi się często w okolice międzyłopatkową i lewą kończynę górną, wywołując wzmożoną bolesność spłotu barkowego, a zwłaszcza przeczulicę w obrębie 2 — 4 segmentu grzbietowego. Ta przeczulica stanowi objaw niezmiernie charakterystyczny i z łatwością dający się wykazać pomiędzy wyrostkiem kolczastym V kręgu szyjnego i VII piersiowego w przestrzeni międzyłopatkowej. Objawy hyperestezji są przeważnie silniejsze po stronie lewej, niekiedy brak ich po stronie prawej. Lokalizacja pasu przeczulicy zgadza się z podanym przez *Heada* dla wstępującej części aorty pasem w obrębie segmentów I — IV grzbietowych.

Autorzy rozróżniają postać dusznicy bolesnej, powstałej na tle zmian organicznych naczyń wieńcowych, idącej zwykle w parze ze zmniejszoną wydolnością serca, oraz postać dusznicy, rozwijającej się na tle cierpienia nerwów (*neuritis*). W tej postaci praca serca w okresie międzynapadowym jest zupełnie normalna.

Podobnież dzielą autorzy aortalgię na postać, rozwijającą się na tle zmian anatomicznych i na tle czynnościowym, które stanowią nadmiernie napięte ściany tętnicy głównej. W obydwu postaciach słychać nad aortą dzwieczny II ton przy niepodwyższonem ciśnieniu. Jednakże ton ten nie zmienia swego charakteru mimo leczenia, jeśli tło będzie anatomiczne, natomiast szybko straci dzwieczny odcień przy zmianach czynnościowych. Również chwilowo zwiększone napięcie ścian tętniczych, dające się wykazać na tętnicy promieniowej, znika po leczeniu, a sama tętnica ledwie da się wymacać. Oprócz wspólnych dla obu postaci aortalgii objawów przeczulicy i dzwiecznego II-go tonu, występuje w grupie o podłożu anatomicznem szmer systoliczny nad środkiem mostka i charakterystyczna konfiguracja aortalnego serca w obrazie rentgenologicznym ze znacznie rozszerzonym cieniem tętnicy głównej; znacznie rozszerzona część wstępująca budzi zawsze podejrzenie kiły. Jednakże nawet bardzo rozrzucona i zmieniona tętnica główna może nie dać objawów aortalgii i naodwrot.

Najlepsze wyniki w leczeniu aortalgii mieli autorzy, podając jod z natr, nitrosum: 0,2 natrii jodati oraz 0,02 natrii nitrosi na dawkę — 3 razy dziennie po jedzeniu. Po długiem stosowaniu objawy aortalgii zniknęły zupełnie i to na czas dłuższy.

M. Goldman junior.

ISAKOWITZ. O szkodliwym działaniu na serce przecinania nerwów ekstrakardialnych w leczeniu dusznicy bolesnej. (*Zentralbl. f. Herz-u. Gefaesskrankh.* 1926—6).

Autor, streszczając wyniki operacyjnego leczenia dusznicy bolesnej metodą *Jonnescu* i innych, polegających na przecinaniu mniej lub więcej dokładnie nerwu współczulnego, stwierdza częste i nigdy nie dające się przewidzieć tudzież uniknąć szkodliwości powyższego zabiegu w stosunku do sprawności mięśnia sercowego. Bynajmniej nie kwestjonując pomyślnego wpływu operacji na samopoczucie i stan subiektywny pacjenta bezpośrednio po zabiegu, autor wskazuje jednak liczne ujemne strony metody, stanowiące w sumie niejako odwrotną stronę medalu. Jakkolwiek serce zwierząt doświadczalnych zupełnie zdrowych znosi zabieg znakomicie i nie doznaje i z biegiem czasu żadnych dolegliwości, utrzymując w całej pełni pierwotną dzielność fizjologiczną, to jednak inaczej się ma rzecz z sercem chorem, a takie przecież zazwyczaj jest serce, objęte zespołem dusznicy bolesnej.

Autor na podstawie swych długotrwałych obserwacji orzeka, że serce chore z wielkim trudem obchodzi się bez współdziałania nerwów pozasercowych, będących jakoby dodatkowym sterem, którego brak w krótkim czasie doprowadzić może do katastrofy. Na kilku pouczających przykładach autor rozwija swe zapatrywania na wartość leczenia operacyjnego dusznicy bolesnej i w ostatecznym wniosku wypowiada się stanowczo przeciw wymienionej metodzie.

G. Raciążek.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

SERGEANT i MIGNOT. Leczenie białaczki szpikowej (Paris Médical 1925, Nr. 49).

Leczenie białaczek przewlekłych w ciągu ostatnich lat dwudziestu uległo głębokiej zmianie. W czasie, gdy ograniczało się ono wyłącznie do terapii objawowej (żelazo, arsenik, opoterapia), rokowanie było fatalne już na najbliższą metę. Dzięki środkom, posiadanym obecnie, możemy zahamować rozwój białaczki nawet na czas dłuższy. Do tych środków należą promienie Röntgena; rad, benzol i tor X.

Radjoterapia. Promienie mają wybiórcze działanie niszczące na komórki, szczególnie wrażliwe na nie są ciążka białe i ich komórki macierzyste. Uwalniające się przy ich rozpadzie substancje cytolityczne mają własność pobudzania szpiku kostnego w jego czynności tworzenia ciałek czerwonych, które, nawiasem mówiąc, są najmniej wrażliwe na nasświetlanie ze wszystkich komórek krwi.

Pod względem klinicznym wyniki radjoterapii są następujące: Stan ogólny zmienia się znakomicie, apetyt wraca, astenia zmniejsza się, waga wzrasta, gorączka, obrzęki i białkomocz stopniowo znikają; skłonność do krwawień, zresztą rzadka, ustaje. Śledziona zmniejsza się i po kilku tygodniach przybiera swą wielkość normalną. Liczba ciałek czerwonych i hemoglobiny stopniowo zwiększa się; liczba ciałek białych, przeciwnie, po każdym nasświetlaniu zmniejsza się i zbliża się do granic fizjologicznych. Myelocyty i eozynofile wykazują skłonność do znikania jednocześnie z ciałkami jądrazastymi. Stan pozerowego wyzdrowienia trwa 2 do 10 miesięcy, po których występuje nawrót. Pod wpływem leczenia poprawa znów występuje, lecz nawroty odnawiają się, wreszcie radjoterapia traci zupełnie swe działanie, a choroba przybiera swój fatalny obrót. Leczenie to niepozbowione jest stron niebezpiecznych, jak radjotermit, objawy zatrucia produktami cytolizy w postaci bólów głowy, biegunek, wymiotów, niekiedy gwałtownych bólów brzucha naśladujących zapalenie wyrostka robaczkowego lub kolikę nerkową. W przypadkach nasświetlań zbyt mocnych lub w zbyt bliskich odstępach czasu może wystąpić anemja. Wreszcie zdarzają się i takie przypadki, w których pod wpływem radjoterapii, zamiast poprawy, występuje pogorszenie.

Curieterapia. Działanie radu jest potężne i bardzo szybkie. Stosuje się duże dawki na śledzionę w ciągu 48 godzin. Badanie krwi, przeprowadzone 8 dni po pierwszym seansie, wykazuje już znaczne zmniejszenie liczb ciałek białych i zwiększenie czerwonych. Miesiąc po rozpoczęciu leczenia obraz krwi jest prawie normalny. Jednocześnie z poprawą stanu ogólnego, apetytu, siły i wagi zmniejsza się śledziona. Wydaje się, że chory jest wyleczony, lecz w istocie tak nie jest. Wiele miesięcy po zaprzestaniu leczenia objawy białaczki znów wracają. Tym razem jednak curieterapia nie daje wyników zadawalniających przypuszczalnie wskutek tego, że myelocyty stopniowo nabrały odporności na działanie radu.

Benzol. Leczenie benzolem jest dość proste. Aubertin podaje w ciągu 15 dni, początkowo 2, a następnie 3 razy dziennie podczas posiłku po 30 kropli oczyszczonego benzolu w syropie, mleku lub winie (ewentualnie z powodu b. przykrego smaku można stosować w ławatywie), następnie po ośmiodniowej przerwie wznowia leczenie, zwiększając lub zmniejszając dawki benzolu odpowiednio do tego, czy liczba leukocytów w okresie przerwy znów wzrosła, czy też zmniejszyła się. Gdy liczba ciałek białych zbliża się do 20.000, dalsze podawanie benzolu należy przerwać. Przy tym sposobie leczenia, już w pierwszych dniach znika gorączka i wracają siły. Osiągnięta poprawa może trwać do kilku lat. Do ujemnych stron benzolu należy jego wielka jadowitość, która może powodować krwawienia i spadek liczby ciałek czerwonych.

Tor X, stosuje się w postaci serii zastrzyków podskórnych 5 do 7 tygodniowo w dawkach po 200, 300, 400, 500 mikrogramów. Według niektórych autorów powoduje on bardzo prędko spadek liczby leukocytów, zanik myelocytów i znaczne zmniejszenie objętości śledziony. Aubertin zauważył, że spadek leukocytów trwa długi czas po skończonej kuracji.

W żadnym przypadku nie należy też lekceważyć leczenia higienicznego: odpoczynek fizyczny, umysłowy, do-

bre powietrze, zdrowe odżywianie są niezbędnym dopełnieniem środków terapeutycznych.

H. Rabinowicz.

K. J. HOFFMANN. O leczeniu białaczki salvarsanem (Therap. d. Gegenw. 1925 H. 5. S. 276).

Autor leczył w 2 przypadkach białaczki salvarsanem: w jednym przypadku była białaczka ostra, w drugim przewlekła; w obu przypadkach wybitna poprawa.

P. Berlis.

F. B. HOFMANN. O leczeniu płytek. (Deut. med. Woch., Nr. 21. 1926).

Autor leczył w 2 przypadkach białaczkę salvarsanem: gotowuje roztwór: 0,8% NaCl, 0,02% CaCl₂ i 0,02 KCl 0,01% MgCl₂, 0,1% NaHCO₃ i 0,005% NaH₂PO₄. Utrwala się płytki w 10/100 roztw. sublimatu i soli kuchennej. Do 30 kropli roztw. I-go w szalce wydrążonej w bloku parafinowym dodajemy 6 kropli roztworu sublimatu (dla kobiet — 5 kropli, dla dzieci — 4) i kroplę krwi z nakłutego palca; mieszamy szklaną pałeczką powleczoną parafiną. Kroplę jednorodnej zawiesiny wpuszczamy do kamery Zeiss'a; po kilku minutach obliczamy liczbę płytek, przypadających na pewną liczbę krwinek, a z całkowitej liczby ciałek czerwonych — ostateczną liczbę płytek.

Liczy tym sposobem otrzymane wynoszą przeciętnie 700.000 dla mężczyzn i 630.000 dla kobiet (Flössner). Posługując się tą metodą Boshamer dzieli płytki na małe (postacie młodociane), średnie, pałeczkowate i duże (odpowiadające 2/3 krwinki). Postacie małe, młode są najmniej odporne, wynoszą prawie 1/2 ogólnej liczby płytek; przeważnie giną przy obliczaniu metodą Fonio i Degkwitza. Po wycięciu śledziony u zwierząt znajdował Boshamer najpierw wzrost liczby małych płytek (do 1.500.000); duże zjawiały się dopiero po kilku dniach.

M. Goldman junior.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

A. TROELL. W sprawie rozpoznawania i leczenia operacyjnego choroby Basedowa. Journal de chirurgie. Tome XXVI. Octobre 1925; page 369).

Materiał kliniczny autora obejmuje 100 przypadków wola, podzielonych na 4 grupy. Pierwsza z nich, obejmująca 41 chorych z typowymi i wybitnymi objawami choroby Basedowa, cechuje się jednolitem powiększeniem całej tarczycy. Druga, zawierająca tylko 16 przyp. z takimi samymi makroskopowymi zmianami tarczycy, dotyczy chorych, którzy wykazują minimalne objawy basedowizmu lub też nie wykazują ich zupełnie. W skład trzeciej grupy wchodzi 15 chorych, mających nieznaczne objawy basedowizmu, lecz u których powiększenie tarczycy nosi charakter niejednorodny, guzowaty (wola gruczołakowata). Ostatnia grupa, licząca 26 chorych, obejmuje przypadki również wola gruczołakowatego bez jakichkolwiek objawów choroby Basedowa.

Stwierdzenie powiększenia tarczycy nie wystarcza bez szczegółowego określenia charakteru tego powiększenia, bez ustalenia, czy rozrost ten idzie, czy też nie idzie w parze z objawami toksycznymi, odbijającymi się na całokształcie przejawów życiowych ustroju.

Wole atoksyczne jednolite czy też guzowate jest schorzeniem miejscowym, mogącem w najgorszym razie przemienić się w tchawicę lub zwać jej światło.

Wole toksyczne, o ile zwłaszcza towarzyszy jednolitemu powiększeniu całej tarczycy, jest cierpieniem ogólnym, wymagającym nader poważnego traktowania.

Jeśli uprzytomnić sobie, że zdarzają się przypadki wybitnej choroby Basedowa, związane z pozornie niepowiększoną tarczycą, gdzie dopiero podczas operacji lub sekcji wykazać można rozrost tkanki gruczołowej w kierunku kl. piersiowej lub poza tchawicę, to zrozumieć łatwo, że ustalenie wpływu toksycznego wola na organizm jest rzeczą pierwszorzędną wagi.

Wiele pomocnym środkiem w stwierdzeniu stopnia toksyczności, towarzyszącej woli, czyli tyreotoksyczności, jest ustalenie powiększenia się wartości metabolizmu, obli-

czoney według zużycia tlenu przez chorego, będącego w stanie spokoju, w jednostce czasu. Badania, przeprowadzone w tym kierunku przed i po operacji przy uwzględnieniu struktury histologicznej wola, wykazały, iż stopień powiększania się wartości metabolizmu w czasie choroby jest najpewniejszym bodaj wskaźnikiem natężenia tyreotoksyczności. Wartość ta jest zazwyczaj wyższa w chorobie Basedowa z wolem jednolitem, niż z wolem gruczolakowatym. Przy określaniu wartości metabolizmu należy zwracać jednak baczniejszą uwagę na czynniki przygodne, wywierające wpływ na wysokość tej wartości (np. cięża, niedokrewność, stan silnego podniecenia nerwowego). Zdarza się często, iż wartość metabolizmu nie idzie w parze z objawami klinicznymi choroby Basedowa.

Dalszą wytyczną w diagnostyce różniczkowej wola jest stopień powiększania się ciśnienia krwi. Równoległe do wzrostu wartości metabolizmu idzie zazwyczaj wzrost różnicy pomiędzy ciśnieniem krwi podczas skurczu i rozkurczu.

Porównyując przypadki choroby Basedowa u osobników z wolem jednolitem i wolem gruczolakowatym, zauważyć można, że i tutaj powiększenie różnicy między skurczowym i rozkurczowym ciśnieniem krwi jest bezsprzecznie wyższe w pierwszym przypadku.

Przechodząc do leczenia choroby Basedowa, należy ustalić pewien regulamin w stosunku do chorego. Po przybyciu do kliniki chory winien przez pewien czas otrzymywać systematycznie jednocześnie bromowoderek chininy, bromek sodu, fosforan sodu i mleczan wapnia. Przy badaniach zwraca się najwięcej uwagi na ciepłotę, akcję serca, wysokość ciśnienia krwi, wartość metabolizmu, wagę ciała i stan nerwowy ogólny. Jeśli podniecenie nerwowe, w którym zazwyczaj chory się zgłasza, nie ustępuje po kilku dniach, a zwłaszcza, jeśli waga ciała wybitnie spada, nie należy poddawać chorego żadnym zabiegom operacyjnym. Znałe są przypadki śmierci u operowanych w takim stanie nawet po tak niewielkim zabiegu, jak jednostronne podwiązanie naczyń tarczycowych górnych. O ile chory, przeznaczony do operacji, jest psychicznie wybitnie podniecony i ma bardzo częste tętno, a stan nie ustępuje w ciągu ½ godziny nawet po zastrzyknięciu nowokainy, należy zabieg odłożyć.

Operacja w stanach tyreotoksycznych i postaciach jednolitego wola winna być rozłożona na kilka posiedzeń. Początkowo podwiązuje się naczynia tarczycowe górne z jednej lub obu stron, a następnie usuwa części powiększonej tarczycy na jednym lub też kilku posiedzeniach. Przy zabiegu stosuje się zazwyczaj znieczulenie miejscowe (nowokaina z adrenalina), wyjątkowo tylko uspienie eterowe. Litr roztworu fizjologicznego, wprowadzony do odbytnicy, zmniejsza zazwyczaj pragnienie. Już w 2 godziny po zabiegu chory może otrzymywać napoje. W razie niepokoju w okolicy serca zaleca się używanie pęcherza z lodem; uciec się można również do zastrzyknięcia pantoponu.

Na 56 przypadków choroby Basedowa, leczonych chirurgicznie, 7 chorych zmarło po zabiegu (niektórym z nich podwiązano tylko jednostronnie naczynia tarczycowe); sześciu z pośród nich byli operowani w uspieniu ogólnym. Pozostali, w liczbie 49, poprawili się wybitnie. Równocześnie z poprawą obniżała się wartość metabolizmu, przyczem wola jednolite, niż gruczolakowate. Zwrócić należy jeszcze uwagę, iż w wolem jednolitem często występują szmermy naczyniowe z boku szyi przy górnym biegu wola, szmermy te znikają po usunięciu danej połowy powiększonej tarczycy. Obecność szmeru po drugiej stronie wola zazwyczaj do rezekcji i tej części wola, dając wybitniejszą poprawę stanu zdrowia pacjenta.

Streszczając powyższe, należy dojść do wniosku, że wola jednolite i gruczolakowate bez basedowizmu i wola gruczolakowatego z objawami tyreotoksycznymi mogą być śmiało operowane na jednym posiedzeniu, gdyż operacja nie naraża chorego na poważniejsze niebezpieczeństwo. Wskazaniem do zabiegu są tu zazwyczaj względy natury mechanicznej lub kosmetycznej. Cierpiący natomiast na chorobę Basedowa z wolem jednolitem wymagają ścisłej obserwacji i dokładnych badań. Wzmaganie się objawów tyreotoksycznych daje tu przeważnie zasadnicze wska-

zanie do zabiegu chirurgicznego; wyniki tego zabiegu są lepsze, o ile wykonywa się go nie jednocześnie.

D. Wyszogród.

A. SCHIMAK. Przyczynek do poznania „Jod-Basedowa”. (Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 14, 1926 r.).

Spostrzegane w ostatnich trzech latach przypadki Basedowa autor klasyfikował, jak następuje:

I. Przypadki, w których jod nie był czynnikiem, wywołującym chorobę, względnie nie udało się go wykryć. II. Przypadki, w których przy już istniejącej, względnie utajonej chorobie Basedowa lub przy leczeniu wola lecznicze lub przypadkowe stosowanie preparatów jodu lub tarczywy wywoływało wyraźną szkodę. III. Przypadki, w których nie było widocznej skłonności, ani obciążenia rodzinnego, a gdzie po użyciu preparatów jodu z przyczyn innych, aniżeli w grupie II, przyszło do wybuchu Jod-Basedowa.

Przypadki przedstawiały się, jak następuje:

I II III

1923 27 4 —

1924 17 4 1 (?)

1925 16 5 7 (w tej liczbie 3 kobiety w wieku lat: 42, 44 i 56 i 4 mężczyzn w wieku lat: 31; 38, 58, 58).

Etjologia tych siedmiu przypadków przedstawiała się w sposób poniższy: 1) Pędzłowanie przez 8 miesięcy dziaseł roztworem jodowym Pregla z powodu *gingivitis alveolaris*. 2) 3 miesiące trwające przemyswanie i przepłukiwanie roztworem jodowym Pregla z powodu ropotoku zębodołów. 3) 4 tygodniowe zażywanie jodku potasu w celu schudnięcia, w sumie 8 gr. KJ. 4) 2 miesięczne zażywanie pigułek jodowych o nieznannej sile w celu schudnięcia. 5) 6 tygodniowe leczenie hipertoni roztworem soli jodowych, których siły nie można było ustalić. 6) 3 tygodniowe leczenie uporczywego wrzodu jodkiem potasu, w sumie 2,5 gr. KJ. 7) Wielotygodniowa intensywna kuracja w uzdrowisku Bad Hall wskutek hipertoni.

Objawy chorobowe w tych przypadkach na początku zachowywały się nieco inaczej, niżeli w zwykłym Basedowie. Do najwybitniejszych należały: Duży spadek wagi przy gwałtownym upadku sił, prowadzący w przypadkach najcięższych do wybitnego charłactwa i adynamii. Spadkowi wagi towarzyszyły bez wyjątku wielomoc i polidipsja.

Drugim objawem były zaburzenia ze strony czynności serca z niemiarnością i tachykardią. Poza temi objawami spotykał S. stałe połyskiwanie oczu; natomiast wybitny wytrzeszcz oraz objawy oczne Graefego, Moebiusa i Stellwaga należały do rzadkości. Charakterystyczna była też niestałość wielkości wola; np. wyraźnie powiększony i dobrze macalny gruczoł w ciągu paru dni odbrzmiewał do swej wielkości normalnej, a w tygodniach następnych znów osiągał swą wielkość poprzednią, przyczem nie dało się stwierdzić żadnego stosunku pomiędzy wielkością wola i ciężkością choroby. Do objawów częstych, lecz niestałych należały: biegunka o typie niedomogi trzustkowej lub pochodzenia żołądkowego, z brakiem kwasu solnego, skłonność do potów, stan podgorączkowy i drżenie. Przemiana materii we wszystkich przypadkach była zwiększona i wahała się na wysokości choroby od 50 — 90%.

Zaburzenia psychiczne należały do objawów zwykłych, odpowiadały objawom w Basedowie konstytucyjnym: Przyspieszenie procesów myślowych z gonitwą myślową, niemożność skoncentrowania się; trwożliwość, zmienność afektów i t. d.

Co się tyczy leczenia, to autor uciekał się prawie wyłącznie do objawowego. Antytyreoidyna, preparaty grasicy, Gynergen i insulina nie dawały wyników. W ciężkich przypadkach sercowych S. stosował chininę wzgl. chinidynę po uprzednim podleczeniu naparstnicą. Oprócz tego S. stosował środki kojące (brom, preparaty walerjanowe i t. p.), arsen w postaci zastrzyków, rozmaite preparaty zastępcze trzustki. W lekkich przypadkach dobre wyniki dawało chininum hydrobromicum.

Ze względu na długie trwanie choroby, w lekkich przypadkach 3 miesiące, średnio ciężkich pół — 1 roku, zarówno lekarze, jak i pacjenci w celu skrócenia leczenia uciekają się do operacji i Roentgena. Zdaniem S. do operacji radają się takie przypadki, gdzie po cofnięciu się ciężkich objawów, przy umiarkowanym przybraniu na wadze i wzglę-

dnie dobrem samopoczuciu wytwarza się przewlekły stan choroby z wyraźnym powiększeniem się objętości tarczycy.

S. doradza również leczenie klimatyczne na średniej wysokości 700 — 1200 m.

Henryk Rabinowicz.

J. BORAK. Jod i Basedow. (Wiener Klin. Woch. Nr. 13, 1926).

B. zauważył, że w ostatnich dwóch latach chorobę Basedowa spotyka się znacznie częściej. W spostrzeżeniach B. liczba przypadków tej choroby wzrosła dwukrotnie. W etiologii choroby u znacznej liczby pacjentów (33 — 40%) udało się B. stwierdzić rolę jodu. Wśród tych w 2/3 przypadków jod był przyczyną choroby, w 1/3 wywoływał tylko widoczne pogorszenie. Wśród pierwszych byli zarówno tacy, którzy dawniej nigdy nie mieli wola, jak i tacy, którzy już kiedyś je mieli.

Nie wszystkie przypadki należy położyć na karb leczenia. Albowiem wielu chorych bądź z własnej inicjatywy uciekało się do środków lekarskich, bądź przekraczało przepisane im dawki, tak, że w ogólności raczej można mówić o szkodliwości nadużywania jodu, a nie leczenia.

Co się tyczy używania jodowanej soli kuchennej, to, zdaniem autora, przypuszczalnie nie odgrywa ono wielkiej roli.

H. R.

Choroby kobiet i położnictwo.

B. ASHNER. Zaburzenia ciążowe i ich leczenie. (Deutsche med. Woch. Nr. 18; 1926).

Wychodząc z założenia, iż większość zaburzeń ciążowych jest wyrazem zwolnionego krążenia i następnych zastojów oraz nagromadzenia dużej ilości trucizn w organizmie, autor zaleca rozległe stosowanie leczenia odtwarzającego i odciążającego układ krwionośny. Główny nacisk kładzie na podawanie soli oraz na upust krwi; pozatem — leczenie napotne. Dobre wyniki otrzymywał A. w cierpieniach serca i naczyń! dróg oddechowych (astma); przewodu pokarmowego, kości i stawów, cierpieniach skórnych (urticaria, Quinke, pruritus i t. p.), nerwicach, uporczywych wymiotach, sprawach wątrobowych, nerkowych, rzucawce porodowej. U osób pełnokrwistych zaleca autor w przypadku nieprawidłowego przebiegu ciąży stosowanie upustów krwi w celach zapobiegawczych.

M. Goldman junior.

M. E. TONEFF. Leczenie konserwatywne gruźlicy macicy i przypadków. (Gyn. et Obst. Tom 13; Nr. 3; 1926).

Autor przytacza kilka obserwacji swoich chorych z gruźlicą przydatków i macicy po leczeniu jodem koloidalnym i przychodzi po kilkoletniej obserwacji do wniosku, że jod koloidalny działa na gruźlicę prawie specyficznie. Opuchnięcie przydatków zmniejsza się znacznie. Apetyt wzrasta. Menstruacja po kilku latach nieobecności zjawia się i chore czują się doskonale. Z powodu tego, że w tych przypadkach operacje chirurgiczne dają często nawroty, leczenie konserwatywne ma rację bytu. Większa liczba obserwacji wyjaśniłoby dobrotę racjonalność leczenia gruźlicy wewnętrznych organów płciowych jodem koloidalnym.

L. Ebin.

AUDEBERT et RASCOL. Peknięcie łyżki kleszczowej wewnątrz macicy, które spowodowało lekkie rozzerwanie dolnego odcinka macicy. (Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 7, 1925).

Autor przytacza ten przypadek, jako bardzo rzadki. Przyczynę tego zdarzenia autor przypisuje złemu gatunkowi stali. Przychodzi do przekonania, że trzeba zawsze instrument obejrzeć przed użyciem, bo czasami łuski n'iklu mogą też kaleczyć słuźówkę macicy lub pochwy.

L. Ebin.

Paul DELMAS. Zwężenie niedorozwiniętej szyi macicznej. (Bulletin de la soc. d'obst. et gyn. Nr. 8, 1925).

20 letnia nierwiastka w 7 miesiącu ciąży została przysłana z prowincji z powodu niedorozwiniętej szyi macicznej; skonstatowanej kilka miesięcy przed ciążą. Przy badaniu znaleziono: szyi zupełnie niema; ujście macicy nie wyczuwa

się zupełnie. Płód leży normalnie. Miednica zwężona, rachityczna, piaska. 10 dni przed rozwiązaniem pacjentka wraca do kliniki. Z powodu tego, że główka dziecka jest stanowczo za duża, ażeby mogła przejść przez miednicę, postanowiono zrobić cięcie cesarskie. Wyjęto dziecko, ważące 3300 gr., zupełnie zdrowe. Łożysko daje się odkleić bardzo łatwo. Macica się kurczy dobrze.

L. Ebin.

De ROUWILLE et MADON. Krwotoczne zapalenie jajowodów. (Bulletin de la soc. d'obst. et gyn. Nr. 8, 1925).

Przy skonstatowaniu krwiaka pozamacicznego lub jakiegobądź zbiornika krwi w jajowodzie stwierdzano prawie zawsze ciężką pozamaciczną. Bywają jednakże przypadki, w których badanie drobnowidzowe nie wykazuje ciężkiej pozamacicznej, jak to potwierdza następująca historia choroby. P. X., 39 lat licząca, przybywa do kliniki z powodu nieregularnych krwawień macicznych. Przedtem nigdy nie chorowała. Zaczęła menstruować w 13 r. życia, a w 22 urodziła dziecko zupełnie normalnie. Owdowiawszy, wyszła jeszcze raz zamaż 3 lata temu. Zaraz po ślubie pacjentka miała bardzo obfity perjod, który zmusił ją do leżenia w łóżku. Po 6 miesiącach normalnych perjodów pacjentka miała znowu silne krwawienie. Ostatni perjod, zamiast 17, nastąpił 28 i od tego czasu pacjentka krwawi już miesiąc. Nagle chora poczuła ogromne bóle w całym brzuchu i była zmuszona położyć się do łóżka. Wzdęcie brzucha. Zatrzymanie się gazów. Tętno słabe, nie do zliczenia. Temperatura normalna. Wymiotów nie było. Kryzys przeszedł po 48 godzinach. Chora jednakże jeszcze krwawi i decyduje się udać do kliniki. Przy badaniu znaleziono guz w brzuchu, twardej konsystencji, wyczuwalny nad spojeniem łonowym. Rozpoznano torbiel jajnikową; mającą tendencję do skręcania się. Laparatomja. Znaleziono guz torbielowaty, którego ściany składają się z rozciągniętego prawego jajowodu. Wycięto guz pozostawiając macicę i przydatki lewe. Po przecięciu guza znaleziono stare skrzepy krwi. Chora opuszcza klinikę 18 dni po operacji. Badanie drobnowidzowe ściany jajowodu w kilku miejscach nie wykazało śladów ciąży.

L. Ebin.

Choroby dzieci.

EDELSSTEIN E. Znaczenie zawartości witamin w mleku dla niemowląt. (D. m. W. Nr. 14, 1926).

Rola witamin w powstawaniu krzywicy nie jest całkowicie wyjaśniona. Funk zalicza ją do awitaminoz, Mellanby w powstawaniu krzywicy obok witamin dużą rolę przypisuje brakowi światła, powietrza i t. p. Badacze amerykańscy jeszcze bardziej ograniczyli znaczenie witamin; a główną przyczyną okazało się zaburzenie korelacji między wapniem i fosforem w pożywieniu. Krzywica się rozwijała, gdy ilość fosforu się zmniejszyła, a wapnia wzrosła (Glazmann). Poprawa w stanach krzywiczych kroczy w parze ze zwiększeniem się ilości fosforanów w surowicy, na co wpływa tran, promienie ultrafioletowe, gotowane kartofle, żółtko, jarzyn, mięso.

Naświetlanie promieniami ultrafioletowymi wywołuje poprawę procesów krzywiczych nawet bez zmian diety. Reyher twierdzi, że dopiero naświetlanie z jednoczesnym podaniem witamin wpływa na krzywicę. Györg wywoływał poprawę w przebiegu krzywicy, odżywiający dzieci mlekiem poddanym poprzednio działaniu promieni ultrafioletowych. Autor przypuszcza, że pod ich wpływem następuje pewne przegrupowanie cząsteczkowe, wytwarzające witaminy (lipoidy Steppa).

Odżywianiem ubogiem w witaminy udaje się wywołać kseroftalmję, szkorbut.

Mleko zawiera witaminy w ilości bardzo niewielkiej; najwięcej — A, najmniej — C. Zagotowanie krótkie nie niszczy ich, natomiast tlen powietrza je uszkadza.

Gotując mleko kilkakrotnie, poddając pasteuryzacji, usuwamy przede wszystkim witaminę C, najbardziej wrażliwą na temperaturę, narażając dziecko na szkorbut. Jednakże badania autora na zwierzętach z podawaniem mleka gotowanego i świeżego, ludzkiego i zwierzęcego, dały rezultaty bardzo sprzeczne w sprawie powstawania szkorbutu.

Autor zaleca: podawać mleko świeże, raz krótko zago-towane, nie dłużej trzymać niż 10 godz. od chwili pobrania.
M. Goldman junior.

Aron HAUS. Znaczenie witamin dla wzrostu i rozwoju niemowląt i dzieci. (Deutsche med. Woch. Nr. 14; 1926).

Największą wartość dla organizmu dziecięcego pod względem praktycznym ma witamina A, rozpuszczalna w tłuszczach, pochodząca ze świata roślinnego, skąd wraz z pożywieniem dostaje się do ustroju zwierzęcego. Znajduje się w żółtku jaja, tranie, mleku. Brak jej powoduje zatrzymanie się krzywej wagi na jednym poziomie, wpływa na zmniejszenie odporności dziecka, może powstać xerosis corneae, nawet keratomalacja. Pokarmy, obfitujące w witaminę A (tran, śmietanka), są jednym z czynników; pobudzających przemianę wapniową. Obok naświetlania lampą kwarcową witamina A wpływa doskonale na przebieg krzywicy. Niektórzy autorowie podają, że wystarczy naświetlić zwykłe tłuszcze dla otrzymania analogicznego wyniku. Najważniejszym zadaniem witamin, rozpuszczalnych w tłuszczu, jest wzmaganie ogólnej odporności i pobudzenie wzrostu organizmu. Mleko kobilec zawiera więcej witamin od krowiego. Błędem jest podawanie niemowlęciu mleka rozcieńczonego.

Witamina C znajduje się w świeżych owocach i jarzynach, zwł. w cytrynach, pomarańczach, pomidorach i in., w mniejszym stopniu w mleku; tu ilość jej zależy od jakości pokarmu zwierzęcia. Jest czynnikiem zapobiegającym powstawaniu skorbutu, wzgl. choroby Möllera—Barlowa. Niemowlętom, odżywianym piersią, potrzeba mniej witaminy przeciwskorbutowej, niż niemowlętom, odżywianym sztucznie; w tym wypadku od IV-go najpóźniej miesiąca podawać należy soki owocowe, jarzyny.

Witamina B znajduje się w wielu pokarmach, stosunkowo mało jej zawierają pokarmy mączne i mleko, cukier. Przy jednostronnym odżywianiu temi pokarmami rozwija się u dzieci niedokrwistość, zaparcie, brak przybytku na wadze (Milchnährschaden — Czerny, Keller). Odżywianie mieszane (jarzyny, owoce, wyciąg słodowy, drożdże), bardzo szybko usuwają te objawy.

Szczególne znaczenie ma podawanie dużej ilości witamin w okresie rekonwalescencji po chorobach infekcyjnych, gdy znaczna ilość tych witamin zostaje zużyta i zmniejszona.

M. Goldman junior.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

E. SEIFERT. O leczeniu czyraka warg i twarzy (Ther. der Geg. H. 3, 1926).

Niewinne cierpienie, jakim się wydaje czyrak na twarzy, może się skończyć czasami zejściem śmiertelnym wskutek zapalenia zatok czołowych, opon mózgowych i ogólnego zakażenia ustroju. Takim niepomysłnym zejściom sprzyjają warunki anatomiczne na twarzy: bardzo liczne rozgałęzienia żyłne pomiędzy v. facialis ant. i v. ophthalmica sup. poprzez v. angularis, i między plexus pterygoidenus i v. ophthalmica, pozatem tkanka podskórna na twarzy jest silnie naciągnięta, szczególnie w okolicy warg i podbródka; przeto istnieje ścisły związek pomiędzy skórą i leżącymi głębiej mięśniami twarzy. Wszystkie te okoliczności sprzyjają szerzeniu się procesu chorobotwórczego w głąb tkanek. Autor zaleca leczenie wyczekujące i oszczędzające. Główną zasadą postępowania jest spokój. Przeciwwskazane są wyciskania, skrobania czyraka. W czyraku na wargach zaleca się płynną dietę i unikanie zbytecznych rozmów. Wszystkie zabiegi, przerywające rozwój czyraka na twarzy (zamrażanie, wypalanie igłą lub kwasem karbolowym) uważa S. za szkodliwe. Miejscowo stosuje autor opatrunki z maści. Nawet przy nasileniu objawów zaleca się leczenie konserwatywne. Wczesne nacięcia czyraka są obecnie zarzucone. W dalszym przebiegu cierpienia przy zakażeniu umiejscowionem wskazane jest otwarcie nożem ognisk rozmiękczonej: skrobania czyraka są bezwzględnie zakazane. W ciężkich przypadkach czyraka twarzy początkowo zaleca się również postępowanie zachowawcze, ewent. stosuje się zastrzyki do głowy i szyi metoda Bierera. Nawet w przypadkach złośliwych stosuje autor przez 2—3 dni metodę konserwatywną. Jeśli jednakowoż nie udaje się

zahamować rozwoju zakażenia, to pozostaje tylko zabieg chirurgiczny z szerokim otwarciem tkanek. We wnioskach podkreśla autor, że każdy czyrak warg i twarzy należy traktować jako bardzo poważne schorzenie, postępowanie lekarskie winno zapobiegać zakażeniu ogólnemu, które stale kończy się zejściem śmiertelnym.

J. Gelbfisz.

F. FRANKE. Wyleczenie postępującego wrzodu porentgenowskiego na palcu surowicy przeciwbłoniczej. (Med. Klin. 21; 1926).

Autor zastosował u siebie na owrzodzeniu palca ręki, powstałego pod wpływem prom. Roentgena, kompresy z surowicy przeciwbłoniczej (400 jednostek), aczkolwiek po przednie badanie nie wykryło obecności laseczników Löfflera. W krótkim czasie bóle ustały i nastąpiło zupełne wyleczenie, podczas gdy stosowane przedtem metody nie prowadziły do celu. F. przypuszcza, że nie przeciwtoksyny błonicze, lecz surowica końska wywołała ten efekt leczniczy.

J. Gelbfisz.

JADASSOHN. O leczeniu kiły. (Ther. der Gegenwart Nr. 12, grudzień 1925).

W razie stwierdzenia objawu pierwotnego autor bada surowicę z owrzodzenia i w razie wyniku ujemnego nakłuwadno owrzodzenia, bądź też gruczoły chłonne i bada treść, w ten sposób wydobytą. U kobiet autor robi preparaty na krętki z wydzielin z szyi macicy i cewki po lekkim podrażnieniu. Świeżą kiłę autor leczy środkami specyficznymi tylko w razie pewnego rozpoznania. W tym celu stosuje ciemne pole i tylko w wyjątkowych przypadkach barwi Giessemą, sposobem Fontana. W każdym przypadku zasadniczo autor stosuje odczyn Wassermana, a w razie wyniku wątpliwego dla kontroli stosuje inne metody: Z. G., Meinicke. W leczeniu autor stosuje z preparatów arsenowych: Neosalwarsan, a w razie nietolerancji Natrium-, Silber-, Neosilbersalwarsan, bardzo rzadko Altsalwarsan. Z preparatów rtęciowych przed wprowadzeniem Bismutu autor stosował do zastrzyków: salicylan rtęci, tymolan rtęci, kalomel, rzadko ol. cinereum (Mercinol) nowasurol, 1% roztwór sublimatu w soli kuchennej. Tylko w pojedynczych przypadkach dawał wciěrki z szarej maści, a wyjątkowo wewnątrz rtęć (Hg. jodatum flavum, Hg. oxydatum tannicum). Z preparatów bismutowych autor stosuje Bismogenol i Spirobismol. Przed leczeniem i podczas leczenia rtęcią i bismutem autor bada mocz i w razie obecności białka kurację przerywa. Z preparatów jodu autor stosuje jodek potasu i jodek sodu.

I. Pierwotną kiłę o odczynie surowicy krwi ujemnym u dorosłego człowieka średniej wagi (u kobiet o 1/3 — 1/4 część mniej) autor leczy, zależnie od tolerancji w sposób następujący: Neosalwarsan co 4 — 5 dzień po 0,45 do 0,6 aż do ogólnej dawki 5,0 — 5,5. Bismogenol co 3—4 dzień 1 ccm. do ogólnej dawki 15 — 20 ccm.; albo Spirobismol 35 — 40 ccm. Przy leczeniu rtęcią autor stosuje do 12 — 15 ccm. 10% zawiesiny salicylanu rtęci w jałowym oleju słodkich migdałów. Pacjenci, którzy nie mogą się często zgłaszać, otrzymują raz tygodniowo neosalwarsan (wtedy bardzo często 0,6) i w tym samym dniu zastrzyk rtęci. Leczenie kombinowane bismutu z salwarsanem u takich pacjentów przeprowadza się w ten sposób, że co 4 — 6 dzień dostają bismut i salwarsan tego samego dnia. W pierwotnej kiłę o odczynie surowicy krwi ujemnym autor zasadniczo przeprowadza jeszcze jedną kurację taką samą, albo nieco słabszą po upływie 1½ — 2 miesięcy. Gdy klinicznie i serologicznie niema objawów, autor zadawała się temi dwiema kuracjami. Podczas pierwszej kuracji autor bada krew po każdych 5—6 zastrzykach. Za przypadki o odczynie surowicy krwi ujemnym uważa się tylko te, które nigdy nie były dodatnimi. U chorych, leczonych w szpitalu, autor bada płyn mózgoworodzeniowy na początku i, jeżeli to jest możliwe, na końcu pierwszej kuracji. Autor bada krew w 2 — 4 tygodnie po pierwszej kuracji, na początku drugiej i po drugim wlewie salwarsanu drugiej kuracji. Po ukończeniu kuracji autor bada klinicznie i serologicznie w I półroczu co 4 — 6 tygodni; w II co 8 — 12 tygodni, a w II roku co 12 tygodni. W końcu II roku autor bada płyn mózgoworodzeniowy. W końcu I roku, a w każdym przypadku w końcu II roku autor daje prowokacyjnie 0,3 — 0,45 neosalwarsanu i bada krew 1 — 6 dnia. W razie wyniku ujemnego w końcu drugiego roku pa-

cient jest uważany za wyleczonego z zastrzeżeniem, że należy badać krew co rok, w każdym razie przed ślubem. Pacjent taki powinien każdemu badającemu lekarzowi, nawet nie pytany, powiedzieć o przebytej kile. Należy takiego pacjenta również uprzedzić o możliwości powtórnego zarażenia się kilą.

II. Kila pierwotna o odczynie surowicy krwi dodatnim i kila drugorzędowa podlega temu samemu leczeniu, co i kila pierwotna o odczynie surowicy krwi ujemnym z tą różnicą, że dawki salwarsanu są nieco wyższe; po upływie 2 — 3 miesięcy po drugiej kuracji następuje trzecia, nieco słabsza od pierwszej i po dalszych 3 — 4 miesiącach czwarta kuracja. Badanie płynu mózgowordzeniowego odbywa się również na początku albo w końcu pierwszej kuracji, w każdym przypadku w końcu drugiego roku. Prowokację autor stosuje w końcu I, II ew. III roku. Tylko w przypadku ujemnego wyniku badań klinicznych i serologicznych po pierwszej kuracji autor zadawała się 4 kuracjami, zalecając pacjentowi badania kliniczne i serologiczne coraz do końca czwartego roku, w przeciwnym razie zwiększa się liczbę kuracji i ogólną dawkę salwarsanu oraz skracą się przerwy między I a II kuracjami. W razie dodatniego odczynu płynu mózgowordzeniowego autor poleca zastosowanie malarji.

III. Wę wtórnej późnej kile autor postępuje w ten sam sposób, tylko liczbę kuracji zwiększa (6 albo więcej). Obserwacja też się przedłuża.

IV. W kile trzeciorzędowej autor rozróżnia z jednej strony zwykłe kilaki skóry bez zajęcia narządów wewnętrznych, a z drugiej strony przypadki z zajęciem narządów wewnętrznych i układu nerwowego. W pierwszej grupie autor postępuje tak; jak w pierwotnej kile o odczynie surowicy krwi ujemnym z tą różnicą, że ze względu na wiek chorych stosuje mniejsze dawki i większe przerwy. Pozatem stosuje jodek potasu albo jodek sodu w dawkach 2 — 4 gr. dziennie. W każdym przypadku autor stosuje II, III i IV kurację. W razie zajęcia narządów wewnętrznych autor postępuje różnie zależnie od narządu, który jest dotknięty, od ogólnego stanu i wieku. Stosuje się małe dawki i na początku tylko jeden ze środków przeciwikiłowych: rtęć albo bismut. Po- zatem daje się jod. Po 1 — 2 tygodniach autor zaczyna stosować i neosalwarsan, z początku po 0,15 i nawet mniej. Przerwy też są dłuższe, i tylko wtedy, kiedy proces zaczyna ostro przebiegać, postępuje się energiczniej, skracając przerwy między zastrzykami i zwiększając dawki. W chorobach wątroby stosuje się małe dawki salwarsanu, a w chorobach nerek trzeba być ostrożnym ze stosowaniem rtęci i bismutu. Przeciwnie, autor kładzie nacisk na leczenie narządów wewnętrznych i stosowanie jodu.

V. W kile utajonej autor rozróżnia te przypadki, gdzie ani klinicznie, ani serologicznie zmian nie stwierdzono, i takie przypadki, gdzie są tylko zmiany serologiczne. Pozatem autor odróżnia wczesne utajone przypadki, które odpowiadają trwaniu drugiego okresu, późne przypadki i nareszcie te przypadki, w których tylko na zasadzie badania krwi i płynu mózgowordzeniowego na odczyn W a s s e r m a n n a, albo na zasadzie śladów po objawach kiłowych rozpoznaje się kilę. Nielezione wczesne utajone przypadki o odczynie dodatnim krwi albo płynu m. rdz. należy traktować tak samo, jak świeżą kilę. Późną utajoną kilę o odczynie krwi dodatnim leczy się, jak trzeciorzędową kilę. Przy tem w razie dodatniego odczynu płynu m. rdzeniowego postępuje się energiczniej i dłużej, niż w razie tylko dodatniego odczynu krwi. W kile utajonej późnej o odczynie u-

jemnym krwi i płynu m. rdz. w razie, gdy było przeprowadzone dostateczne leczenie, stosuje się prowokacyjnie wlewanie neosalwarsanu jedno albo lepiej dwa, a następnie bada się krew, a, jeśli możliwe, to i płyn m. rdz.

VI. Kilę u ciężarnych leczy się jaknajwcześniej i stosuje się częste kuracje. Zwraca się uwagę przeważnie na nerki i z tego powodu leczenie rtęcią albo bismutem powinno być bardzo ogłędne.

VII. W kile wrodzonej powstaje kwestja, czy przy braku objawów klinicznych i serologicznych należy leczyć noworodków specyficznie. W tych przypadkach, gdy matka niezadługo przed porodem przechodziła kilę i nie była leczona podczas ciąży, poleca się leczyć noworodków tak, jak gdyby miały one objawy, bo nielezione kobiety — jeśli kila u nich nie jest stara — rodzą bardzo często dzieci, które, chociaż na początku nie mają objawów, ale później mogą zachorować na kilę. (Godne jest zalecenia badać wszystkie kobiety ciężarne na odczyn W a s s e r m a n n a). W razie, gdy matka podczas ciąży była dostatecznie leczona, można dzieci pozostawiać bez leczenia, ale tylko wtedy, kiedy przez dłuższy czas będzie można je badać klinicznie i serologicznie. W przeciwnym razie należy i u takich dzieci przeprowadzić profilaktycznie najmniej jedną kurację. W leczeniu kiły wrodzonej w pierwszej połowie pierwszego roku życia stosuje się salwarsan i bismut. Dawniej stosowano obok salwarsanu rtęć w postaci plastrów, wcierek, zastrzyków sublimatu, salicylanu rtęci, albo kalomelu, rzadziej do wewnątrz żółty jodek rtęci albo kalomel. Obecnie stosuje się bismogenol (10%; 0,03 bismogenol = 0,002 Bi na kilogram wagi). Zaczyna się od bismutu i wkrótce się przechodzi do salwarsanu, który się stosuje śródżylnie (żyły czaszkowe albo jarzmowe). Można nawet stosować salwarsan śródmięśniowo w małych dawkach, rozpuszczonych w wodzie destylowanej. Daje się salwarsan co 5 — 7 dzień, zaczynając od dawki 0,0025 — 0,01 na kilo wagi i dochodzi się stopniowo do 0,02 na kilo wagi. Kuracja trwa 8 — 12 tygodni i składa się z 12 wlewań salwarsanu i 15 zastrzyków bismutowych. Dalej postępuje się, jak w kile nabytej, t. j. po 6 — 8 tygodniach druga kuracja. Następne kuracje zależne są od objawów klinicznych i serologicznych i od stanu sił. Ale najlepiej leczyć w ciągu 4 lat — przy odczynie zaś ujemnym z większymi przerwami. Obserwacja powinna być ścisła do okresu dojrzałości. Po pierwszej połowie pierwszego roku życia postępuje się tak, jak w kile nabytej. Również w kile wrodzonej bada się płyn m. rdz. przynajmniej przed końcem kuracji.

VIII. W kile ośrodkowego układu nerwowego stosuje się bardzo małe dawki i kurację przeprowadza się przez dłuższy czas. Przy objawach oponowych częste nakłucia lędźwiowe polepszają wynik swoistego leczenia, szczególnie w stosunku do objawów podmiotowych. Wiad rdzenia leczy się salwarsanem i bismutem przy dobrej tolerancji przez dłuższy czas. Oprócz tego daje się jod w dużych dawkach. Paralelż postępujący leczy się salwarsanem i bismutem; stosuje się także zimnicę. W przypadkach późnej kiły o odczynię krwi dodatnim nie zawsze udaje się doprowadzić do trwałego odczynu ujemnego. Pacjenci tacy powinni ciągle być pod obserwacją. W razie stwierdzenia zmian w płynie, w aorcie leczenie przeciąga się dłużej, niż w wiądzie rdze. nia. I tu przeprowadza się leczenie zimnicą i środkami napotnemi.

S. K a g a n.

Wskazówki praktyczne.

— M c P h e r s o n opisuje przypadek świądu sromu, który uważa za następstwo **hyperglikemji**, chociaż mocz był wolny od cukru. Zabiegi dietetyczne obniżyły zawartość cukru we krwi z 0,18% na 0,115%, a wraz z tem świąd został usunięty. (Brit. med. Journ. 1926, Nr. 3398).

— Według Z i e l e r a leczenie wewnętrzne **homeopatycznymi dawkami siarki** działa skutecznie w przypadkach **czyraków, ropni gruczołów potowych i gronkowcowych**

torebek włosowych o przebiegu podostrym. Stosowane były pastylki **sulfur. jodat.** po 0,1 D3 (1/10 mg) i D6 (1/10000 mg). (D. m. W. 1926 Nr. 17).

— V o n k e n n e l zaleca gorąco **Cuprex** fabryki **Mercka** przeciwko **wszawicy głowy**. Jest to związek organiczny miedzi. Leczenie odbywa się w sposób następujący: mocne wtarcie kupreksu wieczorem, nałożenie pasków gazy, przesiąkniętych kupreksem i nakrycie głowy ezepektem ką-

pielowym lub obandażowanie. Przy wcieraniu należy szczególnie uwzględnić granicę włosów na tyłogłowie, gdzie zwykle gnieźdzą się obficie gnidy. Nazajutrz zrana zdjęcie opatrunku (bandaża lub czepka) i gruntowne mycie wodą ciepłą z mydłem. Następnie osuszenie i czesanie specjalnym grzebieniem wyrobu firmy Mückenhaupt w Norimberdze. (M. m. W. 1926. Nr. 20).

— Przypadek ciężkiej róży twarzy u rocznego dziecka wyleczył Pines trzykrotnym wstrzyknięciem krwi ojca w pośladki dziecka w ilości 15,20 i 20 ctm³. (Brit. med. Journ. 1925 — grudzień).

— Przeciwno poceniu się nóg zaleca Andruszewski nalewkę jodową. Nasamprzód należy usunąć pęknięcia skóry i pęcherze za pomocą maści woskowo-borowej (Acid. bor., Glycerini. aa 10,0 Cerae flav., Paraff. liquid. aa 20,0, Vaselin flav. americ. 50,0). Następnie po wycieraniu w wodzie ciepłej z mydłem i starannym osuszeniu nóg smaruje się jeden lub dwa razy miejsca, szczególnie dotknięte (wewnętrzna powierzchnia palców) nalewką jodową. W końcu wciera się lekko wspomnianą maść w stopy i nakłada się pończochy lub skarpetki. W razie potrzeby powtarza się tę samą manipulację po upływie 10 — 20 dni. (D. m. W. 1926. Nr. 19).

— Promienie leczą Chitty jodem w postaci nalewki jodowej w ilości 0,3 — 0,6 ctm³ na ½ filiżanki mleka do wewnątrz. Wyniki mają być doskonałe. (Brit. med. Journ. 1926. Nr. 3401).

— Guggenheimer poleca następujące w wo-

dzie rozpuszczalne przetwory o działaniu kamfory: 1) Halexeton (Bayer) 2 ctm³ domięśniowo co 2 — 3 — 4 godziny; zastrzyknięte na krótko przed operacją, przyczynia się do łatwiejszego opanowania wstrząsu operacyjnego i uspienia oraz zmniejsza niebezpieczeństwo zapalenia płuc pooperacyjnego. 2) Koramina (Tow. przemysłu chemicznego w Bazylei) — zastrzykiwanie podskórne lub dożylnie 25% roztworu wodnego lub wewnątrznie 40 — 50 kropeł 25% roztworu kilka razy dziennie. 3) Kardiasol (Knoll) — zastrzykiwanie podskórne co 3 — 4 godziny. (D. m. W. 1926. Nr. 20).

— Alexander zaleca Tampovagon przeciwko nęplawom pochwowym. Środek składa się z cukru mlecznego, glikogenu i 0,3% kwasu mlekowego. Kulki tampowagonu wprowadzają sobie kobiety same do pochwy jaknajwyżej. Działanie środka polega na podtrzymywaniu kwaśnego odczynu pochwy, który czyni z niej grunt niepodatny do rozwoju grzybków chorobotwórczych. (D. m. W. 1926. Nr. 17).

— Takátsi Paunz w celu przedłużenia okresu znieczulenia miejscowego po dokonaniu operacji stosują mieszanie eukupiny (1:1000) i tufokainy (0,2 — 0,5 : 100) z dodatkiem adrenaliny. W ten sposób wykonane znieczulenie miejscowe trwa 24 godziny. Mieszanina powyższa dobrze rozpuszcza się w wodzie, daje się wyjaławiać, znosi dodatek adrenaliny i w podobnym stężeniu nie jest toksyczna. Dodatek eukupiny po za tem zabezpiecza jałowość roztworu i pola operacyjnego.

(Klin. Woch. 1926, Nr. 29).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dn. 15.IV.1926 r.

1. Zamenhof. Co dały u nas dotychczasowe próby socjalizacji medycyny?

Po krótkim wstępnym wyjaśnieniu, na czym polega różnica między uspołecznieniem, socjalizacją i upaństwowieniem medycyny, prelegent poddaje szczegółowej ocenie wyniki socjalizacji medycyny u nas.

Rozpatrując sprawę Kas Chorych, jako jedynej dotychczasowej formy wcielenia tego kierunku, z trzech głównych stanowisk, mianowicie, ze stanowiska interesów chorych, społeczeństwa i świata lekarskiego, referent dochodzi do wniosku, że w stosunku do chorych, pomimo licznych usterek organizacji, Kasy Chorych w niczem nie ustępują praktyce prywatnej, przeciwnie w wielu razach stoją wyżej od tej ostatniej, zwłaszcza w stosunku do sfery robotniczej. Sześć lat praktyki Kas wykazały, że wbrew głoszonemu poglądom lekarze kasowi nie tylko nie stali się zmechanizowanymi urzędnikami, lecz, przeciwnie, zdołali sobie szybko zdobyć zaufanie początkowo niedowierzającego dla nich usposobionych mas pracujących. Kasy Chorych odegrały niezmierznie ważną rolę wychowawczą, przyzwyczajwszy szerokie rzesze społeczeństwa, dotychczas niemal obojętne o swoje zdrowie, do racjonalnego leczenia, dzięki czemu został zadany cios śmiertelny partactwu leczniczemu w rodzaju felczeryzmu i znachorstwa, które w naszym kraju były istną plagą.

Niemniej dodatnio wpłynęły Kasy Chorych na stosunki lekarskie, dając możność większości lekarzy porzucić dotychczasowy system zdobywania sobie praktyki drogą niezawiesz etycznej konkurencji. Oskarżanie K. Ch. o spauperyzowanie stanu lekarskiego uważa referent za niezupełnie usprawiedliwione — główną przyczynę obecnego upadku materialnego lekarzy widzi prelegent w ogólnym kryzysie ekonomicznym. Zdaniem jego, gdyby w obecnej chwili Kasy przestały istnieć lub zostały zmienione w myśl projektowanej nowelizacji, ogół lekarzy nie tylko nie zyskałby, lecz przeciwnie, straciłby przez stworzenie sobie potężnej konkurencji ze strony masy lekarzy, którzy z chwilą utraty stanowiska w kasach musieliby szukać dróg do egzystencji.

Pomimo wszystkich wyżej wspomnianych dodatnich stron, K. Ch., zdaniem referenta, nie spełniły swego najważniejszego zadania, mianowicie, społecznego. W tym kie-

runku nie uczyniły one prawie nic: sprawa profilaktyki, opieki nad chorobami infekcyjnymi, nad inwalidami, chorobami przewlekłymi i t. p., pomimo szumnych zapowiedzi, pozostaje do ostatniej chwili w zupełnym zaniedbaniu. Ten smutny stan rzeczy prelegent uzależnia nie tyle od nieudolności kierownictwa, ile od samej ustawy Kas Chorych, która dała tej instytucji zupełnie chwiejną podstawę materialną, zależną każdej chwili od liczby opłacających składki członków. Zależnie też od tego, zdaniem prelegenta, wszystkie projekty, dążące do naprawy stanu rzeczy drogą wewnętrznej reorganizacji, muszą chybić celu, gdyż zło tkwi głębiej — u samych podstaw Kas Chorych.

W końcu prelegent stawia następujące ogólne wnioski:

1) Socjalizacja medycyny czyli pomocy lekarskiej w założeniu swoim jest kierunkiem pożądanym nie tylko w interesie chorych lecz również i lekarzy.

2) Kasy Chorych, jako urzeczywistnienie tej roli, są postacią bezwzględnie niedoskonałą, gdyż opierają się na podstawie niepewnej. Są one jednak pożądane jako postać przejściowa.

3) Za jedyną właściwą postać należy uważać tylko upaństwowienie pomocy lekarskiej, opartej na: a) ogólnym opodatkowaniu w interesie zdrowia publicznego, b) na udostępnieniu jej wszystkim warstwom społecznym i c) na umożliwieniu pracy państwowej w tym kierunku wszystkim lekarzom.

4) Pomoc lekarska, jako odrębna dziedzina, winna być zupełnie niezależną od wszelkich typów świadczeń i całkowicie powierzona opiece Ministerstwa Zdrowia.

2. J. Sęczyński. Kasy Chorych w stosunku do służby zdrowia — komunalnej, rządowej i do leczenia ogólnego.

(Drukowane było w Nr. 5 „Warsz. Czasop. Lek.” z r. bież.). Dyskusja nad obu odczytami została odłożona do następnego posiedzenia.

Posiedzenie plenarne z dn. 20.V.1926 r.

A. Szwarc. O zasadach walki społecznej z jaglicą w Polsce.

Ponieważ walka z jaglicą powinna być rozpoczęta jednocześnie na obszarze całego Państwa, referent dowodzi, że dla sprężystości akcji należałoby całe Państwo podzielić na tak zwane okręgi jaglicze, w każdym okręgu na czele walki powinien być postawiony okulista, do którego należałby nadzór nad całą akcją. Odpowiednio do ilo-

ści ludności powinien być założony w każdym okręgu cały szereg przychodni.

Do czynności przychodni powinno należeć: 1) leczenie bezpłatne chorych na jaglicę; 2) zapobieganie zakażeniom rodzin chorych jaglicy; 3) wyszukiwanie przypadków jaglicy; 4) uświadamianie szerokich mas ludności o istocie jaglicy, o objawach i środkach ochronnych; 5) prowadzenie szpitala jagliczego, znajdującego się w okolicy przychodni; 6) zawiadamianie o chorych zarejestrowanych odpowiednich urzędów zdrowia, co przyczyni się również do ułatwienia zadania urzędowi statystycznemu.

Oprócz przychodni powinno się na obszarze całego Państwa zakładać oddziały szpitalne specjalnie dla chorych na ciężką jaglicę, których po wyleczeniu należy umieszczać w odpowiednio urządzonej sanatoriach, wybudowanych tanim kosztem.

Ponieważ żołnierze chorzy na jaglicę po zwolnieniu do domu przyczyniają się w znacznym stopniu do rozszerzania zarazy, należałoby, aby naczelne władze sanitarne zwróciły się do władz wojskowych z poleceniem przesyłania tych chorych do szpitali okulistycznych.

Zarejestrowany chory powinien być poddany przymusowi leczenia, leczenie powinno być bezpłatne.

Na obszarze każdego okręgu jagliczego powinno być przeprowadzone systematyczne badanie oczu w zakładach opiekuńczych dla dzieci, w szkołach, internatach, fabrykach, wogóle w zakładach ze skupieniem dużej liczby ludzi, kilka razy na rok.

W rękach okulisty, stojącego na czele okręgu jagliczego, powinna się skoncentrować cała akcja propagandowa, za pomocą odpowiednich broszur, plakatów i t. d. Wobec milionowych rzesz analfabetów należałoby natychmiast przystąpić do propagandy przeciwjagliczej za pomocą filmu, analogicznego do wzoru oftalmologa francuskiego Anbaret.

W walce z jaglicą oprócz władz państwowych muszą wziąć udział samorządy i instytucje społeczne. Ażeby zainteresować szerokie warstwy społeczeństwa, należałoby założyć „Towarzystwo (Ligę) do walki z jaglicą“.

Ponieważ dotychczas brak odpowiedniej ustawy, zmuszającej do rejestrowania jaglicy, naczelne władze sanitarne powinny w jaknajkrótszym czasie odpowiednią ustawę wydać, ustawa ta powinna również wyraźnie określić, do jakich instytucji należy bezpłatne leczenie zarejestrowanego chorego, czy do rządowych, czy do samorządowych.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Endelmam, Likiernik, Sobociński, Zachert, Zamenhof, Trenkner i inni.

2. Dyskusja nad odczytami L. Zamenhova i J. Sęczyca.

Przemawiali: D. Hellin, Goldbaum, O. Goldberg.

Sekcja kliniczna

Posiedzenie z dn. 8.V.1926 r.

Pokazy:

1. Lubelski. Operacja wytwórcza i hepatopeksja w przypadku pericholecystitis, periduodenitis i hepatoptosis.

Chora lat 47 od dwóch lat cierpi na bóle i ściskania w dołku podsercowym. Przed rokiem silny atak bólów, i od tego czasu bóle z wymiotami powtarzają się co parę tygodni. Chora cierpi na zaparcie stołców, i wypróżnienia następują tylko po ławatywie. Wątroba wymacuje się na 3 — 4 palce poniżej łuku żebrowego i łatwo daje się doprowadzić ku górze.

Badanie prom. Roentgena wykazało przesunięcie części odzwiernikowej na prawo przed brzegiem wątroby i stałe zarysowanie opuszki dwunastnicy. Żółtaczk nie było; badania laboratoryjne nic szczególnego nie wykazały. Przy operacji znaleziono: duży pęcherzyk zrośnięty z dwunastnicą i poprzeczną, opadnięcie wątroby. L. odzielił zrosty między pęcherzykiem i wątrobą z jednej strony, a dwunastnicą i poprzeczną z drugiej strony; aby zapobiec tworzeniu się nowych zrostów, pokrył wolnym płatem sieci tylną i górną powierzchnię dwunastnicy i poprzecznicę; płat ten umocował szwami węzełkowymi. Sfałdował więz obły i więzadło wątroby (lig. teres et suspensorium hepatis) podwiązką jedwabną i uniesioną ku górze

wątrobę umocował do mięśnia prostego na wysokości chrząstki 7-go żebra. Przecięcie zrostów z następczą peritonizacją lub pokryciem wolnym płatem sieci miejsc, pozbawionych otrzewny, daje bardzo dobre wyniki i, jak to wykazali Pauchet, Pierre Dural, Gregoire (zjazd chirurgów francuskich w r. 1925), czyni zbytecznym w tych przypadkach wykonywanie wielkich zabiegów w rodzaju gastroenterostomji, kolektomji, ileosigmoidostomji i t. d.

W przedstawionym przypadku po operacji ustąpiły bóle i ściskania w dołku; wypróżnienia chora miała codziennie i samoistnie.

2. Lubelski. Wycięcie pęcherzyka i hepatopeksja w przypadku cholelithiasis, cholecystitis ulcerosa i hepatoptosis. Przypadek dotyczy panny 16-letniej, u której L., z powodu napadów kamicy żółciowej i opadnięcia wątroby, dokonał wycięcia pęcherzyka i umocowania uniesionej ku górze wątroby, przyszywając sfaldowane więz obły i więzadło wątroby do chrząstki 7-go żebra. W pęcherzyku żółciowym prócz kamienia, uwięzłego w szyjce, znajdowały się na dnie pęcherzyka w różnych miejscach owrzodzenia, drążące poprzez wszystkie warstwy ściany pęcherzyka do otrzewny. U wierzchołka pęcherzyka płyn, przedostając się przez otworek wielkości łebka szpilki, utworzył uchyłek, ścianę którego tworzyła tylko otrzewna. Jeszcze jeden atak kolki i mocniejsze wypełnienie płynem pęcherzyka, a nastąpiłoby przedziurawienie. Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że wykazuje, że nie tylko kamień, tworząc odleżynę i zgorzel, może wywołać przedziurawienie pęcherzyka; samo zapalenie pęcherzyka, wywołane zakażeniem, może spowodować owrzodzenia, drążące poprzez ścianę pęcherzyka, i doprowadzić do przedziurawienia bez udziału kamieni.

Odczyty:

1. Rutkowski. O przetaczaniu krwi. (Drukowane było w Nr. 6 „Warsz. Cz. Lek.“ z r. bież.).

Dyskusja:

Saks podaje przyjęty w Ameryce schemat do łatwego zapamiętywania zachowania się aglutynacji w poszczególnych grupach krwi.

2. Goldfeil. O rozpoznawaniu i leczeniu poszczególnych postaci nadmiernie wzmoczonego ciśnienia krwi. (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 29.V. 1926 r.

Odczyt programowy:

Seweryn Sterling. Układ nerwów współczulnych a gruźlica. (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 5.VI.1926 r.

Pokazy:

1. Łapiński i Marjanko. Anemia perniciosa haemolytica, achylia gastrica, hypochylia pancreatica.

Przypadek 36-letniej chorej z obrazem krwi typowym dla niedokrwistości złośliwej (Hb — 30%, czerwonych krążków — 1.250.000 w 1 mm.³, wskaźnik — 1,2, białych ciałek 5.800 w 1 mm.³; polkilo- i anizocytoza, makrocyty), w którym ze względu na zwiększoną zawartość we krwi bilirubiny czynnościowej (1,5 jednostek) przy odporności krwinek normalnej referencji rozpoznają niedokrwistość złośliwą hemolityczną. Przypadek przedstawiają 1) ze względu na poprawę, osiągniętą przez stosowanie arszeniku w dawkach, dochodzących do 3 × 0,007 acid. arsenicos. per os (ilość Hb wzrosła do 53%, liczba ciałek czerwonych do 2.500.000); uprzednio zaś zastosowane przetoczenie 200 cm.³ krwi i zastrzyki krwi śródmięśniowe — poprawy nie dały; 2) ze względu na zmniejszone wydzielanie trzustki, stwierdzone na podstawie zmniejszonej zawartości czynników w treści dwunastniczej. Objaw ten towarzyszył bezskowowi żołądkowemu, stanowiąc zespół charakterystyczny dla niedokrwistości złośliwej. W czasie remisji, osiągniętej przez podawanie arszeniku, czynność wydzielnicza żołądka i trzustki nie poprawiły się.

W dyskusji głos zabierali Goldman, Landsberg, Jelenkiewicz, Landau.

2. Landsberg i Szenkier. Badania nad pozanerkowym wydaleniem mocznika. (Ukaże się w druku).

3. M. Goldman jun. **Usunięcie śledziony w przypadku choroby Werlhofa.** (Ukaże się w druku).

Dyskusja:

Jelenkiewicz. W przedstawionym przypadku po usunięciu śledziony zjawily się we krwi liczne normoblasty (20 na 100 ciałek białych). Świadczy to o podrażnieniu szpiku kostnego i przemawia za słusznością teorii, według której rola śledziony w patogenie choroby Werlhofa polega na hamującym działaniu jej na szpik kostny, wskutek czego zostaje upośledzone wytwarzanie płytek. Należy to podkreślić tembardziej, że Kacnelson, który w r. 1917 pierwszy wprowadził splenektomię do leczenia małopłytkowości samoistnej, wysunął teorię o nadczynności śledziony w tem cierpieniu; ma ona objawiać się w nadmiernem niszczeniu płytek. W przedstawionym przypadku śledziona nie była powiększona i nie wykazywała zmian, wskazujących na zwiększony rozpad płytek.

Odczyt:

Kramsztyk Stefan. **Zagadnienie witaminoterapii u dzieci.** (Ukaże się w druku).

Jelenkiewicz.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

Posiedz. kliniczne z dn. 8.XII.1925 r.

1. A. Bieleński. **Przypadek plamicy krwotocznej typu Schoenleina Henocha.**

10-letnie dziecko zachorowało 10 tygodni temu. Po kilku dniach ogólnego niedomagania wystąpiły bóle stawowe, przemijające obrzęki kończyn, twarzy, okolicy krzyża, stan podgorączkowy, a po kilku dniach osutka petechialna na kończynach górnych i dolnych, na śluzówce jamy ustnej, jednocześnie wypróżnienia były krwawe przy silnych bólach brzucha. Były i wymioty krwawe.

Dziecko blade, apatyczne. Na śluzówce jamy ustnej oraz na kończynach przystudziły (petechiae). Wątroba wyczuwalna, natomiast śledziona niewyczuwalna. Badanie krwi wykazało: 21.000 ciałek białych, przeważają obojętne (82%), płytek 280.000. Czas krwawienia — 9 minut, krzepliwość — 7 minut. Dalsze badania wykazały: Rumpelede — dodatni, objaw uciskowy — dodatni.

Badanie moczu: obecność białka, wałków szklistych i ziarnistych oraz czerwonych krążków krwi w każdym polu widzenia. Podczas kilkutygodniowej obserwacji nastąpiły kilkakrotne nasilenia cierpienia z bólami brzucha i ponowną osutką, zwłaszcza, gdy dziecko porzucało łóżko. Ostatnio już od 2 tygodni dziecko czuje się zupełnie dobrze. Osutka oraz objaw Rumpelede — dodatni. Po różniczkowaniu i wyłączeniu choroby Barlowa i szkorbutu, referent uzasadnia rozpoznanie chor. Schoenleina-Henocha. Cały szereg autorów podaje jako czas trwania choroby — 3 miesiące. W powyższym przypadku samopoczucie dziecka jest bardzo dobre, osutki ani śladu. Znikły również objawy nerkowe.

Rozprawa:

Sachs, Gleichgewicht, Zamenhof, Knaster, Lichtenberg.

2. J. Uzlaner. **Przyp. gruźlicy płuc, powikłanej zaburzeniami w narządach dokrewnych.**

U 37-letniego mężczyzny choroba (gruźlica, krwio-płucie) trwa od 14 roku życia. Od 2-cho lat nastąpiło powiększenie nosa, uszu, kończyn oraz wystąpiły astenia i osłabienie pociągu płciowego, ostatnio — zmiany barwikowe na skórze tułowia i kończyn (Vitiligo). W płucach stwierdza się obecnie gruźlicze ogniska rozpadowe. Kończyny górne i dolne zgrubiałe, kości przeroste. Lewe najdźrze gruźliczo schorzone (epid. tuberculoza). Układ nerwowy — bez zmian. Pozatem stwierdza się apatię, brak inicyjatywy, senność, poliurię. Wasserman — ujemny. Wobec zmian powyższych, refer. rozpoznaje gruźlicę, powikłaną zaburzeniami w narządach dokrewnych, mianowicie w przysadce mózgowej, w nadnerczach i w narządach płciowych.

Rozprawa:

Berland, Lichtenberg, Bychowski (jun.).

3. D. Szenkier. **Przypadek ropnia gruczołu krokowego u 2 letniego chłopca.**

Cierpienie powstało nagle przy objawach dysurji. Po 2 dniach nastąpiło zupełne zatrzymanie moczu, które trwało 5 — 6 dni, tak, że dziecko musiało być cewnikowane. Ciężota 37 — 37,20. Bóle w związku z dysurją. Przy badaniu przez odbytnicę stwierdza się duży guz, dający objaw chebotania. Rozpoznano ropień gruczołu krokowego. Zauważyć należy, że dziecko 4 miesiące temu chorowało na dur brzuszny. Referent dokonał pomyślnie operacji drogą przez kroczę, przyczem stwierdzono 2 ropnie (w obu płatach gruczołu). Z ropy wyhodowano gronkowca złocistego. Jest to przypadek nader rzadki. W dostępnym piśmiennictwie referent opisu podobnego przypadku nie znalazł.

4. S. Bryzman. **Przypadek płonicy w związku ze szczepieniem przeciwplonicez.**

Referent omawia przypadek, w którym 12 letni chłopiec w przebiegu szczepienia metodą Dicków zachorował na płonice. Przypadek ten nasunął referentowi następujące uwagi:

- a) szczepienie metodą Dicków w wytwarza chwilowo osłabioną odporność ustroju i podłoże podatne do zakażenia wogóle, a do płonicego w szczególności.
- b) osobniki, dotknięte objawami płonice, są nośnikami zakażenia.
- c) odporność po szczepieniu według badaczy amerykańskich sięga najwyżej 1½ roku, tak, że należy szczepienie powtarzać co rok.
- d) zabieg ten w postaci wstrzyknięć doskórnych i podskórnych trwa 2 tygodnie i częstokroć wywołuje objawy i dolegliwości przykre i bolesne.

Rozprawa:

Sachs, Bychowski (sen.) Lefeld, Penzon.

5. Róbin przedstawia rentgenogramy, pochodzące od 2-dniowego niemowlęcia z zupełnem zarośnięciem jelit grubych.

R. był wezwany wspólnie z kol. M. Hurwiczem na naradę przez kol. Oskara Goldberga do niemowlęcia z powodu tego, że dziecko od urodzenia nie oddaje smółki i wszystko zwraca.

Badanie wykazało: brzusek wzdęty, równomiernie wypukły, bez ruchów antyperystaltycznych, z widocznymi żyłami. Palec, wprowadzony do prostnicy, napotyka w odległości 5 — 6 cm. od odbytu ślepe sklepienie. Ponieważ matka tego dziecka przed rokiem urodziła niemowlę, u którego zostało stwierdzone zarośnięcie całej okrężnicy (operacji sztucznego odbytu dokonał M. Hurwicz), nasuwa się myśl, czy i u tego dziecka nie zachodzi ta sama sprawa. Roentgen (zakład Judta) istotnie stwierdził, że okrężnica jest zarośnięta na całej przestrzeni, począwszy od kątnicy, aż do prostnicy. Operacja, dokonana w szpitalu przez kol. Sołowiejczyka, w zupełności potwierdziła rozpoznanie.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że młoda, zdrowa matka po raz drugi urodziła dziecko z taką samą anomalią rozwojową. Ojciec dziecka jest również młody i zdrowy. Ale siostra ojca na kilkoro zupełnie normalnych dzieci urodziła dwoje z taką samą prawdopodobnie anomalią jelitową, dzieci te po kilku dniach zginęły przy objawach niedrożności jelit.

6. G. Bychowski (jun.). **Przypadek psychopatii nabytej.**

16 letnia dziewczynka przechodziła przed 6 laty ciężkie nagminne zapalenie mózgu. Po tem cierpieniu pozostało u niej z objawów neurologicznych tylko dwójenie, natomiast zaszła głęboka zmiana psychiczna. Poprzednio żadnych pod tym względem osobliwości nie wykazywała, od czasu zaś choroby charakter jej przesunął się w kierunku wybitnej psychopatii o zabarwieniu impulsywnym. Nie jest w stanie oprzeć się wybuchającym od czasu do czasu impulsom aspołecznym (kradzież, żebranie, czyny lubieżne w stosunku do małego chłopca). Przytem sfera intelektualna jest nienaruszona, zachowuje również zabarwienie uczuciowe pojęć moralnych (w przeciwieństwie do moral-insanity). Mimo anatomiczne podłoże tych zmian osobowości psychoterapia osiąga tutaj pewne wyniki, przeważnie jednak mniej lub więcej przejściowe, usuwając jedne impulsy, ale nie zapobiegając innym.

Posiedzenie kliniczne z dn. 15.XII.1925 r.

1. A. Fryszberg. Patogeneza i terapia niepłodności kobiecej.

Według statystyk zachodnioeuropejskich 10% małżeństw jest bezdzietnych. Co najmniej w 25% przypadków przyczyną niepłodności jest mężczyzna. Zmiany patologiczne w komórce piciowej żeńskiej, brak jajczkowania (*anovulia*) lub też jajczkowanie, odbywające się we wnętrzu jajnika, prowadzi do niepłodności. Zbyt kwaśna wydzielina pochwy, nieżyty pochwy, błony śluzowej szyi, trzonu macicy, jajowodów, zwężenie kanału szyi i ujścia zewnętrznego, nieprawidłowe położenie macicy w znacznym stopniu utrudniają zajście w ciążę. Bezwzględna przeszkodą dla zajścia w ciążę jest niedrożny jajowód. Przyczyną niedrożności jest rzeżączka i gruźlica jajowodu, sprawy zapalne, wychodzące z wyrostka, i częste wstrzykiwania do macicy jodiny w celu wywołania poronienia. Dla stwierdzenia niedrożności stosuje się przedmuchiwanie jajowodów łącznie z ich auskultacją, salpingografię, próbę Otta (wstrzyknięcie sproszkowanego węgla do jamy Douglasa) i chromodagnostykę Nürnbergera (*in situ*). Celem usunięcia niedrożności stosuje się salpingostomię, salpingostomoplastykę i doszczetne usunięcie niedrożnych jajowodów z wzywaniem jajników do otworu w tylnobocznej części macicy.

Patologja zewnętrznego i wewnętrznego wydzielania jajnika prowadzi do niepłodności. Auto i homoiotransplantacja, także wszczepianie przechowywanych jajników (Wolff i Zondek) stosuje się celem poprawienia upośledzonej czynności jajnika. Według Mandelstama przy przeszczepianiu jajników należy trzymać się tych samych prawideł i zasad, co i przy transfuzji krwi. Niedokształcenia narządów piciowych, dziecięcość, typ kobiety Goldschmidtownskiej (z pewnymi cechami maskulinizmu) prowadzi do niepłodności, ale nie są to formy niepłodności beznadziejne w przeciwieństwie do wad rozwojowych lub zaników.

Dyspareunia czyli anorgasmus może być przyczyną niepłodności — wysledzenie przyczyn dyspareunii wymaga znajomości metod psychoanalitycznych — psychopatja daje tu nieraz dobre wyniki.

Przetadowanie ustroju kobiecego plemnikami wytwarza prawdopodobnie w ustroju przeciwciała plemnicze (*spermotoksyny*), które powodują czasową niepłodność.

2. H. Higier. Niepłodność a impotencja u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologa.

Prelegent omawia:

Stosunek piciowy ze stanowiska somatycznego i psychicznego. Analogje psychorefleksologiczne w instynkcie głodu i miłości. Odruchy psychofizjologiczne, odgrywające rolę przygotowawczą w akcie piciowym (w erekcji, orgazmie i ejakulacji). Psychoerotyczna motoryka mięśni i naczyń, psychoerotyczna sekrecyjność gruczołów głównych i pomocniczych. Innerwacja sympatyczna i parasympatyczna. Sprawa hormonów erotyzujących. Mechanizmy psychiczne obronne ze strony kobiet w dziedzinie ruchowej, czuciowej, wydzielniczej i naczyniowej narządów piciowych (*aphrodisia*, *vaginismus*, *dyspareunia*, *frigiditas*). Wpływ czynności duchowych na ich powstawanie i znikanie. *Cohabitatio condomata et coitus interruptus*. Czynniki hamujące psychorefleks piciowy — wazodylatacyjny. Niepłodność absolutna i względna, psychiczną i dyshormonalną. Aspermatyzm stały i okresowy. Okresy sprzyjające aktowi zapłodnienia. Rola częstości stosunku w zapłodnieniu. Wpływ emocji na wytwarzanie się plemników i jajeczek. *Impotentia coeundi*, *generandi*, *ejaculandi*. *Ejaculatio praecox et tarda*. Rozszczepienie mechanizmu erekcyjnego od ejakulacyjnego, wytryskowego od orgazmu. Pole wskazań do terapii ogólnej, psychicznej, miejscowej i zabiegów chirurgicznych. Odmiadżane Steinacha i Woronowa. Wzmaganie się bezpłodności u człowieka z postępowaniem cywilizacji (autoreferat).

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 16.I.1926 r.

Przewodniczący Bregman. Sekretarz Bau-Prusakowa.

1. Tyczka przedstawia 49-letniego mężczyznę, u którego cierpienie rozpoczęło się od bólów w kręgach szyjnych i górnych piersiowych, promieniujących ku barkom. Po roku wystąpiły objawy ze strony kończyn dolnych, które to kończyny po 3 miesiącach osłabły. Stan przedmiot. w maju 1924 r.: ruchomość kręgosłupa we wszystkich kierunkach ograniczona, bolesność wyrostków kolczastych V i VI kręgów grzbietowych, niedowład obustronny mięśnia kapturowego, zniesienie odruchów brzusznych, mosznowych, niedowład spastyczny kończyn dolnych, zaburzenia czucia od C³ ku dół.

Płyn mózgow.-rdzeniowy wykazywał zespół Froina. Odcz. Was. ujemny. Odma rdzeniowa ujawniła niedrożność przestrzeni podpajęczynówkowej na wysokości, odpowiadającej mniej więcej wyrostkowi kolczastemu VI kręgu grzbietowego. Lipjodol, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się na wysokości C³. Po odmie wyraźna poprawa, lecz w 2 miesiące potem, po przebiegu zapalenia jelit, stan się znowu pogorszył. Powtórzono odmę, po której znów nastąpiła znaczna poprawa, trwająca dotychczas. Prelegent rozpoznaje *arachnitis circumscripta* i sądzi, że zapomocą powietrza, wpuszczonego dołędźwiowo, udało się rozzerwać zrosty i przywrócić w ten sposób normalną drożność rdzenia.

W dyskusji zabierali głos: Orzechowski, Bykowski sen. Higier sen., Zylberlast-Zandowa, Bregman.

2. Sznajderman przedstawia przypadek schorzenia nerwu udowego, prawdopodobnie na tle kiły.

Chora l. 57 zaczęła odczuwać w maju 1925 r. mrowienie wzdłuż przedniej powierzchni uda lewego. W miesiąc potem wystąpił ból, a po jakimś czasie nagłe osłabienie kończyn (podczas wsiadania do tramwaju). Na rok przed wybuchem choroby doznała urazu tejże kończyny. Badanie przedmiotowe wykazało: osłabienie mięśnia łonowo-biodrowego, oraz mięśnia czworogłowego uda l., zniesienie P. R. z tejże strony, zaburzenia czucia bólowego i dotykowego ponad rzepeką, ciepłikowego zaś od górnego brzegu rzepki aż do palucha wzdłuż wewn. powierzchni gołeni. Odczyn Wassermana wybitnie dodatni. Po leczeniu swoistem nastąpiła znaczna poprawa.

3. Flatau przedstawia 2 przypadki guzowatości neuro centralnej o rzadkiej etiologii. Pierwszy z przypadków dotyczy 17 letniego chłopca, który zachorował w maju 1925 roku. W ciągu 7 dni miał szum w pr. uchu, potem ból głowy, głównie w potylicy z pr. str. wyłącznie w nocy. Po miesiącu ból objął l. połowę głowy i trwał przez 3 tygodnie. Po parotygodniowej przerwie ból głowy wystąpił ponownie, a w ostatnich czasach umiejscowił się nad l. oczodołem. Jednocześnie wystąpiło podwójne widzenie oraz osłabienie wzroku z l. str. Obarczenie gruczołowe. Badanie przedmiotowe: bolesność przy opukiwaniu l. potylicy, niedowład n. VI z l. str. i n. VII z pr. str. (dolnej gałązki). Przy patrzeniu na l. oczopłaz w pr. gałce. Tarcza zastoinowa z wysiękami. V. o. d. — 1/3 V. o. s. — 1/4. PR — b. słabe; AR — prawidłowe.

Nieznaczna sztywność karku. Po wcieraniu szaruchy brak poprawy.

Ból głowy wykazywał zmienne natężenie. Chód stał się chwiejny z tendencją padania na pr. Pod koniec października 1925 r. zjawił się ból poniżej kąta l. szczęki dolnej wzdłuż zewn. brzegu m. mostkowo-sutkowo-obojęzycznego. Stwierdzono wówczas zanik w mięśniu kapturowym oraz obrzęk i nacieczenia na szyi z tejże strony. W miesiąc potem wytworzyły się tu małe przetoki, z których sączyła się ropa. Chorego poddano naświetlaniu promieniami X (czaszka i szyja z l. str.) oraz lampą kwarcową (ogólnie). Stan ogólny poprawił się, lecz ze strony nerwów wzrokowych nastąpił znaczne pogorszenie. Tarcze zbladły; z pr. str. liczył palec z odległości 1 m.: z l. zaś tuż przed okiem. F. podnosi nadzwyczajną rzadkość tej postaci choroby. Wyróżnia on 3 zespoły gruźlicy podstawy czaszki, zależnie od tego, czy zajęta jest jama przednia łącznie z oczodołem, czy też średnia lub tylna. Dla zespołu pierwszej kategorii

charakterystyczny jest wytrzeszcz przeważnie jednostronny. Dno oka jest normalne, płyn m.-rdzeniowy bez pleocytozy. Rentgenologicznie stwierdza się próchnicę kości sitowej, ścian oczodołu z przejściem na kość klinową. To niewysoka z rzadkimi podskokami. Przy zajęciu jamy środkowej obraz chorobowy przypomina otitis media i mastoiditis, wreszcie próchnica jamy tylnej przebiega tak, jak w przypadku przedstawionym.

Przypadek drugi dotyczy 30 letniego chorego, u którego na rok przed wstąpieniem do szpitala (t. j. w listopadzie 1924 r.) wystąpił guz w l. kości goleniowej, w parę miesięcy potem ból w pr. oczodole i wytrzeszcz pr. gałki, a po pewnym czasie ból w okolicy pr. łopatki, promieniujący w pr. kończ. górną. W ostatnich czasach wystąpiły 2 guzy w obrębie czaszki. Guzy są niebolesne, rozwijają się powoli.

Stat. praes: Ogólne wychudzenie. Cera koloru ziemistego. Gruczoły chłonne na szyi powiększone. To normalna lub lekko podgorączkowa. W tylnej części okolicy ciemieniowej lewej guz wielkości orzecha włoskiego elastyczno-miękki, niebolesny. W okolicy l. skroni guz wielkości jaja gołębiego, dość twardy. W obrębie górnej części l. kości goleniowej guzowatość długości 20 cm. kształtu wrzecionowatego. Różnica w obwodzie między pr. a l. golenia (10 cm. ponad rzepką), wynosi 13 cm. Wytrzeszcz praw. oka, źrenice, dno oczu — normalne.

Wychudzenie mięśni: kapturowego, pod- i nadgrzebieniowego z l. str. oraz wszystkich mięśni pr. kończyny górnej i m. piersiowego wielkiego z pr. str. Mięśnie kończyny górnej, oddziałują na maksymalny prąd faradyczny, na galwaniczny przy 10 M. A. Początek odczynu zwyrodnienia w mięśniach kłębka. W mięśniach pasa barkowego nieznaczne zmiany ilościowe. Pnie nerwowe niebolesne. Odr. okostnowy w pr. kończ. g. = 0. Kończyny dolne: osłabienie l. stopy; PR — kloniczne; AR = 0; odr. podeszwowe — normalne.

Badanie mikroskopowe cząstek guza w okolicy l. skroni, otrzymanych zapomocą aspiracji, wykazało typowy obraz promienicy. Płyn mózg.-rdzeniowy przezroczysty; Nonne-Apelt +++; pleocytozy brak. Lipjodol, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się na wysokości V — VI kręgów szyjnych.

Chorego leczono jodem oraz naświetlaniem promieniami Roentgena i lampą kwarcową. Stan znacznie się poprawił. Guz l. kości goleniowej znacznie się zmniejszył, guzy w obrębie czaszki znikły, znikł również wytrzeszcz gałki. Lipjodol zastrzyknięty dołędźwiowo w pozycji Trendelenburga połączył się z lipjodolem górnym.

Promienia ośrodkowego układu nerwowego zdarza się rzadko (dotąd opisano 65 przypadków); jest przypuszczalnie pochodzenia wtórnego.

3a. Flatau pokazuje królika, któremu zastrzyknął 1 cm. lipjodolu do przestrzeni podpajęczynówkowej (podpotylicznie) dnia 28 maja 1924 r.; rentgenogram wykazał obecność lipjodolu na podstawie mózgu, w komorach oraz w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Zdjęcie R. dokonane w 14 i 18 miesięcy potem wykazało, że lipjodol zajmuje to samo miejsce, jak poprzednio. W płynie mózg.-rdzeniowym stwierdzono kulki tłuszczowe (barwienie sudanem).

Fakt ten świadczy o doskonałej tolerancji lipjodolu przez normalny układ nerwowy królika, podczas gdy króliki, u których F. stwarzał sztuczne guzowatości przez wprowadzenie kulek blaszencowych, pęczniących potem wewnątrz czaszki, padały natychmiast po zastrzykach podpotylicznych lipjodolu.

4. Higier przedstawia chorego z athyrosis congenita, leczonego pomyślnie przez przeszczepienie tarczycy w 9 r. życia. Chory miał wrodzone zniekształcenie kręgosłupa (scoliosis), które przed 3 laty zaczęło się wzmacniać; równocześnie rozwijał się obraz bezwładu kończyn dolnych, zaburzenia czucia, oraz zaburzenia ze strony zwieraczy pęcherza i odbytnicy.

Dla wytlómaczenia tych objawów rdzeniowych H. bierze pod uwagę 3 możliwości: 1) sprawę uciskową (b. rzadką) na tle wrodzonej i potęgającej się skoliozy; 2) b. rzadką postać spinae bifidae occulta dorsalis; 3) jamistość rdzenia, której pierwszym obawem troficznym może być

skolioza. Tę ostatnią możliwość uważa H. za najprawdopodobniejszą.

W dyskusji zabierali głos: Sterling i Rozenblumówna.

5. Mackiewicz i Orliński. Przyp. guza przysadki leczonego promieniami Roentgena i radu. (Referatu nie dostarczono).

6. Bregman i Mesz przedstawiają rentgenogramy z kręgosłupa w przypadkach, w których stosowali t. zw. lipjodol wstępujący t. j. taki, którego ciężar gatunkowy jest znacznie niższy od ciężaru gat. zwykłego lipjodolu. Używa się go do określenia dolnej granicy ogniska uciskającego, zamiast stosowania zwykłego lipjodolu w pozycji Trendelenburga, tak uciążliwej dla chorych. Lipjodol wstępujący, zatrzykniety dołędźwiowo, daje na rentgenogramach cień b. wyraźny.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 30/I. 1926 r.

Przewodniczący — Bregman, sekr. — Bau-Prussakowa.

1. Dembowski. 2 przypadki nietypowej myopatji rodzinnej. (Referatu nie dostarczono).

W dyskusji zabierali głos: Higier i Bregman.

2. Herman i Lubelski — przedstawiają chorą, l. 25, operowaną z powodu guza mózgu 18.XI 1925 r. (Lubelski).

Choroba rozpoczęła się przed 3 laty od napadów drgawkowych, które się powtórzyły kilka razy tego samego dnia. Napady te były bądź to ogólne, połączone z utratą przytomności, bądź też o typie Jacksona, ograniczające się do l. połowy twarzy i l. kończyny górnej.

Od tego czasu napady powtarzały się co 2 — 3 miesiące. Równocześnie chora cierpiała na bóle głowy, które się wzmogły w ostatnich czasach; towarzyszą im wymioty. W trzecim roku choroby miewała napady drętwienia w l. połowie twarzy. Chora, będąca przez cały czas w obserwacji d-ra Flatau, nie wykazywała w ciągu 2 lat żadnych objawów przedmiotowych; w 3 r. choroby wystąpiła tarcza zastoinowa.

Podczas pierwszego pobytu chorej na oddziale stwierdzono: obustr. tarczę zastoinową obniżenie siły wzroku (o. d. = 5/15; o. s. 5/6), osłabienie dolnej gałazki l. nerwu twarzowego, osłabienie siły l. dłoni, upośledzenie czucia gnost. i stereognost. w tejże dłoni, minimalne wzmoczenie odruchów ścięgowych z l. str. Po naświetlaniu prom. X, chora wypisała się ze szpitala. 10.XI przybyła ponownie z powodu pogorszenia, datującego się od 2 tygodni.

Badanie przedmiotowe: obustr. tarcza zastoinowa z przejściem w zanik z pr. str. Visus o. d. = 0; o. s. 1/4. Pozatem stan chorej nie uległ zmianie. Operacja wykazała guz długości 4½ cm., szerokości 4 cm. w okolicy ośrodków ruchowych z pr. str. Guz przyrośnięty był do wewn. powierzchni twardówki, dał się jednak z łatwością odseparować.

Podczas drugiego aktu operacji, dokonanego w 18 dni po pierwszym, usunięto guz w całości (Glejakomiesak). Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rychnozrost.

Napady Jacksonowskie znikły, ból ustał, natomiast wystąpił bezwład w kończ. górnej l. i niedowład z objawem Babińskiego w kończ. dolnej.

Objawy te jednak w znacznej mierze potem ustąpiły. Wzrok nie uległ zmianie.

W dyskusji brali udział: Bregman, Szwarc, i Higier.

3. Neudingowa przedstawia chorego l. 32, który zachorował w końcu stycznia 1925 r. Zaczęło się od bezsenności, gorączki, podwójnego widzenia i zaburzeń psychicznych. W trzecim tygodniu choroby zjawily się kurcze w pr. połowie obu warg. Bezsennosc ustąpiła po 3 miesiącach, lecz zjawila się znowu w ostatnich czasach. Bad. przedmiotowe wykazało: reakcję źrenic na światło osłabioną, ruchy mykloniczne w pr. połowie warg (widoczne również i podczas snu). Skurcze te przenoszą się na mięśnie szyi z pr. str. i występują w pr. doln. powiece i w okolicy pr. brwi. Pozatem ze str. układu nerwowego nie stwierdzono żadnych zmian. Podczas 2-miesięcznego pobytu chorego na oddziale wystąpiły: maskowatość twarzy, po-

wolność ruchów, podwójne widzenie i bezsenność. Chory wypisał się z oddziału lecz po 6 tygodniach wrócił z powodu skurczu lewych powiek, z powodu którego nie mógł otworzyć oka.

Bad. przedmiotowe wykazało, że chory niedostatecznie otwiera oko pr., a l. wcale nie może otworzyć. L. gałka oczna skrzycona stale na zewn. i ku górze, chory porusza ją z wielkim trudem; ruchy gałki pr. mniej ograniczone. Ruchom gałek towarzyszą nierytmiczne wahania tętna.

N. rozpoznaje tu nagminne zapalenie mózgu z objawami skurczowemi w obrębie powiek i mięśni gałek ocznych, spostrzeganiami b. rzadko w temże cierpieniu.

W dyskusji brali udział: Bregman i Higier.

4. Prussakowa: **Przyp. guza mózgu w okolicy mostu Varola, leczonego promieniami Roentgena.** (p. sprawozdanie z posiedzenia klinicznego Med. Społ. z dn. 12.XII 1925 r. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 3, 1926 r.).

5. Nudelmann przedstawia chorą l. 62, która w końcu grudnia 1925 r. zaczęła odczuwać ból głowy w okolicy obu skroni, trwający 2 dni. Potem wystąpiło osłabienie wzroku, oraz omamy wzrokowe pod postacią kulek, fruujących wzdłuż l. kończyny górnej; po tej stronie widziała stale nieznanego jej człowieka. Po tygodniu siła wzroku znacznie się obniżyła, omamy znikły. Po kilku miesiącach zjawily się znowu omamy wzrokowe (kwiaty czerwone, bukiety róż) wzdłuż pr. kończ. górnej.

Powtarzały się one kilkanaście razy dziennie w ciągu 4 tygodni. Równocześnie odczuwała chora ból głowy i źle spała. Od roku osłabienie pamięci.

Badanie przedmiotowe: zmętnienie obu soczewek; Hemianopsja homonimna sin. — ponadto ograniczenie pola widzenia z pr. str. Vis. o. d. = 5/18; o. s. = 5/36. Dno oka = N.

Brak zmian ze str. pozostałych nerwów czaszkowych i kończyn. Psychika normalna. Odcz. Was. ujemny.

N. umiejscawia sprawę w korze mózgowej pr. płata potylicowego. Zmiany wywołane są najprawdopodobniej miażdżycą art. calcarinae, ewentualnie gałęzi art. cerebri poster.

W dyskusji brali udział: Bregman, Higier i Szwarz.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7.I.1925 r.

Obecnych członków 24, gości 12.

Baumritter przedstawia przypadek ospy wietrznej, zasługujący na uwagę ze względu na charakter i obfitość wykwitów, przypominających wykwity w ospicy (variolosis).

Cieszyński przedstawia i omawia przypadek gronkowcowego zapalenia około-nerkowego u 16-to mies. chłopca, leczonego szczepionką swoistą.

Mikułowski: „W sprawie tak zw. żółtaczki zakaźnej“. (Rzecz drukowana w „Pediatrji Polskiej“).

W dyskusji L. Anigstein twierdzi, że opisane przez referenta przypadki żółtaczki bardzo przypominają obserwowane w swoim czasie przez dyskutanta. Żałuje, że nie były one badane bakteriologicznie.

Michałowicz proponuje Mikułowskiemu i Anigsteinowi opracowanie planu postępowania w omawianych żółtaczkach i podkreśla dalej biochemiczne powinowactwo szczepów duru rzekomego do komórki wątrobowej.

M. Bussel omawia czynnościowe badanie nerek u dzieci.

Proponuje następujący plan tego badania:

- 1) Określanie współczynnika N/D, t. j. stosunek nocnej ilości moczu do dziennej.
- 2) Próbę wodną.
- 3) Próbę koncentracyjną.
- 4) Próbę sulfofenoltaleinową.

Omawia kliniczną wartość tych badań i ostrzega przed próbą z chlorkiem sodu. W końcu omawia ścisły związek, zachodzący między nerką, jako narządem wydalania i całym szeregiem innych narządów.

Dyskusja: Prof. Michałowicz sądzi, że badanie stanu czynnościowego nerek jest rzeczą trudną. Obecnie istniejące metody nie wystarczają. Przy leczeniu nefrytów zazwyczaj zapominamy o nerce obwodowej. Metody stosowane u dorosłych nie zawsze dają się zastosować u dzieci.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21.I.1925 r.

Obecnych członków 30 i gości 17.

Wiszniewski przedstawia przypadek wrodzonych zmian rozwojowych u dziecka 15 mies., dotyczących przeżnięć układu kostnego. Zniekształcenie kończyn dolnych pod postacią stopy szpotawo-końskiej, nadliczbowe palce (polydactylia) na stopach i rękach w połączeniu ze wzrostem poszczególnych palców (syndactylia). Omawia rozwój embriologiczny kończyn i rodzaje wad rozwojowych palców, podkreślając, że zrost (syndactylia) jest wyrazem przetrwania okresu zarodkowego, w którym od siódmego tygodnia palce są połączone błoną i dopiero później wskutek szybkiego wzrostu zaczynają uzyskiwać niezależność.

Pozatem dziecko przedstawia niedorozwój umysłowy, niedorozwój szczęki dolnej (micrognathia), posiada przepuklinę pępkową, jądro lewe w kanale pachwinowym i zaznaczoną hypospadię.

Barański przedstawia przypadek duru brzuszego u 10 miesięcznego chłopca. Poza wysoką stałą gorączką i nieznanym odurzeniem brak było innych objawów duru, jak powiększonej śledziony, różyczek, leukopenji: tylko do datni odczyn Widala pozwolił ustalić rozpoznanie. Pr. podkreśla trudność rozpoznania duru brzuszego u niemowlęcia. Rokowanie stawia dobre.

Dyskusja: Szenajch podkreśla rzadkość omawianego przypadku. Radzi po jakimś czasie przerobić odczyn zlepnę ponownie.

Modrakowski wygłasza odczyt o acydozie i alkalozie, obejmujący pojęcia potencjonalnego i aktualnego oddziaływania Ch i Ph oraz normalną równowagę kwasowo-zasadową krwi i jej regulację fizjologiczną (Część I).

Posiedzenie kliniczne z dnia 4.II.1925 r.

Obecnych członków 19, gości 23.

Wiśniewski Tomasz przedstawia przypadek osteopsatyrosis.

Prokopowicz-Wierzbowska demonstruje i omawia przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (rzecz ukaże się w druku).

Dyskusja: Mikułowski zapytuje czy był robiony odczyn Wassermann'a we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym.

Prokopowicz-Wierzbowska daje odpowiedź negatywną.

Modrakowski wygłasza odczyt o acydozie i alkalozie, uwzględniając w nim zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju i sposoby farmakologiczne zmieniania odczynu w ustroju. (II część).

Dyskusja: Michałowicz wyraża podziękowanie prelegentowi za wygłoszony odczyt.

Kramsztyk Stefan nawiązuje w dyskusji do swojej pracy, wykonanej wraz z prof. Michaelisem.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na zebraniu plenarnem towarzystwa biologicznego paryskiego i jego filji, które odbyło się w Paryżu w maju b. r., jeden z głównych referatów był poświęcony roli płytek Bizzozera w fizjologii i patologii. Referował M. Jacques Roskam (Leodjum).

Następujące punkty przedstawiają ujęcie tematu:

1) W czasie wstrząsu anafilaktycznego płytki znikają czasowo z krążenia. Ta przemijająca małopłytkowość spowodowana jest prawdopodobnie aglutynacją, wskutek której skupienia płytek opadają w niektórych przestrzeniach naczyń. Nie odgrywa to roli znaczącej w patogenie samego wstrząsu.

2) Płytki oblepiają obce ciała, przedstawiające się do krążenia, jak naprz., drobnoustroje, krwinki obcogatunkowe, cząsteczki mineralne i t. d., i sprzyjają wydalaniu ich

z krwioobiegu. Nie jest to jednak zjawiskiem zasadniczym, utrzymującym jałowość krwi.

3) Przyleganie płytek do brzegów krwawiącego naczynia stanowi jeden z ważniejszych, aczkolwiek nie jedyny czynnik samoistnego zatrzymania się krwawienia. Drugą sprawą, przyczyniającą się do powstawania korka hemostazy, jest odkładanie się warstw siateczki włóknika. Rumień krwotoczny (choroba Werlhofa, "hémogénie" Weila) nie jest, co do istoty swej, schorzeniem płytek, jak to chciał ująć Frank w nazwie "małopłytkowości samoistnej". Wydaje się, że to cierpienie krwotoczne zależy od zmian cząsteczkowych w śródbłonku naczyńowym (endothéliale parcellaire hémorragique), które hamują przyleganie do śródbłonka płytek (opsonizację) i zmniejszają własności tromboplastyczne śródbłonka względem białka osocza.

4) Aglutynacja płytek i przyleganie ich do powierzchni obcych nie są zjawiskami życia samoistnego płytek, ani też zjawiskami elektrycznymi. Prawdopodobnie własności te wynikają ze zjawisk kłaczkowania, które powstają w środowisku koloidalnym, otaczającym płytki i przylegającym do nich z jednej strony i do obcych powierzchni z drugiej strony.

5) Obecność płytek w krzepnącym osoczu wzmacnia krzepnięcie, surowicy zaś nadaje większą zdolność wywołania krzepnięcia roztworów fibrynogenu i zwiększa zawartość w niej trombiny. Dodanie płytek do surowicy inaktywowanej prowadzi do ponownego powstania w niej trombiny.

6) Obecność płytek w krzepnącym osoczu nadaje skrzepowi znaczną kurczliwość, podczas gdy skrzepy, wychodzące z osocza pozbawionego płytek, są niekurczliwe. (Hayem, le Sourd i Pagnier). W świetle jednak spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych szeregu innych autorów wspomniana rola płytek w kurczeniu się skrzepu nie jest dostatecznie dowiedziona.

7) Z faktów, dotyczących stosunku płytek do krążenia, można wyciągnąć wnioski następujące:

- a) U człowieka ciśnienie tętnicze jest w stosunku odwrotnym do zawartości płytek we krwi;
- b) Wyciągi z płytek posiadają działanie naczynio-ruchowe histaminy: rozszerzają naczynia włosowate, zwężają tętnice i żyły;
- c) Zjawiskom naczynio-ruchowym towarzyszą nieraz duże zmiany liczby płytek we krwi. Wspomniane fakty nie pozwalają ustalić, czy płytki mają wpływ na wysokość ciśnienia w stanach normalnych i chorobowych.

Na 38-m zjeździe niemieckiego towarzystwa internistów Klewitz referował sprawę dychawicy oskrzelowej.

Pomimo postępów, zrobionych w dziedzinie astmy, sposób powstawania napadów pozostaje nadal niewyjaśniony. Już przed 41 laty wysunięto następujące 3 główne momenty: kurcz oskrzelików, zwiększone wydzielanie i przekrwienie. Każdy z tych poglądów opiera się na odpowiednich spostrzeżeniach, lecz żaden z nich nie posiada dowodów decydujących. Połączenie wszystkich 3 wspomnianych czynników najbardziej odpowiada rzeczywistości. Badania, przeprowadzone wspólnie z Shaeferem, wykazały, że na 18 astmatyków u 14 — prężność CO₂, krzywa dysocjacji CO₂ i PH były normalne. Dusznosc nie jest pochodzenia płucnego, ani krwionośnego. Pogląd o dusznosci ośrodkowej też nie stoi w zgodzie z faktami. Prędzej dusznosc objaśnić można, jako następstwo stanu napięcia płuc, powodującego dopiero wtórnie, na drodze nerwów rdzeniowych i roślinnych, zmiany w ośrodku oddechowym. Zamiast podziału Curschmana na astmę samoistną i odruchową powstał obecnie podział na astmę z uczuleniami i astmę nerwową. Zródłem ciał uczulających są środki pokarmowe, zwierzęta, rośliny i inn. Storm van Leeuwen zwrócił ostatnio uwagę na alergeny klimatyczne. Duże są różnice w statystykach co do częstości przypadków, powstających na tle uczulenia; tłumaczy się to różnicami w metodyce rozpoznawczej (sposób szczepienia, antygeny, sposób obserwacji), jak również ogólnymi różnicami krajowymi. W astmie z uczuleniami zwraca się uwagę na obciążenie dziedziczne, stosunek do podagry, cierpienia skórne i rzadką kombinację z gruźlicą. Istota astmy nerwowej, stanowiącej drugą grupę przypadków, polega na podrażnieniu układu nerwowego mimowolnego specjalnie zaś nerwu błędnego. Ścisłe rozgraniczenie obu grup nie zawsze jest możliwe; zdarzają się postaci pośrednie. Co się tyczy leczenia, to na planie pierwszym stoi postępowanie przyczynowe: usunięcie alergenów i desensybilizacja; zwłaszcza z pomocą środków nieswoistych (pepton, mleko, siarka, szczególnie zaś tuberkulina). Z innych środków leczniczych w grę wchodzi: wapń, atropina, jod, inhalacje, psychoterapia. Uznaniem cieszy się też leczenie prom. Roentgena, przyczem wybór miejsca naświetlania jest bez znaczenia. Dotychczasowe sposoby leczenia chirurgicznego są niepewne (Kümmel, Kappis). W czasie napadu najskuteczniejsza jest adrenalina, wzgl. uciec się można do preparatów magnezowych, co do których brak jeszcze dostatecznego doświadczenia.

L. J.

Odcinek

Zarys rozwoju gastrologii w Polsce *).

Podał

Ignacy GRUNDZACH (Warszawa).

Otwierając pierwsze nasze posiedzenie naukowe, mam zaszczyt powitać w imieniu Pol. Tow. Gastr. Sz. P. Profesorów i Kolegów, którzy raczyli przybyć na nasze zaproszenie, i serdecznie im za obecność dziękuję.

Treścią mego odczytu będzie uzasadnienie bytu Sekcji, specjalności wogóle i zarys prac badawczych polskich. Pozwolę sobie dzisiaj wspomnieć o 4 mężach nieżyjących, a wielce dla nauki polskiej zasłużonych: o Wal. Jaworskim, Korczyńskim, Popielskim i Rejchmanie i poproszę o uczczenie ich pamięci przez powstanie.

Sz. Panowie!

Naśladujmy czasem wędrowców, którzy przebywszy część drogi, spoglądają wstecz, aby drogę ocenić, i dążą dalej, gdy nabrali sił i poczucia pewności, że są na szlaku właściwym. W tak uroczystej dla nas chwili winniśmy sobie uprzytomnić, jak rozwiązywaaliśmy nasze za-

dania i co zamierzamy na przyszłość. Siedemnaście lat istnienia Sekcji Gastr., obecnie przekształconej na Polskie Tow. Gastrologiczne, nakłada na mnie moralny ten obowiązek, jako na długoletniego jej przewodniczącego, a pierwszego — w naszym Towarzystwie. Sekcja ta powstała przy War. Tow. Lek. z inicjatywy grona gastrologów, które uprosiło Dr. Mik. Rejchmana, aby stanął na ich czele. Już wówczas rozumieliśmy, że pojedyncze wysiłki gastrologów, ich praca naukowa i praktyczna zmaleje, gdy nie stworzy się zespołu, gdyż ten tworzy siłę moralną i materialną. Jest rzeczą ciekawą, że Sekcja nasza była co do czasu pierwszą wogóle, że bogaty Berlin, wydający oddawna specjalne Archiwum, dotąd jej nie posiada, i że dopiero w roku zeszłym powstało w Paryżu Tow. Gastro-enterologów, również wydające swoje Archiwum.

Słowa, które tu kreślę w dalszym ciągu, nie roszczą sobie pretensji do tego, by stanowiły historię Sekcji. Może ktoś ją opracuje, gdyż tylko część bardzo nieznaczna prac sekcyjnych znalazła miejsce na łamach Gaz. Lek. później Med. i Kron. Lek., Polskiej Gaz. Lek. i ostatnio — Warszawskiego Czasopisma Lekarsk. Cały szereg prac naszych spoczywa w tece sekretarza, gdyż warunki życia wojennego i powojennego, a więc i środki nasze ubogie na wydanie ich nie pozwoliły. Prac sekcyjnych i w czasie wojny nie przewidywaliśmy; wyjątek stanowił rok 1914—1915. Tytuły prac

*) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu inaguracyjnym Polsk. Tow. Gastrologicznego.

i pokazów znajdują się w Tow. Lek., któremu składaliśmy corocznie krótkie sprawozdanie.

Muszę się jeszcze zatrzymać nad rozpowszechnionym w pewnych kołach zarzutem, zgoła błędnym, że gastrologia to nie specjalność, a zarzut ten słyszy się nawet ze strony najwyższych sfer lekarskich.

Słusznie kol. Sabat w przemówieniu wstępnem Koła Radiologów przypomniał określenie naszego myśliciela Biegańskiego, że specjalistą nazywa się ten lekarz, który posługuje się specjalnymi narzędziami i aparatami dla celów rozpoznawczych i leczniczych i posiada specjalną wiedzę i doświadczenie kliniczne. Istotnie, (z pewnemi wyjątkami co do narzędzi — jak dermatologia i syfilidologia, neurologia i pediatria) takie specjalności, jak chirurgia, ginekologia z akuszerją, w ten sposób właśnie powstawały. Wziernik oczny, lusterko laryngologa, przyrządy do badania nosa i uszu umożliwiły postępy w danej gałęzi wiedzy. Laryngologia wskutek udoskonalenia laryngo-tracheo-bronchoskopu dalsze czyny postępy.

Zgłębnik żołądkowy dał impuls do wspaniałych badań nad trawieniem żołądkowym, jego mechanizmem, chemizmem i czynnością chłonną, do rozpoznawania i leczenia wielu znanych niedokładnie lub zgoła nieznanymi cierpień, przyczyniając się do wzbogacenia fizjologii, diagnostyki, patologii i lecznictwa przewodu pokarmowego. Współpraca z rentgenologią i chirurgią nowy stworzyła etap w rozwoju naszej specjalności. Badanie i leczenie przelyku umożliwiły zgłębniki i wziernik przelykowy. Zastosowanie rektoromanskopu udostępniło nam płodną a nową dziedzinę rozpoznawania i leczenia cierpień tych narządów. Zdawało się, że dziedzina badań na tem się kończy. Złudzenie! Czystej wody gastrolog-badacz Einhorn, urodzony w ziemi wileńskiej, przy pomocy wymyślonego przez siebie zgłębnika wraz z liczniymi badaczami obcymi i naszymi rozszerza widnokrąg naszej wiedzy specjalnej i na długie lata rozwój jej utrwała. Jak widzimy, bogata to dziedzina pracy w przyszłości, i dążymy do tego, aby ją śledzić, opanowywać i własną pracą wzbogacić — kliniczną i laboratoryjną. Szanowni Panowie! Niech mi wolno będzie zdanie swoje wygłosić, że zjazdy naukowe i Tow. lekarskie, ogólne czy specjalne, nauki nie tworzą. Nie dziwny się temu i nieulegajmy pozorom! Jeżeli się rozejrzemy w pracach tych ciał zbiorowych, znajdziemy tam niewątpliwie prace twórcze, ale te powstały niezależnie od zjazdów i towarzystw. Błogosławiona indywidualna (czy zbiorowa) praca twórcza jest celem samą w sobie, jest nagrodą dla twórcy przez radość i zadowolenie, jakie mu sprawia, i bogate plony, jakie rodzi w umysłach innych. Harwey, Jenner, Cl. Bernard, J. Miller, Virchow, Lister, Laënnec, Curie-Skłodowska i dziesiątki wielkich twórców nie pracowali dla zjazdów. Może więc są one bez znaczenia? Cenię niezmiernie wysoko znaczenie zjazdów i towarzystw, ale rozumiem, że znaczenie ich w innej leży płaszczyźnie: towarzyskiej, kształcącej i społecznej. Zjazdy nasze mają jeszcze poważne znaczenie narodowe, gdyż budzą szacunek i mił swoich i obcych, budują i wzmacniają uczucie narodowe i godność stanu lekarskiego i zachęcają do dalszej pracy naukowej. Co się tyczy towarzystw specjalnych, jak np. nasze, zanim ich wartość ocenię, pozwólcie, Sz. Panowie, że zacznę od anegdotki. Pewnego razu poważny specjalista, stojący na czele sekcji pewnej przy Tow. Lek., spotkawszy jednego z młodszych kolegów, zapytał go, czemu na Sekcji nie bywa. „Nie chodzę, gdyż niewiele się nauczę“, odrzekł. „Ale wszak my możemy się od was wiele nauczyć“ — taka była przytomna replika. W tej replice mieści się, choć nie całe — ale największa część zadań tow. naukowych. Zachęcać, podniecać do pracy twórczej — to pierwsze i najważniejsze zadanie ich istnienia. W tym celu od zaczątków istnienia Sekcji przyciągała ona nie ciasnych specjalistów t. zw. „specjaloidów“, tworzących się „ex abrupto“, ludzi bez szerszych poglądów naukowych i przygotowania klinicznego, lecz — internistów, zajmujących się przeważnie lub wyłącznie cierpieniami przew. pokarmowego. Umilowana przez nas nauka — to gałąź jedynie wiedzy lekarskiej, bujnie ostatnio rozrosła i dająca dalsze pędy w postaci nauki o przelyku, o dwunastnicy, o wątrobie, pęcherzyku i przewodach, o trzustce, o prostnicy i esicy i t. zw. koprologji. Nie możemy tu pominąć olbrzymiego udziału

chirurgji, radjognostyki, radjoterapii, i bakterjologii, jako bliskiego nam pogranicza, bez którego bratnie te gałęzie wiedzy rozwijać się dalej w pełni nie mogą.

Korzystam z tego porównania, aby raz jeszcze dobitnie zaznaczyć, że tylko specjalność, oparta na ogólnej wiedzy lekarskiej i doświadczeniu klinicznym, ma jedynie rację bytu: najpotężniejsza gałąź czy drobny pęd tej gałęzi zmarnieje i uschnie, jeżeli czerpać nie będzie soków ożywczych z ogólnego pnia wiedzy naszej. Czyż godzi się nazywać specjalistą lekarza, który, jako okulista, nie rozpoznaje natury kiłowej w cierpieniu tęczówki i chorą niemal wzroku pozbawił? Lub lekarza dermatologa, który lata całe leczy chorą skórę, zapominając, że pod nią siedzi człowiek? albo gastrologa wezwanego do chorego „na żołądek“, który od 2 dni wymiotuje, nie przyjmując pokarmów i napojów, a nie wiedząc o tem, że chory cierpi na ropne zapalenie ucha środkowego? i t. d. Errare humanum est i wszyscy błędy popełniamy, ale dla błędów są pewne granice, których przekraczać nie wolno. Tak pojmując specjalność, Sekcja nasza zbierała lekarzy klinycystów, internistów, interesujących się cierpieniami przewodu pokarmowego i przemiany materji, pracujących w tej dziedzinie chirurgów i rentgenologów a także pracowników laboratoryjnych.

O ile sądzić mi wolno, praca nasza była owocną. Liczne nasze posiedzenia, przekraczające liczbę stu kilkudziesięciu, odczyty, pokazy chorych, preparatów, makro- i mikroskopowych i narzędzi, rozprawy dyskusyjne, przeciągające się nieraz do późnej pory lub odkładane na następne posiedzenie, dowodziły zapału i umiłowania wiedzy wraz z gorącą chęcią uczenia się i jeszcze raz wzajemnego pouczenia się i dzielenia się z drugimi własną wiedzą lub własnem doświadczeniem. Jest to nasz los bowiem wiecznie się uczyć, aby choć w pewnej dziedzinie posiadać ten ogrom wiedzy naszej, którego całkowicie objąć nie zdota, którego bogactwa nie zdobędzie nawet najzdolniejszy umysł, gdyż życie nasze jest za krótkie. Marzyliśmy ongi z Dr. M. Rejchmanem, aby gastrolog obok medycyny wewnętrznej mógł posiadać wiedzę chirurga, bakterjologa i rentgenologa. Jest to ideał nie do osiągnięcia w ciągu krótkiego ludzkiego żywota! Starajmyż się współpracą do ideału tego zbliżyć! A przytem nauka — to życie, które rośnie i rozwija się wiecznie, a nie umiera, za rozwojem jej więc podążać musimy, aby prawdy, tak mozolnie zdobyte przez obcych i naszych badaczy, opanować i przyswajać sobie i najmłodszej generacji uprzedzić.

Drugie więc zadanie Sekcji polegało na wzajemnem kształceniu się jej członków.

A trzecie — łączność i współpraca na polu naukowem daje możność wzajemnego poznawania się ludzi, wzajemnej emulacji, i rozwija poczucie koleżeństwa i życzliwości. Wszystko to sprawia że zawód nasz szlachetnieje, wymogi społeczne i etyczne rosną, gdyż ogół jest zwykle najsurowszym krytykiem jednostek. Słowem, towarzystwo naukowe — to i szkoła społeczna. Czy było to zadaniem Sekcji? Bynajmniej, było ono skutkiem jej istnienia.

Jeżeli nie wszystko tak się działo, jak zamierzaliśmy, jeżeli popełnialiśmy błędy lub nie osiągnęliśmy wszystkich naszych celów, nie stało się to skutkiem braku dobrej woli lecz — braku skupienia większego grona internistów, chirurgów i rentgenologów, wynikiem lat wojennych i powojennych, pewnego przepełnienia czasem posiedzeń pokazami, zresztą bardzo ciekawymi, szczupłej liczby rozpraw z dziedziny prac doświadczalnych, klinicznych, przemiany materji i dietetyki.

Ocenę pracy naszej musimy pozostawić przyszłości.

Muszę na tem miejscu zaznaczyć, że w sferze profesorskiej znalazł się człowiek, który pracy naszej bynajmniej nie lekceważył. S. p. profesor K. Rzętkowski, człowiek umysłu szerokiego i bystrego, w rozmowie ze mną przed kilku laty uznał potrzebę istnienia u nas polikliniki uniwersyteckiej dla chorych na przew. pokarmowy i uczynił mi zaszczytną dla mnie propozycję, abym otworzył taką placówkę, gdyż środki uniwersyteckie na to nie pozwalały, obiecując poparcie swoje w gronie profesorskiem. Wiemy wszyscy, że sprawa ta w czasach owych, jak zresztą i obecnie, trudna jest do przeprowadzenia. Byłby to ciężar i dla mnie ponad wszelkie siły. Propozycję tę przedstawiłem po kolei dwóm gastrologom, prosząc ich, aby czynili starania,

Ale i oni widocznie się zawahali. A jednakże, Panowie, myśl jest dobra, sprawa niewątpliwie ważna, i nie wątpię, że znajdzie się lekarz, który ciężar ten podźwignie dla dobra wiedzy naszej, wyszkolenia młodszych lekarzy, dla dobra cierpiących i dobrze pojętego — własnego. Klinika ze swym cennym materiałem nie zastąpi nigdy polikliniki, rozporządzającej materiałem, nienadającym się zgoda do leczenia szpitalnego, lub w razie potrzeby, kierowanym jedynie do szpitala.

Przejdę teraz z kolei do oceny dorobku naukowego, jaki do ogólnej skarbnicy nauki wnieśli polscy badacze. Jak wyżej zaznaczyłem, Sekcja nasza co do czasu jej powstania była pierwszą wogóle. Nie był to tylko przypadek. Dwa narody: niemiecki i polski najwcześniej zaczęły uprawiać ten dział diagnostyki, patologii i lecznictwa. Prace te rozpoczęte około 1880 r. (Leube), a więc przed 45 laty; czasy te pamiętam, jako student medycyny. W świecie lekarskim znano „niestrawność“, „katar żołądka“, jako pojęcia mgliste, „wrzód“, gdy krwawił i „raka“ gdy się wyraźnie rysował. Gdy Rejchman rozpoczął swoją działalność w Warszawie, miał on, z wyjątkiem takich osobistości, jak prof. Chałubiński, Baranowski a z lekarzy Dr. Maksymilian Hert z, którzy go popierali, bardzo wielu niechętnych takim innowacjom, jak zgłębnik, a jeden ze znanych lekarzy odradzał pacjentom udawanie się do R., gdyż on wstawia do żołądka „kije“. Pierwsze rozpoznawcze i lecznicze powodzenia utorowały drogę prawdzie i zasludze. Toteż od 1885 r. zaczynają Mu w pracy laboratoryjnej i klinicznej, właściwie poliklinicznej, kolejno pomagać asystenci, którzy, pracując i naukowo (wraz z H. Pacanowskim), stanowią później t. zw. Szkołę warszawska gastrologów.

Ocenę zasług naukowych Rejchmana i szkoły warszawskiej znaleźć można w Nr. jubileuszowym Med. i Kron. Lek. (Nr. 46 rok 1913), dla nas wszystkich pamiętnym, a starannie wydanym i opatrzonym wstępnym artykułem piera kol. J. Zawadzkiego. Numer ten całkowicie wypełniony jest pracami członków Sekcji. Prace zaś wszystkich polskich autorów do r. 1903 podał i ocenił Biegański w „Diagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych“. Tu więc możemy je pominąć. „Prace te (uczniów) dowodzą, że R. był dobrym przewodnikiem i że na dobro jego zasług dla nauki zapisać należy przygotowanie współpracowników, wyszkolonych w umiłowanej przez Niego specjalności. Od lat 5 jesteśmy świadkami Jego pracy na posiedzeniach gastrologów, które... ściągają lekarzy różnych specjalności, dzięki umiejętnie prowadzonej i wyczerpującej dyskusji oraz doborowi odpowiednich tematów“ pisze kol. J. Zawadzki. Miał On jeszcze i tę zasługę, że dla pewnego grona studentów 5 kursu zastępował katedrę przedmiot, gdyż w czasach największego ucisku politycznego prowadził w ciągu szeregu lat wykłady dla grona kończących medycynę. Należałem do jednego takiego rocznika wspólnie z kol. Ar. Puławskim, Przyborowskim i nieżyjącymi: Ad. Chełmońskim, J. Grabowskim i Stan. Rembelińskim. Wykłady te teoretyczne, prowadzone z zapałem i wiedzą głęboką w przedmiocie żywym, rosnącym z dnia na dzień, miały urok nowości i czystego języka ojczystego, a mnie osobiście pociągnęły. Oprócz tego prowadził R. wykłady dla lekarzy prowincjonalnych, którzy poznawali naukę nową i wzbogacali zakres swej wiedzy praktycznej. Drogą asystentury więc i wykładów R. zwiększał grono gastrologów i internistów, z działem tym obeznanych. Wspomnieć tu należy o pracach autorów nieżyjących, a niezależnie od R. pracujących na tem polu: o Hen. Pacanowskim, Edm. Biernackim, A. Rapplu, A. Chełmońskim, Konst. Sierpińskim i asystencie R. J. Goldbaumie, którego prace podane są w Nr. jubileuszowym.

Prace te uwzględnione są w dziele Biegańskiego.

Brakiem gastrologów warszawskich było nieposiadanie przez długie lata oddziałów szpitalnych. Posiadanie oddziału szpitalnego dla spostrzeżeń i doświadczeń klinicznych było niedościgłym marzeniem nie tylko Rejchmana. Dla tego też większa część prac — to badania doświadczalne i ambulatoryjno-laboratoryjne.

Inaczej — w Krakowie. Tu w tym samym czasie powstaje szkoła krakowska z W. Jaworskim, A. Gluziń-

skim i Korczyńskim na czele. Tak charakteryzuje swego szefa jeden z młodszych uczniów Jaworskiego kol. Br. Wejnert: „Prof. W. Jaworski, który, będąc docentem i prof. nadzwyczajnym, tyle zasług położył dla gastrologii, objawwszy po prof. Korczyńskim klinikę chorób wewnętrznych, stał się siłą rzeczy internistą. Lecz był nim tylko w klinice — wobec Uniwersytetu. Po za wykładami pozostał on ścisłym gastrologiem: cała Jego rozległa praktyka to byli wyłącznie chorzy na przew. pokarmowy, całe Jego zainteresowanie naukowe skłaniało się do tego działu medycyny, w którym był On przy swej wielkiej pamięci istną encyklopedją. Prowadząc klin. wewn., Jaworski zawsze szczególną zwracał uwagę na tych asystentów, którzy interesowali się więcej gastrologją, ew. mieli zamiar Jej się poświęcić, odbywał z nimi specjalne częste konferencje, dostarczał odpowiednich dzieł ze swej bogatej biblioteki, wymagał z nich szczegółowych sprawozdań, kontrolował osobiście czynności tych asystentów w klinice, podczas gdy w innych działach chętnie się wyręczał starszymi asystentami. To też stworzył on zastęp lekarzy, dobrze zaznajomionych i teoretycznie i praktycznie z gastrologją. Wielu z nich zajęło zaszczytne w niej miejsce; cały szereg lekarzy, obecnie praktykujących w miejscowościach kuracyjnych, w których gromadzą się chorzy na przew. pok. — to uczniowie szkoły Jaworskiego“.

W szkole krakowskiej przeważają prace kliniczne obok laboratoryjnych. Bogata klinika prof. Korczyńskiego dała obfity materiał do pracy dla prof. Jaworskiego, prof. Gluzińskiego i innych; ostatnio pracowano na klinice prof. Orłowskiego.

Z autorów małopolskich należy zaznaczyć zasłużone imiona nieżyjących: prof. Popielskiego, prof. Obalińskiego i Ponikły.

Oprócz wyżej wymienionych pracowało i pracuje dalej cały szereg badaczy polskich; samo wliczanie prac ich zajęłoby za dużo czasu i miejsca, a objąć cały ten dział jest obecnie rzeczą bardzo trudną. Pracowano w Polsce i to u podstaw tej gałęzi wiedzy nad znaczeniem śliny, nieprawidłowościami przełyku (uchyłki), nad najwyższymi i najniższymi tonami w gamie zaburzeń wydzielniczych żołądka, nad czynnością ruchową i chłoniczą, nad odczynnikami na kwasy żołądkowe, metodami oznaczania wolnego Cl, nad wrzodem i rakiem żołądka, nad gruźlicą i kiłą przew. pok., nad rozstrzenią i jej leczeniem, nad paraliżem żołądka i kiszek pooperacyjnym, nad gastr. phlegmonosą, nad napadami pseudotabetycznymi, nad rentgenografią i chirurgją żołądka i kiszek, nad działaniem roztworów solnych, goryczek i kw. solnego, elektryzacją i t. d. Pracowano i pracuje się dalej nad cierpieniami 12-cy, wątroby i pęcherzyka żółciowego, otrzewny, zastosowaniem zgłębnika Einhor na, nad leczeniem chirurgicznym pęcherzyka i przewodów, jego prześwietlaniem, djetetyką, leczeniem biegunek farmakologicznem, djetetycznem i balneo-fizykalnem, nad zaparciem, nad pasorczytami jelit, rektoskopją, koprologją i t. d. Jest rzeczą interesującą, że, jakkolwiek lekarze polscy pracują na wszystkich polach nauki, w medycynie polskiej, neurologia i gastrologia są to dziedziny, które święcą u nas największe triumfy, dorównując postępowi wiedzy zachodnio-europejskiej, a nieraz im przodując pomimo nasze środki ubogie. Nie instytucje i katedry tworzą badaczy, lecz zwykle dzieje się odwrotnie. Autorowie niemieccy raczą półgębkiem przyznać nam czasem: syndrom Rejchmana, zgłębnik, nieżyty kwaśny, jądra komórkowe i ślimacznice Jaworskiego, metodę Mintza i Töpfera, operację Rydygiera i t. d. Zasługi zamilczane są znacznie większe. Może kiedyś uda mi się je wykazać.

Kończę. W myśl postulatów, powyżej skreślonych, składam Towarzystwu gorące życzenia, aby prace swoje prowadziło pod szczęśliwszą gwiazdą, niż to czyniła sekcja, aby rosła ta umiłowana przez nas gałąź wiedzy, której soków, jak widzieliśmy, już w zaraniu jej rozwoju dostarczała i obecnie dostarcza praca polskich badaczy, aby pozwoliła nam myśleć o wydawaniu biuletynów lub kwartalników, o otwarciu polikliniki uniwersyteckiej, wreszcie — aby współpraca kwitła, a kultura moralna jej członków wzrastała.

Vivat, crescat, floreat!

MEDYCyna Społeczna

Kasy Chorych i lecznictwo ogólne*).

Podał

Alfred KRIEGER (Warszawa).

Pan Dr. Jakób Sęczyca, znany działacz na polu państwowej administracji sanitarnej, ogłosił w Warsz. Cz. Lek. art.¹⁾, w którym dochodzi do wniosku, "że dotychczasowy system prowadzenia Kas Chorych pociąga za sobą zgubne skutki dla szpitalnictwa publicznego oraz dla aptek publicznych, głównie w miastach mniejszych, a dla stanu lekarskiego wogóle" (str. 251).

A dalej czytamy: "Kasy Chorych winny być poddane ogólnopństwowemu zwierzchnictwu fachowemu, jak w Anglii, gdzie opieka sanitarno-lecznicza nad ubezpieczonymi, zarówno jak nad nieubezpieczonymi, jest kierowana przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego" (str. 252).

Teza i wniosek autora wymagają dokładnego omówienia, choćby z tego powodu, iż są one odgłosem tych walk, jakie toczą się o Kasy Chorych od czasu wejścia w życie naszej ustawy.

Pominiemy w naszych rozważaniach kwestję czysto prawną-formalną „zwierzchnictwa“, o której mówi autor. Nie jest to tylko spór o słowo, wyraża się w nim faktyczny stosunek najrozmaitszych czynników do instytucji samorządowych w kraju naszym, do Kas Chorych w szczególności. Ograniczymy się do omówienia czysto rzeczowej strony rozważań artykułu.

Owe zgubne skutki wynikać mają z brzmienia art. 43 naszej ustawy, w myśl którego Kasy opłacają za swych chorych tylko 50% najniższej taksy szpitalnej. Art. 43 sprawił, iż „Kasy Chorych działają w wysokiej mierze destrukcyjnie (podkreślenie nasze — przyp. aut.) na szpitalnictwo krajowe“ (str. 247). Także art. 44 naszej ustawy, zezwalający Kasom na zakładanie własnych aptek, jest również szkodliwy z powodów, które podaliśmy powyżej.

Tezy te stara się dr. S. przynajmniej umotywić argumentami, zapewne w jego mniemaniu słusznymi, natomiast nie zostały, niestety, umotywowane inne wnioski. Do takich należy twierdzenie, iż Kasy Chorych pociągają groźne skutki „dla stanu lekarskiego wogóle“. Może ta metoda, o ile chodzi o groźne skutki dla „stanu lekarskiego wogóle“, jest słuszna? Wystarczy przecież przejrzeć którekolwiek pismo lekarskie, a ostatecznie usłyszymy to samo.

Również tak kapitalne zagadnienie, jak oddanie nadzoru nad Kasami Generalnej Dyr. Służby Zdrowia, nie zostało dokładnie omówione, albowiem twierdzenie, iż „bezwątpienia racjonalnie postąpiła Anglia, przekazując sprawy ubezpieczeń społecznych Ministerstwu Zdrowia Publicznego“, jest, naszym zdaniem, raczej pochwałą angielskiej racji stanu, a nie argumentem za racją polską.

Rozważmy argumenty dr. Sęczyca.

Autor stwierdza, iż 50%-owe obniżenie taksy szpitalnej dla chorych kasowych powoduje, iż związki samorządowe, „chcąc straty, stąd powstające, choć w części powetować... podnoszą taksy szpitalne niepomierne, utrudniając tem mniej zamożnym, nie należącym do Kas Chorych osobom korzystanie ze szpitali powszechnych, które ostatecznie tracą charakter zakładów użyteczności publicznej“ (str. 247). Bezsprzecznie argument bardzo poważny. Niestety, autor nie podał nam bliższych szczegółów, czy podniesienie przez samorządy taksy szpitalnej jest bezpośrednim wynikiem treści art. 43 naszej ustawy. Brak nam w ogół-

ności (nie podał ich także autor) wszelkich materiałów cyfrowych, świadczących, iż istnieje związek przyczynowy między art. 43 a podniesieniem taksy szpitalnej. Gener. Dyr. Sł. Zdrowia, do której zakresu działania należy nadzór nad szpitalnictwem, nawet nie usiłowała dotychczas zająć się tak ważnym zagadnieniem, jakim jest gospodarcza strona naszego szpitalnictwa publicznego. Ze sprawozdania Gener. Dyr. Sł. Zdr. za rok 1923 dowiadujemy się jedynie kilku szczegółów statystycznych, dotyczących szpitali, łóżek szpitalnych (str. 107 i następne) i t. d. Wspomniane zaś przez nas zagadnienie dla Gener. Dyr. Służby Zdrowia wogóle nie istnieje. Jakby na ironję, sprawę taksy szpitalnej, względnie jej podwyższenia w szpitalach prywatnych, zajął się w maju b. r. w Łodzi (na wniosek Kas Chorych)... Urząd walki z lichwą. A jest to przecież problem pierwszorzędnej wagi. Znając działalność naszych samorządów, możemy przypuszczać, że gospodarka szpitalna nie stoi — mówiąc ogólnie — na zbyt wysokim poziomie. Nie wiemy, ile wynosi koszt utrzymania chorych, ich leczenia, koszt służby lekarskiej, i t. d., słowem, kalkulacja taksy szpitalnej jest pewnego rodzaju tajemnicą urzędową. Dopiero po zbadaniu, niezmiernie zresztą możnolnem, gospodarki naszych szpitali, możnaby było postawić tak śmiało twierdzenie, jakoby Kasy Chorych działały destrukcyjnie na rozwój naszego szpitalnictwa. Brak oficjalnych danych uniemożliwia nam udowodnienie, jak różne są wyniki gospodarki szpitalnej na terenie całego państwa, wystarczy jednak stwierdzenie, iż np. najniższa taksa szpitalna w szpitalach m. Łodzi wynosi dziennie 3,11 do 3,55 zł. natomiast w szpitalach m. Warszawy 8 zł. 50 gr.¹⁾. Jako przykład wybraliśmy świadomie dwa największe miasta Rzeczypospolitej; a znana jest rzecz, że szpitale w Małopolsce i Wielkopolsce są znacznie tańsze. Wobec tak poważnych różnic w ustalaniu taksy szpitalnej zarzut dr. Sęczyca, jakoby art. 43 naszej ustawy o Kasach Chorych działał destrukcyjnie na rozwój szpitalnictwa publicznego w kraju naszym, jest gołosłowny.

Zdaniem Szanownego autora Kasy nasze, korzystając z ulg art. 43, nie budują szpitali, posiadają one bowiem znikomą liczbę szpitali, załedwie na 500 łóżek²⁾. Wniosek wobec powyższych twierdzeń bardzo prosty — niechaj Kasy budują szpitale. — Pan dr. Sęczyca podjął się bardzo możolnej pracy i obliczył, ile Kasy powinny wybudować szpitali, ile powinny mieć łóżek i ileby to kosztowało. Ogółem wydatek ten (licząc i koszty budowy sanatorjów dla chorych gruźliczych) wynosiłby, zdaniem autora 92,7 milionów złotych. Jest to kwota przewyższająca zbiór składek Kas Chorych w Polsce za rok 1924 (wynosiła ona bez Górnego Śląska 82,3 milionów złotych). Żądanie, by Kasy mogły z własnych dochodów, nie mając możliwości dokonywania żadnych operacji kredytowych, choćby w najskromniejszych rozmiarach, wydać tak poważną kwotę, jest utopją, nie liczącą się z realnymi warunkami gospodarczymi, w jakich żyjemy od 8 lat. Nawet Sejm Ustawodawczy, zdając sobie sprawę, iż Kasy nasze nie będą mogły z własnych funduszy rozpocząć na wielką skalę akcji budowy szpitali, uchwalił dnia 19 maja 1920 r. rezolucję, wzywającą Rząd do udzielenia Kasom pożyczki na budowę szpitali. Nasze Kasy mają wydać zgórą 90 milionów złotych na budowę szpitali, jednak nikt dotychczas nie obliczył, ile wydała cała Rzeczypospolita od roku 1918 na cele budownictwa szpitalnego, nie licząc, oczywiście, funduszy zagranicznych, uzyskanych z Ameryki lub z Ligi Narodów. Przecież konieczność uzyskania pomocy zagranicznej na zwalczanie epidemii w latach 1918 — 22, a więc na akcję doraźną uzasadnianą brakiem własnych funduszy, a dr. Sęczyca żąda, by tego rodzaju akcję o charakterze ogólnopństwowym, jak budowa szpitali dla chorych kasowych, Kasy przeprowadzały z własnych funduszy.

*) Artykuł niniejszy podajemy w imię zasady: audiatur et altera pars. (Red.).

1) Kasy Chorych w stosunku do służby zdrowia komunalnej i rządowej oraz do lecznictwa ogólnego. Nr. 5, 1926 str. 246 i nast.

1) Taryfa warszawska ma być wkrótce podwyższona.

2) Liczba ta jest nieściśła, albowiem Kasy nasze posiadały w r. 1924 (bez G. Śląska) ogółem 1245 łóżek. (P. Przewodnik po I wystawie K. Ch. w Polsce str. 47 i 48).

W konkluzji dochodzi autor do przekonania, iż Kasy Chorych mogłyby budować z własnych funduszy, albowiem posiadają "wydatne dochody i poważne nadwyżki bilansowe". Pojęcie "wydatnych dochodów" jest oczywiście bardzo względne; albowiem Kasy posiadają również "wydatne rozchody". Kasy są instytucjami prawnopublicznymi, znaczna część ich wydatków unormowana jest ustawą, zaś inne są nieodzwolne dla sprawnej ich działalności. A pozatem ani teoria, ani praktyka skarbowości instytucji prawnopublicznych nie zna wypadku, by koszt inwestycji (szpitale), z których mają korzystać także przyszłe pokolenia, był pokrywany z bieżących dochodów. Odbyma się to zazwyczaj w drodze operacji kredytowych długoterminowych, a kredytu takiego, jak wiadomo, niema u nas w kraju.

Kasy posiadają — twierdzi p. dr. Sęczyński — nadwyżki bilansowe, a mianowicie w roku 1924:

Kasa Chorych:	W % od dochodu:	
m. Warszawy	2.881.594 zł.	15.32
m. Krakowa	966.289 "	31.84
m. Lwowa	646.150 "	22.00

Zaś w roku 1923 (w artykule na str. 250 wydrukowano mylnie "1924") nadwyżki bilansowe były znacznie wyższe, albowiem dochodziły do 70% dochodów. Były to oczywiście nadwyżki markowe, a więc fikcyjne, bez wartości realnej, za które nie można było budować szpitali.

Rok 1924 był już rokiem waluty stałej i rokiem dla Kas wyjątkowym. Na podstawie znanej ustawy waloryzacyjnej, przewalutowano w Kasach zaległe składki z roku 1923. Ustawa ta dała Kasom jednorazową nadwyżkę, której nie można uważać za dochód stały.

Dr. Sęczyński nie zjadał, niestety, innych pozycji bilansów kasowych. Wszystkie Kasy w Polsce posiadają ogromne zaległości składek, które niejednokrotnie przewyższają nadwyżkę bilansową, tak, iż Kasy wolnej gotówki nie posiadają, albowiem jest to nadwyżka czysto buchalteryjna. Znana jest rzeczą, że opieszałość, a niejednokrotnie sabotaż danin prawnopublicznych uchodzi w sferach płatników za pewnego rodzaju "cnotę narodową", a Kasy cierpią na tem najwięcej, wobec wrogiego stosunku przedsiębiorców do nich.

Zaległości składek wspomnianych Kas wynosiły w roku 1924:

Warszawa	2.919.172 zł.
Lwów	771.081 zł.
Kraków	554.442 zł.

Technika opłacania składek powoduje, iż Kasa musi mieć zaległość co najmniej miesięczną (t. j. 12%); albowiem pracodawcy płacą składki zdołu. Wobec tego nawet w czasach normalnych część nadwyżki kasowej będzie unieruchomiona w formie zaległości składek.

W roku 1925 sytuacja finansowa Kas pogorszyła się znacznie, niektóre z nich nie tylko nie wykazują nadwyżek bilansowych, lecz niedobór:

Kasa Chorych:	Zaległości składek:	Niedobór:
m. Warszawy	5.219.078 zł.	—
m. Krakowa	918.198 "	18.230 zł.
m. Lwowa	1.164.249 "	208.273 "

Warszawa nie wykazuje niedoboru jedynie z powodu odmiennego (od innych Kas) sposobu amortyzacji.

Prowizoryczne obliczenia wszystkich Kas za okres 10—11 miesięcy roku 1925 wykazują, że naogół Kasy posiadają albo niedobór, albo minimalną nadwyżkę bilansową, za którą nie można było budować szpitali, gdyby kwoty te były nawet płynne. Sytuacja finansowa Kas jest zbyt poważna, by można było myśleć w tej chwili o tak wielkich inwestycjach. Nieliczne próby w tej dziedzinie są jakby na ironję przedmiotem narzekań na "luksusowe inwestycje" naszych Kas Chorych.

Dr. Sęczyński skarży się, iż "w zakresie zapobiegania przewlekłym chorobom zakaźnym, działalność Kas Chorych dotychczas nie była wydatna" (str. 248), i przeciwstawia aż nazbyt skromny, w dziedzinie walki z gruźlicą, dorobek naszych Kas działalności Kas niemieckich. Ma rację, Kasy nasze niewiele na tem polu zdziałały, a nadto dodamy od

siebie, tak samo jest w Niemczech¹⁾, albowiem czynią to nie Kasy Chorych, lecz zakłady ubezpieczenia inwalidzkiego. I zupełnie słusznie, albowiem gruźlica jest chorobą chroniczną, której leczenie winno należeć do zakresu działania ubezpieczenia inwalidzkiego. My zaś nie posiadamy ubezpieczenia tego w 2/3 Państwa; t. j. w b. dzielnicy austriackiej i rosyjskiej. Skromne wysiłki naszych Kas w tej dziedzinie powiatu należy jako czynnik dodatni, a nie kuć argumenty przeciw działalności leczniczej tych instytucji.

Niemcy zdają sobie dokładnie z tego sprawę, iż zwalczanie gruźlicy należy do zakresu działania ubezpieczeń inwalidzkich, a nie chorobowych. Już w roku 1912 dr. Ritter (lekarz) w referacie p. t. "Zwalczanie gruźlicy przez ubezpieczenia społeczne", wygłoszonym dn. 14 lipca 1912 roku na zebraniu walnem "Centralnego Komitetu Niemieckiego dla zwalczania gruźlicy", stwierdziwszy wielką rolę ubezpieczenia inwalidzkiego w zwalczaniu gruźlicy powiedział: "Także i Kasy Chorych biorą poważny udział w zwalczaniu gruźlicy, jakkolwiek nie w tych rozmiarach, jak ubezpieczalnie (Versicherungsanstalten)²⁾, gdyż akcja ta nie odnosi się do celów ubezpieczenia chorobowego. Znaczenie Kas Chorych polega na tem, iż umożliwiają każdemu bezpłatne zbadanie na gruźlicę; by odpowiednio wcześniej mógł skorzystać z pomocy ubezpieczalni³⁾. Cyfry z działalności ubezpieczalni niemieckich świadczą o słuszności powyższego twierdzenia. Według półrocznego "Handbuch der Reichsversicherung 1925/26" (str. 159) ubezpieczalnie niemieckie leczyły ogółem osób:

	W roku 1913:	1922 r.:
	153.636	249.926 osób
Z tego na wszystkie formy gruźlicy	105.945	85.410 "
Choroby weneryczne	405	72.273 "
Protezy zębów	49.500	122.693 "

Jest rzeczą charakterystyczną niebywały zupełnie wzrost osób, leczonych na choroby weneryczne w roku 1922. Powodem tego jest fakt, iż akcję leczenia chorób wenerycznych na szeroką skalę rozpoczęto faktycznie dopiero w roku 1916. Od tego czasu uznano choroby weneryczne za choroby chroniczne. Natomiast u nas, w braku ubezpieczenia inwalidzkiego, olbrzymie masy weneryków i gruźlików obciążają budżety ubezpieczenia chorobowego.

Koszty leczenia inwalidzkiego wynosiły w Niemczech w roku 1924 — 27.9 miljonów marek niem. Ubezpieczalnie posiadały w roku 1922 ogółem 107 sanatoriów o 12.434 łóżkach na 13.6 miljonów ubezpieczonych (patrz "Handbuch" str. 144) po 25 latach działalności na tem polu. Akcję budowy sanatoriów rozpoczęto w roku 1897 i to w państwie, które aż do roku 1914 należało do najszybciej rozwijających się na świecie pod względem gospodarczym. Pan dr. Sęczyński żąda, by nasze biedne młode Kasy, mające zaledwie 1.6 miljonów członków, istniejące od pięciu lat, w Państwie gnębionem naprzód inflacją, a później przewlekłym kryzysem gospodarczym, wybudowały co najmniej 9 sanatoriów na 1.500 łóżek kosztem 17 miljonów złotych (str. 248). Istota zagadnienia polega przecież nie na układaniu programu sub specie aeternitatis, lecz na dostosowaniu go do realnych możliwości.

W konkluzji przeciwstawia autor gospodarce naszych Kas, Kasom zagranicznym i podaje kilka przykładów. Np. składka członkowska wynosi w Niemczech 4,5% przeciętnego zarobku dziennego, a u nas 6,5%. Różnica poważna. Autor zapomina, że Kasy niemieckie korzystają niezmiernie często z prawa podwyższania składek, przystępującego im

1) Tylko 3 Kasy ogólnomiejskowe (na 986) posiadały w r. 1925 sanatoria, a 79 domy dla rekonwalescentów, Kasy inne, znacznie gorzej urządzone, nie mogą się pochwalić nawet tak skromnym dorobkiem (P. Deutsche Krankenkasse Nr. 25/1926 str. 526). Na cele lecznicze przekazały Kasy ubezpieczalniom — 2 milj. mk. niem. Suma ta wobec 400 miljonowego zbioru składek — jest znikoma.

2) Tak nazywają się w Niemczech organizacje ubezpieczenia inwalidzkiego.

3) Cytowane według "Bericht des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen f. das Geschäftsjahr 1912/13" strona 160.

w myśl § 384 i nast. niem. R. V. O. Dnia 1 stycznia 1925 r. zaledwie 32,74% Kas ogólnie—miejscowych, mających 16,35% członków, miało składkę wynoszącą poniżej 5%, reszta wyższą, dochodzącą do 10% (patrz "Handbuch" f. das Jahr 1924 str. 128). Również twierdzenie, że "pracodawcy dobrowolnie uczestniczą w tej podwyżce" składek (str. 249) jest nieścisłe; albowiem władze Kas, składające się w 2/3 z przedstawicieli ubezpieczonych, a w 1/3 z przedstawicieli pracodawców, uchwalają podwyżki zwykłą większością głosów. Dr. S. twierdzi, iż do ustawowych świadczeń niemieckich Kas Chorych należy "udzielanie niezbędnych środków odżywczych, jako to mleka, masła, jaj, mięsa i t.d., o ile one przepisane zostały przez lekarza" (str. 242). Twierdzenie to polega zapewne na nieporozumieniu, albowiem ustawa niemiecka (§ 182a) mówi o lekarstwach, środkach leczniczych i wzmacniających ("Stärkungsmittel"), ani jedna z pośród tysięcy istniejących Kas nie udziela wspomnianych przez dr. S. świadczeń. Również akcja „budowy domków robotniczych” nie należy do zakresu działania Kas Chorych, lecz ubezpieczeń długoterminowych, albowiem fundusz zapasowy Kas Chorych jest zbyt mały i do innych musi służyć celów. Czyni to zresztą także nasza ubezpieczalnia w Poznaniu, udzielając pożyczek społecznym lub samorządowym organizacjom budowy domów.

Nasze Kasy Chorych, mając w myśl art. 44 prawo zakładania własnych aptek, doprowadzając, zdaniem autora, w mniejszych miastach do ruiny apteki prywatne, pozbawiając je kupujących, którzy otrzymują lekarstwa z aptek kasowych. Czy stan jest rzeczywiście groźny? W roku 1924 mieliśmy w R. P. (bez Górnego Śląska) 175 Kas i 119 aptek (patrz "Przewodnik po I Wystawie K. Ch. w Polsce str. 27 i 48). Przez „aptekę rozumie się oczywiście aptekę oddziałową, t. zn. jedną Kasę może mieć kilka aptek. Np. Kasa Chorych m. Warszawy miała 7 aptek; K. Ch. powiatu Będzińskiego w Sosnowcu — 19 aptek, K. Ch. m. Łodzi — 6 aptek i t. d. Ogółem zaledwie 23 Kas posiadało własne apteki (patrz sprawozdanie Gener. Dyr. Śl. Zdr. za rok 1923 str. 146). Inne Kasy nie otwierały aptek nie dlatego, by nie tamować "inicjatywy prywatnej", lecz im się to nie opłacało. Kasa, mająca mniej niż 5 — 6 tysięcy ubezpieczonych, nigdy nie otwiera apteki. A takie Kasy istnieją tylko w miastach co najmniej 20 tysięcznych. Obawy dr. Sęczyca, że zginą apteki prywatne, a ludność nieubezpieczona nie będzie mogła kupować lekarstw, są płonne. Zakładanie własnych aptek przez Kasy jest objawem zdrowym, skoro zaś się zdarzy, co kwestionujemy, iż kilka z nich upadnie, będzie to dowodem, iż nastąpił surogat dobór naturalny, dostosowanie rynku do faktycznych potrzeb.

A poza tem fakt ten przyczynić się może do umiastowienia lub upaństwowienia aptek. Profesor Grotjahn¹⁾ powiada:

"Przedsiębiorstwo apteczne nadaje się w dużej mierze do upaństwowienia, lub jeszcze lepiej do umiastowienia, zwłaszcza, że apteki przestają być w czasach najnowszych warsztatami wytwórczymi, a stają się aparatem rozdzielczym leków. Wzorową działalność rozwija w tym kierunku Hesja, gdzie koncesję otrzymują przeważnie gminy. Założono tam już 13 aptek gminnych, z którymi poczyniono dobre doświadczenia".

Argument o upadku aptek jest poza tem niezmiernie charakterystyczny. Sejm uchwała ustawę, której znaczenia nikt nie kwestionuje. Przypuśćmy nawet, iż kilka aptek zamknięto (autor cyfr nam nie podał). Natychmiast wybuchłoby t. zw. ogólne oburzenie, a wówczas idzie się po linii najmniejszego oporu: zakazać otwierania aptek Kasom małym, to jest najsłabszym. Z jednej strony powszechne narzekania, że "Kasy są zbyt drogie", a z drugiej strony tendencja do odbierania im uprawnień, które są poważnym środkiem do obniżania wydatków Kas. Powstaje dylemat bez wyjścia — nie rozwiązał go także dr. Sęczyca.

Ostatnim postulatem autora jest przekazanie nadzoru nad Kasami Generalnej Dyr. Śl. Zdrowia. Argumenty jego są następujące: Działalność lecznicza kosztuje Kasy zgorą 50%, ona więc dominuje w Kasach, a poza tem tak jest w Anglii. Gdybyśmy kompetencje władz państwowych okre-

ślali w procentach, to w ten sposób rozumując, doszlibyśmy do przekonania, iż sprawami wojska powinno się zajmować Ministerstwo Spraw Zagranicznych, albowiem wojsko jest wykładnikiem siły Państwa w jego polityce zagranicznej, a siła ostatecznie decyduje w dzisiejszym ustroju kapitalistycznym powiedzmy także w 50%. A jednak takiego żądania przecież nikt nie postawił. Na argument "jak w Anglii" odpowiedź łatwa: Anglia jest jedynym państwem, gdzie ubezpieczenia społeczne są pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia, poza tem w całej Europie podlegają one Ministerstwu Pracy. Dla nas nie ten jednak moment jest argumentem decydującym.

Na pozór wydawałoby się mogło, że żądanie to, pomijając oczywiście argumentację 50%, jest słuszne. Lekarz jest czynnikiem decydującym; zasiłki są detalem, ostatecznie mogłyby je wypłacać Kasy Skarbowe lub miejskie. W rzeczywistości sprawa przedstawia się zupełnie inaczej. Kasy Chorych są na całym świecie politycznie bardzo wysokiej klasy. Wystarczy przerzucić prasę codzienną wszystkich kierunków, a przekonamy się, że to twierdzenie nie jest przesadą. Walka o Kasy i przeciw Kasom, którą obserwujemy na łamach prasy, jest odbiciem stanu faktycznego, t. j. walki, toczącej się między kapitałem a pracą. Ubezpieczenia społeczne są zużyciem części płacy robotczej w instytucjach społecznych o charakterze prawnopublicznym, zorganizowanych na zasadach samopomocy (wyrównania ryzyka). Składka ubezpieczeniowa jest podwyższeniem płacy robotczej, którą to podwyżkę przeznacza się w naszym wypadku na walkę z chorobą i jej ujemnymi skutkami. Im mniej będziemy mieli ubezpieczeń społecznych, tembardziej będzie ta płaca wzrastała. Dowodem choćby Stany Zjednoczone A. P., gdzie niema ubezpieczeń społecznych, wobec czego płace robotcze muszą być wyższe, mimo iż związki zawodowe nawet mierzyć się nie mogą pod względem siły i zawartości organizacyjnej ze związkami niemieckimi. nie mówiąc już o angielskich. Choćbyśmy nie wiem ile argumentów nagromadzili, iż Kasy są przedewszystkiem instytucją leczniczą, ich społeczny charakter nie da się zataić. Nie jest to bynajmniej owa zmoła "partyjnicztwa", o której się u nas tyle pisze w ostatnich czasach, lecz żywy i naturalny odgłos tego wszystkiego, co przeżywamy wokoło nas. Walki tej nie unikniemy nawet wówczas, gdy zatknijemy nad Kasą sztandar neutralności instytucji leczniczej. Wobec tego, czyż nie jest rzeczą zrozumiałą, iż władza nadzorczą jest Ministerstwo Pracy, do którego zakresu działania należy normowanie stosunku prawnego między kapitałem a pracą?

Organizacje lekarskie domagają się oddania nadzoru nad Kasami Chorych Generalnej Dyrekcji Śl. Zdrowia. Nigdy natomiast nie słyszymy, by domagały się rozwoju innych gałęzi ubezpieczeń społecznych lub też nadzoru nad nimi. Ubezpieczenia chorobowe są bez ubezpieczeń inwalidzkich dziełem nieskończonym, lekarze zdają sobie z tego zapewne sprawę, a mimo to cicho o tem w organizacjach lekarskich. W tej sprawie nikt głosu nie zabiera. Nie słyszymy również głosów w kraju, sprzeciwiających się oddaniu Ministerstwu Pracy nadzoru nad opieką społeczną. A przecież rozchodzi się w tym wypadku o troskę nad niemowlęciem i matką ciężarną, a więc zagadnienie, bardzo blisko obchodzące lekarza. Skądże więc nagle tak wielka troskliwość organizacji lekarskich o Kasy Chorych?

Pan dr. Sęczyca mimowoli przejął się argumentami skrajnych organizacji lekarskich, które, widząc w Kasach przyczynę swego obecnego smutnego położenia materialnego. sądzą, że ono się poprawi, gdy Kasami zajmie się Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, która nawet nie wykorzystuje swych uprawnień w granicach art. 97 do 99 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. Kasy nasze przeżywają strajki lekarzy. Zdarza się niezmiernie rzadko, by Generalna Dyrekcja ofiarowała się jako medjator, czyniąc to nieco częściej inspektorowie sanitarni w województwach, których powaga jest, oczywiście, mniejsza. Charakterystyczne jest jednak to, że ani lekarze, ani Kasy nie zwracają się w tych sprawach do Generalnej Dyrekcji, zdając sobie sprawę, że załatwienie jej nastąpi gdzieindziej. Zajmują się tem nawet wojewodowie (Łódź), którzy ustawowo w sprawach Kas nie mają żadnej kompetencji.

Oddanie nadzoru nad Kasami Generalnej Dyr. pozbawiłoby Kasy władzy nadzorczej (o ile ona już koniecznie

1) Alfred Grotjahn: Soziale Pathologie str. 442 wydanie III-cie.

istnieć musi!), albowiem Generalna Dyrekcja nie umiałaby sobie poprostu poradzić z tak skomplikowaną organizacją społeczno-polityczną, jaką jest Kasa. Nie byłoby to, oczywiście, winą jej urzędników, powody są znacznie głębsze, — społeczny charakter ubezpieczenia chorobowego.

W zapoznaniu tego charakteru Kas, w pogardliwym nazywaniu "pozostałych czynności" Kas (poza lecznictwem) czynnościami "buchalteryjno-manipulacyjnymi" leży zasadniczy błąd Szanownego autora, którego sprostowanie było głównym celem naszych uwag.

Związek Lekarsko-Społeczny w Krakowie. wobec walki z Kasami Chorych.

Niektóre warstwy społeczne oraz pewne oficjalne czynniki lekarskie usiłują ograniczyć zakres ubezpieczeń społecznych zwłaszcza Kas Chorych. Wobec tego Związek Lekarsko-Społeczny w Krakowie uważa za swój obowiązek zająć w tej sprawie niedwuznaczne stanowisko.

I. Kasy Chorych mogą wprost lub pośrednio podnieść wydajność pracy części wytwórczej społeczeństwa tylko pod warunkiem bezwzględnego przestrzegania zasady powszechności i przymusu ubezpieczenia oraz terytorjalności i samorządu Kas.

Ubezpieczenie na wypadek choroby powinno być powszechne, t. zn. powinno obejmować wszystkie kategorie pracowników, kategorie ekonomicznie słabe i zupełnie bezbronne w razie najmniejszej nienormalności, jaka zająć może w ich życiu.

Warstwy te mają prawo żądać ochrony i zabezpieczenia przed wszelkiem ryzykiem, związanym z utratą zdolności zarobkowania.

Państwo ma obowiązek (nietylko na cierpliwym popierze konstytucji) tym żądanom uczynić zadość.

Wydatna akcja Kas niepowszechnych n. p. w okresie epidemii lub innej klęski społecznej jest nie do pomyślenia.

Podstawą powszechności jest przymus ubezpieczenia, gdyż ubezpieczenia, nie oparte na przymusie, nigdzie nie są i nie były w stanie objąć nawet drobnej części robotników. Ubezpieczenia dobrowolne, zaprowadzone początkowo w Niemczech, Austrii i innych państwach, zawiodły na całej linii. Psychiką bowiem ludzi, żyjących z dnia na dzień tylko z własnej pracy, nie była i nie może być jeszcze nastawiona na przewidywanie nadzwyczajnych choć częstych wydarzeń, na niezrozumiałą dla nich solidarność asekuracyjną; dobrowolna asekuracja jednostkowa jest dla nich tembardziej niedostępna, iż kosztą jej nie są brane w rachubę przy ustalaniu płacy robotniczej.

Z pośród przymusowych i powszechnych organizacji, jedynie typ Kasy terytorjalnej obejmuje liczbę ludzi dość wielką, aby w przeciwieństwie do drobnych Kas fabrycznych, rzemieślniczych itp. mógł rozporządzać dostatecznymi funduszami, które pozwalają powiększać wysokość świadczeń, a, co najważniejsze, udoskonalać ich jakość, w pierwszym rzędzie lecznictwo. Ten właśnie typ tak świetnie sprzyja w Niemczech, Austrii, Angli i u nas szerokiemu rozpowszechnianiu się lecznictwa w masach.

Należyty wgląd w sposób użycia funduszy i przeznaczenia ich na cele najważniejsze zapewnia jedynie zasada samorządu Kas, zasada autonomii władz, wybranych przez ogół ubezpieczonych. Jest ona zresztą odpowiednikiem współczesnej umysłowości człowieka pracy, pragnącego zdala od wszelkiej dobroczynności, zorganizowanej i niezorganizowanej, zachować poczucie godności obywatela i świadomość własnej wartości społecznej.

II. Jest rzeczą jasną, że lekarzom w Kasach przypada najważniejsza rola w organizowaniu pomocy lekarskiej.

Pod pojęcie organizacji lecznictwa powinno podpadać stworzenie najsprawniejszej pomocy lekarskiej, nie zaś troska o rozszerzenie w pierwszym rzędzie podstaw własnego bytu materialnego lekarzy (troska, której zodołuczynienie uważamy zresztą za rzecz wielkiej wagi).

Lekarze Kasy są powołani do zmniejszania rozmiaru klęsk, na które na każdym kroku są narażeni ludzie pracy.

Mogą i powinni oni stać się lekarzami zaufania Kas, stanąć się zaś nimi tylko pod warunkiem współdziałania w rozbudowie i doskonaleniu tych instytucji w kierunku istotnego zawarowania pomocy gospodarczo słabym, lecz w wytwórczości państwa przodującym masom. Jedynie w tych warunkach jest możliwa tak pożądana harmonia między zarządami Kas a lekarzami.

Niestety, krytyka pewnego odłamu lekarzy sięga z zasadniczych podstaw ustroju Kas. Żądają oni ograniczenia przymusowości i powszechności oraz zniesienia terytorjalności Kas Chorych przez wprowadzenie Kas komunalnych, fabrycznych, brackich itp. p. oraz przez wyłączenie z ubezpieczenia pewnych kategorii pracowników.

W tem żądaniu prześcigają się oni z organizacjami przemysłowców.

Pod płaszczykiem walki z symulacją żądają ograniczeń w korzystaniu z pomocy lekarskiej w drodze nakładania na chorych specjalnych podatków. Pod pozorem walki z wadliwą i kosztowną administracją ostro występują przeciw samorządowi Kas. Nieobarczeni odpowiedzialnością za gospodarkę całości instytucji, a osobiście w niej zainteresowani narzucają się im za opiekunów, narzucić im chcą drogi i niepoddający się kontroli system nieograniczonego wolnego wyboru lekarzy z placą jednostkową. Szermując na każdym kroku hasłem nieograniczonego wolnego wyboru, mają za złe, że ustawa zabezpiecza zarządom Kas prawa wybierania dla członków lekarzy, których uważają za godnych zaufania. Inne pomniejsze postulaty, łatwiejsze do urzeczywistnienia, mają być według programu tego obozu „wstępem do zmian dalszych niemożliwych do osiągnięcia przed realizacją tych postulatów“. Zarząd zaś Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w memorjałe swym wyraźnie już podnosi, że „nie da się osiągnąć istotnej naprawy przez wprowadzenie do statutu (Kasy) zmian drugorzędnych“.

W ten oto sposób obóz lekarzy, który upatruje w Kasach swego śmiertelnego wroga i dąży wraz z pracodawcami do uszczuplenia zakresu działania Kas, opóźnia i utrudnia dyktowane przez rozum i życie porozumienie Kas z lekarzami.

III. Z drugiej strony w atmosferze nieufności i narzuconej Kasom walki zarządy Kas również nie powinny ani na chwilę tracić miary sprawiedliwości i bezstronności. Winny one przedewszystkiem okazywać należyte zrozumienie doniosłości tych zadań, jakie spoczywają na barkach lekarza kasowego. Zarządy Kas winny zapewnić lekarzom, stojącym niezłomnie na gruncie rozbudowy ubezpieczeń społecznych, należyty wpływ na sprawy z lecznictwem związane, unikać obciążenia lekarzy nadmierną pracą i dopuszczać do Kas nowe zastępy lekarzy z korzyścią dla chorych, a bez domniemanego finansowego uszczerbku dla Kasy. Nie wolno zarządom lekko-myślnie zamykać oczu na znaczne zubożenie stanu lekarskiego oraz specjalnie wyróżniać i traktować lekarzy jako element z natury najodporniejszy na wszelkie redukcje i niedotrzymywanie przyjętych wobec nich zobowiązań.

W dziedzinie nieporozumień osobistych, nieuniknionych w tak wielkich instytucjach, jakimi są Kasy, muszą zarządy okazywać wytrwałą dążność do łagodzenia i sprządzania tarć do właściwych rozmiarów oraz nie powinny się dziwić, jeśli niesłuszne pokrzywdzenie lekarza spotyka się z objawami solidarności ze strony jego kolegów.

IV. Istotne wady Kas Chorych, zrozumiałe zresztą w ogólnie przeżywanym obecnie przesileniu gospodarczym, dałyby się w przyszłości usunąć nie przez szkodliwe dla ludzi pracujących wężenie zakresu ich działania, lecz przez korzystne dla mas spotęgowanie i pogłębienie rozbudowy tych instytucji.

Faktyczne rozszerzanie działania Kas Chorych na całą bez wyjątku ludność pozostającą w stosunku najmu, a więc i na robotników rolnych i miejskich, jest naczyniem elementarnej sprawiedliwości. Wprowadzenie ubezpieczeń od niedożywienia i starości, rozwój należyty ubezpieczeń od bezrobocia znacznie odciąży Kasy Chorych, pracę zaś lekarzy uwolni od szeregu pobocznych momentów, często mających bezpośredni stosunek chorego do lekarza i odwrotnie. Zcalenie wreszcie wszystkich postaci ubezpieczeń społecznych w jeden gmach ubezpieczeniowy, stworzenie własnego sądownictwa ubez-

pieczeniowego, zaprowadzenie wypróbowanych form kontroli w celu bezwzględnej tępienia nadużyć zmniejszą ogromnie kosztą administracji, liczbę zaś i jakość świadczeń spotęguje.

V. W ten sposób pojęcie urzędnika ubezpieczeń społecznych już się staje i staną się w przyszłości potężnym aparatem lecznictwa masowego, aparatem, powołującym do pracy coraz większe rzesze lekarzy, aparatem, szerzącym w masach kulturę leczniczą w rozmiarach dotąd nieosiągalnych oraz budzącym silny wzrost zainteresowania się niedostępnymi do niedawna metodami badania i leczenia. Uparcie urabianym poglądom, jakoby Kasy Chorych spowodowały upadek lecznictwa, zadaje kłam bogate doświadczenie Niemiec i Austrii z ich gęstą siecią sanatoriów, poradni i warsztatów naukowych, z ich wartościową statystyką lekarską. Wszak i u nas Kasy, regulując partactwo, zatrudniają już 30% lekarzy, obejmując zaledwie 15% ogółu ludności.

Jakkolwiek uprzystępnienie lecznictwa szerokim masom nie rozwiązuje kryzysu materialnego ogółu lekarzy, to jednak nie zwraca się przeciwko materialnym i moralnym interesom stanu lekarskiego. Powstrzymuje ono jedynie rozwój tych form lecznictwa (lecznictwo prywatne i filantropijne), które nigdy dotąd nie mogły i nie mogą sprostać piekającej potrzebie leczenia ludzkości w skali masowej.

Źródła upadku stanu lekarskiego nie powinniśmy upatrywać w Kasach Chorych, tak, jak nie możemy go szukać w ambulatoriach szpitali i klinik.

Przyczyna złego stanu materialnego lekarzy tkwi obok kumulacji posiad i urbanizacji lekarzy w znacznie zmniejszonym zapotrzebowaniu prywatnej pomocy lekarskiej (nawet na wsi, gdzie Kasy są jeszcze nieczynne), tkwi więc w ogólnym zubożeniu społeczeństwa. Jest to właśnie ta sama przyczyna, która w Europie zrodziła hasło powołania do życia ubezpieczeń społecznych. Wzrastający stopień nadużywania pomocy lekarskiej w Kasach przez osoby, nieuprawnione do korzystania z Kas, dowodzi, że dzisiejsze ustawodawstwo zakreśliło w pewnym kierunku zbyt ciasne ramy ubezpieczeń.

Nie można również upatrywać w działalności Kas Chorych źródła obniżenia autorytetu moralnego stanu lekarskiego. Ogół lekarzy sam ponosi winę tego, ponieważ wyrzeka się na rzecz interesów wyłącznie zawodowych udziału w akcjach społeczno-ideowych ludu pracującego.

Nisko, niestety, szacowany autorytet moralny lekarza niezawodnie wzrośnie z chwilą, gdy społeczeństwo zobaczy, że stan lekarski z nieklamana szczerością wytycza przyszłość swą po linii interesów ludzkości, a nie na przekór im.

Memoriał

Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie reorganizacji Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Do Pana Prezesa Rady Ministrów.

Gdy w roku 1923 Ministerstwo Zdrowia Publicznego było znoszone, a prawa i obowiązki tego Ministerstwa miały być przekazane Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, gdy rozważano rozgraniczenie kompetencji tych Ministerstw, Naczelna Izba Lekarska, jako urzędowa przedstawicielka stanu lekarskiego w Państwie, zgodnie z art. 1-ym p. b. Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. U. N. 105, r. 1921, poz. 763) miała zaszczyt przedstawić ówczesnemu Prezesowi Rady Ministrów memoriał, w którym podała motywy wskazujące na konieczność przyłączenia spraw zdrowia publicznego do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Dziś, gdy, o ile nam wiadomo, powstaje myśl oddzielenia spraw zdrowia od Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Naczelna Izba Lekarska z uwagi na doniosłość spraw zdrowotnych w Państwie, ich wagę jak pod względem ekonomicznym, tak i wogóle państwowym, ma zaszczyt przedstawić następujące motywy, które ją skłaniają do przekonania, że powaga, bieg i moc spraw zdrowotnych w Pań-

stwie najpomyślniej mogą się rozwijać tylko w łączności z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych.

1) Państwo nasze na Kresach Wschodnich jest pod ciągłą grozą wtargnięcia epidemii od Wschodu; sprawna, energiczna i czujna akcja jest tam stale niezbędna nie tylko ze względu na własne nasze interesy państwowe, ale i ze względu na Europę Zachodnią.

Tu należy przypomnieć, że w okresie epidemii wynikłych po wojnie wszechświatowej dla ich zwalczania powołany został na prawach Ministra Nadzwyczajny Komisarz do walki z epidemiami, że młoda wówczas Polska, organizująca swe działy administracji, a w tym rzędzie zdrowia publicznego, przy wydatnej pomocy państw obcych zdołała jednak stanąć murem w obronie Zachodu w walce z grożącymi Europie epidemiami. Niejednokrotnie ta zasługa Polski wobec Europy na terenie międzynarodowym była podkreślana. Nie należy zapominać, że dziś ta troska o ochronę przed epidemiami wyłącznie już leży na barkach Polski. Teraz, chwała Bogu, nie mamy epidemii, ale kto zaręczyć może, czy w najbliższej przyszłości nie wdrze się do nas jaka zaraza, która wymagać będzie silnej i szybkiej egzekutywy, którą właśnie zapewnić może tylko Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, jako skupiające w swoim ręku organa decydujące, wykonawcze i nadzorujące.

2) We wszystkich krajach cywilizowanych troska o rozwój spraw związanych z bytem ludności, a w tym rzędzie i spraw zdrowotnych jest przekazywana samorządom. Tak na przykład sprawy zdrowotne są skoncentrowane w Anglii w Ministerjum, które obejmuje wszystkie sprawy samorządowe. I Polska wstąpiła po okresie etatyzmu na drogę rozwoju prac samorządowych w różnych dziedzinach życia. I w tych warunkach rządowi pozostaje poważna rola kierownicza i nadzorcza. Jeżeli zatem kierunek i nadzór nad samorządami koncentruje się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, to słuszny wydaje się wniosek, żeby i sprawy zdrowotne, któreimi samorzady muszą i powinny się zajmować, miały swój najbliższy organ w tymże Ministerjum, a więc w Ministerjum Spraw Wewnętrznych. W tych warunkach bowiem najpomyślniej i bez tworzenia nowych urzędów egzekutywa może być zapewniona.

Dla ujednolajnienia, skoordynowania i planowości zarządzeń sanitarnych w Państwie, jest rzeczą niezbędną, ażeby poszczególne działy sanitarjatu, które ongi obejmowało Ministerstwo Zdrowia zgodnie z zasadniczą ustawą sanitarną, a które z biegiem czasu przeszły do innych Ministerstw zostały napowrót włączone do głównego urzędu sanitarnego. A więc należy mieć na względzie te agendy, które obejmuje Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, gdyż każdy z jego działów tak głęboko i poważnie jest związany ze sprawą zdrowotności, że w związku z głównym organem służby zdrowia publicznego może być celowo i oszczędnie (bez tworzenia nowych organów administracyjnych i urzędów lekarskich) prowadzony. Czyż nie jest dziwologiem, że higijena zawodowa zawiaduje obecnie Generalna Dyrekcja, a higijena pracy i walki z chorobami zawodowymi zajmuje się Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Czyż w sprawie opieki nad matką i dzieckiem nie sprowadza zamieszania i zbytecznych wydatków na personel ten fakt, że opieką lekarską nad matką i dzieckiem zajmuje się jedno Ministerstwo, a opieką sanitarną nad temże dzieckiem i matką zajmuje się drugie Ministerstwo? (M. S. Wewn.). Czy pożądana jest stąd wynikająca dwoistość dążeń, gdy jedno i drugie Ministerstwo zajmuje się szkoleniem akuserek? jedno i drugie organizuje dla nich odrębne kursa? Rozpatrzyć wszystkie działy Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, dojdziemy do przekonania, że wszystkie, nawet opieka nad pracą, są tak związane ze sprawą ogólnej zdrowotności, że powinny być złączone z głównym urzędem zdrowia publicznego w Państwie. Wówczas ckałoby się zbyteczne zastrzeżenie, że „w sprawach higieny w pracy, przemysłu, górnictwie i rzemiosłach, w komunikacji lądowej i wodnej zastrzega się współdziałanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych“ (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia), bo zamiast współdziałania i to często iluzorycznego, byłoby istotne działanie tego Ministerstwa. Czyż nawet dział ubezpieczeń społecznych, wysuwany, jako ten, który jakoby ma główne zadanie udzielać świadczeń pieniężnych, nie jest tak mocno oparty na zdrowotności, że domaga się

wprost przyłączenia również do sanitarjatu? Wszak jaskrawym dowodem niedostatecznego ujęcia i zrozumienia zadań zdrowotności w związku z interesem ogółu i Państwa jest prowadzona pod Opieką Ministerstwa Pracy Kasa Chorych. Instytucja ta, obejmująca lecznictwo prawie całego kraju, woli prowadzić walkę ze słusznymi wymaganiami lekarzy i kierować instytucją pod wodzą czynników administracyjnych, zamiast ją wprowadzić na tory szerokiego ujęcia zadań lecznictwa w związku z zadaniami zdrowotnymi ogólnopaństwowymi. A to niewątpliwie byłoby rozwinięte i wykonane, gdyby instytucja ta była pod kierunkiem lekarskim i bezpośrednią opieką głównego organu sanitarnego.

4) Nie mniej rzeczą doniosłą byłoby przyłączenie do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i tych działów administracji, dotyczących sanitarjatu, które się znajdują w innych Ministerstwach, a które w poważnej łączności powinny być z zadaniami sanitarjatu ogólnego, że tu wynienimy higienę szkolną w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, sprawę higieny więzień w Ministerstwie Sprawiedliwości i w Ministerstwie Rolnictwa, tak doniosłą sprawę, jaką jest sprawa sanitarno-weterynaryjna, gdyż ta ujęta być winna nie z punktu widzenia hodowli, a przede wszystkim z punktu widzenia tej poważnej roli, jaką odgrywa w ogólnej walce ze zdrowotnością i chorobowością. Biorąc wszystko powyższe pod uwagę, Naczelna Izba Lekarska, jako główna przedstawicielka stanu lekarskiego w Państwie, stanu, bez żywego udziału którego pomyślny rozwój spraw sanitarnych w Państwie nie może być ujęty, jest przekonania, że najpomyślniejsze i najmniej wymagające wydat-

ków prowadzenie spraw zdrowotności w Państwie może być osiągnięte wówczas, gdy główny urząd sanitarny działać będzie w łonie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo bowiem ze względu na swoją sieć i organizację administracyjną najlepiej i najskuteczniej zapewnia egzekutywę w sprawach zdrowotnych. Tu jeszcze raz jednak podkreślić należy, że dla pełnego rozwoju spraw sanitarnych w Państwie należy przyłączyć wszystkie agendy, które mają wybitną łączność z ogólnymi sprawami zdrowotnymi, a które odeszły do innych Ministerstw, a więc agendy Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Kolei i Ministerstwa Rolnictwa.

Zespolenie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych daje tę przewagę, że sprawy samorządowe, które się skupiają w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, a które w tak poważnym zakresie obejmują sprawy zdrowotności, eo ipso, i bezpośrednio wchodzą w zakres i jej nadzoru.

Tak skonstruowana Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia posiadaćby mogła działy: a) zdrowotności, b) opieki społecznej, c) samorządowej i d) weterynaryjnej.

Powaga, znaczenie państwowe spraw zdrowotnych wymagają, ażeby na czele Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia stał Dyrektor, korzystający z praw podsekretarza stanu, podporządkowany Ministrowi Spraw Wewnętrznych, jak to ma miejsce we Włoszech i Belgii.

Sekretarz, Czł. Zarządu: Przewodniczący:
(—) Dr. Metelski. (—) Dr. Bączkiewicz.

Sprawy zawodowe

Protokół

ze Zjazdu międzyizbowego, odbytego w Warszawie w dniach 2 i 3 maja 1926 roku.

1) Na Zjazd stawili się D-rzy: Jan Bączkiewicz, Antoni Śmiechowski, Antoni Krzyczkowski, Tytus Makowski, Norbert Metelski (Izba Naczelna); Aleksander Gruszczyński, Stanisław Mutermilch, Antoni Stefanowski (Izba Warszawsko-Białost.); Jan Papée, Jan Moszkowicz (Izba Lwowska); Stefan Strzemiński, Bronisław Bartkiewicz (Izba Krakowska); Bolesław Wieleński, Romuald Matuszewski (Izba Poznańsko-Pomorska); Jan Modrzewski (Izba Lubelska); Aleksander Margolis (Izba Łódzka). Dr. Tomaszewski i Dr. Drożdż delegowani przez Izby nie przybyli na zjazd, również nie przybył Dr. Wrześniowski wybrany na członka komisji ubezpieczeniowej na posiedzeniu dorocznym Izby Naczelnej.

Zjazd odbył 4 posiedzenia, na których byli obecni wszyscy członkowie zjazdu z wyjątkiem D-ra Margolisa, który był nieobecny na 3 i 4 posiedzeniu i D-ra Stefanowskiego nieobecny na 5 posiedzeniu.

2) Zagajając Zjazd, przewodniczący Izby Naczelnej, po przywitaniu uczestników, odczytuje ten punkt protokołu posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej, na zasadzie którego Zjazd został zwołany, poczem podkreśliwszy inicjatywę Izby Lubelskiej w tej sprawie, uwydatnia doniosłe znaczenie Zjazdów stwierdzeniem, że poszczególne Izby, stykając się bezpośrednio z życiem, łatwiej mogą ujawniać potrzeby lekarzy oraz sprawy dotyczące zdrowia publicznego, niż Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej, i dawać mu materiał do skoordynowanej akcji w tym zakresie. Po pierwszych trzech latach pracy organizacyjnej nadszedł czas na pracę realną.

3) Po zagajeniu posiedzenia przyjęto odczytany przez przewodniczącego następujący porządek dzienny:

- 1) Sprawa Kas Chorych (Referenci: D-rzy Krzyczkowski, Mutermilch i Stefanowski z Warszawy, Modrzewski z Lublina).
- 2) Ubezpieczenia wzajemne (Referenci: D-rzy Krzyczkowski, Mutermilch z Warszawy, Matuszewski z Poznania; Moszkowicz ze Lwowa).
- 3) Stosunek N. I. L. do Izb terytorjalnych (Referent: Dr. Gruszczyński).

- 4) Wyrok Trybunału Administracyjnego w sprawie lekarzy więziennych w Krakowie (Referent: Dr. Strzemiński).
- 5) Rejestracja i wymeldowywanie (patrz punkt 12 lit. c. niniejszego porządku dziennego), (Referenci: Poznań i Dr. Tomaszewski z Łodzi).

O ile czas pozwoli, są zgłoszone następujące tematy do omówienia.

- 6) W sprawie międzynarodowej organizacji zawodowej.
- 7) Rozporządzenie Rady Ministrów o państwowych: naczelnej, wojewódzkich i powiatowych Radach Zdrowia.
- 8) Reklama lekarska (Referent: Dr. Wieleński z Poznania).
- 9) Sprawa wydania opinii o lekarzach dla władz wojskowych.
- 10) Sprawa wzywania urzędów ubezpieczeniowych dla opinii, co do taksy lekarskiej.
- 11) Czy lekarze urzędowi powinni zajmować naczelne urzędy w Izbach (w związku z interpelacją posłów socjalistycznych w sprawie Kas Chorych).
- 12) Wnioski podane przez Izbę Lubelską:
 - a) pomoc lekarska dla pracowników państwowych,
 - b) czy Izby lekarskie winny się upominać o wykonywanie praktyki lekarskiej w szpitalach po ukończonych studiach w Uniwersytecie,
 - c) podstawy, na jakich winny być budowane opinie Izb ewentualnie podstawy ustawowe do pewnego stopnia przewidywanego odmówienia wpisu na listę Izby,
 - d) szpitaliki sejmikowe i ich sprawność jako konsekwencją niewykonanego stażu szpitalnego (Referent: Dr. Modrzewski).
- 13) Sprawa wspólnego organu prasowego Izb Lekarskich.
- 14) Wnioski podane przez Izbę Lwowską:
 - a) w sprawie pauperyzacji stanu lekarskiego,
 - b) ogłoszenie pewnych konkursów z zaznaczeniem, że ubiegać się mogą tylko asystenci uniwersytetów (referuje Lwów).
- 4) Po przyjęciu porządku dziennego wchodzi się żywa dyskusja na temat, czy uchwały Zjazdu mają być obowiązujące bezwzględnie dla wszystkich Izb, atoli ta sprawa na wniosek przewodniczącego zostaje odłożona na ostatni punkt porządku dziennego.
- 5) Następnie przyjęto regulamin obrad na plenarnych posiedzeniach, w myśl którego: 1) głosowanie odbywa się Iz-

bami, przyczem każda Izba ma jeden głos, 2) referenci mogą przemawiać 20 minut, 3) inni członkowie Zjazdu 3 minuty i zabierać głos w jednej i tej samej sprawie nie więcej jak 2 razy. Wyjątek zrobiono dla D-ra Makowskiego na jego żądanie, któremu pozwolono przy omawianiu projektu ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby przemawiać 20 minut, a to z tego względu, że Dr. Makowski złożył w tej sprawie Zarządowi Izby Naczelnej przed miesiącem votum separatum.

6) Ponieważ porządek dzienny zawiera dużo spraw do omówienia, uchwalono podzielić pracę na 3 komisje, które w drugim dniu przedstawiają wyniki swoich prac na plenum. Utworzono komisje następujące: 1) komisję do sprawy ubezpieczenia na wypadek choroby pod przewodnictwem D-ra Śmiechowskiego w składzie D-rów Wieleńskiego, Bartkiewicza, Stefanowskiego, Makowskiego, Metelskiego, Papego i Modrzewskiego, 2) komisję do sprawy wzajemnych ubezpieczeń lekarskich pod przewodnictwem D-ra Krzyżkowskiego w składzie D-rów Mutermilcha, Margolisa, Matuszewskiego, Moszkowicza. Do komisji tej weszli członkowie komisji wyłonionej przez N. I. L. na jej posiedzeniu w dniu 28.II.26, oraz przybyli przedstawiciele Izb. Komisja ta ma za zadanie rozwinąć dezyderaty wyłuszczone na wspomnianym posiedzeniu N. I. L. (opracować statuty), 3) komisję do spraw kompetencji Izb, wspólnej ich działalności i spraw zawodowych i społecznych pod przewodnictwem D-ra Bączkiewicza w składzie D-rów Strzemińskiego, Gruszczyńskiego, Modrzewskiego, Papego.

7) Wreszcie podpisano adres do Stanów Zjednoczonych z powodu 150-lecia ich niepodległości. Na tem zakończono plenarne posiedzenie w dniu 2 maja.

Bezpośrednio potem rozpoczęły pracę komisje.

W dniu 3 maja na plenarnym posiedzeniu przede wszystkim rozpatrzono "Projekt ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby" opracowany przez Komisję N. I. L. z uwzględnieniem opinii poszczególnych Izb, projektu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, uwag Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i projektu Związku Ludowo-Narodowego, przyczem zaznaczono, że punkty uzgodnione w komisji zjazd przyjmują, a natomiast rozpatrzeniu szczegółowemu podlegają punkty sporne. Dłuższą i żywą dyskusję wywołał punkt d. artykułu 4 projektu, dotyczącego górnej granicy zarobku, ponad który upada przymus ubezpieczenia. Jako stanowiący przeciwnik górnej granicy wystąpił Dr. Makowski, który na podstawie danych Warszawskiej Kasy Chorych udowodnił, że wprowadzenie górnej granicy byłoby równoznaczne z uniemożliwieniem leczenia w Kasach. Dr. Makowski wychodzi z następujących przesłanek. Z ustaleniem górnej granicy w wysokości 375 złotych, ilość ubezpieczonych zmniejszy się o 7,7%, natomiast wpływy Kasy o 26%. Jeżeli zważyć, że niektóre wydatki nie mogą być zmniejszone, jak naprz. koszt szpitalnego leczenia, zasiłki dla niezdolnych do pracy, ustawowo przewidziane potrącenia 10% na kapitał zapasowy, inne zaś mogą być zredukowane w nieznacznej mierze, jak naprz. koszt administracji, to z tego wynika, że zmniejszenie wpływów całym ciężarem legnie na lecniwctwie i w szczególności na pensjach lekarzy do tego stopnia, że może uniemożliwić wogóle istnienie Kas Chorych. Dowodzenia D-ra Makowskiego odpierali poszczególni członkowie Zjazdu następującymi argumentami: 1) doświadczenie Kasy Krakowskiej i wielkopolskich poucza, że za możniejsi członkowie więcej obciążają kasy, niż mniej za możni, ponieważ wymagania ich są stosunkowo wyższe, niż wpłacane składki (Strzemiński, Wieleński), 2) Górna granica była w dawnej Austrii i obecnie jest na Zachodzie, co nie przeszkadza kasom prosperować (Moszkowicz, Wieleński), 3) Niedomagania kas pod względem finansowym są spowodowane: a) nieudolną, a kosztowną i częstokroć nieuczciwą administracją, b) leczeniem dużej ilości osobników, nie należących do Kas, a legitymujących się pożyczonemi dowodami, c) wykazywaniem przez ubezpieczonych zarobków niższych od rzeczywistych, d) złą budową gmachów ambulatoryjnych, e) brakiem własnych szpitali, f) zbyt hojnym stosowaniem drogich leków (Śmiechowski, Bartkiewicz, Papee), 4) dla zabezpieczenia znośnego położenia materialnego i moralnego lekarzy i w związku z tem dla utrzymania na wysokim poziomie wiedzy lekarskiej niezmiernie ważną rzeczą jest, aby w Kasach byli ubezpieczeni tylko ci pra-

cownicy, którzy nie byłiby w stanie własnymi środkami zabezpieczyć sobie pomocy lekarskiej (Mutermilch, Bartkiewicz). Po poddaniu pod głosowanie omawianego punktu projektu wszystkie obecne na posiedzeniu Izby, 5) w osobach swych przedstawicieli opowiedziały się za wprowadzeniem górnej granicy w wysokości 300 złotych miesięcznego zarobku. Następnie wszystkie Izby w głosowaniu ustaliły, że zasiłek połogowy dla członkiń ma wynosić 60% zarobku. Odmiennego zdania był Dr. Makowski, który domagał się podniesienia zasiłku do 100% zarobku.

Wszystkie Izby również uzgodniły, że składka do ogólnej Kasy Chorych nie może być wyższą od 5% płacy ustawowej przyczem ubezpieczeni i pracodawcy mają wpłacać po równej części (sprzeciw D-ra Makowskiego).

W sprawie składu Rady Kasy Chorych uchwalono przez 4 Izby przy jednej wstrzymującej się od głosowania, aby Rady składały się z równej ilości pracodawców i pracobiorców (sprzeciw D-ra Makowskiego, który uważa, że ta kwestja powinna być rozstrzygnięta przez inne czynniki). Sprzeciw D-ra Makowskiego wywołała również uchwała, aby pracownicy, którym pracodawcy zapewniają na wypadek niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, świadczenia conajmniej takie, jakich udzielają ogólne Kasy Chorych, nie podlegali obowiązkowi ubezpieczenia w ogólnych Kasach Chorych.

Z innych punktu projektu przyjęto: 1) obowiązek ubezpieczonego zwracania do 10% kosztów lekarstw i obowiązek członków rodzin zwracania conajmniej 10% tych kosztów, 2) postanowienie, aby wszelkie papiery, zawierające rozpoznania, historie chorób (tajemnica lekarska) były dostępne jedynie dla lekarza naczelnego, 3) wreszcie zastrzeżenie, aby przewodniczącym komisji pojednawczej mógł być tylko prawnik, mający kwalifikacje sędziowskie.

9) W związku z rozpatrzeniem projektu noweli ustawy o kasach chorych, powzięto na wniosek D-ra Modrzewskiego następujące uchwały, które należałoby wprowadzić w życie jeszcze przed uchwaleniem przez ciała ustawodawcze nowej ustawy o Kasach Chorych, mianowicie: 1) Tylko wolny wybór lekarza może zadowolnić ubezpieczonego, dla tego też Kasy Chorych winny dać możność ubezpieczonemu leczenia się u wszystkich lekarzy, zamieszkających w okręgu Kasy, o ile oni wyrażą swą zgodę na leczenie pacjentów ubezpieczonych w Kasie drogą umów zbiorowych, 2) W zasadzie winno się dążyć do wstrzymania budowy gmachów przeznaczonych na ambulatorja tam, gdzie istnieje odpowiednia liczba gabinetów lekarskich prywatnych. Oba przytoczone wnioski uzyskały głosy wszystkich Izb. Na skutek poruszonego również przez D-ra Modrzewskiego faktu ciągłego obniżania warunków pracy i płacy lekarzy, zobowiązano na wniosek D-ra Strzemińskiego Zarząd Izby do opracowania norm płacy i pracy lekarskiej zgodnie z art. 22 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

10) Przyjęto opracowany przez komisję, a zreferowany przez D-ra Mutermilcha, projekt podstaw do statutu kasy emerytalnej oraz zabezpieczenia wdów i sierot przy Izbach Lekarskich, z zastrzeżeniem ewentualnych zmian cyfrowych, które mogą być wprowadzone po rozpatrzeniu go przez specjalistę matematyka. Projekt ten brzmi jak następuje:

- 1) Należy przystąpić natychmiast do zorganizowania Kasy emerytalnej.
- 2) Podstawy Kasy Emerytalnej: Wszyscy członkowie Izby obowiązkowo należą do K. E. z wyjątkiem: a) tych, którzy ustawowo mają zabezpieczoną emeryturę nie mniejszą jak minimalną — przewidzianą przez K. E., b) lekarzy pierwszych 3 lat po otrzymaniu dyplomu i c) lekarzy powyżej 55 lat życia.
- 3) Kasy Emerytalne tworzą się przy poszczególnych Izbach na podstawie jednolitego statutu, przyczem terytorjalne Kasy Emerytalne tworzą związek z centralnym zarządem przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, jako centralą reasekuracyjną.
- 4) Zasadnicza obowiązująca kwota ubezpieczeniowa wynosi zł. 1500 rocznie. Kwota ta może być dobrowolnie podwyższona 6-krotnie na zasadzie każdorazowego uzyskania zgody Zarządu Kasy.

Składka roczna ma być procentowo ustalona według obliczeń od zasadniczej kwoty obowiązującej ubezpieczeniowej.

- 5) Górna granica wieku dla przystępujących do Kasy wynosi

si lat 55. Do roku 60 przysługuje prawo przystąpienia do K. E. po wpłaceniu statutowo określonej sumy. Lekarzom przystępującym do Kasy przysługuje prawo wkupu lat od 1 do 5-ciu.

- 6) Członek Kasy uzyskuje 100% świadczeń emerytalnych po 35 latach wpłacania obowiązkowych składek bez względu na zdolność do pracy. Po roku należenia do Kasy przysługuje w wypadku stałego inwalidztwa 50% podstawowej kwoty obowiązującej, za każdy następny rok o 1% więcej (ogółem nie więcej 100%).
- 7) W wypadku śmierci członka Kasy renta wdowia wynosi 50% przynależnej zmarłemu w danym okresie kwoty ubezpieczeniowej: zaopatrzenie sieroce wynosi 25% wymienionej kwoty za każde dziecko w ogólnej sumie jednak nie więcej ponad 100%. Zpełne sieroty otrzymują po 50% (w ogólnej sumie nie więcej ponad 100%).
- 8) Co 5 lat wysokość składek i świadczeń ulega rewizji. Co się tyczy innych rodzajów ubezpieczeń wzajemnych, to zjazd międzyzibowy, pozostawiając organizację kas pogrzebowych poszczególnym Izdom, zaleca także wprowadzenie Kas wdów i sierot i kas chorych dla lekarzy.

11) Po załatwieniu spraw dotyczących ubezpieczeń wzajemnych Dr. Śmiechowski wystąpił z następującym wnioskiem: "Zjazd lekarski międzyzibowy, mając na względzie przekonanie, że każda instytucja społeczna wówczas może być pożyteczną dla ogółu, gdy jest pod kierunkiem fachowym, zwraca się do pana Ministra z przedstawieniem konieczności poddania Kas Chorych jednemu zwierzchnictwu fachowemu, t. j. temu, gdzie jest skoncentrowana opieka sanitarna lecznicza na całe Państwo, a więc Gen. Dyr. Służby Zdrowia Publicznego. Zjazd międzyzibowy żywi to przeświadczenie, że P. Minister, jako zwierzchnik działu administracji sanitarnej najzupełniej jest przekonany, że instytucja Kas Chorych, która obejmuje leczenie więcej, niż połowy ludności, powinna być ściśle związana z ogólną administracją sanitarno-leczniczą, tembardziej że działalność Kas Chorych powinna w szerokim zakresie dążyć do akcji zapobiegawczej, a ta tylko w ściślejszej łączności ze wszystkimi dążeniami sanitarnymi może być celowo przeprowadzona. Wreszcie przyłączenie Kas Chorych do Generalnej Dyrekcji Służby Zdr. znakomicie uprości administrację i nadzór, co szczególnie w dzisiejszym położeniu ekonomicznym kraju musi być brane pod uwagę". Za tym wnioskiem opowiedziały się 4 izby, przeciw — jedna Krakowska, której przedstawiciel, Dr. Strzemiński, wyraził obawę, aby poddanie Kas Chorych zwierzchnictwu Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia nie spowodowało przyłączenia jej do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Dr. Bączkiewicz nie podziela tych obaw, natomiast uważa poddanie Kas Chorych M. S. W. za korzystne i z tego względu, że M. S. W. posiada środki egzekutywy, co ma doniosłe znaczenie przy wprowadzaniu w życie przepisów sanitarnych. Dr. Makowski oponuje przeciw odłączeniu kas chorych od Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z tego względu, że kasy chorych stanowią tylko jedno ogniwo w łańcuchu ubezpieczeniowym. Na to Dr. Śmiechowski zwraca uwagę, że Kasy Chorych stanowią odrębny i duży dział ubezpieczeń społecznych, specjalnie obchodzący świat lekarski i nie stojący w ściślejszej łączności z innymi instytucjami ubezpieczeń społecznych.

12) W dalszym ciągu na podstawie prac "komisji kompetencji Izby, wspólnej ich działalności i spraw zawodowych i społecznych" powzięto jednogłośnie następujące uchwały:

Stosunek N. I. L. do Izby terytorjalnych:

- a) Poszczególne Izby załatwiają samodzielnie bez udziału N. I. L. sprawy, wynikające na ich terenach ze stosunku do władz rządowych II i I instancji, samorządowych, społecznych i miejscowych.
- b) N. I. L. załatwia wszelkie sprawy, dotyczące ogółu stanu lekarskiego, spraw zdrowotnych w Państwie, ustaw państwowych. Sprawy te N. I. L. załatwia bądź samodzielnie, bądź w porozumieniu z poszczególnymi Izdami.
- c) Poszczególne Izby zasadniczo występują do władz centralnych w toku instancji, a więc przez N. I. L.: w razie potrzeby wystąpienia bezpośrednio jednocześnie zawiadamiają o tem N. I. L. Tembardziej postępowanie w toku instancji obowiązuje każdego członka Izby w myśl odnośnych artykułów ustawy.
- d) W razie zatargu z władzami terytorjalnymi, a szczególnie z władzami centralnymi poszczególne Izby niezwłocznie zawiadamiają N. I. L., informując dokładnie o istocie i przebiegu sprawy, a to w celu, aby N. I. L. mogła zająć odpowiednie stanowisko zasadnicze.
- e) Poszczególne Izby sprawy natury ogólnej, dotyczące obowiązków i praw stanu lekarskiego, a także spraw zdrowotnych w państwie, kierują do N. I. L. z motywami, aby ta, zaznaczając ich inicjatywę w danej sprawie, zasięgnęła opinii innych Izby i należycie je poparła u władz centralnych.
- f) N. I. L. o wszelkich sprawach do niej skierowanych, a dotyczących poszczególnych Izby, niezwłocznie zawiadamia Izby interesowane.
- g) N. I. L. poczyni starania u władz centralnych, aby wszelkie sprawy natury ogólnej, lub zarzuty, odnoszące się do poszczególnych Izby, kierowane były przez N. I. L. w toku instancji.
- h) N. I. L. dążyć będzie do unifikacji tych zagadnień, które chociaż mogą być rozstrzygane w Izbach jako sprawy miejscowe, jednakże pożądane byłoby, aby mogły być ujednoliconie (naprz. ubezpieczenia, kodeks deontologiczny i t. p.).
- i) Biorąc pod uwagę, że pełna owocna działalność Izby Lekarskiej zgodnie z art. 1 ustawy o ustroju i działalności Izby Lekarskiej (Dz. U. r. 1921 Nr. 2. poz. 763) w zakresie spraw zawodowych jak i w zakresie działalności obywatelskiej (współpraca w sprawach zdrowotnych), zależna jest nie tylko od sprawności naczelnych organów Izby (Rada, Zarząd) powołanych z wyboru, ale i od udziału ogółu lekarzy w działalności Izby, Zjazd międzyzibowy wzywa ogół lekarzy polskich do współdziałania i wspierania Izby radą i inicjatywą w dążeniu do uregulowania spraw naszego zawodu i utrzymania go na wysokości zadania zawodowego i obywatelskiego.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

— Z inicjatywy Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia (Ministerstwa Spraw Wewn.) ma się odbyć w Warszawie 24-dniowy kurs dokształcający w zakresie inżynierji sanitarnej, który się rozpocznie 15 listopada r. b.

Zapisy przyjmuje sekretariat Państwowej Szkoły Higieny (ul. Chocimska 24, Warszawa) do dnia 15 września r. b. Kandydaci na kurs winni przy zapisie wykazać się posiadaniem dyplomu inżyniera krajowego lub zagranicznego. Słuchacze bez takich dyplomów będą traktowani, jako nadzwyczajni. Opłata za kurs wynosi 60 zł. na osobę. Słuchacze zwyczajni będą mogli korzystać z mieszkania i całonocnego utrzymania (Bursa Amelin, ul. Puławska 91), w bursie jednak może mieszkać tylko 15 — 20 osób, stołować się zaś nieograniczona ich liczba. Koszt mieszkania wynosi obecnie 2 zł., wiktus zaś 3 i pół zł. dziennie.

Program kursu przewiduje następujące przedmioty: Podstawy inżynierji sanitarnej, Zagadnienia higieny publicznej. Planowanie osiedli i planowanie regionalne, Bakteriologię i epidemiologię, Hydrobiologię, Chemję sanitarną, Dezynfekcję wody, Wodociąg i kanalizację, Zakłady oczyszczania wody i oczyszczania ścieków, sanację osiedli, nieposiadających wodociągu i spławnej kanalizacji, Przewietrzanie i ogrzewanie, Osuszanie terenów, Budowę ulic i placów, Dezynfekcję, dezynsekcję i deratyzację, Higienę mieszkań, Zakłady użyteczności publicznej (zakłady usuwania śmieci, szpitale, szkoły, łaźnie, rzeźnie, chłodnie, obory i t. p.) oraz Higienę przemysłową i Bezpieczeństwo pracy.

Główny udział w wykładach biorą Politechnika Warszawska, Uniwersytet Warszawski i Państwowa Szkoła Hi-

gjeny. Kurs przewiduje naogół 86 godzin wykładów, włączając już demonstracje i 30 godz. wycieczek, co uczyni 4 godz. dziennie wykładów i 3 godz. dziennie wycieczek co drugi dzień. Taki rozkład pracy zabezpieczy słuchaczy przed przeładowaniem oraz umożliwi im umiejętne wykorzystanie wykładów.

Dokształcenie sanitarne inżynierów stanowi rzecz nową, dotychczas w Polsce niepraktykowaną. Przedewszystkiem dobór specjalnych przedmiotów oraz wykładów da możliwość słuchaczom kursu zdobycia nowoczesnych pojęć o inżynierji sanitarnej oraz zwrócenia ich uwagi na ogrom zadań gospodarki sanitarno-technicznej naszych osiedli, które w znacznej większości pozostają bez opieki fachowców. Biorąc pod uwagę okropny stan sanitarny kraju i świadomość wielu zarządów gmin co do istotnych potrzeb ludności, można mieć nadzieję, że rozpoczęta akcja wyszkolenia sanitarnego inżynierów uzyska szerokie poparcie społeczeństwa, i że projektowany kurs będzie miał wielkie powodzenie.

— W pierwszych dniach lipca r. b. minęło lat 25 od otwarcia obecnego Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Historję dawnego Szpitala Dz. Jez. oraz budowy i urządzeń obecnego znajdzie czytelnik w Nr. 7 „Zdrowia“ z r. 1901, wydanym specjalnie przez ówczesnego redaktora tego pisma, kol. Władysława Janowskiego. Ciekawą jest dla nas los kierowniczych sił lekarskich tego szpitala w ciągu minionego dwudziestopięcioletnia. Faktycznym lekarzem naczelnym szpitala był w chwili jego otwarcia nieodżałowanej pamięci Konstanty Karowski, który zmarł w r. 1919. Kierownikiem oddziału ginekologicznego był kol. Bolesław Grzankowski, który pozostaje dotąd na tem stanowisku. Z liczby 4-ch ordynatorów oddziałów chirurgicznych — kol. Władysław Krajewski i Adam Karczewski zmarli już po kilku latach, 2 zaś pozostali — Bronisław Sawicki i Władysław Sztajner zajmują dotąd swe dawne stanowiska. O wiele gorzej przedstawia się los ówczesnych ordynatorów oddziałów wewnętrznych tego szpitala: mianowicie, z liczby 7 kolegów, którzy objęli oddziały wewnętrzne w nowym szpitalu, pozostał przy życiu i na tem samym stanowisku tylko kol. Wład. Janowski, reszta zaś — kol. Kazimierz Chełchowski, Adam Chełmoński, Bronisław Chrostowski, Teodor Dunin, Marjan Jakowski i Michał Sadowski — zmarli.

— Komitet Organizacyjny I Zjazdu Anatomiczno-Zoologicznego komunikuje, że termin Zjazdu został przesunięty na dzień 31 października, 1 i 2 listopada b. r.

Komitet uprasza o dalsze zgłaszanie referatów i pokazów na Zjazd na ręce sekretarza — D-ra J. Grzybowskiego (Warszawa, Chałubińskiego 5, Anatomicum).

— Czasopiśmiennictwu lekarskiemu polskiemu przybył nowy organ: Polski Przegląd Radiologiczny — Organ Polskiego Tow. Radiologicznego — redagowany przez kol. Z. Grudzińskiego. Zesz. 1 i 2 Tomu I tego wydawnictwa

zawiera szereg artykułów treści radiologicznej oraz sprawozdanie z posiedzeń Tow. Radiologicznego. W słowie wstępnem Redakcja uzasadnia potrzebę wydawania pisma, któreby ześrodkowywało wysiłki naukowe radiologów polskich. Zarówno ciekawa i pouczająca treść zawartych w pierwszych dwóch zeszytach artykułów, jak i bardzo staranna forma zewnętrzna nowego pisma pozwalają polecić je Szan. Kolegom z jaknajlepszej strony. Polski Przegl. Radj. wychodzić będzie raz na kwartał.

— Opuścił prasę zesz. 2 Tomu IV Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej, zawierający 8 prac oryginalnych, 2 zestawienia poglądowe i przegląd bibliograficzny. Ciekawa treść i wspaniała szata tego wydawnictwa zjednać mu powinny coraz liczniejsze grono zwolenników.

Zmarli: Kossak Józef, b. ordynator szpitala Radomskiego, specjalista chorób gardła, nosa i uszów, prezes Radomskiego oddziału Związku Lek. Państwa Polskiego — zmarł w Radomiu.

— Zacharewicz Antoni, wzięty lekarz internista — zmarł w Warszawie.

— Grabowski Julian, b. naczelnny lekarz szpitala powiatowego w Łodzi, w którym pracował jako chirurg. Stanowisko to musiał porzucić po stracie ręki, którą mu amputowano z powodu zakażenia podczas operacji chirurgicznej. W ostatnich latach pełnił obowiązki lekarza sanitarnego m. Warszawy, na którym to stanowisku położył wielkie zasługi. Jako człowiek kryształowego charakteru i sumienny pracownik na polu zdrowotności publicznej pozostawił po sobie niezatarte wspomnienie.

— Gąłowski Wacław, starszy ordynator szpitala w Rajczy, zmarł tamże. Przed objęciem tego stanowiska był lekarzem Wydziału Zdrowia magistratu m. Warszawy, pracując bardzo gorliwie na polu zdrowotności stolicy. W b. Min. Zdrowia był naczelnikiem wydziału miast i wsi, potem kierownikiem działu propagandy miejskiego Instytutu higienicznego w Warszawie, brał żywy udział w pracy wielu komitetów o charakterze społecznym i zjednał sobie dużą sympatię jako lekarz szkolny.

— Poznański Adolf, b. długoletni lekarz szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów, chirurg — zmarł w Warszawie.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

— Société des Nations. Rapport annuel de l'organisation d'hygiène pour l'année 1925.

— Société des Nations. Rapport sur les premiers résultats fournis par les travaux de laboratoire sur le paludisme en Angleterre — par le Dr. S. P. James.

— Sprawozdanie Zarządu Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie za 1925 r. — Kraków 1926.

— Mjr. J. Babecki i Mjr. G. Szulc. Szczur i walka z nim. Wydawnictwo Lekarza Wojskowego. — Warszawa, 1926.

TREŚĆ: H. HIGIER. Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. — J. TYPOGRAF. Porażenie splotu barkowego typu Duchenne-Erba w związku z zakażeniem rzeżączkowym. — S. RUBINROT. Rentgenoterapia wrzodu żołądka i dwunastnicy. — J. POMPER. O leczeniu pooperacyjnej niewydolności wątrobowej insuliną. — W. KRZEMINSKI. Przypadek postrzału czaszki. — B. KARBOWSKI. Narządy kamyczkowe i rola ich w układzie statycznym. (Streszcz. zbior.). — A. GALEWSKI. Znaczenie amoniaku dla ustroju. (Streszcz. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. GRUNDZACH. Zarys rozwoju gastrologji w Polsce. — A. KRIEGER. Kasy Chorych i leczenie ogólne. — Związek Lekarsko-Społeczny w Krakowie wobec walki z Kasami Chorych. — Memoriał Naczelnej Izby Lekarskiej. — Protokół ze Zjazdu międzyizbowego. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. Le développement des idées fondamentales dans la médecine interne à l'heure actuelle. — J. TYPOGRAF. La paralysie du plexus brachial du type Erbe-Duchenne en rapport avec l'infection blennorrhagique. — S. RUBINROT. La roentgenothérapie de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. — J. POMPER. Sur la thérapie postopératoire du foie insuffisant à l'aide de l'insuline. — W. KRZEMINSKI. Un cas de lésion du crâne par l'arme à feu. — B. KARBOWSKI. L'appareil otolithique et son rôle dans le mécanisme statique. (Rev. gén.). — A. GALEWSKI. La signification de l'ammoniaque pour l'économie générale (Rev. gén.). — J. GRUNDZACH. L'esquisse de la gastrologie en Pologne. — A. KRIEGER. Sur les caisses des malades.

Do numeru niniejszego dołącza się fotografię do artykułu D-ra Wład. STERLINGA, drukowanego w Nr. 6.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓŁCZEŚNA“ w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.